

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE MAJÖR DEPRESİF
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA, SİBERKONDRİA
DÜZEYLERİNİN, YAŞAM KALİTESİ VE HASTANE BAŞVURU
SAYISINA ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. YASİN DUMAN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NEVZAT YÜKSEL

ANKARA
TEMMUZ 2020

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE MAJÖR DEPRESİF
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA, SİBERKONDRIA
DÜZEYLERİNİN, YAŞAM KALİTESİ VE HASTANE BAŞVURU
SAYISINA ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. YASİN DUMAN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NEVZAT YÜKSEL

ANKARA
TEMMUZ 2020

KABUL ve ONAY



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	YASİN DUMAN
Baba Adı	HALİL
Doğum Yeri/Tarihi	01.07.1989 / KONYA
Diploma Tarihi / Diploma No	28.06.2013 / 130130040052
Mezun Olduğu Fakülte	NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ / MERAM TIP FAKÜLTESİ
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 3
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE MAJÖR DEPRESİF
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA, SİBERKONDRIA DÜZEYLERİNİN YAŞAM
KALİTESİ VE HASTANE BAŞVURUSUNA ETKİSİ

JÜRİ KARARI: BAŞARILI BULUNMUŞTUR.

Tıpta uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan yukarıda adı geçen Dr. Yasin Duman'a ait çalışma 09.07.2020 tarihinde yapılan tez savunmasında başarılı bulunmuş ve aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 'Tıpta Uzmanlık Tezi' olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof. Dr. Rukiye Filiz Karadağ

ÜYE

Prof. Dr. Nevzat Yüksel

ÜYE

Prof. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kendilerinden edindiğim kıymetli bilgi ve tecrübeler için başta tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e; klinik hocalarımdan Sayın Prof. Dr. Behçet Coşar'a, Prof. Dr. Zehra Arıkan'a, Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a, Prof. Dr. Filiz Karadağ'a, Prof. Dr. Selçuk Aslan'a, Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu'na, ve Prof. Dr. Mustafa Ender Taner'e, Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekçi Ertek ve Öğr. Gör. Dr. Melike Küçükkarapınar'a; Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi rotasyon süreçlerimdeki sayın hocalarıma teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimimde katkıları olan Prof. Dr. Ali Çayköylü'ye, Doç. Dr. Semra Ulusoy Kaymak'a, Doç.Dr. Serdar Süleyman Can'a, Doç. Dr. Murat İlhan Atagün'e, Doç. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu'ya, Doç.Dr.Mustafa Uğurlu'ya teşekkürü borç bilirim.

Beraber çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin tüm hemşire, personel ve sekreterlerine ayrıca teşekkür ederim.

Canımdan çok sevdiğim, hayat arkadaşım, yoldaşım, uzmanlık ve tez sürecinde her konuda desteğini esirgemeyen her zaman yanımda olan, biricik eşim Dr. İpek Erol Duman'a, hayatımıza anlam katan, en değerli varlığımız oğlum Barış Duman'a, beni yetiştirip bu günlere getiren annem ve babama candan teşekkür ederim.

Yasin DUMAN

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozuklukları	4
2.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	6
2.2.1. Tarihçe.....	6
2.2.2. Epidemiyoloji.....	7
2.2.3. Etiyoloji.....	8
2.2.4. Tanı	10
2.2.5. Klinik ve Gidiş	11
2.3. Panik Bozukluk	11
2.3.1. Tarihçe.....	12
2.3.2. Epidemiyoloji.....	12
2.3.3. Etiyoloji.....	13
2.3.4. Tanı	14
2.3.5. Klinik ve Gidiş	16
2.4. Majör Depresif Bozukluk	16
2.4.1. Tarihçe.....	17
2.4.2. Epidemiyoloji.....	18
2.4.3. Etiyoloji.....	19
2.4.4. Tanı	20
2.4.5. Klinik ve Gidiş	22
2.5. Siberkondria	23
2.5.1. Tarihçe.....	27
2.5.2. Siberkondria Modeli.....	28
2.5.3. Siberkondria ve Sağlık Kaygısı.....	29
2.5.4. Siberkondria ve Obsesif-Kompulsif Semptomlar	32
2.5.5. Siberkondria ve Depresif Semptomlar	33
2.5.6. Siberkondria ve Problemlı İnternet Kullanımı	34

2.5.7.	Siberkondria, Anksiyete Duyarlılığı ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük	36
2.5.8.	Siberkondria ve Halk Sağlığı İlişkisi	37
2.5.9.	Siberkondria Önleme ve Tedavi	38
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	41
3.1.	Araştırmanın Yeri.....	41
3.2.	Araştırmanın Tipi	41
3.3.	Katılımcılar.....	41
3.4.	Etik Kurul Onayı	42
3.5.	Araştırmanın Bütçesi	42
3.6.	Veri Toplama Araçları.....	42
3.7.	İstatistik Analizler	48
4.	BULGULAR	49
5.	TARTIŞMA	74
5.1.	Anksiyete bozukluğu grubunun değerlendirilmesi.....	77
5.2.	Majör depresif bozukluk grubunun değerlendirilmesi	78
5.3.	Kontrol grubunun değerlendirilmesi	80
5.4.	Hasta gruplarında depresyon ve anksiyetenin siberkondria ile ilişkisi	83
5.5.	Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalar	84
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	87
7.	Kaynaklar	89
8.	ÖZET.....	101
9.	SUMMARY	103
10.	EKLER.....	105
11.	ÖZGEÇMİŞ	118

KISALTMALAR DİZİNİ

5-HT	: Serotonin
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anksiyete duyarlılığı
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDNF	: Brain-Derived Neurotrophic Factor
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BT	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük
BZ	: Benzodiazepin
CCK	: Kolesistokinin
CRF	: Kortikotropin Salıverici Etkin
CRF	: Kortikotropin-Salıverici Etkin
DA	: Dopamin
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı
GABA	: Gama Amino Bütirik Asid
HPA	: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal
ICD	: International Clasification of Diseases
MAO	: Monoamin Oksidaz
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
NE	: Norepinefrin
PB	: Panik Bozukluk
PİK	: Problemler İnternet Kullanımı
SAÖ	: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36
SŞÖ	: Siberkondria Şiddeti Ölçeği
TRH	: Tiropin Salıverici Hormon
TSA	: Trisiklik Antidepresan
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YİBT	: Young İnternet Bağımlılığı Testi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: YAB’ de DSM V-TR Tanı Kriterleri	10
Tablo 2: Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri	15
Tablo 3: Majör Depresif Bozukluk DSM-V Tanı Ölçütleri.....	21
Tablo 4: Siberkondria tanımları (76).....	26
Tablo 5. Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikler.....	49
Tablo 6: Örnekleme Oluşturan Grupların Hastalık Özellikleri	51
Tablo 7: Hasta Grubunda Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo 8: Örnekleme Oluşturan Gruplar Arasında Uygulanan Ölçek Puanların Karşılaştırılması	55
Tablo 9: Örnekleme Oluşturan Dört Grubun Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	59
Tablo 10: Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda SŞÖ Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ, YİBT, BAÖ, BDÖ ve SF-36 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	62
Tablo 11: Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda SF-36 Ölçek Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ ve YİBT Puanları Arasındaki İlişki	64
Tablo 12: Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda SŞÖ Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ, YİBT, BDÖ, BAÖ ve SF-36 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	66
Tablo 13: Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda SF-36 Ölçek Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ ve YİBT Puanları Arasındaki İlişki	67
Tablo 14: Sağlıklı Kontrol Grubundakilerin SŞÖ Puanları İle Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı, Yaş, SAÖ, YİBT, BDÖ, BAÖ ve SF-36 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	69
Tablo 15: Sağlıklı Kontrol Grubundakilerin SF-36 Ölçek Puanları İle Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı, Yaş, SAÖ ve YİBT Puanları Arasındaki İlişki	71
Tablo 16: Tüm Hasta Grubunda BAÖ Düşük ve Yüksek Olanlar Arasında SŞÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	72
Tablo 17: Tüm Hasta Grubunda BDÖ Düşük ve Yüksek Olanlar Arasında SŞÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlık kaygısı yüksek olan bireylerde internette sağlıkla ilgili bilgi arama (7)	31
Şekil 2: Siberkondria ve ilişkili faktörler (11)	35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnternetin hayatımıza girdiği 1969 yılından itibaren her geçen gün kullanım sıklığı ve alanı genişlemektedir. 2020 itibariyle Dünya’da 4.57 milyar insanın internet kullanıcısı olduğu tahmin edilmektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in ‘2019 Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’na göre ise Türkiye’de internet kullanım oranı %75,3’dür (2).

İnternetin bu kadar yaygın kullanımı ve ucuz olması sağlıkla ilgili bilgileri çok daha kolay erişilebilir hale getirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde, 100 milyondan fazla internet kullanıcısı çevrimiçi sağlık bilgilerini aramaktadır (3). Bir çalışmada dokuz ülkedeki (Rusya, Çin, Hindistan, Meksika, Brezilya, Amerika Birleşik Devletleri, İtalya, Avustralya ve Almanya) katılımcıların % 75’inden fazlasının interneti sağlıkla ilgili sorgular için kullandığını göstermektedir (4). TÜİK verilerine göre Türkiye’de son üç ayda internet kullanan kişilerin %69,3’ünün sağlıkla ilgili konularda (yaralanma, hastalık, beslenme vb.) arama yaptığı belirtilmektedir (5). Çevrimiçi sağlık bilgilerine erişim, insanları belirli sağlık koşullarının doğası, nedenleri, önlenmesi ve tedavisi hakkında eğitmek gibi potansiyel faydalara sahiptir. Bununla birlikte, sağlıkları hakkında sıkıntılı veya endişeli olan bazı bireyler de kendi kendine teşhis veya güvence elde etmek amacıyla internete erişilebilmektedir (6).

Sağlıkla ilgili bilgi edinmek için yapılan aşırı veya tekrarlanan çevrimiçi aramalarla ilişkili artan sağlık kaygısı veya sıkıntı, siberkondria olarak adlandırılmaktadır (7). Siberkondrianın, bireyin çevrimiçi sağlık bilgileri ararken kaygısını artırdığı ve edinilen bilginin geçerliliği konusunda güvence arama

abalarının sürdüğü bir döngü ile karakterize olduğu öne sürülmektedir. Bu çabalar anksiyetede kısa süreli bir azalmayla sonuçlanır ve sonuç olarak anksiyetede ki azalma bilgi arama davranışlarını olumsuz yönde güçlendirdiği için uzun vadeli döngüyü sürdürür. Bu model, siberkondrianın kompulsif davranışlara benzeyen yönüne de vurgu yapmaktadır (7). Sağlık kaygısı, organik patolojinin yokluğunda fiziksel sağlıkla ilgili aşırı endişelerle karakterize edilen bir zihinsel sağlık durumudur (8). Teorik olarak siberkondria ve sağlık kaygısı büyük oranda örtüşse de çalışmalar iki ayrı durum olduklarını bildirilmiştir. Siberkondria ile ilgili çalışmalarda davranış örüntüsünün, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları (9), anksiyete duyarlılığı ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (10). Düşük benlik saygısı, depresif belirtiler ve internet bağımlılığı siberkondria düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (11). 2014 yılında siberkondria ile ilgili araştırmalarda kullanılmak üzere, bireyin evrimii tıbbi bilgi aramaya yönelik bilişsel ve davranışsal tepkilerini değerlendiren standartlaştırılmış bir öz bildirim leği olan Siberkondria şiddeti leği (Sş) geliştirilmiştir (12). Bu lek kompulsiyon, stres, aşırlık, i rahatlatma, güvensizlik gibi beş alt boyuttan oluşmaktadır (12). 2018 yılında 462 hasta ile internet üzerinden yapılan çalışmada sağlık kaygısının siberkondria ile belirgin ölçüde örtüştüğü, sağlık kaygısının yaşam kalitesini azalttığı; siberkondrianın ise işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğu ayrıca siberkondria düzeyi arttıķa fiziksel belirtilere yönelik hastane başvurusunda artışa neden olduğunu bildirmiştir (13).

Siberkondrianın, modern hipokondriazis mi yoksa kendi başına bir sendrom mu olduğu konusu halen tartışılmaktadır. Elde edilen veriler tek başına tanı konulması gereken bozukluktan ziyade anksiyeteyi artıran davranış örüntüsü gibi görünmektedir (7). Literatürde siberkondria ile yapılan çalışmaların genellikle

internet üzerinden ve sağlık gönüllülerde yapıldığı görülmektedir. Bilindiği kadarıyla literatürde anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörleri inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk tanısı olan hastalarda siberkondria düzeyleri ile yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti için hastane başvuru sayısına etkisi ve siberkondria ile ilişkili faktörlerin araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bilişsel, bedensel, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durum olarak tanımlanır. Bu bileşenler tipik olarak huzursuzluk, kaygı, korku ve tasalanmayla ilişkili hoş olmayan yaşantılarla ilişkilidir. Genellikle tetikleyici bir durum hasta tarafından tanımlanamaz ve bu özelliğiyle gözlenebilen bir tehlikenin varlığında ortaya çıkan korkudan ayrılmaktadır (14). Anksiyete, tehdite karşı oluşan bir tepkidir ve geleceğe yöneliktir. 19. yüzyılın sonlarında tıbbi olarak tanımlanıp kullanılmaya başlayan anksiyete kelimesi Hint-Germen kökenli ‘angh’ sözcüğünden üretilmiştir. ‘Boğazını sıkamak, tasa, sıkıntı ve sıkıca bastırmak’ anlamlarında kullanılmaktadır (15). 1890’larda anksiyete belirtilerinin birçok farklı hastalıkta görülebildiği fakat anksiyete bozukluğu olarak tek bir klinik durumun yansımaları olabileceği ortaya atılmıştır (16).

Sigmund Freud 1894’te anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini birleştirip anksiyete nevrozunu tanımlamış ve anksiyeteyi nevrasteni kapsamının dışına çıkartmıştır. (17).

Karen Horney kaygı ve korku kavramlarını birbirlerine yakın ancak farklılıkları olan duygular olduğunu açıklamıştır. Korku mevcut bir tehlikeyle orantılı olarak ortaya çıkmakta ancak kaygıda çoğu zaman gerçek bir tehlikenin yerine imgesel bir tehlike bulunmaktadır. Korkuda nesnel bir gerçeklik, kaygıda ise gizli ve öznel bir tehlike mevcuttur. Bu nedenle kişinin içinde bulunduğu duruma göre kaygının şiddeti değişebilmektedir (18).

Normal anksiyete, olaylar karşısında kişinin daha işlevsel ve becerikli hale

gelmesini sağlar ve koruma mekanizmalarının en önemlilerindendir. Organizmanın riske girmesini sağlayan bir durum olduğu zaman kaçınma ya da olayla savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar ve bu sebeple kısa dönem için faydalı bir tepkidir (19). Ancak anksiyete, herhangi bir tehdite sebep olacak bir olay olmadan veya mevcut tehditle orantısız şiddette ortaya çıkar, uzunca sürer ve sonlandırılmaz ise patolojik anksiyeteden söz edilir (20). Anksiyete bozuklukları en sık psikiyatrik hastalıklar arasındadır ve ciddi derecede işlevsellikte bozulma ile sonuçlanmaktadır (21). Anksiyete bozukluklarının yıllık prevelansının %18.8-%28.8 arasında değiştiği bildirilmiştir (22). 1996 yılında yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu hastalarının tedavi ve işgücü kaybının ülkelere maliyetinin 46.6 milyar dolar olduğu saptanmıştır (23). Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-V (DSM-V)' e göre Anksiyete Bozuklukları şu şekildedir;

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Özgül Fobi
- Agorafobi
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
- Panik Bozukluğu
- Maddenin veya İlacın Sebep Olduğu Kaygı Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumunun Sebep Olduğu Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmış Başka Bir Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu (24)

2.2.Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) gerginlik, evham, gündelik olaylar hakkında sürekli tedirginlik yaşama çoğunlukla kronik olan ve alevlenmelerle giden, yaşam kalitesinde önemli derecede bozulmalara neden olan bir bozukluktur (25). YAB’de kaygı ve endişe, kişinin hayatının birçok bölümünde aşırı ve mantık dışı olarak ortaya çıkmaktadır. Sebepsiz olarak, bir felaket yaşanacakmış hissi çok yoğun ve şiddetli olarak yaşanır. Kaygı bu bozukluğun temel belirtisidir. Kaygı, sağlıklı bireylere göre bu hastalarda kontrol edilmesi güç şekilde, daha fazla ve uzun süreli yaşanır (26). YAB’de yaşanan kaygıyı patolojik yapan sebep; kaygının hangi konu ilgili olduğu değil, aşırı düzeyde hissedilmesi ve kontrol edilmesi güç olarak algılanmasıdır (27).

2.2.1. Tarihçe

Kraepelin, 1896 yılında tüm psikiyatrik hastalıkları 13 kategori olarak sınıflandırmıştır. Bu kategori sınıflandırılmasında yer alan “psikojenik nevroz” ise anksiyete bozukluklarını sınıflandırmada ilk adım olmuştur. Şiddetli olan ve kronik olarak yaşanan anksiyeteyi bağımsız ve gerçek bir tıbbi başlık olarak değerlendirmenin ilk adımı ise Freud tarafından tanımlanan “anksiyete nevrozu” kavramıdır. 1950'lerin başında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı birinci baskısı (DSM-I) Freud' un fikirlerinden önemli ölçüde etkilenmiştir ve anksiyete bozuklukları “anksiyöz reaksiyon” ve “fobik reaksiyon” olmak üzere ikiye ayrılmıştır (28).

Freud’un anksiyete nevrozu, bir tanı kategorisi olarak etkinliğini 1960’lardaki Klein’ in çalışmasına kadar sürdürmüştür. Bu çalışmada Klein’in hastalara verdiği

imipramin, hastaların panik ataklarını yatıştırmış fakat yaygın anksiyeteleri üzerine etkili olmamıştır. Buna karşılık olarak düşük doz benzodiazepin (BZ) ise panik ataklar üzerinde etkisiz olmuş ama genel anksiyeteyi azaltmıştır. Bu sebeple Klein panik bozukluk (PB) ile genel anksiyetenin iki farklı hastalık olduğunu öne sürmüştür. Böylece PB ve YAB'nin ayrı birer hastalık olarak tanımlanmalarına büyük katkısı olmuştur (29).

1968 yılında yayımlanan DSM-II'de nevroz tanımında bazı farklılıklar olmasına rağmen psikanalitik ekolün etkisinde kalınmıştır. Anksiyete bozukluklarının 1980 yılında ayrı birer klinik başlık olarak ayrılmasıyla YAB ilk defa DSM-III'de ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Yaygın anksiyete terimi, en az bir aydır bulunan anksiyete belirtileri olarak kabul edilmiştir. DSM-III-R'de ise süre kriteri bir aydan altı aya çıkarılmıştır (30). DSM-IV' te de YAB ayrı bir kategori olarak değerlendirilmiştir. Mesleki, sosyal ya da başka işlevsellik alanlarında klinik açıdan ciddi bir sıkıntı ya da bozulmaya sebep olması gerektiği belirtilmiştir (31). Ayrıca DSM-III-R' de yer alan üç kategoriye ayrılmış 18 semptom mevcut iken; bu ölçüt DSM-IV' te ise yalnız 6 semptomdan oluşmaktadır. Ek olarak DSM-IV' te otonomik hiperaktivite belirtilerinin hepsi kaldırılmıştır (32). Dünya Sağlık Örgütü ise 1990 yılında, International Classification of Diseases (ICD)' in ancak 10. basımında YAB'ye ayrı bir tanı olarak yer vermiştir (33). DSM-V' te ise YAB tanı kriterlerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır (24).

2.2.2. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Eş Tanı Çalışması sonucuna göre YAB'nin güncel yaygınlığı %1,6, bir yıllık yaygınlığı %3,1 ve hayat boyu

yaygınlığı ise %5,1 olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada, YAB'nin erkeklere oranla kadınlarda 2 kat daha sık görüldüğü ve işsiz olanlar, boşanmış olanlar, ayrı yaşayanlar, dul olanlarda ve 24 yaşın üzerindeki bireylerde yaygın olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca bu araştırma verilerine göre YAB tanılı bireylerin %65' inde eş zamanlı olarak bir başka psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bulunmuştur (26). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda YAB'nin 12 aylık süre içinde yaygınlığı kadınlarda %0.8, erkeklerde %0.5 olarak saptanmıştır (34). 2006 yılında yapılan bir çalışmada 12 aylık dönemde herhangi bir depresif bozukluk ve diğer anksiyete bozukluğu eş tanı oranı %90.8 olarak bulunmuştur (35). Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Başlangıç yaşı genelde 20 yaş öncesi olup kronik bir gidiş göstermektedir (36). YAB'nin kötü prognostik göstergeleri; komorbid psikiyatrik hastalık olması, kişilik bozukluğu eşlik etmesi, uzun hastalık süreci ve sosyal uyumun kötü olmasıdır (25).

2.2.3. Etiyoloji

Çoğu ruhsal bozuklukta olduğu gibi YAB'nin etiyolojisi net bilinmemektedir. Bir dereceye kadar olan kaygı, normal ve uyum sağlamaya yönelik olarak kabul edilebilir, bu noktada patolojik anksiyetenin sınırlarını belirlemek ve etiyolojideki olası biyolojik etkenleri psikososyal etkenlerden ayırt etmede güçlük çekilmektedir. Biyolojik ve psikososyal etkenler muhtemelen birlikte etki göstermektedir (36).

YAB'de korku ile ilişkili prefrontal korteks ve limbik yapıların, özellikle lateral amigdalanın rolü çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ayrıca gama amino bütirik asid (GABA) / benzodiazepin (BZ) kompleksi, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT),

kolesistokinin (CCK), kortikotropin-saliverici etken (CRF), hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) eksenini ve nörostereoidlerin de hastalığın patofizyolojisinde rol aldığı bilinmektedir (37).

Psikodinamik yaklaşıma göre anksiyete olması için psikolojik dengenin bozulması gerekmektedir. Aynı zamanda anksiyete, kabul görmeyen bir dürtünün bilinç seviyesinde temsil edilmek ve boşalım yolu bulabilmek için çalıştığında, bahsedilen durumu karşılamak veya bu durumdan kaçınmak üzere, benliğin emrinde olan güçlerin harekete geçmesine sebep olan bir sinyaldir. Bu sinyal ile birlikte benlik, içerden gelen baskıya karşı savunma önlemlerine başvurur. Savunmalar yeteri kadar devreye giremediği zaman, anksiyete sinyal olarak işlev gördüğü düşük seviyenin üzerine çıkar ve yaygın anksiyeteye veya psikanalitik yazındaki ismiyle yüzen anksiyeteye (free-floating anxiety) dönüşür (38).

Bilişsel Davranışçı Kurama göre ise insan için faydalı olan ve uyuma dönük işlevleri harekete geçiren korkudan farklı olarak YAB’de görülen aşırı korku patolojiktir. Bu patolojik olan korku, sanal tehditlere yanıt olarak uyumu bozucu davranışlara sebep olmaktadır. Mowrer’in iki aşamalı korku kuramına göre korku klasik koşullanma ile kazanılmakta ve edimsel koşullanma ile koşullu uyarılardan kaçınma korkunun sürmesine yol açmaktadır. Bu teori alıştırma tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Kaçınma kuramına göre ise insan için yaygın bir yaşantı olan endişe, gelecekteki kötü olayların olmasından kaçınma işlevi gördüğü, tehdidi ortadan kaldırdığı ve kötü olayları engellediği şeklinde algılandığı zaman bir kaçınma davranışı gibi olumsuz olarak pekiştirilir. Bu sayede endişe bilişsel bir kaçınma yanıtı olarak işlev görmektedir (39).

2.2.4. Tanı

YAB'nin temel belirtisi en az altı ay süren zamanın çoğu gününde yaşanan, birtakım olaylar veya etkinlikler ile ilgili aşırı düzeyde kaygı ve endişe (endişeli beklentiler) duymadır. Kişi endişelerini kontrol etmekte zorlanır. Kaygı ve endişeye huzursuzluk hissi, çabuk yorulma, düşüncelerini odaklamada güçlük çekme, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku düzensizliğinin bulunduğu bir listeden en az 3 belirti eşlik eder (40).

Tablo 1: YAB' de DSM V-TR Tanı Kriterleri

A- En az altı ay süren ve zamanın çoğu gününde yaşanan, bir dizi etkinlik veya Etkinlikler (iş veya okul performansı gibi) ile alakalı olarak, aşırı düzeyde kaygı ve endişe (endişeli beklenti) vardır.

