T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE TETKİK YAPTIRMAK AMACIYLA BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA SAĞLIK ANKSİYETESİ, SİBERKONDRİA VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DURUMLARININ YAYGINLIĞININ İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet YILDIRIM
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY-2025

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE TETKİK YAPTIRMAK AMACIYLA BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA SAĞLIK ANKSİYETESİ, SİBERKONDRİA VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DURUMLARININ YAYGINLIĞININ İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet YILDIRIM
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE TETKİK YAPTIRMAK AMACIYLA BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA SAĞLIK ANKSİYETESİ, SİBERKONDRİA VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DURUMLARININ YAYGINLIĞININ İNCELENMESİ

Dr. Mehmet YILDIRIM

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)…….
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)…….
……..
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)……
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:
1. ……

2. …….

3. …….

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER ... iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ ... v
V. KISALTMALAR LİSTESİ ... vi
VI. TEŞEKKÜR ... vii
VII. ÖZET ... viii
VIII. ABSTRACT ... ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ ... 1
2. GENEL BİLGİLER ... 4
2.1. Sağlık Anksiyetesi ... 4
2.1.1. Terminoloji ve Tanım ... 4
2.1.2. Tarihsel Gelişim ... 4
2.1.3. Epidemiyoloji ... 6
2.1.4. Etyoloji ... 6
2.1.5. Klinik Özellikler ... 7
2.1.6. Tanı Kriterleri ... 8
2.1.7. Tedavi ve Müdahale Yöntemleri ... 10
2.2. Siberkondria ... 11
2.2.1. Tanım ve Kavramsal Çerçeve ... 11
2.2.2. Tarihçe ... 12
2.2.3. Epidemiyoloji ... 12
2.2.4. Etyoloji ... 13
2.2.5. Klinik Özellikler ve Tanı ... 15
2.2.6. Tedavi ... 16
2.2.7. Aile Hekimliği ve Siberkondria ... 17
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ... 18
2.3.1. Tanım ve Tarihçe ... 18
2.3.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri ... 19
2.3.3. Etyoloji ... 21
2.3.4. Klinik Bulgular ve Tanı Kriterleri ... 21
2.3.5. Tedavi ve Prognoz ... 24
2.3.6. Aile Hekimliği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu ... 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM ... 28

3.1. Çalışmanın Tasarımı ve İzni 28
3.2. Çalışma Evreni ve Örneklemi 28
3.3. Çalışma Verilerinin Toplanması 29
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu 29
3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)-Kısa Form 29
3.3.3. Siberkondria Şiddet Ölçeği-Kısa Form (SŞÖ-KF) 30
3.3.4. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) 30
3.4. İstatistiksel Analiz 31
4. BULGULAR 32
5. TARTIŞMA 47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 61
EKLER 78
Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı 79
Ek-2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) 80
Ek-3. Siberkondria Şiddet ölçeği-Kısa Form (SŞÖ-KF) 83
Ek-4. DSM-5 için Travma Sonrası Kontrol Listesi (PCL-5) 84
Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu 85
9. ÖZGEÇMİŞ 87

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastalık kaygısı bozukluğu DSM-5-TR tanı kriterleri (57) 9
Tablo 2. Travma tepkisini etkileyen faktörler (116) 20
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=394) 33
Tablo 4. SAÖ puanlarının dağılımı (n=394) 34
Tablo 5. Sosyodemografik özelliklere göre SAÖ "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" puanlarının karşılaştırılması 34
Tablo 6. Sosyodemografik özelliklere göre SAÖ "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" puanlarının karşılaştırılması 37
Tablo 7. Sosyodemografik özelliklere göre toplam SAÖ puanlarının karşılaştırılması 39
Tablo 8. SŞÖ-KF puanlarının dağılımı (n=394) 40
Tablo 9. Sosyodemografik özelliklere göre toplam SŞÖ-KF puanlarının karşılaştırılması 41
Tablo 10. DSM-5'e göre TSSB puanlarının dağılımı ve TSSB prevalansı (n=394). 42
Tablo 11. DSM-5'e göre TSSB'si olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 43
Tablo 12. Katılımcıların yaşı ve ölçek puanları arasındaki korelasyon (n=394) 44
Tablo 13. Ölçek puanlarının birbiri ile korelasyonu (n=394) 46

V. KISALTMALAR LİSTESİ

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM-5 : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FDA : Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi

ICD-10 : Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Revizyon

ITU : Uluslararası Telekomünikasyon Birliği

SNRI : Serotonin–Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WONCA : Dünya Aile Hekimleri Birliği

VI. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince akademik ve tıbbi bilgi birikimini ve tecrübelerini her ortamda bize öğretmeye çalışan, kanıta dayalı tıbbın önemini her daim vurgulayan, aile hekimliğinin ana gövdelerini bizlere en iyi şekilde aktaran, akademik bilginin geliştirilmesi anlamında tüm asistan arkadaşlarımı teşvik etmeye çalışan, hoşgörülü, babacan ve samimi yaklaşımıyla her zaman yanımızda olan, tezimin her aşamasında yol gösteren ve yardımcı olan kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Her ne koşulda olursak olalım güler yüzünü bizden esirgemeyen, sağlık sisteminin en önemli ayaklarından biri olan hekimliğin önemini her daim bize hatırlatan, hasta-doktor ilişkisinde bütüncül yaklaşımın çok önemli olduğunu ve aile hekimliğinin bu yönünün her zaman önemli olacağını bizlere anlatan, her zaman yanımızda olduğunu hissettiren kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Erhan YENGİL'e,

Bölüm içinde yardımseverliği bizlere aşılayan, sorumluk sahibi olmayı teşvik eden, aile hekimliğinin toplum için önemli olduğunu ve bunun bilincinde olmamız gerektiğini bizlere aşılayan, bizlere her daim güler yüzlü olan ve samimi yaklaşımlar gösteren, bizlere sosyal ve mesleki farkındalıklar aşılayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e,

Hayatım boyunca anlayışı ve sabrı ile bana sonsuz destek veren, bu sürecin en güçlü manevi dayanağı olan çok sevgili eşime ve çocuklarıma,

Ayrıca tez çalışmam süresince bilgi alışverişinde bulunduğum, fikirleriyle katkı sağlayan değerli arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım…

Dr. Mehmet YILDIRIM

Hatay, 2025

VII. ÖZET

HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE TETKİK YAPTIRMAK AMACIYLA BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA SAĞLIK ANKSİYETESİ, SİBERKONDRİA VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DURUMLARININ YAYGINLIĞININ İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışmada Hatay ilinde aile sağlığı merkezlerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, siberkondria ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) durumlarının yaygınlığının incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Hatay ilinde belirli aile sağlığı merkezlerine 1 şubat-30 mayıs 2005 tarihleri tetkik yaptırmak için başvuran yetişkinler üzerinde kesitsel olarak yürütüldü. Katılımcılara Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), Siberkondria Şiddet Ölçeği-Kısa Form (SŞÖ-KF) ve DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ölçeği uygulandı. Ölçeklere verilen yanıtlar SPSS 31 programı ile analiz edildi.

Bulgular: Katılımcılarda sağlık anksiyetesi ve siberkondria düzeyleri orta seviyede; TSSB prevalansı (n=60) %15,2 olarak saptanmıştır. Kadın katılımcılar, kronik hastalığı olan bireyler ve depremden fiziksel olarak etkilenenler daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeyine sahip bulundu (sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,027$, $p=0,047$). Siberkondria düzeyi, kadınlarda, yüksek eğitimlilerde ve şehir merkezinde yaşayanlarda daha yüksek saptandı (sırasıyla; $p=0,049$, $p<0,001$, $p<0,001$). Bekâr ve dul/boşanmış bireyler ile çalışmayan katılımcılarda TSSB sıklığı daha yüksek bulundu (sırasıyla; $p=0,043$, $p=0,005$). Yaş ilerledikçe sağlık anksiyetesi, siberkondria davranışları ve TSSB semptomlarının azaldığı gözlendi (sırasıyla; $p=0,029$, $p=0,011$, $p<0,001$). Sağlık anksiyetesi, siberkondria ve TSSB arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki saptandı (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Sonuç: Hatay ilinde aile sağlığı merkezlerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran yetişkinlerde sağlık anksiyetesi, siberkondria ve TSSB düzeylerinin genel toplumdaki düzeyinden yüksek olduğu gözlendi. Yüksek riskli grupların tanımlanması, travma sonrası ruhsal semptomların erken saptanması ve müdahale programlarının geliştirilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık anksiyetesi, siberkondria, travma sonrası stres bozukluğu, deprem, aile hekimliği

VIII. ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE PREVALENCE OF HEALTH ANXIETY, CYBERCHONDRIA AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AMONG ADULT PATIENTS WHO APPLIED TO FAMILY MEDICINE CLINICS FOR EXAMINATION IN HATAY

Aim: The aim of this study was to investigate the prevalence of health anxiety, cyberchondria and post-traumatic stress disorder (PTSD) in adult individuals who applied to family medicine clinics in Hatay province for examination.

Material and Method: This cross-sectional study was conducted among adults attending family medicine outpatient clinics in Hatay province. Participants were administered the Health Anxiety Scale (HAS), the Cyberchondria Severity Scale-Short Form (CSS-SF), and the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5).

Results: Participants showed moderate levels of health anxiety and cyberchondria; the prevalence of PTSD was found to be 15.2%. Female participants, individuals with chronic illnesses, and those physically affected by the earthquake had higher levels of health anxiety ($p<0.001$, $p=0.027$, $p=0.047$, respectively). Cyberchondria levels were higher in women, those with higher education, and those living in urban centers ($p=0.049$, $p<0.001$, $p<0.001$, respectively). The frequency of PTSD was higher in single, widowed/divorced individuals, and unemployed participants ($p=0.043$, $p=0.005$, respectively). It was observed that health anxiety, cyberchondria behaviors, and PTSD symptoms decreased with age ($p=0.029$, $p=0.011$, $p<0.001$, respectively). A positive and moderate correlation was found between health anxiety, cyberchondria, and PTSD ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, respectively).

Conclusion: Significant levels of health anxiety, cyberchondria, and PTSD have been observed am ong adults presenting to family medicine clinics in Hatay province. Identifying high-risk groups is crucial for early detection of post-traumatic psychological symptoms and developing intervention programs.

Key Words: Health anxiety, cyberchondria, post-traumatic stress disorder, earthquake, family medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sağlıkla ilgili farkındalığın artması, bilgiye erişimin kolaylaşması ve dijital iletişim araçlarının yaygınlaşması, bireylerin sağlık davranışlarını ve ruhsal durumlarını önemli ölçüde etkilemiştir. Özellikle son yıllarda yaşanan doğal afetler, pandemi süreçleri ve sosyal medya kullanımının artışı, toplumda sağlıkla ilgili kaygı ve stres düzeylerini belirgin biçimde artırmıştır. Bu durum, bireylerde sağlık anksiyetesi, siberkondria ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik durumların daha sık görülmesine neden olmuştur (1,2). Birinci basamak sağlık hizmetleri; bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik ihtiyaçlarının ilk karşılandığı yerler olduğundan, bu psikolojik durumlar özellikle aile sağlığı merkezlerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin hastalar arasında hem yaygınlık hem etki açısından önemli olabilir.

Sağlık anksiyetesi, bireyin ciddi bir hastalığı olduğuna ya da olabileceğine dair aşırı ve sürekli bir endişe duymasıyla karakterize bir durumdur. Bu kişiler genellikle bedensel duyumlarını tehdit olarak algılar, sık sık tıbbi değerlendirme talep eder veya sağlık profesyonellerine başvurarak güvence arayışına girerler (3,4). Sağlık anksiyetesi hem bireyin yaşam kalitesini düşürmekte hem de sağlık hizmetlerine gereksiz başvurulara yol açarak sağlık sisteminde iş yükü artışına neden olmaktadır. Sağlık anksiyetesi düzeyi yüksek bireylerin, çevrim içi ortamda sağlıkla ilgili bilgi arama davranışını daha sık ve daha uzun süre sürdürdükleri bildirilmektedir (5). İnternetten sağlık bilgisi edinme eğilimi, bireyin ciddi bir hastalığa sahip olduğu ya da gelecekte böyle bir hastalığın gelişebileceğine dair endişeleriyle pekişerek süreklilik kazanabilmektedir. Literatürde, bu davranış biçiminin sağlık kaygısını artırdığı ve artan kaygı düzeyinin siberkondria belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olabileceği gösterilmiştir (6,7).

Siberkondria (cyberchondria), "siber (cyber)" ve "hipokondriazis (hypochondriasis)" sözcüklerinin birleşiminden türetilmiş olup, bireylerin mevcut ya da varsayımsal hastalık belirtileri hakkında internette aşırı ve tekrarlayıcı biçimde bilgi arama eğilimi göstermesi olarak tanımlanmaktadır (8).

İnternet üzerinden bilgi edinme durumu her ne kadar birçok konuda avantaj sağlasa da kişilerin sağlık ile ilgili endişelerini artırabilmektedir (9). Çevrim içi ortamlarda yer alan tıbbi bilgilerin doğruluğu her zaman güvenilir değildir ve yanlış veya eksik bilgiler bireylerde hastalık algısının bozulmasına, gereksiz tıbbi başvurulara ya da tedavi gecikmelerine neden olabilmektedir (10). Günümüzde dijitalleşme ve internet kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte, çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışları ve buna bağlı siberkondria sıklığının giderek artması, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (11).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'e (DSM-5) göre Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB); ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet tehdidine maruz kalma, bu olayı yeniden yaşantılama, kaçınma davranışları, olumsuz duygular ve bilişsel değişiklikler, artmış uyarılmışlık gibi semptomların en az bir ay boyunca devam etmesi ve kişinin sosyal, mesleki ya da diğer önemli fonksiyonlarını etkilemesi olarak tanımlanmaktadır (5). Deprem gibi toplumsal ölçekte yaşanan travmalar, bireylerin ruhsal dayanıklılığını zedeleyebilir ve sağlıkla ilgili kaygıların artmasına zemin hazırlayabilir (9).

6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremler, Hatay ili ve çevresinde çok sayıda can kaybı, yıkım ve psikolojik travmaya yol açmıştır. Bu afet, yalnızca fiziksel değil, ruhsal düzeyde de kalıcı etkiler bırakmış; bölge halkında travma sonrası stres belirtileri, kaygı bozuklukları ve sağlıkla ilgili aşırı hassasiyet durumlarının arttığı gözlendi (14-16). Travmatik olayların ardından bireylerde, bedensel duyumlara karşı farkındalığın artması, hastalık korkularının güçlenmesi ve sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığında artış olması beklenen bir durumdur. Bu çerçevede, Hatay gibi afet sonrası yeniden yapılanma süreci yaşayan illerde ruhsal sağlık göstergelerinin izlenmesi ve birinci basamak düzeyinde değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, Hatay ilinde aile sağlığı merkezlerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, siberkondria ve TSSB durumlarının yaygınlığının incelenmesi amaçlandı.

Bu doğrultuda çalışma, erişkin popülasyonda söz konusu psikolojik durumların görülme sıklığını belirleyerek aile hekimliği uygulamalarında ruhsal destek, danışmanlık ve farkındalık çalışmalarına bilimsel katkı sağlamayı hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Anksiyetesi

2.1.1. Terminoloji ve Tanım

Sağlık anksiyetesi, bireyin bedensel duyumlarını ya da fizyolojik değişikliklerini olduğundan daha tehdit edici biçimde yorumlayarak ciddi bir hastalığa sahip olduğuna inanması veya ciddi bir hastalık geliştirme olasılığına yönelik sürekli ve aşırı kaygı yaşamasıyla karakterize edilen bir psikopatolojik durumdur (3,4). Bu kaygı türü, kişinin bedenini tekrarlayıcı biçimde kontrol etmesi, sık aralıklarla tıbbi değerlendirme talep etmesi ve özellikle internet üzerinden hastalık belirtileriyle ilgili kapsamlı sorgulamalar yapması (siberkondria) gibi davranışsal örüntülerle ortaya çıkmaktadır (17). Her ne kadar DSM'de bu biçimiyle ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almıyor olsa da sağlık anksiyetesinin tüm bireylerde belirli bir düzeyde gözlenebileceği ve keskin bir "var/yok" ayrımı yerine, sağlıkla ilgili kaygının yok denecek kadar az olduğu düzeyden klinik önem taşıyan bir şiddete kadar uzanan boyutsal bir süreklilik içinde değerlendirilmesi gerektiği ileri sürülmektedir (18-20).

2.1.2. Tarihsel Gelişim

Sağlık anksiyetesi kavramı, tarihsel süreçte hipokondriyazis terimiyle yakın ilişki içinde ele alınmış olsa da tanı sınıflandırmaları ve literatürdeki kavramsal tartışmalar doğrultusunda zamanla önemli ölçüde dönüşüme uğramıştır (21). Bu kavram ilk kez 1980'de yayımlanan DSM-3'te hipokondriyazis başlığı altında çerçevelenmiş; tıbbi incelemelerle açıklanamayan biçimde kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğuna ya da olacağına ilişkin ısrarlı ve yoğun kaygıları bu tanı kapsamında değerlendirilmiştir. Bu dönemde sağlık anksiyetesi kavramı henüz bağımsız bir tanı kategorisi olarak ele alınmamıştır (22).

DSM'nin 1994 yılında yayımlanan dördüncü baskısında (DSM-4) hipokondriyazis tanısı varlığını sürdürmüş ve bireyin mevcut bir fiziksel belirtisini ciddi bir hastalığın işareti olarak yorumlaması ile en az altı ay devam eden yoğun sağlık kaygısına odaklanılmıştır. Bu sınıflamada da sağlık anksiyetesi ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmamış olsa da bu yıllarda literatürde kavramsal bir ayrışmanın temelleri atılmıştır (23). Özellikle Warwick ve Salkovskis'in 1980'lerin sonlarında geliştirdikleri bilişsel davranışçı model, sağlık anksiyetesi kavramını sistematik biçimde tanımlayan ilk yaklaşımlardan biri olmuş; sağlıkla ilgili kaygıların, bireyin bedensel duyumları tehdit edici biçimde yorumlamasıyla ortaya çıkan bilişsel bir süreç olduğu ileri sürülmüştür (24,25). Bu yaklaşım, 1990'lı yıllar boyunca yapılan araştırmalarla desteklenmiş ve sağlıkla ilgili kaygıların patolojik düzeyle sınırlı olmayan, daha geniş bir süreklilik içinde değerlendirilmesi gerektiği anlayışını güçlendirmiştir (25).

Bu kavramsal ayrışma, DSM'nin 2013 yılında yayımlanan beşinci baskısına (DSM-5) da yansımış; hipokondriyazis teriminin yarattığı olumsuz çağrışımlar ve hasta–hekim ilişkisini olumsuz etkileyen yönleri nedeniyle bu tanı sistem dışına çıkarılmıştır. DSM-5 ile, daha önce hipokondriyazis tanısı alan bireylerden belirgin bedensel yakınmaları olanlar somatik belirti bozukluğu, ciddi hastalık geliştirme olasılığına ilişkin aşırı ve sürekli kaygı taşıyan ancak belirgin somatik belirtileri bulunmayanlar ise (bu belirtiler başka bir anksiyete bozukluğuyla açıklanamıyorsa) hastalık kaygısı bozukluğu tanısı altında sınıflandırılmaktadır (12,26). Hastalık kaygısı bozukluğu, içerik olarak sağlık anksiyetesi ile büyük ölçüde örtüşen bir klinik tabloyu temsil etmektedir (17).

Uluslararası Sınıflandırma sistemlerinde de paralel bir dönüşüm gözlenmektedir. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon (ICD-10)'da hipokondriyal bozukluklar "somatoform bozukluklar" içinde yer almakta ve sağlık anksiyetesi ya da hastalık kaygısı bozukluğuna özgü bir tanı kategorisi bulunmamaktadır (27). Ancak ICD-11 ile bu kavram yeniden düzenlenmiş; hipokondriyazis, "obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar" üst başlığı altında tanımlanmış ve sağlık anksiyetesi/hastalık kaygısı bozukluğuna karşılık gelen tanısal çerçeve bu kategori içinde yapılandırılmıştır (28).

