



TC.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARDA

SİBERKONDRI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Muhammed Tahir TEKEN

UZMANLIK TEZİ

KONYA 2023

TC.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARDA
SİBERKONDRI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Muhammed Tahir TEKEN

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi. Nur DEMİRBAŞ

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve bilimsel desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, manevi desteğiyle de her zaman yanımda olan tez danışmanı hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş ve Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen ve eğitimimiz için çaba sarf eden Prof. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a, Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran hocalarıma bölümümüzün çiçekleri sekreter Birsen Bataş ve hemşire Nurcan Büyükdemir'e teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren değerli aileme; annem Nure Teken'e, babam Mehmet Emin Teken'e, ablalarım, abim ve kardeşime çok teşekkür ederim.

Eğitimimde emekleri göz ardı edilemeyecek olan ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite öğretmenlerime ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tez verilerinin toplanması için yardımları dokunan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Rotasyonlarımda bizi bölümlerinin öğrencilerinden ayırmayan değerli hocalarıma, servislerde ve polikliniklerde birlikte çalıştığım tüm doktor, hemşire ve personel, öğrenci arkadaşlara teşekkür ederim.

Maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili eşim Elif Yıldırım Teken'e ve kızım Zeynep Vera'ya teşekkür ederim.

Dr. Muhammed Tahir Teken

2023

ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARDA SİBERKONDRI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Muhammed Tahir TEKEN

UZMANLIK TEZİ

KONYA- 2023

Amaç: Siberkondri genel olarak “sağlık ve tıbbi web sitelerini ziyaret ederek sağlığının durumu ile ilgili asılsız endişe duymak” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ise bireylerin sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitelerini artırmak için, sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları aramaya, anlamaya, değerlendirmeye ve kullanmaya yönelik sahip olduğu beceriler olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışmada amaç Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran hastalarda siberkondri şiddeti ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi, hastaların sosyodemografik özellikleri ile siberkondri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma 2022-2023 akademik yılları arasında yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmaya Meram Tıp Fakültesi Hastanesine herhangi bir nedenle başvurmuş 18-65 yaş aralığındaki 381 hasta dahil edildi. Hastalarla yüz yüze görüşme sağlanarak ve sözlü onamları alınarak anket formları dolduruldu. Anket formu; sosyodemografik bilgi formu, Siberkondri Şiddeti Ölçeği Kısa Formu (SSÖ) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Formu (SOY)’dan oluşmaktaydı. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22 programı kullanılarak analiz edildi. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %32,54 (n=124)’ü erkek, %53,28 (n=203)’i yüksekokul/üniversite eğitim düzeyinde ve %49,34’ü halen çalışmaktaydı. Hastaların ortalama yaşı ise $32,55\pm 11,0$ (min=18 maks=65) yıl idi. Katılımcıların %46,19’u (n=176) hekiminden tetkik istediklerini, %46,71(n=178)’sı COVID-19 nedeniyle internet sağlık araştırmalarının arttırdığını ifade etti. Hastalık ve şikayetleri ile ilgili internette her zaman araştırma yapanların oranı %57,48 (n=219), bazen araştırma yaptığını ifade edenlerinki ise %23,88(n=70) idi. İnternette sağlıkla ilgili edinilen bilgilere güvenmeyenlerin oranı %33,85 (n=129), emin olmayanların da %48,81 (n=186) idi. Hastaların toplam %91,59 (n=349)’u sosyal medya kullanmaktaydı.

Eğitim düzeyi ilkökul-ortaokul olanların siberkondri şiddeti, hem lise mezunu olanlardan ($p=0,033$) hem de eğitim düzeyi yüksekokul-üniversite olanlardan ($p=0,010$) daha düşük idi. Dahili bölümlere kıyasla cerrahi bir bölüme başvurmuş olanların ($p=0,045$), hastane ve doktor seçiminde internette yararlanmayanlara göre yararlananların ($p=0,011$), şikayetiyle ilgili

internette araştırma yapmayanlara göre yapanların ($p<0,001$), internetteki sağlıkla ilgili bilgilere güvenmeyenlere göre güvenenlerin ($p<0,001$), hekiminden tetkik istemeyenlere göre isteyenlerin ($p=0,010$), hekim önerisi dışında ilaç kullanmayanlara göre kullananların ($p=0,002$), COVID-19'dan etkilenmeyenlere göre etkilenmiş olanların ($p<0,001$), tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünmeyenlere göre düşünenlerin ($p=0,032$) siberkondri şiddeti ölçeğinden aldığı puan daha yüksek idi.

Sağlık okuryazarlığı ise evli olanlara göre bekar olanlarda ($p=0,004$), cerrahi bölümler değil de dahili bir bölüme başvurmuş olanlarda ($p=0,022$), tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünenlere göre olmadığını düşünenlerde ($p=0,002$) ve genel sağlığını daha iyi tanımlayanlarda ($p=0,004$) daha yüksek idi.

Sağlık okuryazarlığı ile siberkondri şiddeti arasında $p=0,001$ anlamlılık düzeyinde ve düşük derecede ($r=-0,165$) negatif bir korelasyon vardı.

Sonuç: Sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasındaki negatif ilişki vardır ve bu ilişkinin büyük oranda internetteki bilgi kirliliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Sağlık okuryazarlığı genel sağlığını daha iyi tanımlayan ve bir hastalığı olmadığını düşünenlerde daha yüksekti. Ayrıca sağlık okuryazarlığının; siberkondrinin azalmasıyla ve internetin erken kullanılmaya başlanmasıyla artacağı görüldü.

Siberkondriyi azaltmanın en iyi yolu ise sağlık okuryazarlığını arttırmak, internet kullanımını azaltmak veya bilinçli kullanımı teşvik etmek, internetin güvenilir bir bilgi kaynağını olmadığını öğrenmek/öğretmek ve hekime olan güveni arttırmaktan geçmektedir.

Anahtar kelimeler: Siberkondri, sağlık okuryazarlığı, internet bilgi kirliliği

ABSTRACT

EVALUATION OF CYBERCHONDRY AND HEALTH LITERACY LEVELS

IN PATIENTS APPLIED TO A UNIVERSITY HOSPITAL

Dr. Muhammed Tahir TEKEN

THE MASTER THESIS

KONYA- 2023

Aim: Cyberchondria is generally defined as “having unfounded concern about the state of one's health by visiting health and medical websites”. Health literacy is defined as the skills individuals have to seek, understand, evaluate and use health-related information and concepts in order to reduce health risks and increase their quality of life.

The aim of this study is to determine the severity of cyberchondria and health literacy levels in patients admitted to Necmettin Erbakan University, Meram Faculty of Medicine, and to reveal the relationship between sociodemographic characteristics of patients and cyberchondria and health literacy.

Materials and methods: This is a descriptive and cross-sectional study conducted between 2022-2023 academic years. A total of 381 patients, aged between 18-65 years, who applied to Meram Faculty of Medicine for any reason, were included in the study. Questionnaire forms were filled in by face-to-face interviews with the patients and obtaining their verbal consent. Survey form consisted of The sociodemographic information form, the Cyberchondria Severity Scale Short Form (CSS-12) and the Short-Form Health Literacy Instrument (HLS SF12). The obtained data were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 22 program). A p value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: 32.54% (n=124) of the participants were male, 53.28% (n=203) were at college/university education level and 49.34% were still working. The mean age of the patients was 32.55 ± 11.0 (min=18 max=65) years. 46.19% (n=176) of the participants stated that they requested test from their physician, and 46.71% (n=178) stated that their online health research increased due to COVID-19. The rate of those who always searched on the internet about their disease and complaints was 57.48% (n=219), while the rate of those who stated that they sometimes did research was 23.88% (n=70). The rate of those who did not trust the information about health on the internet was 33.85% (n=129), and the rate of those who were not sure was 48.81% (n=186). A total of 91.59% (n=349) of the patients were using social media.

People who used the internet ($p=0.011$) than those who did not use the internet in choosing a hospital and doctor, those who applied to a surgical department ($p=0.045$) than those who applied to internal medicine departments, people who used the internet ($p=0.011$) than those who did not use the internet in choosing a hospital and doctor, people who did research ($p<0.001$) than those who did not research their complaint on the internet, had a higher score

from the cyberchondria severity scale. Compared to those who did not trust information about health on the internet, people who relied on information on the internet ($p<0.001$), compared to those who did not want a test from their physician ($p=0.010$) people who requested the test, compared to others people who used drugs without the recommendation of a physician ($p=0.002$), had a higher score on the cyberchondria severity scale. People affected by COVID-19 ($p<0.001$) than those not affected by COVID-19, people who thought they had an undiagnosed disease ($p=0.032$) than those who did not think they had an undiagnosed disease, had a higher cyberchondria severity.

Singles compared to married people ($p=0.004$), those who applied to an internal medicine department ($p=0.022$) compared to those who applied to surgical departments, those who thought they did not have an undiagnosed disease compared to those who thought they had those disease ($p=0.002$), who described their general health better than those who described it worse ($p=0.004$) was higher health literacy scores.

There was a negative correlation between health literacy and cyberchondria severity at $p=0.001$ significance level and low degree ($r=-0.165$).

Conclusion: There is a negative relationship between health literacy and cyberchondria, and we think that this relationship is largely due to information pollution on the internet.

Health literacy was higher in those who better described their general health and thought they did not have a disease. In addition, health literacy; It was seen that it will increase with the decrease of cyberchondria and the early use of the internet.

The best way to reduce cyberchondria is to increase health literacy, reduce internet use or encourage conscious use, learn/teach that the internet is not a reliable source of information, and increase trust in physicians.