B- Birey, endişesini kontrol etmekte zorlanır.

C- Bu kaygı ve endişe, altı semptomdan en az üç tanesi (veya daha fazlası) ile ilişkilidir. (En azından birtakım semptomlar son altı ayda çoğu günde yaşanmaktadır).

Not: Çocuklarda yalnız tek semptom bulunması yeterlidir.

1) Sakinleşememe (huzursuzluk), gergin veya sürekli diken üstündeymiş gibi hissetme

2) Kolay yorulma

3) Konsantrasyon zorluğu ya da zihnin boşalması

4) Kolay kızma

5) Kaslarda gerginlik

6) Uyku düzensizliği (dalma veya devam ettirmekte zorlanma veya dinlendirmeyen, yeterli olmayan uyku uyuma)

D- Kaygı, endişe veya vücutsal semptomlar, mesleki, sosyal ya da başka önemli işlevsellik bölümlerinde klinik açıdan ciddi bir sıkıntı ya da bozulmaya sebep olur.

E- Bu rahatsızlık, bir maddenin (örneğin: tedavi için kullanılan ilaç, kötüye kullanılan ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun (örneğin: Hipertiroidi) fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F- Bu bozukluk bir başka zihinsel rahatsızlıkla daha iyi açıklanamaz (24).

2.2.5. Klinik ve Gidiş

YAB'nin temel özelliği, bireyin gündelik yaşamda karşı karşıya kaldığı olaylarla alakalı olarak, engel olamadığı aşırı bir kaygı ile evham içinde bulunmasıdır. Ekonomik sıkıntılar, işyeri problemleri, çocukların karşılaşılabileceği sıkıntılar, ev işleri, sağlık sorunları, randevulara yetişememe gibi günlük yaşam olaylarıyla ilgili aşırı endişeler ve kuruntular sıklıkla görülmektedir. Birey hissettiği yoğun endişeye engel olamadığı için günlük işlere odaklanmakta zorluk çekerler.

Hayatın her alanını etkileyen bu durum hayat kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. 2007 yılında yapılan bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu grubunda kontrol grubuna göre sosyal ilişkiler, ev ve iş yaşamındaki hayat kalitesinin belirgin düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (41). Daha önce yapılan bir çalışmada kişilerin genellikle ruhsal semptomlardan çok fiziksel semptomlarla hekimlere başvurduğu görülmektedir. Aynı zamanda hastaların psikiyatri dışı hekimlere başvurma oranı, psikiyatristlere başvurma oranından 2 kat fazladır (42).

2.3. Panik Bozukluk

Panik Bozukluk (PB) yineleyen beklenmedik panik ataklar, başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı, atağın yol açabilecekleri ya da sonuçları ile (örn; kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma, ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği gösterme ile seyreden bir bozukluktur (36). PB kronik ya da yineleyici seyreden, ailevi, sosyal ve işlevsel yeti yitimine neden olur (43).

2.3.1. Tarihçe

Panik kelimesi ismini Yunan mitolojisinde yer alan bir tanrı olan Pan'dan almaktadır. Pan yalnız yaşaması, üzgün olduğunda bir mağaraya kapanması, kızgın olduğunda ise çığlıklar atarak diğer canlıları korkutmasıyla tanınmaktadır (44). PB ilk kez 1980'de DSM-III'de ayrı bir tanı kategorisi olarak yerini almakla birlikte, panik atağının belirtileri ve fobik kaçınmalar çok eski zamanlardan beri birçok uzman tarafından betimlenmiştir. Da Costa 1871'de Amerikan iç savaşı sırasında askerlerde gözlediği çarpıntı, göğüs ağrısı, fenalaşma ve bayılma ile giden "irritabl kalp sendromu"nu tanımlamıştır. Daha sonraları buna benzer tablolar için "nörosirkulatuar asteni", "efor sendromu" gibi isimler kullanılmıştır. Westpal 1872 yılında, Lengrand 1877 yılında bugünkü agorafobi ölçütlerini karşılayan tabloları tanımlamışlardır (36).

Klein, 1960'larda yaptığı çalışmasında, imipraminin panik ataklarına iyi gelmesine karşın yaygın anksiyete üzerine etkili olmaması, buna karşı düşük doz benzodiazepinin panik atakları üzerinde etkisiz olması ama yaygın anksiyeteyi düzeltmesi nedeniyle PB ile genel anksiyetenin iki farklı hastalık olduğunu öne sürmüş böylece PB'nin ve YAB'nin ayrı birer hastalık olarak DSM-III'te yer almalarına büyük katkıda bulunmuştur. Klein'ın "yinelenen beklenmedik panik atakları", "beklenti anksiyetesi" ve "agorafobi" şeklinde üçlemesi günümüzde bile hala en geçerli PB modelidir (45).

2.3.2. Epidemiyoloji

Panik Bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %1-4, altı aylık dönemde yaygınlığının yaklaşık %0.5-1 ve panik atakların yaygınlığının ise %3-5.6 olduğu

bildirilmiştir (36). Kadınlar erkeklere göre 2-3 kat daha fazla etkilenmektedir. PB en sık genç erişkinlikte ortaya çıksa da hem panik bozukluğu hem de agorofobi herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir (36). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre genel toplumda PB yaygınlığı kadınlarda % 0.5, erkeklerde % 0.2'dir (34).

2.3.3. Etiyoloji

Panik bozukluğun biyolojik temelini araştıran pek çok çalışmada panik bozukluğu olan hastalarda panik atak oluşturmak üzere biyolojik ajanlar kullanılmıştır. Panik uyarıcı maddeler olarak adlandırılan bu ajanlar solunum sisteminde değişikliklere yol açarak (karbondioksit, sodyum laktat, bikarbonat) ya da özgün nörotransmitter sistemlerini etkileyerek (alfa 2 adrenerjik reseptör antagonisti yohimbin, serotonerjik etkili Mccp, m-caroline ilaçlar, GABA_B reseptör antagonisti flumazenil, kolesistokinin, kafein) üzerinden etkinlik göstermektedir. PB ortaya çıkmasında norepinefrin, serotonin ve GABA nörotransmitter sistemleri üzerinde özellikle durulmaktadır (36).

Psikodinamik yaklaşıma göre, anksiyete bilinçdışı savunma düzeneklerinin hem nedeni hem de sonucudur ve panik atağı anksiyete oluşturan uyaranlara (travmatik yaşantılar) karşı başarısız kalan savunmaların sonucunda oluşur. Bir çalışmada PB olan hastaların %53'ünde çocuklukta ebeveyninden ayrılma öyküsü olduğu gösterilmiştir, başka bir çalışmada da panik atakları olan agorofobiklerin öykülerinde sağlıklı kontrollere göre, çocukluk ve ergenlik döneminde daha fazla travmatik yaşam olayı olduğu bildirilmiştir (45).

Bilişsel modelde kişinin anksiyetenin bedensel belirtilerini felaketleştirerek yorumlaması temeli oluşturmaktadır. Bu yanlış yorumlama geri bildirim mekanizmasıyla belirtilerin şiddetlenmesine yol açar ve belirtiler bir panik atağı şiddetine ulaşmasına neden olur. Belirtilerin şiddetlenmesi ve çeşitliliğinin artması ilk yorumu doğrular, bu da hem kaygının hem de bedensel belirtilerin tırmanmasıyla neden olmaktadır. Bedensel zarar görme inancı pekişerek içinden çıkılmaz bir kısır döngüyü oluşturur (45).

2.3.4. Tanı

PB tıbbi ortamlarda (özellikle acil servislerde) sık karşılaşılan anksiyete bozukluğudur. Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayan, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik ataklarının ortaya çıkmasıdır (46). Yaşanan huzursuzluk ve anksiyeteye nefes darlığı, çarpıntı göğüs ağrısı gibi güçlü bedensel duyumların eşlik etmesi, ek olarak plan yapma, düşünme gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdan kaçmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın özelliklerindendir (45). Panik atakları tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve 2-10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaşmaktadır. Hastayı güçsüz ve tükenmiş halde bırakan ataklar genellikle 10–30 dakika sürer, seyrek olarak bir saate kadar uzamaktadır. Hastalığın temel özelliği yineleyen anksiyete ya da panik ataklarıdır (45).

Tablo 2: Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu
5. Soluğun tıkanmış durumu
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)
11. Gerçekdışılık (derealizasyon) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)
12. Denetimi yitirme ya da “çıldırma” korkusu
13. Ölüm korkusu

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. Kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler gereken 4 belirtiden biri olarak sayılmamaktadır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur :

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (ör. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, ”çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma
2. Ataklarla ilgili olarak uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (ör. Spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme

C. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir sağlık durumunun (ör. hipertiroidi, kalp –akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanmaz

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (ör. panik atakları, sosyal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlara tepki olarak; travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır) (24).

2.3.5. Klinik ve Gidiş

Panik bozukluk; kronik gidişli, hastayı yoğun sıkıntıya sokan, işlevsellikte bozulmaya neden olan, gidişi oldukça çeşitlilik gösteren, eş tanı oranı fazla bir bozukluktur (36). Yapılan çalışmalarda bir yıl sonra %25-70 oranında iyileşme, on yıl sonra %10- 30'nda tam düzelme olabileceği bildirilmiştir (40). Panik Bozukluk tanıli hastalar acil servisler başta olmak üzere sürekli bedensel belirtilerine yönelik tedavi arayışındadırlar. Bu durum fazla miktarda sağlık kuruluşuna başvuruya neden olmaktadır.

2.4.Majör Depresif Bozukluk

Majör Depresif Bozukluk (MDB) çökkün duygudurum ile karakterize en yaygın rastlanan duygudurum bozukluğudur (47). Depresyon terimi; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamları içermektedir (48). Depresyon, Latince “depresus” teriminden köken almaktadır (49). Psikiyatrik olarak depresyon ise yoğun üzüntülü duygudurum içinde olma, değersizlik, isteksizlik, halsizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama belirtilerini içeren bir sendromdur (49). Depresif duygular; sağlıklı insanlarda beklenmeyen ya da istenmeyen olaylar karşısında oluşan üzüntü ve sıkıntı içeren duygusal davranışlardır ve hayatın normal dönemlerinde de ortaya çıkabilmektedir. Ancak, duygusal bir davranıştan ziyade kişinin yaşamsal işlevlerini bozması durumunda klinik olarak ruhsal hastalık olan depresif bozukluk olduğu kabul edilmektedir (48, 49).

MDB yaygın görülen ruhsal bozukluklardan olmakla birlikte, sıklığının artması ve sebep olduğu yeti yitimi nedeniyle önemi her geçen gün daha da artan bir

sağlık sorunu olmaktadır. Depresyonda tedaviye başvuru oranlarının az olması, tedavi için başvurunun gecikmesi, eş zamanlı hastalıklarla birlikte tanı zorluklarının olması hastalığın kronikleşme riskini artırmaktadır. Artan yeti yitimi ve ekonomik kayıplar depresyonla ilgili yapılan çalışmaların önemini ve artırmaktadır (50, 51).

2.4.1. Tarihçe

Depresyonu tanımlama uğraşları antik çağlara kadar uzanmaktadır. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük geçiren kişilerin tanımlandıkları saptanmıştır (48). İlk defa Milattan Önce (MÖ) 3600’de Mısır kitabelerinde “Melankoli” terimine rastlanmıştır (52). Hipokrat (MÖ 460-357) iştahsızlık, ümitsizlik, uysuzluk, ani sinirlenme ve huzursuzluk halini melankoli olarak tanımlamıştır ve buna “kara safra” ismini vermiştir (36). İslamın yayılması ile birlikte müslüman hekimler de bu alanda çalışmalar yapmıştır. İbni Sina “Tıbbın Kanunu” adlı eserinde altta yatan kişilik özelliklerinin önemine vurgu yapmıştır (52, 53). 1621’de Burton’un “Melankolinin Anatomisi” isimli eserinde yas ve aşk melankolisinden bahsedilmiştir. 1840 yılında Jean Philippe Esquirol duygudurum bozukluğu terimini ortaya koymuştur. 1854 yılında Jean-Pierre Falret manik ve depresif dönemleri “dalgalanan delilik (la folie circulaire)” olarak tanımlamıştır (36).

20. yy’a gelindiğinde depresyon semptom değil, kategori olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Emil Kraepelin melankoli ve mani dönemlerini manik depresif hastalık adı altında toplamıştır. 20. yy ikinci yarısında Adolf Meyer (1866-1950) ruhsal bozuklukları biyolojik ve psikolojik faktörlerin birlikte etkileyebileceğini öne sürmüştür. Günümüzdeki haliyle depresyonun üzüntüden

uyum bozukluklarına, iki uçlu bozukluğa kadar oldukça geniş bir yelpazede kullanılması Meyer’le birlikte başlamıştır (21, 54).

1952 yılında ilk defa yayınlanan Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA) tarafından hazırlanan DSM-I’de Meyer ve Freud’un etkisiyle manik depresif tepkiden söz edilmiştir. O dönemde Amerikan psikiyatrisi ruhsal bozuklukları reaksiyon olarak kabul etme eğilimindedir ve depresyonu “afektif reaksiyon” olarak tanımlamıştır. 1980’de DSM-III’te Feigner ve Spitzer’in tanımlama uğraşları ile duygudurum bozukluklarının günümüzdeki temeli oluşmuştur ve “bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk” olarak iki başlığa ayrılmıştır. 1987’de DSM-III-R’de afektif bozukluk terimi yerine “duygudurum bozuklukları” terimi kullanılması tercih edilmiş ve depresyon “bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, distimi ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar” olarak dört alt gruba ayrılmıştır. 1994’te DSM-IV-TR’de aynı tanım kullanılmıştır. DSM-V’te “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında değil “Depresif Bozukluklar” olarak ayrı bir bölümde yer almıştır. Bu başlık altında; “yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, premenstrüel disforik bozukluk, majör depresyon, süregiden depresyon bozukluğu, maddenin ilacın yol açtığı depresyon, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon ” tanıları bulunmaktadır (24, 55).

2.4.2. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan geniş bir çalışmada MDB’nin insidansı %6,6, prevalansı %16,2 olarak bulunmuştur (56). Depresyonun kadınlarda prevalansı %17, erkeklerde %9 olarak saptanmıştır (57). Yaşam boyu MDB’ye

yakalanma riski erkeklerde %8-12, kadınlarda %20-26 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar MDB sıklığının kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğünü açıkça ortaya koymaktadır ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda bu farkın azaldığı görülmektedir (24). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda depresif nöbet insidansı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak tespit edilmiştir (34).

Yaşa göre MDB sıklığına bakıldığında; depresyonun ortalama başlangıç yaşının 30-35 olduğu (en sık 25-44) ve gençlerde yaşlılara oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir. MDB'de komorbid hastalıklar %72,1 oranında görülmektedir ve bu oranın %59,2'sinin anksiyete bozukluğu, %24'ünün madde kullanım bozukluğu, %30'unun dürtü kontrol bozuklukları olduğu görülmüştür (58). MDB, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında dördüncü sıradadır ve 2020 yılı sonunda ikinci sırayı alması beklenmektedir (59).

2.4.3. Etiyoloji

MDB'nin etiyojisinde diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi kesin bir patolojiden tam olarak söz edilememekteyse de genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Nörobiyolojik araştırmalar nörotransmitter (NT) sistemleri ile başlamıştır. Yapılan araştırmalarda MDB'nin etiyojisinde serotonin (5-HT), noradrenalin (NA), dopamin (DA) gibi monoaminler, GABA, P-maddesi, BDNF, TRH, CRF, somatostatin, leptin, asetilkolin gibi birçok nörotransmitterin rolü olduğunu göstermektedir (48). Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri ve trisiklik antidepresanların (TSA) depresyonun tedavisinde etkin olduğunun görülmesiyle birlikte “monoamin hipotezi”

ortaya atılmıştır. Monoamin hipotezinde öne sürülen monoaminlerden bir ya da birkaçında eksiklik olduğu yönündeki iddiaların; antidepresan etkisiyle sinaptik aralıktaki monoaminlerin kısa sürede düzeylerinin yükselmesine rağmen iyileşmenin aynı hızla başlamaması nedeniyle etiyolojiyi açıklamada yeterli olmadığı düşünülmektedir. Son dönemlerde yapılan araştırmalarda nörotransmitter ve reseptör sayısının normal olduğu ancak postsinaptik reseptörlerde sinyal iletiminde yetersizlik olduğu ileri sürülmektedir (60). Yapısal görüntüleme çalışmaları sonucunda MDB’de ana bulgulardan biri, hipokampus hacminin azalmasıdır ve depresyonda sık görülen bellek yakınmaları ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. Hipokampus hacmindeki bu azalmanın antidepresan ile geri döndürülebilir olduğu yapılan çalışmada gösterilmiştir (48).

2.4.4. Tanı

DSM-V sınıflandırmasında “Depresif Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır. DSM-V tanı kriterlerine göre MDB; en az iki hafta boyunca işlevsellik düzeyinde değişiklik olması ile birlikte depresif duygudurum, ilgi ya da haz almada kayıp belirtilerinden birinin mutlaka olduğu; bunun yanında kilo değişiklikleri uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık; yineleyen ölüm ya da intihar düşüncelerinin en az beşi veya daha fazlasını içeren klinik tablodur. Bu semptomlar herhangi bir madde veya ilaç kullanımına ya da genel bir tıbbi duruma bağlı değildir ve karma epizod özelliklerini karşılamaz (24).

Tablo 3: Majör Depresif Bozukluk DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi-istek ya da zevk almada azalmadır. Not: Açıkça başka bir tıbbi duruma bağlı belirtileri dahil etmeyin. 1. Kişinin öznel olarak bildirdiği (ör; üzüntülü ve boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) veya başkalarının gözlenen; günün çoğunda ve hemen her gün olan depresif duygudurumun bulunması (Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.) 2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir.) 3. Diyet yapmıyorken çok kilo verme veya kilo alma (ör; bir ay içerisinde beden ağırlığının %5'inden daha fazla değişiklik) ya da neredeyse her gün iştahta azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama dikkate alınmalıdır.) 4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma 5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (başkalarınca gözlemlenebilir; yalnızca öznel olarak hissedilen yerinde duramama ya da yavaşlama duygusu değildir.) 6. Neredeyse her gün yorgunluk ya da enerji azalması 7. Neredeyse her gün, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değildir.) 8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenen) 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özgül plan yapmaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürmek üzere özgül plan yapma B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz. Not: A'dan C'ye kadar olan tanı ölçütleri bir majör depresif dönemi temsil eder. Not: Önemli kayıp (Ör; yas, iflas, doğal afet sonrası kayıplar, önemli bir hastalık ya da engellilik) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen yoğun bir üzüntü duygusu, kayıpla ilgili ruminasyonlar, uykusuzluk, iştahta azalma ve kilo kaybı gibi depresif dönemi andırabilen belirtiler olabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılır ya da yaşanan kayba uygun bulunabilirse de önemli kayıp sonrasında ortaya çıkan normal tepkilere ek olarak bir majör depresif dönemin de olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykü ve kayıp ile ilgili ifade edilen acının kültürel ölçüleri klinik olarak değerlendirilerek verilir. D. Majör depresif dönem şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısallık bozukluk ya da şizofreni spektrum bozuklukları kapsamında diğer belirlenmiş ya da belirlenmemiş bozukluklar veya diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik dönem olmamıştır. Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (24).

2.4.5. Klinik ve Gidiş

Depresyon, günlük aktiviteler ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolması, yoğun mutsuzluk, umutsuzluk, suçluluk, değersizlik, yetersizlik gibi duygular ile kendini gösteren, bununla birlikte düşünce akışında, psikomotor alanda ve fizyolojik işlevlerde yavaşlamaya neden olan dikkat, hafıza ve yürütücü işlevler gibi bilişsel işlevleri sekteye uğratan, enerji azlığı, uyku sorunları ve olası intihar düşünceleri ile karakterize, kişinin işlevselliğinde belirgin bozulmaya neden olan bir sendromdur (48).

Depresyon dönemi belirtileri çoğunlukla yavaş başlangıçlıdır ve ilk belirtiler somatik yakınmalar, halsizlik, iştahsızlık gibi vejetatif bulgular olması nedeni ile genellikle ilk başvurunun diğer dahili tıp birimlerine olduğu tespit edilmiştir (48). MDB tekrarlama olasılığı yüksek olan bir bozukluktur. Tek atak geçiren hastalarda ikinci defa tekrarlama oranı %50-60, iki defa atak geçirenlerde üçüncü defa tekrarlama oranı %70, üç atak geçirenlerde dördüncü defa tekrarlama oranı %90 oranında olmaktadır ve bir sonraki tekrarlama oranı giderek artmaktadır (61).

MDB’de yinleme riskinin artıran faktörler; psikotik özellikli depresyon, sosyal fobi, anksiyete bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi ek tanıların olması, erken başlangıçlı depresyon, klinik seyrinde eşik altı belirtilerin sürmesi olarak sıralanabilir. Ayrıca yineleyici depresyonda bunaltı, kaygı, kişiler arası duyarlılık gibi kişilik özelliklerinin daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir (61, 62).

2.5.Siberkondria

İnternet, sağlık da dahil olmak üzere çeşitli konularda giderek daha önemli bir bilgi kaynağı haline gelmektedir. Avrupalıların yarısından fazlası internette sağlık bilgisi aramaktadır (63). Birleşik Krallık'ta ulusal istatistik kurumunca yapılan değerlendirmede, yetişkinlerin % 82'sinin (41.8 milyon) neredeyse her gün interneti kullandığı, 2007'den 2016'ya kadar çevrimiçi sağlık bilgisi arama oranının % 33'ten % 51'e yükseldiği bildirilmiştir (64). İnternet kullanıcılarının yaklaşık % 70'i için internet, sağlıkla ilgili bir soru olduğunda danıştıkları ilk kaynak haline gelmiştir (65). Sağlıkla ilgili soruların cevapları, anonim olarak ve çok düşük bir fiyatla, herhangi bir yerde ve herhangi bir zamanda sadece birkaç saniye içinde bulunabilir. Kullanıcıların en sık aradığı sağlık konuları şunlardır: spesifik hastalıklar ve sağlık sorunları (% 66), tıbbi tedaviler ve prosedürler (% 55), egzersiz ve diyet (% 52), sağlık çalışanları (% 47) ve ilaç (% 45) (66). Arama yapma olasılığı daha yüksek olan kadınlar (67), genç insanlar, yüksek eğitilmiş ve daha zengin insanlar (68) ve sağlığı daha kötü olan kişiler (69) olarak bulunmuştur.

Modern teknolojinin gelişmesi sosyokültürel faktörlerden etkilenen psikopatolojiyi son dönemlerde değiştirmiştir. Kitle iletişim araçlarının gelişmesi çeşitli anormal siber davranışlara ve siber psikopatolojilere neden olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bu patolojilerin doğrudan internetten kaynaklandığını öne sürmemek çok önemlidir. Çünkü siberkondria ve siberseks bağımlılarının internete sınırsız erişim kazanmadan önce sırasıyla aşırı sağlık kaygısı ve sorunlu cinsel davranışlar göstermedikleri henüz kanıtlanmamıştır. İnternet ve ilişkili teknolojilerin “iyi” ya da “kötü” olmadıklarını, daha çok çeşitli amaçlar için kullanılabilecek bir araç olduğunun altını çizmektedir (70).

Biyopsikososyal sağlık ve hastalık modelinin genişlemesi hakkındaki son öneri, internetin tıbbi kararlar üzerindeki etkisinin önemini yansıtmaktadır (71). ABD ve Avustralya'dan bir grup yazar, sağlığa ve hastalığa katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin yanı sıra, modelin yukarıda belirtilen tüm faktörleri de etkileyebilecek dijital faktörü içermesi gerektiğini önermiştir (72). Modelin genişletilmesi, sağlık çalışanlarının eğitiminde, hasta sağlığı davranışlarının anlaşılmasında ve tıbbi politikaların oluşturulmasında dijitalleşmenin rolü hakkında bilgi sahibi olmalarını da sağlamalıdır (71).

İnternette sağlık bilgilerinin bulunmasının birçok faydası vardır. İnternette mevcut olan bilgileri kullanarak hastalar tedavilerinin bir parçası olarak ellerindeki seçeneklerin farkına varırlar, tıbbi personelden alınan bilgileri genişletir, gereksiz doktor randevularını azaltır ve son olarak anonim ve hızlı bir şekilde istenen bilgileri bulurlar (4).

