

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

ÇORUM İLİNDE, 3. BASAMAK SAĞLIK
KURULUŞUNA BAŞVURAN GEBELERDE,
SİBERKONDRI ve GEBELİK İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa KUT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM/2023

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

ÇORUM İLİNDE, 3. BASAMAK SAĞLIK
KURULUŞUNA BAŞVURAN GEBELERDE,
SİBERKONDRI ve GEBELİK İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa KUT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM/2023

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Mustafa KUT tarafından hazırlanan “Çorum İlinde, 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerde, Siberkondri ve Gebelik İlişkisinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye: Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Nurcan BAYKAM
Dekan V.

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca gerek mesleki gerek hayat tecrübelerinden çok şey öğrendiğim, dinlemekten çokça keyif aldığım, her zaman farklı bakış açısı edindiğim, örnek aldığım değerli hocalarım Prof. Dr. Derya (İren) AKBIYIK, Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN ile hem eğitimim hem de tez sürecinde içten yakınlığımı hissettiğim, mesleğine olan aşkına hayran olduğum değerli hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'a,

Klinik rotasyonlar sürecinde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım tüm hocalarıma,

Beraber çalıştığım, bana yol arkadaşlığı yapan, uzman olmuş veya eğitim süreci devam eden tüm asistan arkadaşlarıma,

Beni bu günlere getiren, evlatları olmaktan her zaman gurur duyduğum, haklarını asla ödeyemeyeceğim sevgili annem Fadime ve sevgili babam Nazım KUT'a,

Bana her zaman yol gösteren, ihtiyacım olduğunda yanımda olan, sevgili abim Onur KUT'a,

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Mustafa Kut

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR	VII
VI. TABLO LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnternet Kullanımı ve Sağlık Bilgisi Arama	3
2.2. İnternet ve İnternette Sağlık Bilgisi Aramanın Faydaları ve Zararları	4
2.3. Siberkondri	5
2.4. Siberkondri İle İlişkili Faktörler	7
2.5. Gebelik Fizyolojisi	10
2.6. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Problemler	13
2.7. Gebelikte Yaşanan Psikolojik Problemler	14
2.8. Gebelikte Sağlık Bilgisi İhtiyacı ve Bilgi Kaynakları	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi	17
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.3. İşlem	18
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	18
3.4.2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	19
3.5. Verilerin Analizi	19
3.6. Araştırmanın Bütçesi	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	38
7. KAYNAKLAR	40

8. EKLER.....	47
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	47
EK-2: EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ARAŞTIRMA İZNİ.....	47
EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	48
EK-4: SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ.....	50
EK-5: İNTİHAL RAPORU.....	52



III. ÖZET

Giriş ve Amaç: Çevrim içi bilgi arama davranışı cinsiyetler arası farklılık gösterebilmekle beraber, literatür incelendiğinde bu davranışın kadınlarda ve özellikle gebelerde daha fazla olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı; üçüncü basamak bir hastaneye başvuran gebelerde siberkondri düzeyini belirlemek ve siberkondri düzeyini etkileyen sosyodemografik faktörleri saptayarak daha dikkatli yaklaşılması gereken gebeleri tespit edip, bu gebelerin kaygı yönetimini sağlamak böylece olası yanlış uygulamalar ve komplikasyonların önüne geçebilmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 01.04.2023-30.06.2023 tarihleri arasında, Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan 73 gebeyle gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Katılımcılara araştırmacı ve yönetici tarafından hazırlanan, literatür araştırması ile oluşturulmuş Sosyodemografik Veri Formu ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma sonucunda; siberkondri toplam puanı ile eğitim ($r=0,398$; $p<0,01$), kronik hastalık ($r=0,246$; $p<0,01$), gebelik haftası ($r=-0,232$; $p<0,01$) ve bilgi kaynağı ($r=0,276$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi. Zorlanma puanının gebelikte riskli durum gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Kaygı puanının bilgi kaynağı gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Sağlık uzmanlarına güvensizlik puanının eğitim ve gebelik haftası gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Aşırılık puanının eğitim ve kronik hastalık sahibi olma gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). İçini rahatlatma puanının yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Sonuç: Gebelerde eğitim seviyesi arttıkça siberkondri seviyesi artmaktadır. Kronik hastalık varlığı da siberkondri seviyesini arttırmaktadır. Gebelik haftası arttıkça siberkondri seviyesi düşmektedir. Ayrıca sağlık sorunu yaşandığında başvuru bilgi kaynağı çeşidi siberkondri seviyesini etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Siberkondri, Gebelik, Sağlık Kaygısı

IV. ABSTRACT

Evaluation Of The Relationship Between Cyberchondria And Pregnancy In Pregnant Women Who Applied To A Tertiary Health Institution In Çorum

Introduction and Aim: Although online information seeking behavior may differ between genders, the literature shows that this behavior is more common in women and especially in pregnant women. The aim of this study was to determine the level of cyberchondria in pregnant women admitted to a tertiary hospital and to identify pregnant women who should be approached more carefully by determining the sociodemographic factors affecting the level of cyberchondria and to provide anxiety management of these pregnant women, thus preventing possible misapplications and complications.

Materials and Methods: This study was conducted between 01.04.2023-30.06.2023 with 73 pregnant women who met the inclusion criteria and applied to the Family Medicine and Obstetrics and Gynecology outpatient clinics of Çorum Erol Olçok Training and Research Hospital. Interviews were conducted face-to-face. The participants were administered the Sociodemographic Data Form and Cyberchondria Severity Scale, which were prepared by the researcher and the administrator based on a literature review.

Results: As a result of the study, statistically significant correlations were found between cyberchondria total score and education ($r=0,398$; $p<0,01$), chronic disease ($r=0,246$; $p<0,01$), gestational week ($r=-0,232$; $p<0,01$) and information source ($r=0,276$; $p<0,01$). The difference of the compulsion score according to the groups of risky status in pregnancy was statistically significant ($p<0,05$). The difference of anxiety score according to information source groups was statistically significant ($p<0,05$). The difference of the distrust of health care professionals score according to education and gestational week groups was statistically significant ($p<0,05$). The difference of the excessiveness score according to education and having a chronic disease groups was statistically significant ($p<0,05$). The difference in the relief score according to age groups was statistically significant ($p<0,05$).

Conclusion: The level of cyberchondria increases as the level of education increases in pregnant women. The presence of chronic diseases also increases the level of

cyberchondria. As the gestational week increases, the level of cyberchondria decreases. In addition, the type of information source consulted in case of a health problem affects the level of cyberchondria.

Keywords: Cyberchondria, Pregnancy, Health Anxiety



V. KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

hCG: İnsan Koryonik Gonadotropini

LH: Luteinleştirici Hormon

SCÖ: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Zorlantı Boyutunun Demografik ve Gebelik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	21
Tablo 2 Kaygı Boyutunun Demografik ve Gebelik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	23
Tablo 3 Sağlık Uzmanlarına Güvensizlik Boyutunun Demografik ve Gebelik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	25
Tablo 4 Aşırılık Boyutunun Demografik ve Gebelik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	28
Tablo 5 İçini Rahatlatma Boyutunun Demografik ve Gebelik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	30
Tablo 6 Siberkondri Ölçeği Puanları ile Demografik ve Gebelik Özellikleri Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları.....	32

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnternet kullanılarak bilgiye erişim kolay, ekonomik ve hızlıdır. Çeşitli cihazlar (bilgisayar, tablet, akıllı telefon gibi) kullanılarak, anonim bir şekilde bilgiye her zaman ulaşmak mümkündür(1). Bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte sağlık bilgisi aramak için internet kullanımı yaygınlaşmıştır. Avrupa’da 2020 yılında yapılan bir anket çalışmasına göre, 16-74 yaş arası yetişkinlerin %55’inin internetten sağlık bilgisi aradığı ve bu durumun 2010 yılına göre %21 oranında arttığı saptanmıştır(2). Yine Amerika Birleşik Devletleri’nde yetişkinlerin yarısından fazlası sağlık bilgisi için birincil kaynak olarak interneti kullanmaktadır(3). İnternette sağlık bilgisi aramanın potansiyel faydaları olduğu kadar zararları da olabilir. İnsanlar sağlık durumları hakkında bilgi almak, tedavi uyumunu arttırmak, sağlık durumlarıyla başa çıkmak gibi sebeplerle internetten faydalanabilirler. Buna karşın internet, kendi kendine yanlış tanı koyma ve anksiyete artışı gibi durumlara sebep olabilir(1,2).

İlk olarak gazeteciler, internet kullanımına ve hipokondriyazise atıfta bulunarak siberkondri terimini türetmişlerdir. Daha sonra akademisyenler, bu kavrama ilgi göstermiş ve çeşitli çalışmalar yapmışlardır. Bu terim, internette tekrarlayan sağlık bilgisi araması sonucu, ciddi bir hastalığa sahip olma inancı veya korkusu olarak tanımlanabilir. Sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Siberkondri, sağlık anksiyetesinin artmasına sebep olabilir ya da yüksek sağlık anksiyetesi siberkondriye sebep olabilir. Ayrıca yapılan bazı çalışmalar, siberkondrinin daha düşük yaşam kalitesi ve işlevsel bozukluk gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir(4,5). Siberkondri, gereksiz yere artan kaygının yanı sıra beraberinde ekonomik bir yük de getirebilir. Literatürde sağlıkları hakkında kaygılanan insanların ülke ekonomilerine yük getirdiğini saptayan çalışmalar mevcuttur(6).

Gebelik, kadınlarda önemli fizyolojik değişikliklerin yaşandığı özel bir dönemdir. Bu değişim bazı kadınlarda stres veya kaygının artmasına yol açabilmektedir. Geniş çaplı

yapılan bir meta-analizde, doğum öncesi anksiyete prevalansının ilk trimesterde %18,2, üçüncü trimesterde %24,6 arasında değiştiği saptanmıştır(7). Gebelikte yaşanan anksiyete, sadece hamile kadının sağlığını olumsuz etkilemekle kalmaz, aynı zamanda fetus üzerine de olumsuz etkileri olabilir(8). Prenatal anksiyetenin erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir(9).

İnternet kullanılarak bilgi arama davranışı cinsiyetler arasında farklılık gösterebilir. Yapılan bazı çalışmalar kadınların çevrim içi sağlık bilgisi arama olasılığının daha yüksek olabileceğini ve bu davranışın hamilelik sırasında daha da artabileceğini göstermiştir. Daha önce de belirtildiği gibi gebeler, internetten sağlık bilgilerine ulaşarak kendi sağlıkları için daha aktif rol alabilirler. Ancak kendilerini, doğrulanmamış bilgiler sonucu kötü durum senaryolarını düşünürken bulabilirler(10). Çünkü internet ortamının zorluklarından biri, ulaşılan bilgilerin doğruluğunun ve kalitesinin değerlendirilememesidir. Yapılan bazı çalışmalarda sağlık bilgisi arayan insanların çoğunluğunun, buldukları bilgi ve tavsiyelere inandıkları gösterilmiştir(11). Özellikle gebeliği sürecinde sağlık komplikasyonu yaşayan gebelerin, interneti daha fazla kullandıkları çalışmalarda gösterilmiştir(12).

Bir ülkenin en önemli gelişmişlik ölçütlerinden birisi anne-bebek mortalite ve morbidite oranlarıdır. Anne ve bebek sağlığı toplum için önemlidir. Bu çalışma, gebelik döneminin siberkondri ile ilişkisini incelemek ve eğer varsa bununla ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Gebelerdeki siberkondri düzeyleri ve etkileyen faktörler saptanarak, bu durumla ilgili mücadele yöntemleri geliştirilebilir. Bu mücadelede her zaman erişimin açık ve kolay olduğu, gebe takip ve danışmanlık hizmetlerinin verildiği birinci basamak hizmetlerinin yeri önemlidir. Gebe kadınların doğru bilgi kaynakları hakkında bilgi düzeylerini arttırmak, birinci basamak hizmetlerinin siberkondriyak gebeler hakkında daha dikkatli olmalarını sağlamak ve hizmet kalitesinin bu yönde geliştirilmesini sağlamak için bu çalışmanın ve sonuçlarının faydalı olacağını düşünüyoruz. Bu sayede gebelerde anksiyete ve diğer psikolojik sorunların neden olabileceği olumsuz sonuç ve komplikasyonların önüne geçilebilir, beraberinde getirdiği ekonomik yük azaltılabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnternet Kullanımı ve Sağlık Bilgisi Arama

İnternet, Tim Berners-Lee tarafından geliştirilmiş olup, ilk etapta akademisyenler arasında bilgi alışverişi için kullanılmıştır. 30 Nisan 1993'te, erişim tüm halka sunulmuştur(13). Gelişen teknolojiyle birlikte de internet kullanımı artmıştır. Teknolojik aletlerin çeşitliliği, internete erişimi kolaylaştırmıştır. Günümüzde çevrim içi arama motorları sayesinde, bilgiye hızlıca ulaşabilmekteyiz. Bir konu merak edildiğinde, insanların en hızlı aklına gelen ve güvendiği kaynak internettir(14). Temmuz 2022 itibariyle, Türkiye'de popülasyonun %84,5'i interneti kullanmaktadır. Avrupa'da internet kullanımı sıralamasında, Türkiye üçüncü sırada yer almaktadır(15). İnternet altyapısı ile arzu edilen içerik ve müzik, video, oyun gibi etkinliklere daha kolay erişilebilir. İnternetin bu ödüllendirici özelliği, internet ile ilgili bağımlılık davranışlarının artmasına yol açmıştır(13). İnternet bağımlılığının tanımlanmış tanı kriterleri olmasa da konu hakkında yapılmış birçok çalışma vardır. 1996 – 2018 yılları arasında yapılan bir meta-analizde, internet bağımlılığının prevalansı, toplam popülasyonda %7,02 olarak bulunmuştur. Bağımlılık oranının da yıllar geçtikçe arttığı saptanmıştır(16).