Keywords: Cyberchondria, health literacy, internet information pollution

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Bilgi ve Bilgiye Ulaşma Yolları.....	2
2.1.1. Bilimsel Bilgi ve Doğru Bilgi.....	2
2.1.2. İnternet ve Bilgi Kirliliği	3
2.2. Siberkondri	6
2.3. Sağlık Okuryazarlığı	9
2.3.1 Tanım	9
2.3.2 Tarihçe	11
2.3.3 Sağlık okuryazarlığının önemi.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırmanın Şekli.....	13
3.2. Araştırmanın evreni.....	13
3.3. Araştırmanın örneklemi.....	13
3.4. Çalışmaya alınmama kriterleri	14
3.5. Etik kurul onayı.....	14
3.6. Veri toplama araçları.....	14
3.6.1 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	14
3.6.2 Siberkondria Şiddeti Ölçeği- Kısa Formu:	15
3.6.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form:	15
3.7. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi	16
4. BULGULAR	16
4.1. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi	16
4.2. Kullanılan ölçeklerin değerlendirilmesi	20

4.3.	Sosyodemografik özelliklerin siberkondri şiddeti ölçeği ile değerlendirilmesi.....	21
4.4.	Sosyodemografik özelliklerin siberkondri şiddeti ölçeğinin alt boyutları ile değerlendirilmesi.....	25
4.5.	Sosyodemografik özelliklerin sağlık okuryazarlığı ölçeği ile değerlendirilmesi.....	30
4.6.	Kullanılan ölçekler ve Diğer Veriler Arasındaki Korelasyon ve Regresyon Analizleri.....	40
5.	TARTIŞMA.....	43
5.1.	Sağlık Okuryazarlığı	45
5.2.	Siberkondri.....	47
6.	SONUÇ.....	50
7.	ÖNERİLER	50
8.	KAYNAKLAR.....	51
9.	EKLER	59
9.1.	Ek-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BT	: Bilgisayarlı tomografi
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
USG	: Ultrasonografi
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form
SSÖ	: Siberkondria Şiddeti Ölçeği- Kısa Formu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
COVID-19	: SAR-CoV-2 virüsünün neden olduğu 2019 yılı Corona Virüs Hastalığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences for Windows
NAAL	: National Assessment of Adult Literacy (Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Değerlendirmesi)

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Arama motoru ‘Google’ da baş ağrısı anahtar kelimesi arama sonuçları

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	17
Tablo 2. Katılımcıların internet kullanma süreleri.....	17
Tablo 3. Katılımcıların internet kullanma durumları.....	18
Tablo 4. Katılımcıların hastane başvuru durumları.....	19
Tablo 5. Katılımcıların hastalık durumları.....	20
Tablo 6. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach’s Alpha Değerleri.....	21
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile siberkondri şiddeti ölçeği karşılaştırılması.....	21
Tablo 8. Katılımcıların internet kullanım durumları ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması.....	22
Tablo 9. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve COVID-19’dan etkilenme durumları ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması.....	23
Tablo 10. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması.....	24
Tablo 11. Katılımcıların hastalık durumları ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması.....	25
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 13. Katılımcıların internet kullanım durumları ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 14. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve Covid-19’dan etkilenme durumları ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 15. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.....	29

Tablo 16. Katılımcıların hastalık durumları ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması.....	31
Tablo 18. Katılımcıların internet kullanım durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 19. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve Covid-19'dan etkilenme durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 20. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği ile karşılaştırılması.....	33
Tablo 21. Katılımcıların hastalık durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması.....	34
Tablo 22. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 23. Katılımcıların internet kullanım durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 24. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve Covid-19'dan etkilenme durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması....	37
Tablo 25. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 26. Katılımcıların hastalık durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 27. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, siberkondri şiddetleri ve alt boyutları ile diğer verilerin korelasyon analiz sonuçları.....	41
Tablo 28. Katılımcıların yaş,eğitim düzeyi,genel sağlık düzeyi ve internet kullanım verilerinin korelasyon analiz sonuçları.....	42
Tablo 29. Katılımcıların siberkondri şiddeti ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin regresyon analiz sonuçları.....	43

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde internet, tıbbi bilgilerin büyük bir kısmına insanların erişimini sağlayan önemli bir sağlık bilgi kaynağı haline gelmiştir (1). İnternet ortamındaki bilgiler rastgele, doğrulanamayan bir şekilde ve sayılamayacak kadar çok defa paylaşılmaktadır. İnternette bilgiye ulaşmak kolaydır ancak bu bilgiler bazen doğru bazen de eksik, yanıltıcı ve yanlış olabilmektedir (2). Bilindiği üzere bireylere daha fazla sağlık bilgisi sağlamak bireylerin artan bilgi kullanımına veya istenen halk sağlığı iyileştirmelerine yol açmayabilir (3,4). Tüm bunlar göz önüne alındığında; kullanılmayan doğru olan veya olmayan bilgilerin birikmesiyle internette bilgi kirliliği oluşmaktadır.

İnternet nedeni ile oluşan bu bilgi kirliliğinin sağlık açısından iki farklı yönü vardır. Birinci yönü hastaların kendi hastalıkları veya semptomları ile ilgili bilimsel bilgi ve yöntemlere ulaşmalarını zorlaştırmasıdır. Bunun sonucunda hastalar doğru olan tedavileri bırakarak yanlış tedavilere yönlenebilmekte veya oluşan kafa karışıklığından dolayı tedaviyi bırakabilmektedirler. Bilgi kirliliğinin ikinci yönü ise hasta olmayan veya çok az semptomu olan bireyleri gereğinden fazla araştırmaya sevk etmesi veya hastalık derecesinde kaygıya neden olmasıdır. Hatta bazen hasta olmayan bireyler kendini hasta zannederek tedavi yöntemlerine başvurmaktadır. Bilgi kirliliğinin bu iki yönü hasta olan veya olmayan herkese zarar vermektedir.

Yukarıda bahsedilen bu iki olumsuz durum için iki kavram ön plana çıkmaktadır. Bunlar sağlık okuryazarlığı ve siberkondri (cyberchondria)'dir.

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkları ile ilgili bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitelerini artırmak için, sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları aramaya, anlamaya, değerlendirmeye ve kullanmaya yönelik sahip olduğu beceri ve yetkinliklerdir (5). Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde internetteki bilgi kirliliği doğru bilgiye ulaşmayı ve bu bilgiyi kullanmayı zorlaştırabilir ve kendi sağlıkları ile ilgili yanlış kararlar almalarına zemin hazırlayabilir.

Söz konusu bireyler kendi sağlıkları ile ilgili bilimsel bilgilere ulaşmakta zorlanacak ve dolayısıyla karar alırken zorlanacak ve hatta yanlış kararlar alabileceklerdir. Bu süreç hastalarda sağlıkla ilgili olumsuz durumlara yol açacaktır. Nitekim düşük sağlık okuryazarlığının sonuçlarının; hastalığın kontrol edilememesi, komplikasyon oluşumunda artma, yaşam kalitesinde azalma, tedaviye uyumsuzluk ve hizmetten memnuniyetsizlik olduğu bilinmektedir (6).

Ayrıca sağlık okur-yazarlığı düşük olan kişilerin daha fazla hastaneye yattığı ve acil servisi kullandığı, daha az tarama programlarına katıldığı, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, hastalıkları ve tedavileri hakkında daha az bilgileri olduğu ve hatta ölüm risklerinin yükseldiği de bilinmektedir (7). Bu durum ise sağlık harcamaların artmasına ve yeterli sağlık hizmetinin verilememesine neden olabilir.

Siberkondri kavramı ise Collins Sözlüğünde, “sağlık ve tıbbi web sitelerini ziyaret ederek sağlığının durumu ile ilgili asılsız endişe duymak” olarak geçmektedir (8). İnternetteki bilgi kirliliği bu süreci kolaylaştırabilir. Hastalar, internet ortamında maruz kaldıkları yetersiz/yanlış bilgilerden dolayı kendi sağlıkları konusunda kaygılanabilirler. Bu durumun internet çağı olarak da tanımlanan günümüzde gitgide arttığını düşünmekteyiz. Bununla birlikte yeterli sağlık okuryazarlık bilgisine sahip olmayan hastalar bu endişeden daha fazla etkilenirler (9). Ayrıca siberkondrinin toplumdaki şiddeti gereksiz hastane başvurularını arttırabilir ve verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Bu bağlamda hastaneye başvuran hasta popülasyonu iyi tanımak/tanımlamak; biz hekimler için popülasyonu daha iyi yönetebilmek ve daha fazla fayda sağlamak adına önemli iken, sağlık yöneticileri ve politika sağlayıcılar adına hastane başvurularını daha verimli hale getirmek ve toplum sağlığını iyileştirmek adına önemlidir. Hasta popülasyonunun git gide arttığı günümüzde özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerine düşen yük artmaktadır. Bu şartlarda verilen hizmetin kalitesini arttırmak için hekimler olarak bize başvuran hastaları yakından tanımak, istek ve ihtiyaçlarını bilmek, sağlık okuryazarlıklarını arttırmak ve hastalık kaygılarını azaltmak önem arz etmektedir.

Yukarıda geçen nedenlerle, hastaneye başvuran hastaların siberkondri düzeylerinin belirlenmesi, sağlık okuryazarlığı ve diğer faktörlerle olan ilişkisinin ortaya konması önemlidir.