İnternette sağlık bilgisi aramanın avantajları olmasına rağmen, uzmanlar potansiyel tehlikelere karşı uyarmaktadır. Bilginin kolay erişilebilirliğinin olumsuz yönü, bilgilerin kalitesinin düşüklüğü ve içeriğı değerlendiren kullanıcıların düşük tıbbi okuryazarlığıdır (4). Bir çalışma, çocukların sağlığıyla ilgili 500 sayfanın sadece % 39'unun doğru ve güvenilir bilgi sunduğunu göstermiştir (73). Sağlık hakkında yararlı, doğru ve güvenilir bilgi sunan sayfalara dikkat çekmek için, HONcode kalite sertifikası geliştirilmiştir. Akredite olan siteler arama sonuçlarında üst sıralarda yer almakta ve güvenilir bilgiye ulaşımı kolaylaştırmaktadır.

Arama motorlarının sağlık ilişkili kullanımı sırasında daha nadir, kötücül ve tehlikeli olan sonuçlar kullanıcılar tarafından önemsenmektedir. Yapılan bir çalışmada “göğüs ağrısı” belirtisi için çevrimiçi bir arama yapıldığında, ilk sırada görüntülenen sonuçlar arasında kardiyak arrest %37 oranından görülmektedir. Klinik

bilgiler doğrultusunda ise bu oranının sadece % 10 olduğu bilinmektedir (6). Tıp eğitimi olmayan kişileri karmaşık tıbbi terminoloji ve tıbbi durum açıklamalarına maruz bırakmak, kendi kendine teşhis ve tedavi olasılığının artmasına neden olabilir (74). Kendi kendine teşhis genellikle kişinin sağlığı için aşırı endişe gelişimine başka bir deyişle siberkondria gelişimine yol açabilmektedir (6).

Sözcük anlamı olarak “siberkondria” (cyberchondria) terimi “siber” (cyber) ve “hipokondriazis” (hypochondriasis) kelimelerinden türetilmiştir. Siberkondria kavramı, çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaların kaygı artırıcı etkilerine atıfta bulunmaktadır. Terimin kökeni göz önüne alındığında (yani, dijital çağda hipokondriya karşılığı olarak), siberkondria anormal bir davranış örüntüsü ve duygusal duruma işaret eder. Başka bir deyişle, siberkondria sadece modern yaşamın normal bir parçası haline gelen internette sağlıkla ilgili bilgi arama eğilimi değildir (75).

Siberkondria ile ilgili birçok tanım önerilmiş olup hepsi de sağlıkla ilgili bilgi ve sağlıkla ilgili kaygı için aşırı veya tekrarlanan çevrimiçi aramaları içermektedir (7).

Tablo 4: Siberkondria tanımları (76)

<i>Referanslar</i>	<i>Tanım</i>
Belling, 2006 (77)	“İnternet tabanlı bilgiye maru kalmaktan dolayı artan sağlık kaygısı”
Harding ve ark., 2008 (78)	“Çevrimiçi sağlık aramalarından kaynaklanan aşırı sağlık kaygısı”
White ve Horvitz, 2009 (6)	“İnternetteki arama sonuçlarının ve literatürün gözden geçirilmesi sonucunda genel semptomlarla alakalı kaygıların gereksiz yere artması ”
Recupero, 2010 (79)	“Sağlık ve tıbbi bilgileri araştırmak için interneti kullanan tüketiciler tarafından sağlıkla ilgili korkuların artması”
Fergus, 2013 (10)	“İnternette tıbbi bilgi arama, sağlık kaygısının alevlenmesi ile ilişkilidir.”
Starcevic ve Berle, 2013 (7)	“Sağlıkla ilgili anksiyete veya endişeden kaynaklanan, internette aşırı veya tekrarlayan bir şekilde sağlıkla ilgili bilgi arama sonucu anksiyete veya endişenin artması”
Aiken ve Kirwan, 2014 (80)	“Sağlıkla ilgili çevrimiçi aramadan kaynaklanan endişe.”
McElroy ve Shevlin, 2014 (12)	“Çevrimiçi sağlık bilgilerinin aşırı gözden geçirilmesinin bir sonucu olarak, kişinin kendi sağlık durumu hakkında endişe artışı.”

Ülkemizde, 2018 yılında Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisi olan 874 katılımcı ile yapılan çalışmada %14,2'sinin internet üzerinden sağlık bilgisi aradığı, %25'inin ise haftada bir veya daha fazla kez sağlık bilgisi araması yaptığı görülmüştür. Ayrıca sağlık sorunu olan öğrencilerin siberkondria puanları ve sağlık profesyonellerine güvensizlik oranları daha yüksek bulunmuştur (81).

Yine ülkemizde 2018'de, 173 kişi ile çevrimiçi yapılan çalışmada internetten okuduğu bilgilerle kendi sağlığını takip edebileceğini düşünen bireylerin oranı %13,8 olarak gösterilmiştir. Ayrıca bir hastane veya hekim başvurusundan önce %85,5'inin internetten arama yaptığı, %12,1'inin ise bu aramalar sonucu kendisine tanı koyup tedavi başladığı ve %68,2'sinin hekimin önerdiği ilaç ve tedaviye başlamadan önce bunları internetten araştırdığı bildirilmiştir. Dikkat çekici olarak %34,1'i çevrimiçi sağlık bilgisi aramanın aile ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (82).

2.5.1. Tarihçe

“Siberkondria” terimini kimin ortaya attığı veya ilk ne zaman kullanıldığı kesin olmamakla birlikte, ilk olarak 1996 yılında Business Wire şirketinin haber servisindeki bir haber makalesinde geçmiştir (83). Sonraki birkaç yıl boyunca Sunday Times, BBC, The Independent ve Wall Street Journal gibi çeşitli popüler yayın organlarında yer verilmiştir. Terimin halktan bilimsel alana geçmesi uzun sürmemiş ve 2000 yılında ilk kez Avustralya Tıp Dergisi'nde yayınlanan bir makalede kullanılmıştır (83). Günümüzde, Google Akademik arama motorunda ingilizce siberkondria teriminden bahseden binden fazla dergi makalesi bulunmaktadır (71). Bazı yazarlar tarafından siberkondrianın neredeyse resmi bir tanı haline geldiğini düşünülürken, henüz “Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı”nda (DSM) geçen resmi bir tanı değildir (77).

2.5.2. Siberkondria Modeli

Çevrimiçi sağlık bilgisi arayanlar arasında küçük bir bölümü daha endişeli veya sıkıntılı hale gelir ve bu faaliyet için planlanandan daha fazla zaman harcamaktadır. Siberkondria olarak bilinen bu örüntü, artan sağlık kaygısı düzeyleriyle ilişkili sağlık bilgileri için tekrarlanan çevrimiçi aramalar olarak tanımlanmıştır (75). Bazı araştırmacılar tarafından önerilen siberkondria modeline göre, internette sağlık hakkında bilgi aramak iki sonuca yol açabilir; birincisi kişi semptomlarının iyi huylu olduğuna karar verdiğinde anksiyetede geçici bir azalma olur, ikinci durumda ise internette karşılaştıkları korkutucu bilgilerden dolayı endişe artışına neden olmaktadır (7).

Araştırmalar, internette arama yapmanın kaygının hem azalmasına hem de artmasına neden olabileceğini doğrulamaktadır (6). Kaygının azalması güvence aramanın klasik bir şeklidir. Bu durumda arama kaygının artmasına değil, azalmaya yol açtığından, yazarlar bunun siberkondria olarak kabul edilemeyeceği sonucuna varmışlardır. İkinci durumda, anksiyete artışı meydana geldiğinde, kişi interneti bu amaçla kullanmayı bırakabilir (71). Ancak kişi, aramaya bağlı olarak anksiyetede en azından ara sıra bir artışa rağmen, bu davranışla devam ederse, siberkondria oluşabilmektedir. Bunun nedenleri arasında kullanıcıların ciddi bir tanı ile karşılaştıktan sonra aramaya devam etmesi mümkündür, çünkü aramanın devam etmesinin semptomları için daha olası ve daha az ciddi bir açıklamaya yol açabileceğini ve böylece onları sakinleştirebileceğini ümit etmektedirler. Diğer bir neden kullanıcıların semptomları için mükemmel ve tamamen doğru bir açıklama bulma ihtiyacını hissetmeleridir ve bu çok miktarda bilginin incelenmesini gerektirir. İnternette bulunan belirsiz ve karmaşık bilgiler bir belirsizlik hissi yaratır ve

kullanıcılar belirsizliği tolere etmekte zorlandıklarından, bu belirsizliği azaltmak için aramaya devam etmektedirler. Son olarak, bu tür insanların belirli bir internet kaynağının güvenilir olup olmadığını tespit etmekte zorluk çektiği ve bu durumun aramaya devam etmesine yol açtığı varsayılmaktadır (10, 84, 85).

Son dönemde kabul gören siberkondria modelinde ise herhangi bir araştırmayı izleyen geçici rahatlama, uzun vadede bu işlevsiz davranışı koruyabilmektedir. Araştırmalar, sağlık kaygısı yüksek olan kişilerin araştırmayı, bazı bilgilerin yanlış olduğunu veya uzman olmayan kişiler tarafından sağlandığını bilmelerine rağmen, rahatlamaya yol açan bir tür problem çözme olarak gördüğünü doğrulamaktadır (86).

Tüm varsayımları henüz kesin ampirik teyit almamış olsa da, ilk olarak, siberkondria fenomeninin, ayrıntılı olarak araştırılan ve tedavide uygulanabilir olan mevcut bilişsel-davranışsal sağlık kaygısı modeline entegrasyonunu sağlamaktadır (87) . İkinci olarak, model siberkondriaları, internette sağlıkla ilgili bilgi aramaya bağlı diğer davranışlardan ve sonuçlardan açıkça ayırır ve bu da araştırmada kesin olarak müdahale edilebilir olmasını kolaylaştırır (71). Son olarak, modelin doğru olup olmadığını anlamak ve siberkondria anlayışını geliştirmeye yönelik çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.5.3. Siberkondria ve Sağlık Kaygısı

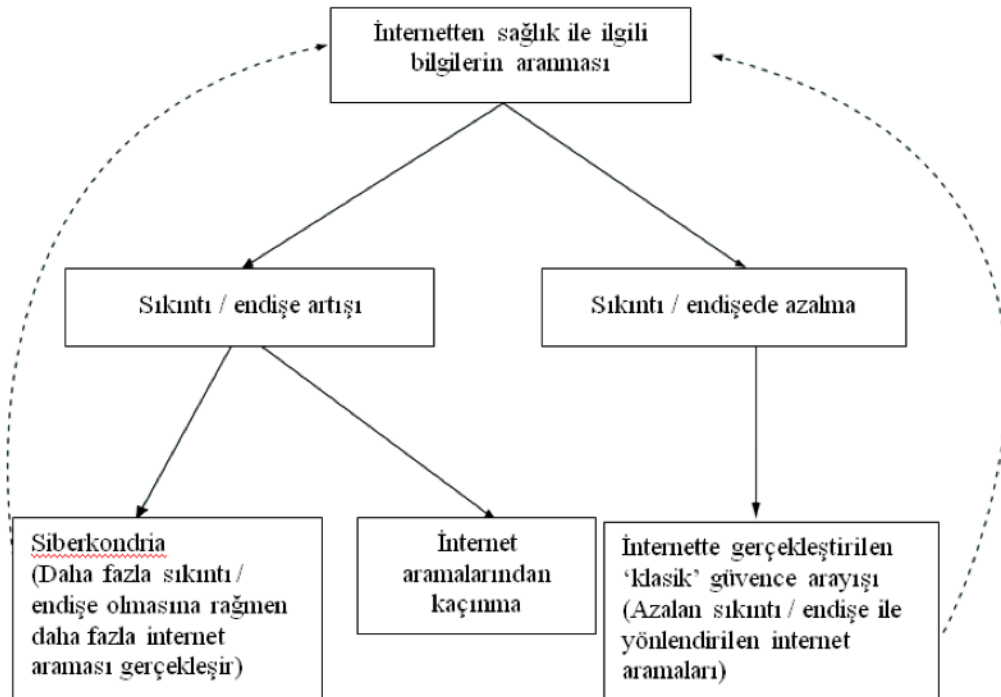
Genellikle siberkondria ile sağlık kaygısı veya hipokondriyazis arasında arasında güçlü bir ilişki olduğu varsayılır. Sonuçta, “siberkondria” terimi doğrudan hipokondriyaziden türetilmektedir (76). Hipokondriazis terimi artık kullanılmamasına karşın, bir terim olarak siberkondria hayatta kalıyor gibi

görünmekte ve belki de iletişimi kolaylaştırmak için araştırmacılar ve klinisyenler tarafından kullanılmaya devam etmektedir (76). Siberkondrianın sağlık kaygısı bağlamında tanımlandığı düşünüldüğünde, birçok çalışmanın siberkondria ve sağlık kaygısı arasında orta ve güçlü bir ilişki bildirmesi olağandır (9, 13). Bununla birlikte siberkondriaya obsesif kompulsif belirtilerin eşlik etmesi ve bazı çalışmalarda temelde belirgin farklı yapıları olduğu saptanmıştır (9).

Yapılan bir meta-analizde sağlık kaygısı ile çevrimiçi sağlık bilgi araştırması ve siberkondria arasındaki ilişkiyi araştıran yirmi çalışma incelenmiştir ve sağlık kaygısı ile çevrimiçi sağlık bilgi arayışı arasında orta büyüklükte pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu pozitif ilişkiye rağmen çalışmalarda bu ilişkinin gücünde önemli bir değişkenlik göstermesi ve yaş, çalışma kalitesi ve karıştırıcı değişkenler gibi heterojen etkenlerin olması tartışmalı bulunmuştur (88). Ayrıca aynı çalışmada sağlık kaygısı ile siberkondria ölçümleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki, sağlık kaygısı ile çevrimiçi sağlık bilgisi araştırması arasındaki ilişkiden daha güçlü görünmektedir, bu da çoğu insan çevrimiçi sağlık bilgisi ararken, sağlık kaygısı olan kişilerin özellikle bu tür aramalardan elde edilen sonuçlardan daha fazla etkileneceğini düşündürmektedir (88). Sağlıkla ilgili bilgileri tekrar tekrar çevrimiçi arayarak kişinin sağlığı hakkında güvence arama girişimlerinin, sağlık kaygısını devam ettireceğini göstermektedir. Bununla birlikte, bir yandan sağlık kaygısı belirtileri ile diğer yandan çevrimiçi sağlık bilgi arama ve siberkondria arasındaki kusurlu ilişkiler, ikinci davranışların patolojik sağlık kaygısından bir şekilde bağımsız olma olasılığını doğurmaktadır (88). Sağlık kaygısı ve siberkondria ile ilgili olarak, bunların hem ilişkili hem de farklı oldukları gösterilmiştir (9, 13). Yaşlı katılımcılarla yapılan çalışmalar, sağlık kaygısı ve siberkondria arasında daha güçlü bir ilişki bulmuştur (88).

Bilişsel-davranışsal sağlık kaygısı modeline göre (89), sağlıkla ilgili genel işlevsiz inançlar, tehdit edici olmayan semptomların ciddi bir sağlık tehdidi olarak yanlış değerlendirilmesi sağlık kaygısını ve güvenli bir yol olarak azaltma girişimlerini doğurabilmektedir (90). Bilişsel-davranışsal model çerçevesinde sağlık kaygısı, bir güvenlik arama davranışı biçimi olarak siberkondriaya yol açabilir (91). Bu nedenle, artan sıkıntı ve sağlık konusunda endişe duyan bireyler, güvence ve psikolojik rahatlık kazanmak için internette sağlıkla ilgili bilgileri yoğun ve tekrar tekrar arayabilir (84). Bununla birlikte, bu şekilde sağlanan güvence muhtemelen geçicidir, bu nedenle bireyi, aslında hastalık korkusunu artırabilecek tıbbi bilgi aramaya yönlendirdiği düşünülmektedir (92).

Şekil 1: Sağlık kaygısı yüksek olan bireylerde internette sağlıkla ilgili bilgi arama (7)



2.5.4. Siberkondria ve Obsesif-Kompulsif Semptomlar

Siberkondrianın önemli özelliklerden biri çevrimiçi arama davranışının anksiyeteyi kısa süreli rahatlatma sonrasında tekrar artırması ve tekrarlayıcı tarzda arama davranışını içermesidir. Bu durum obsesif kompulsif bozuklukluk ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif semptomların da siberkondria ile ilişkili olduğunu ileri sürülmüştür (7). Diğer çalışmalar da bu iddiayı, siberkondria ile obsesif kompulsif semptomlar arasında orta düzeyde korelasyon gösteren sonuçlarla desteklemiştir (9, 91, 93). Siberkondria ve obsesif kompulsif semptomlar arasındaki korelasyonların gücü, siberkondria bileşenine ve bu semptomlarının türüne bağlı olarak değişmektedir. Düşünce boyutunda olan obsesyonlar simetriye göre daha güçlü korelasyon göstermiştir (9, 94).

İyi huylu semptomları kötü yorumlayan, ciddi hastalıklardan korkan ve sağlıkla ilgili güvenceye ulaşmak için obsesif düşüncelere sahip bireyler siberkondriaya eğilim gösterebilirler (91, 95).

Obsesif kompulsif semptomları olan bireyler, müdahaleci ve istenmeyen düşüncelerin şiddetini azaltmak ve beklenen hastalıkları önlemeye çalışmak için aşırı derecede tıbbi içerik arayacaktır (11). Bu tür davranışlar, bir güvenlik ve kontrol hissini geri kazanmak için sağlıkla ilgili verileri rahatlattığı iddia edilen girişimler olarak yorumlanabilir (9, 95).

Son dönemde yapılan bir network analizinde siberkondrianın obsesif kompulsif semptomlar ve belirsizlik intoleransı ile ilişkisi zayıfken, anksiyete ve depresyon siberkondria ile minimal düzeyde ilişkili bulunmuştur (96). Bu bulgular

somatik semptomların, obsesif kompulsif semptomların ve belirsizlik intoleransının siberkondria ile dolaylı bağlara sahip olabileceğini düşündürmektedir (96).

Hem sağlık kaygısı hem de obsesif kompulsif semptomlar kronik kontrol bozuklukları olarak adlandırılabilir (85). Bu durum esas olarak belirsizlik ve belirsizlikle başa çıkmanın zorluklarını ifade eder (97). Bazı yazarlar, sağlık kaygısı ve obsesif kompulsif semptomların, müdahaleci düşünceler, tekrarlayan ve amaçlı davranışların ortak örüntüsünden kaynaklandığını ve geniş bir obsesif kompulsif bozukluk spektrumuna ait olduğunu iddia etmektedir (90, 98). Ancak diğerleri, obsesif düşünceleri ve bunların ortaya çıkması üzerine davranışsal tepkileri değerlendirmedeki farklılıklar nedeniyle iki yapının farklı olduğunu göstermiştir (99, 100). Sıklıkla, sağlık anksiyetesi yüksek kişiler kendini güvence altına almak veya varsayılan hastalığı iyileştirmek için hekime başvururlar. Aksine, obsesif kompulsif semptomlar genellikle asılsız ve anlamsız olarak algılandığından hekime başvurulmaz (99). Siberkondri üzerine yapılan son araştırmalar, sağlık kaygısı, obsesif kompulsif semptomlar ve siberkondri arasında orta ila nispeten yüksek korelasyonlar olduğunu göstermiştir, ancak bu yapılar arasında hala önemli ölçüde örtüşmeyen varyans bulunmaktadır (9, 13, 95).

2.5.5. Siberkondria ve Depresif Semptomlar

Depresif belirtilerden en çok siberkondria ile ilişkilendirileni benlik saygısında azalmadır. Benlik saygısı, benlik değerinin değerlendirilmesi olarak tanımlanır (101). Benlik saygısı düşük olan bireyler benlik hakkında olumsuz inançlar taşırlar, yani kendilerini daha az çekici, beceriksiz, donuk ve diğerlerinden daha az değerli olarak algırlar. Benlik saygısı birçok psikopatoloji ile ilişkilidir

(102). Çeşitli çalışmalar benlik saygısının sağlık kaygısı ile yakın ilişkilerini göstermiştir (85, 103). Benlik saygısı düşük olan bireyler artan sağlık kaygısı yaşama eğilimindedir ve somatik semptomları gerçek ve ciddi fiziksel hastalıklarla karıştırırlar (103, 104). Benlik saygısı düşük olan bireyler, müdahaleci düşüncelerin katastrofik yorumları, abartılı sorumluluk duygusu ve zorlayıcı davranışlar gibi işlevsiz bilişler yaşarlar (105).

Depresif bozukluklarda olduğu gibi olumsuz inançları olan kişiler, çevrimiçi tıbbi arama davranışını, sağlıkla ilgili endişeleri ele almak için bir doktorla yüz yüze görüşmekten daha rahat bir yöntem olarak algırlar. Bir doktora ziyaret genellikle tanının eleştirel bir değerlendirmesini içerir ve benlik saygısı düşük olan insanlar için oldukça zorlayıcı görevler anlamına gelmektedir. Bu nedenle, benlik saygısı düşük olan bireylerin, sağlıkla ilgili içerik ve bilgi edinme yolu olarak interneti kullanma olasılığı daha yüksektir. Sonuç olarak, benlik saygısı düşük olan bireyler, internet kullanımını kontrol etme yeteneğinin azalmasıyla ifade edilen belirli bir problemli internet kullanımı yolu ile siberkondriaya duyarlı hale gelebilirler (91).

2.5.6. Siberkondria ve Problemli İnternet Kullanımı

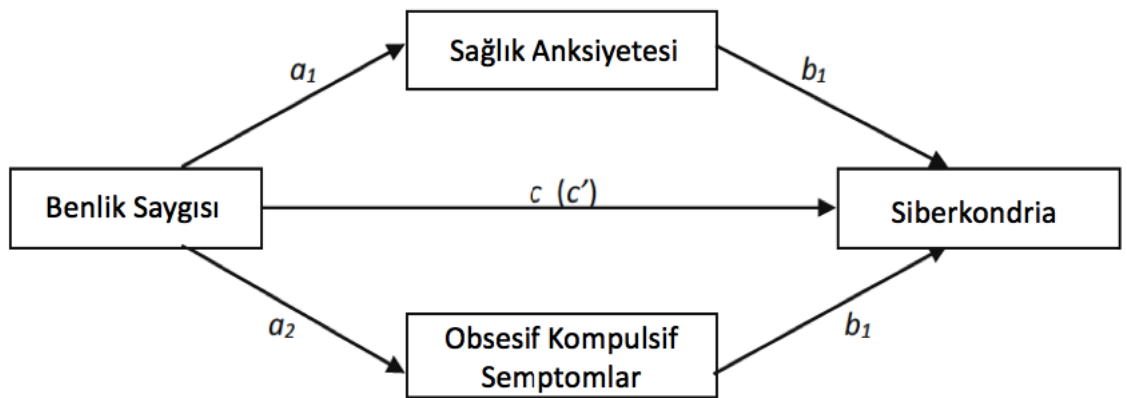
Problemli İnternet Kullanımı (PİK), “kişinin yaşamında psikolojik, sosyal, okul ve / veya iş alanlarında zorluklar yaratan İnternet kullanımı” olarak tanımlanmıştır (106).

Uyumsuz davranış biçimi olarak PİK ve internet bağımlılığı günlük işleyişte önemli bir sıkıntıya ve bozulmaya yol açabilmektedir (107-109). Siberkondria, zaman alıcı bir faaliyet, sağlıkla ilgili bilgiler için çevrimiçi aramalarla meşgul olma ve potansiyel olarak aramaların azaltılması ve hatta bunlar üzerinde kontrol kaybı

anlamına gelir (110). Bu, siberkondriyalı bireylerin günlük aktivitelerini ihmal etmesi, başkalarıyla çatışmaları ve iletişim bozukluğu ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile ilişkileri gibi varsayılan olumsuz sonuçları sorunlu internet kullanımına benzemektedir (12, 110). Sonuç olarak, siberkondrianın belirli bir sorunlu internet kullanımı olup olmadığını sorgulamak anlamsız değildir (96).

Yapılan bir çalışma, siberkondria düzeyi yüksek olan bireylerin diğer gruplara oranla daha fazla sorunlu internet kullanımı rapor ettiğini göstererek bu düşünceye destek sağlamıştır (91). Daha ileri araştırmalar siberkondria ve sorunlu internet kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (111). Bununla birlikte, bazı çalışmalar, siberkondria ve sorunlu internet kullanımının bir parçası olarak harcanan zaman arasındaki ilişkiye sağlık kaygısının aracılık edebileceğini, böylece daha yüksek sağlık kaygısının daha fazla internet kullanımı ile ilişkili olma eğiliminde olduğunu öne sürmüştür (84, 110).