2.1.3. Epidemiyoloji

Sağlık anksiyetesi hem genel toplumda hem de sağlık hizmeti başvurularında farklı düzeylerde gözlenen yaygın bir ruhsal sorundur (29). Klinik önemine ve ekonomik yüküne rağmen, sağlık anksiyetesinin toplumdaki yaygınlığını ve ilişkili risk etmenlerini inceleyen epidemiyolojik araştırmalar sınırlıdır (30). Uluslararası veriler, sağlık anksiyetesinin toplumda %0,04–4,5; sağlık kurumlarına başvuranlarda ise %0,3–8,5 arasında değişen oranlarda görüldüğünü göstermektedir (31). Orta yaşlarda yaygınlığın arttığı ve bazı çalışmalarda en yüksek noktasına bu dönemde ulaştığı bildirilmiştir (32,33).

Birinci basamak başvurularında sağlık anksiyetesi oranı yaklaşık %10, hastane ayaktan başvurularında ise %20'ye ulaşmaktadır (34). Akut hastalık deneyimleri, özellikle kardiyovasküler olaylar, bireylerde tekrarlama korkusunu artırarak sağlık anksiyetesini tetikleyebilmektedir (34,35).

Sosyoekonomik düzeyle sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki belirgin değildir; bazı çalışmalar düşük sosyoekonomik düzeyi risk faktörü olarak bildirirken, bazıları yüksek sosyoekonomik düzeyde de artmış risk olduğunu göstermektedir (30,36,37). Eğitim düzeyinin düşük olması ise tutarlı şekilde yüksek sağlık anksiyetesi ile ilişkilendirilmiştir (38).

Son otuz yılda sağlık anksiyetesi prevalansının belirgin biçimde arttığı ve bu artışın internet üzerinden sağlık bilgisi arama davranışının yaygınlaşması (siberkondria) ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (29,39,40).

2.1.4. Etyoloji

Sağlık anksiyetesi, her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte en sık 35–64 yaş aralığında görülmektedir (41). Prevalansın genç ve ileri yaş gruplarında daha düşük, orta yaş döneminde ise en yüksek seviyeye ulaştığı bildirilmektedir (32,33). Literatürün büyük bölümü sağlık anksiyetesi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtse de (42-44), bazı çalışmalar kadınlarda daha yüksek oranlar bildirmiştir (45-47).

Anksiyete bozuklukları ve beden duyumlarıyla ilişkili bozuklukların kadınlarda daha sık görülmesi, sağlık anksiyetesinin bu bozukluklardan farklı bir cinsiyet dağılımı göstermesi açısından dikkat çekici bulunmuştur (33,41).

2022 yılında yayımlanan bir meta-analiz, düşük sosyoekonomik düzeyin sağlık anksiyetesi için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (48). Çalışmayan bireylerde ve düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde sağlık anksiyetesi sıklığının anlamlı biçimde arttığı da çeşitli araştırmalarla desteklenmiştir (32,41). Ayrıca geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı olanlar ile kronik hastalık öyküsü bulunan bireylerde sağlık anksiyetesinin daha yaygın olduğu gösterilmiştir (49). Bazı çalışmalarda aile öyküsü, mizaç özellikleri ve algılanan stres düzeyinin de sağlık anksiyetesi gelişimi açısından ek risk faktörleri olabileceği bildirilmiştir (50).

2.1.5. Klinik Özellikler

Sağlık anksiyetesinin belirti yelpazesi geniş olup en sık erken erişkinlik döneminde görülmekte, çocukluk çağında ise daha nadir olarak karşımıza çıkmaktadır (51). Sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde ciddi bir hastalığa yakalanma veya mevcut hastalığının daha ağır seyredeceğine ilişkin yoğun korku, bedensel duyumlara aşırı dikkat ve bu duyumları olumsuz şekilde yorumlama eğilimi ön plandadır (32).

Sağlık anksiyetesi; kişiler arası yabancılaşma, güven arayışı, duyumların hatalı biçimde yorumlanması ve aşırı endişe olmak üzere dört temel bileşenle açıklanmaktadır. Bireyler çoğu zaman aksi yöndeki kanıtlara rağmen hasta olduklarına inanır, çevrelerinin yeterince önemsemediğini düşünerek kendilerini yalnız ve dışlanmış hissederler. Hastalığına ilişkin onaylanma ve destek bekleme davranışı güven arayışı olarak değerlendirilirken, bedensel duyumlara aşırı odaklanma "kendini kaptırma" bileşenini oluşturmaktadır. Sağlıkla ilgili yoğun kaygı hali ise endişe başlığı altında ele alınmaktadır (51-53).

Bazı hastalar tepkilerini abarttıklarının farkında olduklarını ancak bu durumu kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını ifade etmektedir. Sağlık anksiyetesi düzeyi yüksek kişiler, ciddi bir hastalık geliştirme olasılıklarının diğer bireylere göre daha fazla olduğunu düşünür.

Bu kişiler sıklıkla tıbbi değerlendirmelerinden tatmin olmayıp, internetten yoğun biçimde bilgi aramaya yönelir; bu durum ise kaygıyı artırarak işlevselliğin bozulmasına yol açar (48). Özellikle stres dönemlerinde bireyler kendilerini rahatlatmak amacıyla nabız ve tansiyon ölçme, ateş kontrolü yapma ya da kendi kendini muayene etme gibi tekrar edici davranışlar sergileyebilirler (54).

Bir bireye tıbbi bir tanı konulmuş olması sağlık anksiyetesi varlığını dışlamaz. Sağlık kuruluşlarına sık başvuran, internetten edindikleri bilgileri sürekli sorgulayan ve mevcut hastalıklarını olduğundan daha ciddi algılama eğilimi gösteren kişilerde aşırı ve işlev bozucu düzeyde sağlık kaygısı varsa sağlık anksiyetesinden şüphelenilmelidir (51,55).

2.1.6. Tanı Kriterleri

Sağlık anksiyetesine ilişkin ilk sistematik tanı ölçütleri, 1995 yılında yayımlanan Psikosomatik Araştırmalarda Kullanım İçin Tanı Kriterleri başlıklı çalışma ile tanımlanmıştır. Bu model, sağlıkla ilişkili kaygıların daha yapılandırılmış bir şekilde ele alınmasına ve diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilebilmesine olanak sağlamıştır. Söz konusu modele göre sağlık anksiyetesi tanısı için üç temel ölçütün birlikte karşılanması gerekmektedir (56):

• Bireyin hastalıklara yönelik yaygın kaygı deneyimlemesi; ağrı ve diğer bedensel duyumlara aşırı hassasiyet göstermesi; somatik belirtileri olduğundan daha ciddi biçimde yorumlayarak bedensel uğraşlara yönelmesi ve bu belirtilerin çoğunlukla altı aydan uzun sürmesi.

• Uygun tıbbi güvence sağlandığında kaygı düzeylerinde belirgin azalma olması; ancak zaman içinde benzer endişelerin yeniden ortaya çıkması.

• Mevcut kaygı ve korkuların bir duygu durum bozukluğuna ya da başka bir anksiyete bozukluğuna ikincil olmaması.

Sağlık anksiyetesine yönelik bu tanısal yaklaşım, Tyrer ve ark. tarafından 2018 yılında güncellenmiş ve hastalıkla ilişkili kaygının sürekliliği, işlevsel yansımaları ve bozukluğu sürdüren davranışsal örüntüler daha ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir.

Güncellenmiş modele göre sağlık anksiyetesinin temel özellikleri şu başlıklar altında toplanmaktadır (17):

- Hastalıklarla ilgili aşırı düzeyde endişe
- Bedensel duyum ve işlevlere yönelik aşırı tetikte olma
- Hastalık belirtileri açısından bedeni tekrar eden biçimde kontrol etme
- Ciddi veya tedavi edilemez bir hastalığa sahip olma/geliştirme korkusu
- Sürekli güvence arayışı
- Tekrarlayıcı tıbbi başvurular

Sağlık anksiyetesi ile benzer bir klinik görünüm sergileyen hastalık kaygısı bozukluğu ise sağlıkla ilişkili yoğun korku ve beklenti anksiyetesinin eşlik ettiği bir psikiyatrik tablodur (17). Tablo 1'de, DSM-5-TR'ye göre hastalık kaygısı bozukluğu tanı kriterleri sunulmuştur (57).

Tablo 1. Hastalık kaygısı bozukluğu DSM-5-TR tanı kriterleri (57)

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.

2.1.7. Tedavi ve Müdahale Yöntemleri

Sağlık anksiyetesi, bireylerin sağlık durumlarını yakından izlemelerine yönelik önerilerin artması ve internet üzerinden aşırı sağlık taraması yapmanın olumsuz sonuçları nedeniyle giderek daha sık görülmektedir. Tedavi edilmediğinde uzun süre devam edebilmekte, belirgin düzeyde sıkıntıya, işlevsellikte azalmaya ve yaşam süresinde olumsuz etkilenmeye yol açabilmektedir (58).

Yoğun kaygı yaşayan bireylerin çoğu başvuru noktasını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır (59,60). Bu nedenle aile hekimlerinin sağlık anksiyetesini tanıyabilmeleri, hastalıkla ilişkili etkileri değerlendirebilmeleri ve uygun müdahale yaklaşımlarını uygulayabilmeleri büyük önem taşır (58). Tedavinin etkin yürütülmesinde hasta–hekim iş birliği temel unsurdur; hastaların tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve kullanılacak yöntemlere ilişkin kararlara katılımı tedavi sürecini güçlendirmektedir (61).

Birinci basamak hekimlerinin düzenli takip ziyaretleri planlaması, güvene dayalı bir terapötik ilişki oluşturması, hastanın sağlıkla ilgili kaygılarını dinleyip meşrulaştırması, eşlik eden tıbbi hastalıkları taraması ve tedavi etmesi, gereksiz tetkik ve uzman yönlendirmelerini sınırlı tutması önerilmektedir. Ayrıca hastaya ciddi bir hastalığın dışlandığı yönünde uygun güvence verilmesi, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tanılanıp tedavi edilmesi ve sağlık anksiyetesine yönelik başa çıkma becerilerinin kazandırılması temel yönetim stratejileri arasında yer alır (62-64). Birinci basamak müdahalelerinin yetersiz kalması durumunda hastanın ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir (62).

Sağlık anksiyetesinin tedavisinde etkinliği gösterilmiş müdahaleler arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT), farkındalık temelli yaklaşımlar ve farmakolojik tedaviler bulunmaktadır (62,65,66). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile trisiklik antidepresanların semptom şiddetini azaltmada yararlı olduğu bildirilmektedir (58,62). Meta-analiz bulguları, BDT'nin sağlık anksiyetesi belirtilerini anlamlı ve kalıcı biçimde azalttığını, ayrıca depresyon ve genel anksiyete gibi ikincil belirtiler üzerinde de olumlu etkiler sağladığını göstermektedir (67-69).

Sağlık anksiyetesi olan bireylerin yaklaşık üçte ikisinin BDT'ye yanıt verdiği ve hastaların yaklaşık yarısında remisyon elde edildiği bildirilmektedir (69). Ayrıca yaşlı bireylerin sağlık anksiyetesi tedavisine gençlere kıyasla daha olumlu yanıt verdiğine ilişkin kanıtlar da mevcuttur (70).

2.2. Siberkondria

2.2.1. Tanım ve Kavramsal Çerçeve

Günümüzde teknolojik gelişmeler, bireylerin yaşamını pek çok yönüyle kolaylaştırmakta; iletişim ve bilgi teknolojilerindeki ilerlemelerle birlikte internetin yaygınlaşması son on yılda ülkemizde belirgin bir hız kazanmıştır. Küreselleşmenin etkisi ve internet erişim maliyetlerindeki düşüş sayesinde neredeyse tüm bireyler internet kullanımına ulaşabilir hâle gelmiştir (71). İnternet kullanımındaki artış, sağlıkla ilgili bilgilere erişimi de kolaylaştırmış ve bu durum "siberkondria" kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (72). Siberkondria, bireyin internet üzerinden sağlık ve hastalıklarla ilgili yoğun bilgi edinme davranışı sonucunda ciddi bir hastalığa sahip olduğuna inanması, kaygı duyması, kendi kendine tanı koyması ve tedavi arayışına yönelmesi şeklinde tanımlanmaktadır (73).

Siberkondria terimi, "siber" ve "hipokondriyazis" kelimelerinin birleşiminden türemiş olup çevrim içi sağlık bilgisi arayışının artmasıyla ortaya çıkmıştır (74). Bu kavram, yalnızca sağlık bilgisi arama davranışını değil, aynı zamanda kaygı tarafından tetiklenen veya kaygıyı artıran aşırı ve tekrarlayıcı bilgi aramalarını da kapsamaktadır. Dolayısıyla çevrim içi bilgi arama ile siberkondria arasındaki temel fark, davranışın nedenleri ve birey üzerindeki sonuçlarında ortaya çıkmaktadır (75).

İnternetten sağlık bilgisi aramak günlük yaşamın olağan bir parçası olsa da belirli mizaç özellikleri, çevrim içi ortamda işlevsel olmayan davranışların gelişimini kolaylaştırabilmektedir. Bu işlevsiz davranış örüntülerinden biri olan siberkondria; sağlık kaygısındaki artışla bağlantılı, sağlık bilgilerine yönelik aşırı ve tekrarlayıcı internet aramaları şeklinde ortaya çıkmaktadır. Siberkondria, ciddi sağlık endişelerini besleyen ve problemli davranışlara yol açabilen çeşitli duygu ve bilişsel süreçleri içermekte olup çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmektedir.

Bu yapının dört temel bileşeni; arama davranışının tekrarlanması, sıkıntının artması, günlük yaşamın kesintiye uğraması ve daha fazla güvence arama ihtiyacının ortaya çıkmasıdır (76).

2.2.2. Tarihçe

Siberkondria kavramı yaklaşık yirmi yıllık bir geçmişe sahip olup, terimin ilk kez nerede ve kim tarafından kullanıldığına ilişkin görüş ayrılıkları bulunmaktadır. En olası kaynaklar arasında 1999 yılında Wall Street Journal'da yayımlanan bir makale ile 2001'de The Independent gazetesinde çıkan yazı yer almakla birlikte, farklı yayınlar da zaman zaman ilk kullanım için aday gösterilmektedir. Terimin gazeteciler tarafından ortaya atılmış olması, o dönemde internet bağımlılığı ve benzeri konuların popüler medya tarafından sansasyonel biçimde ele alınmasıyla ilişkilendirilmekte ve bu durum kavramın uzun süre klinisyenler tarafından yeterince önemsenmemesini kısmen açıklamaktadır. Siberkondriaya yönelik akademik ilginin belirgin biçimde artması ise, Microsoft araştırmacıları White ve Horvitz'in 2009 yılında internetten sağlık bilgisi arayışlarının kaygıyı artırdığını gösteren çalışmalarının ardından gerçekleşmiştir. Bunu izleyen dönemde teorik ve ampirik nitelikte birçok araştırma yürütülmüş; 2014 yılında siberkondria düzeyini ölçmek üzere geliştirilen ilk ölçek olan Cyberchondria Severity Scale (CSS) yayımlanmış ve alan yazınında önemli bir ivme yaratmıştır (77).

Siberkondria teriminin tıp literatürüne girişi 2000'li yılların başına uzanmakta olup, "yeni" bir hastalık olarak değerlendirilmesi ilk kez 2001'de The Independent gazetesinde gündeme getirilmiştir. Türkiye'de siberkondria üzerine yürütülen ilk çalışma ise Süleyman Utku tarafından 2016 yılında gerçekleştirilmiştir. Mevcut literatürde siberkondriaya ilişkin araştırmaların çoğunun tanı kriterlerinin henüz netleşmemesi, sınırlı örneklem büyüklükleri ve klinik veri eksiklikleri gibi yöntemsel sınırlılıklar taşıdığı belirtilmektedir (71).

2.2.3. Epidemiyoloji

İnternet, çok çeşitli konulara ilişkin kapsamlı ve hızlı erişilebilir bilgi sunan önemli bir kaynak hâline gelmiştir.

Günlük yaşamda yaygın biçimde kullanılması, onu bireyler için temel bir bilgi edinme aracı konumuna taşımaktadır (78). Bu kapsamda pek çok kişi özellikle sağlıkla ilişkili bilgiler için internetten yararlanmaktadır (79). Uluslararası Telekomünikasyon Birliği'nin (ITU) 2024 verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 5,5 milyar kişinin internet kullandığı ve bunun küresel nüfusun yaklaşık %68'ine karşılık geldiği bildirilmektedir (80). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre ise Türkiye'de 16–74 yaş grubunda internet kullanım oranı %88,8 olup, internet kullanıcılarının son üç ay içinde %64,5'inin sağlık konularında bilgi aradığı belirtilmektedir (81).

Siberkondrianın toplumdaki gerçek yaygınlığı ve bireyler üzerindeki etkileri ise literatürde hâlen tam olarak ortaya konamamıştır (21). Hindistan'da 2019 yılında bilişim sektörü çalışanlarıyla yürütülen bir araştırmada siberkondria prevalansı %55,6 olarak saptanmış; bu bulgu dijital ortamla yoğun teması olan bireylerde çevrim içi sağlık aramalarının kaygıyı pekiştirebileceğini göstermiştir (82). COVID-19 pandemisi sonrasında aynı ülkede yetişkin nüfusta yapılan bir başka çalışmada prevalansın %45,3 olarak rapor edilmesi, pandemi dönemindeki belirsizlik ve tehdit algısının çevrim içi sağlık taramalarını artırmış olabileceğine işaret etmektedir (83).

Sosyodemografik değişkenler içinde eğitim düzeyi, siberkondria açısından önemli bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır. Araştırmalar, eğitim düzeyindeki artışın siberkondria puanlarında anlamlı bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bunun, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık bilgilerini daha eleştirel değerlendirme kapasitesine ve çevrim içi kaynakları daha bilinçli kullanma eğilimine sahip olmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (71).

2.2.4. Etyoloji

Siberkondrianın gelişiminde bir dizi psikolojik, davranışsal ve çevresel etmen rol oynamaktadır. Nevrotiklik, anksiyete duyarlılığı ve mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri siberkondriayı anlamlı biçimde öngören temel faktörler arasında yer almaktadır.

Belirsizliğe düşük tolerans gösteren bireyler, kaygı düzeylerini azaltmak amacıyla yoğun çevrim içi sağlık aramaları yapmaya eğilimli olmakta; ancak bu davranış çoğu zaman mevcut kaygı ve sıkıntının artmasına neden olmaktadır. Buna ek olarak düşük sağlık okuryazarlığı, çevrim içi tıbbi bilgilerin yanlış yorumlanmasına yol açarak siberkondria belirtilerinin daha şiddetli yaşanmasına katkı sağlamaktadır. Sosyal medyada hızla yayılan yanlış sağlık bilgilerinin özellikle ergenlerde kaygıyı artırdığı ve aşırı çevrim içi arama davranışını tetiklediği belirtilmektedir. Ayrıca geçmişte yaşanan travmatik tıbbi deneyimler ya da olumsuz sağlık yaşantıları bireylerde siberkondriaya yatkınlığı güçlendiren önemli etkenlerden biridir (84).

Siberkondria ile ilişkili diğer tetikleyiciler arasında sağlık sistemine yönelik güvensizlik, bedensel duyumların tehdit edici biçimde yorumlanması, medyanın yönlendirici etkisi ve düşük eğitim düzeyi gibi değişkenler dikkat çekmektedir. Bunun yanında internet ortamında bilginin hızlı dolaşımı, bilimsel içeriklerin geniş kitlelere ulaşması, devlet destekli dijital danışmanlık platformlarının artması, internetin düşük maliyetli bir bilgi kaynağı olması, ilaç firmalarının pazarlama stratejileri ve medyanın sağlıklı yaşam vurgusu gibi faktörler de siberkondria davranışının sürdürülmesinde rol oynamaktadır. Siberkondria, sağlık anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk ve somatizasyon bozukluğu gibi psikiyatrik durumlarla birlikte görülebilmekte; aynı zamanda problemli internet kullanımıyla da ilişkilendirilmektedir. Bilimsel ve teknolojik ilerlemenin hız kazandığı günümüzde bu tür olumsuz yan etkilerin kapsamlı biçimde incelenmesi ve günlük yaşamı etkileyen sonuçlarına yönelik etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır (85).