Bu çalışmada amaç Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran hastalarda siberkondri şiddeti ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi, hastaların sosyodemografik özellikleri ile siberkondri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. Siberkondrinin tanınması ve şiddetinin ortaya konması, sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmesi ve ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesi yönünde önemli bir başlangıç noktası oluşturacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bilgi ve Bilgiye Ulaşma Yolları

2.1.1. Bilimsel Bilgi ve Doğru Bilgi

Doğru bilgi ve imkanları, eski çağlardan beri tartışıl原因 gelmiş konulardan biridir. ‘İnsan doğru bilgiye ulaşabilir mi?’ sorusuna verilen cevapları incelemek için M.Ö.400’lü yıllardan başlamak gerekir. Sofistler ve septikler doğru bilginin imkânını sorgulayıp hiçbir şeyin temellendirilemeyeceğini savunarak bütün bir felsefe tarihi boyunca devam edecek olan bir tartışmayı başlatmışlardır. Sofistlere göre insan bilgisi öznel ve görelidir. Septiklere göre hakiki bilginin elde edilebileceğinden ve hatta böyle bir bilginin olabilirliğinden kuşku duyulmalıdır (10). Benzer şekilde Herakleitosçular; duyularla algılanan şeylerin sürekli bir akış içerisinde olduklarını, bundan dolayı da kesin bilginin konusu olamayacaklarını söylemişlerdir (11).

Tabii ki bu düşüncelerin aksine bilginin mümkün olduğunu savunan filozoflar da yok değildir. Örneğin Platon'a göre öğrenme ile araştırma, belirsiz anımsamadan (anamnesis) başka bir şey değildir ve ancak var olanlar bilinebilirler. Platon varlık kavramından hareketle de varlığı ikiye ayırır. Platon'a göre varlık ya görülür bir varlıktır ya da düşünülür(idealar). Görünür varlıklar algının konusudurlar; değişirler, devinirler, oluş ile bozuluşa tabidirler. İnsanın böyle varlıklar hakkında ancak sanıları olabilir. Düşünülür varlıklar ise düşünmenin konusu olurlar. İnsanın böyle şeyler hakkında bilgisi olur (12). Bu dönemlerde bilgi kavramı içinde deney ve bilimsel bilgiye yeterince alan açılmamıştır. Nitekim bilimsel bilgi de görülür varlıkla ilişkilidir.

18. yy. gelindiğinde bu konudaki en önemli isimlerden birinin Immanuel Kant olduğunu görmekteyiz. Kant'a göre bilgi, iki kaynaktan gelenin birleşmesiyle oluşur: dış dünyadan gelen malzeme ve aklın bu malzemeye uyguladığı işlem. Kant'a göre hem ampiristlerin hem de rasyonalistlerin görüşleri tek yanlıdır. Rasyonalistler hakiki bilimsel bilgi için vazgeçilmez bir önemi olan deney ya da sezginin katkısını küçümserler. Ampiristler ise, deneyin öneminin bilincindedirler ama onlar da kendileriyle, deney verilerinin düzenlendiği kavramların ya da formel yapının önemini fark edemezler (13). Bu dönemde bilgi kavramı içinde bilimsel bilgiye geniş bir alan açılmış olur.

Bilimsel bilgi, bilimsel yöntemler ile yani akıl, deney ve gözleme dayalı oluşturulan bilgidir. Bilimsel bilgi bir yanıla gözlem, deney gibi olgulara yönelik bir nitelik taşırken; bir yanıla da kavram, hipotez, akıl yürütme gibi bir nitelik taşımaktadır. Bilimsel bilgi sistemli, tutarlı ve eleştiriye açık bilgidir (14,15). Bilimsel bilginin en önemli özelliklerinden biri de yanlışlanabilir olmasıdır. Hakikatin bilgisi olduğu iddiasını taşımaz.

Tüm bunlara rağmen bilimsel bilgi özellikle sağlık alanındaki tıbbi bilgi, sağlığımız hakkında karar verirken dayanabileceğimiz en güvenilir bilgidir. Bilimsel bilgi ve bunun içinde olan tıbbi bilgi her ne kadar üreticisi ile ilişkisi ve başka veçheleri bakımından eleştirilse de bilgi çeşitleri içinde en muteber olanlarındandır. Bu konuda Albert Einstein'a ithaf edilen bir söz vardır: “Gerçeklikle karşılaştırıldığında, bilimde vardığımız düzey ilkeldir, çocuk oyuncağıdır. Ama sahip olduğumuz en değerli şey yine odur (16). Bu bağlamda bilimsel bilginin insanlığın vazgeçemediği en önemli bilgi türlerinden bir tanesi olduğunu söylemek mümkündür.

2.1.2. İnternet ve Bilgi Kirliliği

İnternet bütün dünyada kullanılan, bilgisayar ve diğer akıllı cihazlar aracılığıyla veri ve bilgi iletmeyi/almayı sağlayan, dünya üzerinde çok yaygın olan ve sürekli gelişip büyüme gösteren bir iletişim ağıdır (14).

Dünya üzerinde yaklaşık 4,66 milyar internet kullanıcısı vardır ve bu da dünya nüfusunun yaklaşık %59'unu oluşturmaktadır ve bu oran her geçen gün büyümektedir. Türkiye'de ise 2020 yılında 62 milyon internet kullanıcısı bulunmaktaydı ve bu nüfusun yaklaşık %74'üne tekabül etmekteydi (17). Görüldüğü üzere internet ülkemizde dünya ortalamasının üzerinde kullanılmaktadır.

‘İnsanlar interneti niçin kullanır?’ sorusuna verilecek birçok cevap bulmak mümkündür. Bunların en yaygın olanları: sanal mağazalardan alışveriş yapmak, yeni insanlarla tanışıp arkadaşlıklar kurmak, bir konuya dair ihtiyaç duyulan bilgi ve kaynaklara ulaşmak veya dünyanın herhangi bir yerinde meydana gelen bir olayı anında haber almak şeklinde sıralanabilir (18). Burada internetin bilgi kaynağı olma konusunu ön plana çıkmaktadır.

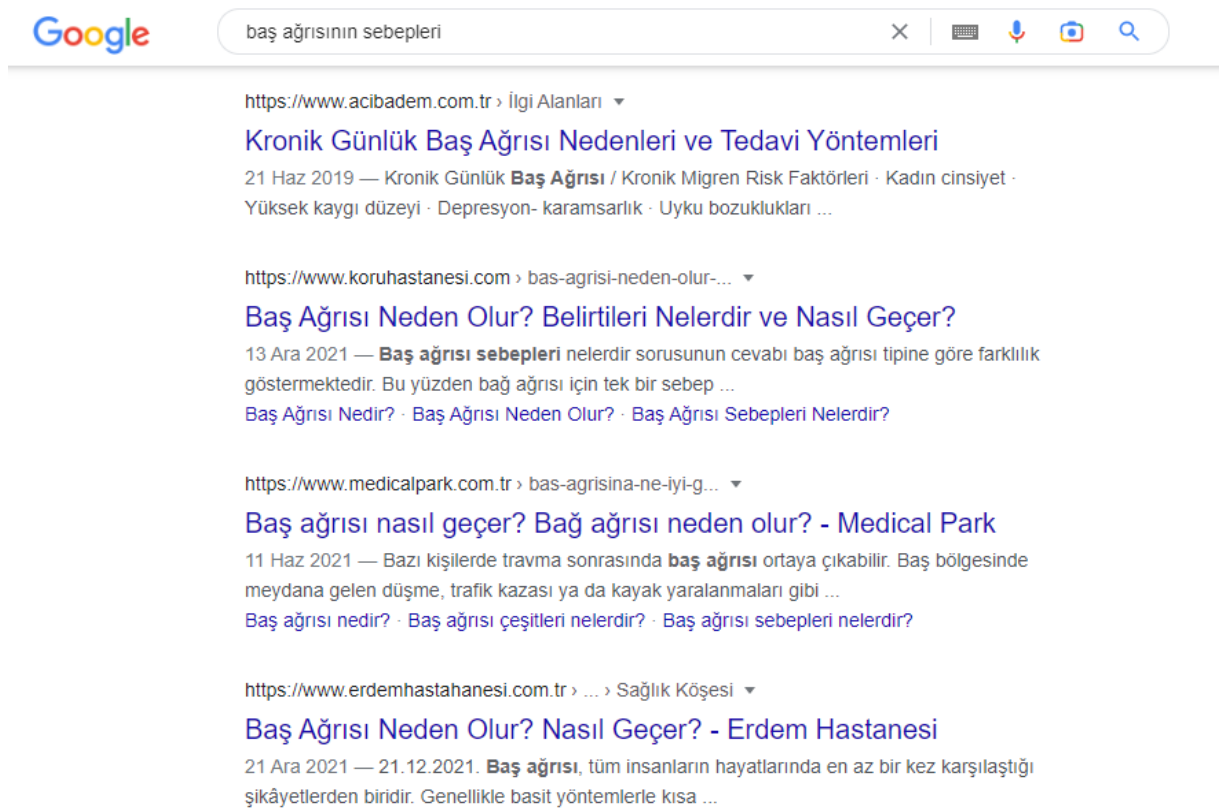
‘İnternette bilgi nasıl oluşur?’ sorusu irdelendiğinde karşımıza web siteleri çıkmaktadır. Web siteleri Türkçede internet sitesi olarak bilinen; web sunucularında görüntülenen, metin, resim, video ve ikonların kombinasyonundan oluşun kompakt bilgi kümeleridir. Bireyler web sitelerinin adreslerini aratarak oradaki bilgilere ulaşabilmektedirler. Ayrıca herkes web sitesi kurup kendi oluşturduğu bilgileri de paylaşılabilmektedir. Bunun yanında sosyal medya benzeri web siteleri ise web sitesi kurmadan bireylerin bilgi paylaşımına olanak tanımaktadır. Yani her birey hem bilgi oluşturup paylaşan hem de o bilgilere ulaşan ve kullanan konumundadır.

