T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ ADI

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi

UZMANLIK TEZİ

Dr. İsa Emre GÜLTEKİN

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Haydar ERTEKİN

Çanakkale, 2023

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ ADI

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi

UZMANLIK TEZİ

Dr. İsa Emre GÜLTEKİN

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Haydar ERTEKİN

Çanakkale, 2023

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, bilgisi ve görgüsüyle her daim örnek olan sayın hocalarım Prof. Dr. Erkan Melih Şahin'e, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Göktuğ Kılıçarslan'a, aynı zamanda tez danışmanım da olan Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Haydar Ertekin'e, tez sınav jürim olan Prof. Dr. Oktay Sarı ve Dr. Öğr. Üyesi Murat Tekin'e

Bu uzun yolculukta her daim devam edebilmemi sağlayan sevgili aileme,

Hiçbir zaman iş ve ev arasında bir fark hissettirmeyen ÇOMÜ aile hekimiğindeki sevgili meslektaşlarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
ÖZET iv
ABSTRACT v
KISALTMALAR VE SİMGELER vi
TABLOLAR ve ŞEKİLLER vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1 SİBERKONDRİ 3
2.1.1 SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI 3
2.1.2 SAĞLIK BİLGİSİ KAYNAKLARI VE İNTERNET 3
2.1.3 SİBERKONDRİ KAVRAMI 4
2.1.4 SİBERKONDRİNİN NEDEN VE SONUÇLARI 6
2.1.5 SİBERKONDRİNİN YÖNETİMİ VE ÖNLENMESİ 7
2.1.6 SİBERKONDRİ VE AİLE HEKİMLİĞİ 8
2.2 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 9
2.2.1 TANIMI VE TARİHÇESİ 9
2.2.2 NASIL ÖLÇÜLÜR? 12
2.2.3 NEDEN ONEMLİ? 13
2.2.4 DÜŞÜK SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ 14
2.2.5 DÜNYADA NE DURUMDA? 15
3. GEREÇ ve YÖNTEM 17
3.1 Araştırmanın Bölgesi ve Tipi 17
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 17
3.3 Veri Toplama Araçları 18

3.4 Uygulama Yöntemi 20
3.5 Verilerin Düzenlenmesi ve Analizi 20
4. BULGULAR 21
4.1 Sosyodemografik Bulgular 21
4.2 Tanımlayıcı İstatistikler ve Fark Testleri 27
4.2.1 Sağlık Okuryazarlığına Göre Siberkondri Düzeyi Bulguları ... 28
4.2.2 Cinsiyete Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları30
4.2.3 Yaşa Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 31
4.2.4 Eğitim Düzeyine Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 32
4.2.5 Medeni Duruma Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 33
4.2.6 Çocuğu Olma Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 34
4.2.7 Ailede Sağlık Çalışanı Olması Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 35
4.2.8 Kronik Hastalık Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 36
4.2.9 Düzenli İlaç Kullanımına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 38
4.2.10 Sigara Kullanımına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 39
4.2.11 Alkol Kullanımına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 40
4.2.12 Gelir Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 40
4.2.13 Sağlık Kurumlarına Başvurma Sıklığına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 41

4.2.14 Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynaklara Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 42
4.2.15 İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynaklara Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları 44
4.2.16 Regresyon Analizi 46
5. TARTIŞMA 48
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 59
KAYNAKLAR 62
EKLER 76
Ek-1 Araştırma Anketi Formu 76
Ek-2 Etik Kurul İzin Formu 82

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini azaltan, hasta-hekim ilişkisine zarar veren, ekonomiye büyük bir yük haline gelmiş, hala yeni ve bilinmeyen bir kavram olan siberkondrinin aydınlatılması için aile hekimliği polikliniğimize başvuran hastalarda siberkondri ciddiyetinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Kesitsel-tanımlayıcı tipteki çalışmamıza 28.03.2022-30.06.2022 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğimize başvuran hastalardan çalışmamıza alınma kriterlerini karşılayan 341 kişi katıldı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, siberkondri ciddiyet ölçeği (SCÖ) ve Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların 141'ü (%41,3) erkek, 200'u (%58.7) kadın, yaş ortalaması 39,3 ± 13,2, SCÖ ortalama puanı 69,8±15,7 [34-134] idi. TSOY-32 puanı, toplam kronik hastalık sayısı ve hipertansiyon varlığıyla negatif korele; internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif korele, sağlık bilgisine ulaşmak için internete, arkadaş ve komşuya başvuranlarda, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için google, sosyal medya (youtube, instagram) ve forum sitelerini kullananlarda daha yüksekti. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ortalama puanı 31,4± 8,1 [7,9-50] olup sorunlu-sınırlı seviyedeydi.

Sonuç: Siberkondri için; sağlık okuryazarlığı, çalışma durumu ve toplam kronik hastalık sayısı negatif yordayıcı iken internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı pozitif yordayıcıdır.

Anahtar kelimeler: siberkondri, çevrimiçi sağlık bilgisi arama, sağlık okuryazarlığı, aile hekimliği.

ABSTRACT

Objective: Cyberchondria is still a new and unknown concept that reduces functionality and quality of life, harms the patient-physician relationship, has become a great burden on the economy. The aim of our study is to investigate of cyberchondria, which the relationship between the severity of cyberchondria and the level of health literacy and sociodemographic characteristics in patients admitted to our family medicine outpatient clinic.

Method: The type of our study was cross-sectional descriptive. 341 people who applied to our family medicine outpatient clinic between 28.03.2022 and 30.06.2022 and met the inclusion criteria participated in our study. The data was collected by Sociodemographic data form, cyberchondria severity scale (SCO) and Turkey health literacy scale (TSOY-32).

Results: 141 (41.3%) of the participants were male, 200 (58.7%) were female, the mean age was 39.3 ± 13.2, Cyberchondria severity scale mean score was 69.8±15.7 [34-134]. Cyberchondria was negatively correlated with health literacy score, the total number of chronic diseases and the presence of hypertension; positively correlated with the number of resources used to access health information on the internet. Cyberchondria score was higher in those who applied to the internet, friends and neighbors to access health information, and those who used google, social media (youtube, instagram) and forum sites to access health information on the internet. The mean score of the participants on the TSOY-32 scale was 31.4± 8.1 [7.9-50], and it was at a problematic-limited level.

Conclusion: For cyberchondria; while health literacy, employment status and total number of chronic diseases are negative predictors, the number of resources used to access health information on the internet is a positive predictor.

Keywords: cyberchondria, online health information seeking, health literacy, family medicine

KISALTMALAR VE SİMGELER

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CSS: Cyberchondria Severity Scale (Siberkondri Ciddiyet Ölçeği)

SCÖ: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

OKB: Obsesif Kompülsif Bozukluk

UIS: The UNESCO Institute for Statistics

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HALS: Health Activities Literacy Scale (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği)

NVS: Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Belirteç)

MART: The Medical Terminology Achievement Test (Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi)

TABE: Test of Adult Basic Education (Yetişkin Basit Eğitim Testi)

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

MMSE: Mini-Mental State Examination (Mini-Mental Durum Muayenesi)

REALD: Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi)

LAD: Literacy Assesment of Diabetes (Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirilmesi)

HLS-EU-Q: European Health Literacy Survey Questionnaire (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi)

SGGM: Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

TSOY: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

ÇOMÜ: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

ASOYTR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkçe Ölçeği

HPV: Human Papilloma Virus

TABLOLAR ve ŞEKİLLER

Tablo 2.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımının Tarihçesi

Tablo 2.2 Sağlık Okuryazarlığını Değerlendiren Ölçeklerden Bazıları

Şekil 2.1 HLS-EU Çalışmasında Göre Avrupadaki 8 Ülkenin Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri

Tablo 3.1: Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4.2 Sosyodemografik verilerin cinsiyete göre dağılımı

Şekil 4.1 Kronik Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.3 Kronik hastalıkların cinsiyet ile karşılaştırılması

Şekil 4.2 Sağlık Bilgisine Ulaşmak için Kullanılan Kaynakların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.4 Sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynakların cinsiyet ile karşılaştırılması

Şekil 4.3 İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynakların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.5 İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynakların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.6 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanlara ait tanımlayıcı istatistikler

Tablo 4.7 TSOY-32 Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri

Tablo 4.8 SCÖ ve SCÖ faktörlerinin TSOY-32'den alınan puanlarla korelasyonu

Tablo 4.9 SCÖ ve SCÖ faktörlerinin sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile karşılaştırılması

Tablo 4.10 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların cinsiyet ile karşılaştırılması

Tablo 4.11 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların yaş ile korelasyonu

Tablo 4.12 SCÖ, SCÖ Faktöleri ve TSOY-32 puanlarının eğitim düzeyi ile korelasyonu

Tablo 4.13 SCÖ, SCÖ Faktörleri ve TSOY-32 puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Tablo 4.14 SCÖ, SCÖ Faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 4.15 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların ailede sağlık çalışanı olması durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 4.16 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması

Tablo 4.17 SCÖ toplam puan ve TSOY-32 ile kronik hastalık sayısının karşılaştırılması

Tablo 4.18 SCÖ toplam puanların kronik hastalıklara göre karşılaştırılması

Tablo 4.19 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların düzenli ilaç kullanımına göre karşılaştırılması

Tablo 4.20 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların sigara kullanımına göre karşılaştırılması

Tablo 4.21 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların alkol kullanımına göre karşılaştırılması

Tablo 4.22 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların algılanan gelir düzeyine göre karşılaştırılması

Tablo 4.23 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığına göre karşılaştırılması

Tablo 4.24 SCÖ Toplam puanların sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynaklara göre karşılaştırılması

Tablo 4.25 SCÖ toplam puan, SCÖ faktörleri ve TSOY-32 puanlarının sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile karşılaştırılması

Tablo 4.26 SCÖ Toplam puanların internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynaklara göre karşılaştırılması

Tablo 4.27 SCÖ Toplam puanların İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Sosyal Medya Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.28 SCÖ toplam puan, SCÖ faktörleri ve TSOY-32 puanlarının internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile korelasyonu

Tablo 4.29 Lineer Regresyon Modeli

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada 2022 yılı itibariyle internet kullananların sayısı 5,3 milyar kişiye ulaşmıştır. Bu, dünya nüfusunun %66'sına karşılık gelmektedir (1). Ülkemizde ise TÜİK'in 2021'de yayınladığı istatistiklere göre internete erişim 16-74 yaş grubunda %82,6 olmuş; hanelerin internet erişimi de %92'ye ulaşmıştır (2). İnternetin bu denli yaygınlaşmasında sağladığı birçok avantajın etkisi vardır. Herhangi bir zamanda ve nispeten düşük maliyetlerle ve neredeyse her yerden çok sayıda bilgi ve görüşe anonim olarak erişim imkanı sağlamakta, sağlıkla ilişkili soruları araştırmak için de giderek daha fazla kullanılmaktadır (3, 4).

Sağlık bilgisi arama, kişinin sağlığı ve sağlık bakımı hakkında bilgi sahibi olmak için yapılan eylemleri içerir. Sağlık bilgilerine erişmenin potansiyel faydaları, sağlık hizmeti sağlayıcılarla daha iyi iletişim kurmayı, daha iyi tıbbi karar vermeyi ve daha iyi yaşam kalitesini içerir (5). İnternet kullanıcılarının yaklaşık %60 -80'i sağlıkla ilgili bilgiler için internette arama yapmaktadır (6). Bu durum ulaşılan sağlık bilgisini anlama, yorumlama ve değerlendirme yetisinin önemini göz önüne sermektedir.

İnternetten yüksek oranda sağlık bilgisi arayışı toplumda sağlık okuryazarlığının önemini göz önüne sermektedir. 'Kişisel sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendileri ve başkaları için gerekli sağlıkla ilgili kararlar ve eylemler için bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerisine sahip olma derecesi' olarak tanımlanır (7). Sağlık bilgisi arama konusunda internetin olumsuz yönleri de bulunmaktadır. İnternette elde edilen bilginin güvenilirliği, kaynağın güvenilirliğini anlamak, bilgiyi anlamak, yorumlamak ve değerlendirmek için yeterli bir sağlık okuryazarlığı düzeyi gerektirir. Nüfus genelinde, yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyeleri, daha kötü sağlık sonuçlarıyla ve artmış akut sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili olarak tanımlanmıştır (8).

Bir kişinin sağlıkla ilgisi endişesi arttıkça internetten sağlık bilgisi aramaya eğilimli olmakta ve sonrasında da sıkıntısı artmaktadır (9). Anksiyete

ve güvensizlik, internette anksiyeteyi daha da yoğunlaştırabilir ve durdurulması zor, kısır bir bilgi arama döngüsünü tetikleyebilir, bu durum siberkondri olarak adlandırılır. Siberkondri, nispeten yakın zamanda, artan sağlık kaygısı düzeyleriyle ilişkili tıbbi bilgi için aşırı çevrimiçi arama ile karakterize edilen davranış olarak tanımlanmıştır (10). Sağlıkla ilgili bu araştırmalar, sağlık kuruluşlarına sık başvurmaya neden olabilmektedir. Çünkü insanlar, bir doktora veya sağlık uzmanına soracak kadar önemli görmedikleri sağlık sorunlarını internetten araştırmayı tercih etmektedirler. Ancak web aramalarından elde ettikleri bu kafa karıştırıcı sağlık bilgilerini açıklamak veya teşhis ve tedaviyle ilişkili sağlık kararları vermek için sıklıkla bir sağlık uzmanına başvururlar. Bu da sağlık hizmetlerinde daha fazla düzeyde harcamalara neden olabilmektedir. Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada tıbbi olarak açıklanamayan semptomların ekonomiye sadece 2008 yılında yaklaşık 3 milyar poundluk yük oluşturduğu gösterilmiştir (11). Bu nedenlerden dolayı, siberkondri düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bununla ilgili hem yabancı hem ülkemiz literatüründeki araştırmalar oldukça yetersizdir.

Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğimize başvuran hastalarda siberkondri ciddiyeti, ilişkili olduğu faktörler ve bunun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisini araştırdık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SİBERKONDRİ

2.1.1 SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (12). Bu kapsamda sorun yaşayan insanlar sağlık bilgisi aramaya yöneleceklerdir. Kilit ve arkadaşlarının makalesinde referans aldığı Lambert ve Luiselle'e göre sağlık bilgisi arayışı tanımı "Bireylerin hastalık, sağlık riskleri ve sağlığı geliştirme faaliyetleri hakkında bilgileri içeren bilgi edinme yollarıdır. Sağlık bilgisi arayışında sadece bilgi arama ihtiyacı yeterli değil; kişisel ve bağlamsal faktörler de bunun üzerinde etkilidir. Kişisel faktörler arasından cinsiyet, yaş, eğitim, gelir, meslek ve bireyin sağlık durumu sayılabilirken bağlamsal faktörler arasından kişilik, beceri, inanç, değer, tutum ve bireysel faktörler sayılabilir (13).

2.1.2 SAĞLIK BİLGİSİ KAYNAKLARI VE İNTERNET

Sağlık bilgisi kaynakları birçok araştırmada farklı katergorilerle ifade edilmişse de genellikle iki gruba ayrılır: formal ve informal kaynaklar. Formal kaynaklar sağlık hizmeti verenler ve tıpla ilgili kitapları kapsamaktadır. Bunlara sağlık personelleri, eczacılar, telefon danışma hatları ve sağlık ile ilgili kurslar örnek verilebilir. İnformal kaynaklar ise bunların dışında kalan kaynaklardır. Örnek olarak televizyon, radyo, gazete, dergi, kitaplar, internet, sosyal medya, geleneksel tıp verilebilir (13).

Dünyada 2022 yılı itibariyle internet kullananlar nüfusun %66' sına (5,3 milyar kişi) ulaşmışken; Türkiye'de ise bu oran bireylerin %82,6' sına kadar ulaşmıştır (1, 2). Geçmişten günümüze sağlık bilgisi için kullanılan kaynaklar gelenekselleşmiş kaynaklarken internetin bu düzeyde yaygınlaşması ile beraber

değişime uğramıştır. 2011’ de ABD’ de ve 2010’ da Birkeşik Krallık’ ta yapılan çalışmalara göre internet kullanıcılarının yaklaşık %60-80' i sağlıkla ilgili bilgiler için internette arama yapmakta (6) ve tüm internet arama sorgularının %2' sini tıbbi içerikler oluşturmaktadır (14). Yine bir araştırmaya göre Google‘da sağlıkla ilgili günde bir milyar soru aratılmakta ve bu da tüm sorguların %7’sine denk gelmektedir (15).

2.1.3 SİBERKONDRİ KAVRAMI

Fiziksel iyilik hali, hayatta kalmamız için esas olduğundan, çoğu insanın zaman zaman sağlık odaklı düşünceler ve endişeler yaşaması şaşırtıcı değildir. Ciddi tıbbi hastalıklardan muzdarip olanlar (ve risk altındakiler) arasında, sağlık sorunları, kişiyi ciddi belirti ve semptomların zamanında ele alınmasını sağlamak için bedensel duyumlarla yakından ilgilenmeye motive ettiği için adaptif bir işlev görür. Aslında, kişinin özbakımının bir parçası olarak, risk altındaki hastalara genellikle olası semptomlar için vücutlarını izlemeleri talimatı verilir. Diğer durumlarda, organik patolojinin yokluğunda sağlıkla ilgili yoğun endişeler gelişir. Tanım olarak sağlık anksiyetesi, bir hastalığa yakalanma konusunda aşırı, gerçekçi olmayan ve sürekli endişe duyma durumu olarak bilinir (16). Örnek olarak bireylerin iyi huylu bedensel duyumların yanlış yorumlanması temelinde kendilerini ciddi şekilde hasta olarak algılamaları verilebilir (örneğin, "Bu baş ağrısı, beynimde tümör olduğu anlamına gelir.” “Mide ağrıma nadir görülen bir gastrointestinal bozukluk neden oluyor.”) (17).

Daha önce hipokondriyazis olarak bilinen ‘hastalık anksiyetesi bozukluğu’, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskıda (DSM-V), somatik semptomların (veya varsa, yalnızca hafif semptomların) yokluğunda ciddi bir hastalığa sahip olma veya bu hastalığa yakalanma endişesi olarak tanımlanmaktadır. Hastalık anksiyetesi bozukluğuna sahip hastalar, sağlığı hakkında yüksek düzeyde anksiyete yaşarlar ve sağlık durumlarından kolayca endişe duyarlar. Ciddi bir hastalığa yakalanma konusunda sürekli bir endişe yaşamaları günlük hayatlarını da olumsuz etkiler.