Çeşitli çalışmalar, sağlık anksiyetesi yüksek bireylerin çevrim içi sağlık bilgisi aramaya daha yatkın olduğunu ve tek bir kaynağın çoğunlukla onları tatmin etmediğini, bu nedenle sürekli şekilde farklı kaynaklara yöneldiklerini göstermektedir. Bu süreç; baş ağrısı, boğazda yumru hissi, çarpıntı gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra yoğun duygusal sıkıntılara yol açabilmekte, bireyler bu belirtileri saatlerce araştırarak sağlık sorunu olduğuna kendilerini ikna edene kadar arama davranışını sürdürebilmektedir (86).

2.2.5. Klinik Özellikler ve Tanı

Siberkondria, güncel tanı sınıflandırmalarında henüz bağımsız bir psikiyatrik bozukluk olarak yer almamaktadır (87). Bununla birlikte siberkondria düzeyini değerlendirmeye yönelik ölçme araçları geliştirilmiş olup, McElroy ve ark. tarafından oluşturulan Siberkondria Ölçeği literatürde en yaygın kullanılan değerlendirme araçlarından biridir. Ölçek; zorlantı, sıkıntı, aşırılık, güvence arayışı ve sağlık profesyonellerine duyulan güvensizlik olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. "Zorlantı" boyutu, bireyin istemsiz ve yineleyici çevrim içi sağlık aramalarını ve bu davranışların günlük işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerini ifade ederken; "sıkıntı" boyutu, bu aramalara eşlik eden kaygı, huzursuzluk, panik, sinirlilik ve iştahsızlık gibi olumsuz duygusal-fizyolojik tepkileri kapsamaktadır. "Aşırılık" boyutu, sağlıkla ilgili internet aramalarının tekrarlayıcı ve zaman tüketici niteliğini tanımlar. "Güvence arayışı" ise bireyin sağlık çalışanlarından ısrarla onay alma çabasını yansıtır. "Sağlık profesyonellerine güvensizlik" boyutu, doktor görüşleri ile çevrim içi içerikler arasında yaşanan kararsızlık ve güvensizliği ortaya koymaktadır (88).

Siberkondria hem bireysel düzeyde hem de sağlık sistemi açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Çevrim içi ortamda edinilen kaygı uyandırıcı sağlık bilgilerinin ardından gelişen güvence arayışı, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını ve işlevsellikte belirgin azalmayı beraberinde getirebilmektedir (89,90). Daha düşük olasılığa sahip ciddi hastalıkları (örneğin multipl skleroz) işaret eden çevrim içi bilgiler, bireyler tarafından çoğu zaman daha olası ancak daha hafif durumlara (örneğin anksiyete) ilişkin açıklamalardan daha fazla önemsenmektedir. Bu eğilim, kişilerin tehdit edici senaryolara yönelmesine ve sağlık kaygısının artmasına neden olur. Kaygı düzeyindeki artış, bireyin belirtilerine daha yatıştırıcı bir açıklama bulma amacıyla tekrar tekrar internet araması yapmasına yol açmakta; bu durum güvence arayışı merkezli döngüsel bir davranış örüntüsü oluşturmaktadır (21). Bu döngü, bazı bireylerde sağlık profesyonellerine sık başvuruya; bazı bireylerde ise kaygıyla başa çıkma amacıyla sağlık çalışanlarından kaçınmaya neden olabilir. Kaçınma davranışı gerekli sağlık hizmetlerinin gecikmesine veya tamamen aksamasına yol açarak bireyin sağlık durumunu olumsuz etkileyebilir.

Ayrıca siberkondrianın hasta-hekim ilişkisini zedelediği, özellikle bazı bireylerin hekimlerin önerilerini internet kaynaklarıyla karşılaştırarak sorgulama eğilimi göstermelerinin güven temelli ilişkiyi zayıflattığı belirtilmektedir (88,91).

İnternet kullanımının yaygınlaşması ve çevrim içi sağlık aramalarının yol açabileceği bu olası olumsuzluklar göz önünde bulundurulduğunda, siberkondrianın ilerleyen yıllarda giderek artan bir halk sağlığı yükü oluşturma potansiyeli taşıdığı değerlendirilmektedir (92).

2.2.6. Tedavi

Siberkondria tedavisinde odaklanılan temel hedefler arasında sağlık kaygısı, obsesif-kompulsif özellikler ve bunlarla ilişkili bilişsel süreçlerin düzenlenmesi yer alır. Bunun yanı sıra mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük gibi kişilik özellikleri ile zaman yönetimindeki yetersizlikler de müdahale gerektiren önemli alanlardır. Tedavi süreci, güvence arama ve kaçınma gibi kaygı artırıcı davranışların azaltılmasını; aşırı, çelişkili veya tehdit edici çevrim içi sağlık bilgileriyle başa çıkma zorluklarının ele alınmasını içerir. İnternette yer alan bilgilerin nesnel ve doğrulanmış olduğu yanılgısı ile gerçekçi olmayan beklentiler de tedavi planında önemli hedefler arasında değerlendirilir. Bu unsurlar genellikle psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal tekniklerin birlikte kullanıldığı bütüncül müdahale programları kapsamında ele alınmaktadır (93).

Siberkondria günümüzde giderek artan oranda bir halk sağlığı sorunu olarak görülmekte ve özellikle sağlık hizmetleri kullanımını etkileyebilme potansiyeli nedeniyle önem kazanmaktadır. Bu bağlamda, siberkondrianın önlenmesine ve yönetilmesine yönelik programların geliştirilmesi ve bu programların etkinliğinin değerlendirildiği bilimsel çalışmaların desteklenmesi, modern sağlık sistemleri açısından öncelikli bir gereklilik olarak önerilmektedir (94).

2.2.7. Aile Hekimliği ve Siberkondria

Siberkondria, bireylerin sağlık belirtilerine ilişkin internet üzerinden aşırı ve yineleyici bilgi aramalarıyla karakterize olup, çoğu zaman kaygıyı artıran ve işlevselliği bozabilen bir davranış örüntüsüdür (21,88). Artan internet kullanımı ve sağlık okuryazarlığındaki farklılıklar nedeniyle, siberkondria günümüzde birinci basamak sağlık hizmetleri açısından giderek daha önemli bir sorun hâline gelmiştir (95).

Aile hekimliği disiplini, Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) tanımladığı temel yeterlilikler çerçevesinde kişi merkezli bakım, sürekli ve kapsamlı hizmet sunumu, etkili iletişim ve sağlık sistemi içinde koordinasyon sağlama sorumluluklarını üstlenmektedir (96). Bu özellikler, bireyin çevrim içi ortamdan edindiği belirsiz veya kaygı uyandıran sağlık bilgilerinin oluşturduğu yükün tanınması ve uygun yönlendirmenin yapılması açısından kritik öneme sahiptir (97,98).

Aile hekiminin danışanıyla kurduğu güven temelli uzun süreli ilişki, bireyin internette edindiği sağlık bilgilerine bağlı belirsizlik ve güvence arayışını yönetmesinde destek sağlar. Hekimin güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirme, sağlık okuryazarlığını geliştirme ve çevrim içi bilgileri eleştirel değerlendirme becerisi kazandırma gibi eğitimsel rolleri, bireyin sağlık kararlarına aktif katılımını güçlendirir (96,99,100).

Siberkondria yönetiminde aile hekiminin temel hedeflerinden biri, gereksiz sağlık başvurularını azaltmak ve sağlık hizmetlerinin rasyonel kullanımını sağlamaktır (96). Uygun risk iletişimi ve klinik gerekliliklere dayalı yönlendirmeler hem bireysel kaygının yönetilmesine hem de sağlık sisteminin etkin işleyişine katkı sunar (96).

Sonuç olarak, aile hekimi siberkondriayla mücadelede yalnızca biyolojik değil, psikolojik, sosyal ve dijital sağlık davranışlarını da kapsayan bütüncül bir yaklaşım sunan, erişilebilir ve etkili bir birinci basamak sağlık profesyonelidir (96).

2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Ruhsal travma; ani, beklenmedik ve bireyin kontrol kapasitesini aşan zorlayıcı olaylar karşısında kişinin baş etme becerilerinin yetersiz kalması sonucu ortaya çıkan ve yoğun sıkıntıya yol açan psikolojik bir durumdur. Bu deneyimler genellikle kişide çaresizlik, korku ve belirgin endişe duygularını tetikler (101). Travmatik yaşantılar; fiziksel, duygusal veya cinsel istismar, zorbalık, olumsuz aile koşulları, doğal afetler, savaşlar gibi geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (101).

TSSB, travmatik bir olayın ardından bireyde olaya ilişkin yineleyici ve rahatsız edici anıların belirmesi, travmayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve sürekli tetikte olma hâlinin gözlenmesiyle ortaya çıkan bir ruhsal bozukluktur. TSSB, kişinin sosyal ilişkilerini, günlük yaşam etkinliklerini ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinde belirgin düşüşe neden olur (102).

Travmatik strese ilişkin ilk tıbbi yaklaşımların 19. yüzyıla uzandığı bilinmektedir. Tarihsel kayıtlar, savaş gazileri ve kadınlarda travmatik deneyimler sonrası gelişen belirtilerin alkol ve opiyatlar kullanılarak tedavi edilmeye çalışıldığını göstermektedir (103). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan ilk tanı kılavuzu olan DSM-1 (1952)'de TSSB, "katastrofik olaylar sonrası gelişen büyük stres tepkisi" başlığı altında ele alınmıştır. Ancak DSM-2 (1968)'de travma sonrası ruhsal belirtilere yönelik özel bir tanı yer almamıştır; bu durumun, kılavuzun savaşsız bir dönemde hazırlanmış olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (104).

Vietnam Savaşı sonrasında askerlerde gözlenen yaygın travma belirtilerinin etkisiyle TSSB, 1980'de yayımlanan DSM-3'te kaygı bozuklukları kategorisi içinde ilk kez resmi bir tanı olarak tanımlanmıştır. 1987'deki DSM-3-R'de tanı kriterlerine altı yeni semptom eklenmiş ve belirtilerin en az otuz gün sürmesi gerektiği vurgulanmıştır. DSM-4 ile süre ölçütleri yeniden düzenlenmiş; 2–30 gün süren belirtiler için "akut stres bozukluğu" tanısı eklenmiş, TSSB semptomları 1–3 ay arası sürdüğünde akut, üç aydan uzun sürdüğünde ise kronik olarak sınıflandırılmıştır (105).

2013 yılında DSM-4'ten DSM-5'e geçiş sürecinde, yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duygusunu içeren A2 kriteri tanı ölçütlerinden çıkarılmıştır. Son olarak 2022'de DSM-5-TR'nin yayımlanmasıyla TSSB'nin tanı kriterleri güncel hâlini almıştır (106,107).

2.3.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Travmatik olayların bireyleri ve toplumları etkileme düzeyi çok sayıda değişkene bağlı olarak farklılık göstermektedir. Genetik yatkınlık, önceki travmatik yaşantıların varlığı, bireyin travmaya duyarlılığı, stresle baş etme becerilerinin güçlü ya da zayıf oluşu, sosyal destek düzeyi, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve toplumların geçmiş travmatik deneyimleri (örneğin savaş ya da kitlesel afetler) TSSB prevalansını bireysel ve toplumsal düzeyde etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır (108). Genel olarak kültürel farklılıklar, sosyodemografik özellikler (özellikle kadın cinsiyeti) ve travmanın niteliği gibi değişkenlerin TSSB gelişimi üzerinde belirgin etkisi olduğu bildirilmiştir (109). Yapılan araştırmalar; yaşlılar, çocuklar, kadınlar, düşük sosyoekonomik gruplar, azınlıklar, bekar bireyler, eğitim düzeyi düşük olanlar, anksiyöz ya da olumsuz kişilik örüntülerine sahip bireyler, geçmiş travma öyküsü bulunanlar, psikiyatrik ek tanısı olanlar, ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunanlar ve genetik duyarlılığı yüksek kişilerde TSSB gelişme riskinin arttığını göstermektedir (110). İnsan kaynaklı travmatik olaylarda TSSB riskinin daha da yükseldiği bilinmektedir (111).

Dünya çapında yetişkinlerin %70'inden fazlasının yaşamlarının bir döneminde en az bir travmatik olay deneyimlediği; bu bireylerin yaklaşık %31'inin ise dört veya daha fazla travmatik olayla karşılaştığı bildirilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar, yaşam boyu en az bir travma geçirme oranının erkeklerde ortalama %60, kadınlarda ise %51 olduğunu ortaya koymaktadır (112). Bununla birlikte TSSB'nin görülme sıklığı ülkeler ve toplumlar arasında önemli ölçüde değiştiğinden genel bir yaygınlık oranı vermek güçtür. Travma yaşayan bireylerin yaklaşık %60'ının, olay sonrasında akut stres belirtilerini atlatarak TSSB gelişmeden iyileşebildiği belirtilmektedir. Bu bulgu, travmanın etkilerinin bireyler arasında büyük çeşitlilik gösterdiğini, direnç düzeyi ve sosyal destek gibi faktörlerin iyileşmeyi etkilediğini göstermektedir (113).

Doğal afetlerin nadir görüldüğü ve suç oranlarının düşük olduğu ülkelerde TSSB prevalansının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, travmanın niteliği, bireylerin genetik özellikleri, bedensel yapıları, psikolojik geçmişleri ve baş etme becerileri gibi faktörlerdeki farklılıklar TSSB yaygınlığındaki değişkenliğin temel nedenleri arasında sayılmaktadır (114). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yürütülen geniş ölçekli bir çalışmada ise 26 ülkeden 18 yaş üzeri 71.083 katılımcı değerlendirilmiş ve yaşam boyu TSSB yaygınlığı %5,6 olarak bulunmuştur. Çalışmada genç yaş, kadın cinsiyeti, bekar olma, düşük eğitim düzeyi, düşük ekonomik statü ve işsizlik önemli risk etmenleri olarak belirlenmiştir (115).

Travma tepkisini belirleyen bireysel, travmatik olayla ilişkili ve çevresel faktörler Tablo 2'de özetlenmiştir (116).

Tablo 2. Travma tepkisini etkileyen faktörler (116)

Bireysel Faktörler	• Kadın cinsiyeti • Evli olmama durumu • Çocukluk veya ileri yaş gibi hassas yaşam dönemleri • Düşük sosyoekonomik düzey • Düşük eğitim düzeyi • Azınlık grubu üyesi olma • Yetersiz veya etkisiz başa çıkma becerileri • İçe dönüklük gibi belirli kişilik özellikleri • Geçmişte travmatik yaşantı öyküsünün bulunması • Daha önce veya halen mevcut psikiyatrik hastalık varlığı • Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü • Genetik duyarlılık veya kalıtsal yatkınlık
Travmatik Olayla İlişkili Faktörler	• Travmatik olayın insan kaynaklı olması • Ciddi düzeyde yaşam tehdidi içermesi • Travmatik olayın süreklilik göstermesi • Akut stres belirtilerinin yüksek şiddette ortaya çıkması • Maruz kalınan travmatik deneyimlerin sayısının fazla olması • Travma sırasında yoğun korku, çaresizlik veya dehşet duygularının yaşanması • Olay anında disosiyatif belirtilerin ortaya çıkması • Travmanın birey tarafından doğrudan deneyimlenmesi • Bireyin kontrol kapasitesi ile travmaya yönelik zihinsel hazırlık düzeyinin yetersiz olması • Travmatik olayın kişi için güçlü bir öznel anlam taşıması
Çevresel Faktörler	• Tıbbi, psikolojik ve sosyal destek hizmetlerine erişimin kısıtlı olması • Göç edilen bir bölgede veya ülkede yaşama zorunluluğu • Sosyal kaynaklar ile destek ağlarının yetersiz olması

2.3.3. Etyoloji

TSSB'nin etyolojisi çok boyutludur ve yalnızca travmatik olayın kendisiyle açıklanamaz. Aynı stresöre maruz kalan bireylerde farklı sonuçların ortaya çıkması; bireysel yatkınlıklar, psikososyal etkenler ve biyolojik mekanizmaların birlikte rol oynadığını göstermektedir (114). Travmanın ani, hazırlıksız, insan kaynaklı, yaşamı tehdit eden veya fiziksel yaralanma içeren özellikleri ile olayın kişi için taşıdığı öznel anlam, TSSB riskini artırmaktadır (111,114). Geçmiş travma öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık bulunması, düşük sosyal destek, travma sırasında yoğun korku ve ölüm tehdidi algısı öne çıkan öngörücüler arasındadır (117).

Biyolojik düzeyde noradrenerjik, dopaminerjik ve serotonerjik sistemlerdeki düzensizlikler; Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal eksenindeki bozulmalar ve kortizol yanıtındaki farklılıklar TSSB gelişimine katkı sağlamaktadır (118). Nöroanatomik olarak amigdala hiperaktivitesi, hipokampal hacim azalması ve medial prefrontal korteks işlev bozukluğu travma sonrası belirtilerle ilişkilidir (119-121). Genetik ve epigenetik faktörler de önemli olup ikiz çalışmalarında TSSB'ye yatkınlığın yaklaşık %30 oranında kalıtsal olduğu gösterilmiştir (122).

Genel olarak TSSB, travmatik olayın niteliği, bireyin psikolojik ve biyolojik özellikleri ile sosyal çevresinin etkileşimi sonucu ortaya çıkan kompleks bir ruhsal bozukluktur.

2.3.4. Klinik Bulgular ve Tanı Kriterleri

TSSB, DSM-5'te dört ana belirti kümesi ile tanımlanmaktadır:

1. Yeniden deneyimleme,
2. Kaçınma,
3. Olumsuz biliş ve duygudurum değişiklikleri,
4. Aşırı uyarılmışlık belirtileri.

Bu semptomlara ek olarak, tepkilerde belirgin yavaşlama ve çevreye karşı yabancılaşma gibi özgül bulgular da görülebilir.

Belirtilerin 3–30 gün arasında sürmesi akut stres bozukluğunu, bir aydan uzun devam etmesi ise TSSB'yi düşündürmektedir (12). DSM-5'e göre tanı konulabilmesi için bireyde yeniden deneyimleme grubundan en az bir, kaçınma belirtilerinden en az bir, olumsuz biliş ve duygudurum belirtilerinden en az iki ve uyarılma-tepki değişikliklerinden en az iki bulgunun bulunması gereklidir. Semptomlar çoğunlukla travmanın ardından ilk üç ay içinde başlamakla birlikte, bazen yıllar sonra ortaya çıkarak "geç başlangıçlı TSSB" formunu oluşturabilir (12). DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki şekilde özetlenmektedir:

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da daha fazlasıyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanma ile karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma

1. Doğrudan travmatik olaylar yaşamış olma
2. Başkalarının başına gelen olayları doğrudan doğruya görme
3. Bir aile yakının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olaylar geldiğini öğrenme
4. Travmatik olayların sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşılaşmış olma (örn: çocuk istismarı ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşan polis memurları)

B. Travmatik olaylardan sonra başlayan, travmatik olaylara ilişkin istem dışı gelen belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı

İstem Dışı Gelen Belirtiler:

1. Travmatik olayların yineleyici, istem dışı sıkıntı veren anıları
2. İçeriği ya da duygulanımı travmatik olaylarla ilişkili yineleyici sıkıntı veren düşler
3. Kişinin travmatik olayları sanki yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı dissosiyasyon tepkileri (flashbackler)

4. Travmatik olayları çağrıştıran ya da simgeleyen iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama
5. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları
2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir)
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örneğin "Ben kötüyüm", "Kimseye güvenilemez", "Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir", "Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu")
3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan süreklilik gösteren çarpık bilişler
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç)
5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları

7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumu ya da sevgi duygularını yaşayamama)

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında)
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma
3. Her an tetikte olma
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme
5. Odaklanma güçlükleri
6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma)

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (107).