Dünya üzerinde yaklaşık 5 milyar internet kullanıcısı olduğu ve bilgi paylaşım süreçlerinin sürekli devam ettiği düşünüldüğünde karşımıza devasa bir bilgi yığını çıkmaktadır. Bunun sonucunda da internetten ihtiyacımız olan doğru bilgiyi nasıl elde edeceğimiz sorusu karşımıza çıkmaktadır. Nitekim editoryal denetimin olmamasından dolayı ortadaki devasa bilgi birikiminden doğru bilgileri ayıklamak oldukça güçtür (19). Ve bu büyük kütüphanede hem bilimsel bilgilere ulaşmak hem de kaynak belirtme ihtiyacı duyulmayan öznel veya çıkar odakları tarafından manipüle edilmiş bilgilere ulaşmak mümkündür. Bilginin bu derece karışık olması sınıflandırılmamış olması, doğru ve yanlış bilginin bir arada olması ‘internet bilgi kirliliği’ kavramı olarak karşımıza çıkmaktadır.

İnternet bilgi kirliliğinin en önemli nedenleri; subjektif bilgilerin paylaşılabilmesi, bilgi paylaşımında kaynak gösterme zorunluluğunun olmaması, editoryal denetimden geçmemesi ve özellikle çıkarlar doğrultusunda bilginin manipüle edilmesi şekilde sıralanabilir. Böyle bilgilerin yaygınlaşması ise bireylerin mağduriyetleri ile sonuçlanabilir (19). İnternette tabii ki yararlı bilgiler de bulunmaktadır. Ancak araştırmalar sadece interneti ‘bilinçli’ kullanabilen bireylerin kendilerini zararlı olabilecek olumsuz bilgilerden koruyabildiği yönündedir (20–23).

‘İnternette nasıl bilgi edinilir?’ sorusuna gelecek olursak bu sorunun en iyi cevabı bireylerin en sık ziyaret ettikleri web sitelerinde saklıdır. SimilarWeb tarafından Nisan 2022’de yayınlanan verilere göre en sık ziyaret edilen web sitesi google.com’dur (24). Bu web sitenin özelliği ise anahtar kelimeleri kullanarak ilişkili web sitelerini bize sunmasıdır. Anahtar kelimeler girildikten sonra google.com web sitesi insanları ilişkili kişisel web sitelerine, portallara, wikilere, sosyal ağlara, doktorların kişisel web sitelerine, sağlık kuruluşlarının kurumsal web sitelerine, insanların sağlık bilgilerini aktif olarak paylaştıkları evrimii destek grupları olan blog ve forumlara yönlendirmektedir (25–27). Google sitesinin kendi tabiri ile misyonu: dünyadaki bilgileri düzenleyerek herkesin erişebileceği ve yararlanabileceği hale getirmektir (28). Bireyler google sitenin yardımı ile istedikleri bilgilere anahtar kelimeler girerek ulaşabilmektedirler. Bu internette bilgi arama şekli o kadar yaygındır ki buna özel olan ‘googlelamak’ (google.com web sitesinde arama yapmak) terimi dahi yaygınlaşmaktadır.

Peki aramanın sonucunda öncelikle önerilen siteler hangileridir? Google’ın kendi sitesinde bireylere bilgiyi sağlamak için bir algoritma oluşturulduğu ve bu algoritmanın; sorgulanan kelimeler, sayfaların alaka düzeyi ve kullanılabilirliği, kaynakların uzmanlığı, sorgulanan konum, aramanın zamanı ve internet ayarları gibi birçok faktörden etkilendiği yazmaktadır. Ancak sıradan bir aramada sonuçlarının öncelikle reklam almış siteler ve sonrasında aranan kelimelerin en sık geçtiği siteler olacağı aşıkardır. Örneğin bu yazı kaleme alındığı sırada Google’dan yapılan ‘baş ağrısının sebepleri’ aramasında en önde çıkan siteler şekil 1 de görünmektedir. Bu bağlamda en sık kullanılan arama yöntemlerinin hiçbirisi yukarıda geçen bilgi kirliliği sorununu çözmemekte aksine derinleştirmektedir.



Şekil 1. Arama motoru ‘Google’ da baş ağrısı anahtar kelimesi arama sonuçları

Günümüzde internet, bilgi edinme yollarının en başta gelenlerinden olduğu ve gitgide yaygınlaştığı için daha da önem arz etmeye başlamıştır. Bireyler internetteki bilgilere kolay, ucuz ve hızlı bir şekilde ulaşabilmektedirler. Bu nedenle internet, her bilgide olduğu gibi sağlıkla ilgili bilgiler için de ilk akla gelen en, büyük kütüphanedir. TÜİK’in “İnternet kullanan bireylerin interneti kişisel kullanma amaçları” 2022 yılı araştırması incelendiğinde erkeklerin %61,1’inin, kadınların %68,2’sinin “sağlıkla ilgili bilgi araması” yaptığı görülmektedir.(29) Bu bağlamda internetin bir tıbbi bilgi kaynağı olduğunu söylemek mümkündür. Günümüzde sağlıkla ilgili internet araştırmalarının tüm diğer araştırmaların önüne geçtiği bir çok çalışmanın konusu olmuştur (30–35). İnsanlar bu araştırmaları; sağlık profesyonellerine ulaşmak, hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edinmek, doktorları tarafından yazılan reçeteler ve ilaçlar hakkında bilgi edinmek , egzersiz ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları hakkında

araştırma yapmak, reçeteli veya reçetesiz ilaç satın almak ve diğer hastalarla iletişim kurmak gibi farklı amaçlarla kullanılabilmektedir (9,34–36). İnternette sunulan sağlık bilgilerinin içinde tabii ki sağlık kuruluşları sağlık hizmeti sunumu ile ilgili bilgiler ve tıbbi bilimsel bilgiler olduğu gibi eksik, yanıltıcı ve pazarlanabilen yanlış/yanlış bilgiler de bulunmaktadır (2). İnternet ortamında bu bilgilerin yaygınlaşması sağlık alanı ile ilgili bazı sorunlar oluşturmaktadır.

İnternette sağlıkla ilgili aramaların bireylere fayda da sağlayabildiği bilinmekle birlikte literatürde bu aramaların bireylerdeki kaygıyı artıracağı yönünde bilgiler de bulunmaktadır. Özellikle yeterli sağlık okuryazarlık bilgisine sahip olmayan bireyler bu kaygıdan daha fazla etkilenirler (9,30). Ayrıca internette sağlık bilgisi aramaları yapanların, ilk önce en kötü ve en korkutucu bilgilerin bulunduğu vakalara bakma eğilimi gösterdiği de bilinmektedir (37). Bu durum kaygı oluşmasını daha da tetiklemektedir.

Hem bilimsel tıbbi bilgilerin hem de diğer bilgilerin bir arada olması insanlarda kafa karışıklığı ve belirsizliğe neden olabilmekte bazen de bireylerin sağlıkları ile ilgili yanlış karar almasına zemin hazırlamaktadır. Yanlış kararlar sağlığa direkt olarak yansımakta, kafa karışıklığı ve belirsizlik de anksiyeteye neden olup indirekt bir şekilde sağlığı bozmaktadır. Nitekim yapılan çalışmalarda bireylerin, belirsizliği oldukça kaygı verici bir durum olarak değerlendirdikleri, sonrasında bu kaygıyı gidermek için internette tekrar tekrar sağlık bilgisi arayarak bir güvenlik arama davranışları sergiledikleri bilinmektedir (38,39).

Ayrıca bilindiği üzere bireylere daha fazla sağlık bilgisi sağlamak bireylerin artan bilgi kullanımına veya istenen halk sağlığı iyileştirmelerine de yol açmayabilir. Bunun için en İyi bilinen örnek; hastanelerin sağlık planları ve doktorların performansı hakkındaki bilgileri paylaşmasıdır. Bunu yapmadaki amaç bireyler tarafından bilinçli seçim yapmayı kolaylaştırması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde iyileştirmeleri sağlaması idi. Ancak bu bilgiler web sitelerinde yaygın olarak bulunmasına rağmen, sağlık hizmetine başvuran bireylerin bu web sitelerini aramadıkları, aratanların da bu bilgiler nedeniyle kararlarını değiştirmedikleri görülmüştür (40).

Sağlıkla ilgili internet araştırmalarının bir başka yönü de ‘googlelayan’ ve buradaki bilgilere güvenen bireyler ile sağlık sunucuları arasındaki iletişimin kötü yönde etkilenmesidir. Bu durumlarda sağlık sunucuları sağlık hizmetini sunmakta güçlüklerle karşılaşmaktadır (41,42).

Tüm bunlarla birlikte Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü gibi güvenilir sağlık bilgisini ve halk sağlığı programlarını halka ulaştırmak, duyurmak isteyen kuruluşların da Google’da ön sıralara çıkma gibi bir çabasının olmaması ve buna kaynak ayrılması, güvenilir bilimsel bilgiyi halka ulaştırmada sorunlara yol açabilir.