İnternet bağımlılığının oluşturduğu endişeler sonucu “Problemlı İnternet Kullanımı” kavramı ortaya çıkmıştır. Problemlı internet kullanımı “bir kişinin hayatında psikolojik, sosyal, okul ve/veya iş zorlukları yaratan internet kullanımı” şeklinde tanımlanabilir(17). Bu kavram, internet kullanımı üzerindeki kontrol kaybıyla ilgilidir. Yapılan çalışmalarda problemlı internet kullanımının, sosyal anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklara eşlik ettiği tespit edilmiştir(18,19).

Bilgiye erişmenin çeşitli yolları mevcuttur. Sağlık bilgisine ulaşmak için insanlar, interneti diğer kaynaklara göre daha fazla kullanmaktadır(20). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2013 yılında yapılan bir araştırmada internet kullanıcılarının %72'si

çevrim içi sağlık bilgisi aradıklarını belirtmişlerdir(21). Büyük Britanya’da yapılan bir çalışmada ise kullanıcıların %51’i sağlık ile ilgili arama yapmışlardır(22).

Çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışı, sosyodemografik verilere göre farklılık gösterebilmektedir. Cinsiyet faktörü özelinde bakılacak olursa, hem erkekler hem de kadınlar, çevrim içi sağlık bilgisi için interneti diğer kaynaklara göre daha fazla kullanmaktadır(20). Yapılan çeşitli çalışmalar, kadınların erkeklere göre daha çok sağlık araması yaptığını göstermiştir(20,23,24). Bir meta-analizde, 19-44 yaş grubunun, çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışında bulunma olasılığının, daha yüksek olduğu belirtilmiştir(20). Eğitim durumu ve gelir düzeyi arttıkça, çevrim içi sağlık araması davranışı artmaktadır(25).

2.2. İnternet ve İnternette Sağlık Bilgisi Aramanın Faydaları ve Zararları

İnternette sağlık bilgisi aramak kolay, hızlı ve ekonomiktir(26–28). İnsanlar interneti kullanarak sağlıklı beslenme alışkanlıkları, doğru egzersiz alışkanlıkları hakkında bilgi edinebilir(6). İnternet aracılığıyla insanlar, koruyucu hekimlik kapsamında, hastalıkların engellenmesi için eğitilebilir. Tedavi süreçleri hakkında daha kapsamlı bilgilere ulaşabilir(1). Diğer hastalarla kolayca iletişime geçebilir(25).

Sağlık bilgisine ulaşmak, doktor-hasta ilişkisinde hastayı güçlendirebilir(28). Kişiler teşhis ve tedavi sürecine daha fazla ortak olabilir, kendi ile ilgili sağlık kararlarında daha aktif rol oynayabilir(4,26,27). Bu durum doktora başvuru öncesi endişeleri ve belirsizliği azaltabilir(29). AlGhamdi ve ark.(25) yaptığı çalışmada, kişiler internetten edindikleri bilgileri doktorları ile konuşmuş ve bu durumun doktorlarıyla olan ilişkilerini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak hasta memnuniyeti artabilir ve daha iyi sağlık hizmetleri verilebilir.

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVİD 19) pandemisi sırasında internet, ana bilgi kaynağı haline gelmiştir(5). İnsanların tehdidin ciddiyetini anlaması açısından internet, önemli bir yer edinmiştir. Ayrıca salgına hazırlık kapsamında, genel hijyen kuralları, maske kullanımı, sosyal mesafe gibi önlemlerin anlatılmasında da internet kullanılmıştır(30).

İnternet, her ne kadar yaygın bilgi kaynağı olarak kullanılsa da güvenilir bilgiye ulaşılması açısından tartışmalıdır. İnternetteki bilgiler eksik, yanlış, kalitesiz, yanıltıcı veya aşırı basitleştirilmiş olabilir(27,28,31). İnternette sağlık bilgisi arayanların

çoğunluğu, eriştiği kaynağın güvenilir olup olmadığını kontrol etmez(6). İnternetteki bilgilerin niteliğine göre sağlık endişesi ve olumsuz tepkiler artabilir(26). Ayrıca internetteki nadir ve ciddi hastalıklarla ilgili olan bilgilerin fazlalığı, endişeleri daha da arttırabilir ve kullanıcılarda yanlış yönlendirmelere sebep olabilir(31). Ulaşılan bilgiler, özellikle sağlıkları için endişe duyan bireylerde, kendi kendine yanlış teşhis koymaya sebep olabilir(1,6,28).

İnternette sağlık araması, kişilerin sağlıkları hakkındaki endişelerini arttırabilir ve işlevsiz sağlık inançlarına yol açabilir(4,26,32). Sağlıkları için endişe duyan bireyler, sağlık bilgisi aramak için daha sık interneti kullanmaktadırlar(1). Sağlıklı ve anksiyete düzeyleri düşük katılımcılarla yapılan bir çalışmada, internetteki sağlık aramalarındaki artışın, anksiyeteyi arttırdığı öngörülmüştür. Ayrıca artan aramalar, depresyona sebep olabilmektedir(6,30). White ve ark.(31) yaptığı çalışmada, internetteki sağlık aramalarının “tırmanıcı” özelliğinden bahsedilmiştir. Yaptıkları araştırmada kullanıcılar, sağlık bilgisi aramayı takiben daha ciddi hastalıklarla ilgili içerikleri inceleme eğiliminde olmuşlardır.

Sağlık profesyonelleri semptomları incelerken, detaylarını araştırır, hastaya özgü düşünür ve hastanın demografik verilerini hesaba katar. Buna rağmen internetteki bilgiler daha kabardır ve hastanın özelliklerini hesaba katmaz. Bu durum da kişilerin yersiz bir şekilde sağlık hakkındaki endişelerini arttırabilir(31).

Sağlıkları için endişe duyan bireyler daha fazla doktor başvurusunda bulunabilirler(4,32,33). İnternette sağlık bilgisi arama, hasta-doktor ilişkisini geliştirebileceği gibi olumsuz sonuçlara da sebep olabilir. Endişesi devam eden ve tatmin olmayan bireyler, sağlık hizmetlerinde daha fazla doktor başvurusunda bulunabilirler(6). Bu durum daha fazla sağlık hizmetleri kullanımına yol açarak, artan ekonomik maliyetleri beraberinde getirebilir(6,28,31).

2.3. Siberkondri

Siberkondri kavramı “siber” ve “hipokondriyazis” kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir(27). Siberkondri kavramının genel çerçevesi çizilmiş olsa da tanımı konusunda ortak bir fikir bulunmamaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5) siberkondri kavramının tanısı yoktur, ancak “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” kavramının tanısal özelliklerinden bahsedilirken “endişe duydukları

hastalıkları aşırı bir şekilde araştırdıkları (örneğin internette)” şeklinde dolaylı olarak bahsedilmiştir(28).

Literatür incelendiğinde siberkondri, çeşitli yazarlar tarafından tanımlanmıştır. Tüm bu tanımlarda ortak olarak bahsedilen kavram “anksiyete” olmuştur(27).

Starcevic ve ark.(27)’nin siberkondri için yaptığı tanımlama; “internette yapılan sağlık ile ilgili aramaların, aşırı ve tekrarlayıcı karakterde olmasıyla artan sağlık kaygısı veya sıkıntısı” şeklindedir. Yaptıkları bu tanımlamaya göre siberkondri, internette yapılan düzenli veya düzensiz sağlık bilgisi arama davranışından ayrılmaktadır. Arama eylemi, endişeden kaynaklanan veya endişeye yol açacak şekilde aşırı miktarda yapılmaktadır(1). Yine Starcevic ve ark.(27)’na göre, tekrarlayıcı olsa bile endişeyi azaltan, güvence hissi oluşturan arama eylemi, siberkondri olarak tanımlanmamaktadır. White ve ark.(34) göre “arama sonuçlarının ve internetteki literatürün incelenmesiyle genel semptomlar hakkında endişelerin gereksiz yere artması” şeklinde açıklanmıştır. Harding ve ark.(35) ise “internette sağlık bilgisi aramaları sonucu olan aşırı sağlık kaygısı” tanımını yapmışlardır.

Vismara ve ark.(28) yaptıkları tanımlamada siberkondrinin kompulsif özelliğini vurgulayarak “ciddi bir hastalığa yakalanmadığına yönelik güvence arayışı içinde bulunarak, internette kompulsif bir şekilde arama yapmak ve bu eylemi işlevselliğini engellediğinin ve sıkıntısının devam ettiğinin farkında olduğu halde devam ettirmek” şeklinde tanımlamada bulunmuşlardır.

Newby ve ark.(36) siberkondriyi, davranışsal ve duygusal alt boyutlarından oluşan bir kavram olarak nitelendirmişlerdir. Davranışsal alt boyutu güvence arayışından kaynaklanmaktadır. Tekrarlanan aramalar sonucu ulaşılan bilgiler, endişeyi geçici olarak dindirebilir ancak kişi meşguliyetini sürdürebilir, arama davranışına devam edebilir ve uzun vadede endişesi artabilir. Duygusal alt boyutu ise aramanın neden olduğu endişe veya arama davranışını kontrol edememektir.

Siberkondri anormal bir davranış biçimidir ve özellikle sağlıkları için endişe duyan bireylerde yaygın olduğu düşünülmektedir(1). Yapılan çalışmalar çevrim içi sağlık araması ile artan sağlık endişesi arasında istatistiksel olarak pozitif ve anlamlı bir ilişki bulmuşlardır(6).

Bazı yazarlar siberkondrinin daha iyi anlaşılması için açıklayıcı model geliştirmişlerdir. Starcevic ve ark.(27) geliştirdiği modele göre; hipokondriyazisli bireylerin, internette yaptıkları sağlık bilgisi araması sonrası endişeleri azalabilir. Bu bireyler yine de daha fazla bilgi edinme ve güvende hissetme amacıyla arama eylemini sürdürebilir. Buna “klasik güvence arayışı” denir. Bazen de hipokondriyazisli bireylerin, yaptıkları arama eylemi sonrası endişeleri artabilir. Bu bireyler de güvence arayışı için arama eylemine devam edebilir. Bu duruma da “siberkondri döngüsü” adı verilir. Endişesi artan bireyler farklı bir seçenek olarak da arama eylemini sonlandırıp bu davranıştan kaçınabilir.

İnternet ortamında ilginç, ilgi çekici, hatta potansiyel olarak endişe verici bilgiler içeren sayfalar daha fazla ziyaret edilmektedir. Bu durum da siberkondri döngüsüne katkıda bulunabilir(27). Siberkondri döngüsünün devam etmesini sağlayan faktörler mevcuttur. Bunlar kısaca; araştırma sonuçlarının yanlış yorumlanması ve internet platformunda bulunan bilgilerdeki güven sorunu olarak belirtilebilir(4).

Brown ve ark.(26) geliştirdiği modelde ise daha önceki modelden farklı olarak, kişi sağlıkla ilgili endişeye sahip olsa da olmasa da internette sağlık bilgisi arama eyleminde bulunabilir. Yani bu model kişinin sağlık endişesi olup olmadığına bakılmaksızın uygulanabilir. Bu modele göre internette sağlık bilgisi arama sonucu algılanan ciddiyet durumu asgari düzeydeyse, birey endişesini giderip rahatlayarak arama eylemini sonlandırabilir. Ancak algılanan ciddiyet düzeyi fazlaysa, birey daha fazla arama eylemine yönelebilir. Arama eyleminin bu tırmanıcı özelliği endişeyi ciddi boyutlara ulaştırabilir. Birey ciddi tehdit algılaması ve endişesinin artması sonucunda, arama eylemini arttırması durumuna “problemlili çevrim içi sağlık araştırması” adı verilir. Eğer birey sağlık bilgisi araması yapmayı durdurup kendini kontrol edemez ve bu durumun kendisine zarar verdiğinin farkında olmasına rağmen bu davranışta bulunmaya devam ederse buna “kompulsif çevrim içi sağlık araştırması” adı verilir.

2.4. Siberkondri İle İlişkili Faktörler

Sağlık kaygısı; kişinin sağlığını tehdit eden bir durum algılaması sonucu, bedensel semptomları yanlış yorumlanması ve bunun sonucunda ortaya çıkan aşırı, gereksiz kaygı ve sıkıntı olarak tanımlanabilir(26,33). Bu durum geçici sağlık kaygısından, şiddetli ve kişinin işlevini bozacak boyutlara ulaşabilir(36). Birçok çalışmada sağlık kaygısı ile

çevrim içi sağlık bilgisi arama arasında pozitif korelasyon saptanmıştır(26–28). McMullan ve ark.(1) çalışmasında, sağlık kaygısı ve siberkondri arasındaki ilişkinin, sağlık kaygısı ve çevrim içi sağlık bilgisi arama arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğunu saptanmışlardır.

Sağlık kaygısı ve siberkondri arasında çift yönlü bir ilişkiden bahsedilebilir. Sağlıkları için endişe duyan kişiler daha fazla çevrim içi sağlık bilgisi arama eyleminde bulunabilirken, aşırı miktarda yapılan sağlık bilgisi araması da sağlık kaygısını arttırabilir(33). Bununla birlikte, düşük düzey sağlık kaygısına sahip bireylerde de çevrim içi sağlık bilgisi araması sonrası kaygı düzeyi artabilir(28,29). Burada siberkondrinin gelişmesinde katkıda bulunabilecek diğer faktörlerin önemi ortaya çıkmaktadır(28). Sağlık ile ilgili işlevsiz inançlar (bedensel semptomu yanlış yorumlama gibi), iç (semptomlar gibi) ve dış faktörler (medya gibi) sağlık kaygısını arttırabilir(29).