2.3.5. Tedavi ve Prognoz

TSSB tedavisinde hem psikoterapötik yaklaşımların hem de farmakolojik müdahalelerin etkili olduğu gösterilmiştir (123). Psikoterapi ve ilaç tedavisinin birlikte kullanıldığı kombine yaklaşımların, literatürde daha güçlü klinik iyileşme sağladığı bildirilmekle birlikte (124), NICE kılavuzunda TSSB tedavisine ilişkin temel öneriler aşağıda özetlenmiştir (125).

2.3.5.1. Psikoterapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): BDT, TSSB için ilk basamak psikoterapötik müdahale olarak kabul edilir. Bu yaklaşım, travmatik olayla ilişkili işlevsiz düşünce ve davranış örüntülerinin değiştirilmesini, hastanın travmatik uyaranlara kontrollü biçimde maruz bırakılması yoluyla duyarsızlaştırılmasını ve anksiyete ile baş etme becerilerinin güçlendirilmesini amaçlar. Böylece bireyin kontrol duygusunu yeniden kazanması hedeflenir (125,126).

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR): EMDR, travmatik anıların işlenmesini ve duygusal olarak yeniden yapılandırılmasını hedefleyen bir yöntemdir. Göz hareketleri veya diğer çift yönlü uyarıcılarla eş zamanlı yürütülen bu terapi, kontrollü çalışmalarla etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Tedavi sonrasında daha işlevsel bilişlerin yerleştiği ve travmaya bağlı anksiyetenin belirgin şekilde azaldığı gösterilmiştir (125,127).

Diğer Yaklaşımlar: Grup terapisi, aile terapisi ve duyarsızlaştırma–yeniden işleme teknikleri gibi çeşitli psikoterapötik müdahaleler de TSSB yönetiminde destekleyici yöntemler olarak kullanılmaktadır.

2.3.5.2. Farmakolojik Tedavi

Antidepresanlar: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin–norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), TSSB'de ilk tercih edilen farmakolojik ajanlardır. Sertralin ve paroksetin, yetişkin TSSB tedavisi için Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış ilaçlardır. Sertralin 50–200 mg/gün doz aralığında özellikle şiddetli olgularda etkilidir. Ancak çocuk ve ergenlerde etkinlik verileri halen sınırlıdır (128).

Anksiyolitikler: Benzodiazepinler akut anksiyete ve uyku sorunlarının yönetiminde kısa süreli olarak kullanılabilir; ancak bağımlılık riski nedeniyle uzun süreli tedavide önerilmez. TSSB'ye eşlik eden kâbus ve uyku bozukluklarında klonidin ve prazosin gibi ajanların faydalı olduğu bildirilmiştir (129).

2.3.5.3. Prognoz

Travma sonrası dönemde sosyal desteğin varlığı, iyileşme sürecinin en güçlü belirleyicilerinden biridir. Destekleyici çevresi olan bireylerde belirtilerin daha kısa sürede gerilediği; kabuslar, olumsuz düşünceler ve zorlayıcı hatırlamaların zamanla azaldığı görülmektedir. Kaçınma davranışları iyileşmenin erken dönemlerinde belirgin olabilir; ilerleyen süreçte ise fiziksel yakınmalar ön plana çıkabilir (130,131).

TSSB olgularının yaklaşık %30'u tam iyileşme gösterirken, %10'unda belirtiler uzun yıllar boyunca devam edebilir veya daha da ağırlaşabilir. Tedavi edilmeyen kronik TSSB; aile ilişkileri, sosyal işlevsellik ve fiziksel sağlık üzerinde kalıcı olumsuz etkilere yol açabilir. Bu nedenle erken tanı ve müdahale, uzun dönem sonuçları açısından kritik önem taşır (131,132).

2.3.6. Aile Hekimliği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB, travmatik bir olaya maruz kalmanın ardından gelişen ve bireyin işlevselliğini belirgin biçimde bozan bir ruhsal bozukluktur. TSSB'nin yüksek yaşam boyu prevalansı ve travmatik olayların toplumda yaygın görülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alandaki önemini daha da artırmaktadır. Aile hekimliği; bütüncül, sürdürülebilir ve kişi merkezli bakım sunması nedeniyle TSSB'nin erken tanınması, değerlendirilmesi ve yönetilmesinde temel bir role sahiptir (115,133).

Travma sonrası belirtilerle başvuran bireylerin önemli bir kısmı önce aile hekimine müracaat etmektedir. Bu nedenle aile hekimleri; yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve bilişsel-duygusal değişiklikler gibi TSSB'nin temel belirti kümelerini tanıyabilmeli ve travma sonrası normal uyum tepkileri ile patolojik süreçleri ayırt edebilmelidir (107). Aile hekimliği yaklaşımı, bireyin psikolojik durumunu biyopsikososyal açıdan ele almayı, sosyal destek düzeyini değerlendirmeyi ve eşlik eden fiziksel veya psikiyatrik hastalıkları birlikte yönetmeyi kapsar (134).

Birinci basamakta TSSB yönetimi yalnızca tanı koymayla sınırlı değildir; erken müdahale ve etkili danışmanlık hizmetlerini de içerir.

Psikoeğitim, stresle başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi, uyku hijyeninin düzenlenmesi ve sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi, ilk basamakta uygulanabilir müdahaleler arasında yer alır ve belirtilerin kronikleşmesini önemli ölçüde azaltmaktadır (135). Belirtilerin şiddetli olduğu, işlevselliği belirgin bozduğu veya birkaç aydan uzun sürdüğü durumlarda aile hekiminin psikiyatri uzmanına yönlendirme yapması uygun olur.

Aile hekimliğinin TSSB açısından bir diğer önemli görevi, koruyucu sağlık hizmetleridir. Travma sonrası toplumsal süreçlerde (deprem, afet, göç, toplumsal travmalar) birinci basamak hekimleri, toplum temelli psikososyal destek programlarına katkı sunmakta, riskli grupları belirlemekte ve erken müdahale ağı kurmaktadır (136). Süreklilik ve erişilebilirlik esasına dayanan aile hekimliği sistemi, travma sonrası iyileşmenin bütüncül takibini mümkün kılmaktadır.

Sonuç olarak, TSSB'nin bireysel ve toplumsal düzeyde yarattığı yük dikkate alındığında, aile hekimlerinin bu bozukluğun erken tanısı, tedavisi ve uzun dönem yönetiminde üstlendiği rol kritik öneme sahiptir. Aile hekimlerinin TSSB konusunda bilgi ve farkındalıklarının artırılması hem bireysel iyilik hâlinin korunmasında hem de toplum ruh sağlığının güçlendirilmesinde anahtar bir uygulamadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tasarımı ve İzni

Bu çalışma, nicel araştırma yaklaşımı kapsamında yürütülen, kesitsel tasarıma sahip tanımlayıcı bir gözlemsel araştırmadır. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29/01/2025 tarihli ve 32 sayılı kararı ile gerçekleştirildi (Ek-1).

3.2. Çalışma Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni Hatay ilinde aile sağlığı merkezlerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran yetişkin hastalardan oluşmaktadır. Yılmaz'ın yetişkinlerde anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler: sağlık kaygısı, kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve isimli yüksek lisans tezi referans kabul edilerek Sağlık anksiyetesi envanteri (kısa versiyon) puan ortalaması 16,6 standart sapması 7,8 ve hata payı 0,5, güven aralığı %95 olarak kabul edildiğinde minimum alınması gereken katılımcı sayısı 339 olarak hesaplandı (137). Demir ve ark. tarafından yapılan bir çalışma referans kabul edilerek Siberkondria Şiddet Ölçeği-Kısa Form (SŞÖ-KF) puan ortalaması 32,08 standart sapması 7,98 ve hata payı 0,5, güven aralığı %95 olarak kabul edildiğinde minimum alınması gereken katılımcı sayısı 95 olarak hesaplandı (138). 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası depremzedelerde posttravmatik stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygınlığının araştırılması adlı uzmanlık tezi referans kabul edilerek DSM 5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ölçeğine göre yapılan örneklem büyüklüğü hesabında; puan ortalaması 18,14 standart sapması 13,97 ve hata payı 1,5 olarak kabul edildiğinde minimum alınması gereken katılımcı sayısı 337 olarak hesaplandı (139). En yüksek çıkan değere (n=339) göre %10 ankete katılmama veya eksik doldurma göz önüne alındığında örneklem büyüklüğü en az 373 katılımcı olarak bulundu.

Örneklemin evreni temsil edebilmesi amacıyla İlçelerin nüfusları TÜİK verilerinden alındı. TÜİK verilerine göre 31 Aralık 2023 tarihi itibarıyla Hatay'ın nüfusu 1.544.640 kişidir. Çalışmaya Hatay iline bağlı Antakya (4 ASM), İskenderun (3 ASM), Defne (2 ASM), Dörtyol (2 ASM), Samandağ (2 ASM), Reyhanlı (2 ASM), Kırıkhan (2 ASM), Arsuz (1 ASM), Altınözü (1 ASM) ve Hassa (1 ASM) ilçelerine bağlı toplam 20 ASM dahil edilmiştir. Bu ASM'lere tetkik yaptırmak amacıyla başvuran 18 yaş üzeri katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra ve gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden 396 bireyden onam alındı. İki katılımcının 18 yaş altı olması sebebiyle çalışma dışı bırakıldı.

3.3. Çalışma Verilerinin Toplanması

Veriler 9 sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), Siberkondria Şiddet Ölçeği-Kısa Form (SŞÖ-KF) ve DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ile toplandı. Elektronik Anket formları katılımcılar tarafından çevrimiçi olarak doldurduldu.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanım durumu, depremde fiziksel olarak yaralanma durumu ve depremde birinci derece yakın kaybı durumuna ait sorular yer almaktadır.

3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)-Kısa Form

Salkovskis ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş 4'lü Likert tipi bir ölçme aracıdır (140). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Karaer ve ark. ve Aydemir ve ark. tarafından iki ayrı çalışma halinde yapılmıştır (141,142). Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.918 olarak bulunmuştur. Ölçek; toplam 18 maddeden oluşmakta olup iki alt boyut barındırmaktadır. Her madde 0 (hiç katılmıyorum) ile 3 (tamamen katılıyorum) arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin ilk 14 maddesi, bireyin bedensel

duyumlara yönelik dikkatini, aşırı hassasiyetini ve sağlıkla ilişkili kaygı düzeyini ölçmektedir. Son 4 madde ise hastalıkların yol açabileceği olası olumsuz sonuçlara ilişkin bilişsel değerlendirmeleri ölçmektedir.

Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0–54 aralığındadır ve yüksek puanların daha yüksek sağlık kaygısını gösterdiği kabul edilmektedir (Ek-2).

3.3.3. Siberkondria Şiddet Ölçeği-Kısa Form (SŞÖ-KF)

Siberkondria Ciddiyeti Ölçeği (Cyberchondria Severity Scale-CSS) 2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından literatüre kazandırılmıştır (88). Daha sonra 2019 yılında yine McElroy ve arkadaşları Tarafından Siberkondria Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Formu geliştirilmiştir (143). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Yam ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (144). Ölçek; Aşırılık, Sıkıntı, Güvence Arayışı ve Zorlantı olmak üzere dört alt boyut ve toplamda 12 maddeden meydana gelmektedir. Her bir madde, 1 (Asla) ile 5 (Her zaman) arasında değişen beşli Likert tipi bir ölçekle değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0–60 aralığındadır ve yüksek puanlar daha şiddetli siberkondria düzeyine işaret etmektedir (Ek-3).

3.3.4. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

Weathers ve ark. tarafından 1993 yılında DSM-3-R'de tanımlanan TSSB ölçütlerine göre semptom varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, Blevins ve çalışma arkadaşları tarafından 2013 yılında DSM-5'e uyumlu hale getirilerek yeniden yapılandırılmıştır. Beşli Likert tipi (0: Hiç, 4: Aşırı) ve 20 maddeden oluşan bu öz bildirim formu, bireyin son bir ay içerisindeki travma ilişkili belirtilerini değerlendirmektedir (145). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlilik–güvenilirlik analizi Boysan ve ark. tarafından 2017 yılında gerçekleştirilmiştir.DSM-5'te tanımlanan dört semptom kümesini yansıtan dört faktörlü bir yapıya sahiptir. Buna göre; ilk beş madde yeniden yaşantılama belirtilerini (B kriteri), 6. ve 7. maddeler kaçınma belirtilerini (C kriteri), 8–14. maddeler bilişsel ve duygusal olumsuzlukları

(D kriteri) ve 15–20. maddeler aşırı uyarılmışlık belirtilerini (E kriteri) değerlendirmektedir. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayıları alt boyutlar için sırasıyla 0.79–0.92**,** 0.73–0.91**,** 0.85–0.90 ve 0.81–0.88 aralığında bulunmuştur.

Tanısal bir araç olmamakla birlikte, yapılan analizler doğrultusunda %76 duyarlılık ve %69 özgüllük ile 47 puan kesme değeri olarak önerilmiştir (146) (Ek-4).

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, standart sapma, medyan, minimum-maksimum değerleri, kategorik verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro Wilk testinden yararlanıldı. Sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç veya daha fazla sayıda grup arasındaki farklılığı saptamak için Kruskal Wallis H Testi kullanılmış, farkın çıkması durumunda ikili karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmeli post hoc test uygulandı. Kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon katsayısından faydalanıldı. Korelasyon katsayısı (r) 0,1-<0,3 arasında ise zayıf, 0,3-<0,7 arasında ise orta, 0,7-<1,0 arasında ise yüksek düzeyde ilişki olarak kabul edildi. Değerlendirmelerde IBM SPSS 31.0 programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 394 katılımcı dahil edilmiştir. Bu kapsamda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ikamet yeri, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı ile depremle ilişkili fiziksel yaralanma ve yakın kaybı durumları değerlendirildi.

Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, minimum yaşın 18, maksimum yaşın 70 olduğu belirlendi. Çalışma grubunun medyan yaşı 38 olup, ortalama yaş 38,0±11,5 olarak hesaplandı. Bu bulgu, örneklemin geniş bir yaş aralığını kapsadığını ve erişkin nüfusu temsil edici bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %56,1'inin (n=221) kadın, %43,9'unun (n=173) erkek olduğu saptandı. Katılımcıların büyük çoğunluğunun evli olduğu ve %74,6'sının (n=294) evli bireylerden oluştuğu belirlendi. Eğitim düzeyi dağılımına bakıldığında, katılımcıların %42,4'ünün (n=167) üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahip olduğu görüldü.

Katılımcıların yerleşim yerleri değerlendirildiğinde, %51,5'inin (n=203) şehir merkezinde ikamet ettiği belirlendi. Çalışma durumuna göre yapılan incelemede, katılımcıların %51,8'inin (n=204) aktif olarak çalışmadığı, %48,2'sinin (n=190) ise çalıştığı tespit edildi. Sağlık durumuna ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların %69,3'ünün (n=273) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığı, %30,7'sinin (n=121) ise en az bir kronik hastalığının bulunduğu belirlendi.

Katılımcıların %66,8'inin (n=263) sigara kullanmadığı, %93,1'inin (n=367) alkol kullanmadığı saptandı. Katılımcıların büyük çoğunluğunun deprem sırasında fiziksel olarak yaralanmadığı (%95,9; n=378) ve yine büyük çoğunluğunun depremde birinci derece yakın kaybı yaşamadığı (%95,4; n=376) belirlendi. Bu sosyodemografik veriler, çalışma grubunun genel özelliklerini ortaya koymakta olup, elde edilen bulguların değerlendirilmesi ve yorumlanması açısından temel bir çerçeve

sunmaktadır. Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerine ilişkin tüm ayrıntılar Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=394)

Özellikler	**Tüm Katılımcılar**
Yaş (yıl)	
Ortalama±SS	38,0±11,5
Medyan (min-max)	38 (18-70)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	221 (56,1)
Erkek	173 (43,9)
Medeni Durum, n (%)	
Evli	294 (74,6)
Bekâr	86 (21,8)
Dul/Boşanmış	14 (3,6)
Eğitim Durumu, n (%)	
Okuryazar değil	2 (0,5)
İlkokul/Ortaokul	101 (25,6)
Lise	124 (31,5)
Üniversite ve üzeri	167 (42,4)
Yaşadığı Bölge, n (%)	
Şehir merkezi	203 (51,5)
Köy	191 (48,5)
Çalışma Durumu, n (%)	
Çalışıyor	190 (48,2)
Çalışmıyor	204 (51,8)
Kronik Hastalık Durumu, n (%)	
Var	121 (30,7)
Yok	273 (69,3)
Sigara Kullanımı, n (%)	
Kullanıyorum	104 (26,4)
Kullanmıyorum	263 (66,8)
Bıraktım	27 (6,9)
Alkol Kullanımı, n (%)	
Kullanıyorum	20 (5,1)
Kullanmıyorum	367 (93,1)
Bıraktım	7 (1,8)
Depremde Fiziksel Olarak Yaralanma, n (%)	
Evet	16 (4,1)
Hayır	378 (95,9)
Depremde Birinci Derece Yakın Kaybı, n (%)	
Evet	18 (4,6)
Hayır	376 (95,4)

SS: Standart sapma

Katılımcıların SAÖ alt boyutu "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" puan ortalaması 11,73±6,26, "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" puan ortalaması 2,78±2,23, toplam SAÖ puan ortalaması 14,51±7,62'dir (Tablo 4).

Tablo 4. SAÖ puanlarının dağılımı *(*n=394)

	Ortalama±SS	**Medyan(min-maks)**
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	11,73±6,26	11,0 (0-37)
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	2,78±2,23	3,0 (0-11)
Toplam SAÖ	14,51±7,62	14,0 (0-46)

SS: Standart sapma

Kadın katılımcıların SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puan ortalaması 12,46±5,96, erkek katılımcıların puan ortalaması 10,80±6,54'tür. Cinsiyete göre katılımcıların SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Kadın katılımcılarda SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanları daha yüksek saptandı (Tablo 5).

Kronik hastalığı olan katılımcıların SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puan ortalaması 12,99±6,78, kronik hastalığı olmayan katılımcıların puan ortalaması 11,17±5,95'tir. Kronik hastalık durumuna göre katılımcıların SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p=0,016$). Kronik hastalığı olan katılımcılarda SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanları daha yüksek saptandı (Tablo 5).

Diğer sosyodemografik özelliklere göre SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanlarının değişmediği görülmüştür. ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Sosyodemografik özelliklere göre SAÖ "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	**Ortalama±SS**	**Medyan (min-max)**	***p***
Cinsiyet			
Kadın (n=221)	12,46±5,96	12,0 (1-34)	**<0,001***
Erkek (n=173)	10,80±6,54	10,0 (0-37)	
Medeni Durum			
Evli (n=294)	11,41±6,15	11,0 (0-37)	0,149**
Bekâr (n=86)	12,87±6,58	12,0 (2-34)	
Dul/Boşanmış (n=14)	11,36±6,25	10,5 (4-27)	
Eğitim Durumu			
İlkokul/Ortaokul ve altı (n=103)	12,22±6,58	12,0 (0-28)	0,642**
Lise (n=124)	11,56±6,11	10,5 (1-34)	
Üniversite ve üzeri (n=167)	11,55±6,20	11,0 (0-37)	
Yaşadığı Bölge			
Şehir merkezi (n=203)	11,91±6,47	11,0 (0-37)	0,668*
Köy (n=191)	11,54±6,05	11,0 (0-34)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor (n=190)	11,12±5,79	10,0 (0-37)	0,106*
Çalışmıyor (n=204)	12,29±6,64	11,5 (1,34)	
Kronik Hastalık Durumu			
Var (n=121)	12,99±6,78	12,0 (1-37)	**0,016***
Yok (n=273)	11,17±5,95	10,0 (0-33)	
Sigara Kullanımı			
Kullanıyorum (n=104)	11,76±6,22	11,0 (0-34)	0,648**
Kullanmıyorum (n=263)	11,58±6,20	11,0 (0-37)	
Bıraktım (n=27)	13,04±7,12	12,0 (2-28)	
Alkol Kullanımı			
Kullanıyorum (n=20)	12,60±7,81	13,0 (2-28)	0,523**
Kullanmıyorum (n=367)	11,73±6,17	11,0 (0-37)	
Bıraktım (n=7)	9,29±6,92	10,0 (0-22)	
Depremde Fiziksel Olarak Yaralanma			
Evet (n=16)	14,06±6,93	13,5 (4-27)	0,170*
Hayır (n=378)	11,63±6,23	11,0 (0-37)	
Depremde Birinci Derece Yakın Kaybı			
Evet (n=18)	12,39±6,89	10,5 (2-27)	0,727*
Hayır (n=376)	11,70±6,24	11,0 (0-37)	

SS: Standart sapma, *Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis H Test

Depremde fiziksel olarak yaralanan katılımcıların SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutuna ait puan ortalamasının 3,81±2,19 olduğu, buna karşın deprem sırasında fiziksel olarak yaralanmayan katılımcıların aynı alt boyuttaki puan ortalamasının 2,74±2,22 olduğu saptandı. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, katılımcıların depremde fiziksel olarak yaralanma durumuna göre SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlendi (p=0,047) (Tablo 6).