2.2. Siberkondri

Günümüzde yukarıda da bahsedildiği üzere internet kullanımı dünya nüfusunun yaklaşık %59’unu, Türkiye nüfusun yaklaşık %74’ünü kapsamaktadır (17). İnternetin bu

derece yaygınlaşması beraberinde ‘internet hastalıkları’ olarak adlandırılan yeni hastalıklar oluşmasına zemin hazırlamıştır. Bu hastalıklar çok çeşitli olmakla birlikte fiziksel ve ruhsal hastalıklar olarak iki grup içinde değerlendirilebilir. İnternetle ilişkili fiziksel hastalıklar uzun süre bilgisayar veya ekran kullanımına bağlı gelişen; boyun ağrısı, sırt ağrısı, karpal tünel sendromu, baş ağrısı, görme sorunları ve beslenme bozuklukları olarak sıralanabilir. Ruhsal hastalıklar ise depresyon, kaygı bozuklukları, bağımlılık, fobi ve uyku bozuklukları şeklinde sınıflandırılabilir (43,44).

2.2.1. Siberkondri tanım ve tarihçe

Siberkondri de bedensel belirti bozuklukları başlığı altında incelenebilecek yeni internet hastalıklarından biridir. Siberkondri (cyberchondria) terimi, internetin oluşturduğu etkileri açıklamak için “siber” (cyber) ve hastalık anksiyetesi bozukluğunun eski adı olan “hipokondriyazis” (hypochondriasis) kelimelerinden türetilmiştir (45–47). Bu terim ilk kez 1996 yılında “Business Wire” adlı yayın şirketi tarafından yayımlanan haber makalesinde geçtiği belirtilmektedir (46,48). İlerleyen yıllarda The Independent gazetesinde yazan Rober Dogson “Doctors warn the cybersick” adlı köşe yazısında ele alınmıştır (49). 1999 yılında The Harris Poll şirketi tarafından yapılan anket ve kamuoyu araştırmalarında kullanılmış (26,50) ve yine Wall Street Journal gazetesinde bahsedilmiştir (46,47,51). Siberkondrinin “yeni” bir hastalık olduğu ise ilk kez 2001 tarihli The Independent gazetesinde yayımlanan bir makalede (New disorder, cyberchondria, sweeps the internet) geçmektedir (47,52). Türkiye’de ise 2000’li yıllardan sonra bu terim kullanılmaya başlanmıştır (53). İlerleyen yıllarda araştırmacılar siberkondrinin neredeyse resmi bir tanı haline geldiğini belirtmişlerdir (41). Bunu izleyen yıllarda teknolojinin gelişmesi ile birlikte dünyada ve ülkemizde siberkondri kelimesi daha fazla kullanılmaya başlanmıştır (54).

Siberkondri teriminin kullanımının artmasıyla birlikte birden çok tanımı da yapılmıştır. Bir tanıma göre bireyin var olduğunu düşündüğü hastalıkları hakkında internet ortamında bilgi, belge ve tedavi yöntemleri araştırarak kendisine tanı koymaya çalışma ya da tedavi etme uğraşında olma durumu; acaba gözümden kaçan bir bilgi/belge var mı diye günlerce hatta haftalarca tekrar tekrar hastalığı konusunda araştırma yapan kullanıcıda gelişen kaygı (anksiyete) bozukluğudur (9,30,31,47,55–60). Siberkondri kavramı Collins Sözlüğünde de “sağlık ve tıbbi web sitelerini ziyaret ederek sağlığının durumu ile ilgili asılsız endişe” olarak geçmektedir (8). Bir başka tanıma göre siberkondri; internet sağlık araştırmalarının aşırı tekrarlanması sonucunda gelişen olumsuz duygu durumların ve gerek duyulan hekim başvurularının kişinin hayatını etkileyecek sevilere çıkıp fonksiyonelliğini kesintiye uğratmasıdır (61).

Siberkondri, genel anlamda dört bileşenden oluşur. Bunlar aşırılık: araştırmaların artması ve tekrar tekrar gündeme gelmesi, sıkıntı: araştırma sonucunda kaygı olması ve şiddetlenmesi, güvence: daha fazla güvence arayışı, profesyonel tıbbi tavsiye alma ihtiyacında artma, zorlantı: internet araştırmalarının ve kaygının günlük yaşamı kesintiye uğratması şeklinde özetlenebilir (62,63).

Siberkondri kavramının türetildiği hipokondriyazis DSM-5'te (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) hastalık kaygısı bozukluğu olarak değiştirilmiş ve tanısı için 6 kriter belirlenmiştir. Bunlar özetle; bedensel belirtisi olmadığı veya çok hafif olduğu halde, ağır bir hastalığı olduğunu düşünüp durma, sağlık kaygısının orantısız yüksek olması, sağlıkla ilgili davranışlarda aşırılık, bu durumun en az altı ay sürmesi ve bu durumun başka fiziksel ve psikiyatrik hastalıkla daha iyi açıklanamaması olarak sıralanabilir. Sağlıkla ilgili davranışlarının aşırı olmasına DSM-5'te verilen örnekte 'Şüphelendikleri hastalıkları gereğinden fazla araştırırlar (örn. internette) ve tekrar tekrar ailelerinden, arkadaşlarından veya doktorlarından güvence isterler.' cümlesi geçmektedir. Bu cümlede 'internet' kelimesi kullanılmış ancak hastalık kaygısı bozukluğu tanım olarak siberkondriyi içine alacak şekilde genişletilmemiştir. Özetle DSM-5'te siberkondriye yeterince değinilmemiştir. Hem DSM-5 hem literatür incelendiğinde siberkondrilerin tanısal geçerliliği için yeterli bilgi bulunmamakta bu nedenle siberkondri hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (64,65).

Özetle siberkondri, bireylerin internetten sağlık/hastalık bilgilerini çokça aramaları ve buna bağlı gereksiz endişelere kapılmalarıdır. Bu bağlamda siberkondriyi iyi anlamak için internette sağlık bilgisi aramalarını daha iyi anlamak gerekir.

İnternet çoğu zaman sağlık aramaları için ilk başvuru kaynağı olmaktadır. Bunun hem iyi hem de kötü yönleri mevcuttur. Örneğin internet sağlık bilgisi aramalarının incelendiği bir çalışmada internetin özellikle daha yatkın kişilerde endişeyi, korkuyu veya obsesif kompulsif davranışları artırabileceğini gösterilmiştir (30,66). Özellikle web arama motorlarının tıbbi endişeleri artırma potansiyeline sahip olduğunu üzerinde çokça durulmuştur (9). Günümüzde sağlık aramaları için internetin gitgide yaygınlaşması insanlardaki kaygıyı ve dolayısıyla da siberkondriyi arttıracaktır.

Tabii ki siberkondri sadece kaygıyı arttıran durumlarla açıklanamaz, aynı zamanda siberkondriyak bireylerde başka risk faktörleri de bulunmaktadır. Bunlar internet bağımlılığı, kişinin anksiyete duyarlılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel belirtileri abartma olabildiği gibi başka risk faktörleri de olabilir. Nitekim bir çalışmada teknoloji ve internet bağımlılığı olan insanların öz kontrol seviyesi de düşük olduğu için siberkondri hastalığına daha kolay yakalanabileceğini gösterilmiştir. Bir başka çalışmada siberkondria ile anksiyete duyarlılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel belirtileri abartma arasında sıkı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (67,68). Starcevic ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada siberkondriyi, problemleri internet kullanımıyla ilişkili bulmuştur (69). Özetle siberkondri hem çevresel hem de bireysel faktörlerden oluşan kompleks bir etiyolojiye sahiptir.

Çevresel etkenler içinde atlattığımız COVID-19 pandemisinin etkilerini de göz ardı etmemek gerekir. Bu dönemde insanların çoğu, COVID-19 ile ilgili gelişmelere internet aracılığıyla örneğin sosyal medyadan erişmiştir (70). Özellikle zamanlarının büyük bir kısmını evde geçirmek zorunda kalan bireyler pandemi ile ilgili gelişmeleri daha fazla takip etmiş ve virüsle ilgili paylaşımlarda bulunmuşlar (71), ancak paylaşımlarında doğru ve yanlış bilginin ayrımını yapmamış veya yapamamışlardır (72). Bunun sonucunda da paylaşımlar bir süre sonra kontrolden çıkmış ve COVID-19 korkusunun artmasına neden olmuştur (70). Kaygı düzeyi yüksek (73,74), belirsizliğe toleransı düşük (75), yüksek düzeyde yalnızlık hisseden bireylerin

(76), hastalıkla ilgili gelişmeleri kaçırma korkusu olan bireylerin (76,77) bu korkudan daha fazla etkilendiğini söylemek mümkündür. Tüm bunlar aynı zamanda siberkondriyi de arttırmıştır. Nitekim araştırmalar COVID-19 korkusu ile siberkondrinin birbirini arttıran bir ilişki içinde olduğuna dair kanıtlar sunmuştur (62).