Siberkondri, sağlık kaygısının bir parçası olan güvence arayışını temsil edebilir(28). Sağlıkları konusunda endişe duyan bireylerin çevrim içi sağlık bilgisi arama yapmalarının ana sebeplerinden birinin güvence arayışı olduğu öngörülmüştür. Ayrıca arama eylemini sonlandırırken de güvence arayışının ana faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir. Bu davranışın temelinde, bireylerin doktorlarından yeterli oranda tatmin olamamaları yatabilir(26).

Siberkondri gelişimi sürecinde, etkili olan faktörlerden biri de aşırılık kavramıdır(6). White ve ark.(31) yaptığı çalışmada, çevrim içi sağlık bilgisi arama yapan bireylerin %13,5'inin, 11 aylık bir süreçte, aynı sağlık terimleri için birden fazla arama yaptıkları saptanmıştır.

Anksiyete duyarlılığı; kişilerin, sonuçlarından endişelendikleri için anksiyete ile ilgili his ve semptomlardan korkması olarak tanımlanabilir. Siberkondri ile anksiyete duyarlılığı arasında pozitif korelasyon gösteren bir ilişki saptanmıştır. Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler, anksiyete ile ilgili bedensel his ve semptomları yanlış ve zararlı olarak yorumlayabilir. Bu durum da daha fazla çevrim içi sağlık aramasına neden olabilir(4,28).

İnternet kullanımının aşırı ve kontrol edilemeyen düzeyde işlevselliği bozacak şekilde olmasına “problemlı internet kullanımı” denir(4). Siberkondri ve problemlı internet kullanımı arasında cinsiyet, yaş, sağlık kaygısı, mevcut tıbbi durum hesaba katılmadan yapılan bir çalışmada pozitif bir korelasyon saptanmıştır(28). Siberkondri ve

problemlerli internet kullanımı arasındaki ilişkinin sağlık kaygısına göre daha güçlü bulunduğu çalışmalar da mevcuttur. Ancak yapılan analizlere göre problemlerli internet kullanımı ve siberkondri kavramlarının ilişkili olmasına rağmen farklı yapılar olduğu saptanmıştır(4). Fergus ve ark.(37)'nin yaptığı çalışmada, çevrim içi sağlık bilgisi araması yapınca sağlık kaygısı artan bireylerde, sağlık kaygısı azalan veya etkilenmeyen bireylere göre daha fazla problemlerli internet kullanımı bildirilmiştir.

Üstbilişsel inançların da siberkondri kavramını etkileyen faktörlerin arasında olduğu ngrlmştir. Sağlık ile ilgili düşüncelerle alakalı üç grup stbilişsel inanç vardır. Bunlar; önyargılı düşünme (rneğin, sağlığımla ilgili kaygılanmak, içinde bulunduğum durumla başa çıkmama yardımcı olacaktır), düşünce-hastalık odaklı düşünme (rneğin, bir hastalık hakkında endişelenmek ve düşünmek, o hastalığa yakalanmama sebep olur) ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğuna dair inançlardır (rneğin, bir hastalık hakkında endişelenmeyi ve düşünmeyi kontrol edemem). Bu üç grup stbilişsel inanç ile siberkondri şiddeti arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca yine bu inançlar ile problemlerli internet kullanımı arasında ilişki bulunmuştur(28).

Obsesif-kompulsif semptomlar ile siberkondri arasında güçlü bir bağlantı mevcuttur. evrim içi sağlık bilgisi aramanın sebep olduğu, kişinin hayattaki diğer etkinliklerinin de etkilendiği durum her iki kavramda da ortak gibi görünmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, kompulsif semptomları besliyor olabilir(4,28,38).

Kişinin olumsuz bir olayın gerçekleşme olasılığını, kabul edemediği ve endişelendiği duruma, "belirsizliğe tahammülsüzlük" denir. Bu tanım çeşitli anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkili bir yapıdır. Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramının, sağlık kaygısını ve çevrim içi sağlık bilgisi arama eylemini arttırdığı saptanmış ayrıca siberkondri ile pozitif korelasyon gösterdiği çalışmalar mevcut olsa da, çalışmaların tümü ele alındığında tutarsızlıklar grlmştir(4,28,29).

Düşük benlik saygısı da siberkondri ile ilişkili bir faktördür(33). Bajcar ve ark.(39)'nin çalışmasında bu ilişki saptanmış olsa da, ilişkinin yönü hala belirsizdir. Düşük benlik saygısına sahip bireyler doktora başvurmaya çekinebilir ve siberkondri kavramına doğru yönelebilir. Aynı zamanda siberkondri de düşük benlik saygısına sebep olabilir.

Ağrı felaketleştirme, kişinin hissettiği ağrıyı abartması, bunun sonucunda endişelenmesi ve umutsuzluğa kapılması olarak tanımlanabilir, bu kronik ağrı

sendromları ile ilişkilendirilen bir durumdur. Yapılan çalışmalarda bu kişilerin daha fazla çevrim içi sağlık bilgisi aradıkları saptanmıştır(28).

Arsenakis ve ark.(38) yaptıkları çalışmada, bağımsız değişkenlerin siberkondriyi etkileyip etkilemediğini araştırmışlardır. Sağlık kaygısı, obsesif-kompulsif semptomlar ve depresyon en güçlü ilişkinin saptandığı kavramlardır. Bu kavramları somatik semptomlar ve belirsizliğe tahammülsüzlük izlemiştir. İlginç bir şekilde siberkondri şiddeti ile depresyon arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır. Bu insanın boyun eğme, teslim olma tutumuyla ilişkili olabilir.

2.5. Gebelik Fizyolojisi

Gebelik sürecindeki metabolik değişiklikler, anatomik ve fizyolojik değişimleri beraberinde getirir. Bu değişiklikler kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, renal sistem ve hematolojik sistem başta olmak üzere tüm sistemleri etkiler(40). Fizyolojik değişikliklerin sebebi ilk on iki hafta yumurtalık tarafından daha sonraki dönemde de plasenta tarafından sentezlenen östrojen ve progesteron hormonlarıdır(41). Normal beden kitle indeksine sahip bir kadın, gebeliği süresince yaklaşık ortalama 12,5 kilogram ağırlaşır(42). Laboratuvar testlerindeki normal aralık gebelik döneminde değişir(43). Kullanılan ilaçların farmakodinamiği ve farmakokinetiği değişir. Tüm bu kapsamlı değişimler klinisyenleri zorlayabilir(40).

Gebelikte diyafram yükselir. Bu yükselmenin etkisiyle kalp laterale, göğüs bölgesinin sol üst tarafında doğru yer değiştirir(40). Altıncı haftadan itibaren total periferik direnç düşer. Bunun sonucunda kalbin art yükü azalır. Art yükün azalması ile renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi aktive olur. Aktivasyon sonrası da vücutta su ve sodyum tutulumu artar. Sonuç olarak plazma hacmi artar(42). Plazma volümü gebelik boyunca iki litre veya gebelikten önceki normal duruma göre %30-50 oranında artar(43). Bu durum gebelikteki kilo alımına önemli katkıda bulunmaktadır(44). Plazma hacmi bu oranda artarken, gebelikteki eritrosit oranı %20-30 oranında artmaktadır. Bu hemodilüsyon sonucu, gebeliğin göreceli anemisi oluşur(43). Gebelikte total periferik direncin düşmesine bağlı, kalp hızı, yedinci haftadan itibaren artmaktadır. Kalp hızı ve plazma hacmi bileşenlerinden oluşan kardiyak debi, iki bileşenin artmasına bağlı olarak artar(40,41).

Kan basıncı, özellikle de diyastolik kan basıncı gebelik sürecinde düşer(42,43). Ekokardiyografide kalbin tüm odacıklarında boyut artışı, sol ventrikül duvar kalınlığında artış, hafif triküspit, mitral ve pulmoner yetersizlik görülebilir(43). Fizik muayenede üçüncü kalp sesi ve sistolik ejeksiyon üfürümü duyulabilir. Üfürümün sebebi olarak aort ve pulmoner kapaktan geçen kan miktarının artışı gösterilmektedir. Pulmoner vasküler direnç azalır ancak pulmoner kapiller kama basıncı değişmez. Bu durum da vücudun kardiyak debinin artışına uyum göstermesi adına önemlidir(40,43).

Gebeliğin yirminci haftasından itibaren, uterus büyüdükçe, sırtüstü pozisyonda vena cava inferiora bası yapabilir. Bunun sonucu sırtüstü pozisyonda hipotansiyon gelişebilir. Ejeksiyon fraksiyonunda %20-30 düşüş gözlenebilir(40,41,43).

Artan progesteron seviyeleri beynin solunum merkezinde karbondioksit duyarlılığını artırır. Bunun sonucunda tidal volüm artar. Solunum hızı aynı kalsa da, tidal volüm ve solunum hızının çarpımından oluşan dakika ventilasyonu artar(40,42,44). Hiperventilasyon, kronik bir respiratuar alkalozu sebep olur. Gebelik döneminde pH 7,40-7,47 düzeyleri, parsiyel karbondioksit basıncı 30-32 mmHg düzeyleri arasındadır. Parsiyel oksijen basıncı normal veya hafif artmıştır. Bikarbonat düzeyleri, kompanzasyon mekanizmaları nedeniyle, böbrekten atılımının artması sonucu düşer ve 18-23 mEq/L arasında tutulur(40,42,43).

Diyaframın yukarı doğru yer değiştirmesi sonucu total akciğer kapasitesi %4-5 oranında azalır. Fonksiyonel rezidüel kapasite, ekspiratuar rezerv volüm ve rezidüel volümün azalmasıyla %20 oranında azalır(40,41,43). Progesteron miktarının artması, mukozal yüzeylerde hiperemi ve ödeme sebep olur. Bu da burun tıkanıklığına ve gebelik rinitine sebep olur(40,41). Üçüncü trimesterde abdominalde içerik artışına bağlı göğüs duvarının genişleme yeteneği azalır. Ancak akciğer bu durumdan etkilenmez(40).

Plazma hacminin artması ve renal plazma onkotik basıncın azalması, böbrek glomerüllerindeki filtrasyonu artırır. Glomerüler filtrasyon hızı gebeliğin dokuzuncu haftasına kadar yaklaşık %45 oranında artar, daha sonrasında %5-10 düzeyinde artış olur(40,42). Kreatinin klirensinin artmasıyla da kanda serum kreatinin, kan üre azotu ve ürik asit seviyeleri düşer(43). Gebelik döneminde böbreklerin boyutu da artar. Bu artışın sebebi kalikslerin, renal pelvisin ve üreterlerin belirgin dilatasyona uğramasıdır. Renal parankim yaklaşık %70 oranında artar(42). Glomerüler filtrasyon hızının artışının bir

diğer sonucu da idrardan protein atılımının artmasıdır. Gebelik döneminde günlük 200-250 miligram protein atılımını normal olarak kabul edilebilir(42,44).

Progesteronun düz kasları gevşetici özelliği vardır. Artan progesteron miktarıyla birlikte özofagus sfinkter basıncı azalır. Ayrıca abdominal içeriğin artması midenin yerini değiştirir ve sfinkterin etkinliği daha da azalır(40,43). Plazma hacminin artması hipoalbuminemiye neden olur. Serum alkalin fosfataz düzeyi, gebeliğin beşinci ayından sonra belirgin olarak artar(43). Tat alma duygusu, gebeliğin erken dönemlerinden itibaren değişiklik gösterir. Bağırsak hareketleri ilk iki trimesterden sonra azalmaya başlar, su ve tuz emilimi artar. Safra kesesinin boyutu artar ve salgısını daha yavaş boşaltmaya başlar(42).

Artan eritropoetin düzeyi sonucu artan eritrosit yapımına rağmen dilüsyonel olarak anemi görülür. Artan eritropoetin miktarıyla serum demir düzeyleri düşer, bağırsaktan demir emilimi artar(40,42,44). Lenfosit sayısı gebelik boyunca artar, özellikle doğuma yaklaşıldıkça artış belirginleşir. Trombosit düzeyi dalak boyutunun artması ve hemodilüsyonel olarak azalmasına rağmen normal aralıktadır(40). Tüm pıhtılaşma faktörleri ve özellikle trombin (faktör II) ve fibrinojen (faktör I) gibi faktörler artar. Aktive protein C'ye karşı direnç artar. Protein S ve antitrombin gibi antikoagülasyon faktörlerinin miktarı azalır. Sonuç olarak gebelikte koagülasyona yatkınlık artar(40,42).

Östrojen hormonu, laktotrop hücrelerde hipertrofi ve hiperplaziye sebep olur. Bunun sonucunda hipofiz bezinin boyutu gebelikte artar. Prolaktin seviyelerinde artış gözlenir. Diğer ön hipofiz hormonlarının seviyesi değişmez ya da azalır. Gebelikte tiroit bezinin de boyutu artar. Triiyodotironin ve tetrayodotironin seviyeleri artar. İyodun kullanımına bağlı, gebelikte iyot eksikliği görülebilir. Bu değişikliklere rağmen gebe ö tiroit durumunu korur(40,42). Gonadotropinlerin ve İnsan Koryonik Gonadotropininin (hCG) ortak bir alfa alt birimi mevcuttur. Artan hCG seviyesi, Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) ve Luteinleştirici Hormon (LH) seviyelerini baskılar. Bu şekilde yeni bir folikül gelişimi engellenmiş olur(42).

Gebelik döneminde pankreastaki adacık hücrelerinin hiperplazisi, insülin miktarının artmasına sebep olur. Bununla birlikte periferik insülin direnci artar. Bu durum yemekten sonra glukoz seviyelerinin artmasıyla sonuçlanır ve fetüsün beslenmesi için önemlidir. Ayrıca üçüncü trimesterde hepatik glukoneogenezin artması da bu duruma

katkı sağlar. İnsülin plasentadan geçmez, fetüs kendi insülinini üretir. Daha önceden insülin direnci veya diyabeti olan gebelerde, gebelik dönemi boyunca insülin ihtiyacı artar. İnsülin direncinin artması ve östrojen, gebede lipit sentezini arttırır. Gebenin üçüncü trimesterde kullanacağı enerji kaynağı bu şekilde depolanır. Yağ asitleri ve gliserol gebe için enerji kaynağı oluştururken, glukoz ve aminoasitler fetüs için enerji kaynağıdır(40,41).