Bu bulgu, deprem sırasında fiziksel yaralanma yaşayan bireylerin, hastalıkların olası olumsuz sonuçlarına ilişkin algı ve kaygılarının, fiziksel olarak yaralanmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Fiziksel yaralanmanın, bireylerde bedensel bütünlüğün bozulmasına ve sağlıkla ilgili tehdit algısının artmasına yol açarak, hastalıkların ciddi sonuçlar doğurabileceğine yönelik düşünceleri güçlendirdiği düşünülmektedir.

Ayrıca, deprem gibi travmatik bir olay sırasında fiziksel yaralanma deneyiminin, bireylerin sağlık durumlarına yönelik duyarlılıklarını artırabileceği ve bu durumun sağlık anksiyetesiyle ilişkili bilişsel süreçleri olumsuz yönde etkileyebileceği değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, fiziksel yaralanma öyküsü olan katılımcılarda SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları puanlarının daha yüksek saptanması, travma sonrası dönemde sağlıkla ilişkili olumsuz beklentilerin ve hastalık sonuçlarına yönelik endişelerin arttığını düşündürmektedir. Elde edilen bulgular Tablo 6'da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Diğer sosyodemografik özelliklere göre SAÖ- Hastalığın Olumsuz Sonuçları puanlarının değişmediği görüldü (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Sosyodemografik özelliklere göre SAÖ "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)	*p*
Cinsiyet			
Kadın (n=221)	2,97±2,30	3,0 (0-11)	0,060*
Erkek (n=173)	2,53±2,11	2,0 (0-9)	
Medeni Durum			
Evli (n=294)	2,65±2,13	2,0 (0-10)	
Bekâr (n=86)	3,26±2,43	3,0 (0-11)	0,083**
Dul/Boşanmış (n=14)	2,57±2,79	1,0 (0-10)	
Eğitim Durumu			
İlkokul/Ortaokul ve altı (n=103)	3,06±2,38	3,0 (0-10)	
Lise (n=124)	2,56±2,14	2,0 (0-11)	0,313**
Üniversite ve üzeri (n=167)	2,77±2,20	2,0 (0-10)	
Yaşadığı Bölge			
Şehir merkezi (n=203)	2,81±2,11	3,0 (0-10)	0,374*
Köy (n=191)	2,74±2,35	2,0 (0-11)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor (n=190)	2,72±2,11	3,0 (0-10)	0,894*
Çalışmıyor (n=204)	2,83±2,34	2,0 (0-11)	
Kronik Hastalık Durumu			
Var (n=121)	2,93±2,27	3,0 (0-9)	0,374*
Yok (n=273)	2,71±2,21	3,0 (0-11)	
Sigara Kullanımı			
Kullanıyorum (n=104)	2,82±2,39	2,5 (0-10)	
Kullanmıyorum (n=263)	2,79±2,17	3,0 (0-11)	0,758**
Bıraktım (n=27)	2,48±2,17	3,0 (0-10)	
Alkol Kullanımı			
Kullanıyorum (n=20)	3,20±2,26	3,0 (0-8)	
Kullanmıyorum (n=367)	2,78±2,24	3,0 (0-11)	0,227**
Bıraktım (n=7)	1,57±1,27	1,0 (0-4)	
Depremde Fiziksel Olarak Yaralanma			
Evet (n=16)	3,81±2,19	3,5 (1-9)	**0,047***
Hayır (n=378)	2,74±2,22	2,0 (0-11)	
Depremde Birinci Derece Yakın Kaybı			
Evet (n=18)	2,78±2,48	2,5 (0-8)	0,866*
Hayır (n=376)	2,78±2,22	3,0 (0-11)	

SS: Standart sapma, *Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis H Test

Kadın katılımcıların toplam Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) puan ortalamasının 15,43±7,27 olduğu, erkek katılımcıların toplam SAÖ puan ortalamasının ise 13,33±7,91 olduğu belirlendi. Katılımcıların cinsiyetlerine göre toplam SAÖ puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,001$). Bu bulgu, kadın katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin erkek katılımcılara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Kadınlarda toplam SAÖ puanlarının daha yüksek bulunması, sağlıkla ilgili belirtilere yönelik farkındalığın artmış olması, bedensel duyumlara daha fazla odaklanma eğilimi ve sağlıkla ilişkili bilişsel değerlendirmelerin daha yoğun yaşanması bu bulgunun olası açıklamaları arasında değerlendirildi.

Kronik hastalık varlığına göre yapılan değerlendirmede, kronik hastalığı bulunan katılımcıların toplam SAÖ puan ortalamasının 15,93±8,20 olduğu, kronik hastalığı bulunmayan katılımcıların toplam SAÖ puan ortalamasının ise 13,88±7,27 olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, kronik hastalık durumuna göre katılımcıların toplam SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p=0,027$). Kronik hastalığı olan katılımcılarda toplam SAÖ puanlarının daha yüksek saptanması, bu bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili sürekli izlem, tedavi ve olası komplikasyonlara yönelik farkındalıklarının artmış olması ile açıklanabilir. Kronik hastalıkların uzun süreli seyri, bireylerde hastalıkların olumsuz sonuçlarına yönelik endişeyi artırarak sağlık anksiyetesinin yükselmesine katkıda bulunabileceği değerlendirildi.

Öte yandan, katılımcıların yaş grupları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve benzeri diğer sosyodemografik özellikleri ile toplam SAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, bu değişkenlere göre toplam SAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Bu sonuç, sağlık anksiyetesinin belirli sosyodemografik özelliklerden bağımsız olarak ortaya çıkabileceğini ve daha çok bireysel sağlık algısı, hastalık deneyimi ve psikososyal faktörlerle ilişkili olabileceğini değerlendirildi. Cinsiyet ve kronik hastalık varlığının sağlık anksiyetesi düzeylerini etkileyen daha güçlü değişkenler olduğunu ortaya koymaktadır. Tüm bu sonuçlar Tablo 7'de ayrıntılı olarak sunuldu.

Tablo 7. Sosyodemografik özelliklere göre toplam SAÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)	*p*
Cinsiyet			
Kadın (n=221)	15,43±7,27	15,0 (1-40)	**<0,001***
Erkek (n=173)	13,33±7,91	12,0 (0-46)	
Medeni Durum			
Evli (n=294)	14,06±7,45	13,5 (0-46)	
Bekâr (n=86)	16,13±7,91	15,0 (2-43)	0,073**
Dul/Boşanmış (n=14)	13,93±8,60	12,5 (4-37)	
Eğitim Durumu			
İlkokul/Ortaokul ve altı (n=103)	15,28±8,15	15,0 (0-37)	
Lise (n=124)	14,11±7,11	13,0 (1-40)	0,459**
Üniversite ve üzeri (n=167)	14,32±7,66	14,0 (0-46)	
Yaşadığı Bölge			
Şehir merkezi (n=203)	14,72±7,74	14,0 (0-46)	0,508*
Köy (n=191)	14,28±7,50	14,0 (0-43)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor (n=190)	13,84±7,13	13,0 (0-46)	0,143*
Çalışmıyor (n=204)	15,13±8,02	15,0 (2-43)	
Kronik Hastalık Durumu			
Var (n=121)	15,93±8,20	15,0 (2-46)	**0,027***
Yok (n=273)	13,88±7,27	13,0 (0-37)	
Sigara Kullanımı			
Kullanıyorum (n=104)	14,58±7,80	14,5 (0-43)	
Kullanmıyorum (n=263)	14,38±7,49	14,0 (0-46)	0,754**
Bıraktım (n=27)	15,52±8,36	16,0 (2-32)	
Alkol Kullanımı			
Kullanıyorum (n=20)	15,80±8,87	15,0 (2-31)	
Kullanmıyorum (n=367)	14,51±7,55	14,0 (0-46)	0,343**
Bıraktım (n=7)	10,86±7,42	11,0 (0-24)	
Depremde Fiziksel Olarak Yaralanma			
Evet (n=16)	17,88±7,36	16,5 (7-36)	0,061*
Hayır (n=378)	14,37±7,61	14,0 (0-46)	
Depremde Birinci Derece Yakın Kaybı			
Evet (n=18)	15,17±8,36	11,5 (4-33)	0,871*
Hayır (n=376)	14,48±7,59	14,0 (0-46)	

SS: Standart sapma, *Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis H Test

Katılımcıların SŞÖ-KF puanlarının dağılımı Tablo 8'de yer almaktadır. SŞÖ-KF puan ortalaması 26,45±8,72'dir.

Tablo 8. SŞÖ-KF puanlarının dağılımı (n=394)

	Ortalama±SS	**Medyan (min-maks)**
Kadın SŞÖ-KF	27,07±8,22	27,0 (12-47)
Erkek SŞÖ-KF	25,65±9,29	26,0 (12-59)
Toplam SŞÖ-KF	26,45±8,72	26,0 (12-59)

SS: Standart sapma

Kadın katılımcıların toplam SŞÖ-KF puan ortalaması 27,07±8,22, erkek katılımcıların puan ortalaması 25,65±9,29'dur. Cinsiyete göre katılımcıların toplam SŞÖ-KF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (p=0,049). Kadın katılımcılarda toplam SŞÖ-KF puanları daha yüksek saptandı (Tablo 9).

Eğitim duruma göre katılımcıların toplam SŞÖ-KF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildı (p<0,001). Eğitim düzeyi arttıkça toplam SŞÖ-KF puan ortalaması artmaktadır (Tablo 9).

Şehir merkezinde katılımcıların toplam SŞÖ-KF puan ortalaması 28,00±8,66, köyde yaşayan katılımcıların puan ortalaması 24,81±8,51'dir. İkamete göre katılımcıların toplam SŞÖ-KF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (p<0,001). Şehir merkezinde yaşayan katılımcılarda toplam SŞÖ-KF puanları daha yüksek saptandı (Tablo 9).

Diğer sosyodemografik özelliklere göre toplam SŞÖ-KF puanlarının değişmediği görüldü (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Sosyodemografik özelliklere göre toplam SŞÖ-KF puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ortalama±SS	Medyan (min-maks)	*p*
Cinsiyet			
Kadın (n=221)	27,07±8,22	27,0 (12-47)	**0,049***
Erkek (n=173)	25,65±9,29	26,0 (12-59)	
Medeni Durum			
Evli (n=294)	26,50±8,66	26,0 (12-59)	
Bekâr (n=86)	26,86±9,17	27,0 (12-48)	0,282**
Dul/Boşanmış (n=14)	22,79±6,60	22,5 (13-33)	
Eğitim Durumu			
İlkokul/Ortaokul ve altı (n=103)[A]	24,00±8,81	23,0 (12-48)	**<0,001** A-C, B-C fark var**
Lise (n=124)[B]	25,44±8,13	26,0 (12-46)	
Üniversite ve üzeri (n=167)[C]	28,71±8,60	29,0 (12-59)	
Yaşadığı Bölge			
Şehir merkezi (n=203)	28,00±8,66	28,0 (12-59)	**<0,001***
Köy (n=191)	24,81±8,51	25,0 (12-47)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor (n=190)	27,10±8,81	27,0 (12-59)	0,196*
Çalışmıyor (n=204)	25,84±8,62	26,0 (12-47)	
Kronik Hastalık Durumu			
Var (n=121)	27,63±9,20	28,0 (12-58)	0,097*
Yok (n=273)	25,93±8,47	26,0 (12-59)	
Sigara Kullanımı			
Kullanıyorum (n=104)	25,82±8,20	26,0 (12-48)	
Kullanmıyorum (n=263)	26,77±8,84	27 (12-58)	0,484**
Bıraktım (n=27)	25,74±9,69	26,0 (12-59)	
Alkol Kullanımı			
Kullanıyorum (n=20)	24,90±9,49	24,0 (12-41)	
Kullanmıyorum (n=367)	26,56±8,55	27,0 (12-58)	0,301**
Bıraktım (n=7)	25,14±15,13	20,0 (16-59)	
Depremde Fiziksel Olarak Yaralanma			
Evet (n=16)	29,13±7,98	29,5 (12-41)	0,161*
Hayır (n=378)	26,34±8,75	26,0 (12-59)	
Depremde Birinci Derece Yakın Kaybı			
Evet (n=18)	25,50±9,08	27,0 (12-40)	0,746*
Hayır (n=376)	26,49±8,72	26,0 (12-59)	

SS: Standart sapma, *Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis H Test (Post hoc Bonferroni Düzeltmeli Test)

Katılımcıların DSM-5'e göre TSSB puanlarının dağılımı Tablo 10'da yer almaktadır. DSM-5'e göre TSSB puan ortalaması 29,74±16,83'tür. DSM-5'e göre TSSB'si olan katılımcı sayısı 60 (%15,2), TSSB'si olmayan katılımcı sayısı 334 (%84,8) olarak belirlendi.

Tablo 10. DSM-5'e göre TSSB puanlarının dağılımı ve TSSB prevalansı (n=394)

	Ortalama±SS	**Medyan(min-maks)**
Toplam TSSB puanı	29,74±16,83	29,0 (0-80)
TSSB Prevalansı	**n (%)**	
TSSB var	60 (15,2)	
TSSB yok	334 (84,8)	

SS: Standart sapma

Katılımcıların DSM-5 tanı ölçütlerine göre travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) varlığı cinsiyete göre incelendiğinde, kadın katılımcıların (n=46) %20,8'inde, erkek katılımcıların ise (n=14) %8,1'inde TSSB saptanmış olup, cinsiyete göre TSSB görülme sıklıkları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$). Bu bulgu, kadın katılımcıların travmatik yaşantılara bağlı ruhsal etkilenmelerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Medeni duruma göre yapılan değerlendirmede, bekâr katılımcıların (n=37) %23,3'ünde, dul veya boşanmış katılımcıların (n=20) %21,4'ünde ve evli katılımcıların (n=3) %12,6'sında DSM-5'e göre TSSB saptanmış olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0,043$). Bu sonuç, sosyal destek ve aile yapısının travma sonrası ruhsal uyum süreçleri üzerinde etkili olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışma durumuna göre incelendiğinde ise çalışmayan katılımcıların (n=19) %20,1'inde, çalışan katılımcıların (n=41) %10,0'unda TSSB bulunduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,005$). Çalışmayan bireylerde TSSB oranlarının daha yüksek bulunması, ekonomik ve psikososyal stresörlerin travma sonrası ruhsal belirtileri artırabileceğini düşündürmektedir.

Buna karşılık, yaş, eğitim düzeyi ve diğer sosyodemografik özelliklere göre TSSB varlığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Elde edilen tüm bulgular Tablo 11'de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 11. DSM-5'e göre TSSB'si olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	**TSSB var (n=60)**	**TSSB yok (n=334)**	***p****
Cinsiyet	**n (%)**	**n (%)**	
Kadın (n=221)	46 (20,8)	175 (79,2)	**<0,001**
Erkek (n=173)	14 (8,1)	159 (91,9)	
Medeni Durum			
Evli (n=294)	37 (12,6)	257 (87,4)	
Bekâr (n=86)	20 (23,3)	66 (76,7)	**0,043**
Dul/Boşanmış (n=14)	3 (21,4)	11 (78,6)	
Eğitim Durumu			
İlkokul/Ortaokul ve altı (n=103)	10 (9,7)	93 (90,3)	
Lise (n=124)	19 (15,3)	105 (84,7)	0,144
Üniversite ve üzeri (n=167)	31 (18,6)	136 (81,4)	
Yaşadığı Bölge			
Şehir merkezi (n=203)	33 (16,3)	170 (83,7)	0,558
Köy (n=191)	27 (14,1)	164 (85,9)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor (n=190)	19 (10,0)	171 (90,0)	**0,005**
Çalışmıyor (n=204)	41 (20,1)	163 (79,9)	
Kronik Hastalık Durumu			
Var (n=121)	20 (16,5)	101 (83,5)	0,632
Yok (n=273)	40 (14,7)	233 (85,3)	
Sigara Kullanımı			
Kullanıyorum (n=104)	16 (15,4)	88 (84,6)	
Kullanmıyorum (n=263)	42 (16,0)	221 (84,0)	0,498
Bıraktım (n=27)	2 (7,4)	25 (92,6)	
Alkol Kullanımı			
Kullanıyorum (n=20)	5 (25,0)	15 (75,0)	
Kullanmıyorum (n=367)	55 (15,0)	312 (85,0)	0,253
Bıraktım (n=7)	0 (0,0)	7 (100,0)	
Depremde Fiziksel Olarak Yaralanma			
Evet (n=16)	2 (12,5)	14 (87,5)	0,756
Hayır (n=378)	58 (15,3)	320 (84,7)	
Depremde Birinci Derece Yakın Kaybı			
Evet (n=18)	3 (16,7)	15 (83,3)	0,862
Hayır (n=376)	57 (15,2)	319 (84,8)	

*Pearson Chi-Square Test veya Fisher's Exact Test, satır yüzdesi verilmiştir.

Katılımcıların yaşı ve ölçek puanları arasındaki korelasyon Tablo 12'de yer almaktadır.

Yaş ile SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki saptandı (r=-0,104, p=0,040). Yaş ile toplam SAÖ puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki saptandı (r=-0,110, p=0,029). Yaş ile toplam SŞÖ-KF puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki saptandı (r=-0,129, p=0,011). Yaş ile toplam TSSB puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki saptandı (r=-0,171, p<0,001).

Tablo 12. Katılımcıların yaşı ve ölçek puanları arasındaki korelasyon (n=394)

	Yaş	
	r	***p****
SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	**-0,104**	**0,040**
SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları	-0,093	0,064
Toplam SAÖ	**-0,110**	**0,029**
Toplam SŞÖ-KF	**-0,129**	**0,011**
Toplam TSSB	**-0,171**	**<0,001**

*Spearman Korelasyon Analizi

Ölçek puanlarının birbiri ile korelasyonu Tablo 13'te yer almaktadır.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda, sağlık anksiyetesi, siberkondri ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğu saptandı. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin (SAÖ) Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu ile toplam Siberkondri Şiddeti Ölçeği–Kontrol ve Farkındalık (SŞÖ-KF) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulundu (r=0,383; p<0,001).

Aynı alt boyut ile toplam TSSB puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptandı (r=0,448; p<0,001). Bu sonuç, bedensel belirtilere yönelik artmış duyarlılığın travma sonrası stres belirtilerinin şiddetiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

SAÖ'nün Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu ile toplam SŞÖ-KF puanları arasındaki ilişkinin zayıf düzeyde pozitif yönlü olduğu belirlendi ($r=0,229$; $p<0,001$). Bu durum, hastalıkların olası olumsuz sonuçlarına yönelik kaygının siberkondri davranışlarıyla ilişkili olmakla birlikte, bedensel belirtilere yönelik duyarlılığa kıyasla daha sınırlı bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık, aynı alt boyut ile toplam TSSB puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptandı ($r=0,384$; $p<0,001$). Bu bulgu, hastalıkların ciddi sonuçlar doğurabileceğine yönelik algının travma sonrası stres belirtileriyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Toplam SAÖ puanları ile toplam SŞÖ-KF puanları arasındaki ilişkinin orta düzeyde pozitif yönlü olduğu belirlendi ($r=0,388$; $p<0,001$). Bu sonuç, genel sağlık anksiyetesi düzeyi arttıkça bireylerin sağlıkla ilgili bilgi arama ve kontrol etme davranışlarının da arttığını göstermektedir. Sağlık anksiyetesinin, siberkondri davranışlarının önemli belirleyicilerinden biri olduğu düşünülmektedir.