Yukarıda geçen tüm bu durumlar özellikle daha yatkın bireylerde siberkondriye neden olmaktadır. Siberkondri de farklı şekillerde bireylere zarar vermektedir. Bu zararlar bireysel ve toplumsal düzeyde incelenebilir. Bireysel düzeye örnek siberkondriyak kişilerin edindikleri yanlış bilgiler doğrultusunda kendilerine yanlış tedaviler uygulamaları ve bu tedavilerin olumsuz sonuçları gösterilebilir (78). Ayrıca siberkondri, bireylerde hastalık ve şikayetleri abartılı algılamaya ve dolayısıyla da daha yüksek stres derecelerine yol açabilmektedir. Bu stres, yüksek tansiyona, baş ağrılarına, kas gerginliğine ve zayıf bir bağışıklık sistemine neden olabilmektedir. Siberkondri ayrıca tıbbi olmayan kötü sonuçlara da yol açabilir. Kişinin ailesi ve arkadaşlarının bireye ait sağlık kaygılarını duymaktan yorulması-bıkması bireyin çevresiyle olan ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Siberkondriyak kişi, hastalıklarıyla ilgili kendisiyle ve internetle fazla meşgul olduğunda sosyal ilişkilerinde yeteri kadar zaman ayıramamakta ve bunun sonucunda ilişkileri zarar görebilmektedir. Siberkondri, algılanan hastalıkları nedeniyle kişilerin iş kariyerine de zarar verebilir hatta işsiz kalmalarına neden olabilir. Ayrıca siberkondriyak insanlar, hem işlerini kaybetmenin bir sonucu olarak hem de pahalı tıbbi testler talep etmeleri veya internette pahalı tedaviler satın almaları nedeniyle finansal zorluklara yaşayabilirler. Bu finansal zorluklar da aile ilişkilerinde sorunlara neden olabilmektedir.

Siberkondrinin toplumsal ve ekonomik sonuçları da vardır (65). Bu sonuçlardan bazıları, gereksiz doktor ve sağlık çalışanı ziyaretleri (79) nedeniyle artan maliyetler (80) kişilerin bozulan sağlıkları nedeniyle artan sağlık maliyetlerdir (81). Nitekim siberkondrinin, ekonomik maliyeti arttırdığı birçok çalışmada ele alınmıştır (53,60,82).

Tedavi konusunda literatürde yeterince bilgi bulunmamakla birlikte hipokondriyazis için geçerli olan bilişsel davranışsal terapi, diğer terapiler ve antidepresan tedavilerin denenmesi akıllıcadır. Bunlar dışında siberkondirak bireylerin internette bilgi ararken bilimsel ve tıbbi araştırmalarla desteklenen güvenilir kaynaklara bağlı kalmalarının ve internet kullanımını azaltmaya çalışmalarının yararlı olabileceği düşünülmektedir (48).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

2.3.1 Tanım

Günümüzde bireylerin kendi hastalıklarını bilmeleri, bulguları belirlemeleri ve kendileri için iyi olduğunu düşündükleri kararları almaları beklenmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi de sağlık hizmetini alan bireylerin kendi sağlıkları konusunda verdikleri bu kararlara bağlı değişmektedir (83). Bu karar alma sürecinde de sağlık okuryazarlığı ön plana çıkmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının birçok tanımı yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını; bireylerin “sağlığını geliştirecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, anlama ve kullanma” becerilerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmıştır (84). Bir başka tanıma göre de bireylerin uygun sağlık kararlarını vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olmasıdır (85). Yine benzer şekilde sağlık okuryazarlığı iyi sağlığı teşvik etmek ve sürdürebilmek için bireylerin bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme becerisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmıştır (86). Sağlık okuryazarlığının başka bir tanımı da bireylerin sağlıkları ile ilgili bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitelerini artırmak için, sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları aramaya, anlamaya, değerlendirmeye ve kullanmaya yönelik sahip olduğu beceri ve yetkinlikler olarak açıklanmıştır (5).

Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı, birey(ler)in kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması olarak tanımlanmıştır (87).

Sağlık okuryazarlığının farklı tanımlarına dayanarak kısaca bireylerin sahip oldukları hastalık, semptomlar ve tedavi süreçleri hakkında güvenilir bilgiye ulaşma ve kullanma süreçlerinin tümü olarak tanımlanabilir.

Literatürde sağlık okuryazarlığı için farklı alt boyutlarına değinilmiştir. Kabul gören görüşlerden biri sağlık okuryazarlığının üç alt boyuttan oluştuğunu savunmaktadır. Bunlar fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığıdır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır ve bu düzeyde kişiler sağlık eğitim materyallerini okuyup anlayabilmektedirler. Bu boyut genellikle kişisel faydalar sağlamaktadır. İletişimsel (interaktif) sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık sunucuları ile iletişimde sosyal ve bilişsel becerilere de sahip olması anlamına gelmektedir. Bu düzeydeki bireyler farklı sağlık aktivitelerinden yararlanabilmekte ve değişen sağlık koşullarında sahip oldukları bilgilerini rahatlıkla kullanabilmektedir. Bu boyut da bireyin sağlık okuryazarlığını geliştirebilmesini ön planda tutmaktadır ve yine kişisel faydalar sağlamaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise ileri düzeyde bilişsel, sosyal becerilere ve eleştirel düşünebilme kabiliyetine sahip olmayı gerektirmektedir. Böylece kişiler sağlık bilgilerini eleştirel düzeyde değerlendirebilmekte, kapasitelerini geliştirebilmekte, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmekte ve yorumlayabilmektedirler. Bu boyut hem kişisel hem de toplumsal faydalar sağlamaktadır (86).

Farklı bir tanıma dayanarak Zarcadoolas ve arkadaşları 2012’de, sağlık okuryazarlığını temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, vatandaş okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olarak dört boyutta incelemişlerdir. Temel okuryazarlık; sağlıkla ilgili bilgileri okuma, yazma, konuşma ve sayıları anlama anlamında kullanılmaktadır. Bilimsel sağlık okuryazarlık sağlık ile ilgili bilim ve teknolojileri kullanabilme kabiliyetlerini içermektedir. Vatandaşlık okuryazarlığı ise ülke bireylerinin sağlıkla ilgili kamusal konularda farkında olması, bu konulardaki eleştirel tartışmalara ve karar verme süreçlerine katılabilmesi anlamına

gelmektedir. Kültürel okuryazarlık da toplumun sağlık ile ilgili inançlarının, geleneklerinin, dünya bakışının ve kimliğinin hem bireyler hem de sağlık hizmetini sunanlar tarafından tanınması, anlaşılması ve kullanılmasıdır (88).

Bir başka görüşe göre de sağlık okuryazarlığının birbiriyle ilişkili dört faktörü bulunmaktadır. Bunlar; hastalık ve kişisel bakım bilgisi, sağlık riski davranışı, koruyucu bakım ve doktor ziyaretleri ile ilaç tedavisine uyumdur (89).

Yukarıdaki bilgilere dayanarak sağlık okuryazarlığının ne tanımında ne de alt boyutlarında bir uzlaşma olmadığını söylemek mümkündür. Uzlaşmanın olmaması; sağlık okuryazarlığını çok boyutlu olarak yansıtabilen, genel geçerliliği olan sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının geliştirilmesinin önünde büyük bir engeldir (90).

2.3.2 Tarihçe

Sağlık okuryazarlığı tanımındaki farklılık sebebini anlamak için kavramın geçmişine göz atmak gerekir. Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Scott Simonds tarafından 1974 yılında yayınlanan “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” başlıklı makalede yer almıştır. Literatürde yaygın şekilde kullanımı ise, Amerika’da 2003 yılında gerçekleştirilen Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan sonra başlamıştır (83). 1960’lı ve 1970’li yıllarda sağlığı geliştirmek adına yapılan kampanyalar daha çok sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik edici ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için yapılan bilgi aktarımına yöneliktir (86). Bu dönemdeki yaklaşım iletişim problemlerini ve buna bağlı olarak bireylerdeki davranış değişikliğinin olmayabileceğini göz ardı ediyordu. Bu dönemde sağlık okuryazarlığı, sadece bireyin hastalık bilgilerini okuması ve tıbbi talimatlara uyması olarak tanımlanmıştı (91) 1970’lerdeki bu yaklaşım sadece toplumdaki en eğitilmiş ve ekonomik açıdan avantajlı olanlar için etkili olmuştu (86). Bu nedenle istenen hedeflere ulaşılamamıştı. Yaklaşım tekrar gözden geçirildiğinde sağlık okuryazarlık kavramının genişletilmesi gerektiği anlaşıldı. Çünkü sağlık okuryazarlığı sadece okuma ve anlamayla ilgili değil birçok sosyal, ekonomik ve kültürel süreçle ilişkili bir kavram olmalıydı. Sağlık okuryazarlığı kavramını genişletmeye dair çalışmalar günümüzde hala devam etmektedir.

2.3.2.1 Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı nelerden etkilenmektedir? sorusu karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri; genel okuryazarlık, sosyoekonomik durum, yaş, ırk, cinsiyet, göçmen olmak, hastalık deneyimi, sağlık sistemi olarak sıralanabilir.

Genel okuryazarlık düzeyi de sağlık okuryazarlığı ile bağlantılıdır ancak, yüksek okuryazarlık düzeyi her zaman yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olmak anlamına gelmemektedir. Yapılan araştırmalar her ne kadar düşük okuryazarlık düzeyindeki kişilerin sağlık ile bilgilerini anlamada zorluk çektiğini gösterse de, yüksek düzeyde okuryazarlığı olan bireylerin de sağlık okuryazarlığının düşük olabileceğini göstermektedir (92).

Düşük sosyoekonomik durum, düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda düşük sosyoekonomik durum tek başına kötü sağlığın en

güçlü belirleyicilerinden biri olduğu bilinmektedir. Sosyoekonomik durumun hem sağlık hem de sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisi de çok yönlüdür (93).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik faktörler; yaş, ırk, cinsiyet, medeni durumdur. Genel olarak ileri yaşlarda, siyah ırkta, kadınlarda, evli olmayanlarda, sağlık okuryazarlığı da daha düşüktür (94–96).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen kültürel faktörler ise etnik grup ve göçmenlik bulunmaktadır. Bu faktörlerin sağlık okuryazarlığını negatif yönde etkilemesinin sebebi olarak dil farklılığı ve buna bağlı olarak bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri okuma, yazma ve anlama noktasında güçlük çekmesi üzerinde durulmuştur (97).