Doktorlarının verdiği güvencelerden de memnun kalmazlar, çünkü sıkıntıları, şikayetlerinin fiziki prezentasyonundan değil; şikayetlerinin anlamı, önemi ve nedeninin anksiyetesinden kaynaklanır. Bu kişiler sağlıkla ilgili aşırı davranışlarda bulunurlar (örneğin, hastalık belirtileri için vücutta tekrarlanan kontroller) veya uyumsuz kaçınma sergilerler (örneğin, doktor randevularından ve hastanelerden kaçınmak). Teşhis, en az altı ay boyunca bu meşguliyetin varlığını gerektirir (18).

Siberkondri kavramının 20 yıllık ilginç bir geçmişi vardır. Terimin ilk nerede ortaya çıktığı ve kime atfedilebileceği konusu tartışmalıdır. Rakipler: 1999' da yayınlanan bir Wall Street Journal makalesi ve 2001' de yayınlanan bir The Independent makalesi. Siberkondri terimini kimin icat ettiğine bakılmaksızın, yaratıcısının bir mental sağlık klinisyeni veya araştırmacısı olmadığı kesindir. Siberkondri, bu yeni ve devrim niteliğindeki bilgi ve iletişim ortamının "olumsuz tarafına" artan bir ilgi sırasında, internetin ilk günleri bağlamında tanıtılmıştır. "İnternet bağımlılığı" vakalarını ve genellikle sansasyonel bir eğilimle internetle ilgili diğer yeni rahatsızlıkları tasvir eden gazete hikayeleri büyük bir hayranlık uyandırmıştır. Bu nedenle, bu terimlerin gazeteciler tarafından tanıtılması şaşırtıcı değildir; bu, siberkondrinin yaklaşık on yıl boyunca klinisyenler ve araştırmacılar tarafından neden ciddiye alınmadığını açıklamaya da yardımcı olabilir. 2009'da White ve Horvitz' in iki dönüm noktası makalesi, bu alanda daha ileri akademik araştırmalar için bir katalizör görevi görmüştür. Bu Microsoft araştırmacıları, sağlıkla ilgili bilgiler için çevrimiçi aramalar ve internette kendi kendine teşhis arayışı sırasında sağlık endişelerinin artmasına neden olan faktörler hakkında geniş çaplı bir çalışma yürütmüşlerdir. İlerleyen yıllarda akademik araştırmacılar siberkondriye daha fazla ilgi göstermeye başlamış ve siberkondri ile ilgili hem teorik makaleler hem de ampirik çalışmalar ortaya çıkmaya başlamıştır. 2014 yılında, siberkondriyi değerlendirmeye yönelik ilk araç olan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS) yayınlanmış ve bu araştırma faaliyetine ve bilimsel çalışmalara önemli bir ivme kazandırmıştır. Bu ölçekte siberkondri aşırı kaygı, içini rahatlatma, kompulsiyon, aşırılık ve doktora güvensizlik alt başlıkları ile ilgili 43 soruluk bir soru havuzu ile

değerlendirilmiştir (19). O zamandan beri siberkondri ve ilgili konularda yayınlanan birçok araştırma, inceleme ve makaleye yansımıştır (20).

2.1.4 SİBERKONDRİNİN NEDEN VE SONUÇLARI

Siberkondri depresyon, sağlık anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk gibi bazı çeşitli psikopatolojik durumlara karşılık gelmektedir. Mevcut araştırmalara göre nevrotiklik, belirsizlik intoleransı; anksiyeteye duyarlılık vb. durumlar siberkondriye neden olur. Siberkondri mental sağlık sorunları, doktora karşı tatminsizlik, algınalan yaşam kalitesinde düşme, sağlık kurumu başvurularında artış, problemli internet kullanımı, düşük özsaygı ve düşük üstbilişsel inançlar (21) gibi sonuçlara neden olur. Fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini azaltarak insanların ev veya işyerindeki görevlerini göz ardı etmelerine, insan ilişkileri ve sosyal yaşamlarını ihmal etmelerine yok açtığı için bir halk sağlığı sorunudur. Bunların yanında siberkondri, aşırı çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının neden olduğu anksiyetenin bir sonucu olarak kişiyi yardım ve tedavi aramaya yönlendirebilir. Bazı kişiler, sağlık uzmanlarıyla temastan kaçınarak siberkondri kaynaklı sıkıntıyla baş etmeye çalışabilir. Böyle bir kaçınma, daha fazla olumsuz sonuçlarla birlikte uygun sağlık hizmeti alamamaya yol açabilir. Siberkondrinin bir başka sorunlu yönü ise siberkondrili bazı bireylerin hekimleri teşhis ve tedavi konusunda zorlama eğilimi yoluyla hasta-hekim ilişkisi üzerinde olumsuz sonuçlara yol açmasıdır. Ancak çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının hasta-hekim ilişkisini iyileştirdiğine dair çalışmalar da bildirildiğinden henüz kesin bir kanıya varılmış değildir (20). Siberkondri, anksiyete yaşayan insanların tedavisinde yer alan sağlık çalışanları için de sorun teşkil etmektedir (22).

2.1.5 SİBERKONDRİNİN YÖNETİMİ VE ÖNLENMESİ

İnternetin hızla yaygınlaşması sonucunda birçok kişi tarafından potansiyel bir tehlike olduğu, biyopsikososyal olarak birçok negatif etkileri olması sebebiyle önlenmesi ve yönetimi önem arz etmektedir.

İlk adım olarak, altta yatan herhangi bir psikopatolojinin (hipokondriyazis veya OKB gibi) olup olmadığını tespit etmek ve varsa onu tedavi etmek siberkondriyi hafifletebilir. İnternet yirmi birinci yüzyılda sağlık bilgisi araştırmak için ana kaynak olduğu için, siberkondrinin önlenmesi için çevrimiçi sağlık bilgisi arayışından kaçınmak gerekmez. Önleme çabaları, çevrimiçi sağlık bilgisi okuryazarlığını geliştirmek için çevrimiçi sağlık bilgilerine erişim, yorumlama ve yönetme biçimine odaklanmalıdır. İlk adım, bilgilere saygın ve güvenilir sitelerden erişilmesini sağlamaktır. İnternet kullanıcıları, kendilerini bu tür sitelere yönlendiren ve güvenilir ve güvenilmez siteler arasında ayrım yapmalarına yardımcı olan rehberlerden yararlanabilir. Bu kılavuzlar genellikle hükümetler ve sağlık veya akademik kuruluşlar tarafından hazırlanır ve tüm eğitim düzeyindeki bireylere yardımcı olmak için basit, teknik olmayan bir dil kullanılmalıdır. Sağlık bilgisinin, değerinden bağımsız olarak sadece bilgi olduğunu unutmamak gerekir. İnternet kullanıcılarının çevrimiçi erişilen bilgilere ilişkin beklentilerinin buna göre ayarlanması gerekir. Bu, kaliteli ve çok miktarda sağlık bilgisinin bile bir kişiyi teşhise daha da yaklaştırmayacağı anlamına gelir. Kişi bir teşhisin peşindeyse, “semptom denetleyicilere” güvenilmemelidir ve kendi kendine teşhisten vazgeçilmelidir (20).

Problemli internet kullanımını azaltmak için de birtakım önlemler alınabilir. Ekran başındaki süreyi azaltmak için akıllı telefonları uzak bir yere koymak, bildirimleri kapatmak, farklı uygulamalarda ne kadar süre geçirdiğimizi geri bildirimle gösteren uygulamalar kullanmak, Bilgi İletişim Teknolojisi araçlarının yerine analog cihazlar kullanmak (kol saati, çalar saatler vb.), arkadaşlar, akrabalar, tanıdıklarla iletişim kurarak yalnızlık duygusu azaltmak bunlar arasında sayılabilir (23).

Çevirim içi sağlık biligilerini değerlendirmek eleştirel düşünce yeteneği gerektirir. Bu yüzden insanlar bu bilgileri sağlık uzmanıyla görüşmeye getirebilir. Ayrıca önlemek için yapılması gereken önemli aşamalardan biri de online sağlık okuryazarlığının geliştirilmesidir. Sağlık bilgisi anksiyeteye neden olduğunda muhtemelen daha fazla çevrimiçi aramaya yönlendirecektir ama bu yapılmamalıdır çünkü bu tür bir başa çıkma daha fazla anksiyete yaratacaktır. Dolayısıyla çevirimi bilgi arama yoluyla daha fazla açıklama ve güvence aramak, birey ile internet arasında bireyin kendisini yalnız, desteksiz, kafası karışmış ve çaresiz hissedeceği ve dolayısıyla "kaybedeceği" bir etkileşime yol açabilmektedir. Bunun yerine, herhangi bir yanlış anlaşılmanın açıklığa kavuşturulması ve endişelerin hafifletilmesi veya tamamen ortadan kaldırılması için bir sağlık uzmanına danışılmalıdır. Ek olarak siberkondri için özelleştirilmiş bilişsel davranışçı terapiler de kullanılabilir (20, 24).

2.1.6 SİBERKONDRİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

İnternetle ilgili sağlık sorunlarından özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri etkilenmektedir. Sağlık sorunları ile ilgili tüm sorular için ilk temas noktası olarak birinci basamak hekimi, anksiyeteye sahip ve hipokondriyak hastalarla başa çıkmada çok önemli bir rol oynar. Hastalar genellikle aile hekimlerine büyük bir güven duyarlar, bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri, siberkondriden etkilenenlerin şiddetini azaltmak ve stabilize etmek ve gerekirse onları profesyonel psikoterapötik bakım için hazırlamak için uygun bir erişime sahiptir (25). 844 birinci basamak hekimi ile yapılan bir ankette, katılan doktorların, aşırı internet aramalarının bir sonucu olarak anksiyete geliştiren hasta sayısında önemli bir artış gözlemlenmiş, katılan birinci basamak hekimlerinin üçte ikisi, kendi hastalarının %15 veya daha fazlasının düzenli olarak çevrimiçi aramalarının sonuçlarıyla karşılaştığını belirtmiş, neredeyse beş doktordan biri (%18), hasta tarafından aşırı internet araştırması nedeniyle sağlık bakım ilişkisinin bitirilmesini tecrübe etmiştir (26). Tüm bu bulgular aile hekimliğinde siberkondrinin önemini anlamak, değerlendirmek ve mücadele etmenin önemini göstermektedir.

2.2 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1 TANIMI VE TARİHÇESİ

İnsanlık tarihinde eğitim ve öğrenimin önem kazanmasıyla birlikte okuryazarlık günlük hayatın vazgeçilmezlerinden birisi olmuştur. Okuryazarlık kavramı Oxford sözlüğe göre “okuma ve yazma yeteneği” olarak tanımlanmıştır (27). UIS (The UNESCO Institute of Statistics)’ in tanımına göre okuryazarlık, çeşitli bağlamlarla ilişkili basılı ve yazılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, yaratma, iletişim kurma ve hesaplama yeteneğidir. Okuryazarlık, bireylerin hedeflerine ulaşmalarını, bilgi ve potansiyellerini geliştirmelerini ve topluluklarına ve daha geniş topluma tam olarak katılmalarını sağlayan bir öğrenme sürekliliğini içermektedir. Genel olarak, okuryazarlık aynı zamanda basit aritmetik hesaplamalar yapma yeteneği olan aritmetiği de kapsar. Okuryazarlık, zamanla bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, dijital okuryazarlık, politik okuryazarlık, kültürel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı gibi birçok alt alana ayrılmıştır.

Bir kavram olarak sağlık okuryazarlığı ise ilk defa Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede kullanılmıştır. Sağlık ve eğitim sistemini etkileyen bir politika olan sağlık eğitimi tartşılmış ve tüm okul düzeylerinde sağlık okuryazarlığının olması gereken en düşük standartlarından bahsedilmiştir. 90’ larda yeniden tartışılmaya ve tanımlanmaya başlanmış, sağlıkla ilgli davranışlar ve ekonomi üzerindeki etkileri gösterilmiş ve halk sağlığının önemli hususları arasında yerini almıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı okuryazarlık, yetişkin eğitimi ve sağlığın teşviki üzerindeki çalışmalardan beslenmiştir (28). Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, ve arkadaşlarının 744 makale üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada 250 farklı sağlık okuryazarlığı tanımı ortaya çıkarılmıştır (29). Yapılan tanımlamalardan bazıları tabloda belirtilmiştir (Tablo 2.1) (30). Ratzan ve Parker (2010) sağlık okuryazarlığını, “bireylerin uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma

derecesi” olarak tanımlamışlardır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu’ na (2012) göre Sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilişkili karar almak ve vermek için sağlık ile ilgili bilgilere erişmeyi, anlamayı, değerlendirmeyi ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliklerini gerektirir (30). Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlemiş olduğu tanıma göre ise (8) sağlık okuryazarlığı, “kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel ve toplum sağlığını iyileştirmek için harekete geçmek için belirli bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması” olarak ifade edilmiştir (World Health Organization [WHO], 2020) (31). Günümüzde yeni tanım ise, ABD hükümetinin Healthy People 2030 girişiminin yayınlanmasıyla Ağustos 2020'de güncellenmistir. Güncelleme, kişisel sağlık okuryazarlığı ve kurumsal sağlık okuryazarlığını ele alıyor ve aşağıdaki tanımları sağlıyor (32).

> **Kişisel Sağlık Okuryazarlığı**, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek için bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerisine sahip olma derecesidir.

> **Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı**, kurumların, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek için bilgi ve hizmetleri bulmasını, anlamasını ve kullanmasını adil bir şekilde sağlama derecesidir.

Bu yeni tanımla insanların saglık bilgisini sadece anlamak yerine bu bilgiyi kullanması vurgulanmış, karar verirken sadece uygun kararlardan ziyade gerçekten konuyla ilgili bilgili kararlar verme yeteneğine odaklanmış, sağlık okuryazarlığı kapsamında organizasyonların da sorumluluğunu ifade etmiş, ayrica halk sağlığı perspektifi de dahil edilmiştir. Halk sağlığı perspektifine göre kurumsal tanım saglık okuryazarlığının sağlık eşitliği ile bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. Sağlık eşitliği tüm insanlar için sağlığın en üst seviyeye ulaşmasıdır (32).

Tablo 2.5 Sağlık Okuryazarlığı Tanımının Tarihçesi

	Makale	Sağlık Okuryazarlığı Tanımı
1	American Medical Association (1999)	Sağlık hizmeti çevresinde işlev görmek için gerekli olan temel okuma ve sayısal görevleri gerçekleştirme becerisi de dahil olmak üzere beceriler kümesi
2	Nutbeam (2000)	Bireylerin sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler
3	Institute of Medicine (2004)	Bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesi.
4	Kickbusch, Wait & Maag (2005)	Evde, toplumda, işyerinde, sağlık sisteminde, piyasada ve siyasi arenada günlük yaşam bağlamında sağlık kararları verme becerisi.
5	Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)	İnsanların bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için sağlık bilgilerini ve kavramlarını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri geniş beceri ve yeterlilikler yelpazesi.
6	Rootman&Gordon-Elbihbety (2008)	Yaşam boyunca çeşitli ortamlarda sağlığı geliştirmenin, sürdürmenin ve iyileştirmenin bir yolu olarak bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve iletme yeteneği
7	Australian Bureau of Statistics (2008)	Uyuşturucu, alkol, hastalık önleme ve tedavi, güvenlik ve kaza önleme, ilk yardım, acil durumlar ve sağlıklı kalma gibi sağlık sorunlarıyla ilgili bilgileri anlamak ve kullanmak için gereken bilgi ve beceriler.
8	Yost et al. (2009)	Bireylerin sağlıkla ilgili basılı materyalleri okuma ve anlama, grafik biçiminde (tablolar, grafikler ve tablolar) sunulan bilgileri tanımlama ve yorumlama ve uygun sağlık ve bakım kararlarını vermek için aritmetik işlemleri gerçekleştirme kapasitesine sahip olma derecesi.
9	Freedman et al. (2009)	Bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayan halk sağlığı kararları almak için gereken bilgileri işleme alma, anlama, değerlendirme ve bunlara göre hareket etme düzeyi.
10	Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (2011)	Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.

2.2.2 NASIL ÖLÇÜLÜR?

Başlarda sağlık okuryazarlığını, "Size bir sağlık materyali verildiğinde anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorularla değerlendirmek denenmiştir. Sonrasında bu konunun öneminin artmasıyla ölçek geliştirme çalışmaları başlamıştır. Bunlardan değerlendirmek için kullanılanların ilki, National Assesment of Adult Literacy olup, Amerika'daki sağlık eğitimi değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu ölçekle toplanan sonuçlarla yetişkinlerin sağlık alanındaki yeteneklerinin birbiriyle uyuşmadığı gözlenmiştir. Sonrasında birçok farklı ölçek de geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları genel sağlık okuryazarlığının farklı alanlarını değerlendirmektedir. Bazıları ise alınan sağlık hizmetlerine özel olarak oluşturulmuş ölçeklerdir. Bunlardan bir kısmı tabloda belirtilmiştir (Tablo 2.2) (33, 34).

Tablo 6.2 Sağlık Okuryazarlığını Değerlendiren Ölçeklerden Bazıları

Genel Sağlık Okuryazarlığının farklı alanlarını değerlendiren ölçekler	**Alınan sağlık hizmetlerine özel olarak oluşturulan ölçekler**
HALS (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği)	REALD (Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi)
NVS (En Yeni Yaşamsal Belirteç)	
MART (Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi)	
TABE (Yetişkin Basit Eğitim Testi)	LAD (Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirilmesi)
TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)	
MMSE (Mini-Mental Durum Muayenesi)	

Avrupa'da HLS-EU-Q (2013) çalışmasında beyana dayalı sorular içeren bir likert ölçek geliştirilmiştir. Sorular kavramsal çerçeveyi baz alan üç boyut ve dört süreç olmak üzere on iki bileşenden oluşan bir matris yardımıyla geliştirilmiş 47 soruluk bir ölçektir. Boyutlar, "Tedavi ve Hizmet Boyutu", "Hastalıklardan Korunma Boyutu" ile "Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu" dur. Süreçler ise, "Bilgiyi Anlama", "Bilgiyi Kullanma", "Bilgiyi Değerlendirme" ve "Bilgiyi Kullanma/Uygulama" olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde ise bu F.Abacıgil, P.Okyay tarafından Türkçeye çevirlerek ASOY-TR ölçeği oluşturulmuştur. Daha sonra yine F.Abacıgil, P. Okyay tarafından Türkçeye uyarlanmış "hastalıklardan korunma" ve "sağlığın geliştirilmesi" boyutları birleştirilerek 32 soruluk TSOY-32 ölçeği oluşturulmuştur. Bu ölçekte alınan puanlara göre "yetersiz sağlık okuryazarlığı","sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı", "yeterli sağlık okuryazarlığı" ve "mükemmel sağlık okuryazarlığı" olarak sınıflandırılmaktadır (35, 36).