Toplam SAÖ puanları ile toplam TSSB puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptandı ($r=0,483$; $p<0,001$). Bu ilişkinin görece daha güçlü olması, sağlık anksiyetesi ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki yakın etkileşime işaret etmektedir. Travma sonrası dönemde artan sağlıkla ilişkili tehdit algısının, bireylerin bedensel belirtileri felaketleştirme eğilimini güçlendirebileceği ve bu durumun TSSB belirtilerinin sürmesine katkıda bulunabileceği değerlendirilmektedir.

Son olarak, toplam SŞÖ-KF puanları ile toplam TSSB puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,372$; $p<0,001$). Bu bulgu, travma sonrası stres belirtilerinin artmasıyla birlikte bireylerin sağlıkla ilgili belirsizlikleri azaltma amacıyla daha yoğun bilgi arama ve kontrol davranışları sergileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 13. Ölçek puanlarının birbiri ile korelasyonu (n=394)

	SAÖ-Alt Boyut 1		SAÖ-Alt Boyut 2		Toplam SAÖ		Toplam SŞÖ-KF		Toplam TSSB	
	r	***p****	**r**	***p****	**r**	***p****	**r**	***p****	**r**	***p****
SAÖ-Alt Boyut 1	1,000	.	**0,467**	**<0,001**	**0,960**	**<0,001**	**0,383**	**<0,001**	**0,448**	**<0,001**
SAÖ-Alt Boyut 2	**0,467**	**<0,001**	1,000	.	**0,680**	**<0,001**	**0,229**	**<0,001**	**0,384**	**<0,001**
Toplam SAÖ	**0,960**	**<0,001**	**0,680**	**<0,001**	1,000	.	**0,388**	**<0,001**	**0,483**	**<0,001**
Toplam SŞÖ-KF	**0,383**	**<0,001**	**0,229**	**<0,001**	**0,388**	**<0,001**	1,000	.	**0,372**	**<0,001**
Toplam TSSB	**0,448**	**<0,001**	**0,384**	**<0,001**	**0,483**	**<0,001**	**0,372**	**<0,001**	1,000	.

*Spearman Korelasyon Analizi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Hatay ilinde aile sağlığı merkezlerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, siberkondria ve TSSB durumlarının yaygınlığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Özellikle 6 Şubat depremlerinden ağır şekilde etkilenen Hatay'da bu göstergelerin incelenmesi, birinci basamakta ruhsal destek gereksinimlerinin belirlenmesi ve bölgenin iyileşme sürecine yönelik halk sağlığı planlamalarına katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır.

Çalışmanın güçlü yönlerinden biri, katılımcıların sağlık hizmeti kullanımına ilişkin beyanlarının doğrudan hekim tarafından sorgulanarak elde edilmiş olmasıdır. Katılımcılara, hekim önerisi dışında kendi inisiyatifleriyle yaptırdıkları tetkiklerin yanı sıra, sevk amacıyla veya rutin kontrol kapsamında gerçekleştirilen laboratuvar tetkikleri özellikle sorulmuş; bu kapsamda, hekim önerisi olmaksızın, sevk veya rutin kontrol amacı taşımayan tetkikleri yaptırmadıklarını ifade eden katılımcılar çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu yaklaşım, gereksiz tetkik kullanımına ilişkin verilerin daha güvenilir ve hedeflenen değişkenle uyumlu şekilde toplanmasını sağlamış; olası yanlış sınıflandırma ve yanlılık riskini azaltarak çalışmanın iç geçerliliğini güçlendirmiştir.

Bu çalışmamızın güçlü yönleri; sağlık anksiyetesi, siberkondria ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi birbiriyle ilişkili ancak çoğu zaman birlikte değerlendirilmemiş üç psikolojik durumun aynı popülasyon içerisinde eş zamanlı olarak incelenmiş olması, literatüre bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır. Özellikle afet sonrası dönemde birinci basamağa başvuran erişkin bireylerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, çalışmayı hem bölgesel hem de ulusal düzeyde değerli kılmaktadır. Tezin en önemli güçlü yönlerinden biri, çalışmanın birinci basamak sağlık hizmetleri bağlamında planlanmış ve yürütülmüş olmasıdır. Aile hekimliğine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin bireylerin incelenmesi, gerçek yaşam verilerine dayalı, pratikte karşılaşılan hasta profiline doğrudan temas eden bir örneklem sunmaktadır.

Bu durum, elde edilen bulguların aile hekimliği uygulamalarına aktarılabilirliğini ve klinik anlamlılığını artırmaktadır. Ayrıca çalışma, aile hekimlerinin yalnızca fiziksel değil, ruhsal belirtileri de erken dönemde tanıyabilme ve yönetebilme rolünü vurgulaması açısından disiplinin temel ilkeleriyle uyumludur.

Yöntemsel açıdan değerlendirildiğinde, çalışmanın yeterli örneklem büyüklüğüne (n=394) sahip olması istatistiksel gücü artıran önemli bir unsurdur. Kesitsel tasarımın uygun biçimde kullanılması, prevalans verilerinin güvenilir şekilde ortaya konmasına olanak sağlamıştır. Ayrıca istatistiksel analizlerin uygun testlerle ve açık biçimde raporlanması, çalışmanın metodolojik şeffaflığını desteklemektedir.

Tezimizin bir diğer güçlü yönü, afet bağlamının çalışmaya entegre edilmesidir. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremlerden doğrudan etkilenen Hatay ilinde yürütülmüş olması, çalışmayı yalnızca teorik değil, aynı zamanda toplumsal gerçeklik ile güçlü biçimde ilişkili hâle getirmektedir. Deprem sonrası dönemde TSSB, sağlık anksiyetesi ve siberkondria arasındaki ilişkinin ortaya konması, afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması açısından önemli çıkarımlar sunmaktadır.

Çalışmanın tartışma ve sonuç bölümlerinde elde edilen bulguların literatürle karşılaştırmalı biçimde ele alınması, bulguların yorumlanmasında akademik derinlik sağlamaktadır. Ayrıca sonuç bölümünde aile hekimliği uygulamalarına yönelik somut önerilere yer verilmesi, çalışmanın yalnızca akademik değil, aynı zamanda uygulamaya dönük bir değer taşıdığını göstermektedir.

Sonuç olarak bu tez; güncel bir konuyu ele alması, yeterli örneklem büyüklüğü, geçerli ölçüm araçları, afet sonrası özel bir popülasyonda yürütülmesi ve aile hekimliği pratiğine doğrudan katkı sağlayabilecek nitelikte sonuçlar sunması nedeniyle bilimsel açıdan güçlü, metodolojik olarak sağlam ve klinik uygulamalar açısından yüksek katma değer taşıyan bir uzmanlık çalışmasıdır.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri SAÖ ile değerlendirildi. Elde edilen bulgular, katılımcıların sağlık anksiyetesinin genel olarak orta seviyede seyrettiği ve özellikle bedensel duyumlara yönelik hassasiyetin sağlıkla ilişkili kaygının belirleyici bileşenlerinden biri olduğunu göstermektedir. Literatürde de sağlık anksiyetesinin farklı popülasyonlarda değişkenlik gösterdiği, bazı gruplarda bedensel belirtilere yönelik duyarlılığın daha belirgin olduğu, bazı gruplarda ise hastalığa ilişkin olumsuz beklentilerin öne çıktığı bildirilmektedir (147,148).

Klinik başvuru yapan bireylerde sağlık anksiyetesinin daha yüksek seyredebildiği, bunun da başvuru nedeni, mevcut sağlık durumu ve psikolojik yüklenme gibi faktörlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (149,150). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ise çalışma koşullarının ve mesleki stresin sağlık anksiyetesi düzeylerine yansıyabildiğini göstermektedir (151).

Çalışmamızda kan tetkiki amacıyla aile hekimliğine başvuran yetişkinlerde sağlık anksiyetesi düzeyinin toplum ortalamasına yakın olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgu, söz konusu başvuruların yalnızca sağlık anksiyetesinden kaynaklanmadığını; rutin izlem, hekim yönlendirmesi ve sağlık davranışlarının da etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanları ve toplam SAÖ puanları erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Kadın bireylerin sağlık anksiyetesi erkek bireylere göre daha yüksektir.

Elmalı'nın 2025 yılında yapmış olduğu çalışmada kadın katılımcıların SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı, SAÖ-Hastalığın Olası Olumsuz Sonuçlarına İlişkin Kaygı ve toplam SAÖ puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (147). COVID-19 pandemisi döneminde yürütülen bir araştırmada da kadın katılımcıların sağlık kaygısı puanlarının erkeklere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (152). Benzer şekilde Avçin ve ark.'nın çalışmasında da kadınların sağlık anksiyetesi düzeylerinin erkeklere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı (153).

Literatürdeki pek çok çalışma, kadınların bedensel duyumları daha dikkatli izleme eğiliminde olduklarını, hastalıklara ilişkin olumsuz beklentilere daha duyarlı olabileceklerini ve bu nedenle sağlıkla ilişkili kaygıları daha yoğun yaşayabileceklerini göstermektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri, genel anksiyete bozukluklarına daha yatkınlık ve stres etkenlerine karşı artmış duyarlılık gibi faktörler de kadınlarda sağlık anksiyetesi düzeylerinin yükselmesine katkı sağlayabilir. Bu çerçevede, sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre değişiklik gösterebildiği ve kadınların risk grubunda yer alabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda yaş ile hem SAÖ Toplam puanı hem de Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu arasında zayıf düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Elmalı'nın 2025 yılında yapmış olduğu çalışmada da SAÖ Toplam puan ve Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanı ile yaş arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bildirilmiştir (147). Bu bulgular, yaş ilerledikçe bedensel duyumlara yönelik hassasiyetin ve bu duyumlara atfedilen kaygının hafifçe azalabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte ilişkinin oldukça zayıf olması, yaşın sağlık anksiyetesi üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını; sağlıkla ilgili kaygıların büyük ölçüde yaş dışındaki psikososyal, bilişsel ve çevresel etmenlerden etkilendiğini göstermektedir. Nitekim literatürde, acil servise başvuran hastalarda yaş ilerledikçe sağlık anksiyetesi düzeyinin arttığı bildirilmiştir (149). Bu durum, yaş ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin örneklem özelliklerine ve bağlamsal faktörlere bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan katılımcıların SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı ve toplam SAÖ puanları kronik hastalığı olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, SAÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, sağlık sorunu bulunan bireylerle bulunmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın sağlık sorunu olmayanlar lehine olduğu bildirilmiştir (151). Benzer şekilde Göde ve ark.'nın çalışmasında, kronik rahatsızlığı olan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin sağlık kaygısı düzeylerinin, kronik hastalığı bulunmayanlara göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (154). Tamer ve ark.'nın araştırması da kronik hastalığa sahip olmanın bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutu puanlarını artırdığını ortaya koymaktadır (148). Kronik hastalığa sahip bireylerde hastalığın seyri, komplikasyon olasılığı ve tedavi gereksinimleri nedeniyle bedensel duyumlara karşı artmış bir farkındalık ve tehdit algısı gelişebilmektedir. Bu kişiler küçük fizyolojik değişiklikleri dahi hastalıklarının kötüleşmesi ya da yeni bir sağlık sorunu gelişmesi şeklinde yorumlama eğilimindedir.

Ayrıca kronik hastalığın getirdiği belirsizlik, sürekli takip gereksinimi ve sağlık hizmetleriyle sık temas, sağlık kaygısını besleyen bilişsel süreçleri güçlendirebilmektedir.

Depremde fiziksel olarak yaralanan katılımcıların SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, deprem sırasında yaşanan yaralanmanın özellikle hastalığın ciddiyeti, komplikasyon olasılığı ve gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına dair kaygıları artırabileceğini göstermektedir. Toplam SAÖ puanlarının yaralananlarda daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması ise, fiziksel travmanın sağlık anksiyetesini artırma eğiliminde olsa da bu etkinin her bireyde belirgin olmayabileceğine işaret etmektedir. Çalışmanın depremin üzerinden yaklaşık 2,5 yıl geçtikten sonra yapılmış olması sonuçları etkileyebilir. Travmatik olaylardan sonra bedensel duyarlılık ve akut stres tepkilerinin zamanla azalması, yaralanan ve yaralanmayan katılımcılar arasında SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puanlarında fark bulunmamasını açıklayabilir. Buna karşın, deprem sırasında fiziksel yaralanma yaşayan bireylerde sağlık tehdidi algısı daha kalıcı olabildiğinden SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları puanlarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Yaralananların toplam SAÖ puanlarının daha yüksek olmasına rağmen farkın anlamlı çıkmaması da zaman içinde grup farklarının zayıflamasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların siberkondria düzeyleri SŞÖ-KF ile değerlendirildi. SŞÖ-KF sürekli bir ölçek olup belirlenmiş bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı dikkate alındığında, çalışmamızda elde edilen ortalamanın katılımcıların siberkondria düzeyinin orta seviyede olduğu söylenebilir. Literatürde farklı örneklemler üzerinde yapılan çalışmalar, siberkondria düzeylerinin çoğunlukla orta seviyelerde seyrettiğini göstermektedir. Ankara'da aile sağlığı merkezlerine başvuran 261 katılımcı ile gerçekleştirilen araştırmada toplam SŞÖ-KF puanına göre siberkondria düzeyinin orta seviyede seyrettiği bildirilmiştir (155). Atatürk Üniversitesi'nde 411 katılımcıyla yapılan başka bir araştırmada da bulgular bu eğilimi desteklemiş ve siberkondria düzeyinin orta seviyede olduğu belirtilmiştir (156).

Öte yandan, 289 öğretim elemanıyla yürütülen bir çalışmada siberkondria puanlarının orta düzeyin bir miktar üzerinde olduğu görülmüştür; bu durumun akademik personelin daha sorgulayıcı ve araştırmacı bireysel özellikleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (157). Bir aile sağlığı merkezinde yürütülen çalışmada ise siberkondria düzeyleri düşük–orta aralığında bulunmuştur (158). İstanbul'da 18 yaş üzeri yetişkinlerle yapılan geniş örneklemli başka bir araştırmada ise siberkondria düzeyinin düşük seviyede olduğu rapor edilmiştir (159). Genel olarak değerlendirildiğinde, bu bulgular Hatay'daki erişkin popülasyonunda siberkondria düzeyinin literatürle uyumlu biçimde orta seviyede seyrettiğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerde internet kaynaklı sağlık kaygısının belirgin olmakla birlikte aşırı düzeyde olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre katılımcıların toplam SŞÖ-KF puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmış; eğitim düzeyi arttıkça siberkondria puanlarının da yükseldiği görülmüştür. Bu durum, eğitim seviyesi yüksek bireylerin interneti daha etkin ve yoğun kullanmaları, sağlıkla ilgili çevrim içi bilgiye daha kolay erişmeleri ve dijital sağlık aramalarında daha sık bulunmalarıyla ilişkili olabilir.

Ayrıca yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık konularında daha ayrıntılı ve analitik bilgi arayışı içinde olmaları, tekrar eden çevrim içi taramaları artırarak siberkondria davranışlarını güçlendirebilmektedir. Literatürde de benzer şekilde, yüksek eğitim düzeyinin internet tabanlı sağlık arama davranışlarını artırdığı ve buna bağlı olarak siberkondria riskini yükseltebildiği bildirildi (160,161). Pamukkale Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir araştırmada, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin siberkondria puanlarının, lise ve altı eğitim seviyesindeki katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (160). Benzer şekilde, COVID-19 pandemisi sürecinde Çin'de 674 katılımcı ile yürütülen anket çalışmasında da lisans ve lisansüstü eğitime sahip grubun siberkondria puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı (161). Bu sonuçlar, dijital sağlık okuryazarlığının sadece bilgi artışıyla değil, aynı zamanda kaygı düzeyi ve çevrim içi davranış örüntüleriyle de ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda yaş ile toplam SŞÖ-KF puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki saptandı. Bu sonuç, yaş ilerledikçe siberkondria düzeyinin hafifçe azalabileceğini göstermektedir.

İlişkinin zayıf olması, yaşın siberkondria üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ve bu durumun, bireylerin dijital sağlık bilgi erişimi, teknolojik okuryazarlık ve kişisel sağlık kaygıları gibi diğer faktörlerden de etkilendiğini düşündürmektedir. Literatürdeki çalışmalar, çalışmamızdaki bulguları destekler niteliktedir. Pamukkale Üniversitesi'nde personel üzerinde yapılan bir çalışmada yaş ilerledikçe siberkondria puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir (160). Benzer şekilde İstanbul'da 18–75 yaş arası 1196 kişi ile gerçekleştirilen bir araştırmada, kuşaklar arasında en yüksek siberkondria düzeyinin Z kuşağında (2000 ve sonrası doğanlar) olduğu saptandı (162). Ayrıca, 18 yaş üzeri 763 katılımcıyla yürütülen başka bir çalışmada da yaş arttıkça siberkondria puanlarının düştüğü bildirilmiştir (163). COVID-19 döneminde Çin'de yapılan bir ankette 20–40 yaş grubunun siberkondria puanlarının 50 yaş üstü bireylere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (161). Ordu Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 400 yetişkin üzerinde yapılan araştırmada da yaş ile siberkondria skoru arasında negatif ilişki tespit edildi (164).

Bu sonuçlar, genç yaş grubunun internet ve dijital kaynaklara daha bağımlı bir dünyada büyümüş olmasının, sağlıkla ilgili kaygılarını siber ortamda çözme eğilimlerini artırabileceğini düşündürmektedir. İleri yaş grubunun ise sağlık ihtiyaçlarını daha çok klasik yöntemler (hastane, aile sağlığı merkezleri vb.) üzerinden karşıladığı ve internete daha sınırlı başvurduğu söylenebilir.

Çalışmamızda şehir merkezinde yaşayan katılımcıların SŞÖ-KF puanları köyde yaşayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışmalarla da uyumludur. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğinde yapılan bir araştırmada da il ve ilçe merkezinde yaşayan bireylerin siberkondria düzeylerinin köyde yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirildi (165). Deprem bölgesi bağlamında değerlendirildiğinde bu durum, özellikle şehir merkezlerinde afet sonrası dijital bilgiye erişimin, internet kullanımının ve sosyal medya maruziyetinin daha yoğun olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Kent yaşamında deprem sonrası artan belirsizlik, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan yoğunluk ve bilgi kirliliğine daha fazla maruz kalma gibi faktörler, bireylerin çevrimiçi sağlık arayışlarını artırarak siberkondria düzeylerini yükseltebilir. Buna karşın köyde yaşayan bireylerde daha düşük dijital maruziyet, daha güçlü sosyal destek ve daha hızlı rutinleşen yaşam koşulları siberkondriayı azaltıcı yönde etki göstermiş olabilir.

Çalışmamızda depremde fiziksel yaralanma yaşayan veya birinci derece yakın kaybı olan katılımcıların SŞÖ-KF puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Travmatik deneyimler sağlıkla ilgili kaygıyı ve internetten bilgi arama davranışını artırabilse de afet sonrası bireylerin baş etme biçimleri oldukça heterojendir. Bazı bireyler travmanın etkisiyle çevrimiçi bilgi arayışını artırırken, bazıları kaçınma eğilimi gösterebilmekte ve bu durum grup içi varyansı yükselterek istatistiksel farkın anlamlaşmasını engelleyebilmektedir. Ayrıca travma yaşayan alt gruplardaki katılımcı sayısının sınırlı olması gerçek etkinin saptanmasını güçleştirmiş olabilir.