Gebelikte kortizol seviyeleri artar. Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH), plasenta tarafından sentezlenir. Bunun sonucunda hem hipofizde hem de plasentada Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) sentezi artar. Aynı zamanda östrojen, kortizol bağlayıcı globülin sentezini arttırır ve yarı ömrünü uzatır. Tüm bunlar gebeliğin bir hiperkortizolizm durumu olduğunu gösterir(40,42).

2.6. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Problemler

Gebe kadının bedeninde gerçekleşen normal fizyolojik değişiklikler fiziksel semptomlara yol açmaktadır. Bu semptomlar beraberinde sosyal ve ekonomik maliyet getirir. Gebe kadının hayat kalitesini düşürür ve işlevselliğini azaltır(45,46). Semptomlar; bulantı, kusma, mide yanması, hemoroit, nefes darlığı gibi geniş bir yelpazeye sahiptir(47). Yapılan çalışmalara göre ilk üç ayda en sık bildirilen semptomlar bulantı, kusma, yorgunluk ve memede hassasiyet iken, ikinci ve üçüncü üç aylık dönemlerde sık idrara çıkma ve yorgunluktur(48). Kusma, baş ağrısı, bulantı, yorgunluk, uykusuzluk hayat kalitesini en çok düşüren semptomlar arasında sıralanmıştır. Semptomlar, bulantı ve kusma hariç genelde birbirinden bağımsızdır(47). Semptomların sıklığı ve süresi kadından kadına değişirken, artan semptom sıklığı, yaşam kalitesinin daha çok düşmesine sebep olmuş, bunun sonucunda da depresif semptom bildirme olasılığının arttığı saptanmıştır(47,48). Tüm bu semptomlar her ne kadar rahatsız edici olsa da, kadını gebeliği hakkında uyarabilir ve bunun sonucunda kadın fetüsü koruyucu davranışlara bir an önce başlayabilir(49).

Sayle ve ark.(49) yaptıkları çalışmada, gebe kadınların yarısının son adet tarihinden 36 gün sonrasına kadar, %89'unun ise sekizinci haftanın sonuna kadar semptom bildirdiğini saptamışlardır. Sigara kullanan kadınlarda ise semptomların geciktiğini tespit etmişlerdir.

Bulantı, kusma ve mide yanması, gastrointestinal sistem ile alakalı görülen en sık semptomlardır. Bulantı, kusma gebelik süresince görülebilir ancak en sık ilk üç aylık evrede görülür. Bulantı genelde sabah bulantısı şeklinde adlandırılabilir da yapılan çalışmalarda günün herhangi bir saatinde ortaya çıkabildiği saptanmıştır. Mide yanması ise gebeliğin daha geç dönemlerinde şiddetlenir. Bulantı ve kusma ayrıca yorgunluk ile de ilişkilendirilmiştir(48,50).

Gebe kadınlar, gebe olmayan benzer özellikteki kadınlara göre daha fazla yorgunluk tariflemektedirler, yorgunluğun gebeliğin tüm evrelerinde yüksek düzeyde olduğu bildirilse de üçüncü trimesterde daha da arttığı saptanmıştır(48,50).

Bel-sirt ağrısı yürürken ve ayakta dururken kişinin dayanıklılığını sınırlar. Bu durum mevcut fiziksel durumunun kötü algılanmasına sebep olabilir. Hayat kalitesini ve işlevselliği engeller. Gebelik süreci ilerledikçe bel-sirt ağrısı şikayetinin arttığı görülmüştür(48,51).

Gebeliğin erken döneminde, burun tıkanıklığı, geç döneminde ise nefes darlığı, solunum sistemi ile ilişkili semptomlardır. Hemoroit, ödem ve bacaklarda varis, gebeliğin ilerleyen döneminde şikayetlerin arttığı semptomlardır. Yine aynı şekilde karpal tünel sendromu ve karında oluşan çatlaklar, ilerleyen dönemlerde şikayete sebebiyet verir. Kaşıntı ikinci ve üçüncü trimesterde daha sık görülmektedir. Tüm bu semptomlar uykusuzluğa neden olabilir ve uykusuzluk gebelik süreci ilerledikçe artar(47,48).

2.7. Gebelikte Yaşanan Psikolojik Problemler

Gebelikteki psikolojik problemler hem gebe için hem de bebek için olumsuz sonuçlara yol açabilir. Gebelikteki hormon seviyelerinde hızlı dalgalanma, sosyal destek eksikliği, doğumla ilgili endişeler, plansız gebelik gibi durumlar psikolojik semptomlar için risk faktörüdür(51).

Gebelikte depresyon prevalansı %10 civarındadır ve bu oran düşük ve orta gelişmiş toplumlarda daha sıktır(52–54). Doğum öncesi olan depresyon, doğum sonrasındaki depresyon için en güçlü risk faktörlerindedir. Bazı çalışmalarda %50 oranında depresyonun devam ettiği gösterilmiştir. Depresyonu olan gebelerin %20 kadarı aktif tedavi almaktadır(53,55). Depresif semptomlar veya klinik olarak tanı konulmuş depresyon, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, zayıf perinatal bağlanma, düşük apgar skoru, preeklampsi gibi olumsuz sonuçlara sebep olabilir(47,52,54,55). Hatta şiddetli

depresyon, anne ölümü demek olan intiharla sonuçlanabilir(53). Fiziksel semptomlar ile depresif semptomlar birbiriyle ilişkilidir ancak ilişkinin yönü net değildir. Klinisyenler tiroit anormallikleri, gebelik bulantı ve kusması, demir eksikliği gibi depresif semptomlara sebep olabilecek tıbbi durumları tespit edip tedavisini düzenlemelidir(47,53).

Anksiyete gebelikte yaygın bir sorundur. Gebelikte anksiyete semptomları için prevalans %22,9'dur, herhangi bir anksiyete bozukluğu için ise %15,2'dir(9,56). Demografik ve sosyoekonomik faktörler (genç yaş, düşük eğitim seviyesi, eş desteği, sigara kullanımı, obezite gibi), psikolojik faktörler, obstetrik faktörler (daha önceki gebelik sorunları, komplikasyonları gibi) anksiyete gelişimi için risk oluşturmaktadırlar(56). Anksiyete gebelikte sigara, alkol kullanımına sebebiyet verebilir, stres hormonlarını arttırarak uterusu giden kan akışını azaltıp erken doğuma neden olabilir(57). Düşük doğum ağırlığı, bağlanma sorunları, emzirmenin azalması ve çocuk gelişimini etkileyen olumsuz faktörler ortaya çıkabilir(9,56,58). Doğum öncesindeki anksiyete, doğum sonrasındaki depresyon için güçlü bir risk faktörüdür(8). Prenatal anksiyete, depresyondan daha yaygın ve daha olumsuz sonuçlarla ilişkili gibi görünmektedir(9).

Gebelik sırasında artan solunum ve kalp hızı, nefes darlığı gibi faktörler, duyarlı gebelerde panik bozukluk gelişmesine neden olabilir. Panik bozukluğun prevalansı, gebelik döneminde, normal popülasyondaki kadınlardaki prevalansına göre yaklaşık iki kat artmaktadır. Panik bozukluk, en sık birinci ve ikinci trimesterde başlamaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğun prevalansı da yaklaşık bu oranda artmaktadır. Gebe obsesif kompulsif bozukluğu olan kadınların %13-39'unda, bozukluk gebelik sırasında ortaya çıkmaktadır ve en sık ikinci trimesterde gözlenmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı kadınların üçte birinin, gebelik döneminde kötüleştiği saptanmıştır (52,58).

2.8. Gebelikte Sağlık Bilgisi İhtiyacı ve Bilgi Kaynakları

Gebe kadınlar sağlıklarını güvence altına almak, sağlıklı bir doğum yapmak, annelik sorumluluklarına hazırlanmak için sağlık bilgilerine ihtiyaç duyarlar. Hamile kadınların üçte birinden fazlası, gebelik ve doğum hakkında "çok fazla" bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Gebelerin bu ihtiyaçlarına yönelik ilgi gösterilmesi ve

gebeye yeterli düzeyde bilginin sağlanması, gebelerin bilinçli kararlar almalarında yardımcı olacak ilk ve en önemli adımdır. Sağlık bilgilerinin anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında önemli etkileri bulunmaktadır(59,60). Gebelerin en çok ihtiyaç duydukları ve arama yaptıkları bilgiler; fetal gelişim, gebelik semptomları ve komplikasyonları, doğum bilgisi ve hazırlığı, sağlıklı beslenme önerileri, fiziksel aktivite, aşılama, ilaç kullanımı şeklinde sıralanabilir(11,12,59–61).

Hamile kadınlar, ana ve en önemli bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını görmektedirler. Daha sonra internet ve çevrelerindeki insanlar alternatif bilgi kaynakları olarak gelmektedir(60). Gebeler sağlık çalışanlarını güvenilir ve inanılır olarak algılamaktadırlar(62). Ancak sağlık çalışanıyla görüşmede sürenin kısıtlı olabilmesi, edinilen bilgilerle tam tatmin olamama ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyma gibi durumlarda alternatif bilgi kaynaklarına yönelebilirler(12,60,61). Bu sebeple gebeler, ikinci bir görüş almak için interneti kullanabilirler(10).

İnternet, hızlı ve kolay erişilebilir bir bilgi kaynağıdır. İnternet tabanlı sağlık bilgisi kaynakları arasında arama motorları, ticari web siteleri, web forumları, sosyal medya platformları, akıllı telefon uygulamaları yer almaktadır(12). Gebeler sağlık bilgisine ulaşmak için %28-95 arasında interneti kullanmaktadırlar(59). Ayrıca benzer durumdaki kadınlarla iletişime geçmek ve sosyal, duygusal destek için de sosyal medya platformlarını kullanabilirler(11,59). Özellikle ilk gebeliği olan kadınların, gebeliğin erken sürecinde olan kadınların ve gebeliğinde sağlık komplikasyonu yaşayan kadınların interneti bilgi kaynağı olarak kullanma olasılıkları daha fazladır(11,12). Bu kadar sık kullanıma karşın gebelerin çoğu, internetten edindikleri sağlık bilgilerini, sağlık çalışanlarıyla konuşmamaktadırlar. Bu durum, gebelerin yanlış bilgilerin farkında olmamasına ve yanlış uygulamalara sebebiyet verebilir(11,59,63).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Bu çalışma kesitsel ve prospektif nicel çalışma olarak yapılmıştır. 01.04.2023-30.06.2023 tarihleri arasında, Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran gebelerle gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma için, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15/02/2023 tarihli, 2023-11 karar numarası ile onay alınmıştır. (Ek-1)

Bu çalışmayı yapabilmek için Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi'nden gerekli izin alınmıştır (Ek-2)

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan gebeler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G-power 3.1.9.2 programında hesaplanmış olup, %95 güven aralığında ve 0.05 anlamlılık düzeyinde, 0.6266667 etki değerinde alınması gereken minimum gebe sayısı 29 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan katılımcılarda aranan dahil edilme kriterleri; 18 yaş ve üzerinde gebe olması, internete istediği zaman ulaşabilmesi ve kullanma becerisine sahip olması ve ölçekleri anlayacak düzeyde Türkçe biliyor olması olarak belirlendi.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri ise; tanı almış psikiyatrik hastalığının olması, sağlık çalışanı olması, çalışmayı sürdüremeyecek kadar ileri bilişsel kaybı, mental ya da fiziksel kısıtlılığın olması olarak belirlendi.

3.3. İşlem

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında, polikliniklerde muayene sonrasında katılımcılarla temasa geçildi. Araştırmacı kendini tanıtır, çalışmadan bahsedip, çalışmaya davet etti. Kabul eden gönüllülerin meslekleri ve kronik hastalıkları sorgulandı. Sağlık çalışanı ve tanı almış psikiyatrik hastalığı olan gebeler çalışma dışında tutuldu. Daha sonra internete ulaşım durumları sorgulandı. İstedığı zaman internete ulaşabilen gebeler çalışmaya dahil edildi. Toplam 81 katılımcıya ulaşıldı. Katılımcılardan 6 kişi internete erişim kısıtlılığı, 2 kişi de tanı almış psikiyatrik hastalığı olduğu için çalışmaya dahil edilmedi.

Sessiz bir odaya davet edilen gönüllülerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı. Sonrasında veri formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Anlaşılamayan durumlar araştırmacı tarafından objektif bir şekilde açıklandı. İşlem yaklaşık 15 dakika sürdü. Katılımcıların kimlik bilgileri veya rumuzları veri toplama araçlarına yazılmadı. Gönüllülere istedikleri zaman ulaşabilecekleri iletişim bilgileri verildi.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcılarla yapılan görüşmede; bilgilendirilmiş onamın okunması ve imzalanmasının ardından, araştırmacı ve yönetici tarafından literatür bilgisiyle hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu (Ek-3) ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeğini (Ek-4) içeren veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulan veri formudur. Bu formda katılımcılara yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, daha önceki gebelik öyküsü, şu anki gebelik öyküsü, internet erişimi ve başvurdukları bilgi kaynakları hakkında sorular sorulmuştur. (Bkz. Ek-3)

3.4.2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

McElroy ve Shevlin(6) tarafından 2014 yılında geliştirilen bu ölçek, siberkondri seviyesini saptamaya yöneliktir. Beşli likert tipinde olan bu ölçek, zorlantı (compulsion), aşırı kaygı (distress), aşırılık (excessiveness), içini rahatlatma (reassurance) ve doktora güvensizlik (mistrust of medical professional) alt boyutlarını içermektedir. 33 maddeden oluşmaktadır. Sürekli bir ölçektir. Ölçeğin 2016 yılında Uzun ve Zencir(64) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada nominal ve ordinal verilerin tanımlanmasında frekans analizi, ölçüm verilerinin tanımlanmasında ise ortalama ve standart sapma değerleri kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach Alpha iç tutarlılık analizi yapıldı. Ölçek puanlarının dağılımının normallik analizi için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Ölçek puanlarından normal dağılıma uyan verilerin iki grup arasındaki farkına Bağımsız Örneklem t-testi ve ikiden fazla grup farkına Tek Yönlü ANOVA testi ile bakıldı. Normal dağılıma uymayan boyutların fark analizlerinde ikili gruplar arasındaki farklar için Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasındaki farklar için Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Nonparametrik değişkenler ile ölçek ortalamaları arasındaki ilişki için Spearman's rho korelasyon analizi yapıldı. Tüm analizler %95 güven Aralığında, SPSS 25.0 Windows programında gerçekleştirildi.