Şekil 2: Siberkondria ve ilişkili faktörler (11)



2.5.7. Siberkondria, Anksiyete Duyarlılığı ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Anksiyete duyarlılığı (AD), hangi bireylerin siberkondria için yüksek risk altında olabileceğini anlamaya yardımcı olabilecek potansiyel bir risk faktörüdür (112). Genellikle “korku korkusu” olarak anılan AD, bireyin kaygıyla ilgili bedensel duyuları yaklaştırmakta olan tehlike veya zararın göstergesi olarak yorumlama eğilimini ifade eder. Örneğin, yüksek AD'li bir kişinin, artan kalp atış hızını, rahatsız edici olmaktan ziyade, beklemedeki bir kalp krizinin göstergesi olarak yorumlaması daha olasıdır. AD üç alt dereceden oluşmaktadır: Bilişsel kaygılar, fiziksel kaygılar ve sosyal kaygılar. Bilişsel kaygılar, bireyin bilişsel kontrolsüzlük hislerini bir tür zihinsel katastrofisinin göstergesi olarak yorumlama eğilimini ifade eder. Fiziksel kaygılar, bireyin fiziksel uyarılma hislerini tehlikeli veya zararlı olarak yorumlama eğilimini ifade eder. Toplumsal kaygılar, bireyin görünür kaygı nedeniyle olumsuz değerlendirilme korkusunu ifade eder. Araştırmalar, AD'nin panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk dahil bir dizi anksiyete bozukluğunun gelişiminde rol oynadığını göstermiştir (113-115).

2015 yılında 526 çevrimiçi sağlıklı gönüllü ile yapılan bir çalışmada anksiyete duyarlılığı ve siberkondria arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (112).

Siberkondri gelişimi için risk altında olan bireyleri anlamaya yardımcı olabilecek bir başka yapı, belirsizlik tahammülsüzlüğüdür (BT). BT, bireylerin ortaya çıkma ihtimaline bakılmaksızın, olumsuz bir olayın gerçekleşme olasılığını kabul edilemez ve tehdit edici olarak gördüğü bilişsel önyargı olarak kavramsallaştırılmaktadır (116). Mevcut literatür aynı zamanda BT yüksek sağlık kaygısının önemli bir yordayıcısı olarak bulmuştur (117, 118), son araştırmalar BT

ile çevrimiçi tıbbi bilgi arayışı arasında bir ilişki bulmuştur (10). Bu sonuçlar, siberkondria gelişiminde BT araştırmasının potansiyel önemini ortaya koymaktadır.

2.5.8. Siberkondria ve Halk Sağlığı İlişkisi

Siberkondria tanımı öncesinde yapılan çalışmalarda, hipokondriyazis ve sağlık kaygısının sürekli olarak yüksek düzeyde sıkıntı, sakatlık ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (119, 120). Bu ilişkinin bazı çalışmalarda psikiyatrik veya fiziksel komorbiditeler kontrol altına alındıktan sonra bile devam ettiği gösterilmiştir (121, 122). Norveç'te yapılan bir çalışmada sağlık kaygısının şiddetinden ziyade devamlılığının en az depresyon kadar hayat kalitesini düşürdüğü ve işlevsellikte bozulmaya neden olabileceği gösterilmiştir (123). Sağlık kaygısı yüksek olan kişilerin genellikle problemlerini psikolojik nedenlerden ziyade fiziksel olarak atfettikleri ve bu nedenle mental sağlık hizmetlerinden ziyade diğer tıbbi bölümlere başvurma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (124). 2016 yılında Avustralya'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada sağlık kaygısının bir insanlar ve toplum için önemli bir yük olduğu, sağlık kaygısı az olan kişilere oranla 1.6 kat daha fazla düzeyde hastane başvurusuna neden olduğu ve psikiyatri dışı bölümlere başvurunun önemli miktarda fazla olduğu saptanmıştır (125).

Siberkondrianın psikososyal işlevsellik üzerindeki etkisi önemli ancak nispeten az araştırılmış bir araştırma alanıdır (13). Daha önce yapılan araştırmalar, çevrimiçi tıbbi bilgi araştırmasının artmış depresyon ve işlevsellikte bozukluk ile ilişkili olduğunu ve siberkondrianın artan sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (6, 87, 126, 127).

2018 yılında 462 sağlıklı gönüllü ile internet üzerinden yapılan bir çalışmada sağlık kaygısının daha düşük yaşam kalitesi ile orta derecede ilişkili olduğu ve siberkondrianın ise işlevsellikte bozulma ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (13). Bu sonuçlar, siberkondrianın bir kişinin psikososyal işlevlerinde, sağlık kaygısının ötesinde önemli bozulmaya katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (13). İşlevsellikte bozulma ve yaşam kalitesi farklı kavramlardır, böylece birincisi günlük aktivitelere giremediğini gösterirken, ikincisi kişinin genel yaşam seviyesini ve çeşitli yaşam alanlarından memnuniyetini yansıtmaktadır (13). Sonuç olarak siberkondria hastalarının hayattan keyif aldığı, ancak işlevselliklerinin bozuk olabileceğini göstermektedir (13). Siberkondria alt faktörlerinin analizinde ise siberkondria bağlamında güvence arayışı puanları arttıkça, psikiyatri ve diğer bölümlere hastane başvurusunun anlamlı derecede arttığı saptanmıştır. Özellikle, psikiyatri dışı bölümlere başvuru daha fazla olmuştur. Aşırılık alt ölçeğinde ise psikiyatri başvurusu olumsuz bir şekilde ilişkili bulunmuş, böylece tekrarlanan internet aramalarıyla tıbbi bilgi aradığını bildiren bireylerin, ruhsal sağlık hizmetlerini daha az kullandığı bildirilmiştir (13). Bu sonuçlar ruhsal sorunu olan kişilerin yaşadıkları sorunla ilgili daha az iç görüye sahip oldukları ve sorunu gidermek için internetteki bilgilere, ruh sağlığı uzmanlarına kıyasla çok daha fazla güvendiklerini göstermektedir (13).

2.5.9. Siberkondria Önleme ve Tedavi

Siberkondriayı önleme veya etkilerini en aza indirme çabalarının etkili olabilmesi internet tabanlı bir davranış olması nedeniyle, bilgi teknolojisi uzmanları, arama motoru yapımcıları, internet sitesi tasarımcıları, sağlık hizmeti sağlayıcıları,

psikologlar, psikiyatristler, halk sağlığı uzmanları, arasında verimli bir işbirliği gerektirmektedir (76).

Önleyici teknik önlemler arasında kişinin çevrimiçi arama yaptığında aradığı semptomlar ve teşhisler arasındaki bağlantının gerçek olasılığına dayanan bilgilerle karşılaşmasının sağlanması yer almaktadır (6). İnternette açık, kesin, kanıta dayalı ve kullanıcı dostu sağlık bilgilerinin sunulması sağlanmalıdır (6). İnternet sitelerinin kalitesine göre sınıflandırılması oldukça zordur, çevrimiçi “sağlık bilgisi okuryazarlığı” sağlanarak kişilerin daha güvenli bilgi edinmesi sağlanarak siberkondrianın önlenebileceği düşünölmektedir (128).

Siberkondria için özel olarak herhangi bir tedavi geliştirilmemesine rağmen, siberkondrianın, göröndüğü bağlam dikkate alınmadan tek başına tedavi edilmemesi önerilmektedir (76). Siberkondria tedavisinde temel yaklaşım psikoeğitimdir. Her birey için tüm faktörleri tanımlayan dikkatli bir vaka formölasyonu gereklidir.

Sağlık kaygısı ve hipokondriyazis için ampirik olarak desteklenen en iyi tedavi, bozukluğu koruduğu düşünölen faktörleri hedefleyen bilişsel davranışçı terapidir (129). Tedavinin hedefleri arasında güvence arama ve kaçınma gibi güvenlik davranışları, semptomlar, sağlık ve hastalık hakkında çeşitli uyumsuz varsayımlar, inançlar, yanlış yorumlar ve hastalıkla ilgili iç ve dış uyaranlara seçici dikkat gösterilmesi bulunmaktadır. Maruz kalma ve yanıt önleme tekniği, sağlık kaygısı ve hipokondriyazisin (güvence arayışı gibi) davranışsal yönlerini ele almak için en yararlıdır, oysa bilişsel müdahaleler, sağlıkla ilgili belirli bilişlerin, bedensel duyumların yanlış yorumlanmasında ve aşırı tahmininde etkili olmuştur. Seçici dikkati hedeflemek için dikkat eğitimi kullanılmıştır (76).

Bu terapötik yaklaşımlardan bazıları siberkondria tedavisinde de kullanılabilir (76). Yönetimin genel hedefleri, internette aşırı ve gereksiz tıbbi bilgi arayışından kaçınmak ve aşırı endişe duymadan çevrimiçi sağlık aramaları yapabilmek olacaktır (76). Değiştirilmiş bir maruziyet ve yanıtı önleme görevi sırasında, hastalar bu bilgilere alışmaları için güvenilir internet sitelerinden giderek daha fazla endişe uyandıran sağlık bilgisine maruz kalabilirler. Böyle bir maruziyetin ardından hastalardan çevrimiçi sağlık aramalarını zamanla sınırlamaları istenecek, sadece güvenilir ve yetkili sitelere başvurmaları teşvik edilecektir. Hastalar, çevrimiçi sağlık aramaları yapma dürtüsü üzerinde bir dereceye kadar kontrol sahibi olduklarını ve çevrimiçi sağlık malzemeleriyle etkileşime girdiklerinde kendilerine daha fazla güven duyduklarını hissettiklerinde, gerekirse daha geniş aramalar yapmaya teşvik edilebilirler. Bunun mantığı, hastalara çevrimiçi sağlık bilgilerinin doğası gereği tehdit edici olmadığını ve bunları yönetmek için araçlar edinmiş olduklarını kendileri keşfetmeleri gerektiğini iletme (76).

2020 yılında yayınlanan bir çalışmada hastalık kaygısı bozukluğu ve bedensel belirti bozukluğu tanısı olan hastalara siberkondria şiddet ölçeği uygulanıp, internet tabanlı bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Tedavi sonrasında siberkondria şiddet ölçeği toplam puanlarında ve sıkıntı, kompulsiyon, aşırılık alt ölçeklerinde belirgin gerileme saptanmıştır (130).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

3.2.Araştırmanın Tipi

Kesitsel çalışma

3.3.Katılımcılar

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde takipli 18-65 yaş arası, DSM-5'e göre klinik görüşme ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk ve Majör Depresif Bozukluk tanısı konulan, ek majör psikiyatrik hastalığı olmayan, bilişsel işlevleri etkileyebilecek nörolojik hastalığı olmayan, en az ilkokul mezunu, internet kullanabilen kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta grubu Psikiyatri Anabilim Dalı'na ayaktan başvuran hastalardan, sağlıklı gönüllüler ise check-up polikliniğinden daha önce psikiyatrik tanı ve tedavisi olmayan ve internet kullanımı olan kişilerden oluşmaktadır.

Çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk tanılı, majör depresif bozukluk tanılı ve sağlıklı gönüllü olmak üzere 3 grup olarak değerlendirme yapılmıştır. Her bir grup için kişi sayısı 50 olduğunda hasta alınması kesilmiştir. Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin çalışmaya dahil edildiği tarihten itibaren son altı aylık dönemde hastane başvuru sayıları e-nabız sistemi üzerinde, hastaların yazılı

onamı alınarak tespit edilmiştir. Etik kurul onayı alınan 04.02.2020 tarihinden itibaren çalışmaya hasta dahil edilmeye başlanmıştır. Türkiye’de ilk Covid-19 vakasının görüldüğü tarih olan 11.03.2020 tarihinden sonra çalışmaya majör depresif bozukluk tanılı 14 hasta, anksiyete bozukluğu tanılı 2 hasta, sağlıklı gönüllü 16 kişi dahil edilmiştir. Devam eden pandemi nedeniyle hastane başvuru sayılarının etkilenebileceği düşünülerek, bu tarihten sonra dahil edilen hastaların son altı aylık hastane başvuru verileri 11.03.2020 tarihinden önceki altı ay baz alınarak e-nabız sistemi üzerinden değerlendirmeye alınmıştır. Hasta ve sağlıklı gönüllüler çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirip, yazılı onamları alınmıştır.

3.4.Etik Kurul Onayı

T.C. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan 2020-103 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.5.Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacıların kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.6.Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara, alkol ve madde kullanımı, sosyal güvence, gelir düzeyi, kronik hastalık, psikiyatrik hastalık süresi, psikiyatrik tedaviler ve psikiyatri yatış sayılarını içeren bir form kullanılmıştır.

Siberkondria Şiddeti Ölçeği

Siberkondria Şiddeti Ölçeği (SŞÖ), 2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından internette aşırı sağlık araştırması yapma ile karakterize, anksiyetenin bir şekli olarak tanımlanan siberkondriayı ölçmeye yönelik geliştirilmiş olan psikometrik bir ölçektir (12). SŞÖ 33 önermeden oluşan 5’li Likert tipinde (1-Asla, 2- Nadiren, 3- Ara sıra, 4-Sıklıkla, 5- Her zaman) ve 5 alt ölçekten oluşan bir ölçektir:

Faktör 1: Zorlantı (compulsion) (3.,6.,8.,12.,14.,17.,24.,25. sorular),

Faktör 2: Aşırı Kaygı (distress) (5.,7.,10.,20.,22.,23.,29.,31. sorular),

Faktör 3: Aşırılık (excessiveness) (1.,2.,11.,13.,18.,19.,21.,30. sorular),

Faktör 4: İçini Rahatlatma (reassurance) (4.,15.,16.,26.,27.,32. sorular),

Faktör 5: Doktora Güvensizlik (mistrust of medical professional) (9.,28.,33. sorular)

5. Faktörü oluşturan sorular ters puanlanmaktadır.

SŞÖ kategorik değil sürekli bir ölçektir. Kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanlar toplanarak kişinin toplam siberkondria puanı hesaplanmaktadır. Alınan puan ne kadar yüksekse siberkondria düzeyi de o kadar yüksek demektir. Selvi ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (131). Alt boyut cronbach alpha değerleri 0.64 ile 0.87 arasında

değişmektedir (12). Selvi ve ark.'nın çalışmasında ölçeğin toplam cronbach alpha değeri 0.91 olarak bulunmuştur (131).

2019 yılında doktora güvensizlik alt ölçeği kaldırılarak 12 maddeden oluşan Siberkondria Şiddeti Ölçeği (SŞÖ-12) geliştirilmiş olup güvenilir ve geçerli olarak kabul görmüştür (132). SŞÖ-12'nin Türkçe geçerliliği henüz bulunmamaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (Short Form-36 – SF-36)

Jenerik ölçeklerden olan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, 1988 yılında Ware ve arkadaşları

tarafından RAND Corporation bünyesinde geliştirilmiş olup hemen her yıl güncellenerek

bugünkü halini almıştır (133). Kocyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (134).

Hastaların kendi kendilerine ve kısa sürede uygulayabildikleri, sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini birlikte değerlendirme imkanı sunan ölçek; 36 madde ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, ağrı, enerji seviyesi / canlılık, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısıdır (135).

Ölçeğin değerlendirilmesinde son 4 hafta göz önünde bulundurulur . Ölçek, her bir alt boyut için ayrı ayrı toplam puan verir. Alt boyutlardan alınan puanlar toplanmaz. Alt boyutlar sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir. Kötü sağlık durumunu “0 puan” ifade ederken, iyi sağlık durumunu “100 puan” ifade etmektedir (136).

Beck Anksiyete Ölçeği

1988 yılında Beck tarafından öğrencilerin kaygı seviyelerinin ölçülmesi amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1993 yılında Ulusoy tarafından yapılmıştır (137).

21 maddeden oluşan ölçekte, 0-3 arasında değişen puanların verildiği Likert tipi değerlendirme aracıdır. Verilen yanıtların puanlanması; “hiç yanıtı için 0 puan”, “hafif düzeyde (beni pek etkilemedi) yanıtı için 1 puan”, “orta düzeyde (hoş değildi ama katlanabildim) için 2 puan” ve “ciddi düzeyde (dayanmakta çok zorlandım) yanıtı için 3 puan” verilerek yapılmaktadır.

Toplam puan hesaplanırken, ölçekte bulunan maddelere verilen yanıtlar toplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Testin toplam puanları şu şekilde yorumlanır; 0-7 minimal anksiyete, 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta anksiyete ve 26-63 şiddetli anksiyete şeklindedir.

Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Beck Depresyon Ölçeği depresyon tanısı koymak hem şiddetini ölçmek hem de tedaviye bağlı değişimleri takip etmek için kullanılmıştır. Ölçeğin 1989 yılında Hisli ve üniversite öğrencileri tarafından Türkçe’ye uyarlanması yapılmıştır (138).

21 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Maddelerde duygudurumu, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma durumu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin kitlenmesi, uyku bozuklukları,

yorgunluk, bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı yer almaktadır.

Ölçekte her madde 0-3 arası puanlanmaktadır. Her bir soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilerek, 0-63 arasında değişen skorlar elde edilir. Sonuçlar 0-9 hiç yok/minimal depresyon, 10-18 hafif depresyon, 19-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Versiyon

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği özellikle psikiyatrik ve bedensel hastalığı olan bireylerde sağlık anksiyetesini bilişsel ve duygusal açıdan değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Klinikte olduğu kadar klinik dışı gruplarda da kullanılabilir. Dörtlü Likert tipte tasarlanmıştır. 18 sorunun 14'ü güncel durumu sorgularken son 4 soruya daha ciddi bir hastalığa sahip oldukları varsayımıyla hareket ederek yanıt vermeleri istenmektedir. Ölçek Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002'de yine kendisi tarafından geliştirilen uzun formundan kısaltılarak geliştirilmiştir (8). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Karaer ve arkadaşları ve de Aydemir ve arkadaşları tarafından iki ayrı çalışma halinde yapılmıştır (139, 140).

Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.918 olarak bulunmuştur. Test-retest arasındaki bağıntı çalışmasında ise $r=0.572$ ($p<0.0001$) olarak elde edilmiştir. Geçerlilik çalışmasında ise birlikte geçerlilik modeli uygulanmış ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği kullanılarak geçerliliği ispatlanmıştır. Çalışmalarda da orijinal formda da bildirilen bir kesme puanı yoktur. Ölçek her bir maddeye verilen cevabın aritmetik toplamıyla değerlendirilir.

Karşılaştırmalı gruplarda kullanımı önerilmektedir ve yüksek puan yüksek kaygı düzeyini göstermektedir.

Young İnternet Bağımlılığı Testi -Kısa Formu

Young (141) tarafından geliştirilen ve Pawlikowski ve arkadaşları (142) tarafından kısa forma dönüştürülen ölçek, 12 maddeden oluşmakta olup beşli Likert (1=Hiçbir zaman, 5=Çok sık) tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır. Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2016 yılında yapılmıştır (143). Ölçekte tersten puanlanılan madde yoktur. Ölçekten alınan yüksek puanlar internet bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

E-Nabız Sistemi

1 Ocak 2015 yılında Türkiye’de Sağlık Reformu kapsamında; T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Telekom İş Birimi tarafından “Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi” olarak bu uygulama geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur.

E-Nabız Sistemi genel tanımı itibari ile Türkiye vatandaşı olan bireylerin yine Türkiye’de sistemin geliştirildiği 2015 yılı ve sonrası tüm sağlık kuruluşu ziyaretleri ve bu ziyaretlerde uygulanan tüm tetkik ve tedavilerini görüntüleyebileceği sistemdir. Sağlık personelleri ile iletişime geçebileceği internet üzerinden veya akıllı telefonlar için geliştirilen mobil e-Nabız yardımı ile sağlık verilerine ulaşılabilen kişisel sağlık kayıt sistemidir.

3.7.İstatistik Analizler

İstatistik değerlendirmeler SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde, verilerin analizinde normal dağılım gösteren bağımlı değişkenler için parametrik analizler analiz yöntemleri, örnekleme oluşturan gruplarda yer alan kişi sayısı 30'un altında olduğunda ise nonparametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), T-Testi, Mann Whitney U, Kruskall Wallis ve Ki-Kare, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde anksiyete bozukluğu olan 50 kişi, majör depresif bozukluğu olan 50 kişi ile 50 sağlıklı kişiye uygulanan siberkondria, yaşam kalitesi, sağlık anksiyetesi, internet bağımlılığı, anksiyete ve depresyon ölçeklerinin değerlendirmesine ilişkin sonuçlar verilecektir. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 5’de gösterilmiştir. Gruplar arasında yaş ($F_{(2-149)}=0.212$, $p=.809$), eğitim düzeyi ($X^2=3.504$, $p=.477$) ve cinsiyet ($X^2=1.287$, $p=.526$) açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 5. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Anksiyete Bozukluğu (N=50)		Majör Depresif Bozukluk (N=50)		Sağlıklı Kontrol (N=50)	
	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet						
Kadın	33	66	37	74	32	64
Erkek	17	34	13	26	18	36
Medeni Durum						
Bekar	23	46	25	50	20	40
Evli	26	52	23	46	27	54
Dul	1	2	0	0	0	0
Ayrılmış	0	0	2	4	3	6
Eğitim Durumu						
İlköğretim	9	18	5	10	9	18
Lise	20	40	16	32	15	30
Üniversite	21	42	29	58	26	52
Çalışma Durumu						

Öğrenci	17	34	15	30	3	6
Ev Hanımı	15	30	11	22	2	4
Memur	6	12	6	12	28	56
Özel Sektör	8	16	10	20	5	10
Diğer	4	8	8	16	12	24
Sosyal Güvencesi						
SGK	49	98	47	94	48	96
Yeşil Kart	0	0	1	2	0	0
Özel Sigorta	1	2	0	0	0	0
Yok	0	0	2	4	2	4
Gelir Düzeyi						
Yok	18	36	14	28	2	4
Asgari Ücret Altı	4	8	6	12	2	4
Asgari Ücret Üstü	19	38	25	50	33	66
Asgari Ücret	9	18	5	10	13	26
	Ort.	s.d.	Ort.	s.d.	Ort.	s.d.
Yaş	32.24	11.42	31.50	10.88	32.86	8.92

Örneklem gruplarına ait hastalık özellikleri Tablo 6’da gösterilmiştir. Hasta gruplarında, hastalık süresi ($X^2=0.328$, $p=.567$) ve psikiyatri başvuru sayısı ($X^2=0.328$, $p=.567$) açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Diğer bölümlere başvuru sayısı açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F_{(2-149)}=18.087$, $p<.001$). Ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey Testi sonucuna göre, anksiyete bozukluğu olan kişiler (Ort.=7.54±5.34), hem majör depresif bozukluğu olan (Ort.=5.22±3.10) hem de sağlıklı kontrol grubundaki (Ort.=3.06±1.87) kişilerden anlamlı olarak daha fazla hastanenin psikiyatri dışındaki bölümlerine başvurmuşlardır. Benzer şekilde, majör

depresif bozukluğu olan kişiler de (Ort.=5.22±3.10) sağlıklı kontrol grubundaki (Ort.=3.06±1.87) kişilerden anlamlı olarak daha fazla hastanenin psikiyatri dışındaki bölümlerine başvurmuşlardır.