2.2.3 NEDEN ONEMLİ?

Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin modern toplumda sağlığı geliştirme ve sürdürmenin kompleks talepleriyle ilgili yetkin olup olmadığıyla ilgilenir**.** Özellikle son yirmi yılda, birey ve toplum sağlığına önemli faydaları ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için bu konsepte ilgi oldukça artmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların hüküm sürdüğü ve bunlara karşılık gelen maliyetlerin istikrarlı bir şekilde arttığı, insanların sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanımıyla kendi sağlıklarını yönetmede daha fazla sorumluluk almaları gerektiğinin vurgulanması özellikle önemlidir (37). Mevcut kanıtlar, sağlık okuryazarlığının bulaşıcı olmayan hastalıkların üstesinden gelmek için en umut verici ve uygun maliyetli yaklaşımlardan biri olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerinin toplumsal açıdan birtakım olumsuz sonuçlara neden olduğu belirlenmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılmasında zorluklar, hastalıklar

hakkında sınırlı bilgi ve düşük ilaç uyumu ile ilişkilidir. Bu da sağlıksızlık, mortalitenin artması, verimsiz sağlık hizmetleri ve ekonomiye yükle sonuçlanır (37). Bir başka metaanalize göre düşük sağlık okuryazarlığı, daha fazla hastaneye yatış, daha yüksek acil bakım kullanımı, daha yüksek ölüm oranları, daha zayıf özbakım yönetimi, daha düşük ilaç uyumu, tarama programlarına daha düşük katılım ve daha düşük koruyucu davranışlarda bulunma gibi olumsuz sağlık davranışı ve sağlık sonuçları için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (38). Tüm bu sonuçlar ülke politikalarına da yansımıştır. ABD, Kanada, Avustralya, Avrupa Birliği ve Çin gibi birçok ülke, sağlık okuryazarlığını politikalarına ve uygulamalarına temel bir öncelik olarak dahil etmiştir. DSÖ, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde belirlenen amaçlardan bazılarına ulaşmak için sağlık okuryazarlığını önermektedir (37).

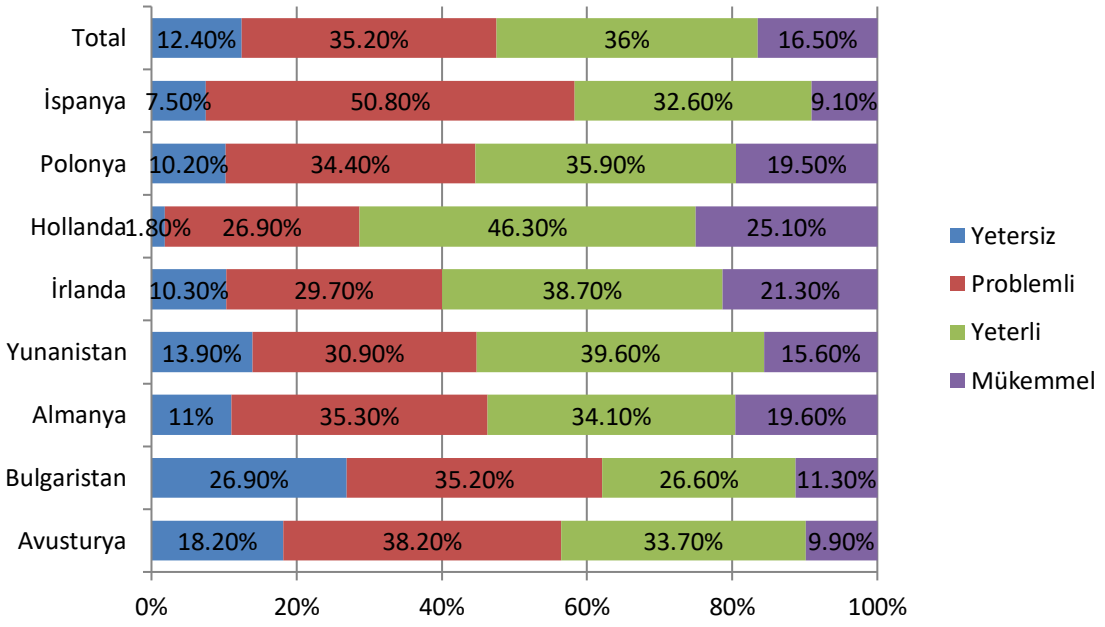
2.2.4 DÜŞÜK SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerinin neden olduğu olumsuzluklar göz önüne alındığında bu duruma kimlerin daha yatkın olduğunu belirlemek de önem kazanmaktadır. 2017 yılında Schaefer D, Berens E ‘nin Alman bir popülasyon ile 2000 kişi üzerinden yaptıkları bir çalışmada 65 yaş ve üstü kişiler, göçmenlik geçmişi olanlar (özellikle ülkedeki anadili yeterli düzeyde olmayanlar), fonksiyonel okuryazarlığı düşük olanlar ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (39). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu adına 2015 yılında yapılmış bir çalışmada 8 ülkenin her birinden 15 yaş üstü 1000 kişi seçilmiş ve sonucunda kötü sağlık durumu, fazla sağlık hizmeti kullanımı, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi ve ileri yaş risk faktörleri olarak gösterilmiştir (40). 2019 da Katalan hükümetinin desteklediği bir çalışmada ve 2022 de yapılan bir metaanalizde de benzer sonuçlar elde edilmiştir (38, 41).

2.2.5 DÜNYADA NE DURUMDA?

Sağlık okuryazarlığının pek çok farklı tanımı ve değerlendirmek için kullanılan birçok ölçek olması sebebiyle standart bir ölçüm yapmak oldukça zordur. Ancak yine de sağlık sisteminin insanların ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamadığını değerlendirmede sağlık okuryazarlığı değerlendirmenin önemi büyüktür. Bununla birlikte, bazı ulusal araştırmalar, nüfustaki sağlık okuryazarlığının statüsünün bir referans temeli olarak faydalı olabilir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda (HLS-EU), 8.000 kişiden oluşan bir örneklem temelinde (ülke başına 1.000) 8 ülkedeki sağlık okuryazarlığı düzeyleri araştırılmıştır. Sonuçlar, Hollanda'da yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip katılımcıların %28,7'sinden Bulgaristan' da %62,1 gibi çok daha yüksek seviyelere kadar değişen sonuçlara ulaşılmıştır. Genel olarak, 8 ülkede, yanıt verenlerin %47,6'sı yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine olduğu görülmüştür. Ülkelerin sağlık okuryazarlığı durumu şekil 2.1'de belirtilmiştir (40).



Şekil 2.1 HLS-EU Çalışmasında Göre Avrupadaki 8 Ülkenin Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri

Avrupa’dan sonra aynı ölçüm yöntemlerinden uyarlanan ölçeklerle Asya’da da çalışmalar yapılmıştır. Örneğin Japonya'da yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi %49,9 olarak bulunurken. Tayvan'da genel olarak Avrupa'dakinden biraz daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmiştir (42, 43).

İngiltere'de 2015’te yapılan bir araştırmada, insanların %43'ünün yazılı sağlık bilgi kaynaklarını yeterince anlamadığı saptanmıştır. Genel olarak, 18 OECD ülkesinden elde edilen kanıtlar üzerinden yapılan bir inceleme, nüfusun en az üçte birinin düşük sağlık okuryazarlığı yaşayabileceğini göstermiştir. Çin'de Ulusal Sağlık Komisyonu Ulusal Sağlık Okuryazarlığı İzleme Departmanı 2019'da yeterli sağlık okuryazarlığının %19,17'ye yükseldiğini yayınlamıştır (44, 45, 46).

Türkiye’de ise 2020 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafından yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” ile Türkiye’nin sağlık okuryazarlığı derecesi gösterilmiştir. Araştırmada TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Ülkemiz nüfusunu temsil eden 6 bin 228 haneden araştırmaya katılanların %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu-sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre ülkemizde kabaca her on kişiden yedisi yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir (47).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Bölgesi ve Tipi

Araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇOMÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüş ve kesitsel desende tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde 'evren ortalamasını tahmin etmek için kullanılan örneklem büyüklüğü formülü' kullanılmıştır. Aşağida belirtilen formülde yer alan, incelenen durumun standart sapması 21.28 alımıştır. İncelenen durumun ortalamasına göre yapılmak istenen sapma (d) 2.07 (%3) ve istenilen yanılma düzeyi iki yönlü hipoteze göre 1.96 (%95 güven düzeyi) alınmıştır. Evren büyüklüğü (N) ise 28/03/2019-30/06/2019 tarihlerinde aile hekimliği polilinik 1'e başvuran hasta sayısı baz alınarak 2097 olarak alınmıştır. Örneklem formülü kullanılarak 340 kişi hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot \sigma^2}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot \sigma^2}$$

N: Evrendeki birey sayısı (2097)

n: Evrendeki alınacak birey sayısı

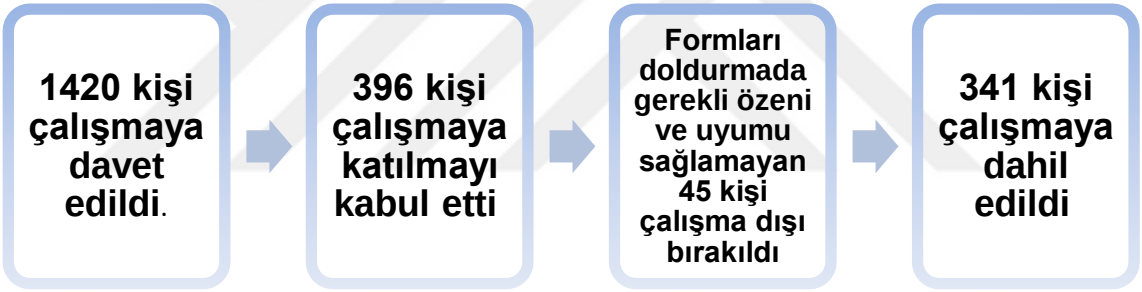
σ: Evren standart sapması. Çoğunlukla bilinmediği için örneklem standart sapması –S- kullanılır (21,28)

t: belirli bir serbestlik derecesinde saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d: Ortalamaya göre yapılmak istenen standart sapma (2,07)

Tablo 7.1: Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya Alınma Kriterler	Çalışmadan Dışlanma Kriterleri
• 18 yaş üstü olmak • ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurmuş olmak • Çalışmaya onam vermiş olmak	• Uygulamaya engel teşkil edecek herhangi bir hastalığa ya da engele sahip olma (Yatalak olması, gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması, demansif olması gibi)



3.3 Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada katılımcılar; yaş, cinsiyet, meslek gibi bilgileri içeren 15 soruluk bir sosyodemografik formunu doldurmuştur. Sonrasında 33 sorudan oluşan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) soruları ile 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 (TSOY-32) ölçeğini doldurmuşlardır.

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ): Siberkondri düzeyini saptamak adına McElroy ve Shevlin tarafından 2014'te geliştirilmiştir (19). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uzun ve Zencir tarafından 2016'da yapılmıştır (48). SCÖ 33 önermeden oluşan; zorlantı (compulsion), aşırı kaygı (distress), aşırılık (excessiveness), içini rahatlatma (reassurance) ve doktora güvensizlik (mistrust of medical professional) alt boyutlarını içeren beşli likert tipinde ve sürekli bir ölçektir. Puan aralığı 33-165tir. Ölçek sonucu alınan puan arttıkça siberkondri düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin kullanımı için ölçeği geliştiren Ögr. Gör. Dr. S. Utku Uzun'dan mail yolu ile izin alınmıştır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32): HLS-EU çalışmasını baz alarak oluşturulmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayı ve ASOYTR tecrübeleriyle, yeni bir likert ölçeği oluştururken; ülkemiz özelinde "hastalıklardan korunma" ve "sağlığın geliştirilmesi" boyutlarının birleştirilerek otuz iki maddelik bir likert ölçek oluşturulmuştur. Yapılandırılırken esas ölçekte 3 temel boyut varken farklı olarak 2 boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) oluşturulmuş ve 4 süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) ile birlikte 8 bileşeni bulunmaktadır (36). İndeksler HLS-EU çalışmasındaki gibi 0-50 arasında olması gerektiğinden standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3).

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı,

25-33 puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

33-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

42-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı

Ölçeğin kullanımı için ölçeği geliştirenlerden biri olan Prof. Dr. Pınar Okyay'dan mail yolu ile izin alınmıştır.

3.4 Uygulama Yöntemi

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 28.03.2022-30.06.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü soruları yanıtlama kapasitesine sahip tüm bireyler ile yakınları araştırmacı tarafından çalışma konusunda bilgilendirilip çalışmaya davet edilmiştir, kabul edenler (onay verenler) ile çalışma yapılmıştır. Çalışmaya alınma ve dışlama kriterleti Tablo 3.1' de gösterilmiştir. Görüşmelerin yürütülmesi için bir oda hazırlanmıştır. Araştırmacı anket sorularını hem okuyup hem de cevapları kaydedecektir. Her hastaya ortalama 20 dakika zaman ayrılmıştır. Çalışmaya alınma kriterlerine uymayan hastalar çalışma dışı bırakılarak toplamda 341 hasta çalışmaya alınmıştır.

3.5 Verilerin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verileri Statistics Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 26.0 istatistik programı üzerinden değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı özellikler, kategorik değişkenlerde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapma şeklinde verilmiştir. Örneklem sayısının 30'dan büyük olduğu durumlarda santral limit teoremine dayanılarak parametrik testlerde normal dağılım gerekliliği ihmal edilmiştir. Normal dağılımın reddedildiği durumlarda Welch değeri kullanılmıştır. Gruplar arası analizlerde; numerik verilerin ortalama kıyaslarında Student T ve ANOVA, kategorik verilerin kıyaslarında Pearson Ki-kare ve Fisher's Exact, numerik verilerin korelasyonunda Pearson korelasyon testi, kategorik verilerin korelasyonunda Spearman korelasyon testi, regresyon analizi içinde lineer regresyon kullanılmıştır. Genel istatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiş. Tüm testler için mutlak p değerleri verilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Bulgular

Katılımcıların 141'ü (%41,3) erkek, 200'u (%58.7) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 39,3 ± 13,2 (18-88) idi. Kadınların yaş ortalaması 38,4±13,1 iken erkeklerin yaş ortalaması 40,6±13,2 olarak hesaplandı. Yaş ortalaması açısından cinsiyetler arası fark anlamsızdı (t=1,519, p=0.130). Katılımcılar ağırlıklı olarak lisans düzeyindeydi (149 kişi, %43,7). Katılımcıların çoğunluğu evliydi (203 kişi, %59,5). Çoğunlukla herhangi bir işte çalışıyorlardı (278 kişi, %81,8). Katılımcılar ağırlıklı olarak orta düzey maddi gelire sahipti (204 kişi, %73,4). Katılımcıların 195'sının (%57,2) çocuğu varken 146'sının (%42,8) yoktu. Katılımcıların 149'unun (%43,7) ailesinde bir sağlık çalışanı varken 192'sinin (%56,3) yoktu. Katılımcıların 91'inin (%26,7) herhangi bir kronik hastalığı vardı. Katılımcıların 97'si (%28,6) sigara kullanıyor, 81'i (%23,9) alkol kullanıyordu. Katılımcıların 21'i (%6,2) bir psikiyatrik hastalığa sahipti. (Tablo 4.1)

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Cinsiyet	Erkek	141	41,3
	Kadın	200	58,7
Eğitim Düzeyi	İlkokul	40	11,7
	Ortaokul	12	3,5
	Lise	44	12,9
	Önlisans	31	9,1
	Lisans	149	43,7
	Yüksek Lisans	52	15,2
	Doktora	13	3,8
Medeni Durum	Evli	203	59,5
	Bekar	113	33,1
	Boşanmış	21	6,1
	Dul	4	1,2
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	62	18,2
	Çalışıyor	278	81,8
Maddi Gelir Algısı	Düşük	47	16,9
	Orta	204	73,4
	Yüksek	27	9,7
Çocuk	Yok	146	42,8
	Var	195	57,2
Ailede Sağlık Çalışanı	Yok	192	56,3
	Var	146	43,7
Kronik Hastalık	Yok	250	73,3
	Var	91	26,7
Düzenli İlaç Kullanımı	Hayır	255	75,2
	Evet	85	24,8
Sigara	Kullanmıyor	242	71,4
	Kullanıyor	97	28,6
Alkol	Kullanmıyor	258	76,1
	Kullanıyor	81	23,9
Psikiyatrik Hastalık	Yok	319	93,8
	Var	21	6,2

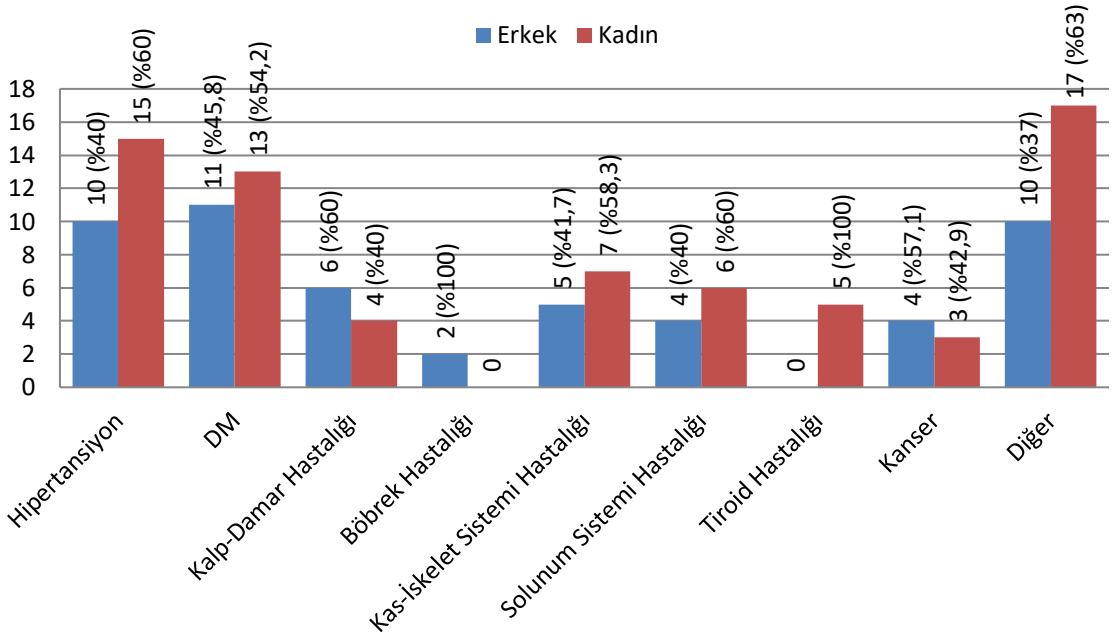
Erkek katılımcılardan 49'u (%35) sigara kullanırken 91'i (%65) kullanmıyordu. Kadınlardan ise 48'i (%24,1) kullanıyorken 151'i (%75,9) kullanmıyordu. Erkekler kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek oranda sigara kullanıyordu (X^2=4,762, p=0,038). Erkeklerden 130'u (%92,2) çalışıyorken 11'i (%7,8) çalışmıyordu. Kadınların ise 148'u (%74,4) çalışıyorken 51'i (%25,6) çalışmıyordu. Kadınlarda çalışmama durumu erkeklerden anlamlı düzeyde yüksekti (X^2=17,590, p<0,001). (Tablo 4.2)