3.6. Araştırmanın Bütçesi

Bu çalışma, herhangi bir kişi ya da kurumdan maddi destek alınmaksızın gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların %56,2'si, 28 ve altında, %43,8'i, 29 ve üzerinde yaşa sahipti. Kadınların %6,8'i ortaokul, %43,8'i lise, %47,9'u üniversite ve %1,4'ü yüksek lisans düzeyinde eğitime sahipti. Tüm katılımcılar evlilerdi. Kadınların %65,8'i ev hanımı, %24,7'si memur, %8,2'si işçi ve %1,4'ü bunların dışında mesleğe sahipti. Katılımcıların %5,5'i gelirlerinin giderlerinden fazla, %27,4'ü gelirlerinin giderlerine eşit ve %4,1'i geliri giderinden az olduğunu, %63,0'ü ise gelirlerinin olmadığını ifade etmişlerdi. Kronik hastalığı olanların oranı %11 olup, bunların ise %12,5'i diyabet %12,5'i hipertansiyon, %37,5'i hipotiroidi ve %37,5'i bunların dışında kronik hastalığa sahipti. Eşinde kronik hastalık olanların oranı %4,4 olup, hastaların %17,8'inin gebelik yatış öyküsü vardı. Sigara kullanımı %4,1 ve alkol kullanımı %2,7 olarak bulundu. Tüm katılımcılar internete istedikleri vakitlerde girebildiklerini ifade ettiler.

Araştırmaya katılan kadınların %45,2'sinde geçmiş gebelik öyküsü, %34,2'sinde canlı doğum yapma öyküsü, %20,5'inde düşük yapma öyküsü vardı. Tüm katılımcılarda sağlık sorunu olan ya da sakat veya engelli doğmuş bebek öyküsü yoktu. Gebelerin %32,9'u 1. trimester, %30,1'i 2. trimester, %37,0'si 3. trimesterde olduğunu ifade ettiler. Gebelerin %72,6'sı gebelikte riskli bir durum yaşamadıklarını, %12,3'ü kanama, %2,7'si kan uyuşmazlığı, %4,1'i hipotiroidi, %2,7'si diyabet ve %5,5'i bunların dışında bir riskli durum yaşadıklarını ifade ettiler. Gebelikte kullanılan rutin ilaçların (demir, d vitamini vb. gibi) dışında ilaç başlayanların oranı %19,2 olup, tamamı rutin kontrollerine devam ettiklerini ifade ettiler. Kadınların %20,5'i aile sağlığı merkezlerinden, %69,9'u hastane ve üniversite hastanelerinden, %9,6'sı internetten bilgi aldıklarını ifade ettiler. Rutin takip için kadınların %16,4'ü aile sağlığı merkezine, %57,5'i kamu hastanelerine ve %26,0'sı özel hastanelere gittiklerini bildirdiler.

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ)'nin, zorlantı alt boyutu puanı 28 ve altında yaşa sahip olanlarda, lise mezunlarında, ev hanımlarında, geliri giderinden fazla olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, gebelik yatış öyküsü olmayanlarda, gebelik öyküsü olanlarda, canlı bebeği olanlarda, düşük yapmayanlarda, 2. trimesterde olanlarda,

gebelikte hipotiroidi riski olanlarda, gebelikte ilaç başlayanlarda, interneti temel bilgi kaynağı olarak görenlerde ve kamu hastanelerinde rutin takiplerini yapanlarda daha yüksek olmakla birlikte, zorlanti puanının sadece gebelikte riskli durum gruplarına göre farki istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Zorlanti boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları

		Zorlanti		p değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	28 ve altı	4,37	4,41	0,225 ^a
	29 ve üzeri	3,97	6,56	
Eğitim	Ortaokul	4,00	4,18	0,570 ^b
	Lise	4,78	6,75	
	Üniversite	3,51	4,10	
Çalışma durumu	Ev hanımı	4,38	5,69	0,928 ^b
	Memur	3,78	4,86	
	İşçi	4,33	5,99	
Gelir	Gelirim giderimden fazla	4,50	3,70	0,718 ^b
	Gelirim giderimle eşit	4,00	5,13	
	Gelirim giderimden az	2,67	4,62	
	Gelirim yok	4,35	5,81	
Kronik hastalık	Hayır	3,91	5,26	0,189 ^a
	Evet	6,50	6,48	
Gebelik yatış öyküsü	Hayır	4,33	5,70	0,988 ^a
	Evet	3,54	3,99	

Tablo 1. Zorlantı boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları (devamı)

Gebelik öyküsü	Hayır	3,88	4,58	0,834 ^a
	Evet	4,58	6,34	
Canlı bebek	Hayır	4,08	4,57	0,850 ^a
	Evet	4,40	6,86	
Düşük bebek	Hayır	4,40	5,74	0,611 ^a
	Evet	3,40	4,01	
Gebelik haftası	1. Trimester (0-13 hafta)	4,04	4,58	0,709 ^b
	2. Trimester (14-26 hafta)	4,36	4,46	
	3. Trimester (27-40 hafta)	4,19	6,83	
Gebelikte riskli durum	Hayır	3,64	5,72	0,042^b
	Kanama	6,56	3,50	
	Kan Uyuşmazlığı	7,00	2,83	
	Hipotiroidi	8,00	7,00	
	Diyabet	5,00	5,66	
	Diğer	1,50	2,38	
Gebelikte ilaç başlama	Hayır	3,95	5,58	0,166 ^a
	Evet	5,21	4,74	
Bilgi kaynağı	Aile Sağlığı Merkezi	3,47	3,40	0,455 ^b
	Hastane-Üniversiteler	4,14	5,83	
	İnternet	6,14	6,04	
Rutin takip yeri	Aile Sağlığı Merkezi	3,25	4,86	0,751 ^b
	Kamu Hastaneleri	4,76	6,14	
	Özel Hastaneler	3,53	3,89	

a. Mann Whitney U Testi, b. Kruskal Wallis Testi.

SCÖ' nün kaygı alt boyutu puanı 28 ve altında yaşa sahip olanlarda, üniversite mezunlarında, memurlarda, geliri giderinden fazla olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, gebelik yatış öyküsü olanlarda, önceki gebelik öyküsü olmayanlarda, canlı bebeği olmayanlarda, düşük yapmayanlarda, 1. trimesterde olanlarda, gebelikte kanama riski olanlarda, gebelikte ilaç başlayanlarda, interneti temel bilgi kaynağı olarak görenlerde ve kamu hastanelerinde rutin takiplerini yapanlarda daha yüksek olmakla birlikte kaygı puanının sadece bilgi kaynağı gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Kaygı boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları

		Kaygı		p değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	28 ve altı	10,51	5,62	0,305 ^a
	29 ve üzeri	9,22	5,13	
Eğitim	Ortaokul	10,60	5,41	0,074 ^b
	Lise	8,03	4,13	
	Üniversite	11,49	6,05	
Çalışma durumu	Ev hanımı	9,19	4,58	0,592 ^b
	Memur	11,78	7,38	
	İşçi	10,67	4,59	
Gelir	Gelirim giderimden fazla	14,00	9,76	0,616 ^b
	Gelirim giderimle eşit	10,95	6,07	
	Gelirim giderimden az	8,67	4,16	
	Gelirim yok	9,24	4,65	
Kronik hastalık	Hayır	9,77	5,55	0,199 ^a
	Evet	11,38	4,14	

Tablo 2. Kaygı boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları (devamı)

Gebelik yatış öyküsü	Hayır	9,48	4,59	0,452 ^a
	Evet	12,08	8,14	
Gebelik öyküsü	Hayır	9,95	4,11	0,424 ^a
	Evet	9,94	6,73	
Canlı bebek	Hayır	10,21	5,07	0,289 ^a
	Evet	9,44	6,09	
Düşük bebek	Hayır	10,14	4,86	0,250 ^a
	Evet	9,20	7,32	
Gebelik haftası	1. Trimester (0-13 hafta)	11,75	6,78	0,208 ^b
	2. Trimester (14-26 hafta)	9,64	4,55	
	3. Trimester (27-40 hafta)	8,59	4,33	
Gebelikte riskli durum	Hayır	9,64	5,47	0,903 ^b
	Kanama	11,67	7,52	
	Kan Uyuşmazlığı	9,50	3,54	
	Hipotiroidi	11,00	1,00	
	Diyabet	9,00	5,66	
	Diğer	10,00	2,31	
Gebelikte ilaç başlama	Hayır	9,66	5,24	0,407 ^a
	Evet	11,14	6,13	
Bilgi kaynağı	Aile Sağlığı Merkezi	7,53	3,93	0,008^b
	Hastane-Üniversiteler	9,86	5,04	
	İnternet	15,71	7,09	

Tablo 2. Kaygı boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları (devamı)

Rutin takip yeri	Aile Sağlığı Merkezi	9,75	4,29	0,542 ^b
	Kamu Hastaneleri	10,38	5,25	
	Özel Hastaneler	9,11	6,46	

a. Mann Whitney U Testi, b. Kruskal Wallis Testi

SCÖ'nün sağlık uzmanlarına güvensizlik alt boyutu puanı, 29 ve üzerinde yaşa sahip olanlarda, üniversite mezunlarında, memurlarda, geliri giderine eşit olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, gebelik yatış öyküsü olanlarda, önceki gebelik öyküsü olanlarda, canlı bebeği olmayanlarda, düşük yapanlarda, 1. trimesterde olanlarda, gebelikte kan uyuşmazlığı riski olanlarda, gebelikte ilaç başlamayanlarda, interneti temel bilgi kaynağı olarak görenlerde ve kamu hastanelerinde rutin takiplerini yapanlarda daha yüksek bulunmakla birlikte sağlık uzmanlarına güvensizlik puanının sadece eğitim ve gebelik haftası gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık uzmanlarına güvensizlik boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları

		Sağlık uzmanlarına güvensizlik		p değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	28 ve altı	6,68	2,27	0,652 ^a
	29 ve üzeri	6,69	1,94	
Eğitim	Ortaokul	4,40	1,67	0,014^b
	Lise	6,44	2,31	
	Üniversite	7,11	1,66	

Tablo 3. Sağlık uzmanlarına güvensizlik boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları (devamı)

Çalışma durumu	Ev hanımı	6,48	2,31	0,557 ^b
	Memur	7,22	1,83	
	İşçi	6,50	1,22	
Gelir	Gelirim giderimden fazla	7,00	1,82	0,686 ^b
	Gelirim giderimle eşit	7,20	1,82	
	Gelirim giderimden az	6,67	1,15	
	Gelirim yok	6,43	2,34	
Kronik hastalık	Hayır	6,60	2,18	0,253 ^a
	Evet	7,38	1,51	
Gebelik yatış öyküsü	Hayır	6,63	2,11	0,573 ^a
	Evet	6,92	2,25	
Gebelik öyküsü	Hayır	6,62	1,85	0,887 ^a
	Evet	6,76	2,44	
Canlı bebek	Hayır	6,77	1,96	0,430 ^a
	Evet	6,52	2,43	
Düşük bebek	Hayır	6,52	2,06	0,381 ^a
	Evet	7,33	2,29	
Gebelik haftası	1. Trimester (0-13 hafta)	7,50	1,84	0,036^b
	2. Trimester (14-26 hafta)	6,55	2,42	
	3. Trimester (27-40 hafta)	6,07	1,92	

Tablo 3. Sağlık uzmanlarına güvensizlik boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları (devamı)

Gebelikte riskli durum	Hayır	6,57	2,10	0,389 ^b
	Kanama	7,44	2,35	
	Kan Uyuşmazlığı	9,50	2,71	
	Hipotiroidi	6,33	2,58	
	Diyabet	6,50	2,71	
	Diğer	5,50	2,65	
Gebelikte ilaç başlama	Hayır	6,69	2,19	0,846 ^a
	Evet	6,64	1,86	
Bilgi kaynağı	Aile Sağlığı Merkezi	6,40	2,13	0,743 ^b
	Hastane-Üniversiteler	6,67	2,07	
	İnternet	7,43	2,64	
Rutin takip yeri	Aile Sağlığı Merkezi	6,75	1,91	0,875 ^b
	Kamu Hastaneleri	6,76	2,31	
	Özel Hastaneler	6,47	1,87	

a. Mann Whitney U Testi, b. Kruskal Wallis Testi

SCÖ'nün aşırılık alt boyutu puanı, 29 ve üzerinde yaşa sahip olanlarda, üniversite mezunlarında, memurlarda, geliri giderinden az olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, gebelik yatış öyküsü olanlarda, önceki gebelik öyküsü olmayanlarda, canlı bebeği olmayanlarda, düşük yapanlarda, 1. trimesterde olanlarda, gebelikte diyabet riski olanlarda, gebelikte ilaç başlayanlarda, interneti temel bilgi kaynağı olarak görenlerde ve aile sağlığı merkezlerinde rutin takiplerini yapanlarda daha yüksek bulunmakla birlikte aşırılık puanının yalnızca eğitim ve kronik hastalık sahibi olma gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Aşırılik boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları

		Aşırılik		p değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	28 ve altı	15,80	5,97	0,141 ^a
	29 ve üzeri	17,81	5,37	
Eğitim	Ortaokul	10,80	5,07	0,000^b
	Lise	14,66	5,25	
	Üniversite	19,37	5,08	
Çalışma durumu	Ev hanımı	15,71	6,00	0,095 ^b
	Memur	19,44	5,23	
	İşçi	15,50	2,43	
Gelir	Gelirim giderimden fazla	19,75	9,00	0,304 ^b
	Gelirim giderimle eşit	16,85	4,68	
	Gelirim giderimden az	21,33	4,93	
	Gelirim yok	16,04	5,90	
Kronik hastalık	Hayır	16,17	5,78	0,028^a
	Evet	20,88	3,72	
Gebelik yatış öyküsü	Hayır	16,18	5,62	0,111 ^a
	Evet	19,00	6,10	
Gebelik öyküsü	Hayır	16,75	5,20	0,916 ^a
	Evet	16,61	6,47	
Canlı bebek	Hayır	17,15	5,50	0,348 ^a
	Evet	15,80	6,26	
Düşük bebek	Hayır	16,47	5,42	0,526 ^a
	Evet	17,53	7,09	

Tablo 4. Aşırılık boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları (devamı)

Gebelik haftası	1. Trimester (0-13 hafta)	18,79	6,74	0,091 ^b
	2. Trimester (14-26 hafta)	15,64	4,97	
	3. Trimester (27-40 hafta)	15,67	5,08	
Gebelikte riskli durum	Hayır	16,09	6,22	0,679 ^b
	Kanama	17,67	5,43	
	Kan Uyuşmazlığı	15,50	3,54	
	Hipotiroidi	19,67	3,06	
	Diyabet	21,00	2,83	
	Diğer	18,50	2,58	
Gebelikte ilaç başlama	Hayır	16,27	5,88	0,210 ^a
	Evet	18,43	5,08	
Bilgi kaynağı	Aile Sağlığı Merkezi	16,07	5,05	0,559 ^b
	Hastane-Üniversiteler	16,57	6,10	
	İnternet	18,86	4,78	
	Yakın Çevre	.	.	
Rutin takip yeri	Aile Sağlığı Merkezi	17,08	4,98	0,833 ^b
	Kamu Hastaneleri	16,88	5,51	
	Özel Hastaneler	16,00	6,92	

a. Bağımsız Örneklem t-testi, b. Tek Yönlü ANOVA testi.

SCÖ'nün içini rahatlatma alt boyutu puanı, 28 ve altında yaşa sahip olanlarda, üniversite mezunlarında, işçilerde, geliri giderinden fazla olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, gebelik yatış öyküsü olanlarda, önceki gebelik öyküsü olmayanlarda, canlı bebeği olmayanlarda, düşük yapanlarda, 1. trimesterde olanlarda, gebelikte kan uyuşmazlığı riski olanlarda, gebelikte ilaç başlamayanlarda, interneti temel bilgi kaynağı

olarak görenlerde ve özel hastanelerde rutin takiplerini yapanlarda daha yüksekti fakat sadece içini rahatlatma puanının yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. İcini rahatlatma boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları

		İcini rahatlatma		p değeri
		Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	28 ve altı	10,49	5,20	0,031^a
	29 ve üzeri	8,00	4,21	
Eğitim	Ortaokul	6,40	5,59	0,148 ^b
	Lise	8,72	5,12	
	Üniversite	10,26	4,45	
Çalışma durumu	Ev hanımı	9,29	5,08	0,887 ^b
	Memur	9,28	4,60	
	İşçi	10,00	5,55	
Gelir	Gelirim giderimden fazla	10,75	7,41	0,893 ^b
	Gelirim giderimle eşit	9,65	4,32	
	Gelirim giderimden az	8,00	2,65	
	Gelirim yok	9,26	5,15	
Kronik hastalık	Hayır	9,17	4,93	0,262 ^a
	Evet	11,25	4,74	
Gebelik yatış öyküsü	Hayır	9,18	4,92	0,428 ^a
	Evet	10,38	4,98	
Gebelik öyküsü	Hayır	9,85	5,22	0,390 ^a
	Evet	8,85	4,55	

Tablo 5. İcini rahatlatma boyutunun demografik ve gebelik özelliklerine göre fark analizi sonuçları (devamı)

Canlı bebek	Hayır	9,96	4,94	0,179 ^a
	Evet	8,32	4,79	
Düşük bebek	Hayır	9,24	5,21	0,521 ^a
	Evet	10,00	3,66	
Gebelik haftası	1. Trimester (0-13 hafta)	10,71	5,43	0,234 ^b
	2. Trimester (14-26 hafta)	8,27	4,34	
	3. Trimester (27-40 hafta)	9,15	4,79	
Gebelikte riskli durum	Hayır	9,62	4,68	0,436 ^b
	Kanama	10,33	6,38	
	Kan Uyuşmazlığı	11,50	6,36	
	Hipotiroidi	9,33	3,51	
	Diyabet	5,00	7,07	
	Diğer	5,50	3,70	
Gebelikte ilaç başlama	Hayır	9,46	4,74	0,853 ^a
	Evet	9,14	5,82	
Bilgi kaynağı	Aile Sağlığı Merkezi	8,33	4,56	0,297 ^b
	Hastane-Üniversiteler	9,37	5,08	
	İnternet	11,86	4,06	
Rutin takip yeri	Aile Sağlığı Merkezi	9,58	5,14	0,894 ^b
	Kamu Hastaneleri	9,17	5,20	
	Özel Hastaneler	9,79	4,33	

a. Bağımsız Örneklem t-testi, b. Tek Yönlü ANOVA testi.

Siberkondri toplam puanı ile eğitim ($r=0,398$; $p<0,01$), kronik hastalık ($r=0,246$; $p<0,01$), gebelik haftası ($r=-0,232$; $p<0,01$) ve bilgi kaynağı ($r=0,276$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 6).

Tablo 6. Siberkondri ölçeği puanları ile demografik ve gebelik özellikleri arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

SCÖ	r	p
Yaş	-0,015	0,899
Eğitim	0,398**	0,000
Çalışma durumu	0,153	0,196
Gelir	-0,127	0,283
Kronik hastalık	0,246*	0,036
Gebelik yatış öyküsü	0,119	0,316
Gebelik öyküsü	-0,007	0,956
Canlı bebek	-0,087	0,464
Düşük bebek	0,002	0,989
Gebelik haftası	-0,232*	0,048
Gebelikte riskli durum	0,145	0,222
Gebelikte ilaç başlama	0,145	0,220
Bilgi kaynağı	0,276*	0,018
Rutin takip yeri	-0,054	0,649

5. TARTIŞMA

Bilgiye erişimin kolaylaştığı çağımızda, teknolojik gelişmeler beraberinde farklı riskleri de getirmektedir. Bu riskleri tanımlamak için yeni kavramlar türetilmektedir. Siberkondri de bu kavramlardan biri olmakla birlikte, tanımı üzerinde belli bir fikir birliği olmamasına rağmen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konu hakkında son yıllarda araştırmaların arttığını gözlemleyebiliriz. Özellikle internetten ulaşılan bilgilerin güvenilirliğinin tartışmalı olması, bu bilgilere ulaşan kişilerin bilgileri patolojik boyutta yanlış yorumlamasına ve sonucunda kaygı geliştirmesine sebebiyet verebilmektedir. Gündelik yaşam işlevselliğini bozabilmektedir. Bu durumu yaşayan bireylerin gebe olması ise farklı bir ciddiyet boyutunun eklenmesi demektir. Anne-bebek morbidite ve mortalite oranları ülkeler için gelişmişlik göstergeleri arasında sayılır. Bu çalışma üçüncü basamak hastaneye başvuran 73 gebe arasında gerçekleştirilmiştir. Gebelerin ne kadar siberkondri yaşadıkları ve hangi faktörlerin bu durumu etkilediği araştırılmak istenmiştir. Literatür incelenerek elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre eğitim durumu arttıkça siberkondri puanları da artmaktaydı. Özkan ve ark.(65) ülkemiz kadınları üzerinde yaptığı çalışmada da lisans ve lisansüstü eğitim düzeylerine sahip olanlarda siberkondri seviyeleri yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığının artması muhtemeldir. Sağlık okuryazarlığının artması çevrim içi arama yapma olasılığını arttırabilir(66). Bu duruma gebelik faktörü de eklendiğinde, siberkondri gelişimini kolaylaştırdığı düşünülebilir. Gökmen ve ark.(67) ülkemizdeki gebe kadınlarda, COVID-19 pandemisi döneminde yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi ile siberkondri puanı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Anlamlı ilişkinin ortaya çıkmaması, pandemi döneminin eğitim seviyesine bakılmaksızın herkesi etkilediği olasılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığının siberkondri düzeyini arttırdığı saptanmıştır. Ülkemizde kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise kronik hastalık varlığının siberkondri düzeyinde bir farklılığa sebep olmadığı bulunmuştur(68). İki

çalışma arasındaki farklardan biri gebelik faktörüdür. Kronik hastalığa sahip bireyler, sağlık sistemi ve uzun süreli tedavilerle daha içli dışlı olmaları nedeniyle sağlık profesyonelleriyle daha sık görüşmek zorunda kalıyor olabilirler. Bu durum herhangi bir sağlık problemi yaşadığında ilk olarak sağlık profesyonellerine danışmalarını sağlıyor olabilir. Kendi sağlık sorunlarıyla daha iyi baş etmeyi zamanla öğreniyor olabilirler. Ancak bu fark, gebelik faktörü devreye girdiğinde, kendi bebekleri için daha fazla kaygılanıyor olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda gebelik haftası arttıkça siberkondri düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Buna rağmen Gökmen ve ark.(67) ülkemizdeki gebe kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada anlamlı bir fark bulamamışlardır. Bu durum yine çalışmanın COVID-19 pandemisi sürecinde yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Gebe kadınlar birinci trimesterde bulantı, kusma, yorgunluk ve memede hassasiyet gibi semptomlar yaşamaktadır(48). Bu yeni durum ve semptomlar kadınların kaygı düzeyini ve siberkondri eğilimlerini arttırabilir. Ayrıca gebelik süreci ilerledikçe, kadınlar içinde buldukları duruma karşı sürece uyum sağlama becerisi geliştiriyor olabilirler.

Çalışmamızda bir sağlık sorunu yaşandığında gebelerin ilk başvurduğu bilgi kaynağı seçiminin siberkondri seviyesini anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır. Ülkemizde gebelerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğunun sağlıkla ilgili bilgi aramak için interneti tercih ettikleri görülmüştür(67). Günlük internet kullanımı altı saat ve üzerinde olan gebelerde ve sağlıkla ilgili bir karar vereceğinde internetteki bilgilere dayanarak karar veren kadınlarda, siberkondri seviyesinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur(65,68). Sezer ve ark.(69) yaptıkları çalışmada siberkondri seviyesi arttıkça sağlık kuruluşuna ortalama başvuru sayısının ve doktorların gereğinden fazla bilgi vermeleri halinde siberkondri düzeyinin arttığını saptamışlardır. Tüm bunların ışığında, yüksek siberkondri düzeyi sebeplerinden birisi de kişinin bilgi edinmek için başvurduğu kaynak ve bu kaynaktan etkilenmesi ile ilgili olabilir. Bu etkilenme kişilik özelliklerine göre de değişiklik gösterebilir.

Çalışmamızda SCÖ'nün alt boyutları ele alındığında, zorlanma alt boyutu puanının, gebelikte hipotiroidi yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Zorlanma alt boyutu, çevrim içi araştırma sonucu ortaya çıkan kaygının günlük hayattaki işlevleri etkilemesine rağmen eylemi durdurmanın zor olduğunu ifade eder(6). Gebelikte hipotiroidi ilk trimesterde artan düşük riski, preeklampsi, düşük doğum ağırlığı, perinatal

morbidite ve mortalitede artış gibi ciddi sorunlara yol açmaktadır(70). Bu ciddi sorunlar gebenin kaygı seviyesini arttırıp, artan çevrim içi aramaları durdurmasında zorlanmalara sebebiyet verebilir.

Çalışmamızda SCÖ'nün aşırı kaygı alt boyutu değerlendirildiğinde, gebelerin bir sağlık sorunu yaşadığında ilk başvurdukları kaynak olarak internet seçeneğini tercih edenlerde, aşırı kaygı alt boyutu daha yüksek çıkmıştır. Aşırı kaygı alt boyutu, çevrim içi arama sonucunda kişinin yaşadığı içsel sıkıntılı duygularını ifade eder(6). Literatür incelendiğinde, toplam siberkondri puanlarının, gebe olsun olmasın, bilgi kaynağı olarak interneti tercih eden veya internet kullanımını fazla olan kadınlarda daha yüksek saptandığı çalışmalar mevcuttur(65,68). Aşırı kaygı alt boyutu özelinde, internet her ne kadar kolay ulaşılabilir bir bilgi kaynağı olsa da güvenilirliği tartışmalıdır. Gebelerin internete başvurduklarında edindikleri tartışmalı bilgiler kaygı seviyelerini yüksek noktalara ulaştırabilir.