Sağlık okuryazarlığını hastalık deneyimi de etkilemektedir. Ancak bu etkilenim doğrusal değil aksine birçok yönü vardır. Hastalıkla ilgili deneyimler; hastalığın süresi, hastalığın tipi, tedavinin karmaşıklığı, hastalığın şiddeti, komplikasyon ve başka ek hastalığının varlığında farklı şekilde şekillenir. Bu bağlamda hastalığın süresi arttıkça, tedavi karmaşıklaştıkça ve başka hastalıklar baş gösterdikçe, hastaların sağlık okuryazarlık seviyeleri de farklı şekilde etkilenmektedir (98).

Sağlık okuryazarlığını sağlık sistemi de etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen sağlık sistemi ile ilgili faktörler ise; sağlık hizmetine erişim düzeyi, sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık güvencesi kapsamı ve hasta hekim ilişkisidir (99,100).

Görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı sağlığın sosyal belirleyicileri ile sıkı ilişki içindedir. Söz konusu sosyal belirleyiciler toplumun içindeki eşitsizliklerden kaynaklanırlar. Bu eşitsizlikler düzeltilmedikleri takdirde sağlık okuryazarlığını da negatif yönde etkilerler ve eşitsizlikler savunmasız grupların aleyhine daha da derinleşir.

2.3.3 Sağlık okuryazarlığının önemi

Peki, sağlık okuryazarlığı niçin önemlidir? Bu sorunun cevabı iki boyutta incelenebilir. Bireysel boyutu için güçlü sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireylerin, sağlık hizmetinden daha iyi yararlanmaları olarak özetlenebilir. Düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri, daha riskli davranış, daha kötü sağlık, daha az öz yönetim ve daha fazla hastaneye yatış ile ilişkilidir (84). Buna bağlı olarak da hastalığın kontrol edilememesi, komplikasyon oluşumunda artma, yaşam kalitesinde azalma, tedaviye uyumsuzluk ve hizmetten memnuniyetsizlik artmaktadır (6).

Sağlık okuryazarlığının etkilerini toplumsal boyutta da görmek mümkündür. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler daha fazla hastaneye yattığı ve acil servisi kullandığı, daha az tarama programlarına katıldığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı için sağlık sisteminde maliyetler artmakta, yeni kaynak ayırımı yapılmakta ve yeni müdahale programları oluşturma ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (7).

Sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ile bireysel ve toplumsal dayanıklılığın arttırdığı, sağlık eşitsizliklerinin azaldığı, sağlığın ve refahın arttığı bilinmektedir (84). Öyleyse sağlık okuryazarlığı düzeyi nasıl yükseltilir?

Yukarıda değinilmiş olan birçok etken sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Bunların bir kısmı bireysel düzeyde bir kısmı toplumsal düzeyde yine bir kısmı değiştirilemez ve bir kısmı da değiştirilebilir niteliklerdedirler. Örneğin; genel okuryazarlık, sosyoekonomik durum, sağlık sistemi nispeten değiştirilebilir etkenlerdir. Ancak yaş, ırk, cinsiyet, göçmen olmak ve hastalık deneyimini değiştirmek pek mümkün olmayabilir.

Genel okuryazarlık düzeyi bu bağlamda ön plana çıkan bir etkendir. Çünkü eğitimde fırsat eşitliği sağlanarak ve toplumun eğitimi teşvik edilerek arttırılabilecek bir etkendir. Ayrıca genel okuryazarlık düzeyinin artması yaş, ırk, cinsiyetten bağımsızdır ve sosyoekonomik durumun, göçmenliğin getirdiği olumsuzlukları nispeten giderebilir.

Toplumun sağlık okuryazarlığını arttırmak için bir görev de biz sağlık çalışanlarına düşmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda dikkat edilecek küçük hususların dahi hastalara önemli faydalar sağlayabileceği unutulmamalıdır. Nitekim çalışmalar sağlık çalışanlarının hastalar ile iletişimlerini arttırmalarının ve hastalıkları ile ilgili yazılı ya da sözlü iletişimlerinde basit bir dil kullanmalarının hastaların sağlık okuryazarlık düzeyini yükselttiğini göstermektedir (83).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma 25 Mayıs 2022-20 Mart 2023 tarihleri arasında yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın evreni

Bu araştırmanın evrenini Meram Tıp Fakültesi Hastanesine herhangi bir nedenle başvurmuş 18-65 yaş aralığındaki (18 yaş ve 65 yaşındakiler dahil) erişkin hastalar oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın örnekleme

Çalışmaya %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 377 kişi dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Çalışmanın örneklemini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesinin 30 farklı polikliniğine 01 Haziran-31 Temmuz 2022 tarihleri arasında başvurmuş, çalışmaya gönüllü ve rastgele seçilmiş toplam 394 hasta oluşturdu. Boş bırakılan veya eksik doldurulan anketler nedeniyle bazı katılımcılar çalışmadan çıkarıldı ve toplamda 381 hasta çalışmaya dahil edildi.

3.4. Çalışmaya alınmama kriterleri

- ❖ Anadili Türkçe olmayan hastalar (katılımcının ölçekleri anlayıp sorulara cevap verebilecek düzeyde Türkçeye hakim olması gerektiği için),
- ❖ 18-65 yaş (18 ve 65 yaşındaki hastalar çalışmaya dahil edilecek) aralığının dışında olan hastalar,
- ❖ Psikiyatri polikliniğine başvurmuş olan hastalar (komorbiditeler nedeniyle çalışmada bias oluşturmaması için),
- ❖ İnternet kullanmayan hastalar (siberkondri ölçeğinde sağlıklı ve anlamlı sonuçlar vermeyeceği için) çalışmaya dahil edilmedi.

3.5. Etik kurul onayı

Çalışma 03.06.2022 tarih 2022/3831 karar sayısı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurul onaylıdır.

3.6 Veri toplama araçları

Meram Tıp Fakültesi yeni ve eski hastane binasındaki poliklinik önü bekleme alanındaki hastalarla yüz yüze görüşme sağlanarak ve sözlü onamları alınarak anket formları dolduruldu. Anket formu; sosyodemografik bilgi formu, Siberkondri Şiddeti Ölçeği Kısa Formu (SSÖ) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Formu (SOY)’dan oluşmaktaydı.

3.6.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Anket formunun ilk kısmı olan sosyodemografik bilgi formunda; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, medeni durumu, kronik bir hastalığın olup olmadığı, son bir yılda hekiminden BT(Bilgisayarlı tomografi), MR (Manyetik Rezonans Görüntüleme), USG(Ultrasonografi) gibi tetkikler isteyip istemediği, hekim önerisi dışında ilaç kullanıp kullanmadığı, tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünüp düşünmediği çoktan seçmeli, hastanede hangi bölüme başvurduğu, şikayetin ne olduğu açık uçlu sorular olarak ve genel sağlığını nasıl tanımladığı 5’li Likert (çok iyi/iyi/orta/kötü/çok kötü) olarak soruldu.

İnternet ile ilgili sorular da: ‘Sosyal medya kullanıyor musunuz?’, ‘Hastane ve doktor seçiminizde internetten yararlanıyor musunuz?’, ‘Doktora başvurmadan önce internetten şikayetinizle ilgili araştırma yapar mısınız?’, ‘İnternette sağlıkla ilgili edindiğiniz bilgilere güveniyor musunuz?’, ‘Doktorunuzun önerdiği bir tedaviyi internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bıraktığınız oldu mu?’, ‘Bir günde ortalama kaç saat internet kullanırsınız?’, ‘Kaç yaşından beri internet kullanıyorsunuz?’, ‘COVID-19 pandemisi sonrasında/nedeniyle internette sağlıkla ilgi araştırmalarınız arttı mı?’ şeklinde soruldu.

Anket formunun ikinci kısmında Siberkondria Şiddeti Ölçeği Kısa Formu ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Formu bulunmaktadır.

3.6.2 Siberkondria Şiddeti Ölçeği- Kısa Formu:

Ölçeğin toplam 33 maddeden oluşan ilk hali McElroy ve Shevlin (2014) tarafından beşli Likert tipinde geliştirilmiş, daha sonra yine aynı kişiler tarafından 2019’da 12 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür (61,101). Kısa form Yam ve arkadaşları tarafından 2021’de Türkçeye çevrilmiştir. CSS-12, çevrimiçi hastalık belirtileri arayan bireylerin ciddiyetini değerlendirir. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır (Aşırılık, Sıkıntı, Güven verme, Zorlama). Maddeler, 1 (Hiçbir zaman) ile 5 (Her zaman) arasında değişen beşli bir ölçek kullanılarak puanlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 0 ile 60 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması siberkondria şiddetinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır (66).

3.6.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form:

Orijinal adı “Short-Form Health Literacy Instrument” olannölçek Tuyen V. Duong ve ark. tarafından 2019 yılında geliştirilmiştir (102). Türkçe geçerlilik çalışması Karahan ve Yılmaz (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçek 1 (çok zor) ile 4 (çok kolay) arasında değişen dörtlü Likert tipi cevap seçeneklerini içermekte ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde formül (İndeks = (Ortalama-1) x 50/3) kullanılmaktadır. Ortalama; ölçek toplam puanının, ölçek madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Formülle hesaplanan indeks değeri 0-50 arasında değişmektedir, yüksek puan daha iyi sağlık okuryazarlığını göstermektedir (63).