Tablo 6: Örneklemi Oluşturan Grupların Hastalık Özellikleri

Değişkenler	Anksiyete Bozukluğu (N=50)		Majör Depresif Bozukluk (N=50)		Sağlıklı Kontrol (N=50)	
	N	%	N	%	N	%
Ek Hastalık						
HT	5	10	3	6	3	6
Diyabet	1	2	1	2	2	4
Kalp Hastalığı	2	4	1	2	3	6
Akciğer Hastalığı	0	0	1	2	2	4
Yok	42	84	44	88	40	80
Sigara						
Kullanan	13	26	19	38	18	36
Kullanmayan	37	74	31	62	32	64
Alkol						
Kullanan	8	16	15	30	11	22
Kullanmayan	42	84	35	70	39	78
Madde						
Kullanan	0	0	0	0	0	0
Kullanmayan	50	100	50	100	50	100
Psikiyatrik Tedavi						
SSRI	40	80	35	70	0	0
SNRI	2	4	7	14	0	0

Anitpsikotik	0	0	1	2	0	0
Terapi	4	8	1	2	0	0
Yok	0	0	0	0	50	100
SSRI+Antipsikotik	2	4	4	8	0	0
SSRI+Terapi	1	2	2	4	0	0
SNRI+Terapi	1	2	0	0	0	0
Psikiyatri Yatışı						
Yok	50	100	48	96	50	100
Var	0	0	2	4	0	0
	Ort.	s.d.	Ort.	s.d.	Ort.	s.d.
Hastalık Süresi (Ay)	34.78	33.47	37.36	39.90	0	0
Psikiyatri Başvuru Sayısı	2.50	1.74	2.54	1.53	0	0
Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı	7.54	5.34	5.22	3.10	3.06	1.87

Hasta grubunda yer alanların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanlarına göre dağılımları incelenmiştir (Tablo 7). Gruplar arasında ölçek puanları açısından fark olup olmadığına da bakılmıştır. Buna göre gruplar arasında, Beck Anksiyete ($t=1.010$, $p=.315$) puanları açısından anlamlı bir fark yokken, Beck Depresyon puanları açısından anlamlı bir fark vardır ($t=-4.450$, $p<.001$). Beklenildiği üzere majör depresif bozukluğu olanlar ($\text{Ort.}=26.02\pm10.43$), anksiyete bozukluğu olanlardan ($\text{Ort.}=17.56\pm8.48$) anlamlı olarak daha fazla Beck Depresyon puanına sahiptirler.

Tablo 7: Hasta Grubunda Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı

Ölçekler	Anksiyete Bozukluğu (N=50)		Majör Depresif Bozukluk (N=50)	
	N	%	N	%
Beck Anksiyete Ölçeği				
Minimal	8	16	6	12
Hafif	7	14	11	22
Orta	9	18	18	36
Şiddetli	26	52	15	30
Beck Depresyon Ölçeği				
Hiç Yok/Minimal	9	18	1	2
Hafif	21	42	9	18
Orta	15	30	24	48
Şiddetli	5	10	16	32

Örnekleme oluşturan her bir grubun Siberkondria Şiddet Ölçeği (SŞÖ) toplam puan ortalamaları hesaplanmıştır. Anksiyete bozukluğu olan hastaların SŞÖ toplam puan ortalaması 75.68, majör depresif bozukluğu olan hastaların SŞÖ toplam puan ortalaması 75.80 ve sağlıklı kontrol grubundaki kişilerin SŞÖ toplam puan ortalaması 67.20'dir.

Örnekleme oluşturan gruplar arasında uygulanan ölçek puanları açısından fark olup olmadığına bakılmış ve sonuçlar Tablo 8'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında, SŞÖ-Aşırı Kaygı alt ölçek ($F_{(2-149)}=7.357$, $p<.01$), SAÖ (Sağlık Anksiyetesi Ölçeği) toplam ($F_{(2-149)}=16.869$, $p<.001$), YİBT (Young İnternet Bağımlılığı Testi) toplam ($F_{(2-149)}=3.694$, $p<.05$), SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçek ($F_{(2-149)}=10.465$, $p<.001$), SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçek

($F_{(2-149)}=15.336$, $p<.001$), SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek ($F_{(2-149)}=18.183$, $p<.001$), SF-36 Ruhsal Sağlık alt ölçek ($F_{(2-149)}=20.377$, $p<.001$), SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçek ($F_{(2-149)}=3.871$, $p<.05$), SF-36 Ağrı alt ölçek ($F_{(2-149)}=6.441$, $p<.01$) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek ($F_{(2-149)}=5.424$, $p<.01$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını belirlemek için Tukey testi yapılmıştır. Sonuçta, anksiyete bozukluğu olan kişiler (Ort.=20.70±2.50), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=15.30±5.51) anlamlı olarak daha yüksek SŞÖ-Aşırı Kaygı alt ölçek puanı almışlardır. Sağlıklı kontrol grubundakiler (Ort.=11.38±5.56), hem anksiyete bozukluğu olan (Ort.=18.88±7.14) hem de majör depresif bozukluğu olan (Ort.=17.90±8.12) hastalardan anlamlı olarak daha düşük SAÖ toplam puanına sahiptirler. Majör depresif bozukluk hastaları (Ort.=25.88±8.22), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=21.66±6.83) anlamlı olarak daha fazla YİBT toplam puanı almışlardır. Sağlıklı kontrol grubundakiler (Ort.=75.5±31.34), hem anksiyete bozukluğu olan (Ort.=48±36.71) hem de majör depresif bozukluğu olan (Ort.=46±39.56) hastalardan anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçek puanına sahiptirler. Benzer şekilde, sağlıklı kontrol grubundakiler (Ort.=72.71±36.60), hem anksiyete bozukluğu olan (Ort.=37.48±39.40) hem de majör depresif bozukluğu olan (Ort.=33.33±40.96) hastalardan anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçek puanı almışlardır. Yine, sağlıklı kontrol grubundakiler (Ort.=53.60±20.65), hem anksiyete bozukluğu olan (Ort.=38.40±18.36) hem de majör depresif bozukluğu olan (Ort.=29.30±21.90) hastalardan anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek puanına sahiptirler. Sağlıklı kontrol grubundakiler (Ort.=63.12±18.75), hem anksiyete bozukluğu olan (Ort.=50.96±14.44) hem de majör depresif bozukluğu olan

(Ort.=38.56±22.81) hastalardan, anksiyete bozukluğu olan hastalar da(Ort.=50.96±14.44) majör depresif bozukluğu olan (Ort.=38.56±22.81) hastalardan anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Ruhsal Sağlık alt ölçek puanı almışlardır. Majör depresif bozukluğu olan hastalar (Ort.=54.25±27.04), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=60.58±26.57) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçek puanına sahiptirler. Sağlıklı kontrol grubundakiler (Ort.=72.60±24.54), hem anksiyete bozukluğu olan (Ort.=57.15±21.45) hem de majör depresif bozukluğu olan (Ort.=58.95±24.50) hastalardan anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Ağrı alt test puanı almışlardır. Aynı şekilde, sağlıklı kontrol grubundakiler (Ort.=60.60±19.10), hem anksiyete bozukluğu olan (Ort.=50±16.93) hem de majör depresif bozukluğu olan (Ort.=49.80±20.10) hastalardan anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test puanına sahiptirler.

Tablo 8: Örneklemi Oluşturan Gruplar Arasında Uygulanan Ölçek Puanların Karşılaştırılması

Ölçekler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
SŞÖ-Zorlantı	Gruplararası	25.29	2	12.65	0.332	.718	-
	Grupiçi	5594.68	147	38.06			
	Toplam	5619.97	149				
SŞÖ-Aşırı Kaygı	Gruplararası	741.81	2	370.91	7.357**	.001	Anksiyete Boz.> Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	7410.78	147	50.41			
	Toplam	8152.59	149				
SŞÖ-Aşırılık	Gruplararası	127.96	2	63.98	1.255	.288	-
	Grupiçi	7496.20	147	51			
	Toplam	7624.16	149				
SŞÖ-İçini Rahatlatma	Gruplararası	128.69	2	64.35	2.554	.081	-
	Grupiçi	3703.90	147	25.20			
	Toplam	3832.59	149				
SŞÖ-Doktora Güvensizlik	Gruplararası	22.36	2	11.18	0.867	.422	-
	Grupiçi	1895.64	147	12.90			
	Toplam	1918	149				
SŞÖ Toplam	Gruplararası	2431.41	2	1215.71	2.841	.062	-
	Grupiçi	62892.88	147	427.84			
	Toplam	65324.29	149				

SAÖ Toplam	Gruplararası	1662.01	2	831.01	16.869***	.000	Anksiyete Boz.>Sağlıklı Kontrol Majör Dep. >Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	7241.56	147	49.26			
	Toplam	8903.57	149				
YİBT Toplam	Gruplararası	459.29	2	229.65	3.694*	.027	Majör Dep. >Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	9137.78	147	62.16			
	Toplam	9597.07	149				
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	Gruplararası	1120.33	2	560.17	1.461	.235	-
	Grupiçi	56349	147	383.33			
	Toplam	57469.33	149				
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	Gruplararası	27175	2	13587.50	10.465***	.000	Anksiyete Boz.<Sağlıklı Kontrol Majör Dep. <Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	190862.50	147	1298.38			
	Toplam	218037.50	149				
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	Gruplararası	46718.58	2	23359.29	15.336***	.000	Anksiyete Boz.<Sağlıklı Kontrol Majör Dep. <Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	222385.78	147	1523.19			
	Toplam	269104.36	149				
SF-36 Enerji/Canlılık	Gruplararası	15072.33	2	7536.17	18.183***	.000	Anksiyete Boz.<Sağlıklı Kontrol Majör Dep. <Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	60924.50	147	414.45			
	Toplam	75996.83	149				
SF-36 Ruhsal Sağlık	Gruplararası	15080.32	2	7540.16	20.377***	.000	Anksiyete Boz.<Sağlıklı Kontrol Anksiyete Boz.>Majör Dep. Majör Dep. <Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	54395.52	147	414.45			
	Toplam	69475.84	149				
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Gruplararası	5264.58	2	2632.29	3.871*	.023	Majör Dep. <Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	99965.62	147	680.04			
	Toplam	105230.21	149				
SF-36 Ağrı	Gruplararası	7137.75	2	3568.88	6.441**	.002	Anksiyete Boz.<Sağlıklı Kontrol Majör Dep. <Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	81450.75	147	554.09			
	Toplam	88588.50	149				
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Gruplararası	3817.33	2	1908.67	5.424**	.005	Anksiyete Boz.<Sağlıklı Kontrol Majör Dep. <Sağlıklı Kontrol
	Grupiçi	51730	147	351.90			
	Toplam	55547.33	149				

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

Anksiyete bozukluğu olan hastaların 25'i yaygın anksiyete bozukluğu, 25'i de panik bozukluğu olan hastalardan oluşmaktadır. Uygulanan ölçek puanları örneklem dört grup şeklinde ele alınarak da karşılaştırılmıştır (Tablo 9). Gruplar arasında, SŞÖ-Aşırı Kaygı alt ölçek ($X^2=14.635$, $p<.01$), SAÖ toplam ($X^2=30.085$, $p<.001$), SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçek ($X^2=18.101$, $p<.001$), SF-36 Emosyonel Rol

Güçlüğü alt ölçek ($X^2=30.463$, $p<.001$), SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek ($X^2=31.854$, $p<.001$), SF-36 Ruhsal Sağlık alt ölçek ($X^2=30.984$, $p<.001$), SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçek ($X^2=8.227$, $p<.05$), SF-36 Ağrı alt ölçek ($X^2=12.223$, $p<.01$) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek ($X^2=10.271$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı fark varken, diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark yoktur. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını belirlemek için Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=50.84), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=31.58) anlamlı olarak daha yüksek SŞÖ-Aşırı Kaygı alt ölçek puanı almışlardır ($U=304$, $p<.001$). Panik bozukluğu olan hastalar da (Ort.=47.06), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=33.47) anlamlı olarak daha yüksek SŞÖ-Aşırı Kaygı alt ölçek puanına sahiptirler ($U=398.5$, $p<.05$). Benzer şekilde, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=54.08), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=29.96) anlamlı olarak daha yüksek SAÖ toplam puanı almışlardır ($U=223$, $p<.001$). Panik bozukluğu olan hastalar da (Ort.=51.98), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=31.01) anlamlı olarak daha yüksek SAÖ toplam puanına sahiptirler ($U=275.5$, $p<.001$). Tersine, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=28.02), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=42.99) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçek puanı almışlardır ($U=375.5$, $p<.01$). Panik bozukluğu olan hastalar da (Ort.=27.08), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=43.46) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçek puanına sahiptirler ($U=352$, $p<.01$). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=19.73), panik bozukluğu olan hastalardan (Ort.=30.06) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçek puanı almışlardır ($U=173.5$, $p<.01$). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=23.31), sağlıklı kontrol grubundakilerden de (Ort.=44.31) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçek puanı almışlardır

($U=259.5$, $p<.001$). Panik bozukluğu olan hastalar (Ort.=45.06), majör depresif bozukluğu olanlardan (Ort.=34.47) anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçek puanına sahiptirler ($U=448.5$, $p<.05$). Panik bozukluğu olan hastalar (Ort.=28.72), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=42.64) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçek puanına sahiptirler ($U=393$, $p<.01$). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=25.52), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=44.24) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek puanı almışlardır ($U=313$, $p<.001$). Panik bozukluğu olan hastalar (Ort.=47.52), majör depresif bozukluğu olanlardan (Ort.=33.24) anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek puanına sahiptirler ($U=387$, $p<.01$). Panik bozukluğu olan hastalar (Ort.=29.28), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=42.36) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek puanına sahiptirler ($U=407$, $p<.05$). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=46.04), majör depresif bozukluğu olanlardan (Ort.=33.98) anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Ruhsal Sağlık alt ölçek puanına sahiptirler ($U=424$, $p<.05$). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=27), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=43.50) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Ruhsal Sağlık alt ölçek puanı almışlardır ($U=350$, $p<.01$). Panik bozukluğu olan hastalar (Ort.=48.48), majör depresif bozukluğu olanlardan (Ort.=32.76) anlamlı olarak daha yüksek SF-36 Ruhsal Hastalık alt ölçek puanına sahiptirler ($U=363$, $p<.01$). Panik bozukluğu olan hastalar (Ort.=29.58), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=42.21) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Ruhsal Hastalık alt ölçek puanına sahiptirler ($U=414.5$, $p<.05$). SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçek puanları açısından bakıldığında, panik bozukluğu olan hastaların (Ort.=30.66), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=41.67) anlamlı olarak daha düşüktür. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=28.90), sağlıklı kontrol

grubundakilerden (Ort.=42.55) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Ağrı alt ölçek puanı almışlardır (U=397.5, $p<.05$). Panik bozukluğu olan hastalar (Ort.=28.48), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=42.76) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Ağrı alt ölçek puanına sahiptirler (U=387, $p<.01$). Aynı şekilde, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=28.30), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=42.35) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek puanı almışlardır (U=407.5, $p<.05$). Panik bozukluğu olan hastalar da (Ort.=29.46), sağlıklı kontrol grubundakilerden (Ort.=42.27) anlamlı olarak daha düşük SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek puanına sahiptirler (U=411.5, $p<.05$).

Tablo 9: Örneklemi Oluşturan Dört Grubun Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Sıra Ort.	sd	X ²	p
SŞÖ-Zorlanti	Yaygın Anksiyete Boz.	25	70.48	3	1.090	.779
	Panik Boz.	25	73.58			
	Majör Depresif Boz.	50	80.41			
	Sağlıklı Kontrol	50	74.06			
SŞÖ-Aşırı Kaygı	Yaygın Anksiyete Boz.	25	95.40	3	14.635**	.002
	Panik Boz.	25	86.68			
	Majör Depresif Boz.	50	76.94			
	Sağlıklı Kontrol	50	58.52			
SŞÖ-Aşırılık	Yaygın Anksiyete Boz.	25	87.68	3	5.403	.145
	Panik Boz.	25	70.58			
	Majör Depresif Boz.	50	81.12			
	Sağlıklı Kontrol	50	66.25			
SŞÖ-İçini Rahatlatma	Yaygın Anksiyete Boz.	25	85	3	5.912	.116
	Panik Boz.	25	75.66			
	Majör Depresif Boz.	50	82.18			
	Sağlıklı Kontrol	50	63.99			
SŞÖ-Doktora Güvensizlik	Yaygın Anksiyete Boz.	25	59.08	3	4.404	.221
	Panik Boz.	25	79.98			
	Majör Depresif Boz.	50	78.02			
	Sağlıklı Kontrol	50	78.95			
	Yaygın Anksiyete Boz.	25	85.10			

SŞÖ Toplam	Panik Boz.	25	79.58	3	5.983	.112
	Majör Depresif Boz.	50	80.58			
	Sağlıklı Kontrol	50	63.48			
SAÖ Toplam	Yaygın Anksiyete Boz.	25	95.76	3	30.085****	.000
	Panik Boz.	25	90.62			
	Majör Depresif Boz.	50	84.78			
	Sağlıklı Kontrol	50	48.53			
YİBT Toplam	Yaygın Anksiyete Boz.	25	68.94	3	7.806	.050
	Panik Boz.	25	76.68			
	Majör Depresif Boz.	50	88.42			
	Sağlıklı Kontrol	50	65.27			
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	Yaygın Anksiyete Boz.	25	87.34	3	5.028	.170
	Panik Boz.	25	72.66			
	Majör Depresif Boz.	50	66.21			
	Sağlıklı Kontrol	50	80.29			
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	Yaygın Anksiyete Boz.	25	64.56	3	18.101***	.000
	Panik Boz.	25	67.40			
	Majör Depresif Boz.	50	64.32			
	Sağlıklı Kontrol	50	96.20			
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	Yaygın Anksiyete Boz.	25	53.23	3	30.463****	.000
	Panik Boz.	25	77.84			
	Majör Depresif Boz.	50	59.92			
	Sağlıklı Kontrol	50	99.11			
SF-36 Enerji/Canlılık	Yaygın Anksiyete Boz.	25	66.42	3	31.854****	.000
	Panik Boz.	25	78.86			
	Majör Depresif Boz.	50	53			
	Sağlıklı Kontrol	50	100.86			
SF-36 Ruhsal Sağlık	Yaygın Anksiyete Boz.	25	71.40	3	30.984****	.000
	Panik Boz.	25	78.70			
	Majör Depresif Boz.	50	51.74			
	Sağlıklı Kontrol	50	99.71			
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Yaygın Anksiyete Boz.	25	74.78	3	8.227*	.042
	Panik Boz.	25	67.94			
	Majör Depresif Boz.	50	66.03			
	Sağlıklı Kontrol	50	89.11			
SF-36 Ağrı	Yaygın Anksiyete Boz.	25	66.26	3	12.223**	.007
	Panik Boz.	25	62.54			
	Majör Depresif Boz.	50	69.45			
	Sağlıklı Kontrol	50	92.65			
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Yaygın Anksiyete Boz.	25	67.82	3	10.271*	.016
	Panik Boz.	25	65.08			
	Majör Depresif Boz.	50	68.63			
	Sağlıklı Kontrol	50	91.42			

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

Anksiyete bozukluğu hastalarında uygulanan SŞÖ puanları ile hastalık özellikleri, SAÖ, YİBT, BDÖ (Beck depresyon ölçeği), BAÖ (Beck anksiyete ölçeği) ve SF-36 ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmış sonuçlar Tablo 10’da gösterilmiştir. SŞÖ-Zorlantı alt test puanı ile SAÖ toplam ($r=.449$, $p<.01$) ve BAÖ toplam ($r=.313$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.326$, $p<.05$) ve SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.284$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SŞÖ-Aşırı Kaygı alt test puanları ile SAÖ toplam ($r=.479$, $p<.01$) ve BAÖ toplam ($r=.399$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.384$, $p<.01$), SF-36 Enerji/Canlılık alt test ($r=-.335$, $p<.05$) ve SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.338$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. SŞÖ-Aşırılık alt test puanı ile SAÖ toplam ($r=.513$, $p<.01$), YİBT toplam ($r=.302$, $p<.05$), BAÖ toplam ($r=.441$, $p<.01$) ve BDÖ toplam ($r=.385$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.466$, $p<.01$), SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.307$, $p<.05$), SF-36 Enerji/Canlılık alt test ($r=-.297$, $p<.05$) ve SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.359$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SŞÖ-İçini Rahatlatma alt ölçek puanları ile SAÖ toplam ($r=.410$, $p<.01$) ve BAÖ toplam ($r=.310$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, psikiyatri başvuru sayısı ($r=-.286$, $p<.05$), SF-36 Fiziksel Fonksiyon ($r=-.342$, $p<.01$), SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.329$, $p<.01$) ve SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.312$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. SŞÖ toplam puanı ile SAÖ toplam ($r=.561$, $p<.01$), BAÖ toplam ($r=.443$, $p<.01$) ve BDÖ toplam ($r=.310$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.463$, $p<.01$) ve SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.373$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki

olduğu bulunmuştur. Diğer değişkenler ve ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 10: Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda SŞÖ Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ, YİBT, BAÖ, BDÖ ve SF-36 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	SŞÖ-Zorlantı	SŞÖ-Aşırı Kaygı	SŞÖ-Aşırılık	SŞÖ-İçini Rahatlatma	SŞÖ-Doktora Güvensizlik	SŞÖ Toplam
Psikiyatri Başvuru Sayısı	-.162	-.220	-.218	-.286*	.123	-.246
Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı	-.169	-.010	-.190	.086	.037	-.092
Hastalık Süresi	.046	-.126	.039	-.004	.214	.014
Yaş	.063	.249	.067	.096	.009	.151
SAÖ Toplam	.449**	.479*	.513**	.410**	-.044	.561**
YİBT Toplam	.167	.081	.302*	.224	.099	.245
BAÖ Toplam	.313*	.399*	.441**	.310*	-.052	.443**
BDÖ Toplam	.228	.254	.385**	.197	-.129	.310*
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	-.121	-.210	-.227	-.342*	.046	-.257
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-.326*	-.384*	-.466**	-.329*	-.009	-.463**
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-.242	-.236	-.307*	-.089	.125	-.257
SF-36 Enerji/Canlılık	-.094	-.335*	-.297*	-.240	.188	-.269
SF-36 Ruhsal Sağlık	-.284*	-.338*	-.359*	-.312*	.147	-.373**
SF-36 Sosyal İşlevsellik	-.254	-.150	-.208	-.151	-.237	-.269
SF-36 Ağrı	-.128	-.206	-.109	.030	-.037	-.144
SF-36 Genel Sağlık Algısı	-.214	-.172	-.264	-.131	-.011	-.244

* $p < .05$, ** $p < .01$

Anksiyete bozukluğu olan hastalarda SF-36 ölçek puanları ile hastalık özellikleri, SAÖ ve YİBT ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 11). SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçek puanı ile SAÖ toplam puanı ($r=-.337$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test puanı ile SAÖ toplam puanı ($r=-.353$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt test puanı ile yaş ($r=.305$, $p<.05$) arasında pozitif yönde, YİBT toplam ($r=-.343$, $p<.05$) puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek puanı ile SAÖ toplam puanı ($r=-.514$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. SF-36 Ruhsal Sağlık alt test puanı ile psikiyatri başvuru sayısı ($r=.403$, $p<.01$) arasında pozitif yönde, SAÖ toplam puanı ($r=-.526$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.314$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçek puanı ile SAÖ toplam puanı ($r=-.304$, $p<.05$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.350$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SF-36 Ağrı alt ölçek puanı ile psikiyatri başvuru sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=.318$, $p<.05$). SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek puanları ile hastalık süresi ($r=-.291$, $p<.05$) ve SAÖ toplam puanı ($r=-.601$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler ve ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 11: Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda SF-36 Ölçek Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ ve YİBT Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	SF-36 Fiziksel Fonksiyon	SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	SF-36 Enerji/Canlılık	SF-36 Ruhsal Sağlık	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
Psikiyatri Başvuru Sayısı	-.032	.088	-.050	.259	.403**	.219	.318*	.142
Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı	-.146	.008	.004	.056	.053	-.102	-.225	.168
Hastalık Süresi	-.060	-.032	.167	-.076	-.041	-.039	-.105	-.291*
Yaş	-.214	-.067	.305*	-.118	-.047	-.022	-.236	-.114
SAÖ Toplam	-.337*	-.353*	-.174	-.514**	-.526**	-.304*	-.182	-.601**
YİBT Toplam	-.075	-.140	-.343*	-.218	-.314*	-.350*	.020	-.133

* $p < .05$, ** $p < .01$

Majör depresif bozukluk hastalarında uygulanan SŞÖ puanları ile hastalık özellikleri, SAÖ, YİBT, BDÖ, BAÖ ve SF-36 ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmış sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir. SŞÖ-Zorlantı alt test puanı ile SAÖ toplam ($r=.375$, $p<.01$), YİBT toplam ($r=.293$, $p<.05$) ve BAÖ toplam ($r=.348$, $p<.05$) ve BDÖ toplam ($r=.290$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test ($r=-.283$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SŞÖ-Aşırı Kaygı alt test puanları ile SAÖ toplam ($r=.580$, $p<.01$), YİBT toplam ($r=.393$, $p<.01$), BAÖ toplam ($r=.494$, $p<.01$) ve BDÖ toplam ($r=.475$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt test ($r=-.359$, $p<.05$), SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.295$, $p<.05$), SF-36 Ruhsal