SCÖ'nün aşırılık alt boyutu, çoklu ve tekrarlanan çevrim içi aramaları ifade eder(6). Çalışmamızda aşırılık alt boyutunun puanı, üniversite mezunlarında ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksek çıkmıştır. Çalışma grubunu perinatal dönemdeki kadınların oluşturduğu bir çalışmada, eğitim düzeyinin, çevrim içi arama yapma eyleminde çok az rol oynadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan lisans düzeyinde eğitim almış kadınların %97'si çevrim içi arama yaparken, daha düşük seviyede eğitim alan kadınların %93'ü çevrim içi arama yaptıklarını ifade etmişlerdir(71). Ancak çevrim içi aramaların tekrarlayıcı nitelikte olması üniversite mezunlarında daha sık görülebilir. Üniversite mezunu kadınların teknolojik cihaz kullanma becerilerinin daha yüksek olması muhtemeldir. Bu da elde edindikleri bilgilerin kendilerini tatmin etmemesi durumunda tekrarlayıcı nitelikte çevrim içi aramalara sebebiyet veriyor olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığının, siberkondri düzeyini arttırdığını saptamış olup, siberkondri toplam puanında artışın ana sebeplerinden birisinin de aşırılık alt boyutunun katkısıyla olduğu anlaşılmaktadır. Literatür incelendiğinde kronik hastalık varlığının siberkondri düzeyini etkilemesiyle ilgili farklı sonuçlar vardır. Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, kronik hastalığa sahip olan kadınların siberkondri düzeyleri daha yüksek çıkmıştır(72). Yine aynı çalışmada ortalama siberkondri puanları alt boyutlarıyla irdelendiğinde, aşırılık alt boyutunun ortalama olarak en yüksek puana sahip alt boyut olduğu ortaya çıkmıştır. Bu da aşırılık alt boyutunun siberkondri

gelişmesinde önemli yere sahip olduğunu gösterebilir. Kronik hastalık varlığı uzun süreçte kaygı düzeyini arttırmayabilir ancak gebelik gibi bir durum eklendiğinde durum tersine dönebilir. Bu durum da tekrarlayıcı nitelikte araştırmalara sebep olabilir.

Çalışmamızda SCÖ'nün içini rahatlatma alt boyutu değerlendirildiğinde, 28 yaş ve altındaki gebelerde puanın daha yüksek olduğu bulunmuştur. İçini rahatlatma alt boyutu, kaygı unsurunun sağlık profesyoneline danışma isteği oluşturması, teşvik etmesi şeklinde ifade edilebilir(6). Literatürde yaş ve siberkondri ilişkisi açısından çıkan sonuçlar birbirinden farklılık göstermektedir. COVID-19 pandemisi döneminde gebe kadınlarda yapılan bir çalışmada yaş ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır(67). Yine ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, genç yaş grubu kadınlarda siberkondri düzeyleri daha yüksek bulunmuştur(65,68). Bazı yazarlar tarafından siberkondri gelişimi için risk faktörleri arasında kadın olmak ve genç olmak gösterilmiştir(73). Yaşı görece daha genç olan gebelerin daha az gebelik ve doğum deneyimi yaşamış olmaları muhtemeldir. Bu durum da siberkondri gelişimi için risk altında olan genç gebelerin, bir sağlık profesyoneline danışma ihtiyacını artırıyor olabilir.

Çalışmamızda SCÖ'nün doktora güvensizlik alt boyutu puanı ele alındığında, üniversite mezunlarında ve birinci trimester gebelerde daha yüksek çıkmıştır. Doktora güvensizlik alt boyutu çevrim içi arama sonucu ortaya çıkan kaygıyı, sağlık profesyonellerinin dahi azaltamadığı, başvuranların güvence bulamadıkları durumu ifade eder(6). Bazı yazarlar yaptıkları çalışmalarda, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin siberkondri düzeylerini daha yüksek saptamışlardır(74). Buna rağmen tam tersi sonuçların elde edildiği çalışmalar da mevcuttur(65). Bizim çalışmamızda da eğitim durumu arttıkça siberkondri düzeyleri artmaktadır. Bu duruma en çok katkı veren faktörlerden birisinin doktora güvensizlik alt boyutu olduğu anlaşılmaktadır. Üniversite mezunu olan gebelerin sosyokültürel seviyelerinin daha yüksek olması muhtemeldir. Bu da sağlık profesyonelinin güvence vermesini, tatmin etmesini zorlaştırıyor olabilir.

Yine çalışmamızda gebelik haftası azaldıkça, siberkondri düzeyinin arttığını saptadık. Birinci trimester gebelerde doktora güvensizlik alt boyutunun yüksek çıkması, en önemli pay sahibi faktörlerden birinin doktora güvensizlik alt boyutu olduğunu göstermektedir. COVID-19 pandemisi sırasında, Gökmen ve ark.(67) yaptıkları çalışmada, gebelik haftası ile siberkondri arasında bir ilişki saptamamışlardır. Bu durum COVID-19 pandemisi sırasında sağlık profesyonellerinin öneminin anlaşılması,

gebelerde güven duygusunu arttırmış olabilir. Bu da doktora güvensizlik alt boyutunun daha düşük puan almasına ve anlamlı sonuç elde edilememesine neden olmuş olabilir. Ayrıca gebeliğin ilk trimester döneminde başlayan yeni semptomlar, yeni duruma alışma süresi bu duruma katkı sağlıyor da olabilir. Ayrıca süreç ilerledikçe gebe ve doktoru arasındaki ilişki gelişiyor olabilir.

Araştırmanın güçlü yanları ya da kısıtlılıkları:

Bu çalışma gebelik ve siberkondri ilişkisinin araştırıldığı literatürdeki az sayıdaki çalışmadan biridir. Ancak veri toplama süresi üç ay sürdüğü ve bir ilde bir merkeze başvuran katılımcılarla çalışıldığı için topluma genellenemez. Ayrıca Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin kesme noktasının olmaması karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. Çalışmanın üçüncü basamak bir hastanede yapılmış olması, daha çok sağlık problemi veya komplikasyon yaşayan gebelerle karşılaşma ihtimalini arttırmış olabilir. Çalışmada birinci, ikinci ve üçüncü trimester gebelerin oranları yaklaşık olarak aynıdır. Bu da çalışmanın tüm gebelik sürecini daha objektif yansıttığını sağlamış olabilir. Sağlık profesyonellerinin gebeleri değerlendirirken, farklı boyutlarda değerlendirmesini sağlayacak bilgiler elde edilmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma üçüncü basamak bir hastaneye başvuran gebelerde, siberkondri düzeylerini saptamak ve etkili faktörleri belirlemek için yapılmıştır. Elde ettiğimiz bulgulara göre gebelerde eğitim seviyesi arttıkça siberkondri seviyesi artmaktadır. Kronik hastalık varlığı da siberkondri seviyesini arttırmaktadır. Gebelik haftası arttıkça siberkondri seviyesi düşmektedir. Ayrıca sağlık sorunu yaşandığında başvuru bilgi kaynağı çeşidi siberkondri seviyesini etkilemektedir.

SCÖ'nün alt boyutları irdelendiğinde; zorlanma alt boyutunun puanı gebelikte hipotiroidi yaşayan gebelerde, aşırı kaygı alt boyutunun puanı bilgi kaynağı olarak interneti tercih eden gebelerde, aşırılık alt boyutunun puanı üniversite mezunu ve kronik hastalığı olan gebelerde, içini rahatlatma alt boyutunun puanı 28 yaş ve altındaki gebelerde, doktora güvensizlik alt boyutunun puanı üniversite mezunu ve birinci trimesterdeki gebelerde daha yüksek çıkmıştır.

Elde edilen sonuçlar gebelerde siberkondriyi etkileyen faktörlerin aydınlatılmasında literatüre katkıda bulunacaktır. Buna rağmen çalışmanın kısa sürede, üçüncü basamak bir hastanede gerçekleştirilmesi, elde edilen sonuçların topluma genellenmesine engel olabilir. Bu konu hakkında araştırma yapacak araştırmacıların birinci, ikinci ve üçüncü basamak merkezlerde, daha geniş kitlelerle, daha uzun süreli çalışmalar gerçekleştirmeleri önerilebilir. Siberkondri düzeylerini etkileyebilecek diğer faktörler (örneğin; sağlık okuryazarlığı, diğer sosyodemografik veriler gibi) araştırılabilir. Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin alt boyutlarının daha sıkı irdelendiği çalışma sayısı artırılabilir, siberkondri gelişiminde daha fazla etkili olan alt boyut araştırılabilir. Bu araştırmalar sağlık profesyonellerinin, daha çok üzerine eğilmeleri gereken boyutları aydınlatacaktır. Böylece üzerinde uzlaşılmış bir siberkondri tanımına daha da yaklaşılabilecektir. Ayrıca siberkondri seviyesi daha fazla olan gebelerin, gebeliklerinin nasıl sonuçlandığı, komplikasyon yaşayıp yaşamadıkları da araştırılabilir.

Gebe takibi yapan hekimlerin, siberkondri hakkındaki farkındalığı artırılabilir. Özellikle gebeliğin erken dönemlerinden itibaren gebelik takiplerini yapan birinci basamak hekimlerine, konu hakkındaki farkındalıklarını arttırarak, eğitim seviyesi yüksek, kronik hastalığı olan ve gebeliğinin erken döneminde olan gebelere daha dikkatli yaklaşımları önerilebilir. Doktora güvensizlik alt boyutunun, üniversite mezunlarında ve birinci trimester gebelerde daha yüksek çıkması bu öneriyi destekler niteliktedir. Bu farkındalık sadece hekimle sınırlı kalmamalı, gebeyle bire bir iletişim kuran tüm sağlık profesyonellerinde arttırılmalıdır. Gebe takibi yapan hekimler, bilişsel davranışçı terapi gibi terapi yöntemlerinde kendilerini geliştirerek gebelere uygulayabilir. Böylece gebelerin kaygı düzeyleri olabildiğince azaltılarak, olası komplikasyonların önüne geçilebilir.

Sağlık sistemi yöneticileri hem sağlık profesyonellerinin hem de gebelerin siberkondri hakkındaki farkındalığını arttıracak çalışmalar yapabilir. Sağlık profesyonellerine gerekli eğitim verilebilir. Gebelere ve ailelerine eğitim verilerek siberkondri hakkında farkındalık oluşturulabilir. Özellikle kronik hastalığı olan, üniversite mezunu ve birinci trimesterdeki gebeler hedef gruba alınmalı, karşılıklı güvenin temel alındığı, sağlıklı bir doktor hasta ilişkisi, gebelerdeki kaygı ve siberkondri seviyelerini düşürebilir. Bu yüzden gebe takibi yapan hekimlerin muayene koşulları iyileştirilebilir. Takip ettiği gebelere daha fazla zaman ayırabildiği ortam yaratılabilir. Ayrıca yöneticiler internet ortamındaki bilgi kirliliğini azaltacak önlemler alabilir. Devlet kurumlarına bağlı, sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan güvenilir internet sayfaları, akıllı telefon uygulamaları geliştirilebilir, toplumda farkındalığı arttırmaya yönelik kamu spotları hazırlanabilir.

Sonuç olarak siberkondri hayatımıza yeni giren kavramlardan birisi olmakla beraber yapılacak daha fazla araştırmayla psikopatolojisinin daha iyi anlaşılması risk altındaki gebelere daha etkili müdahalelerde yardımcı olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. McMullan RD, Berle D, Arnáez S, Starcevic V. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;245:270–278.
2. Jia X, Pang Y, Liu LS. Online health information seeking behavior: a systematic review. In *MDPI*; 2021;9:1740.
3. Wang X, Shi J, Kong H. Online health information seeking: A review and meta-analysis. *Health Commun.* 2021;36(10):1163–1175.
4. Schenkel SK, Jungmann SM, Gropalis M, Witthöft M. Conceptualizations of cyberchondria and relations to the anxiety spectrum: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2021;23(11):e27835.
5. Zheng H, Sin SCJ, Kim HK, Theng YL. Cyberchondria: a systematic review. *Internet Res.* 2020;31(2):677–699.
6. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord.* 2014;28(2):259–265.
7. Corbijn van Willenswaard K, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis CL, Lobel M, et al. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17:1–9.
8. Vythilingum B. Anxiety disorders in pregnancy. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(4):331–335.
9. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(5):813.
10. Prescott J, Mackie L, Rathbone AL. Predictors of health anxiety during pregnancy. *Mhealth.* 2018;4:1–8.
11. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):1–10.

12. Conrad M. Health information-seeking internet behaviours among pregnant women: a narrative literature review. *J Reprod Infant Psychol.* 2022;1–15.
13. Loh KK, Kanai R. How has the Internet reshaped human cognition? *The Neuroscientist.* 2016;22(5):506–520.
14. Sparrow B, Liu J, Wegner DM. Google effects on memory: Cognitive consequences of having information at our fingertips. *science.* 2011;333(6043):776–778.
15. Internet World Stats. Internet using. Erişim adresi: <https://www.internetworldstats.com/stats4.htm> Erişim tarihi: 15.07.2022.
16. Pan YC, Chiu YC, Lin YH. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;118:612–622.
17. Beard KW, Wolf EM. Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Cyberpsychol Behav.* 2001;4(3):377–383.
18. Spada MM. An overview of problematic Internet use. *Addict Behav.* 2014;39(1):3–6.
19. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *Eur Psychiatry.* 2012;27(1):1–8.
20. Hallyburton A, Evarts LA. Gender and online health information seeking: A five survey meta-analysis. *J Consum Health Internet.* 2014;18(2):128–142.
21. Susannah Fox MD. Health Online 2013 Erişim adresi: <https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/> Erişim tarihi: 15.07.2022.
22. Cecil Prescott. Internet access – households and individuals. Erişim adresi: http://doc.ukdataservice.ac.uk/doc/8298/mrdoc/pdf/8298_statistical_bulletin.pdf Erişim tarihi: 15.07.2022.
23. Stern MJ, Cotten SR, Drentea P. The separate spheres of online health: Gender, parenting, and online health information searching in the information age. *J Fam Issues.* 2012;33(10):1324–1350.
24. Carpenter DM, DeVellis RF, Hogan SL, Fisher EB, DeVellis BM, Jordan JM. Use and perceived credibility of medication information sources for patients with a rare illness: differences by gender. *J Health Commun.* 2011;16(6):629–642.