Tablo 4.2 Sosyodemografik verilerin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	**Cevap**	**Erkek**		**Kadın**		
		n	**%**	**n**	**%**	**İstatistiksel Analiz**
Egitim	İlkokul	13	9,2%	27	13,5%	X^2=8,945 p=0,177*
	Ortaokul	2	1,4%	10	5,0%	
	Lise	17	12,1%	27	13,5%	
	Önlisans	9	6,4%	22	11,0%	
	Lisans	70	49,6%	79	39,5%	
	Yüksek lisans	24	17,0%	28	14,0%	
	Doktora	6	4,3%	7	3,5%	
Medeni Durum	Evli	94	66,7%	109	54,5%	X^2=6,357 p=0,095*
	Bekar	41	29,1%	72	36,0%	
	Boşanmış	5	3,5%	16	8,0%	
	Diğer	1	0,7%	3	1,5%	
Kronik Hastalık	Hayır	104	73,8%	146	73,0%	X^2=0,024 p=0,902**
	Evet	37	26,2%	54	27,0%	
Düzenli ilaç kullanımı	Yok	105	75,0%	150	75,0%	X^2=0 P=1,000*
	Var	35	25,0%	50	25,0%	
Sigara	Hayır	91	65,0%	151	75,9%	X^2=4,762
	Evet	49	35,0%	48	24,1%	**p=0,038****
Alkol	Hayır	100	71,4%	158	79,4%	X^2=2,870 p=0,094**
	Evet	40	28,6%	41	20,6%	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	11	7,8%	51	25,6%	X^2=17,590
	Çalışıyor	130	92,2%	148	74,4%	**p<0,001****
Gelir durumu	Düşük	29	22,3%	18	12,2%	X^2=5,077 p=0,079*
	Orta	89	68,5%	115	77,7%	
	Yüksek	12	9,2%	15	10,1%	

*Pearson Ki-Kare **Fischer's exact test

Katılımcıların kronik hastalıklar ve cinsiyet açısından dağılımı grafikte gösterilmiştir. Cinsiyet açısından dağılımında anlamlı bir fark yoktu. (Tablo 4.3) Diğer kısmında Gaucher, roza, multiple skleroz, gut, ailevi akdeniz ateşi ve Behçet gibi çok az sayıda cevap verilen hastalıklar mevcuttur. (Şekil 4.1)



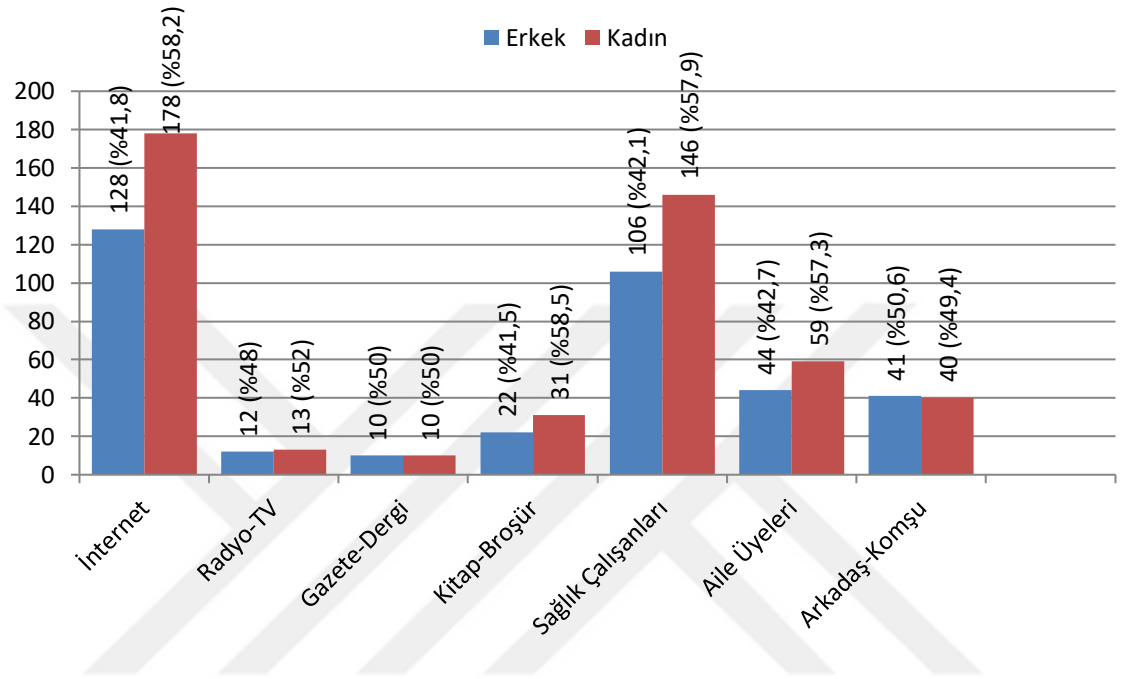
Şekil 4.1 Kronik Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.3 Kronik hastalıkların cinsiyet ile karşılaştırılması

	Cinsiyet		
	Erkek	Kadın	
Kronik Hastalıklar	**n**	**n**	**İstatistiksel Analiz**
Hipertansiyon	10	15	X^2=0,020, p=1,000*
Diyabet	11	13	X^2=0,214, p=0,671*
Kalp-Damar Hastalığı	6	4	X^2=1,478, p=0,329*
Böbrek Hastalığı	2	0	X^2=2,854, p=0,170*
Kas-İskelet Sistemi Hastalığı	5	7	X^2=0,001, p=1,000*
Solunum Sistemi Hastalığı	4	6	X^2=0,008, p=1,000*
Tiroid hastalığı	0	5	X^2=3,577, p=0,080*
Kanser	4	3	X^2=0,735, p=0,454*
Diğer	10	17	X^2=0,225, p=0,688*

* Fischer's Exact Test, n değeri örneklemden büyüktür.

Katılımcıların sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynakların cinsiyete göre dağılımı grafikte gösterilmiştir (Şekil 4.2). Cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. (Tablo 4.4)



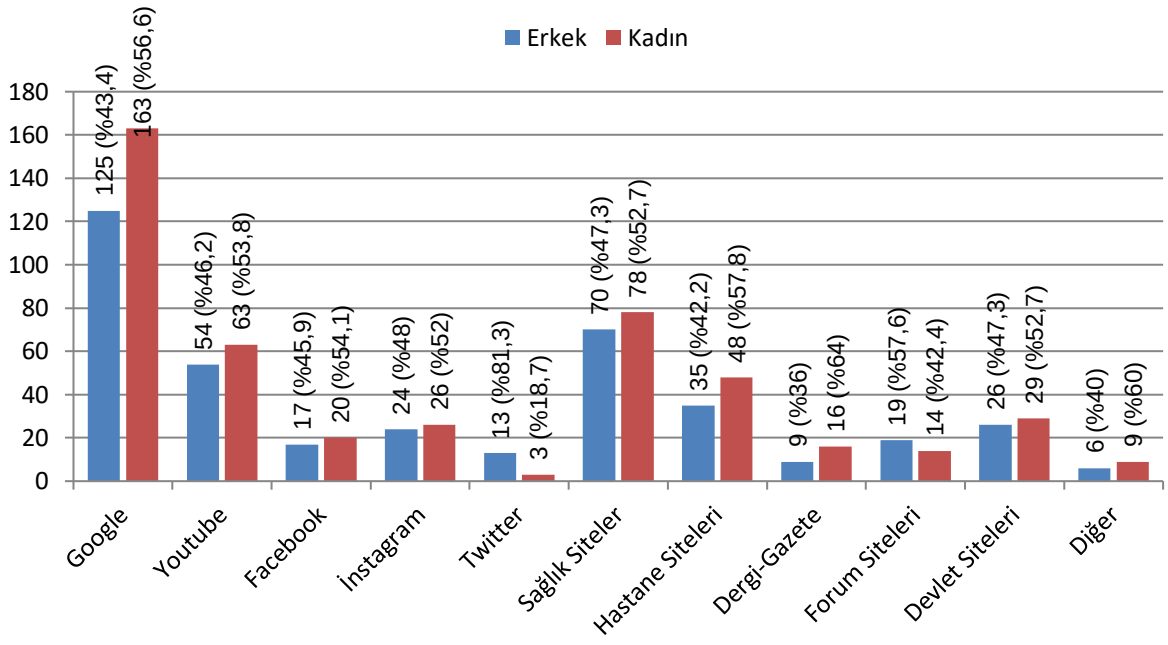
Şekil 4.2 Sağlık Bilgisine Ulaşmak için Kullanılan Kaynakların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.4 Sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynakların cinsiyet ile karşılaştırılması

	Cinsiyet		
	Erkek	Kadın	
Sağlık Bilgisine Ulaşmak için Kullanılan Kaynaklar	**n**	**n**	**İstatistiksel Analiz**
İnternet	128	178	X^2=0,540, p=0,582*
Radyo-TV	12	13	X^2=0,519, p=0,529*
Gazete-dergi	10	10	X^2=0,683, p=0,484*
Kitap-broşür	22	31	X^2=0,003, p=1,000*
Sağlık Çalışanları	106	146	X^2=0,316, p=0,616*
Aile	44	59	X^2=0,145, p=0,720*
Arkadaş-komşu	41	40	X^2=3,813, p=0,054*

* Fischer's Exact Test, n değeri örneklemden büyüktür.

Katılımcıların internette sağlık bilgisine ulaşmak için kullandıkları kaynakları grafikte gösterilmiştir (Şekil 4.3). İnternetten sağlık bilgisine ulaşmak için twitter kullananlar ve sağlık sitelerini kullananlar için cinsiyetler arasında erkek cinsiyet lehine anlamlı bir fark vardı (sırasıyla X^2= 11,132, p=0,001; X^2=4,054, p=0,046, Tablo 4.5)



Şekil 2.3 İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynakların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.5 İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynakların Cinsiyete Göre Dağılımı

İnternetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynaklar	Cinsiyet					
		Erkek		Kadın		
	Cevap	n	%	n	%	İstatistiksel Analiz
Google	Hayır	15	10,7%	37	18,5%	X^2=3,853
	Evet	125	89,3%	163	81,5%	p=0,065*
Youtube	Hayır	86	61,4%	137	68,5%	X^2=1,825
	Evet	54	38,6%	63	31,5%	p=0,202*
Facebook	Hayır	123	87,9%	180	90,0%	X^2=0,390
	Evet	17	12,1%	20	10,0%	p=0,597*
Instagram	Hayır	116	82,9%	174	87,0%	X^2=1,127
	Evet	24	17,1%	26	13,0%	p=0,351*
Twitter	Hayır	127	90,7%	197	98,5%	X^2=11,132
	Evet	13	9,3%	3	1,5%	**p=0,001***
Sağlık Siteleri	Hayır	70	50,0%	122	61,0%	X^2=4,054
	Evet	70	50,0%	78	39,0%	**p=0,046***
Hastane Siteleri	Hayır	105	75,0%	152	76,0%	X^2=0,045
	Evet	35	25,0%	48	24,0%	p=0,898*
Dergi-Gazete Siteleri	Hayır	131	93,6%	184	92,0%	X^2=0,299
	Evet	9	6,4%	16	8,0%	p=0,676*
Forum Siteleri	Hayır	121	86,4%	186	93,0%	X^2=4,058
	Evet	19	13,6%	14	7,0%	p=0,061*
Devlet Siteleri	Hayır	114	81,4%	171	85,5%	X^2=1,007
	Evet	26	18,6%	29	14,5%	p=0,370*
Diğer	Hayır	134	95,7%	191	95,5%	X^2=0,009
	Evet	6	4,3%	9	4,5%	p=1,000*

*: Fischer's Exact Test, n değeri örneklemden büyüktür.

4.2 Tanımlayıcı İstatistikler ve Fark Testleri

Katılımcıların SCÖ ve SCÖ faktörlerinden aldıkları puanlara ilişkin veriler tabloda gösterilmiştir. Katılımcılar SCÖ 'den toplam puanı ortalama 69,8± 15,7 (34 – 134) olarak saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanlara ait tanımlayıcı istatistikler

Ölçekler		Ortalama Puan	Standart Sapma	Min	Max
SCÖ Toplam		69,8	15,7	34	134
Zorlantı	8-40	11,1	4,2	8	33
Aşırı Kaygı	8-40	16,2	5,4	8	38
Aşırılık	8-40	22,2	6,3	8	38
İçini Rahatlatma	6-30	14,7	4,9	6	30
Doktora Güvensizlik	3-15	5,5	2,4	3	14
TSOY-32		31,4	8,1	7,9	50

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları ortalama puan tabloda gösterilmiştir. Katılımcılar TSOY-32 den ortalama 31,4± 8,1 puan almıştır. Katılımcıların aldıkları puana göre 72 si(%21,1) yetersiz, 144 ü (%42,2) sorunlu-sınırlı, 84'ü (%24,6) yeterli, 41'i (%12) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti.(Tablo 4.7)

Tablo 4.7 TSOY-32 Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri

SOY Seviyeleri	n	%
Yetersiz SOY	72	21,1
Sorunlu-Sınırlı SOY	144	42,2
Yeterli SOY	84	24,6
Mükemmel SOY	41	12

4.2.1 Sağlık Okuryazarlığına Göre Siberkondri Düzeyi Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32 ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon testi uygulandı. SCÖ toplam puan ile TSOY-32 arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Bu korelasyon negatif yönlüydü (r=-0,110, p=0,044). SCÖ'nün faktörlerinden 'Aşırı Kaygı' ve 'İçini Rahatlatma' ile TSOY-32 puanları arasında negatif yönde

anlamlı bir korelasyon saptandı (sırasıyla r=-0,145,p=0,007; r=-0,215, p<0,001, Tablo 4.8). Katılımcıların SOY seviyeleri ile SCÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi kullanıldı. SCÖ toplam puan ile anlamlı bir ilişki saptanmadı. SCÖ faktörlerinden 'Aşırı Kaygı' ve 'İçini Rahatlatma' mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde olan katılımcılar diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük puan ortalamasına sahipti. (sırasıyla F=2,751, p=0,043; F=4,525, p=0,004, Tablo 4.9).

Tablo 4.8 SCÖ ve SCÖ faktörlerinin TSOY-32'den alınan puanlarla korelasyonu

Ölçekler	r	p
SCÖ Toplam	-0,110	**0,044**
Zorlantı	-0,011	0,839
Aşırı Kaygı	-0,145	**0,007**
Aşırılık	0,003	0,953
İçini Rahatlatma	-0,215	**<0,001**
Doktora Güvensizlik	0,084	0,122

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.9 SCÖ ve SCÖ faktörlerinin sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile karşılaştırılması

Ölçekler	SOY Seviyeleri	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ toplam	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	70,30±17,23	F=2,560 p=0,055*
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	71,02±14,64	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	70,32±14,86	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	63,35±17,52	
Zorlantı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	11,47±4,14	F=0,442 p=0,723*
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	10,96±4,25	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	11,41±4,22	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	10,78±4,46	
Aşırı Kaygı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	16,76±5,46	**F=2,751** **p=0,043***
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	16,63±5,11	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	16,07±5,55	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	14,00±5,96	
Aşırılık	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	21,33±7,48	F=1,461 p=0,228*
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	22,85±5,71	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	22,76±6,04	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	21,00±6,75	
İçini Rahatlatma	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	15,88±4,93	**F=4,525** **p=0,004***
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	15,14±4,96	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	13,96±4,55	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	12,78±5,18	
Doktora Güvensizlik	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	5,00±2,33	F=2,143 p=0,095*
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	5,60±2,42	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	5,95±2,59	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	5,29±2,26	

***: ANOVA**

4.2.2 Cinsiyete Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanları cinsiyete göre karşılaştırmak için t testi kullanılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların cinsiyet ile karşılaştırılması

Ölçekler		Cinsiyet	Ort+S	t	p*
SCÖ Toplam		Erkek	71,15±14,92	1,304	0,193
		Kadın	68,87±16,24		
Zorlantı	8-40	Erkek	11,46±4,39	1,097	0,273
		Kadın	10,95±4,12		
Aşırı Kaygı	8-40	Erkek	15,90±4,69	-0,888	0,375
		Kadın	16,44±5,90		
Aşırılık	8-40	Erkek	22,86±5,84	1,473	0,159
		Kadın	21,88±6,69		
İçini Rahatlatma	6-30	Erkek	15,22±5,01	1,545	0,123
		Kadın	14,37±4,91		
Doktora Güvensizlik	3-15	Erkek	5,66±2,62	0,898	0,370
		Kadın	5,42±2,30		
TSOY-32		Erkek	30,59±7,79	-1,569	0,118
		Kadın	32,00±8,40		

***: Student T**

4.2.3 Yaşa Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanları yaş ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. SCÖ toplam puanla yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. SCÖ'nin faktörlerinden 'Aşırılık'ın yaş ile negatif yönde korelasyon gösterdiği saptandı ($r=-0,203$, $p<0,001$). Diğer faktörlerde yaş ile herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. TSOY-32 puanları ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,299$, $p<0,001$). (Tablo 4.11)

Tablo 4.11 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların yaş ile korelasyonu

Ölçekler	r	p
SCÖ Toplam	-0,107	0,051
Zorlantı	-0,101	0,062
Aşırı Kaygı	-0,084	0,124
Aşırılık	-0,203	**<0,001**
İçini Rahatlatma	0,099	0,069
Doktora Güvensizlik	-0,047	0,387
TSOY-32	-0,299	**<0,001**

r: Pearson korelasyon katsayısı

4.2.4 Eğitim Düzeyine Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların eğitim düzeyi ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. SCÖ toplam puan ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. SCÖ faktörlerinden'İçini Rahatlatma' ile negatif yönde; 'Doktora Güvensizlik' ile pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla r=-0,153,p=0,005, r=0,154, p=0,005). TSOY-32 puanı ile eğitim düzeyi arasında pozitif korelasyon gözlendi (r=0,382, p<0,001). (Tablo 4.12)

Tablo 4.12 SCÖ, SCÖ Faktöleri ve TSOY-32 puanlarının eğitim düzeyi ile korelasyonu