Sağlık alt test ($r=-.379$, $p<.01$), SF-36 Sosyal İşlevsellik alt test ($r=-.378$, $p<.01$), SF-36 Ağrı alt test ($r=-.327$, $p<.05$) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test ($r=-.546$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. SŞÖ-Aşırılık alt test puanı ile SAÖ toplam ($r=.289$, $p<.05$), YİBT toplam ($r=.394$, $p<.01$) ve BDÖ toplam ($r=.371$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Sosyal İşlevsellik alt test ($r=-.374$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SŞÖ-İçini Rahatlatma alt ölçek puanları ile BAÖ toplam ($r=.331$, $p<.05$) ve BDÖ toplam ($r=.303$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.298$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. SŞÖ-Doktora Güvensizlik alt test puanı ile SAÖ toplam ($r=.342$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. SŞÖ toplam puanı ile SAÖ toplam ($r=.472$, $p<.01$) , YİBT toplam ($r=.377$, $p<.01$), BAÖ toplam ($r=.462$, $p<.01$) ve BDÖ toplam ($r=.451$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Sosyal İşlevsellik alt test ($r=-.305$, $p<.05$) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test ($r=-.343$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer değişkenler ve ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 12: Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda SŞÖ Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ, YİBT, BDÖ, BAÖ ve SF-36 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	SŞÖ-Zorlanti	SŞÖ-Aşırı Kaygı	SŞÖ-Aşırılık	SŞÖ-İçini Rahatlatma	SŞÖ-Doktora Güvensizlik	SŞÖ Toplam
Psikiyatri Başvuru Sayısı	.102	.170	.129	-.002	-.107	.108
Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı	-.059	.175	.031	-.104	-.034	.026
Hastalık Süresi	.121	.061	-.156	-.185	.055	-.025
Yaş	-.018	-.154	-.204	-.159	.082	-.144
SAÖ Toplam	.375**	.580**	.289*	.048	.342*	.472**
YİBT Toplam	.293*	.393**	.394**	.153	.004	.377**
BAÖ Toplam	.348*	.494**	.237	.331*	.218	.462**
BDÖ Toplam	.290*	.475**	.371**	.303*	.095	.451**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	-.267	-.359*	.014	-.039	-.257	-.254
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-.080	-.295*	-.087	-.170	-.030	-.200
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-.028	-.262	-.203	-.298*	.162	-.204
SF-36 Enerji/Canlılık	-.080	-.257	-.099	-.082	.113	-.143
SF-36 Ruhsal Sağlık	-.212	-.379**	-.099	-.011	-.072	-.240
SF-36 Sosyal İşlevsellik	-.117	-.378**	-.374**	-.118	.022	-.305*
SF-36 Ağrı	-.088	-.327*	-.216	-.143	-.065	-.253
SF-36 Genel Sağlık Algısı	-.283*	-.546**	-.167	.025	-.131	-.343*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Majör bozukluğu olan hastalarda SF-36 ölçek puanları ile hastalık özellikleri, SAÖ ve YİBT ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 13). SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçek puanı ile SAÖ toplam puanı ($r = -.344$, $p < .05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test puanı ile SAÖ toplam puanı ($r = -.293$, $p < .05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt test puanı ile yaş arasında pozitif yönde ($r = .458$, $p < .01$), YİBT toplam puanı arasında negatif yönde ($r = -.287$, $p < .01$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek puanı ile yaş ($r = .369$, $p < .01$) arasında pozitif yönde, SAÖ

toplam puanı ($r=-.374$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.338$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. SF-36 Ruhsal Sağlık alt test puanı ile yaş ($r=.361$, $p<.05$) arasında pozitif yönde, diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.285$, $p<.05$), SAÖ toplam puanı ($r=-.451$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.399$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçek puanı ile yaş ($r=.400$, $p<.01$) arasında pozitif yönde, SAÖ toplam puanı ($r=-.487$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.396$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SF-36 Ağrı alt ölçek puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.329$, $p<.05$) ve SAÖ toplam puanı ($r=-.429$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek puanları ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.412$, $p<.01$) ve SAÖ toplam puanı ($r=-.658$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler ve ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 13: Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda SF-36 Ölçek Puanları İle Hastalık Özellikleri, SAÖ ve YİBT Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	SF-36 Fiziksel Fonksiyon	SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	SF-36 Enerji/Canlılık	SF-36 Ruhsal Sağlık	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
Psikiyatri Başvuru Sayısı	.083	-.141	-.033	-.082	.182	-.057	.189	-.156
Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı	-.183	-.105	.075	-.127	-.285*	-.103	-.329*	-.412**
Hastalık Süresi	-.236	-.028	.233	.017	-.027	.045	-.143	-.235
Yaş	-.189	-.005	.458**	.369**	.361*	.400**	-.048	-.095
SAÖ Toplam	-.344*	-.293*	-.254	-.374**	-.451**	-.487**	-.429**	-.658**
YİBT Toplam	-.056	-.089	-.287*	-.338*	-.399**	-.396**	-.075	-.192

* $p<.05$, ** $p<.01$

Sağlıklı kontrol grubundakilere uygulanan SŞÖ puanları ile diğer bölümlere başvuru sayısı, SAÖ, YİBT, BDÖ, BAÖ ve SF-36 ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmış sonuçlar Tablo 14’de gösterilmiştir. SŞÖ-Zorlantı alt test puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=.311$, $p<.05$), YİBT toplam ($r=.307$, $p<.05$) ve BAÖ toplam ($r=.292$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt test ($r=-.349$, $p<.05$), SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test ($r=-.301$, $p<.05$), SF-36 Enerji/Canlılık ($r=-.300$, $p<.05$), SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.415$, $p<.01$), SF-36 Sosyal İşlevsellik alt test ($r=-.323$, $p<.05$), SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test ($r=-.563$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SŞÖ-Aşırı Kaygı alt test puanları ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=.482$, $p<.01$), YİBT toplam ($r=.413$, $p<.01$) ve BAÖ toplam ($r=.322$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.280$, $p<.05$), SF-36 Sosyal İşlevsellik alt test ($r=-.304$, $p<.05$), SF-36 Ağrı alt test ($r=-.293$, $p<.05$) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test ($r=-.450$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. SŞÖ-Aşırılık alt test puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=.446$, $p<.01$), SAÖ toplam ($r=.333$, $p<.05$) ve YİBT toplam ($r=.280$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, SF-36 Enerji/Canlılık ($r=-.394$, $p<.01$), SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.544$, $p<.01$), SF-36 Sosyal İşlevsellik alt test ($r=-.336$, $p<.05$), SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test ($r=-.335$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SŞÖ-İçini Rahatlatma alt ölçek puanları ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=.307$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. SŞÖ-Doktora Güvensizlik alt test puanı ile yaş ($r=.327$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. SŞÖ toplam puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=.485$, $p<.01$), SAÖ toplam ($r=.301$, $p<.05$), YİBT toplam ($r=.291$, $p<.05$) ve BAÖ toplam ($r=.332$, $p<.05$) puanları

arasında pozitif yönde, SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt test ($r=-.307$, $p<.05$), SF-36 Enerji/Canlılık ($r=-.322$, $p<.05$), SF-36 Ruhsal Sağlık alt test ($r=-.499$, $p<.01$), SF-36 Sosyal İşlevsellik alt test ($r=-.387$, $p<.01$), SF-36 Ağrı alt test ($r=-.288$, $p<.05$) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı alt test ($r=-.493$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer değişkenler ve ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 14: Sağlıklı Kontrol Grubundakilerin SŞÖ Puanları İle Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı, Yaş, SAÖ, YİBT, BDÖ, BAÖ ve SF-36 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	SŞÖ-Zorlantı	SŞÖ-Aşırı Kaygı	SŞÖ-Aşırılık	SŞÖ-İçini Rahatlatma	SŞÖ-Doktora Güvensizlik	SŞÖ Toplam
Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı	.311*	.482**	.446**	.307*	-.181	.485**
Yaş	-.066	.027	-.091	.123	.327*	.045
SAÖ Toplam	.165	.413**	.333*	.048	-.175	.301*
YİBT Toplam	.307*	.231	.280*	.164	-.205	.291*
BAÖ Toplam	.292*	.322*	.244	.078	.074	.332*
BDÖ Toplam	.264	.148	.213	.021	-.014	.224
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	-.349*	-.275	-.177	-.063	-.099	-.307*
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-.301*	-.143	-.130	.109	-.098	-.185
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-.201	-.047	-.239	.030	.002	-.172
SF-36 Enerji/Canlılık	-.300*	-.178	-.394**	-.072	-.084	-.322*
SF-36 Ruhsal Sağlık	-.415**	-.280*	-.544**	-.193	.020	-.499**
SF-36 Sosyal İşlevsellik	-.323*	-.304*	-.336*	-.114	-.082	-.387**
SF-36 Ağrı	-.203	-.293*	-.179	-.118	-.127	-.288*
SF-36 Genel Sağlık Algısı	-.563**	-.450**	-.335*	-.061	-.088	-.493**

* $p<.05$, ** $p<.01$

Sağlıklı kontrol grubundakilere uygulanan SF-36 ölçek puanları ile diğer bölümlere başvuru sayısı, SAÖ ve YİBT ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 15). SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçek puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.362$, $p<.01$) ve SAÖ toplam puanı ($r=-.421$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt test puanı ile SAÖ toplam puanı ($r=-.294$, $p<.05$) ve YİBT toplam puanı arasında ($r=-.331$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt test puanı ile SAÖ toplam puanı ($r=-.376$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı arasında ($r=-.368$, $p<.01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SF-36 Enerji/Canlılık alt ölçek puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.326$, $p<.05$), SAÖ toplam puanı ($r=-.541$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.349$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. SF-36 Ruhsal Sağlık alt test puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.404$, $p<.01$), SAÖ toplam puanı ($r=-.543$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.328$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçek puanı ile SAÖ toplam puanı ($r=-.495$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.436$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SF-36 Ağrı alt ölçek puanı ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.333$, $p<.05$) ve SAÖ toplam puanı ($r=-.456$, $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek puanları ile diğer bölümlere başvuru sayısı ($r=-.370$, $p<.01$), SAÖ toplam puanı ($r=-.458$, $p<.01$) ve YİBT toplam puanı ($r=-.282$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler ve ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 15: Sağlıklı Kontrol Grubundakilerin SF-36 Ölçek Puanları İle Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı, Yaş, SAÖ ve YİBT Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	SF-36 Fiziksel Fonksiyon	SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	SF-36 Enerji/Canlılık	SF-36 Ruhsal Sağlık	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
Diğer Bölümlere Başvuru Sayısı	-.362**	-.166	-.185	-.326*	-.404*	-.205	-.333*	-.370**
Yaş	-.196	-.078	-.005	.029	.029	.042	-.103	-.083
SAÖ Toplam	-.421**	-.294*	-.376**	-.541**	-.543**	-.495**	-.456**	-.458**
YİBT Toplam	-.016	-.331*	-.368**	-.349*	-.328*	-.436**	-.160	-.282*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Hasta grubunda yer alan kişilerden, BAÖ puanına göre minimal ve hafif olanlar BAÖ düşük, orta ve şiddetli olanlar BAÖ yüksek olacak şekilde iki gruba ayrılmış, SŞÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 16). Sonuçta, gruplar arasında, SŞÖ-Aşırı Kaygı alt test ($t=-2.697$, $p<.01$), SŞÖ-İçini Rahatlatma alt test ($t=-2.865$, $p<.01$) ve SŞÖ toplam ($t=-2.259$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. BAÖ düşük olanlar (Ort.=16.88±6.59) yüksek olanlardan (Ort.=20.97±19.38) anlamlı olarak daha düşük SŞÖ-Aşırı Kaygı alt test puanı almışlardır. Benzer şekilde, BAÖ düşük olanlar (Ort.=12.62±4.09) yüksek olanlardan (Ort.=15.41±5.37) anlamlı olarak daha düşük SŞÖ-İçini Rahatlatma alt test puanına sahiptirler. Aynı şekilde, BAÖ düşük olanlar (Ort.=69.22±18.18) yüksek olanlardan (Ort.=78.81±22.87) anlamlı olarak daha düşük SŞÖ toplam puanı almışlardır.

Tablo 16: Tüm Hasta Grubunda BAÖ Düşük ve Yüksek Olanlar Arasında SŞÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

SŞÖ	Gruplar	N	Ortalama	s	sd	t	p
SŞÖ-Zorlantı	BAÖ Düşük	32	13.03	4.15	94.14	-1.053	.295
	BAÖ Yüksek	68	14.24	7.24			
SŞÖ-Aşırı Kaygı	BAÖ Düşük	32	16.88	6.59	72.94	-	.009
	BAÖ Yüksek	68	20.97	8.03		2.697**	
SŞÖ-Aşırılık	BAÖ Düşük	32	19.38	7.07	57.16	-1.421	.161
	BAÖ Yüksek	68	21.48	6.60			
SŞÖ-İçini Rahatlatma	BAÖ Düşük	32	12.62	4.09	78.07	-	.005
	BAÖ Yüksek	68	15.41	5.37		2.865**	
SŞÖ-Doktora Güvensizlik	BAÖ Düşük	32	7.31	3.48	64.47	0.797	.429
	BAÖ Yüksek	68	6.71	3.71			
SŞÖ Toplam	BAÖ Düşük	32	69.22	18.18	75.09	-2.259*	.027
	BAÖ Yüksek	68	78.81	22.87			

* $p < .05$, ** $p < .01$

Hasta grubunda yer alan kişilerden, BDÖ puanına göre de hiç yok/minimal ve hafif olanlar BDÖ düşük, orta ve şiddetli olanlar BDÖ yüksek olacak şekilde iki gruba ayrılmış, SŞÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 17). Sonuçta, gruplar arasında, SŞÖ-Aşırı Kaygı alt test ($t=-2.180$, $p<.05$), SŞÖ-Aşırılık ($t=-2.844$, $p<.01$), SŞÖ-İçini Rahatlatma alt test ($t=-2.189$, $p<.05$) ve SŞÖ toplam ($t=-2.435$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. BDÖ düşük olanlar (Ort.=17.70±6.62) yüksek olanlardan (Ort.=20.97±8.30) anlamlı olarak daha düşük SŞÖ-Aşırı Kaygı alt test puanı almışlardır. Yine, BDÖ düşük olanlar (Ort.=18.52±6.56) yüksek olanlardan (Ort.=22.33±6.56) anlamlı olarak daha düşük SŞÖ-Aşırılık alt test puanına sahiptirler. BDÖ düşük olanlar (Ort.=13.18±4.95) yüksek olanlardan (Ort.=15.42±5.12) anlamlı olarak daha düşük SŞÖ-İçini Rahatlatma alt test puanı

almışlardır. Aynı şekilde, BDÖ düşük olanlar (Ort.=69.62±18.66) yüksek olanlardan (Ort.=79.82±23) anlamlı olarak daha düşük SŞÖ toplam puanı almışlardır.

Tablo 17: Tüm Hasta Grubunda BDÖ Düşük ve Yüksek Olanlar Arasında SŞÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

SŞÖ	Gruplar	N	Ortalama	s	sd	t	p
SŞÖ-Zorlantı	BDÖ Düşük	40	13.10	4.91	97.96	-1.028	.306
	BDÖ	60	14.35	7.25			
	Yüksek						
SŞÖ-Aşırı Kaygı	BDÖ Düşük	40	17.70	6.62	94.77	-2.180*	.032
	BDÖ	60	20.97	8.30			
	Yüksek						
SŞÖ-Aşırılık	BDÖ Düşük	40	18.52	6.56	83.77	-	.006
	BDÖ	60	22.33	6.56			
	Yüksek						
SŞÖ-İçini Rahatlatma	BDÖ Düşük	40	13.18	4.95	85.62	-2.189*	.031
	BDÖ	60	15.42	5.12			
	Yüksek						
SŞÖ-Doktora Güvensizlik	BDÖ Düşük	40	7.12	3.50	87.30	0.511	.611
	BDÖ	60	6.75	3.73			
	Yüksek						
SŞÖ Toplam	BDÖ Düşük	40	69.62	18.66	94.15	-2.435*	.017
	BDÖ	60	79.82	23			
	Yüksek						

* $p < .05$, ** $p < .01$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada birincil olarak anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarında siberkondria düzeyinin kontrol grubuna göre, yaşam kalitesi ve hastane başvurusu üzerine etkili olup olmadığı, ikincil olarak hastalar ve sağlıklı kontrollerde internet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin, siberkondria düzeyleri üzerine etkisi araştırılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla, anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarında siberkondria düzeyini araştıran ilk çalışmadır.

İlk hipotezimizle ilgili olarak hastaların sağlıklı gönüllülerden daha fazla psikiyatri dışı bölümlere başvurduğu ancak hasta ve kontrol grubu arasında siberkondria toplam puanları açısından anlamlı fark olmadığı, sadece siberkondrianın aşırı kaygı alt ölçeğinin anksiyete bozukluğu hastalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu görülmüştür. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt ölçeği hariç tüm alt ölçeklerinde, hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür.

İkinci hipotezimiz doğrultusunda ise tüm gruplarda sağlık anksiyetesi arttıkça siberkondria toplam puanlarının arttığı gözlenmiştir. İnternet bağımlılığının ise majör depresif bozukluk ve psikiyatrik hastalığı olmayan grupta, siberkondria toplam puanları ile anlamlı ilişkisi saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluğun yaşam kalitesini birçok alanda düşüren psikopatolojiler olduğu ve yüksek düzeyde komorbidite gösterdiği daha önce yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (144, 145). Buna uygun olarak hasta grubumuzda kontrole göre yaşam kalitesinin belirgin düşük olduğu ve her iki hasta grubunun da yüksek Beck anksiyete puanlarına sahip olduğu saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluğun kadınlarda erkeklere oranlara daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (146). Örneklem grubumuzda verilerle uyumlu olarak kadınların oranı erkeklerden yüksektir.

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarında siberkondria toplam ve tüm alt ölçekleri ile yaş arasında ilişki bulunamamıştır. 2016 yılında Almanya’da yapılan, yaş arttıkça doktora güvensizliğin arttığını bildiren çalışma (126) ile uyumlu olarak çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunda siberkondria toplam puanları ile yaş arasında ilişki olmadığı, yaş arttıkça doktora güvenin arttığı görülmektedir. Geniş örneklem gruplarında yapılacak çalışmaların, yaş ve siberkondria arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamamızı sağlayacağı düşünülmektedir.

2018 yılında yapılan meta-analizde sağlık anksiyetesi, siberkondria düzeyi ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuştur (90). Çalışmamızda da bu veri ile uyumlu olarak, hasta ve kontrol gruplarında siberkondrianın en ilişkili olduğu durum sağlık anksiyetesidir.

2018 yılında yapılan bir çalışmada, sağlık anksiyetesi ve siberkondria ilişkisindeki örtüşen ve ayrılan alanlar hakkında değerli bilgiler sunulmuştur. Sağlık kaygısı varlığına bakılmaksızın fiziksel veya zihinsel sağlık bakımı için başvuran bireylerde, siberkondria varlığını değerlendirmenin önemi vurgulanmıştır (13). Çalışmamızda bu verilerle uyumlu olarak her grup kendi içinde değerlendirildiğinde siberkondria düzeyleri, sağlık anksiyetesi ile önemli ölçüde ilişkiliydi. Kontrol ve hasta grubu arasında sağlık anksiyetesi yönünden belirgin fark var iken siberkondria düzeyleri arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Çalışma sonuçlarımız siberkondria ve sağlık anksiyetesinin örtüşen alanları olmasına rağmen birbirinden farklı iki durum olduğunu desteklemektedir.

İlginç bir şekilde hasta ve kontrol grupları arasında siberkondria toplam puanları yönünden fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk gruplarında siberkondria toplam puanları açısından kontrol grubu ile fark olmaması, siberkondrianın sadece sağlık anksiyetesi, depresyon ve anksiyete belirtileri ile açıklanamayacak, farklı belirtileri de içine alan sendrom benzeri yapıda olduğunu düşündürmektedir. 2019 yılında yapılan bir çalışmada siberkondrianın sağlıklı popülasyonda sağlık kaygısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, problemlerli internet kullanımı, obsesif kompulsif belirtiler, kaygı, depresyon ve somatik belirtiler ile ilişkisi araştırılmıştır. Siberkondrianın sağlık anksiyetesi ile güçlü ilişkili olmakla birlikte, ilişkili semptomların sendrom benzeri bir yapısı olduğu bildirilmiştir. Siberkondrianın sorunlu internet kullanımı ile ilişkisinin sağlık anksiyetesi ile ilişkisinden daha güçlü olduğu ve somatik semptomlar, obsesif kompulsif semptomlar ve belirsizlik intoleransı ile ilişkisi zayıfken, anksiyete ve depresyonun siberkondria ile minimal düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (96).

2009 yılında Almanya’da yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyonu olan hastaların psikiyatrik bozukluğu olmayanlara nazaran daha fazla sayıda doktora başvurduğu bildirilmiştir (147). Çalışmamızda anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarında sağlık anksiyetesinin yüksek olmasının psikiyatri dışı bölümlere başvuruya neden olduğu ve bu durumun gereğinden fazla tetkik ve muayene nedeni ile ciddi halk sağlığı sorununa neden olabileceğini düşündürmektedir.

Anksiyete grubu hastalar, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk olarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Yaygın anksiyete ve panik bozukluk hastalarında kontrol grubuna göre siberkondria aşırı kaygı alt ölçekleri kontrol grubuna göre

anlamli derecede yüksek saptanmıştır. Ayrıca hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de panik bozuklukta sağlık kaygısı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu siberkondrianın kaygı artışı ile karakterize bir durum olduğunu kanıtlamaktadır ve daha sonraki klinik örneklerde yapılacak çalışmalarda değerlendirme yapılırken kaygı alt leği puanlarında anksiyete durumu ile çakışması göz önüne alınmalıdır.

5.1.Anskiyete bozukluğu grubunun değerlendirilmesi

Anksiyete bozukluğu grubunda siberkondria toplam ve tüm alt ölçeklerinde yaş, hastalık süresi ve psikiyatri dışı bölümlere başvuru açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumun örneklem boyutumuzun kısıtlı olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Sağlıklı kişilerde anksiyete belirtileri ile siberkondria düzeyinin minimal ilişkili olduğu bildirilmiştir (96). Çalışmamızda ise anksiyete bozukluğu grubunda, Beck anksiyete toplam puanlarının artması siberkondria düzeyini belirgin artırmaktadır. Bu durum anksiyete bozukluğu hastalarının siberkondriaya daha yatkın olabileceğini düşündürmektedir.

2019 yılında yayınlanan derlemede sağlıklı gönüllülerde yapılan çalışmalarda, sağlık anksiyetesi ile siberkondria arasında güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (88). Çalışmamızda da bu veriye ek olarak anksiyete bozukluğu hastalarında sağlık anksiyetesi ve siberkondria toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ayrıca siberkondria toplam ve doktora güvensizlik harici tüm alt ölçek puanlarının artması, yaşam kalitesinin ruhsal sağlık ve fiziksel rol güçlüğü alanlarını

belirgin bozmuştur. Siberkondrianın anksiyete bozukluğuna ek olarak ruhsal sağlığın azalmasına katkı sağladığını göstermektedir.

Anksiyete bozukluğu grubunda beklendiği üzere sağlık kaygısı ve internet bağımlılığında artma sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olmuştur. Yine hastalık süresinde ve sağlık kaygısında artma genel sağlık algısında bozulmayla ilişkili bulunmuştur. Sağlık kaygısının, aşırı bedensel meşguliyet ile ilgili hafif ve patolojik olmayan endişeleri kapsayan bir sürekliliği temsil ettiği ve fiziksel ve zihinsel sağlığı olumsuz etkilediği gösterilmiştir (148-151). 2014 yılında yayınlanan bir metaanaliz çalışmasında internet bağımlığının öznel ve nesnel alanlarda belirgin düzeyde yaşam kalitesini bozduğu gösterilmiştir (152).

5.2.Majör depresif bozukluk grubunun değerlendirilmesi

Majör depresif bozukluk hastalarında siberkondria alt ölçekleri toplam puanları ile yaş, hastalık süresi, psikiyatri ve psikiyatri dışı bölümlere başvuru arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumun örneklemimizin boyutu ile ilgili olduğu düşünülmüş olup, daha büyük örneklemelerde farklı sonuçlar elde edilmesi muhtemeldir.