Bu nedenle elde edilen eğilim anlamlı olmasa da travmanın siberkondria düzeyleri üzerindeki potansiyel etkisini daha net ortaya koymak için daha büyük örneklemlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda DSM-5 ölçütlerine göre katılımcıların 60'ı (%15,2) TSSB tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Depremler ve diğer doğal afetler sonrasında TSSB'nin görülme sıklığı oldukça değişkenlik göstermektedir. Bu farklılıklar, çalışmanın yürütüldüğü zaman dilimi, kullanılan ölçme araçları, örneklem özellikleri ve kültürel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Galea ve ark.'nın yaptığı meta-analiz, afet sonrası ruh sağlığı etkilerinin zamanla değişebileceğini ortaya koymuştur; çalışmada, afetin ilk iki yılı içinde bildirilen TSSB prevalanslarının %5 ile %60 arasında değiştiği, ancak toplu verilerin genellikle daha düşük oranlara işaret ettiği vurgulandı (166). Türkiye'de farklı büyük depremler sonrasında yapılan araştırmalar, TSSB prevalansının travmaya maruziyetin şiddeti, müdahale süresi ve örneklem özelliklerine bağlı olarak değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır. 1999 İzmit Depremi sonrası 198 katılımcıyla yürütülen uzunlamasına bir çalışmada, TSSB prevalansı depremden 1–3 ay sonra %37, 18–20 ay sonra %15 ve 10 yıl sonra %12 olarak bildirilmiştir (167).

2011 Van Depremi'nden 9 ay sonra yapılan bir çalışmada TSSB oranı %35,5 olarak bulunmuştur (168). 2020 Elâzığ Depremi'nden yaklaşık 2 yıl sonra yapılan ve hem sağlıklı bireyler hem de şizofreni tanılı hastaların değerlendirildiği bir çalışmada ise sağlıklı bireylerde TSSB prevalansı %25 olarak gözlenmiştir (169).

6 Şubat 2023 depremleri sonrası yapılan araştırmalar, TSSB prevalansının ölçüm zamanına bağlı olarak önemli farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Depremin hemen ardından, 3–4 ay içinde ICD-11 kriterlerine göre yapılan bir çalışmada TSSB oranı %54,1 olarak oldukça yüksek bulunmuştur (170). Benzer bir dönemde Adıyaman'da 320 katılımcıyla yürütülen araştırmada TSSB prevalansı %36,9, Kahramanmaraş'taki 529 katılımcılı bir konteyner kent çalışmasında ise %21,4 olarak bildirilmiştir (171,172). Türkiye genelinden 1100 katılımcının değerlendirildiği bir çalışmada depremden 5 ay sonra muhtemel TSSB oranı %55,2'ye ulaştı (173). Depremden 9 ay sonra Hatay merkez ilçelerinde konteyner kentlerde DSM-5 kriterleri ile yapılan çalışmada TSSB oranı %29,0 olarak saptandı (174).

Depremin 12. ayında Hatay'da yürütülen bir çalışmada ise %17,5 şiddetli ve %36,2 orta şiddette TSSB olmak üzere toplam %53,7 oranında görülmüştür (175). Öte yandan, depremden 18 ay sonra Maraş bölgesinde yapılan araştırmada TSSB prevalansı %20,1'e düşmüştür (176). Bu bulgular, TSSB'nin afet sonrası ilk yıl içinde oldukça yaygın olduğunu, zamanla azaldığını ancak etkilerinin uzun süre devam edebileceğini göstermektedir.

Bu bağlamda, çalışmamızda 6 Şubat depremlerinden yaklaşık 2,5 yıl sonra bireylerde saptanan %15,2'lik TSSB oranı, zaman içinde semptomların doğal olarak azalabileceğini desteklemektedir. Bu farklılıklar, TSSB semptomlarının zamanla gerilediğini ve kullanılan tanı sistemlerinin semptom eşiği, süre ve işlevsellik kriterlerindeki yapısal farklılıkların epidemiyolojik sonuçları etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamızda saptanan TSSB prevalansı, 6 Şubat 2023 depremlerinin hemen sonrasındaki yüksek-risk dönemlerinde bildirilen %50'yi aşan TSSB oranları ile karşılaştırıldığında daha düşük düzeydedir.

Öte yandan, deprem veya başka travmatik deneyim yaşamamış genel toplum örneklemlerinde TSSB prevalansının genellikle %5–10 civarında rapor edildiği göz önüne alındığında, çalışmamızdaki örneklemde TSSB oranının hafifçe yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum, kan tahlili yaptırmak için başvuran bireylerin travma öyküsüne ve sağlıkla ilgili kaygı düzeylerine bağlı olarak TSSB semptomlarını deneyimlemiş olabileceğini düşündürmektedir. Ancak elde edilen veriler, TSSB'nin kan tahlili yaptırma sıklığını doğrudan artırıp artırmadığını kesin olarak ortaya koymamaktadır. Bu bağlamda, TSSB'nin sağlık hizmeti kullanım davranışları üzerindeki etkisinin, bireysel travma deneyimi, kaygı düzeyi ve zamanla azalan semptom şiddeti gibi çok boyutlu faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile TSSB prevalansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bekâr ve dul/boşanmış bireylerde TSSB oranlarının evli katılımcılara kıyasla daha yüksek olması, sosyal destek eksikliği, yalnızlık ve travma sonrası başa çıkma kaynaklarının sınırlı olmasının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Kuruş'un 2023 Maraş depremine maruz kalan bireyler ile yapmış olduğu çalışmada Bekâr/dul/boşanmış bireylerde evli bireylere kıyasla TSSB sıklığı daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadı (177). Bu durum, örneklem büyüklüğü, ölçüm zamanı veya kullanılan değerlendirme kriterlerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Genel olarak, medeni durumun TSSB üzerinde potansiyel bir risk faktörü olabileceği ve sosyal destek eksikliği olan bireylerin deprem gibi travmatik olaylar sonrasında daha yüksek risk altında olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda yaş ile TSSB arasında zayıf ama anlamlı bir negatif ilişki bulunmuştur. Yani yaş ilerledikçe toplam TSSB puanları hafifçe azalma eğilimi göstermektedir. Bu sonuç, genç bireylerin travmatik olaylara karşı daha yoğun veya belirgin stres tepkileri verebileceğini düşündürmektedir. Ancak ilişkinin zayıf düzeyde olması, yaşın TSSB üzerinde tek başına güçlü bir belirleyici olmadığını ve semptomların ortaya çıkmasında diğer faktörlerin (sosyal destek, travmanın şiddeti, kişilik özellikleri, psikolojik dayanıklılık vb.) de önemli rol oynadığını göstermektedir. Tayvan'da yaşanan depremin ardından depremi yaşamış kişilerle 3 ay sonra yapılmış olan 3 yıllık bir takip çalışmasında, elde edilen bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmada, daha genç yaşta olan bireylerin ve deprem sırasında ciddi kayıplar yaşamış kişilerin, gecikmiş ve çözülmemiş TSSB açısından daha yüksek risk taşıdığı belirtilmiştir (178). Bu durum, genç yaş grubunun yaşam deneyiminin sınırlı olması ve travmatik olaylarla başa çıkma becerilerinin daha az gelişmiş olmasına bağlanmaktadır.

Çalışmamızda, çalışmayan katılımcılarda TSSB sıklığı çalışan katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, literatürdeki bazı güncel çalışmalarla uyumludur (179,180). Bu durum, istihdamın sağladığı sosyal destek, günlük yaşamın düzenlenmesi ve ekonomik güvenlik gibi faktörlerin travma sonrası stres tepkilerini azaltıcı rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Çalışmayan bireyler hem ekonomik kaygılar hem de günlük rutin eksikliği nedeniyle stresle başa çıkmada daha zayıf kaynaklara sahip olabilir ve travma sonrası semptomları daha yoğun yaşayabilirler.

Bununla birlikte, literatürde bazı çalışmalarda çalışan ve çalışmayan bireyler arasında travma sonrası stres düzeyinde anlamlı fark bulunmadığı da bildirilmiştir (181,182). Bu durum, TSSB'nin ortaya çıkışında istihdamın önemli bir etken olmasına rağmen tek belirleyici olmadığını, bireysel, sosyal ve çevresel faktörlerle etkileşim içinde geliştiğini göstermektedir.

Siberkondria, sağlık anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk ve somatizasyon bozukluğu gibi psikiyatrik durumlarla birlikte görülebilmekte; aynı zamanda problemli internet kullanımıyla da ilişkilendirilmektedir (85). Çalışmamızda sağlık anksiyetesi ile siberkondria arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yani, sağlıkla ilgili kaygısı daha yüksek olan bireylerin, internet üzerinden sağlık bilgisi arama ve bu bilgileri aşırı yorumlama eğiliminin (siberkondria) de daha yüksek olma olasılığı vardır. Bu durum, sağlık kaygısının siberkondria davranışlarını tetikleyebileceğini ve iki kavramın birbirini güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Elmalı'nın yapmış olduğu çalışmada SŞÖ-KF puanı ile SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (147).

Benzer şekilde, Özyıldız ve ark.'nın 289 akademisyenle gerçekleştirdiği çalışmada, sağlık anksiyetesi olumsuz sonuç boyutu ile siberkondria ciddiyet ölçeğinin aşırı kaygı boyutu arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur (157). Bu paralellik, farklı örneklemlerde de sağlık anksiyetesi ile siberkondria arasında özellikle olumsuz sonuç beklentisi boyutunda yapısal bir yakınlık olabileceğini göstermektedir. Bulgular, çevrim içi bilgi arama davranışının, hastalığın kötüleşebileceği veya ciddi sonuçlar doğurabileceği yönündeki kaygıları artırabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda toplam SŞÖ-KF puanı ile toplam TSSB puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptandı. Bu bulgu, siberkondria ile travma sonrası stres semptomları arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Ancak ilişkinin yönü net olarak belirlenememektedir. Yüksek siberkondria düzeyi, sağlıkla ilgili aşırı kaygı ve sürekli bilgi arama davranışı aracılığıyla travma sonrası stres tepkilerini artırabilir.

Öte yandan, TSSB semptomları yaşayan bireyler, bedensel belirtilere ve sağlık risklerine karşı daha duyarlı hale gelebilir, bu durum siberkondria skorlarının yükselmesine yol açabilir. Bu sonuç, travma sonrası stres ve siberkondria arasındaki ilişkinin karmaşık ve karşılıklı etkileşimli olduğunu ve bireysel farklar, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum gibi faktörlerin bu ilişkiyi etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda toplam SAÖ puanı ile toplam TSSB puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü bir ilişki saptandı. Bu, sağlık kaygısı düzeyi yüksek bireylerde travma sonrası stres semptomlarının da daha yoğun olabileceğini göstermektedir. Travma sonrası hem duygusal hem somatik sıkıntılar artarken, bu da bireylerin sağlık kaygısı ve somatik hassasiyet geliştirmesine zemin hazırlamaktadır.

Özellikle somatik duyumlara aşırı odaklanma ve sağlıkla ilgili olumsuz beklentiler, travmanın ardından TSSB semptomlarının sürmesine veya şiddetlenmesine katkı verebilir (183). Diğer yandan, TSSB varlığı da bireylerin bedensel duyumlarını daha dikkatli izlemelerine, sağlıkla ilgili olası tehditleri abartılı değerlendirmelerine ve bu nedenle sağlık kaygısını yükseltmelerine neden olabilir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık kaygısı ile TSSB arasındaki ilişki tek yönlü değil, karşılıklı ve etkileşimli bir mekanizma çerçevesinde değerlendirilebilir. Bu sonuç hem sağlık kaygısı hem de travmatik stres yaşayan bireylerde, bedensel duyumlara, sağlık tehdidi algısına ve ruhsal duruma eşzamanlı olarak dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmada yer alan katılımcılar yalnızca Hatay'daki aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerden oluştuğu için, elde edilen sonuçların tüm toplum için geçerli olduğunu söylemek mümkün değildir. Sağlık anksiyetesi, siberkondria ve TSSB ölçümleri öz-bildirim temellidir ve yanlılık riski olabilir. Ayrıca bazı alt gruplarda örneklem sayısının az olması istatistiksel analizlerde güç kaybına yol açmış olabilir. Çalışmanın depremden yaklaşık 2,5 yıl sonra yapılmış olması da TSSB ve sağlık kaygısı gibi zamanla değişebilen semptomların gözlemlenen düzeylerini etkilemiş olabilir.

Bu çalışmanın sınırlılıklarından biri de, katılımcıların yaptırdıkları tetkiklere ait sonuçlarının objektif olarak değerlendirilmemiş olmasıdır**.** Tetkiklerin klinik gerekliliği, uygunluğu ve sonuçların normal ya da patolojik olup olmadığına ilişkin veriler çalışmaya dâhil edilmemiş; değerlendirmeler katılımcıların beyanları ve hekim tarafından yapılan sorgulama ile sınırlı kalmıştır. Bu durum, tetkiklerin tıbbi açıdan gerekliliği ile algılanan gereklilik arasındaki farkın ayrıntılı olarak analiz edilmesini kısıtlamış olup, elde edilen bulguların klinik sonuçlarla doğrudan ilişkilendirilmesini engellemiş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız, 6 Şubat depreminin ardından Hatay'da aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerde sağlık anksiyetesi, siberkondria ve TSSB düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle birlikte değerlendirildiği önemli çalışmalardan biridir. Elde edilen bulgular, depremi yaşamış bireylere yönelik psikolojik ve sosyal destek hizmetlerinin planlanması, birinci basamakta ruh sağlığı müdahalelerinin optimize edilmesi ve risk altındaki grupların belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada, Hatay ilinde aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerde sağlık anksiyetesi ve siberkondria düzeylerinin orta seviyede, TSSB prevalansının ise %15,2 olduğu belirlenmiştir. Depremin üzerinden yaklaşık 2,5 yıl sonra elde edilen veriler, TSSB prevalansının zamanla azaldığını göstermektedir. Bu bulgular, birinci basamakta ruhsal tarama ve destek stratejilerinin planlanmasına ve afet sonrası halk sağlığı politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayacak özgün ve güncel bir veri sunmaktadır.

Kadın katılımcılar, kronik hastalığı olan bireyler ve deprem sırasında fiziksel olarak etkilenen kişiler, diğer gruplara kıyasla daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeyine sahiptir. Siberkondria açısından ise kadınlar, yüksek eğitimli bireyler ve şehir merkezinde yaşayan katılımcılar daha yüksek düzey gösterdi. TSSB sıklığı, özellikle bekâr ve dul/boşanmış bireylerde ile çalışmayan katılımcılarda daha yüksektir. Yaş ilerledikçe sağlık anksiyetesi, siberkondria davranışları ve TSSB semptomlarında hafif bir azalma gözlenmiştir.

Bunun yanı sıra, sağlık anksiyetesi, siberkondria ve TSSB arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkiler saptandı; yani sağlık kaygısı yüksek olan bireylerde siberkondria davranışları ve TSSB semptomları da daha yoğun görülmüş, siberkondria düzeyi yüksek bireylerde TSSB semptomlarının artma eğilimi belirlendi.

Deprem sonrası ruhsal etkiler bakımından riskli gruplar (kadınlar, kronik hastalığı olanlar, fiziksel yaralanma yaşayanlar, bekâr/dul/boşanmış ve çalışmayan bireyler) öncelikli olarak değerlendirilmeli ve izlenmelidir.

Aile sağlığı merkezlerinde sağlık anksiyetesi ve siberkondria düzeylerinin rutin olarak taranmasının, TSSB semptomlarının erken dönemde saptanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve travma sonrası başa çıkma becerilerini geliştirmeye yönelik grup temelli destek uygulamalarının, TSSB gelişme riskinin azaltılmasında önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir. Aile hekimlerinin tetkik yaptırmak üzere başvuran hastaları biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde değerlendirerek hastanın biyolojik problemleri dışında ruhsal ve sosyal problemlerinin de olabileceğini düşünerek uygun yaklaşımlar belirlemesi doğru olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety. Journal of anxiety disorders. 2020; 73:102239.

2. Torous J, Linardon J, Goldberg SB, Sun S, Bell I, Nicholas J, et al. The evolving field of digital mental health: current evidence and implementation issues for smartphone apps, generative artificial intelligence, and virtual reality. World Psychiatry. 2025;24(2):156-174.

3. Abramowitz JS, Braddock AE. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: a biopsychosocial approach. Göttingen: Hogrefe. 2008;16.

4. Lucock MP, Morley S. The health anxiety questionnaire. Br J Health Psychol. 1996;1(2):137–50.

5. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behav Ther. 2007;38(1):86–94.

6. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. Psychosomatics. 2016;57(4):390–400.

7. 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.

8. Turan H. İnternet Bağımlılığı ve Siberkondri. Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;1(1):21-7.

9. Doğan S, Füsun A, Doğan TGB. İnternet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin siberkondria davranışları üzerine etkisi. Erciyes Akademi. 2021;35(1):281-98.

10. Özyıldız KH, Alkan A. Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri ile Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2022;13(33):309-24.

11. Erdoğan A, Hocaoğlu C. Siberkondria: Bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4):435-43.

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC, 2013.

13. İlhan B, Berikol GB, Eroğlu O, Deniz T. Prevalence and associated risk factors of post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 Turkey earthquake. Am J Emerg Med. 2023; 72:39–43.

14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Deprem sonrası psikososyal destek raporu – Hatay ili değerlendirmesi, 2023.

15. Urnek S, Kara B. Deprem Sonrası Travma Belirtilerinin Hatay İli Özelinde İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2025;(56):35-49.

16. Gökçen O, Karataş KS, Akkuş M, Dönmez F, Aydoğan Ç, Aydoğan E. Altı Şubat Kahramanmaraş Depremleri Sonrası Sosyal Medya Kullanıcılarında İkincil Travmatik Stres Belirtileri: Sosyal Medya Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirti Düzeyleri ile İlişkisi. Turkish Journal of Psychiatry. 2024;35(4).

17. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. BJPsych Adv. 2018;24(1):66–72.

18. Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety. Psychol Med. 2009;39(2):277–85.

19. 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.

20. 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.

21. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. Br J Psychiatry. 2013;202(1):7–8.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1980:249–251.

23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994:462-466.

24. Salkovskis PM, Warwick HMC. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behav Res Ther. 1986;24(5):597–602.

25. Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. Behav Res Ther. 1990;28(2):105–17.

26. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013:309-318.

27. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision, 2019. World Health Organization, Geneva. https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F45.2.

28. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 11th revision, 2021. World Health Organization, Geneva. https://icd.who.int/ct/icd11_mms/en/release.

29. 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.

30. Bleichhardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German population. Br J Health Psychol. 2007;12(Pt 4):511–23.

31. 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.

32. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. Br J Psychiatry. 2013;202(1):56–61.

33. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. Psychosom Med. 2019;81(5):398–407.

34. 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.

35. 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.

36. 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.

37. 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.

38. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res. 2004;56(4):391–408.

39. 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.

40. Kosic A, Lindholm P, Järvholm 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.

41. Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal. Behav Res Ther.2012; 50 (7-8): 502- 12.

42. Arslan B, Özçelik S. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesi ve Hipokondri. Tıp Eğitimini Geliştirme Derneği Kongresi (TEGED), İstanbul, Türkiye, 2020. Kongre Bildiri Kitabı

43. Karaoglu N, Karaoğlu KB, Yardımcı H. Comparison of Health Perception and Health Anxiety Levels of Sociology and Medical Students. Ankara Medıcal Journal. 2020;20(3):615-28.

44. Orhan Özgül Ö, Saatçi E. Health Anxiety Levels and Healthy Lifestyle Behaviors of Çukurova University Medical Faculty Students. TAHD. 2021. https: //www. turkailehekderg. Org/jvi. aspx?un=TAHD-69775&volume=25&issue=3

45. 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):4854-61.

46. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. JRSM Open. 2014;5(2):204253331351248.

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

48. 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.

49. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. Int J Soc Psychiatry. 2020;66(5):504-11.

50. Noyes R, Watson DB, Carney CP, Letuchy EM, Peloso PM, Black DW, et al. Risk factors for hypochondriacal concerns in a sample of military veterans. J Psychosom Res. 2004;57(6):529-39.

51. Hedman-Lagerlöf E, Tyrer P, Hague J, Tyrer H. Health anxiety. BMJ. 2019;364:l774.

52. Yıldız M. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı DSM-5'in Türkçe çevirisi üzerine. Türk Psikiyatri Dergisi. 2014;25(3):218-221.

53. Anagnostopoulos F, Botse T. Exploring the Role of Neuroticism and Insecure Attachment in Health Anxiety, Safety-Seeking Behavior Engagement, and Medical Services Utilization: A Study Based on an Extended Interpersonal Model of Health Anxiety. SAGE Open. 2016;6(2):2158244016653641.