Ölçekler	r	p
SCÖ Toplam	0,006	0,909
Zorlantı	0,048	0,381
Aşırı Kaygı	-0,031	0,575
Aşırılık	0,101	0,063
İçini Rahatlatma	-0,153	**0,005**
Doktora Güvensizlik	0,154	**0,005**
TSOY-32	0,382	**<0,001**

r=Spearman korelasyon katsayısı

4.2.5 Medeni Duruma Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörlerive TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların medeni durum ile ilişkisi değerlendirilirken dulların sayıca çok az (n=4) olması, evli ve boşanmış olanlar benzer ortalama puanlara sahip olduğundan bu gruplar birleştirildi, bekarlar ve evli/boşanmış/dul olmak üzere 2 grup oluşturuldu. Bunların karşılaştırılması için de T test kullanıldı. SCÖ toplam puan ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. SCÖ faktörlerinden 'Aşırılık'ta bekar katılımcıların puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (t=2,511, p=0,013). Diğer faktörlerde anlamlı bir fark saptanmadı. TSOY-32 ölçeğinde bekar olanlar diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldı (t=4,745, p<0,001). (Tablo 4.13)

Tablo 4.13 SCÖ, SCÖ Faktörleri ve TSOY-32 puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Ölçekler		Medeni Durum	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ Toplam		Bekar	71,8±16,94	t=1,711
		Evli/Boşanmış/Dul	68,77±15,02	p=0,088*
Zorlantı	8-40	Bekar	11,71±5,14	t=1,532
		Evli/Boşanmış/Dul	10,88±3,68	p=0,127*
Aşırı Kaygı	8-40	Bekar	16,93±5,82	t=1,720
		Evli/Boşanmış/Dul	15,86±5,21	p=0,086*
Aşırılık	8-40	Bekar	23,50±6,06	**t=2,511**
		Evli/Boşanmış/Dul	21,68±6,41	**p=0,013***
İçini Rahatlatma	6-30	Bekar	14,34±4,29	t=-1,067
		Evli/Boşanmış/Dul	14,91±5,26	p=0,287*
Doktora Güvensizlik	3-15	Bekar	5,59±2,20	t=0,402
		Evli/Boşanmış/Dul	5,48±2,55	p=0,688*
TSOY-32		Bekar	34,32±7,65	**t=4,745**
		Evli/Boşanmış/Dul	29,99±8,06	**p<0,001***

***:Student T**

4.2.6 Çocuğu Olma Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların çocuğu olma ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için t testi kullanılmıştır. Katılımcıların SCÖ ve SCÖ faktörleri ile istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki saptanmamıştır. TSOY-32 ölçeüinde çocuğu olmayanlar olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek puan aldı (t=3,890, p<0,001, Tablo 4.14)

Tablo 4.14 SCÖ, SCÖ Faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

Ölçekler		Çocuğunuz Var Mı?	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCO top		Hayır	70,30±17,09	t =0,496
		Evet	69,44±14,67	p =0,620*
Zorlantı	8-40	Hayır	11,54±4,88	t =1,377
		Evet	10,87±3,66	p=0,170*
Aşırı Kaygı	8-40	Hayır	16,51±5,67	t=0,845
		Evet	16,00±5,26	p=0,398*
Aşırılık	8-40	Hayır	22,99±6.31	t=1,781
		Evet	21,75±6,34	p=0,076*
İçini Rahatlatma	6-30	Hayır	14,38±4,74	t=-1,089
		Evet	14,97±5,11	p=0,277*
Doktora Güvensizlik	3-15	Hayır	5,32±2,07	t=-1,339
		Evet	5,67±2,68	p=0,182*
TSOY-32		Hayır	33,37±8,12	**t=3,890**
		Evet	29,96±7,92	**p<0,001***

***: Student T**

4.2.7 Ailede Sağlık Çalışanı Olması Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların ailesinde sağlık çalışanı olma ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için t testi kullanıldı. SCÖ toplam puan ile anlamlı fark saptanmadı. SCÖ faktölerinden 'Doktora Güvensizlik'te ailede sağlık çalışanı olmayanların siberkondri düzeyi anlamlı yüksekti (t=2,038, p=0,042). Diğer faktörler ve TSOY-32 için istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların ailede sağlık çalışanı olması durumuna göre karşılaştırılması

Ölçekler		Ailede sağlık çalışanı var mı?	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ toplam		Hayır	69,05±14,35	t =-0,979
		Evet	70,79±17,32	p =0,328*
Zorlantı	8-40	Hayır	10,85±3,76	t =-1,479
		Evet	11,55±4,75	p=0,140*
Aşırı Kaygı	8-40	Hayır	15,89±5,05	t=-1,260
		Evet	16,64±5,89	p=0,209*
Aşırılık	8-40	Hayır	22,04±6.45	t=-0,811
		Evet	21,60±6,22	p=0,418*
İçini Rahatlatma	6-30	Hayır	14,50±4,67	t=-0,945
		Evet	15,07±5,31	p=0,345*
Doktora Güvensizlik	3-15	Hayır	5,75±2,58	**t=2,038**
		Evet	5,21±2,21	**p=0,042***
TSOY-32		Hayır	30,98±8,23	t=-1,127
		Evet	31,99±8,10	p=0,261*

***: Student T**

4.2.8 Kronik Hastalık Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların kronik hastalık varlığı ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için t testi kullanıldı. SCÖ toplam puanda anlamlı bir fark saptanmadı. SCÖ faktölerinden 'Aşırılık' ta kronik hastalığı olmayanlar, olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek ortalama puan aldı (t=2,628, p=0,009). Diğer faktörler ve TSOY-32 için istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.16).

Tablo 4.16 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması

Ölçekler		Kronik Hastalık	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ toplam		Hayır	70,47±15,96	t =1,286
		Evet	67,98±15,01	p =0,199*
Zorlantı	8-40	Hayır	11,13±4,22	t =-0,211
		Evet	11,24±4,29	p=0,833*
Aşırı Kaygı	8-40	Hayır	16,45±5,56	t=1,334
		Evet	15,57±5,07	p=0,183*
Aşırılık	8-40	Hayır	22,82±6,06	**t=2,628**
		Evet	20,80±6,90	**p=0,009***
İçini Rahatlatma	6-30	Hayır	14,87±5,06	t=0,899
		Evet	14,32±4,78	p=0,369*
Doktora Güvensizlik	3-15	Hayır	5,37±2,36	t=-1,869
		Evet	5,93±2,62	p=0,062*
TSOY-32		Hayır	31,78±7,90	t=1,347
		Evet	30,43±8,86	p=0,179*

***: Student T**

Katılımcılatın SCÖ toplam puan ortalamalarının sahip oldukları kronik hastalık sayısı ile ilişkisini saptamak için Pearson korelasyon testi kullanıldı. Kronik hastalık sayısı ile siberkondri düzeyi arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0,130, p=0,017): Bu fark "Aşırı Kaygı" ve "Aşırılık" faktörlerinden kaynaklanmaktaydı (sırasıyla r=-0,129, p=0,018, r=-0,157, p=0,004). (Tablo 4.17)

Tablo 4.17 SCÖ toplam puan ve TSOY-32 ile kronik hastalık sayısının karşılaştırılması

Ölçekler	r*	p
SCÖ Toplam	-0,130	**0,017**
Zorlantı	0,066	0,222
Aşırı Kaygı	-0,129	**0,018**
Aşırılık	-0,157	**0,004**
İçini Rahatlatma	-0,073	0,177
Doktora Güvensizlik	0,088	0,107
TSOY-32	-0,067	0,218

r=Pearson korelasyon katsayısı

Katılımcılatın SCÖ toplam puan ortalamalarının kronik hastalıklarla ilişkisini saptamak için teker teker t testi ile karşılaştırıldı. Hipertansiyonu olmayanlar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek puan aldı (t=2,386, p=0,018). Diğer kronik hastalıklarda anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.18).

Tablo 4.18 SCÖ toplam puanların kronik hastalıklara göre karşılaştırılması

Kronik hastalık	Cevap	n	SCÖ Toplam Puan	t	p*
Hipertansiyon	Yok	311	70,38±15,58	2,386	**0,018**
	Var	25	62,64±16,05		
Diyabet	Yok	312	70,17±15,72	1,545	0,123
	Var	24	65,04±15,31		
Kalp-Damar Hastalığı	Yok	326	69,82±15,77	0,084	0,933
	Var	10	69,40±15,17		
Böbrek Hastalığı	Yok	334	69,92±15,70	1,701	0,090
	Var	2	51,00±8,48		
Kas-İskelet Sistemi Hastalığı	Yok	325	69,83±15,90	0,135	0,893
	Var	11	69,18±9,98		
Solunum Sistemi Hastalıkları	Yok	326	70,05±15,78	1,639	0,102
	Var	10	61,80±12,09		
Kanser	Yok	329	69,81±15,73	0,041	0,967
	Var	7	69,57±16,89		
Tiroid Hastalıkları	Yok	331	69,82±15,73	0,088	0,930
	Var	5	69,20±17,68		

***: Student T**

4.2.9 Düzenli İlaç Kullanımına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların düzenli ilaç kullanma ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için t testi kullanıldı. SCÖ toplam puan ile anlamlı bir fark saptanmadı. SCÖ faktörlerinde 'Aşırılık'ta düzenli ilaç kullanmayanlar, kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek ortalama puan aldı (t=1,982, p=0,048). Diğer faktörler için istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki saptanmadı. TSOY-32'de düzenli ilaç kullanmayanlar kullananlardan anlamlı düzeyde yüksek puana sahipti (t=2,168, p=0,031). (Tablo 4.19)

Tablo 4.19 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların düzenli ilaç kullanımına göre karşılaştırılması

Ölçekler		Düzenli ilaç kullanıyor musunuz?	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ toplam		Hayır	70,19±16,03	t =0,716
		Evet	68,77±14,66	p =0,475*
Zorlantı	8-40	Hayır	11,17±4,26	t =0,145
		Evet	11,09±4,18	p=0,885*
Aşırı Kaygı	8-40	Hayır	16,38±5,57	t=0,913
		Evet	15,76±5,02	p=0,362*
Aşırılık	8-40	Hayır	22,69±6,17	**t=1,982**
		Evet	21,11±6,80	**p=0,048***
İçini Rahatlatma	6-30	Hayır	14,74±5,06	t=0,027
		Evet	14,72±4,68	p=0,978*
Doktora Güvensizlik	3-15	Hayır	5,38±2,37	t=-1,815
		Evet	5,93±2,60	p=0,070*
TSOY-32		Hayır	31,97±8,00	**t=2,168**
		Evet	29,74±8,62	**p=0,031***

***: Student T**

4.2.10 Sigara Kullanımına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların sigara kullanma ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için t testi kullanıldı. SCÖ ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmadı. SCÖ faktörlerinden 'İçini Rahatlatma' da sigara kullananlar, kullanmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldı (t=-2,884, p=0,004) Diğer faktörler ve TSOY-32 için istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.20).

Tablo 4.20 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların sigara kullanımına göre karşılaştırılması

Ölçekler		Sigara	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ toplam		Hayır	69,52±15,91	t =-0,560
		Evet	70,58±15,41	p =0,576*
Zorlantı	8-40	Hayır	11,34±4,30	t =1,217
		Evet	11,72±4,10	p=0,224*
Aşırı Kaygı	8-40	Hayır	16,39±5,66	t=0,848
		Evet	15,83±4,91	p=0,397*
Aşırılık	8-40	Hayır	22,14±6,27	t=-0,720
		Evet	20,69±6,56	p=0,472*
İçini Rahatlatma	6-30	Hayır	14,24±4,82	**t=-2,884**
		Evet	15,93±5,03	**p=0,004***
Doktora Güvensizlik	3-15	Hayır	5,55±2,46	t=-0,534
		Evet	5,40±2,33	p=0,594*
TSOY-32		Hayır	31,71±8,20	t=0,867
		Evet	30,85±8,13	p=0,387*

***: Student T**

4.2.11 Alkol Kullanımına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların alkol kullanımı ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için t testi kullanıldı. Alkol kullanımı ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.(Tablo 4.21)

Tablo 4.21 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların alkol kullanımına göre karşılaştırılması

Ölçekler		Alkol	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ toplam		Hayır	69,32±15,97	t =-1,050
		Evet	71,43±15,02	p =0,294*
Zorlantı	8-40	Hayır	11,17±4,29	t =0,071
		Evet	11,13±4,11	p=0,943*
Aşırı Kaygı	8-40	Hayır	16,24±5,57	t=0,087
		Evet	16,18±5,08	p=0,930*
Aşırılık	8-40	Hayır	21,96±6,34	t=-1,706
		Evet	23,34±6,30	p=0,089*
İçini Rahatlatma	6-30	Hayır	14,56±4,96	t=-1,106
		Evet	15,25±4,84	p=0,269*
Doktora Güvensizlik	3-15	Hayır	5,51±2,45	t=0,030
		Evet	5,50±2,36	p=0,976*
TSOY-32		Hayır	31,78±8,34	t=1,282
		Evet	30,45±7,60	p=0,201*

***: Student T**

4.2.12 Gelir Durumuna Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların algılanan gelir durumu ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için ANOVA testi kullanıldı. SCÖ toplam puan ve SCÖ faktörlerinde anlamlı bir fark saptanmadı. TSOY-32'de ise düşük gelirli olanlar diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldı ($F=9,107$, $p<0,001$, Tablo 4.22).

Tablo 4.22 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların algılanan gelir düzeyine göre karşılaştırılması

Ölçekler		Algılanan Gelir Düzeyi	Ort+S	İstatistiksel Analiz
SCÖ toplam		Düşük	70,97±17,75	F=0,481 p=0,619*
		Orta	68,58±15,14	
		Yüksek	69,96±16,54	
Zorlantı	8-40	Düşük	12,44±5,08	F=2,880 p=0,064*
		Orta	10,84±4,04	
		Yüksek	10,11±3,41	
Aşırı Kaygı	8-40	Düşük	15,76±5,33	F=0,079 p=0,924*
		Orta	15,90±5,44	
		Yüksek	15,48±4,45	
Aşırılık	8-40	Düşük	22,29±6,82	F=0,050 p=0,951*
		Orta	22,11±5,99	
		Yüksek	22,48±6,88	
İçini Rahatlatma	6-30	Düşük	14,72±4,62	F=2,645 p=0,073*
		Orta	14,33±5,00	
		Yüksek	16,70±5,92	
Doktora Güvensizlik	3-15	Düşük	5,74±2,80	F=0,474 p=0,623*
		Orta	5,44±2,35	
		Yüksek	5,18±2,74	
TSOY-32		Düşük	26,73±8,39	**F=9,107 p<0,001***
		Orta	32,05±7,83	
		Yüksek	33,04±8,83	

***: ANOVA**

4.2.13 Sağlık Kurumlarına Başvurma Sıklığına Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcıların SCÖ toplam puanı, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları ortalama puanların bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumuna başvurma sıklığı ile ilişkisi olup olmadığını saptamak için ANOVA kullanıldı. Bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumuna başvurma sıklığı ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.23).

Tablo 4.23 SCÖ, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den alınan puanların bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığına göre karşılaştırılması

Ölçekler		Bir sağlık kuruluşuna bir yılda yapılan başvuru sayısı	Ort±S	İstatistiksel Analiz
SCÖ Toplam		1	69,03±18,08	
		2	69,68±15,47	F=0,146
		3	69,66±14,10	p=0,932*
		4 ve üzeri	70,62±15,98	
Zorlantı	8-40	1	11,61±4,92	
		2	10,82±3,87	F=1,547
		3	10,57±3,63	p=0,204*
		4 ve üzeri	11,68±4,48	
Aşırı Kaygı	8-40	1	16,64±6,15	
		2	15,80±5,37	F=0,409
		3	16,00±4,87	p=0,747*
		4 ve üzeri	16,50±5,55	
Aşırılık	8-40	1	21,73±6,19	
		2	22,60±5,74	F=0,682
		3	22,88±5,92	p=0,583*
		4 ve üzeri	21,88±7,25	
İçini Rahatlatma	6-30	1	13,56±4,96	
		2	14,88±4,80	F=1,629
		3	15,30±5,49	p=0,182*
		4 ve üzeri	14,85±4,60	
Doktora Güvensizlik	3-15	1	5,63±2,28	
		2	5,57±2,53	F=0,762
		3	5,19±2,36	p=0,516*
		4 ve üzeri	5,70±2,55	
TSOY-32		1	31,57±8,70	
		2	31,43±7,72	F=0,084
		3	31,64±7,41	p=0,969*
		4 ve üzeri	31,09±8,91	

***ANOVA**

4.2.14 Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynaklara Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcılatın SCÖ toplam puan ortalamalarının sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynaklar ile ilişkisini saptamak için teker teker t testi ile karşılaştırıldı. İnternet kullananlar kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksek puan aldı (t=-2,508, p=0,013). Sağlık bilgisine ulaşmak için arkadaş ve

komşusuna danışanlar danışmayanlardan anlamlı olarak yüksek puan aldı (t=-2,315, p=0,021).(Tablo 4.24)

Tablo 4.24 SCÖ Toplam puanların sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynaklara göre karşılaştırılması

Sağlık Bilgisine Ulaşmak için Kullanılan Kaynaklar	Cevap	n	SCÖ Toplam Puan	t	p*
İnternet	Hayır	34	63,38±15,09	-2,508	**0,013**
	Evet	301	70,43±15,58		
Radyo-TV	Hayır	310	69,47±15,72	-1,009	0,314
	Evet	25	72,76±14,90		
Gazete-Dergi	Hayır	316	69,59±15,80	-0,608	0,544
	Evet	19	71,84±13,22		
Kitap-Broşür	Hayır	282	70,27±15,66	1,495	0,136
	Evet	53	66,77±15,48		
Sağlık Çalışanları	Hayır	87	69,80±16,81	0,059	0,953
	Evet	248	69,68±15,27		
Aile	Hayır	233	69,21±16,26	-0,891	0,373
	Evet	102	70,87±14,19		
Arkadaş-Komşu	Hayır	253	68,61±15,55	-2,315	**0,021**
	Evet	81	73,22±15,68		

***:Student T**

Katılımcıların SCÖ toplam puan ortalamaları ile sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynakların sayısı arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile karşılaştırıldı. SCÖ toplam puan ile bir ilişki saptanmadı. SCÖ faktörlerinden "Aşırılık" ve "İçini Rahatlatma" ile sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısıyla pozitif (sırasıyla r=0,150, p=0,006, r=0,241, p<0,001); "Doktora Güvensizlik" faktörü ile de negatif yönde korelasyon saptandı (r=-0,157, p=0,004). TSOY-32 ile bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.25).