Majör depresif bozukluk örneğinde siberkondria toplam puanları ile aşırılık ve aşırı kaygı alt ölçekleri arttıkça, sosyal işlevsellik ve genel hastalık algısı alanlarında yaşam kalitesi düşmüştür. Bu durum siberkondrianın sağlık kaygısının eşlik ettiği uzun süre çevrimiçi arama davranışı nedeniyle bireyin sosyal ilişkilerinde bozulmaya neden olabilir.

2019 yılında internet üzerinden 751 sağlıklı gönüllü ile yapılan çalışmada, siberkondria ve depresyon şiddeti arasında minimal ilişki olduğu bildirilmiştir (96).

Majör depresif bozukluk grubunda depresyon şiddeti arttıkça, siberkondria toplam ve doktora güvensizlik hariç tüm alt ölçek puanlarının arttığı görülmektedir. Bu durum klinik tanı konulan hastalarda siberkondria yatkınlık açısından dikkat edilmesi gerektiğini düşündürse de uzunlamasına ve geniş örneklem grubu olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Daha önce yapılan bir çok çalışmada, düşük benlik saygısı olan bireylerin obsesif düşünceler ve kompulsiyonlar yaşayabilecekleri ve problemlili internet kullanımı yoluyla siberkondria davranışında artış olabileceği görülmüştür (9, 93, 95, 153, 154). 2013 yılında yapılan çalışmada internet bağımlılığı depresyon ile pozitif ilişkili bulunmuştur (108) . Bunlara paralel olarak majör depresif bozukluk örneklemimizde siberkondria toplam puanları, sağlık anksiyetesi ve internet bağımlılığı toplam puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bu durum depresyonda siberkondria gelişimine internet bağımlılığının katkıda bulunabileceği yönünde yorumlanabilir. Diğer taraftan majör depresif bozukluğu olan hastalarda artmış siberkondria düzeyinin, doğrudan ya da dolaylı olarak artmış sağlık anksiyetesi yoluyla benlik saygısını düşürerek depresyonu derinleştirebileceğini düşündürmektedir.

Beklenen şekilde majör depresif bozukluk grubunda hayat kalitesinin ağrı ve genel sağlık algısı alanlarında düşme psikiyatri dışı bölümlere başvuruyu artırmaktadır.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının yaşla birlikte arttığı ve ruhsal sağlığı iyi olan bireylerin psikiyatri dışı bölümlere daha az başvurduğu görülmektedir. Bu durum ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilerin, iç görülerinin az olması ve belirtilerini açıklamak amacıyla psikiyatri dışı bölümlere başvurduğunu göstermektedir.

5.3.Kontrol grubunun değerlendirilmesi

Psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol grubunda siberkondria toplam ve doktora güvensizlik alt leği dışında tüm alt ölçek puanlarında artma, psikiyatri dışı bölümlere başvuruya neden olmaktadır. Bu bulgu 2018 yılında yapılan ve siberkondrianın önemli halk sağlığı sorunu olabileceğini ifade eden çalışmanın (13) verilerini teyit etmektedir. Ayrıca siberkondria şiddet leğinin doktora güvensizlik alt faktörü daha önceki çalışmalarda siberkondriayı tanımlamakta yeterli olmadığı gösterildiği için (91, 126), 2019 yılında siberkondria şiddeti leğinin kısa formunun geçerlilik güvenilirliğini yapıldığı araştırmada, ölçekten çıkarılmıştır (132).

Yapılan bir çalışmada siberkondrianın işlevsellikte bozulma yaratıp yaşam kalitesine etki etmediği bildirilmiş olsa da (13), çalışmamız sağlıklı grubunda siberkondria toplam puanları arttıķça fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü hariç diğer tüm alanlarda yaşam kalitesinin önemli ölçüde düştüğü gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk gruplarında siberkondria düzeylerinin hayat kalitesini aynı oranda etkilemediği gözlemlenmiştir. Bu durum siberkondrianın psikiyatrik bozukluk tanısına kadar olmasa da yaşam kalitesini sağlıklı popülasyonda bozacak kadar ciddi bir semptomlar dizisi olduğunu desteklemektedir. Bu bulgular sağlık anksiyetesi ve internet bağımlılığının da hayat kalitesinde düşmeye katkıda bulunabileceği gibi karıştırıcı faktörler göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Daha önce yapılan birçok çalışmada (96, 111, 131, 154) problemlili internet kullanımı ve siberkondria arasında her birinde farklı değerlendirme ölçekleri kullansa da, anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Psikiyatrik bozukluğu olmayan grubumuzda siberkondria toplam puanları, kompulsiyon ve aşırılık alt ölçekleri ile internet bağımlılığı leği arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bu bulgumuz

siberkondrianın sağlık sorunlarına odaklanmış problemli internet kullanımının kompulsif bir formu olduğu görüşünü savunan çalışmalardaki (108, 154) verilerle uyumludur.

Her ne kadar daha önceki çalışmalara kıyasla daha az örneklem grubuna sahip olsa da, sağlıklı gönüllü grubumuzda siberkondria toplam puanları, ařırđ kaygđ, ařırđlık alt lekleri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında ilişki saptanmıştır. Literatürde sağlıklı popülasyonda yapılan birçok çalışma, yüksek sağlık kaygısı olan kişilerin, evrimii sağlık araştırmaları sırasında ve sonrasında daha fazla kaygđ yařadđklarını ve daha düşük veya normal sağlık kaygısı düzeylerine sahip olanlara kıyasla daha sık ve daha uzun süre internette araştırma yaptđklarını saptamıştır (84, 86, 127, 155, 156). Yine bu ilişkiyi daha iyi araştırmak için, 7373 katılımcıya sahip yirmi çalışmanın bir meta analizinde, sağlık kaygısı ile siberkondria arasında güçlü pozitif korelasyonlar gösterilmiştir fakat çalışmalar arasında korelasyonlar açısından belirgin heterojenlik olduğu bildirilmiştir (88). Siberkondrianın belirgin bir şekilde sağlık kaygısına ilişkili olduğu kanıtlanırsa da güvence arayışının eşlik etmesi nedeniyle farklı bir yapı olduğu önerilmiştir (7).

Siberkondria tanımlanmaya çalışılırken, evrimii sağlık aramaları yapmanın somatik obsesyonlarla giden, tekrarlayıcı ve güvence arayışı yönü açısından obsesif kompulsif belirtilerle ilişki olduğu düşünülmüştür (7). Birçok alışma klinik olmayan popülasyonda siberkondria ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmıştır (9, 11, 91, 93, 94). Bu çalışmalarda sağlık kaygısı, obsesif kompulsif semptomlar ve siberkondria arasında yüksek korelasyonlar gösterilmiştir. Bu bulgular siberkondrianın obsesif kompulsif bozukluk ile aynı spektrumda olabileceğini düşündürse de, bu yapılar arasında anlamlđ miktarda örtüşmeyen ilişkiler olduğu görülmektedir ve bu da siberkondrianın ayrı bir durum olduğunu

kanıtlamaktadır (9, 13, 94). Çalışmamız psikiyatrik hastalığı olmayan örneklem grubunda siberkondria zorlantı alt ölçeği ile hayat kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji /canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt puanları arasında negatif ilişki saptanmıştır. Her ne kadar siberkondria obsesif kompulsif belirtilerle tamamen açıklanamasa da sağlık kaygısının yanı sıra bireylerin tekrarlayıcı ve zaman alıcı davranışları olması nedeniyle, birçok alanda yaşam kalitesini düşürdüğü gözlenmiştir.

Psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde siberkondria toplam, zorlantı, aşırı kaygı ve aşırılık alt ölçekleri hayat kalitesinin ruhsal sağlık alt boyutu ile ilişkili bulunmuştur. İçini rahatlatma alt ölçeği ile ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç siberkondrianın normal çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışından ayırt edilmesi gerektiğini göstermektedir. Çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı sonrasında sağlık kaygısı azalırken siberkondriada kaygının artması ruh sağlığı algısını olumsuz yönde etkilemektedir.

Kontrol grubunda sağlık kaygısı artışı siberkondria düzeyinden bağımsız olarak yaşam kalitesinin tüm alanlarında düşmeye neden olmuştur. Literatürde sağlık kaygısı ile ilgili yapılan çalışmalar hipokondriazis tanısı olan hastaları kapsamaktayken, DSM-V'te yeni tanı kategorisi olan hastalık anksiyetesi bozukluğu tanımlanmıştır (24). Sağlık anksiyetesi bozukluğunda siberkondria düzeylerinin araştırılması bu kavramın daha iyi tanımlamasına yardımcı olabilecektir.

5.4.Hasta gruplarında depresyon ve anksiyetenin siberkondria ile ilişkisi

Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalar Beck anksiyete, Beck depresyon puanlarına göre düşük ve yüksek şeklinde iki gruba ayrılıp siberkondria düzeyleri açısından değerlendirilmiştir.

Hasta gruplarında Beck anksiyete ölçeği puanları yüksek grupta düşük gruba göre, siberkondria aşırı kaygı, içini rahatlatma ve toplam puanlarında artış saptanmıştır. Örneklem grubumuzda hem majör depresif bozukluk hem de anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarda anksiyete düzeyleri yüksek olduğu göz önüne alınmalıdır. Daha önce anksiyete ve siberkondria arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar sağlıklı popülasyonda yapıldığı için genel olarak anksiyete duyarlılığı üzerinde durmuştur. Literatürde yapılan bir araştırmada, tıbbi semptomlara odaklanan internet sitelerine maruz kalan bireylerin, internet sitesi görüntüledikten sonra kontrollere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek kaygı duyarlılığına sahip olduğu bildirilmiştir (157). Ayrıca, kaygı duyarlılığı siberkondria şiddet ölçeği kullanılarak siberkondria ile ilişkilendirilmiştir (112, 158). Bu sonuçlar kaygı duyarlılığını siberkondria gelişimi için potansiyel bir risk faktörü olarak göstermektedir (159).

Anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireyler, anksiyete ile ilgili bedensel duyumları zararlı olarak yorumlayabilir, bu da bu duyumların nedeni hakkındaki endişeleri azaltma çabasıyla çevrimiçi sağlık araştırmalarına katılma olasılığını artırabilir (159). Bununla birlikte, başka bir araştırma (111) bu sonuçları doğrulamamıştır, muhtemelen daha önceki çalışmalardan daha fazla sayıda ortak değişkenin etkilerini açıklamıştır. Sonuç olarak çalışmamızdaki bulgular anksiyete düzeyi yüksek klinik popülasyonda siberkondrianın anksiyete düzeyi ile anlamı

ilişkisi olduğu yönünde literatüre katkı sağlamaktadır. İleri çalışmaların daha geniş örnekleme olan klinik popülasyon grubunda uzunlamasına olarak anksiyete ve siberkondria ilişkisini aydınlatacağı düşünülmektedir.

Hasta gruplarında Beck depresyon ölçeği puanları yüksek grupta düşük gruba göre, siberkondria aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve toplam puanlarında artış saptanmıştır. Literatürde sadece benlik saygısı ve siberkondria ile ilişki sağlıklı popülasyonda araştırılmıştır. Düşük benlik saygısı ile siberkondria şiddeti arasında doğrudan bir ilişki saptanmıştır (11). İlişkinin yönü halen belirsizliğini korumaktadır. Siberkondria düzeyinin artmasının benlik saygısında düşmeye neden olabileceği gibi, benlik saygısı düşük ve depresif belirti gösteren bireylerin siberkondriaya daha yatkın olabileceği görüşleri halen tartışmalıdır. Benlik saygısı düşük olan bireylerin yüz yüze bir klinisyene danışmaya alternatif olarak siberkondriaya yatkın olma olasılıkları daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (159). Diğer taraftan, bir problemli internet kullanımı formu olarak siberkondrianın, düşük benlik saygısı ile sonuçlanabileceği düşünülmüştür (159). Her ne kadar çalışmamızdaki veriler kesitsel olarak depresif belirtileri yüksek olan hastaların, siberkondria düzeylerinin yüksek olduğunu gösterse de gelecekteki çalışmalar klinik popülasyon ve sağlıklı grupların uzunlamasına karşılaştırılması ile iki durum arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

5.5.Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalar

Çalışmamız verileri çeşitli kısıtlılıklar kapsamında değerlendirilmelidir. Majör depresif bozukluk tanılı 14 hasta, anksiyete bozukluğu tanılı 2 hasta, kontrol grubu 16 kişi, Covid-19 pandemisi sonrası ve Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü

11.03.2020 tarihinden sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Pandemi sonrasında dahil edilen hasta sayısı istatistiksel analiz edilebilecek düzeyde olmasa da, dünyayı etkileyen bu durumun kişilerde çevrimiçi arama davranışı, sağlık anksiyetesi, siberkondria düzeylerini etkileyebileceği ve sonuçlarımızı değiştirebileceği düşünülmüştür. Buna rağmen Türkiye’de sağlıklı popülasyonda SŞÖ-33 formu kullanılarak, 2018 yılında 337 üniversite öğrencisinde yapılan çalışmada siberkondria toplam puan ortalaması 75.47 olarak bildirilmiştir (131). 2205 sağlıklı gönüllü ile yapılan diğer bir çalışmada ise siberkondria toplam puan ortalaması 71.1 olarak bulunmuştur (160).

Çalışmamızda ise siberkondria şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları, majör depresif bozukluk grubunda 75.80, anksiyete bozukluğu grubunda 75.68, sağlıklı kontrol grubunda 67.20 olarak saptanmıştır. Pandemi nedeni ile siberkondria toplam puanlarının artması beklenirken, örneklemimizdeki siberkondria toplam puan ortalamalarının daha önceki çalışma ortalamaları ile benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, verilerimizin pandemiden belirgin düzeyde etkilenmediği yönünde yorumlanmıştır.

Daha önce yapılan çalışmalarda siberkondria ve obsesif kompulsif semptomlar arasında anlamlı ilişkinin varlığı bildirilmiştir (9, 94). Çalışmamızda siberkondrianın obsesif kompulsif yönünü araştıran yöntem kullanmaması önemli kısıtlılıklarındandır.

Ayrıca çalışmamızda anksiyete bozukluğu grubundan sadece yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hastaları değerlendirilmiştir. Bu durum verilerimizin tüm anksiyete bozukluklarına genellenemeyeceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki çıkarımlar kesitsel olmakla birlikte korelasyon yoluyla elde edildiğinden neden-sonuç ilişkisi hakkında yorum yapılamamaktadır. Gelecekteki

araştırmaların siberkondria ve ilişkili faktörleri daha geniş örneklem gruplarında, uzunlamasına değerlendirmesi önerilmektedir.

Verilerimizin öz bildirim ölçekleri aracılığıyla elde edilmesi hatırlama yanlılığına neden olabileceğinden çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir.

Örneklem sayımızın yetersiz olması sonuçların hasta gruplarına genellenmesine engel olmaktadır. Gelecekteki yüksek örneklem grubu ile yapılacak çalışmalarda, psikiyatrik hastalıklar ve siberkondria arasındaki ilişki daha iyi anlaşılabilecektir.

2020 yılında yayınlanan bir metaanalizde siberkondria şiddet puan ortalamalarının kadınlarda erkeklere oranla yüksek olduğu gösterilmiştir (159). Yine 2016 yılında yapılan çalışmada kadınların erkeklere oranla daha yüksek oranda siberkondria puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (126). Örneklem sayımızın kısıtlı olması nedeni ile siberkondria düzeylerinin kadın ve erkeklerde görölme oranı hakkında veri sağlanamamıştır.

Her ne kadar örneklem gruplarımızda eşlik eden kronik fiziksel hastalığı olan katılımcı sayısı az olsa da, gelecekte yapılacak çalışmalarda psikiyatrik hasta grubunda ve sağlıklı gönüllülerde eşlik eden kronik fiziksel hastalıklar, siberkondria düzeylerini etkileme potansiyeli nedeniyle dikkate alınmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörleri araştıran ilk çalışma olması nedeniyle literatüre önemli katkı sağlamaktadır.

Sağlık anksiyetesi ve internet bağımlılığı ile siberkondria arasında önemli ölçüde ilişkili olduğu görünse de siberkondrianın sadece bu durumlarla açıklanamayacak çok daha karmaşık belirtilere sahip bir sendrom olduğu görüşü desteklenmiştir.

Siberkondrianın majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarına kıyasla daha az oranda olsa da hayat kalitesi ve hastaneye başvuru etkileyerek ciddi bir halk sağlığı sorunu olabileceği görülmektedir.

Anksiyete ve majör depresif bozukluk hasta grubunda anksiyete ve depresyon ölçek puanları arttıkça siberkondria toplam puanlarının arttığının saptanması, psikiyatrik hasta popülasyonunda siberkondria belirtilerinin sorgulanması ve ilişkili faktörlerin araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının, hastaların çevrimiçi arama ve bu durumun sonuçlarının yönetimiyle ilgili bilgi sahibi olmaları önemlidir. Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması, çevrimiçi arama sırasında doğru ve güvenilir kaynakları ayırt etmeyi sağlayacağından patolojik davranış gelişimini önleyeceği düşünülmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluk ve hastalık anksiyetesi bozukluğunu içeren geniş örneklemli hasta gruplarında siberkondria düzeyinin araştırılması, hem siberkondrianın yapısını daha iyi anlamaya yardımcı olacak hem de klinik yansımaları hakkında ayrıntılı bilgiler sunacaktır.

Siberkondrianın yaşam kalitesini bozan, hastane başvurusu artışı ile ciddi bir kamu yüküne neden olan bir durum olması nedeniyle gelecekteki araştırmalar siberkondria ile ilişki faktörleri araştırırken aynı zamanda semptomları tedavi etme ve önlemenin yöntemlerini belirlemelidir.

7. Kaynaklar

1. statista. 2020 [Available from: <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/>. Erişim tarihi: 27.05.2020
2. TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2019 [Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 Erişim tarihi: 27.05.2020
3. Fox S, Duggan, M., 2013. Health Online 2013. 2020 [Available from: www.pewinternet.org/2013/01/15/health-online-2013. Erişim tarihi: 27.05.2020
4. McDaid D PA-L. Online health: untangling the web [Available from: http://www.bupa.com.au/staticfiles/Bupa/HealthAndWellness/MediaFiles/PDF/LSE_Report_Online_Health.pdf Erişim tarihi: 27.05.2020
5. TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2019 Son Üç Ay İçinde İnternet Kullanan Bireylerin İnterneti Kişisel Kullanma Amaçları 27.05.2020 [Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 Erişim tarihi: 27.05.2020
6. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. ACM Transactions on Information Systems (TOIS). 2009;27(4):1-37.
7. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. Expert Review of Neurotherapeutics. 2013;13(2):205-13.
8. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick H, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological medicine. 2002;32(5):843-53.
9. Fergus TA, Russell LH. Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive-compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. Journal of anxiety disorders. 2016;38:88-94.
10. Fergus TA. Cyberchondria and intolerance of uncertainty: examining when individuals experience health anxiety in response to Internet searches for medical information. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2013;16(10):735-9.

11. Bajcar B, Babiak J. Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive-compulsive symptoms in a community sample. *Current Psychology*. 2019;1-12.
12. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(2):259-65.
13. 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 research*. 2018;261:204-11.
14. Arne O. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. of H, Press eNYTG, editors2000. 573-93 p.
15. Özer Ş, Tükel R. Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa tarihçesi. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*2006. 3-15 p.
16. Berrios G. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century. Cambridge University Press;1996.
17. Nutt DJ. Anxiety Disorders. Blackwell Science Publishing;2003.
18. Genctan E. Psikanaliz ve Sonrası (On Birinci basım). İstanbul: Metis Yayınları2005.
19. Stanley MA. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 2000(20):731-54.
20. Uzbay İ. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002(5):5-13.
21. Charnes DS SB. Anxiety Disorders: Introduction and Overview. Lippincott Williams & Wilkins, New York2005. 1718-9 p.
22. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
23. Dupont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*. 1996;2(4):167-72.
24. Köroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, DSM-VTR2014. 54-62 p.
25. Kırılı S. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Tedavi ve Diğer Anksiyete Bozuklukları ile ilişkisi. Bursa: Özsan Matbaacılık2000.
26. Wittchen H-U, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(5):355-64.

27. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. The American journal of psychiatry. 1994.
28. Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006. 469-70 p.
29. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacologia. 1964;5(6):397-408.
30. Sanderson WC, Barlow DH. A description of patients diagnosed with DSM-III—R generalized anxiety disorder. Journal of Nervous and Mental Disease. 1990.
31. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. Depression and anxiety. 2001;13(2):78-88.
32. Brown TA. The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: current evidence and conceptual models. The Canadian Journal of Psychiatry. 1997;42(8):817-25.
33. Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk M, Rezaki M. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara. 1993.
34. Erol N, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. 1998.
35. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):276-85.
36. Sadock BJ, Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatria: Wolters Kluwer Health; 2016.
37. Sevinçok L. Yaygın anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri. 2007;10:3-12.
38. Tükel R. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Patogenezi. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2006. 481-508 p.
39. Borkovec TD, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. 2004;2004.
40. Köroğlu E. Psikozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Yayıncılık. 2004.
41. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. Clinical psychology review. 2007;27(5):572-81.

42. Ünsalver BÖ, Balcıoğlu İ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2006;37:115-20.
43. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. The American journal of psychiatry. 1994.
44. Ceylan M, Yazan B. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri: Anksiyete bozuklukları. Chapter. 2000;2:43-66.
45. Alkın T. Panik bozukluğu ve agorafobi. Anksiyete Bozuklukları (Ed: R Tükel), Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara. 2000:5-37.
46. Etik Ç, Taner E, Aslan S, Işık E, editors. Panik bozukluğu: solunumsal alt tipler, yakın ve geçmiş yaşam olaylarının rolü. Yeni Symposium; 2007.
47. Johnson MH, Magaro PA. Effects of mood and severity on memory processes in depression and mania. Psychological Bulletin. 1987;101(1):28.
48. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri 2015. 261-96 p.
49. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık. 2003:5-11.
50. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen H-U. Epidemiology of Mood Disorders. 2006.
51. Kuey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, ele alma, yönlendirme. Psikiyatri Dünyası. 1998(1):5-12.
52. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders: American Psychiatric Pub; 2007.
53. Ellenberger HF. Psychiatry from ancient to modern times: Verlag nicht ermittelbar; 1974.
54. Yetkin S, Özgen F. Tarihsel Bakış İçinde Depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2007;3(47):1-5.
55. Yazıcı MO. Duygudurum Bozuklukları: Kavram ve Tarihçe. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2007;3(29):1-4.
56. Karg RS, Bose J, Batts KR, Forman-Hoffman VL, Liao D, Hirsch E, et al. Past year mental disorders among adults in the United States: results from the 2008–2012 Mental Health Surveillance Study. CBHSQ Data Review: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014.
57. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on

Alcoholism and Related Conditions. Archives of general psychiatry. 2005;62(10):1097-106.

58. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychological medicine. 2010;40(2):225-37.
59. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. The British journal of psychiatry. 2004;184(5):386-92.
60. Işık U, Işık E. Çocuk, Ergen, erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Rotatıp Kitabevi2013. 21-35 p.
61. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression: report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. Journal of affective disorders. 2003;77(2):97-108.
62. Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld R. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. The American journal of psychiatry. 1986.
63. Eurobarometer F. European citizens' digital health literacy. A report to the European Commission. 2014.
64. Prescott C. Internet access—households and individuals: 2015. London: Office for National Statistics. 2015.
65. Prestin A, Vieux SN, Chou W-yS. Is online health activity alive and well or flatlining? Findings from 10 years of the Health Information National Trends Survey. Journal of health communication. 2015;20(7):790-8.
66. Fox S, Jones S. The social life of health information. Pew Research Center. 2009.
67. Hallyburton A, Evarts LA. Gender and online health information seeking: A five survey meta-analysis. Journal of Consumer Health on the Internet. 2014;18(2):128-42.
68. Nikoloudakis IA, Vandelanotte C, Rebar AL, Schoeppe S, Alley S, Duncan MJ, et al. Examining the correlates of online health information-seeking behavior among men compared with women. American journal of men's health. 2018;12(5):1358-67.
69. Lee YJ, Boden-Albala B, Larson E, Wilcox A, Bakken S. Online health information seeking behaviors of Hispanics in New York City: a community-based cross-sectional study. Journal of medical Internet research. 2014;16(7):e176.

70. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry*. 2015;14(1):97.
71. Bagarić B, Jokić-Begić N. Cyberchondria–Health Anxiety Related to Internet Searching. *Socijalna psihijatrija*. 2019;47(1):28-50.
72. Ahmadvand A, Gatchel R, Brownstein J, Nissen L. The biopsychosocial-digital approach to health and disease: call for a paradigm expansion. *Journal of medical Internet research*. 2018;20(5):e189.
73. Scullard P, Peacock C, Davies P. Googling children's health: reliability of medical advice on the internet. *Archives of disease in childhood*. 2010;95(8):580-2.
74. Semigran HL, Linder JA, Gidengil C, Mehrotra A. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *bmj*. 2015;351:h3480.
75. Starcevic V. Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2017;86(3):129-33.
76. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: An old phenomenon in a new guise. *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise*. 2015:106-17.
77. Belling CF. Hypochondriac hermeneutics: medicine and the anxiety of interpretation. *Literature and medicine*. 2006;25(2):376-401.
78. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA. Advances in understanding illness anxiety. *Current psychiatry reports*. 2008;10(4):311-7.
79. Recupero PR. The mental status examination in the age of the Internet. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 2010;38(1):15-26.
80. Aiken M, Kirwan G. The psychology of cyberchondria and cyberchondria by proxy. *Cyberpsychology and new media: A thematic reader*. 2013:158-69.
81. Bati AH, Mandiracioglu A, Govsa F, Çam O. Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse education today*. 2018;71:169-73.
82. Altındış S, İnci MB, Aslan FG, Altındış M. Üniversite çalışanlarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(2):359-70.
83. Loos A. Cyberchondria: too much information for the health anxious patient? *Journal of Consumer Health On the Internet*. 2013;17(4):439-45.
84. 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. *Journal of anxiety disorders*. 2012;26(1):189-96.

85. Starčević V. Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: close relatives separated by nosological schemes? *American Journal of Psychotherapy*. 1990;44(3):340-7.
86. 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. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2014;7.
87. Taylor S, Asmundson GJ. *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*: Guilford Press; 2004.
88. McMullan RD, Berle D, Arnáez S, Starcevic V. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2019;245:270-8.
89. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2017;45(2):110-23.
90. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 2006;29(2):503-19.
91. Fergus TA. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(6):504-10.
92. Kobori O, Salkovskis PM. Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2013;41(1):1-23.
93. Bajcar B, Babiak J, Olchowska-Kotala A. Cyberchondria and its measurement. The Polish adaptation and psychometric properties of the Cyberchondria Severity Scale CSS-PL. *Polish Psychiatry*. 2019;53(1):49-60.
94. Norr AM, Oglesby ME, Raines AM, Macatee RJ, Allan NP, Schmidt NB. Relationships between cyberchondria and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psychiatry research*. 2015;230(2):441-6.
95. Norr AM, Allan NP, Boffa JW, Raines AM, Schmidt NB. Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. *Journal of anxiety disorders*. 2015;31:58-64.
96. Starcevic V, Baggio S, Berle D, Khazaal Y, Viswasam K. Cyberchondria and its relationships with related constructs: A network analysis. *Psychiatric quarterly*. 2019;90(3):491-505.

97. Deacon B, Abramowitz JS. Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008;22(2):115-27.
98. Solem S, Borgejordet S, Haseth S, Hansen B, Håland Å, Bailey R. Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015;5:76-81.
99. Starcevic V. Boundaries and overlap between hypochondriasis and other disorders: Differential diagnosis and patterns of co-occurrence. *Current Psychiatry Reviews*. 2014;10(1):24-33.
100. Hedman E, Ljótsson B, Axelsson E, Andersson G, Rück C, Andersson E. Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive symptoms in severe health anxiety: An investigation of symptom profiles. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017;45:80-6.
101. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*: Princeton university press; 2015.
102. Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: Part I—The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of general hospital psychiatry*. 2003;2(1):2.
103. Marcus DK. The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999;47(1):79-91.
104. Rizwan M, Ahmad R. Self-esteem deficits among psychiatric patients. *Sage Open*. 2015;5(2):2158244015581649.
105. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37:S29-S52.
106. Spada MM. An overview of problematic Internet use. *Addictive behaviors*. 2014;39(1):3-6.
107. Laconi S, Vigouroux M, Lafuente C, Chabrol H. Problematic internet use, psychopathology, personality, defense and coping. *Computers in Human Behavior*. 2017;73:47-54.
108. Ivanova E. Internet addiction and cyberchondria-Their relationship with Well-Being. *The Journal of Education, Culture, and Society*. 2013(1):57-70.
109. Weinstein A, Aboujaoude E. 1 Problematic Internet Use. *Mental Health in the Digital Age: Grave Dangers, Great Promise*. 2015:7.
110. Singh K, Brown RJ. Health-related Internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2014;27(5):542-54.

111. Fergus TA, Spada MM. Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(6):1322-30.
112. Norr AM, Albanese BJ, Oglesby ME, Allan NP, Schmidt NB. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*. 2015;174:64-9.
113. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological bulletin*. 2009;135(6):974.
114. Raines AM, Oglesby ME, Capron DW, Schmidt NB. Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(2):71-6.
115. Taylor S. Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2003;17(2):179-86.
116. Carleton RN, Norton MPJ, Asmundson GJ. Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21(1):105-17.
117. Fergus TA, Bardeen JR. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2013;55(6):640-4.
118. Fetzner MG, Asmundson GJ, Carey C, Thibodeau MA, Brandt C, Zvolensky MJ, et al. How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? *Cognitive behaviour therapy*. 2014;43(3):262-74.
119. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(4):391-408.
120. Robbins JM, Kirmayer LJ. Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological medicine*. 1996;26(3):575-89.
121. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical care*. 2001;705-15.
122. Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, Macfarlane G. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care—a cohort study. *Psychological medicine*. 2004;34(4):719-28.
123. Mykletun A, Heradstveit O, Eriksen K, Glozier N, Øverland S, Mæland JG, et al. Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosomatic medicine*. 2009;71(3):353-60.

124. Noyes R. Hypochondriasis and health anxiety: a guide for clinicians. *Australasian Psychiatry*. 2015;23(3):307-8.
125. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. *Psychosomatic medicine*. 2016;78(1):13-25.
126. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *International journal of behavioral medicine*. 2016;23(5):595-605.
127. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*. 2016;57(4):390-400.
128. Ghaddar SF, Valerio MA, Garcia CM, Hansen L. Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of school health*. 2012;82(1):28-36.
129. Bouman TK. Cognitive and Behavioral Models and Cognitive-Behavioral and Related Therapies for Health Anxiety and Hypochondriasis. *Hypochondriasis and Health Anxiety A guide for clinicians*. 2014:149-98.
130. Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of anxiety disorders*. 2020;69:102150.
131. Selvi Y, Turan SG, Sayin AA, Boysan M, Kandeger A. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. *Sleep and Hypnosis (Online)*. 2018;20(4):241-6.
132. 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):330-5.
133. Ware Jr JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25(24):3130-9.
134. Kocyigit H. Kisa Form-36 (KF-36) nin Turkce versiyonunun guvenirligi vegecerliligi.[Validity and reliability of Turkish version of SF-36]. *J Drug Ther*. 1999;12:102-6.
135. Sinha R, van den Heuvel WJ, Arokiasamy P. Validity and reliability of MOS short form health survey (SF-36) for use in India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2013;38(1):22.
136. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*. 1999;15(3):205-18.
137. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163-72.

138. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J Psychol. 1989;7:3-13.
139. Aydemir Ö, Kirpinar I, Tülay S, Uykur B, Cengiz C. Reliability and validity of the Turkish version of the health anxiety inventory. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2013;50(4):325.
140. Karaer E, Aktaş S, Aslan S. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2012;15:41-8.
141. Young KS. Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction--and a winning strategy for recovery: John Wiley & Sons; 1998.
142. Pawlikowski M, Altstötter-Gleich C, Brand M. Validation and psychometric properties of a short version of Young's Internet Addiction Test. Computers in Human Behavior. 2013;29(3):1212-23.
143. Kutlu M, Savcı M, Demir Y, Aysan F. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formunun Türkçe uyarlaması: Üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016;17(1):69-76.
144. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Comorbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. Psychological medicine. 2008;38(3):365.
145. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2007;9(6):437.
146. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Archives of general psychiatry. 1998;55(5):405-13.
147. Berger A, Dukes E, Wittchen H-U, Morlock R, Edelsberg J, Oster G. Patterns of healthcare utilization in patients with generalized anxiety disorder in general practice in Germany. The European Journal of Psychiatry. 2009;23(2):90-100.
148. Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour research and therapy. 1986;24(5):597-602.
149. Hart J, Björgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. Bulletin of the Menninger Clinic. 2010;74(2):122-40.
150. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. Current psychiatry reports. 2018;20(7):49.

151. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. *BJPsych Advances*. 2018;24(1):66-72.
152. Cheng C, Li AY-l. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014;17(12):755-60.
153. Husain N, Chaudhry I, Ahmed G. Self-esteem and obsessive compulsive disorder. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(1):64-8.
154. Fergus TA, Dolan SL. Problematic internet use and internet searches for medical information: the role of health anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014;17(12):761-5.
155. Singh K, Brown RJ. From headache to tumour: An examination of health anxiety, health-related Internet use and 'query escalation'. *Journal of Health Psychology*. 2016;21(9):2008-20.
156. Te Poel F, Baumgartner SE, Hartmann T, Tanis M. The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *Journal of anxiety disorders*. 2016;43:32-40.
157. Norr AM, Capron DW, Schmidt NB. Medical information seeking: impact on risk for anxiety psychopathology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2014;45(3):402-7.
158. Fergus TA. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *Journal of affective disorders*. 2015;184:305-9.
159. Vismara M, Caricasole V, Starcevic V, Cinosi E, Dell'Oso B, Martinotti G, et al. Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*. 2020:152167.
160. Uzun SU, Zencir M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Current Psychology*. 2018:1-7.

8. ÖZET

Giriş: Dünyada ve ülkemizde her geçen gün çevrimiçi sağlık bilgisi arama sıklığı artmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgi edinmek için yapılan aşırı veya tekrarlanan çevrimiçi aramalarla ilişkili artan sağlık kaygısı veya sıkıntı, siberkondria olarak adlandırılmaktadır. Siberkondria ve sağlık kaygısı büyük oranda örtüşse de çalışmalar iki ayrı durum olduklarını bildirilmiştir. Sağlıklı gönüllüler ile yapılan çevrimiçi çalışmalarda, siberkondrianın obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete duyarlılığı, düşük benlik saygısı, internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu, işlevsellikte bozulmaya neden olduğu ve fazla sayıda hastane başvurusuna yol açtığı bildirilmiştir. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarında siberkondria düzeylerinin yaşam kalitesine ve hastane başvurusu üzerine etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem : DSM-V'e göre klinik görüşme ile yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk tanısı olan 50 hasta, majör depresif bozukluk tanısı olan 50 hasta ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 50 kontrol dahil edilmiştir. 18-65 yaş arası, bilişsel işlevleri etkileyebilecek nörolojik hastalığı olmayan, en az ilkokul mezunu, internet kullanabilen kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Siberkodri Şiddet Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği , Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği uygulanmıştır. Son altı aylık psikiyatri ve psikiyatri dışı tüm bölümlere başvuruları e-nabız sistemi üzerinden kayıt edilmiştir.

Bulgular: Anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastaların sağlıklı gönüllülerden daha fazla psikiyatri dışı bölümlere başvurduğu ancak hasta ve kontrol grubu arasında siberkondria toplam puanları açısından anlamlı fark olmadığı,

sadece siberkondrianın aşırı kaygı alt ölçeğinin anksiyete bozukluğu hastalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt ölçeği hariç tüm alt ölçeklerinde, hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalığı olmayan grupta siberkondria toplam puanları arttıkça fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü hariç diğer tüm alanlarda yaşam kalitesinin önemli ölçüde düştüğü gösterilmiştir. Tüm gruplarda sağlık anksiyetesi arttıkça siberkondria toplam puanlarının arttığı gözlenmiştir. Majör depresif bozukluk ve psikiyatrik hastalığı olmayan grupta, internet bağımlılığı ve siberkondria toplam puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta gruplarında anksiyete ve depresyon ölçek puanlarında artmanın, siberkondria düzeyini artırdığı saptanmıştır.

Sonuç: Sağlık anksiyetesi ve internet bağımlılığı ile siberkondria arasında önemli ölçüde ilişkili olduğu görünse de siberkondrianın sadece bu durumlarla açıklanamayacak çok daha karmaşık belirtilere sahip bir sendrom olduğu görüşü desteklenmiştir. Siberkondrianın majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarına kıyasla daha az oranda olsa da hayat kalitesi ve hastaneye başvuru etkileyerek ciddi bir halk sağlığı sorunu olabileceği görülmektedir. Anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk hastalarının siberkondria açısından ayrıntılı değerlendirilmesi gerekmektedir. Daha geniş klinik örneklemli araştırmalar, hem siberkondrianın yapısını daha iyi anlamamıza yardımcı olacak hem de klinik yansımaları hakkında ayrıntılı bilgiler sunacaktır.

9. SUMMARY

Introduction: The frequency of searching online health information is increasing day by day in the world and in our country. Increased health anxiety or distress associated with excessive or repeated online searches for health information is called cyberchondria. Although cyberchondria and health anxiety overlap largely, studies have been reported to be two separate situations. In online studies with healthy volunteers, cyberchondria has been reported to be associated with obsessive compulsive symptoms, anxiety sensitivity, low self-esteem, internet addiction, causing dysfunction in functionality, and leading to a large number of hospital applications. In this study, the effect of cyberchondria levels on quality of life and hospital admission was investigated in patients with anxiety disorder and major depressive disorder.

Materials and Methods: According to DSM-5 diagnostic criteria, 50 patients with generalized anxiety disorder, panic disorder, 50 patients with major depressive disorder and 50 controls without a history of psychiatric illness were included with clinical interview. The individuals between the ages of 18-65 who have no neurological disease that may affect cognitive functions, at least primary school graduates and who can use the internet were included in the study. Sociodemographic Data Form, Cyberchondria Severity Scale, SF-36 Quality of Life Scale, Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Health Anxiety Scale, Young Internet Addiction Scale were applied to the participants. Applications to all departments of psychiatry and non-psychiatry for the last six months were recorded via the e-nabız system.

Results: It was found that anxiety disorder and major depressive disorder patients applied to non-psychiatric departments more than healthy volunteers, but there was no significant difference between the patient and the control group in terms of total scores of siberkondria, only the excessive anxiety subscale of cyberchondria was higher in patients with anxiety disorder than healthy controls. SF-36 quality of life scale was found to be lower in all sub-scales, except for the physical function subscale, compared to healthy controls in patient groups. As the total scores of siberkondria increased in the group without psychiatric disease, it was shown that the quality of life decreased significantly in all areas except physical and emotional role difficulties. It was observed that the total scores of cyberchondria increased as health anxiety increased in all groups. In the group major depressive disorder and without psychiatric disease, a positive correlation was found between internet addiction and cyberchondria total scores. An increase in anxiety and depression scale scores in patient groups was found to increase the level of cyberchondria.

Conclusion: Although it seems to be significantly related between health anxiety and internet addiction and cyberchondria, the view that cyberchondria is a syndrome with much more complex symptoms that cannot be explained only by these situations is supported. Although cyberchondria is less in comparison with major depressive disorder and anxiety disorders, it can be seen that it may be a serious public health problem by affecting quality of life and hospital admission. Anxiety disorder and major depressive disorder patients should be evaluated in detail for cyberchondria. Studies with larger clinical samples will help us better understand the structure of cyberchondria and provide detailed information about its clinical implications.

10.EKLER

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

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Yaş					
Cinsiyet	() Kadın	() Erkek			
Medeni durum	() Bekâr	() Evli	() Dul	() Ayrılmış	
Eğitim durumu	() Okuryazar değil	() İlköğretim	() Lise	() Üniversite	
Meslek	() Öğrenci	() Ev hanımı	() Memur	() Özel sektör	() Diğer
Sigara kullanımı	() Yok	() Var			
Alkol kullanımı	() Yok	() Var			
Madde Kullanımı	() Yok	() Var			
Sosyal Güvence	() SGK	() Yeşil Kart	() Özel Sigorta	() Yok	
Gelir Düzeyi	() Yok	() Asgari Ücret Altı	() Asgari Ücret Üstü	() Asgari Ücret	
Kronik Hastalıklar	() Yüksek Tansiyon	() Diyabet	() Kalp Hastalığı	() Akciğer Hastalıkları	
Psikiyatrik Hastalık Süresi	() yıl () ay				
Psikiyatrik Tedaviler					
Psikiyatri Yatışı	() Yok	() Var	Var ise Sayısı :		

Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SSÖ)

Cinsiyet

Erkek ____

Kadın ____

Yaş ____

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 aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size genel olarak ne şekilde uyduğunu düşününüz. Bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu, bunu gösteren sayıyı karalayarak belirtiniz.

Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Vücudumda sebebi belirsiz bir his/ağrı fark edersem internette bunu araştırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Aynı belirtileri internette birden fazla sefer aratırım.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, Facebook/Twitter/diğer sosyal ağlarda geçirdiğim zamanı kısıtlar.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilgili internette arama yapmak beni doktorumdan yardım almaya iter.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internet taramalarından sonra rahatlamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, diğer konulardaki araştırmalarımı kısıtlar (örn. işim/ üniversitedeki projem/ödevim için olan aramalar).	☐	☐	☐	☐	☐
7. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internetteki aramalardan sonra daha kolay sinirlenir veya gerginleşirim.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak boş zamanlarımdaki internet etkinliklerimi (örn. film seyretmek) kısıtlar.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Doktor ya da tıbbi uzmanın fikirlerini yaptığım internet aramalarından daha çok önemserim.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bendeki belirtinin az görülen/ciddi bir durumla ilişkili olduğunu internette okuduğum zaman paniğe kapılırım.	☐	☐	☐	☐	☐

11. Belirtiler veya tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yaparken, tanı almış veya konuyla ilgili kişilerin kendi tıbbi durumlarını, belirtilerini ve deneyimlerini tartıştıkları forumları ziyaret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internetteki aramalar, işlerimi (örn., email yazmamı, word dokümanları veya elektronik tablolar üzerinde çalışmamı) kısıtlar.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Algıladığım aynı durumla ilgili farklı web sayfalarını okurum.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internet aramaları, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi olumsuz etkiler (arkadaşlarımla/ailemle geçirdiğim zamanı azaltır).	☐	☐	☐	☐	☐
15. Internette bulduğum tıbbi bilgileri doktorumla/tıbbi uzmanımla tartışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Doktoruma/tıbbi uzmanıma internette hakkında okuduğum tanı yöntemlerinin (örn. biyopsi, özel bir kan testi gibi) benim için gerekli olabileceği yönünde öneride bulunurum.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, beni güncel/spor/eğlenceli haberleri internette okumaktan alıkoyar.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Kendimde olduğumu düşündüğüm belirtilerle ilgili olarak aynı web sayfalarını birden fazla kere okurum.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Bir belirtiyi internette arattığımda, sayfanın web aramasındaki sırasının bir hastalığın görülme sıklığıyla ilişkili olduğunu, daha sık görülen hastalıkların arama sonuçlarında daha yukarıda yer aldığını hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ciddi bir hastalık hakkında internette bir şeyler okuyana kadar kendimi daha iyi hissettiğimi düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumları internette araştırırken, güvenilir siteleri ziyaret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumları internette araştırdıktan sonra kendimi daha kaygılı veya stresli hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumları internette arattıktan sonra midemde rahatsızlık hissettiğim için iştahım kesilir.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, benim internetteki iletişimimi (örn. anında mesajlaşma, Skype gibi) olumsuz etkiler veya yavaşlatır.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, internet dışındaki çalışma aktivitelerimi kısıtlar.	☐	☐	☐	☐	☐

26. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, beni başka tıbbi uzmanlardan (örn. uzman doktorlardan) yardım almaya iter.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Kendimde olduğumu düşündüğüm tıbbi durumlarla ilişkili internetteki bilgiyi doktorumla tartışmak beni rahatlatır.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Doktor/tıbbi uzmanın tanısına internette kendi kendime koyduğum tanılardan daha çok güvenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
29. İnternette karşılaştığım belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili endişelerime engel olmak bana zor gelir.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yaparken hem güvenilir siteleri hem de kullanıcıların yönlendirdiği siteleri ziyaret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yaptıktan sonra karşılaştığım şeyler kafama takıldığı için uyumakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Bazen “ <i>Bu belirti veya hastalığı internette okumamış olsaydım doktora gitmeyecektim</i> ” şeklinde düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Doktorum/tıbbi uzmanım internetteki tıbbi arama sonuçlarımın doğru olmadığını söylediğinde, endişelenmekten vazgeçerim.	☐	☐	☐	☐	☐

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta

Kötü

☐₁

☐₂

☐₃

☐₄

☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi

Biraz iyi

Hemen hemen aynı

Biraz daha kötü

Çok daha kötü

☐₁

☐₂

☐₃

☐₄

☐₅

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevapı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

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

1. (a) Sağlığımı ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığımı ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığımı ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığımı ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağır/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağır/ acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağır/ acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağır/ acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir 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) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımı ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

Ekbölüm

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 sağlığımla 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 bir çok 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.

YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ - KISA FORMU (YİBT-KF)

AÇIKLAMA: Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumları hangi sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman

	1	2	3	4	5
1. Hangi sıklıkta planladığınızdan daha fazla internette kalırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Hangi sıklıkta ailenizle ilgili işleri ihmal ederek internette daha fazla zaman harcarsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Okul veya ders ile ilgili çalışmalarınız hangi sıklıkta internette harcadığınız süre yüzünden zarar görmektedir?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Birileri internette ne yaptığınızı sorduğunda hangi sıklıkta sır gibi saklar veya savunmaya geçersiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Birileri siz internette iken canınızı sıkarsa hangi sıklıkta onları tersler, onlara bağırır ve öfkeli davranırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hangi sıklıkta gece internette harcadığınız süre yüzünden uykusuz kalırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
7. İnternete bağlı değilken hangi sıklıkta internetle avunur veya internete bağlı olduğunuz hayalini kurarsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. İnternette iken hangi sıklıkta kendinizi 'birkaç dakika daha' derken bulursunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Hangi sıklıkta internette harcadığınız zamanı azaltmak için uğraşırsınız ve başarısız olursunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ne kadar süre internette olduğunuzu hangi sıklıkta saklamaya çalışırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Hangi sıklıkta başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman harcamayı tercih edersiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. İnternete bağlanamadığınızda hangi sıklıkta kendinizi bunalımda, karamsar ve sinirli hissedip, internete bağlandığınızda bu şikayetlerinizin hemen geçtiğini görürsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐

Ölçek kaynak gösterilerek kullanılabilir.



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araş.Gör.Yasın DUMAN'ın, uzmanlık tez çalışması olan "*Anksiyete Bozukluğu ve Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda, Siberkondri Düzeylerinin, Yaşam Kalitesi ve Hastane Başvuru Sayısına Etkisi*" adlı çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 04.02.2020 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-103

Ek: 1 Liste

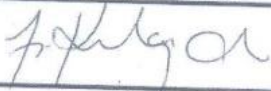
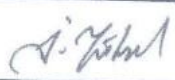
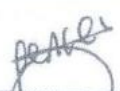
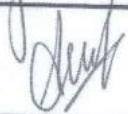
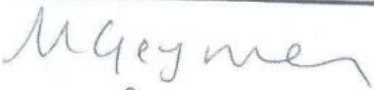
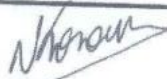
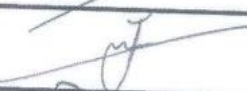
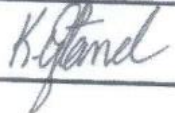


Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Burak Cıtrak
Birim Evrak Sorumlusu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 04/02//2020		TOPLANTI SAYISI : 02	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Başkan			
Prof.Dr. C. Haluk BODUR		KATILAMADI	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Gülşay BAYRAMOĞLU			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA			
Doç.Dr.Nihan KAFA		İZİMLİ	
Doç.Dr.Necdet KARASU			
Doç.Dr.İlyas OKUR			
Doç.Dr.Kemal ÖZTEMEL			

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı : YASİN

Soyadı : DUMAN

Dogum Yeri ve Tarihi: Konya / 01.07.1989

Eğitimi:

- Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi - Lisans 2013
- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı (Tıpta Uzmanlık) 2014-2017
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı (Tıpta Uzmanlık) 2017- Halen devam ediyor

Yabancı Dili : İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluslar:

- Türkiye Psikiyatri Derneği