54. Guze SB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). AJP. 1995;152(8):1228-1228.

55. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50(4): 325-331.

56. 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.

57. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2022:357-361.

58. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health . anxiety. Curr Psychiatry Rep. 2018;20(7):1–8.

59. Brahmbhatt A, Richardson L, Prajapati S. Identifying and managing anxiety disorders in primary care. J Nurse Pract. 2021;17(1):18–25.

60. 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.

61. Croicu C, Chwastiak L, Katon W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. Med Clin North Am. 2014;98(5):1079–95.

62. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. Am Fam Physician. 2016;93(1):49-54A.

63. 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.

64. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 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. 2014:591.

65. 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.

66. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S, et al. Clinical and cost-eff ectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9913):219–25.

67. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosom Med. 2007;69(9):881–8. 7494.

68. 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.

69. 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 97. Res. 2019;19(6):663–76.

70. 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 mlticentre, randomised controlled trial. Open Hear. 2017;4(1).

71. Tarhan N, Tutgun Ünal A, Ekinci Y. Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021;17(37):4253–4297.

72. Sabandüzen H, Kavaklı Ö. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Siberkondri Düzeylerinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2022;4(3):190–200.

73. Kalmaz A, Temel M. Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2024;8(1):42–54.

74. Erdoğan A, Hocaoglu C. Siberkondria: Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4):435–443.

75. McMullan RD, Berle D, Arnáez S, Starcevic V. The Relationships Between Health Anxiety, Online Health İnformation Seeking, and Cyberchondria: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Affective Disorders. 2019; 245:270–278.

76. Bajcar B, Babiak J. Neuroticism and cyberchondria: The mediating role of intolerance of uncertainty and defensive pessimism. Personality and Individual Differences. 2020;162:110006.

77. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent Insights Into Cyberchondria. Current Psychiatry Reports. 2020;22(11):56.

78. 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.

79. Bati AH, Mandiracioglu A, Govsa F, Çam O. Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. Nurse Educ Today. 2018;71:169–73.

80. International Telecommunication Union (ITU). Facts and Figures 2024: Internet use. ITU, Geneva. https://www.itu.int/itu-d/reports/statistics/2024/11/10/ff24-internet-use/.

81. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması 2024. Türk İstatistik Kurumu, Ankara. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim- Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492.

82. 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.

83. 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.

84. Gergin A, Koyuncu İE, Balcı S. Determination of cyberchondria levels of late adolescents and the factors affecting these levels. Archives of Psychiatric Nursing. 2025; 56:151889.

85. Bahadır E. Revıew On Onlıne Health Search Behavıor (Cyberchondrıa). Klinik Psikoloji Dergisi. 2020;0:1.

86. Batool I, Batool H. Cyberchondrıa And Associated Factors Among Unıversıty Staff. Khyber Medical University Journal; 2022.

87. Gençer AG, Karadere ME, Okumuş B, Hocaoğlu 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.

88. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). J Anxiety Disord. 2014;28(2):259– 65.

89. 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.

90. 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.

91. Singh K, Brown RJ. Health-related internet habits and health anxiety in university students. Anxiety Stress Coping. 2014;27(5):542–54.

92. 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.

93. Newby JM, McElroy E. The İmpact Of İnternet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy For Health Anxiety On Cyberchondria. Journal of Anxiety Disorders. 2020;69:102150.

94. Starcevic V. Keeping Dr. Google Under Control: How To Prevent And Manage Cyberchondria. World Psychiatry. 2023;22(2):233–234.

95. Parlakkılıç A. Evaluation of the readiness of family physicians in the prevention of cyberchondria. Disaster Med Public Health Prep. 2025;19: e46.

96. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2023 ed. Brussels: WONCA Europe; 2023.

97. 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.

98. 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.

99. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res. 2006;8(2).

100. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. Patient Educ Couns. 1995;26(1–3):139–44.

101. Wang SK, Feng M, Fang Y, Lv L, Sun GL, Yang SL, et al. Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. World journal of psychiatry. 2023;13(6):331.

102. Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision; 2000.

103. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. HYB; 1997.

104. Andreasen NC. Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. Annals of the New York Academy of Sciences. 2010;1208(1):67-71.

105. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2014;8(2).

106. American Psychiatric Association, D. and D. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Vol. 5. 2013: American psychiatric association Washington, DC.

107. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı, beşinci baskı (DSM-5) tanı ölçütleri başvuru el kitabı.

108. Ekici AŞ. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Oluşturulmuş Sıçanlarda Hipokampal Sirkadiyen Ritim Nöropeptid Düzeyleri. Gaziantep Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep; 2021.

109. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. Psychol Med. 2008;38(4):467-80.

110. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. Am J Psychiatry. 1995;152(4):529-35.

111. Breslau N. Sex Differences in Posttraumatic Stress Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(11):1044.

112. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. New England Journal of Medicine. 2017;376(25):2459-69.

113. Davison GC, Neale JM. Abnormal psychology (7th ed.). John Wiley & Sons Inc;1998.

114. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Turkish J Clin Psy.1999;2(1):34-41.

115. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. Eur J Psychotraumatol. 2017; 8(sup5).

116. Taycan O. Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar Fenomenolojisi. 2019.

117. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychol Bull. 2003;129(1):52-73.

118. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 2018: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.

119. Lee JH, Lee S, Kim JH. Amygdala Circuits for Fear Memory: A Key Role for Dopamine Regulation. The Neuroscientist. 2017;23(5):542-53.

120. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research—Past, Present, and Future. Biol Psychiatry. 2006;60(4):376-82.

121. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, vd. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse—a preliminary report. Biol Psychiatry. 1997;41(1):23-32.

122. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and Environmental Influences on Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Twin Study. American Journal of Psychiatry. 2002;159(10):1675-81.

123. Kleim B, Grey N, Wild J, Nussbeck FW, Stott R, Hackmann A, et al. Cognitive change predicts symptom reduction with cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol. 2013;81(3):383-93.

124. Delahanty DL, Raimonde AJ, Spoonster E, Cullado M. Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. J Anxiety Disord. 2003;17(2):149-64.

125. Post-traumatic stress disorder NICE guideline; 2018. Erişim adresi: www.nice.org.uk/guidance/ng116

126. Stein DJ, Bandelow B, Hollander E, Nutt DJ, Okasha A, Pollack MH, et al. WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. CNS Spectr. 2003;8(S1):31-9.

127. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1989;20(3):211-7.

128. Marshall RD, Beebe KL, Oldham M, Zaninelli R. Efficacy and Safety of Paroxetine Treatment for Chronic PTSD: A Fixed-Dose, Placebo-Controlled Study. American Journal of Psychiatry. 2001;158(12):1982-8.

129. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013:13-EHC011-EF.

130. Ursano RJ, Fullerton CS, Kao TC, Bhartıya VR. Longitudinal Assessment of Posttraumatic Stress Disorder and Depression after Exposure to Traumatic Death. J Nerv Ment Dis. 1995;183(1):36-42.

131. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2000;61(Suppl 7):22-32.

132. Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-Traumatic Stress Disorder: Theory and Treatment Update. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2014; 47(4):337-46.

133. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. World Health Organization;2013.

134. Greenberg N, Megnin-Viggars O, Leach J. Occupational health professionals and 2018 NICE post-traumatic stress disorder guidelines. Occupational Medicine. 2019;69(6):397-399.

135. Bryant RA. Early intervention for post-traumatic stress disorder. Early intervention in psychiatry. 2007;1(1):19-26.

136. World Health Organization. (2023). WHO's response to health emergencies: annual report 2022. World Health Organization.

137. Yilmaz Ö. Yetişkinlerde anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler: Sağlık kaygısı, kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve aleksitimi. MS thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017.

138. Demir Y, Dağ E, Özpınar S. Öğretmelerde E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;9(3):281-295.

139. Demirbaş-Kurtoğlu, H. Kahramanmaraş Merkezli Depremler Sonrası Depremzedelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu.Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi-Pskiyatri Anabilim Dalı;2023.

140. 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. Psychological medicine. 2002;32(5):843-853.

141. Aydemir Ö, Kirpinar I, Tülay S, Uykur B, Cengisiz C. Reliability and validity of the Turkish version of the health anxiety inventory. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2013;50(4):325.

142. Karaer EÖ, Aktaş S, Aslan S. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2012;15:41-48.

143. 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. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2019;22(5):330–335.

144. Yam FC, Korkmaz O, Griffiths MD. The association between fear of Covid-19 and smartphone addiction among individuals: the mediating and moderating role of cyberchondria severity. Current Psychology. 2021;1-14.

145. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. J Trauma Stress. 2015;28(6):489-98.

146. Boysan M, Guzel Ozdemir P, Ozdemir O, Selvi Y, Yilmaz E, Kaya N. Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). Psychiatry Clin Psychopharmacol. 2017;27(3):300-10.

147. Elmalı A. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara; 2025.

148. Tamer F, Güçlü A. Bireylerde Sağlık Algısının Sağlık Anksiyetesine Etkisinin İncelenmesi. Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal; 2022.

149. Özlü İ, Kılınç T, Karaman Özlü Z. Acil Servise Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesinin Belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2021;31(3):281–289.

150. Aydın Yıldırım T, Gebeşoğlu N. Bir Dahiliye-Onkoloji Kliniğine Yatan 40 Yaş Üstü Yetişkinlerin Pandemi Sürecinde Sağlık Anksiyeteleri ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Black Sea Journal of Health Science. 2022;5(1):78– 85.

151. Afşar H, Çatal E. COVID-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlık Anksiyetesi, Koronavirüs Anksiyete Durumları ve Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2024;11(1):19–27.

152. Alioğulları A, Önal Sönmez A, Erdoğan A. Effect of Sociodemographic Variables on Health Anxiety and Death Anxiety Levels in Covid-19 Pandemic. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2022;14(Ek 1):21–27.

153. Avçin E, Erkoç B. Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Anksiyetesi, Yaşam Doyumu ve İlişkili Değişkenler. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2021;0(17):1– 13.

154. Göde A, Öztürk Y. Üniversite Öğrencilerinin Siberkondri Düzeylerinin Sağlık Kaygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Selçuk Sağlık Dergisi; 2023.

155. Asan AC. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyi, İnternet Bağımlılığı ve Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara; 2025.

156. Ejder Apay S, Gürol A, Özdemir S, Uslu S. The Reliability and Validity of The Cyberchondria Severity Scale for the Turkish Students. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2020;49 (1):430-50.

157. Özyıldız KH, Alkan A. Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri ile Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2022;13 (33):309-24.

158. Bacı H. Erişkinlerde Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. İzmir; 2022.

159. Deniz S. Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. İnsan ve İnsan Dergisi. 2020; (24):84-96.

160. Uzun SU, Zencir M. Cyberchondria and Associated Factors Among University Staff. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7 (2):257-68.

161. 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; 12:1-14.

162. Tutgun Ünal A, Ekinci Y, Bayse R, Ekinci A, Tarhan N. Siberkondri, Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyoekonomik Statü İlişkisi Bağlamında X ve Y Kuşağına Yönelik Bir Araştırma. İletişim Çalışmaları Dergisi. 2021; 20:117-48.

163. Mansur F, Ciğerci K. Siberkondri ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11 (1):11-21.

164. Özdemir Ş. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerde Siberkondri Düzeyi ve E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ordu; 2024.

165. Alakuş EB. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Siberkondri Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Samsun; 2022.

166. Galea S, Nandi A, Vlahov DJEr. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. 2005;27(1):78-91.

167. Karamustafalıoğlu OK, Fostick L, Çevik M, Zukerman G, Tankaya O, Güveli M, et al. Ten-Year Follow-Up of Earthquake Survivors: Long-Term Study on the Course of PTSD Following a Natural Disaster. The Journal of clinical psychiatry. 2023;84(2).

168. Boztas MH, Aker AT, Munir K, Çelik F, Aydın A, Karasu U, et al. Post traumatic stress disorder among adults in the aftermath of 2011 Van-Ercis earthquake (eng). 2019;22(4):380-8.

169. Tanrıkulu AB, Kaya H, Örüm MH, Akyıldırım S. Prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder in patients with schizophrenia 2 years after an earthquake in Turkey. International journal of psychiatry in medicine. 2024;59(1):65-82.

170. Naeem F, Ayub M, Masood K, Gul H, Khalid M, Farrukh A, et al. Prevalence and psychosocial risk factors of PTSD: 18months after Kashmir earthquake in Pakistan. Journal of Affective Disorders. 2011;130(1):268-74.

171. Kizilhan J, Neumann J, Aslan S, Aladag E, Dogan A, Mese A, et al. Psychological impact of the earthquake 2023 in Turkey. Discover Public Health. 2024;21.

172. Ulusoy S, Celik Z, Guleryuz A, Esgibag HC, Yavuz KF. Prevalence and Risk Factors of PTSD, Depression, and Grief Among Survivors of 2023 Türkiye Earthquake. The Journal of nervous and mental disease. 2024;212(10):541-8.

173. Aslan B, Önal Ö. Prevalence of probable post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 earthquakes in Türkiye. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. 2024;30(9):622-31.

174. Yilmaz E, Erdem M. Post-traumatic stress disorder in earthquake survivors living in temporary shelter areas in Hatay central districts: a cross-sectional study. BMC psychiatry. 2025;25(1):461.

175. Kaya E, Inal Onal E, Fatih S, Güler O. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 earthquakes in Türkiye: The case of a temporary camp. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2024;114:104976.

176. Bakay H, Isik B, Gica S, Ak M. Predictors of Persistent Post-Traumatic Stress Symptoms After 2023 Maras Earthquake: The Impact of Gender, Loss, and Coping Strategies. Psychiatric Quarterly. 2025.

177. Kuruş RE. 2023 Maraş Depremine Maruz Kalan Bireylerde Nr3c1 Gen Polimorfizminin Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Ruhsal Dayanıklılık ile

İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2025.

178. Su CY, Tsai KY, Chou FH, Ho WW, Liu R, Lin WK. A three- year follow-up study of the psychosocial predictors of delayed and unresolved post-traumatic stress disorder in Taiwan Chi–Chi earthquake survivors. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2010;64(3):239–248.

179. Pandey R, Raval P, ManibanakarN, Nanjayan S, McDonald C, Singh H. Proximal humerus fractures: A review of current practice. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma. 2023; 43:102233.

180. EşsizoğluA, Yaşan A, Bülbül İ, Önal S, Yıldırım EA, AkerT. Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009;(2):118-126.

181. Brewin CR, AndrewsB, Valentine JD. Meta-analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-exposed Adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000; 68:748-766.

182. Kenence, RatanatharathornA, Ng L, Mclaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic Stress Disorder in the World Mental Health Surveys. Psychological Medicine. 2017;47(13):2260-2274.

183. Frewen PA, Dozois DJ, Neufeld RW, Lanius RA. Disturbances of emotional awareness and expression in posttraumatic stress disorder: Meta-mood, emotion regulation, mindfulness, and interference of emotional expressiveness. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2012;4(2):152.

EKLER

Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
29/01/2025	02	45

KARAR 32- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Mehmet YILDIRIM'ın uzmanlık tezi) "Hatay İli'nde aile hekimliği polikliniklerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin hastalarda sağlık anksiyetesi, Siberkondria ve travma sonrası stres bozukluğu durumlarının yaygınlığının incelenmesi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr. Emre DİRİCAN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr.Gezmiş KİMYON
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr.Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fundagül BİLGİÇ ZORTUK
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(Katılmadı)
Dr.öğr.Üyesi Ertan YILMAZ
(Üye)

(İmza)
Prof.Dr. Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Adem YAPICI
(Üye)

[redacted]

İmza)
dat BORAZAN
Raportör)

Ek-2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

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

1.
a) Sağlığımla ilgili endişelenirim
b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim
c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim
d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.
a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3.
a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4.
a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5.
a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.
a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.
a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

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

9.

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

10.

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

11.

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

12.

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

13.

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

14.

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

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

15.

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

16.

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

17.

a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

Ek-3. Siberkondria Şiddet ölçeği-Kısa Form (SŞÖ-KF)

Kavramlar

Belirti: Nedeni belirsiz bir bedensel duyum (Örn. öksürme, baş ağrısı, herhangi bir yerde şişlik veya ağrı gibi)
Algılanan tıbbi durum: Bir uzman tarafından resmen tanısı konulmadığı halde sizde olabileceğini düşündüğünüz bir hastalık veya rahatsızlık
Internet araması: Bir arama motorlarına (örn. Google, Bing) belirli terimler girilmesi ve sonrasında gelen web sayfalarındaki bilginin okunması.

Lütfen yukarıdaki kavramlarını okuduktan sonra aşağıdaki ifadeleri okuyunuz. Size uygun ifadeyi karşılayan sayıyı daire içine alarak sizin için geçerli olduğunu belirtiniz. Lütfen bu ölçeğin tıbbi teşhislerden ziyade ***algılanan tıbbi durumlarla*** ilgili olduğunu unutmayın. Yani *algılanan tıbbi durumlar* sadece sizin düşündüğünüz tıbbi durumu ifade eder.

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

Ek-4. DSM-5 için Travma Sonrası Kontrol Listesi (PCL-5)

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. *Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı* düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:	*Hiç*	*Çok az*	*Orta derecede*	*Oldukça fazla*	*Aşırı*
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek *(örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi)* sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden *(örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan)* kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (*örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler*) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak *(örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak)* sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Hatay ilinde AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNEtetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin hastalarda Sağlık Anksiyetesi, Siberkondria ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu durumlarının yaygınlığının araştırılması.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Cahit ÖZER danışmanlığında Arş. Gr. Dr. Mehmet YILDIRIM tarafından yürütülen uzmanlık bitirme tezi çalışmasıdır.

Bu araştırmada " Hatay ilinde Aile Hekimliği polikliniklerine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran erişkin hastalarda Sağlık Anksiyetesi, Siberkondria ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu durumlarının yaygınlığının incelenmesini' değerlendirmeyi amaçladık.

Bu nedenle size yaşınız, eğitim durumunuz, gelir düzeyiniz, kronik hastalıklarınız ve kronik hastalıklarınız için kullandığınız ilaçlar için sorular içeren 59 adet soru sorulacaktır. Soruları cevaplamanız yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Sizden herhangi bir tetkik yaptırmanız istenmeyecektir. Sizin kimliğiniz, varsa başka hastalığınız ve alınan diğer konular ile ilgili tüm bilgiler tamamen gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Çalışmaya katılmanız tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır veya tedavi sürecinizde değişiklik oluşturmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden ve bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmadan istediğiniz anda geri çekilme hakkına sahipsiniz. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilecektir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma ile ilgili soru sormak veya bilgi edinmek isterseniz; [redacted] adresi üzerinden veya [redacted] numaralı telefon aracığı ile Arş. Gr. Dr.Mehmet YILDIRIM ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

* Zorunlu soruyu belirtir

1. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ Katılmayı kabul ediyorum

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Mehmet YILDIRIM, [redacted] doğmuştur. İlkokul eğitimini 1981-1986 yılları arasında Kilis Atatürk İlkokulu'nda, ortaokul eğitimini ise 1986-1989 yılları arasında Abdurrahman İyigün Ortaokulu'nda almıştır. Lise eğitimini 1989-1993 yılları arasında Osmaniye Anadolu Öğretmen Lisesinde tamamlayan Dr. YILDIRIM, 1993 yılında Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başlamıştır. 2001 yılında tıp fakültesinden mezun sonra Kahramanmaraş Elbistan İğde Köy Sağlık Ocağında pratisyen hekim olarak göreve başlamıştır. 2003-2009 yılları arasında Elbistan Devlet Hastanesi ve Elbistan Kadın-Doğum Hastanesinde çalışmıştır. 2009 Ağustos'ta Hatay Dörtyol Karakese Sağlık Ocağına tayin olmuştur. 13 Aralık 2010'da çalıştığı Dörtyol Karakese Aile Sağlığı Merkezine Aile Hekimi olarak atanmıştır. Dr. YILDIRIM 2015 yılında yılın doktoru seçilmiştir. 13 Ocak 2020 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanlığı eğitimine başlamış olup, bu eğitimine hala devam etmekte olup aile hekimliği görevini de sürdürmektedir.