Tablo 4.25 SCÖ toplam puan, SCÖ faktörleri ve TSOY-32 puanlarının sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile karşılaştırılması

Ölçekler	r*	p
SCÖ Toplam	0,091	0,096
Zorlantı	-0,057	0,293
Aşırı Kaygı	0,008	0,887
Aşırılık	0,150	**0,006**
İçini Rahatlatma	0,241	**<0,001**
Doktora Güvensizlik	-0,157	**0,004**
TSOY-32	-0,059	0,276

r=Pearson korelasyon katsayısı

4.2.15 İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynaklara Göre Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

Katılımcılatın SCÖ toplam puan ortalamalarının internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynaklar ile ilişkisini saptamak için teker teker t testi ile karşılaştırıldı. İnternette sağlık bilgisine ulaşmak için google'ı, youtube'u, instagram'ı ve forum sitelerini kullananlar kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldı (sırasıyla t=-5,194, p<0,001; t=-3,911, p<0,001; t=-2,819, p=0,005; t=-2,745, p=0,006, Tablo 4.26).

Tablo 4.26 SCÖ Toplam puanların internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynaklara göre karşılaştırılması

İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynaklar	Cevap	n	SCÖ Toplam Puan	t	p*
Google	Hayır	52	59,73±17,40	-5,194	**<0,001**
	Evet	283	71,55±14,62		
Youtube	Hayır	220	67,35±15,42	-3,911	**<0,001**
	Evet	115	74,25±15,16		
Facebook	Hayır	298	69,47±15,94	-0,794	0,428
	Evet	37	71,64±13,24		
Instagram	Hayır	285	68,71±15,96	-2,819	**0,005**
	Evet	50	75,42±12,48		
Twitter	Hayır	319	69,49±15,72	-1,170	0,243
	Evet	16	74,18±14,09		
Sağlık Siteleri	Hayır	190	68,63±15,47	-1,458	0,146
	Evet	145	71,14±15,84		
Hastane Siteleri	Hayır	254	68,98±16,15	-1,524	0,128
	Evet	81	72,02±13,85		
Dergi-Gazete Siteleri	Hayır	310	69,24±15,60	-1,960	0,051
	Evet	25	75,60±15,52		
Forum Siteleri	Hayır	302	68,95±15,62	-2,745	**0,006**
	Evet	33	76,75±14,37		
Devlet Siteleri	Hayır	281	69,13±15,63	-1,551	0,122
	Evet	54	72,74±15,61		

***:Student T**

İnternetten sağlık bilgisine ulaşma kaynaklarından Facebook, Twitter, Instagram ve Youtube'u kullananlar "sosyal medya kullananlar" olarak birleştirilmiş ve kullanmayanlarla karşılaştırmak amacıyla T testi kullanılmıştır. Sosyal medya kullananların siberkondri düzeyi kullanmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı (t=-4,121, p<0,001, Tablo 4.27).

Tablo 4.27 SCÖ Toplam puanların İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak İçin Sosyal Medya Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşma Yolu	Cevap	n	SCÖ Toplam Puan	t	p*
Sosyal Medya	Kullanmayan	191	66,72±15,41	-4,121	**<0,001**
	Kullanan	144	73,68±15,15		

***:Student T**

Katılımcıların SCÖ toplam puan, SCÖ faktörleri ve TSOY-32'den aldıkları puanlar ile internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynakların sayısı arasındaki ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon testi kullanıldı. SCO toplam puan ile pozitif korelasyon gösterdi (r=0,249,p<0,001). Bu ilişki SCÖ faktörlerinden "Zorlantı", "Aşırılık" ve "İçini Rahatlatma" faktörlerindeki pozitif korelasyondan kaynaklanmaktaydı (sırasıyla r=0,136, p=0,012, r=0,257, p<0,001, r=0,202, p<0,001). TSOY-32 puanı ile internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynakların sayısı arasında da pozitif korelasyon gözlendi (r= 0,145, p=0,007). (Tablo 4.28)

Tablo 4.28 SCÖ toplam puan, SCÖ faktörleri ve TSOY-32 puanlarının internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile korelasyonu

Ölçekler	r*	p
SCÖ Toplam	0,249	**<0,001**
Zorlantı	0,136	**0,012**
Aşırı Kaygı	0,080	0,142
Aşırılık	0,257	**<0,001**
İçini Rahatlatma	0,202	**<0,001**
Doktora Güvensizlik	0,105	0,053
TSOY-32	0,145	**0,007**

r: Pearson korelasyon katsayısı

4.2.16 Regresyon Analizi

Çalışmamızın bağımlı değişkeni SCÖ toplam puan kullanılarak Backward metoduyla lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Başlangıç bağımsız değişkenleri olarak cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk varlığı,

ailede bir sağlık çalışanının varlığı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sosyal medya kullanımı, bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna yapılan başvuru sayısı, TSOY-32 puanı, çalışma durumu, sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ve toplam kronik hastalık dahil edilmiş. Sonuç olarak TSOY-32 puanının, çalışma durumunun, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısının ve toplam kronik hastalık sayısının SCÖ toplam puanı üzerinde yordayıcı olduğu saptandı (F=13,304, p<0,001). Oluşturulan model tablo 4.29'da gösterilmiştir.

Tablo 4.29 Lineer Regresyon Modeli

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	95,0% Confidence Interval for B	
						Lower bound	Upper bound
	B	Std. Error	Beta				
(Constant)	78,126	3,859		20,247	<0,001	70,536	85,717
TSOY-32	-0,313	0,101	-0,163	-3,096	0,002	-0,513	-0,114
Çalışma Durumu	-4,842	2,122	-0,119	-2,281	0,023	-9,017	-0,667
İnternetten Sağlık Bilgisine Ulaşmak için Kullanılan Kaynak Sayısı	2,519	0,490	0,272	5,144	<0,001	1,556	3,483
Toplam Kronik Hastalık Sayısı	-2,597	1,196	-0,113	-2,172	0,031	-4,949	-0,244

Bağımlı değişken: SCÖ toplam puan R^2=0,111 Adjusted R^2=0,101

5. TARTIŞMA

Günümüzde internetin kullanımının günden güne hızla yayılması, ulaşımının kolay olması ve denetim mekanizmalarının olmaması insanların bilgi arayışında daha çok tercih etmesine neden olmaktadır. Bu aramalar sağlık bilgisi aramayı da kapsamaktadır. Ancak bu şekilde tekrarlayıcı sağlık bilgisi arama davranışları kişinin sağlık anksiyetesini şiddetlendirmekte, hem kişi hem sağlık sistemi açısından olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu durumu ifade eden siberkondri kavramı günümüzde bilinemezliğini korumakta ve daha çok araştırmaya ihtiyaç duymaktadır. Bunun yanında sağlık okuryazarlığının yetersiz olması durumunda kişiler güvenilir kaynakları bilmemekte ve bu durum kişileri bu tekrarlayıcı sağlık bilgisi arayışına itebilmektedir. Bu çalışmada ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların siberkondri düzeyleri, buna etki eden faktörleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin rolü incelenmiştir. Bu bölümde elde edilen bulgular benzer çalışmaların sonuçları ile tartışılmıştır.

Çalışmamızda SCÖ toplam puanı ile ölçülen siberkondri düzeyi TSOY-32 puanı, toplam kronik hastalık sayısı ile ve hipertansiyon varlığıyla negatif korele; internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif korele, sağlık bilgisine ulaşmak için internete, arkadaş ve komşuya başvuranlarda, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için google, sosyal medya (youtube, instagram) ve forum sitelerini kullananlarda daha yüksek olarak saptandı. Yapılan regresyon analizi sonucunda da siberkondri üzerinde sağlık okuryazarlığı, çalışma durumu ve toplam kronik hastalık sayısı negatif yordayıcı iken internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı pozitif yordayıcıydı.

Katılımcıların Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinden (SCÖ) aldıkları toplam puan ortalaması 69,8±15,7 olarak saptanmıştır. Bu puanın orta düzeyde olduğu

söylenebilir. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalarda; SCÖ ölçeğini Türkçe'ye uyarlayan Uzun'un 2016'da Pamukkale Üniversitesi çalışanlarıyla yaptığı çalışmada 71,6±17,6 (48), Gökçe ve Erbay'ın Manisa'da 2 aile sağlığı birimlerine kayıtlı kişilerle yürüttüğü çalışmada 74.±18 (49), Kartal ve Kaya'nın ebelik öğrencileriyle yürüttüğü bir çalışmada 77,44±23,01 (50), Güleşen ve Beydağ'ın kalp hastalığı olan kadınlarla yürüttüğü bir çalışmda 68,00±27,04 (51), Toraman ve ark. 'nın 250 öğretmenle yürüttüğü bir çalışmada 73.47±20.59 (52), Karakaş ve ark. 'nın 1000 öğretmenle yaptığı çalışmada medyan 65 (53), Çakır'ın Zonguldak'ta HPV'li kadınlarda yapmış olduğu çalışmada 78.54 ± 22.09 (54) olarak saptanmış ve çalışmamızla benzer değerler bulunmuştur. Bunların yanında Elçiyar ve Taşçı'nın üniversite öğrencileriyle yapmış oldukları bir çalışmada 86 (55), Sezer ve ark. nın 47 aile sağlığı merkezine 18-49 yaş arası kadınlarda yürüttüğü çalışmada 89,42±21,68 (56) olarak saptanmış. Bu yüksek değerlerin sebebi çalışmamızdaki örneklem grubumuzdan yaş olarak görece daha genç olmaları olabilir. Dünyada yapılan diğer çalışmalarda siberkondri düzeyleri; İsviçre ve Avustralya'da online bir anketle 749 kişi üzerinden yürütülen bir çalışmada 73,1 ± 23,1 (57), Pakistan'da 500 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada 80,93±29,84 (58), 150 kişi üzerinden yapılan bir diğer çalışmada 80,60±30,97 (3), Polonya'da 499 kişinin online anket yoluyla katıldığı bir çalışmada 63,11±20,76 (59), ABD'de 330 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada 66,96±17,76 (60), 578 kişi üzerinde yürütülen başka bir çalışmada 63,09±20,38 (61) olarak saptanmış ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızın bulguları sağlık okuryazarlığı açısından değerlendirildiğinde siberkondri düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif bir korelasyon saptandı. Bu korelasyon aşırı kaygı ve içini rahatlatma faktörlerindeki negatif korelasyondan kaynaklanmaktaydı. Regresyon analizinde de benzer şekilde negatif yordayıcı olduğu gözlendi. Tarhan ve ark.'nın İstanbul'da yaptığı çalışmada (62) Zheng ve Jiang'ın Çin'de yaptığı bir çalışmada (63) çalışmamızla paralel olarak siberkondri düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu durum sağlık

okuryazarlığı yükseldikçe kişinin güvenilir sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama ve değerlendirme yetilerinin daha yüksek olması ve böylece sık ve tekrarlayıcı sağlık bilgisi arama davranışını önleyebilmesinden dolayı kaynaklanabilir. Literatürde farklı sonuçlara sahip çalışmalar da mevcuttur. Peng ve ark.'nın Çin'de yaptığı bir çalışmada (64) e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri pozitif korelasyon, Özer ve ark.'nın Burdur'da bir devlet hastanesinde sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada (65) e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondrinin aşırılık ve içini rahatlatma faktörleriyle zayıf pozitif korelasyon gözlenmiştir. Bu durum e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin internette daha fazla zaman geçirmesinden dolayı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın bulguları kronik hastalık açısından değerlendirildiğinde SCÖ toplam puanda anlamlı bir fark bulunamamış; sadece aşırılık faktöründe kronik hastalığı bulunmayanların bulunanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Bunun yanında çalışmamızda kişilerde kronik hastalık sayısı ile SCÖ toplam puan arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Regresyon analizinde de toplam kronik hastalık sayısının benzer şekilde negatif yordayıcı olarak gözlendi. Kronik hastalık durumunda literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Toraman ve ark.'nın İzmir'de 250 öğretmenle yapılan bir çalışmada (52), Ciułkowicz ve ark.'nın Polonya'da yaptığı bir çalışmada (66), Bala ve ark.'nın Hindistan'da 767 kişiyle SCÖ kısa form ile yaptığı bir çalışma'da (67) siberkondri düzeyi ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunların yanında Karakaş ve ark.'nın 1000 öğretmenle yaptığı bir çalışmada (53) kronik hastalığı olanlar olmayanlardan SCÖ toplam puan ve tüm faktörlerde daha düşük bulunmuş, Altındiş ve ark.'nın Sakarya Üniversitesi çalışanlarıyla SCÖ kısa formu ile yaptığı çalışmada (68), Tarhan ve ark.'nın İstanbul'da 18-75 yaş arası bireylerle yapmış olduğu bir çalışmada (62) tanısı konmuş herhangi bir hastalığı olmayanlar olanlardan anlamlı olarak yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bunun sebebi kronik hastalığı olan kişilerin kısmen ileri yaş olması ve bu yaştaki bireylerin internet ve sosyal medya ile daha az ilgilenmeleri olabileceği gibi bir hastalık tanısı konmamış bireylerin bir hastalığa yakalanma ihtimali düşüncesiyle araştırmaya meyilli hale gelmesi de

olabilir. Bu durum aşırılık faktöründeki fark ve kronik hastalık sayısındaki negatif korelasyon durumunu açıklayabilir. Bunların yanında literatürde kronik hastalığı olanların siberkondri düzeyinin olmayanlardan daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (50, 69). Bu durum kronik hastalığı olan kişinin hastalıktan dolayı sağlık anksiyetesi olabileceği ve bu durumun siberkondri düzeyini atırabileceğinden dolayı olabilir.

Çalışmamızın bulguları çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde Çalışma durumunun negatif yordayıcı olduğu saptandı. Literatürde bu yönden değerlendiren çalışma sayısı çok sınırlıdır. Deniz'in İstanbul'da yaptığı çalışmada (71), Çakır'ın HPV'li kadınlarla yaptığı bir çalışmada (54) çalışan ile çalışmayanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamış, Mansur ve Ciğerci'nin online anketle yaptığı bir çalışmada (81) SCÖ toplam puanla çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamış, faktörlerden sadece içini rahatlatmada çalışmayanlar anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Parra ve ark.'nın 285 kişi ile yaptığı bir çalışmada (84) çalışmama durumunun mental durum uyumsuzluğuna ve somatizasyona katkıda bulunduğu, Wegen ve ark.'nın Hollanda'da MS hastaları ile yapılan bir çalışmada (85) çalışmama durumunun depresyon ve anksiyeteye katkı sağladığı gözlenmiştir. Bu araştırmalar çalışmayanlardaki sonucu açıklayabilir. Bunların yanında çalışanların daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (51, 62).

Çalışmamızın bulguları sağlık bilgisi araştırma kaynakları açısından değerlendirildiğinde sağlık bilgi kaynağı olarak internet ve arkadaş ve komşulara başvuran kişilerde siberkondri düzeyi anlamlı yüksek; internetten kullanılan kaynaklardan ise google, youtube, instagram ve forum sitelerini kullanlarda, aynı zamanda sosyal medya kullananların siberkondri düzeyi kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. Bunların yanında siberkondri internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif koreleydi. Regresyon analizinde de benzer şekilde siberkondri üzerinde pozitif yordayıcıydı. Tarhan ve ark.'nın İstanbul'da 18-75 yaş arası 1035 kişi ile yaptığı

çalışmada (62) sosyal medya içerisinden Facebook kullananlar en yüksek olmakla birlikte sosyal medya kullananların siberkondri düzeyi yüksek bulunmuş, Sezer ve ark. nın 47 aile sağlığı merkezine 18-49 yaş arası kadınlarda yürüttüğü çalışmada (56) sosyal medya ve sosyal medyadan bağımsız olarak internet kullanımının süresi arttıkça siberkondri düzeyinin arttığı gözlenmiş, Karakaş ve ark. 'nın 1000 öğretmenle yaptığı çalışmada (53) sosyal medya kullananlar ve günde 3 saatten fazla internet kullananların siberkondri düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve bulgularımız ile uyumluydu. Bu durum, sosyal medyada haberlerin teyit edilmeden ve daha sansayonel bir biçimde sunulma çabasında olmasından dolayı olabilir. Tüm bunların önlenmesi için psikoeğitim ve sağlık anksiyetesi için bilişsel davranışçı terapiler önemli bir rol alabilir. Bu, internetin rahatsız edici kullanımı olmadan, verimli kullanılmasını sağlayabilir. İnternetin yalnızca bir bilgi kaynağı olduğu, teşhis koymak için yeterli olmadığı öğretileblir, güvenilir çevrimiçi kaynakları belirlenebilir (Consumer Health Web Watch, Health Information Institute gibi), kişilere eleştirel düşünme öğretilebilir (70).

Çalışmamızın bulguları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkek ve kadın arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark bulunamamıştır. Literatürde bu yönde çelişkili sonuçlar vardır, benzer ve farklı sonuçlara ulaşan birçok çalışma vardır. Deniz'in İstanbul'da 18 yaş üstü 394 kişiyle yürüttüğü bir çalışmada (71), yine İstanbul'da Tarhan ve ark.'nın 18-75 yaş arası bireylerle yürüttüğü bir çalışmada (62), Toraman ve ark.'nın İzmir'de 250 öğretmenle yürüttüğü bir çalışmada (52), Pawar ve ark. Güney Hindistan'da 379 metabolik sendromlu hastayla yürüttüğü bir çalışmada (72), Ciułkowicz ve ark.'nın Polonya'da bir online anket ile 538 yetişkinle yürüttüğü bir çalışmada (66) çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Bunun yanında literatürde kadınların siberkondri düzeyini daha yüksek pulan çalışmalar da mevcut (53, 73, 74, 75, 76) ve bunun kadınların sağlıkla ilgili kaygıya daha yatkın olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızın bulguları yaş açısından değerlendirildiğinde aşırılık faktörünün yaş ile negatif korelasyon gösterdi, ancak SCÖ toplam puanda ve diğer faktörlerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatürde benzer birçok çalışma mevcuttur. Sezer ve ark.'nın Edirne'de aile sağlığı merkezlerinde 18-49 yaş arası 422 kadınla yürüttüğü bir çalışmada (56), Karakaş ve ark.'nın 1000 öğretmenle online anket ile yapılan bir çalışmada (53), Deniz'in İstanbul'da 18 yaş üstü 394 kişiyle yapılan bir çalışmada (71), Ciułkowicz ve ark.'nın Polonya'da 538 kişi ile yapılan bir çalışmada (66), Barke ve ark.'nın Almanya'da SCÖ kısa formu ile yürüttüğü bir çalışmada (77) yaş ile siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Bunların yanında ülkemizde Güleşen ve Beydağ'ın kalp hastalığı olan kadınlarla yaptığı bir çalışmada 50 yaş ve altındakiler üstündekilere göre daha yüksek puan almış (51), Bajcar ve ark.'nın Polonya' da 214 kişi ile yürüttüğü bir çalışmada (78), Wu ve ark.'nın İran'da 694 kişi ile SCÖ kısa forma yapılmış bir çalışmada (79), Ambrosini ve ark.'nın İtalya'da 572 kişiyle yürüttüğü bir çalışmada (69) yaş ile SCÖ toplam puan arasında negatif korelasyon gözlenmiş ve bu durumun gençlerin internete ve sosyal medya daha rahat ulaşmasından kaynaklanmış olabileceği düşünmüşler.