25. AlGhamdi KM, Moussa NA. Internet use by the public to search for health-related information. *Int J Med Inf.* 2012;81(6):363–373.
26. Brown RJ, Skelly N, Chew-Graham CA. Online health research and health anxiety: A systematic review and conceptual integration. *Clin Psychol Sci Pract.* 2020;27(2):e12299.
27. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(2):205–213.
28. Vismara M, Caricasole V, Starcevic V, Cinosi E, Dell’Osso B, Martinotti G, et al. Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Compr Psychiatry.* 2020;99:152167.
29. Singh K, Fox JR, Brown RJ. Health anxiety and Internet use: A thematic analysis. *Cyberpsychology J Psychosoc Res Cyberspace.* 2016;10(2):48–68.
30. Jokic-Begic N, Lauri Korajlija A, Mikac U. Cyberchondria in the age of COVID-19. *PLoS One.* 2020;15(12):e0243704.
31. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Trans Inf Syst TOIS.* 2009;27(4):1–37.
32. White RW, Horvitz E. Web to world: predicting transitions from self-diagnosis to the pursuit of local medical assistance in web search. In *American Medical Informatics Association;* 2010:882.
33. Nadeem F, Malik NI, Atta M, Ullah I, Martinotti G, Pettorruso M, et al. Relationship between Health-Anxiety and Cyberchondria: Role of Metacognitive Beliefs. *J Clin Med.* 2022;11(9):2590.
34. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Trans Inf Syst TOIS.* 2009;27(4):1–37.
35. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA. Advances in understanding illness anxiety. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(4):311–317.
36. Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *J Anxiety Disord.* 2020;69:102150.
37. Fergus TA, Dolan SL. Problematic internet use and internet searches for medical information: the role of health anxiety. *Cyberpsychology Behav Soc Netw.* 2014;17(12):761–765.

38. Arsenakis S, Chatton A, Penzenstadler L, Billieux J, Berle D, Starcevic V, et al. Unveiling the relationships between cyberchondria and psychopathological symptoms. *J Psychiatr Res.* 2021;143:254–261.
39. Bajcar B, Babiak J. Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive–compulsive symptoms in a community sample. *Curr Psychol.* 2021;40(6):2820–2831.
40. Kzama JM, van den Anker J, Allegaert K, Dallmann A, Ahmadzia HK. Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *J Pharmacokinet Pharmacodyn.* 2020;47(4):271–285.
41. Heidemann BH, McClure JH. Changes in maternal physiology during pregnancy. *BJA CEPD Rev.* 2003;3(3):65–68.
42. Broughton Pipkin F. Maternal physiology. *Dewhursts Textb Obstet Gynaecol.* 2012;1–15.
43. Chesnutt AN. Physiology of normal pregnancy. *Crit Care Clin.* 2004;20(4):609–615.
44. Norwitz ER, Edusa V, Park JS. Maternal physiology and complications of multiple pregnancy. In Elsevier. 2005:338–348.
45. Foxcroft KF, Callaway LK, Byrne NM, Webster J. Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(1):1–9.
46. Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image.* 2008;5(2):152–163.
47. Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. Frequency, severity, and effect on life of physical symptoms experienced during pregnancy. *J Midwifery Womens Health.* 2009;54(1):43–49.
48. Nazik E, Eryilmaz G. Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. *J Clin Nurs.* 2014;23(11–12):1736–1750.
49. Sayle AE, Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy. *J Clin Epidemiol.* 2002;55(7):676–680.
50. Chou F, Lin L, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(2):119–125.

51. Oviedo-Caro MA, Bueno-Antequera J, Munguía-Izquierdo D. The associations of pregnancy-related symptoms with health-related quality of life at midpregnancy: the PregnActive project. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;1–9.
52. Dalke KB, Wenzel A, Kim DR. Depression and anxiety during pregnancy: Evaluating the literature in support of clinical risk-benefit decision-making. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(6):1–12.
53. Vigod SN, Wilson CA, Howard LM. Depression in pregnancy. *Bmj.* 2016;352:1–9.
54. Vlenterie R, van Gelder MM, Anderson HR, Andersson L, Broekman BF, Dubnov-Raz G, et al. Associations Between Maternal Depression, Antidepressant Use During Pregnancy, and Adverse Pregnancy Outcomes: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2021;138(4):633–646.
55. Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T. Prenatal attachment and perinatal depression: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):2644.
56. Evans K, Rennick-Egglestone S, Cox S, Kuipers Y, Spiby H. Remotely delivered interventions to support women with symptoms of anxiety in pregnancy: mixed methods systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2022;24(2):e28093.
57. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(5):424–432.
58. Viswasam K, Eslick GD, Starcevic V. Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *J Affect Disord.* 2019;255:27–40.
59. Javanmardi M, Noroozi M, Mostafavi F, Ashrafi-Rizi H. Internet usage among pregnant women for seeking health information: a review article. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018;23(2):79.
60. Kamali S, Ahmadian L, Khajouei R, Bahaadinbeigy K. Health information needs of pregnant women: information sources, motives and barriers. *Health Inf Libr J.* 2018;35(1):24–37.
61. Ghiasi A. Health information needs, sources of information, and barriers to accessing health information among pregnant women: a systematic review of research. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(8):1320–1330.

62. Vamos CA, Merrell L, Detman L, Louis J, Daley E. Exploring women's experiences in accessing, understanding, appraising, and applying health information during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(4):472–480.
63. Coglianesi F, Beltrame Vrizz G, Soriani N, Piras GN, Comoretto RI, Clemente L, et al. Effect of online health information seeking on anxiety in hospitalized pregnant women: Cohort study. *JMIR Med Inform*. 2020;8(5):e16793.
64. Uzun SU, Zencir M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Curr Psychol*. 2021;40:65–71.
65. Özkan O, Sungur C, Özer Ö. Investigation of cyberchondria level and digital literacy on women in Turkey. *J Hum Behav Soc Environ*. 2022;32(6):768–780.
66. Zhu X, Zheng T, Ding L, Zhang X. Exploring associations between eHealth literacy, cyberchondria, online health information seeking and sleep quality among university students: A cross-section study. *Heliyon*. 2023;9:e17521.
67. Gökmen BD, Gökmen V, Sariboğa Y. Does Fear of Coronavirus Affect Cyberchondria in Pregnant Women? *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2022;2(3):568–578.
68. Uslu-Sahan F, Purtul S. Health Anxiety and eHealth Literacy as Predictors of Cyberchondria in Women. *anxiety*. 2021;2(3):17.
69. Sezer Ö, Başoğlu MA, Dağdeviren HN. An examination of cyberchondria's relationship with trait anxiety and psychological well-being in women of reproductive age: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(46):e31503.
70. Tekin YB, Güven ESD. Gebelikte tiroid hastalıkları ve neonatal sonuçları. *Jinekoloji-Obstet Ve Neonatoloji Tıp Derg*. 2014;11(4):150–153.
71. Mackintosh N, Agarwal S, Adcock K, Armstrong N, Briley A, Patterson M, et al. Online resources and apps to aid self-diagnosis and help seeking in the perinatal period: A descriptive survey of women's experiences. *Midwifery*. 2020;90:102803.
72. El-Zayat A, Namnkani SA, Alshareef NA, Mustafa MM, Eminaga NS, Algarni GA. Cyberchondria and its Association with Smartphone Addiction and Electronic Health Literacy among a Saudi Population. *Saudi J Med Med Sci*. 2023;11(2):162.
73. Mestre-Bach G, Potenza MN. Cyberchondria: a growing concern during the COVID-19 pandemic and a possible addictive disorder? *Curr Addict Rep*. 2023;10(1):77–96.

74.Aydan S, Donar GB, Yeşilaydın G, Kartal N. Impact of e-health literacy and cyberchondria severity on fear of covid-19 in Turkish society. Hacet Sağlık İdaresi Derg. 2023;26(2):495–510.



8. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI

**EK-2: EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ARAŞTIRMA
İZNİ**

EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaşınız: ()

2.Eğitim durumunuz: İlkokul (), Ortaokul (), Lise (), Üniversite (), Yüksek Lisans (), Doktora ()

3.Medeni durumunuz: Evli (), Bekar (), Dul ()

4.Çalışma durumunuz: Ev hanımı (), Memur (), İşçi (), Emekli (), Diğer (.....)

5.Gelir düzeyiniz:

Gelirim giderimden fazla (), Gelirim giderimle eşit (), Gelirim giderimden az (), Gelirim yok ()

6.Kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet (), Hayır ()

Cevabınız “Evet” ise kronik hastalığınız nedir

DM(), HT (), Hipotiroidi (), Diğer

(.....)

7.Eşinizde/cinsel partnerinizde kronik bir hastalık ve/veya engellilik durumu var mı?

Evet (), Hayır ()

8.Sizin veya birinci derece akrabanızın daha önceki gebeliğinizde, hastaneye yatış gerektirecek bir sağlık sorunu oldu mu?

Evet (), Hayır()

9.Sigara kullanıyor musunuz? Evet (), Hayır ()

Cevabınız “Evet” ise Paket: Yıl:

10.Alkol kullanıyor musunuz? Evet (), Hayır ()

11.Daha önce gebe kaldınız mı? Evet (), Hayır ()

Cevabınız “Evet” ise gebelik sayınız ()

12.Daha önce canlı bebek doğumunuz oldu mu? Evet (), Hayır ()

Cevabınız “Evet” ise canlı bebek doğum sayınız ()

13.Daha önce düşük yaptınız mı? Evet (), Hayır ()

Cevabınız “Evet” ise düşük sayınız ()

14.Daha önce doğumdan itibaren, ciddi sağlık problemi olan bebeğiniz/çocuğunuz oldu mu?

Evet (), Hayır ()

15.Daha önce doğumdan itibaren, sakat/engelli olan bebeğiniz var mı?

Evet (), Hayır ()

16.Gebelik haftanız/trimesteriniz nedir?

1. Trimester(0-13 hafta) (), 2. Trimester(14-26 hafta) (), 3. Trimester(27-40 hafta) ()

17.Gebeliğiniz sürecinde, sizin veya bebeğiniz için riskli bir durum tespit edildi mi?

Evet: Kanama (), Erken Membran Ruptürü (), Preeklampsi (), Kan Uyuşmazlığı ()

Hipotiroidi (), Diyabet ()

Diğer

(.....
.....)

Hayır ()

18.Gebeliğiniz sürecinde, rutin önerilen ilaçlar dışında ilaç başlandı mı?

Evet (), Hayır ()

19.Bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk başvuracağınız bilgi kaynağı neresi olur?

Aile Sağlığı Merkezi (), Hastane/Üniversite Hastanesi (), İnternet (), Yakın Çevre ()

20.Rutin gebelik takiplerinize zamanında gider misiniz? Evet (), Hayır ()

21. 20. soruya cevabınız “Evet” ise, takiplerinizi nerede yaptırıyorsunuz?

Aile Sağlığı Merkezi (), Kamu Hastaneleri (), Özel Hastaneler ()

22.İnternete erişim ile ilgili olarak

İstediğim vakitte internete girebiliyorum ()

Belli vakitlerde internete girebiliyorum ()

Çoğu zaman internete giremiyorum ()

EK-4: SİBERKONDRİ CİDDİYET ÖLÇEĞİ

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1- Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum fark edersem bunu internette araştırırım					
2- Aynı hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette birçok kez araştırırım.					
3- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, Facebook/Twitter/diğer sosyal ağlarda harcadığım zamanı engeller.					
4- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, aile hekimime başvurmama neden olur.					
5- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra rahatlayamam.					
6- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, diğer çalışmalarımı engeller.					
7- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra tedirginliğim artar.					
8- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette yaptığım boş zaman aktivitelerimi (Ör: film izlemek...vs) engeller.					
9- Aile hekimimin/uzman doktorun görüşünü, internette yaptığım araştırmalardan daha fazla ciddiye alırım.					
10- Hastalık belirtilerimin/şikâyetlerimin, nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta bulunduğunu internette okuduğumda paniğe kapılırım.					
11- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, o hastalığı olan kişilerin tıbbi durumlarını, hastalık belirtilerini ve deneyimlerini tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					
12- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, işimi engeller.					
13- Aynı sağlık durumuyla ilgili farklı internet sayfalarını okurum.					
14- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi engeller (Ör: ailemle/arkadaşlarımla geçirdiğim zamanı azaltır).					
15- İnternette edindiğim tıbbi bilgileri, aile hekimimle/sağlık çalışanlarıyla görüşürüm.					
16- İnternette okuduğum, ihtiyacımın olabileceği tanı yöntemini (biyopsi, BT, MR, özel kan testi...vs) aile hekimime/uzman doktora öneririm.					
17- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette haber / spor / eğlence ile ilgili yazıları okumamı engeller.					

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
18- Hastalık belirtilerim/şikâyetlerim ile ilgili olarak aynı internet sayfasını birçok kez okurum.					
19- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi arama motoruna girdiğimde; sonuç sayfasındaki sıralamanın, hastalık yaygınlığına göre olduğunu ve daha üstte yer alanların en olası tanı olduğunu düşünürüm.					
20- Ciddi bir hastalık hakkında internette bilgi okuyuncuya kadar iyi olduğumu düşünürüm.					
21- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim.					
22- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissedirim.					
23- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim.					
24- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi (Skype,WhatsApp,Messenger,Viber) engeller/yavaşlatır.					
25- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller.					
26-Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur.					
27- Sağlık sorunlarım ile ilgili internetten edindiğim bilgileri aile hekimimle konuşmak beni rahatlatır.					
28- Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim.					
29- İnternette araştırdığım hastalık belirtilerim/şikâyetlerim hakkındaki kaygılarımı gidermekte güçlük çekerim.					
30- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					
31- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım.					
32-“Eğer internette hastalık belirtim/şikâyetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm.					
33- Aile hekimim/uzman doktor internette elde ettiğim bilgileri ‘önemseme’ derse endişem gider.					

EK-5: İNTİHAL RAPORU