Çalışmamızın bulguları eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde eğitim durumu ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Literatürde bu konuda benzer ve farklı birçok çalışma bulunmaktadır. Hindistan'da metabolik sendromlu hastalarla yapılan bir çalışmada (72), Polonya'da ve İtalya'da online anketlerle yapılan çalışmalarda (66, 80) eğitim durumu ile siberkondri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunların yanında Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kalp hastalığı olan 331 kadınla yapılan bir çalışmada (51) ilköğretim düzeyinde eğitim görmüş olanlar lise ve üstüne göre anlamlı olarak düşük puan almış, Çin'de 674 kişi ile SCÖ kısa form kullanılarak yapılan bir çalışmada (64) yüksek lisans ve üzeri eğitim görmüş olanlar diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek puan almış. Ayrıca literatürde eğitim

düzeyi daha yüksek kişilerde siberkondri düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (62, 71, 76).

Çalışmamızın bulguları medeni durum açısından değerlendirildiğinde aşırılık faktöründe bekarlar diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldı; ancak SCÖ toplam puanda anlamlı herhangi bir fark saptanmadı. İstanbul'da 394 kişiyle yapılan bir çalışmada (71), İzmir'de öğretmenlerle yapılan bir çalışmada (52), kalp hastalığı olan 331 kadınla yapılan bir çalışmada (51), İtalya'da online bir anketle yapılan bir çalışmada (80), Hindistan'da 18 yaş üzerinde 767 kişide yapılan bir çalışmada (67) medeni durumla siberkondri düzeyi arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark bulunmamıştır. Bunların yanında ülkemizde 763 kişiyle yapılan bir çalışmada (81) bekarların siberkondri düzeyi evlilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın bulguları çocuk varlığı açısından değerlendirildiğinde siberkondri düzeyi ve faktörlerinde anlamlı herhangi bir fark bulunmamıştır. Literatürde Sakarya Üniversitesi'nde çalışan 173 kişiyle SCÖ kısa form kullanılarak yapılan bir çalışmada (68), Brezilyalı ve Portekizli 597 dişçi ile online anket üzerinden yapılan bir çalışmada (82) da çalışmamıza paralel şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızın bulguları ailede bir sağlık çalışanının varlığı açısından değerlendirildiğinde SCÖ toplam puanda anlamlı bir fark bulunmamış; ancak doktora güvensizlik faktöründe ailesinde bir sağlık çalışanı bulunanlar bulunmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük puan almıştır. Ülkemizde 1000 öğretmen ile online anket yoluyla yapılan bir çalışmada (53) SCÖ toplam puan ve aşırı kaygı dışındaki tüm faktörlerde ailesinde sağlık çalışanı bulunanlar bulunmayanlardan anlamlı olarak daha düşük siberkondri düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu durum, sağlık çalışanı yakınlarının sağlıkla ilgili doğru bilgiye daha kolay şekilde ulaşmasından dolayı olabilir.

Çalışmamızın bulguları düzenli ilaç kullanımı açısından değerlendirildiğinde SCÖ toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken faktörlerden ise kronik hastalık durumu ile benzer şekilde yalnızca aşırılıkta kullanmayanların puanı kullananlardan anlamlı olarak yüksekti. Altındiş ve ark.'nın Sakarya Üniversitesi çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada (68) da benzer şekilde düzenli ilaç kullanımı ile SCÖ toplam puan arasından fark bulunmamıştır. Ancak literatürde bu değişkenle ilgili çalışma çok sınırlıdır ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duymaktadır.

Çalışmamızın bulguları sigara kullanımı açısından değerlendirildiğinde SCÖ toplam puanda anlamlı bir farklılık saptanmadı, faktörlerden içini rahatlatmada kullananlar kullanmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldı. Literatürde Toraman ve ark.'nın öğretmenlerle yaptığı çalışmada (52), Altındiş ve ark.'nın Sakarya Üniversitesi çalışanları ile yaptığı çalışmada (68), Kurcer ve ark.'nın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada (73) benzer şekilde sigara kullanımı ile siberkondri düzeyi arasında anlmalı bir fark bulunmamıştır. Bunların yanında Kartal ve Kaya'nın ebelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada (50) sigara kullananların kullanmayalardan SCÖ toplam puan, zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma faktörlerinden anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüş ve bu durum COVİD-19 döneminde tütün kullanımının riski artırıdığı ve bu durumun risk altındaki öğrencilerin virüse yakalanma kaygısıyla beraber kişiyi sosyal medya ve internette hastalığa yönelik araştırma eğilimine ittiğinden olabileceği düşünülmüştür. Bu durum çalışmamızdaki içini rahatlatma faktöründeki farkı da açıklayabilir.

Çalışmamızın bulguları alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde SCÖ toplam puan ve faktörlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kurcer ve ark.'nın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada (73) da benzer şekilde alkol kullanımı ve siberkondri düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bunun yanında Sezer ve ark.'nın reproduktif kadınlarla yaptığı çalışmada (56) alkol kullananlar SCÖ'den kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek puan almış

ve bu durum alkol kullanım güdüsünün sağlık kaygısından kaçınma arzusundan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın bulguları gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde siberkondri düzeyi anlamlı bir fark saptanmadı. Literatürde benzer ve farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur. Yam ve ark.'nın 520 kişi ile SCÖ kısa formla yapılan bir çalışmada (83), Kartal ve Kaya'nın ebelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada (50), Altındiş ve ark.'nın üniversite çalışanlarıyla yaptığı çalışmada (68), Pawar ve ark.'nın Hindistanda metabolik sendromlu hastalarla yaptığı çalışmada (72) çalışmamızla benzer şekilde siberkondri ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun yanında İstanbul'da 384 lise öğrenci isle yapılan bir çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların siberkondri düzeyi diğerlerinden yüksek bulunmuş ve bu durum geliri yüksek kişilerin kendi sağlığı ve ihtiyaçlarına daha çok dikkat etmesi ve aldığı tanı ve tedavilerden emin olmak istemesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Güleşen ve Beydağ'ın kalp hastalığı olan kadınlarla yaptığı çalışmada (51) orta-üst düzeyde geliri olanların siberkondri düzeyi düşük olanlardan yüksek bulunmuş ve bunun gelir düzeyinin artmasıyla birlikte alım gücünün artması ve sağlık hizmetinde tercihlerin artmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Peng ve ark.' nın Çin'de yaptığı çalışmada (64) en yüksek gelir grubu diğerlerinden anlamlı olarak yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu saptanmış ve bahsedilen sebeplere yorulmuştur.

Çalışmamızın bulguları herhangi bir sağlık kuruluşuna bir yıl içinde yapılan başvuru sayısı açısından değerlendirildiğinde SCÖ toplam puan ve faktörleri ile anlamlı herhangi bir fark saptanmadı. Sezer ve ark.'nın Edirne'de reproduktif çağda kadınlarla yaptığı çalışmada (56) ailelerin başvuru sayısı arttıkça siberkondri düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma örneklemi bizim çalışmamızdan farklıdır. Bu konuda yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır ve daha çok çalışmaya ihtiyaç duymaktadır.

Çalışmamızın bulguları sağlık okuryazarlık düzeyi açısından değerlendirildiğinde TSOY-32 ile ölçülen sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 31,4±8,1 ve "sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı" düzeyinde olduğu saptandı. demografik verilerle karşılaştırıldığında sağlık okuryazarlığı düzeyi yaş ve eğitim durumu ile negatif korelasyon gösterdi. Bekarlarda, çocuğu olmayanlarda ve düzenli ilaç kullanmayanlarda daha yüksek; algılanan gelir düzeyi düşük olanlarda ise orta ve yüksek olanlara göre daha düşüktü. Ülkemizde yapılan çalışmalardan Okyay ve Abacıgil'in ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik analizinde olasılıksız örnekleme ile 15 yaş üstü 400 kişi ile yürüttüğü çalışmada 29,5 (36) olarak ölçülmüş, yaşla negatif korele, ortaokul ve üstü eğitim düzeyindekiler ilkokuldan daha yüksek olduğu gözlenmiş. Sağlık bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünce yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması adlı 6228 kişi ile yürütülen çalışmada (86) yaşla azalmakta, eğitim düzeyi ve gelir durumu arttıkça artmış, Tarhan ve ark.'nın İstanbul'da 18-75 yaş arası 1035 kişi ile yaptığı çalışmada (62) 25,89±8,35 olarak ölçülmüş, eğitim düzeyi arttıkça artmış ve çalışmamızla benzer özellik göstermektedir. Dünyadaki çalışmalardan ise TSOY-32 ölçeğinin uyarlandığı ölçek olan HLS-EU çalışmasında Avrupa'da 8 ülkeden 15 yaş üstü 7795 kişi incelenmiş ve katılımcılar ortalama 33,78±7,95 puan almış, sınırlı sağlık okuryazarlığı düşük sosyoekonomik seviye, düşük eğitim düzeyi ve ileri yaşla ilişkili olduğu gözlenmiş ve çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda da sağlık okuryazarlığı daha düşük olan kişiler geliştirilmesi için hedef populasyon olabilir. Bu, yalnızca bireylerin politikacıların ya da sağlık çalışanlarının sorumluluğu değildir. Kamu otoritesi, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, basın yayın kuruluşları, sınırlı sağlık okuryazarlığı için risk altındaki kişiler, sivil toplum örgütleri, sağlık çalışanları, eğitimciler, iletişimciler, üniversiteler, yardım örgütleri, yerel yönetimler gibi tüm paydaşların rol üstlendiği kapsamlı programlar düzenlenmelidir (86).

Çalışmamızın kısıtlılıkları: .Çalışmamız tek merkezli ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinde 3 ay gibi kısa bir süre içinde 18 yaş üstü kişilerle yapılmıştır. Bu yüzden topluma genellenemez. Bunun için toplum temelli daha kapsamlı çalışmalar gerekmektedir. Çalışmamızın verileri anketlere verilen cevaplarla sınırlıdır ve soruların doğru anlaşıldığı varsayılmıştır. Bunun yanında SCÖ ölçeği sürekli bir ölçektir ve herhangi bir kesme değeri bulunmamaktadır. Bu haliyle herhangi bir gruplama ve karşılaştırma yapılamamaktadır. Bir kesme değerinin belirlenmesi için daha büyük ve kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.

Çalışmamızın güçlü yönleri: Siberkondriyi inceleyen çalışmalar ülkemizde ve dünyada sınırlıdır ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinde literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bu açıdan çalışmamız önem arz etmektedir. Sorulara çelişkili cevap verenler çıkarıldıktan sonra da güç analizinde hesaplanan gerekli örneklem büyüklüğüne ulaşılabilmiştir. Çalışmamızda kapsamlı bir sosyodemografik ölçek kullanılmıştır ve sağlık bilgisine hangi kaynaklardan ulaşıldığını sorgulayan az sayıda çalışmadan biridir. Siberkondri kavramı dünyada olduğu gibi ülkemizde de yeni ve bilinmeyen bir kavramdır ve katılımcıların bu konuda farkındalık kazanması sağlanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 28.03.2022-30.06.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü hastaları siberkondri ciddiyet ölçeği ile ölçülen ortalama siberkondri puanı 69,8±15,7, zorlantı faktörü ortalam puanı 11,1±4,2, aşırı kaygı faktörü ortalama puanı 16,2±5,4, aşırılık faktörü ortalama puanı 22,2±6,3, içini rahatlatma faktörü ortalama puanı 14,7±4,9, doktora güvensizlik faktörü ortalama puanı 5,5±2,4 olduğu gözlendi. Bu düzeyin orta düzey olduğu söylenebilir ve ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmaların çoğunluğu ile uyumludur. TSOY-32 ile ölçülen sağlık okuryazarlığı ortalama puanı ise 31,4±8,1 ve "sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı" düzeyindedir ve Türkiye'deki diğer çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda demografik verilerle siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında SCÖ toplam puanı ile toplam kronik hastalık sayısı ile ve hipertansiyonu varlığıyla negatif korele, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif korele, ayrıca, sağlık bilgisine ulaşmak için internet ve arkadaş ve komşuyu kullananlarda, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için sosyal medya kullananlar, ayrı ayrı olarak da google, youtube, instagram ve forum sitelerini kullananlarda anlamlı düzeyde yüksekti. SCÖ faktörleri incelendiğinde;

- Zorlantı faktörü internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif korele
- Aşırı kaygı faktörü kronik hastalık sayısı ile negatif korele,
- Aşırılık faktörü yaşla ve kronik hastalık sayısı ile negatif korele, kronik hastalığı olmayanlarda ve düzenli ilaç kullanmayanlarda yüksek; bekar olanlarda diğerlerinden daha yüksek, internetten

sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ve sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif korele

- İçini rahatlatma faktörü eğitim düzeyi ile negatif korele, sigara kullanlarda daha yüksek, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ve sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif korele
- Doktora güvensizlik eğitim düzeyi ile pozitif korele, sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile negatif korele ve ailede sağlık çalışanı olmayanlarda daha yüksekti.

Ayrıca siberkondri için; sağlık okuryazarlığı, çalışma durumu ve toplam kronik hastalık sayısı negatif yordayıcı iken internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı pozitif yordayıcıdır.

Bunların yanında SCÖ ile ölçülen siberkondri düzeyi ile TSOY-32 ile ölçülen sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında negatif korelasyon gözlendi. Faktölerden aşırı kaygı ve içini rahatlatma, sağlık okuryazarlığı ile negatif korelasyon gösterdi.

TSOY-32 ile ölçülen sağlık okuryazarlığı düzeyi ile demografik veriler karşılaştırıldığında sağlık okuryazarlığı düzeyi yaş ve eğitim durumu ile negatif korelasyon, internetten sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan kaynak sayısı ile pozitif korelasyon gösterdi. Bekarlarda, çocuğu olmayanlarda ve düzenli ilaç kullanmayanlarda daha yüksek; algılanan gelir düzeyi düşük olanlarda ise orta ve yüksek olanlara göre daha düşüktü.

Siberkondrinin önlenmesi için psikoeğitim ve sağlık anksiyetesi için bilişsel davranışçı terapiler önemli müdahale araçlarıdır. Bu yollarla, internetin rahatsız edici kullanımı olmadan, verimli kullanılmasını sağlanabilir. İnternetin yalnızca bir bilgi kaynağı olduğu, teşhis koymak için yeterli olmadığı öğretileblir, güvenilir çevrimiçi kaynakları belirlenebilir, kişlere eleştirel düşünme öğretilebilir.

Siberkondri düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki negatif korelasyon göz önüne alınırsa sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, siberkondrinin önlenmesinde önemli bir role sahip olabilir. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olanlar hedef populasyon olmalıdır ve müdahaleler bu kişileri özellikle kapsamalıdır. Bu, yalnızca bireylerin politikacıların ya da sağlık çalışanlarının sorumluluğu değildir. Kamu otoritesi, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, basın yayın kuruluşları, sınırlı sağlık okuryazarlığı için risk altındaki kişiler, sivil toplum örgütleri, sağlık çalışanları, eğitimciler, iletişimciler, üniversiteler, yardım örgütleri, yerel yönetimler gibi tüm paydaşların rol üstlendiği kapsamlı programlar düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. International Telecommunication Union Statistics. Statistics [Online] Erişim: [https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx] Erişim: 26.01.2022.

2. TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2021 [Online]
Erişim:[https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437]
Erişim Tarihi: 18.07.2022

3. Akhtar M, Fatima T. Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. J Pak Med Assoc. 2020; 70(1):90-95. doi: 10.5455/JPMA.8682.

4. Singh K, Fox JRE, Brown RJ. Health anxiety and Internet use: A thematic analysis. Cyberpsychology 2016;10(2): Article 4. doi: 10.5817/CP2016-2-4.

5. Hughes RB, Beers L, Robinson-Whelen S. Health information seeking by women with physical disabilities: A qualitative analysis. Disabil Health J. 2022;15(2):101268. doi: 10.1016/j.dhjo.2022.101268.

6. Berle D, Starcevic V, Khazaal Y, Viswasam K, Hede V, McMullan RD. Relationships between online health information seeking and psychopathology. Gen Hosp Psychiatry. 2020;62:96-97. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.04.006.

7. US Department of Health and Human Services. History of Health Literacy Definitions [Online]
Erişim:[https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030/history-health-literacy-definitions]
Erişim Tarihi: 18.07.2022

8. Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP, Baker AL. Health literacy and healthcare service utilisation in the 12-months prior to entry into residential alcohol and other drug treatment. Addict Behav. 2022;124:107111. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.107111.

9. Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2011;14(10):613-8. doi: 10.1089/cyber.2010.0425.

10. Jokic-Begic N, Lauri Korajlija A, Mikac U. Cyberchondria in the age of COVID-19. PLoS One. 2020;15(12):e0243704. doi: 10.1371/journal.pone.0243704.

11. Bermingham SL, Cohen A, Hague J, Parsonage M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009. Ment Health Fam Med. 2010;7(2):71-84.

12. World Health Organization. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution [Online]
Erişim: [https://www.who.int/about/governance/constitution]
Erişim Tarihi: 18.07.2022

13. Kilit DÖ, Eke E. Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019;22(2):401-436.
Erişim: [https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/48866/622781]

14. White R, Horvitz E. Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in Web search. ACM Transactions on Information Systems. 2009;27(4):1–37. doi: 10.1145/1629096.1629101

15. The Telegraph. Dr Google will see you now: Search giant wants to cash in on your medical queries [Online]
Erişim:[https://www.telegraph.co.uk/technology/2019/03/10/google-sifting-one-billion-health-questions-day/]
Erişim Tarihi: 26.07.2022

16. Robles-Mariños R, Angeles AI, Alvarado GF. Factors associated with health anxiety in medical students at a private university in Lima, Peru. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2022;51(2):89-98. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcpeng.2020.11.007.

17. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behav Ther. 2007;38(1):86-94. doi: 10.1016/j.beth.2006.05.001.

18. Espiridion ED, Fuchs A, Oladunjoye AO. Illness Anxiety Disorder: A Case Report and Brief Review of the Literature. Cureus. 2021;13(1):e12897. doi: 10.7759/cureus.12897.

19. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). J Anxiety Disord. 2014 ;28(2):259-65. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.007.

20. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent Insights Into Cyberchondria. Curr Psychiatry Rep. 2020;22(11):56. doi: 10.1007/s11920-020-01179-8.

21. Bajcar B, Babiak J. Neuroticism and cyberchondria: The mediating role of intolerance of uncertainty and defensive pessimism. Personality and Individual Differences. 2020;162:110006. doi: 10.1016/j.paid.2020.110006

22. Khan AW, Pandey J. Dark side consequences of Cyberchondria: An empirical investigation. Aslib Journal of Information Management. 2022;74(5):801–17. doi: 10.1108/ajim-08-2021-0222.

23. Király O, Potenza MN, Stein DJ, King DL, Hodgins DC, Saunders JB, Griffiths MD, Gjoneska B, Billieux J, Brand M, Abbott MW, Chamberlain SR, Corazza O, Burkauskas J, Sales CMD, Montag C, Lochner C, Grünblatt E, Wegmann E, Martinotti G, Lee HK, Rumpf HJ, Castro-Calvo J, Rahimi-Movaghar A, Higuchi S, Menchon JM, Zohar J, Pellegrini L, Walitza S, Fineberg NA, Demetrovics Z. Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. Compr Psychiatry. 2020;100:152180. doi: 10.1016/j.comppsych.2020.152180.

24. Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. J Anxiety Disord. 2020;69:102150. doi: 10.1016/j.janxdis.2019.102150.

25. Wangler J, Jansky M. General practitioners' challenges and strategies in dealing with Internet-related health anxieties-results of a qualitative study among primary care physicians in Germany. Wien Med Wochenschr. 2020 ;170(13-14):329-339. doi: 10.1007/s10354-020-00777-8.

26. Wangler J, Jansky M. Internetassoziierte Gesundheitsängste in der hausärztlichen Versorgung – Ergebnisse einer Befragung unter Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten in Hessen [Internet-Associated Health Anxieties in Primary Care - Results of a Survey among General Practitioners and Primary Care Internists in Hesse]. Dtsch Med Wochenschr. 2019;144(16):e102-e108. German. doi: 10.1055/a-0842-8285.

27. Oxford Learner's Dictionaries [Online]
Erişim:[https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/literacy]
Erişim Tarihi: 29.07.2022

28. Aslantekin F,Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2014; 13(4): 327 - 334. doi: 10.5455/pmb1-1364566995

29. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. J Public Health Policy. 2016;37(3):334-352. doi: 10.1057/jphp.2016.18.

30. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

31. Aydın Büyük S, Şener E, Güngör Ketenci P, Öztürkan Ertek F, Aras Balcı Z, Öztekin Ö, Güner S, Alp İ. Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Olgusuna İlişkin Bir Durum Çalışması: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2020; 23(4): 587-604.
Erişim: [https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/58128/837807]

32. Centers for Disease Control and Prevention. What Is Health Literacy? [Online]
Erişim: [https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html]
Erişim Tarihi: 29.07.2022

33. Kendir Çopurlar C, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016; 10(1): 0-0. doi: 10.5455/tjfmpc.1937966.

34. Aras Z, Temel Bayık A. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2017; 25(2): 85 – 94. doi: 10.17672/fnhd.94626

35. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H; HLS-EU Consortium. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13:948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.

36. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025, Ankara 2016

37. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, Ju X, Zhang X. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. Fam Med Community Health. 2020;8(2):e000351. doi: 10.1136/fmch-2020-000351.

38. Singh H, Kolschen J, Samkange-Zeeb F, Brand T, Zeeb H, Schüz B. Modifiable predictors of health literacy in working-age adults - a rapid review and meta-analysis. BMC Public Health. 2022;22(1):1450. doi: 10.1186/s12889-022-13851-0.

39. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health Literacy in the German Population. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(4):53-60. doi: 10.3238/arztebl.2017.0053.

40. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H; HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.

41. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, Santaeugènia SJ, Magrinyà-Rull P, Saltó-Cerezuela E. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC Public Health. 2019 ;19(1):1122. doi: 10.1186/s12889-019-7381-1.

42. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, Matsumoto M. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health. 2015 May 23;15:505. doi: 10.1186/s12889-015-1835-x.

43. Duong VT, Lin IF, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin YC, Chang PW. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. Asia Pac J Public Health. 2015;27(8):871-80. doi: 10.1177/1010539515607962.

44. Mao Y, Xie T, Zhang N. Chinese Students' Health Literacy Level and Its Associated Factors: A Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;18(1):204. doi: 10.3390/ijerph18010204.

45. Rowlands G, Protheroe J, Winkley J, Richardson M, Seed PT, Rudd R. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. Br J Gen Pract. 2015;65(635):e379-86. doi: 10.3399/bjgp15X685285.

46. Moreira L. Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand? Paris: OECD publishing; 2018. doi: 10.1787/d8494d3a-en

47. TC Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü.
Erişim:[https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html#]
Erişim Tarihi: 23.08.2022

48. Uzun SU, Zencir M. Reliability and validity study of Turkish version of cyberchondria severity scale: Curr Psychol. 2018;40(1):65-71. doi: 10.1007/s12144-018-0001-x

49. Gökçe E., Erbay P. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi'nde (EATSM) seçilen aile sağlığı birimlerinde yetişkinlerde siberkondri düzeyi ve ilişkili değişkenler, 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 15-19 Mart 2017, Antalya, Türkiye; 2017. p. 536.

50. Aydın Kartal Y, Kaya L. COVID-19 Salgınının Ebelik Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;6(3): 541-55: doi: 10.47115/jshs.969748.

51. Güleşen A, Beydağ K. Cyberchondria Level in Women with Heart Disease and Affecting Factors. Arc Health Sci Res 2020;7(1): 1-7. doi: 10.5152/ArcHealthSciRes.2020.509131

52. Uysal Toraman A, Kalkim A, Korkmaz EK. Coronavirus anxiety and cyberchondria among teachers during the COVID-19 pandemic: an online survey: Coronavirus anxiety and cyberchondria. Curr Psychol. 2022:1-7. doi: 10.1007/s12144-022-03382-7..

53. Karakaş N, Tekin Ç, Bentli R, Demir E. Cyberchondria, Covid-19 phobia, and well-being: a relational study on teachers. Med Lav. 2022;113(3):e2022027. doi: 10.23749/mdl.v113i3.12661.

54. Turhan Cakir A. Cyberchondria levels in women with human papilloma virus. J Obstet Gynaecol Res. 2022;48(10):2610-2614. doi: 10.1111/jog.15354.

55. Elciyar k, Taşçı D. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanması, Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi. 2017;2(4) 57-70. Erişim: [https://dergipark.org.tr/tr/pub/akader/issue/31877/350392]

56. 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. doi: 10.1097/MD.0000000000031503.

57. Arsenakis S, Chatton A, Penzenstadler L, Billieux J, Berle D, Starcevic V, Viswasam K, Khazaal Y. Unveiling the relationships between cyberchondria and psychopathological symptoms. J Psychiatr Res. 2021;143:254-261. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.09.014.

58. Nadeem F, Malik NI, Atta M, Ullah I, Martinotti G, Pettorruso M, Vellante F, Di Giannantonio M, De Berardis D. Relationship between Health-Anxiety and Cyberchondria: Role of Metacognitive Beliefs. J Clin Med. 2022;11(9):2590. doi: 10.3390/jcm11092590.

59. Oniszczenko W. Anxious temperament and cyberchondria as mediated by fear of COVID-19 infection: A cross-sectional study. PLoS One. 2021;16(8):e0255750. doi: 10.1371/journal.pone.0255750.

60. Fergus TA, Spada MM. Moving toward a metacognitive conceptualization of cyberchondria: Examining the contribution of metacognitive beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. J Anxiety Disord. 2018;60:11-19. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.09.003.

61. Fergus TA. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. J Affect Disord. 2015;184:305-9. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.017.

62. Tarhan, N, Tutgun-Ünal, A, ve Ekinci Y. Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzey-leri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021;17(37), 4253-4297. doi:10.26466//opus.855959.

63. Zheng H, Jiang S. Linking the Pathway from Exposure to Online Vaccine Information to Cyberchondria During the COVID-19 Pandemic: A Moderated Mediation Model. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2022;25(10):625-633. doi: 10.1089/cyber.2022.0045.

64. Peng XQ, Chen Y, Zhang YC, Liu F, He HY, Luo T, Dai PP, Xie WZ, Luo AJ. The Status and Influencing Factors of Cyberchondria During the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Study in Nanyang City of China. Front Psychol. 2021;12:712703. doi: 10.3389/fpsyg.2021.712703.

65. Özer Ö, Özmen S, Özkan O. Investigation of the effect of cyberchondria behavior on e-health literacy in healthcare workers. Hosp Top. 2021:1-9. doi: 10.1080/00185868.2021.1969873.

66. Ciułkowicz M, Misiak B, Szcześniak D, Grzebieluch J, Maciaszek J, Rymaszewska J. The Portrait of Cyberchondria-A Cross-Sectional Online Study on Factors Related to Health Anxiety and Cyberchondria in Polish Population during SARS-CoV-2 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(7):4347. doi: 10.3390/ijerph19074347.

67. Bala R, Srivastava A, Ningthoujam GD, Potsangbam T, Oinam A, Anal CL. An Observational Study in Manipur State, India on Preventive Behavior Influenced by Social Media During the COVID-19 Pandemic Mediated by Cyberchondria and Information Overload. J Prev Med Public Health. 2021;54(1):22-30. doi: 10.3961/jpmph.20.465.

68. Altındiş S, İnci MB, Aslan FG, Altındiş M. Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(2): 359-370. doi: 10.31832/smj.423652

69. Ambrosini F, Truzoli R, Vismara M, Vitella D, Biolcati R. The effect of cyberchondria on anxiety, depression and quality of life during COVID-19: the mediational role of obsessive-compulsive symptoms and Internet addiction. Heliyon. 2022;8(5):e09437. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09437.

70. Menon V, Kar SK, Tripathi A, Nebhinani N, Varadharajan N. Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. Asian J Psychiatr. 2020;53:102225. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102225.

71. Deniz S. Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. İnsan ve İnsan Dergisi. 2020;7(24):84-96. doi: 10.29224/insanveinsan.674726

72. Pawar P, Kamat A, Salimath G, Jacob KR, Kamath R. Prevalence of Cyberchondria among Outpatients with Metabolic Syndrome in a Tertiary Care Hospital in Southern India. ScientificWorldJournal. 2022;2022:3211501. doi: 10.1155/2022/3211501.

73. Kurcer MA, Erdogan Z, Cakir Kardes V. The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. Perspect Psychiatr Care. 2022;58(1):132-140. doi: 10.1111/ppc.12850.

74. Patanapu SK, Sreeja CS, Veeraboina N, Reddy KV, Voruganti S, Anusha P. Prevalence and effect of cyberchondria on academic performance among undergraduate dental students: An institutional based study. Ind Psychiatry J. 2022;31(2):228-234. doi: 10.4103/ipj.ipj_272_21.

75. Laato S, Islam AK, Islam MN, Whelan E. What drives unverified information sharing and cyberchondria during the covid-19 pandemic?. European Journal of Information Systems. 2020;29(3):288-305. doi: 10.1080/0960085X.2020.1770632

76. Santoro G, Starcevic V, Scalone A, Cavallo J, Musetti A, Schimmenti A. The Doctor Is In(ternet): The Mediating Role of Health Anxiety in the Relationship between Somatic Symptoms and Cyberchondria. J Pers Med. 2022 Sep 12;12(9):1490. doi: 10.3390/jpm12091490.

77. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. Int J Behav Med. 2016;23(5):595-605. doi: 10.1007/s12529-016-9549-8.

78. Bajcar B, Babiak J. Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of heatlh anxiety and obsessive-compulsive symptoms in a community sample. Current Psychology 2019;40(6): 2820-2831. doi: 10.1007/s12144-019-00216-x

79. Wu X, Nazari N, Griffiths MD. Using Fear and Anxiety Related to COVID-19 to Predict Cyberchondria: Cross-sectional Survey Study. J Med Internet Res. 2021;23(6):e26285. doi: 10.2196/26285.

80. Vismara M, Vitella D, Biolcati R, Ambrosini F, Pirola V, Dell'Osso B, Truzoli R. The Impact of COVID-19 Pandemic on Searching for Health-Related Information and Cyberchondria on the General Population in Italy. Front Psychiatry. 2021;12:754870. doi: 10.3389/fpsyt.2021.754870.

81. Mansur F, Ciğerci K. Siberkondri ve E-Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(1): 11-21. doi: 10.37989/gumussagbil.961457.

82. Serra-Negra JM, Paiva SM, Baptista AS, Cruz AJS, Pinho T, Abreu MH. Cyberchondria and Associated Factors Among Brazilian and Portuguese Dentists. Acta Odontol Latinoam. 2022 Apr 30;35(1):45-50. English. doi: 10.54589/aol.35/1/45.

83. Yam FC, Korkmaz O, Griffiths MD. The association between fear of Covid-19 and smartphone addiction among individuals: the mediating and moderating role of cyberchondria severity. Curr Psychol. 2021:1-14. doi: 10.1007/s12144-021-02324-z.

84. Parra LA, Spahr CM, Goldbach JT, Bray BC, Kipke MD, Slavich GM. Greater lifetime stressor exposure is associated with poorer mental health among sexual minority people of color. J Clin Psychol. 2022. doi: 10.1002/jclp.23463.

85. van Wegen J, van Egmond EEA, Benedict RHB, Beenakker EAC, van Eijk JJJ, Frequin STFM, de Gans K, Gerlach OHH, van Gorp DAM, Hengstman GJD, Jongen PJ, van der Klink JJL, Reneman MF, Verhagen WIM, Middelkoop HAM, Visser LH, Hulst HE, van der Hiele K. Subjective cognitive impairment is related to work status in people with multiple sclerosis. IBRO Neurosci Rep. 2022;13:513-522. doi: 10.1016/j.ibneur.2022.10.016.

86. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Yayın No: 1103, Ankara 2018

EKLER

Ek-1 Araştırma Anketi Formu

Bu çalışmayla, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tez çalışması olarak siberkondri düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki araştırılacaktır. Katılımınız bu konudaki literatür verilerinin genişletilmesine katkı sağlayacaktır. Aşağıdaki soruların tarafınızca eksiksiz cevaplanması çalışmamız için önemlidir. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz

<table>
<tr><td>1. Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( )</td><td>2. Doğum Yılı:</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. Eğitim Durumu: Okur-yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( )
Ön-lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">4. Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( ) Diğer:……..</td></tr>
<tr><td>5. Çocuğunuz var mı?
Evet ( ) Hayır( )</td><td>6. Gelir durumu: Çalışmıyor ( ) Düşük ( )
Orta ( ) Yüksek ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">7. Ailenizde sağlıkçı olan (doktor/hemşire/ebe...vs) birisi var mı?
Hayır ( ) Evet ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">8. Kronik hastalığınız var mı, varsa neler? Hayır( ) Evet ( ):
Hipertansiyon( ) Diyabet ( ) Kalp-damar hastalığı ( ) Böbrek Hastalığı( ) Kas-İskelete Sistemi Hastalığı(romatizma vb.) ( ) Kanser ( ) Solunum yolu hastalıkları(astım, KOAH vb.) ( ) Diğer……</td></tr>
<tr><td colspan="2">9. Düzenli kullandığınız bir ilaç/ilaçlar var mı, varsa belirtiniz.
Hayır( ) Evet ……..</td></tr>
<tr><td>10. Sigara kullanıyor musunuz?
Evet ( ) Hayır ( )</td><td>11. Alkol kullanıyor musunuz?
Evet ( ) Hayır ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">12. <u>Tanı konmuş</u> herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mıdır, varsa belirtiniz?
Hayır( ) Evet……..</td></tr>
</table>

13. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için hangi yolları tercih edersiniz? İnternet ( ) Radyo/Televizyon Programları ( ) Gazete ve dergi ( ) Kitap/broşür ( ) Sağlık çalışanları ( ) Aile Üyeleri ( ) Arkadaş/ komşu ( )
14. Sağlıkla ilgili internetten yaptığınız araştırmalarda aşağıdakilerden hangilerini kullanırsınız? Google ( ) Youtube ( ) Facebook ( ) Instagram ( ) Twitter ( ) Sağlık Siteleri ( ) Hastane Siteleri ( ) Dergi-Gazete Siteleri ( ) Forum siteleri( ) Devlet kurumu siteleri ( ) Diğer:……
15. Kendi sağlığınız için bir sağlık kuruluşlarına yılda ortalama kaç defa başvuruyorsunuz? 1 ( ) 2 ( ) 3( ) 4 ve üzeri ( )

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/şikayetlerimi 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/şikayetlerimi internette araştırmak, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi engeller (Ör:ailemle/arkadaşlarımla geçirdiğim zamanı azaltır).					
15- İnternetten edindiğim tıbbi bilgileri, aile hekimiyle/sağlık çalışanlarıyla görüşürüm.					
16- İnternette okuduğum, ihtiyacımın olabileceği tanı yöntemini (biyopsi, BT, MR, özel kan testi…vs) aile hekimine/uzman doktora öneririm.					
17- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette haber / spor / eğlence ile ilgili yazıları okumamı engeller.					
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 hissederim.					
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 hekimiyle 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/şikayetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm.					
33- Aile hekimim/uzman doktor internetten elde ettiğim bilgileri ‘önemseme’ derse endişem gider.					

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini "çok zor/zor/kolay/çok kolay" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz

	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız <u>aşağıdakileri yapmak</u> sizin için ne derece kolay/zordur?	**1. Çok kolay**	**2. Kolay**	**3. Zor**	**4. Çok zor**	**5. Fikrim yok**
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					

17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

Ek-2 Etik Kurul İzin Formu

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-18920478-050.01.04-2200073305 01.04.2022
Konu : Başvuru İncelemesi(Dr.Öğr.Üyesi Yusuf Haydar ERTEKİN)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Haydar ERTEKİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyleri ve sağlık okur yazarlığı ile ilişkisi" başlıklı 2011-KAEK-27/2022-2200034556 numaralı projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 22.03.2022 tarih ve 05-02 numaralı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi: 22.03.2022
Karar No : 2022-05

Karar-02) 2011-KAEK-27/2022-2200034556 numaralı araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Raportörün hazırladığı değerlendirmenin okunması sonrasında yapılan oylamada **"ETİK KURUL ONAYINI ALIR."** Kararı verilmiştir.

Prof. Dr. Coşkun SILAN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: FFMETAC Belge Takip Adresi: dogrulama.comu.edu.tr

Adres: Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Yerleşkesi Çanakkale
Telefon No: (0 286) 2180018 Faks No:
e-Posta: Kep Adresi: comu@hs01.kep.tr
İnternet Adresi: https://www.comu.edu.tr
Bilgi için : Coşkun Silan, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı
Telefon No:

1/1