Çalışmaya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesinin 30 farklı polikliniğine başvurmuş olan ve çalışmaya gönüllü toplam 394 hasta katıldı. Anket formları gönüllülere yöneltilen soruların cevapları doğrultusunda dolduruldu. Veri girişi yapılmadan önce anketler formlarına numara verildi. 35, 101, 109, 141, 143, 152, 203,265, 320, 346, 356, 372, 375 numaralı anket formlarında ölçeklerde 2’den fazla eksik verileri olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Geri kalan 381 anket formunun ölçekleri içinde eksik kalan verilere SPSS programındaki replace missing values yöntemi kullanılarak ortalama değerler atandı.

‘Bu hastanede hangi bölüme başvurduunuz lütfen yazınız?’ açık uçlu sorusundan elde ettiğimiz cevaplar iki farklı veri olarak değerlendirildi. Birinci veride bölümler, cerrahi bölümler ve dahili bölümler olarak iki ayrı başlık altında incelendi. Aynı gün iki farklı bölüme başvuran hastalarda iki bölüm de aynı grupta ise veriye dahil edildi. Farklı grupta olanlar hatalı veri olarak değerlendirildi. İkinci veride bölümler ana bilim dalları ve yandallar olarak da iki gruba ayrıldı. Aynı gün içinde iki bölüme başvuran gönüllülerde eğer bir adet yandal bulunuyorsa yandal grubuna alındı.

Başvuru şikayeti verisi sıklığa göre sıralandı. Sık başvuru nedenleri belirlendi ve kategorize edildi. Başvuru nedenleri kategorize edilirken öncelikle içerdiği kelimelere daha sonra eş anlamlı kelimelere dikkat edildi. En sık başvuru nedenlerinin gebelik, alerji, sigara, halsizlik, kontrol, ortopedik ağrı, cilt problemleri, kronik hastalık olduğu görüldü. Diğer başvuru nedenler (adet düzensizliği, baş ağrısı, karın ağrısı, varis, zayıflama isteği, üst solunum

yolu enfeksiyonları, göz problemleri, epilepsi, estetik nedenler vb.) ile başvuranların sayısı az olması nedeni ile ‘diğer’ veri değeri olarak birleştirildi.

3.7. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22 programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Nümerik değişkenler de normal dağılım gösteren veriler için ikili gruplarda Student-t testi, çoklu gruplarda One-way ANOVA testi uygulandı. Normal dağılım göstermeyen veriler için ikili gruplarda Mann-Whitney U, çoklu gruplar için de Kruskal Wallis H testi uygulandı. Post Hoc analizlerde Tukey testi verileri normal dağılan ve varyansları homojen olan verilerin anlamlılığı için kullanıldı. Diğer verilerde Post Hoc analiz olarak Games-Howell testi kullanıldı. Ölçek puanları ve diğer nümerik veriler arasındaki ilişkileri saptamak için normal dağılım gösteren verilerde Pearson korelasyonu, normal dağılıma uymayan verilerde ise Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı (r); 0.00–0.29 arası zayıf, 0.29–0.49 arası orta, 0.50–0.74 arası güçlü, 0.75–1.00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi. İç tutarlılık için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Genel sağlık durumu ile ilgili soruda sağlık durumunu ‘çok kötü’ olarak tanımlayan sadece 1 hasta olması ve ‘çok iyi’ olarak tanımlayanların nispeten az olması nedeniyle ‘çok iyi’ ve ‘iyi’ verileri ve ‘kötü’ ‘çok kötü’ verileri birleştirilerek One-way ANOVA veya Kruskal Wallis H testlerinden uygun olan test uygulandı. Korelasyon testlerinde ise birleştirme yapılmadan verinin ilk hali kullanıldı.

Eğitim düzeyinin sorgulandığı veride benzer nedenlerden ‘ilkokul’ ve ‘ortaokul’ verileri birleştirilerek One-way ANOVA veya Kruskal Wallis H testlerinden uygun olan test uygulandı. Korelasyon testlerinde ise birleştirme yapılmadan verinin ilk hali kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi

Katılımcıların %32,54 (n=124)’ü erkek, %53,28 (n=203)’i yüksekokul/üniversite eğitim düzeyinde ve %49,34’ü halen çalışmaktaydı. Hastaların ortalama yaşı ise $32,55 \pm 11,0$ (min=18 maks=65) yıl idi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	ort±SD	Min-maks
Yaş* (yıl)	32,55±11,06	(18-65)
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	124	32,50
Kadın	257	67,50
Çalışma durumu		
Çalışıyor	188	49,30
Çalışmıyor	193	50,70
Medeni durum**		
Evli	246	64,60***
Bekar	127	33,40
Eğitim durumu		
İlkokul-ortaokul	74	19,43
Lise	104	27,29
Yüksekokul/üniversite	203	53,28
TOPLAM	381	100

*15 kişi yaşını belirtmedi. **8 kişi medeni durumunu belirtmedi. ***Kümülatif yüzde kullanılmamıştır.

Katılımcıların internet kullanmaya başlama ortalama yaşı 20,71±11,06 (min=2 maks=64) yıl, günlük internet kullanım süresi ortalama 3,59±2,62(min=0,5 maks=18) saat idi. Katılımcıların internet kullanım süreleri diğer veriler kullanılarak hesaplandı ve ortalama 11,87±6,53 (min=1 maks=44,5) yıl olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların internet kullanma süreleri

	Min	Maks	ort±SD
Günlük internet kullanma süresi (saat)*	0,5	18	3,59±2,62
İnternet kullanmaya başladığı yaş (yıl)**	2,0	64,0	20,71±11,06
İnternet kullandığı süre (yıl)***	1	44,5	11,87±6,53

*15 kişi internet kullanım süresini belirtmedi, **12 kişi internet kullanmaya başladığı yaşı belirtmedi, ***25 kişi internet kullanım süresi hesaplanamadı

Hastaların toplam %91,59 (n=349)'u sosyal medya kullanmaktaydı. Hastalık ve şikayetleri ile ilgili internette her zaman araştırma yapanların oranı %57,48 (n=219), bazen araştırma yaptığını ifade edenlerinki ise %23,88(n=70) idi. Hastane ve/veya hekim seçiminde her zaman internette faydalanan %61,94 (n=236), bazen faydalandığını ifade edenler ise %20,99 (n=80) idi. İnternette sağlıkla ilgili edinilen bilgilere güvenmeyenlerin oranı %33,85 (n=129), emin olmayanların da %48,81 (n=186) idi. COVID-19 nedeniyle internet sağlık araştırmalarının arttırdığını ifade edenler %46,71(n=178), etkilenmediğini ifade edenler

%41,20 (n=157) oranında idi. Hekimin önerdiği tedaviyi internetteki araştırmaları nedeniyle bırakan %6,29 (n=24), bazen bıraktığını ifade eden ise %8,39 (n=32) idi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların internet kullanma durumları

	n	%
Sosyal medya kullanma durumu(n=376)		
Kullanıyor	321	84,25
Bazen kullanıyor	28	7,34
Hiç Kullanmıyor	27	7,08
Hastane/Hekim seçiminde internetten yararlanma durumu (n=380)		
Yararlanıyor	236	61,94
Bazen yararlanıyor	80	20,99
Yararlanmıyor	64	16,79
İnternette şikayeti ile ilgili araştırma yapma durumu(n=380)		
Araştırma yapıyor	219	57,48
Yapmıyor	70	18,37
Bazen araştırma yapıyor	91	23,88
İnternetteki bilgilere güvenme durumu(n=380)		
Güveniyor	65	17,06
Güvenmiyor	129	33,85
Emin Değil	186	48,81
Hekimin tedavisini internet sebebiyle bırakma durumu(n=380)		
Tedaviyi bırakanlar	24	6,29
Bazen bırakanlar	32	8,39
Tedaviyi bırakmayanlar	324	85,03
İnternette sağlık araştırmalarına COVID-19'un etki durumu		
Artış olanlar	178	46,71
Etkisi olmayanlar	157	41,22
Emin olmayanlar	46	12,07

Hastaların başvurdukları bölümler incelendiğinde %60,36'sı (n=230) dahili bölümlere ve %24,67'si (n=94) de yandal bölümlerine başvurmuşlardı. Katılımcılarının başvuru şikayetleri sıklık sırasına göre kronik hastalık, gebelik kontrolü, ortopedik ağrı, cilt problemleri, sigara, kontrol, alerji ve halsizlik idi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların hastane başvuru durumları

	n	%
Hastaneye başvurulmuş bölüm(n=366)		
Cerrahi bölümler	136	35,69
Dahili bölümler	230	60,36
Başvuru şikayeti (n=355)		
Kronik Hastalık	40	10,49
Gebelik	35	9,18
Ortopedik Ağrı	32	8,39
Cilt Problemleri	28	7,34
Sigara	26	6,82
Kontrol	24	6,29
Allerji	23	6,03
Halsizlik	19	4,98
Diğer	128	33,59

Katılımcıların %46,19'u (n=176) hekiminden BT, MR veya USG gibi tetkikler istediklerini; %27,55'i (n=105) ise hekim önerisi dışında ilaç kullandığını ifade etti. Katılımcıların %43,04'ünün tanı konulmuş bir hastalığı vardı. Bireylerin %19,68'i henüz tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünürken, %17,58'i bunu bazen düşündüğünü ifade etti. Katılımcıların %57,48'i (n=219) sağlıklarını 'iyi' ve 'çok iyi' olarak nitelerken, %35,95'i (n=137) 'orta', %6,28'i (n=24) ise 'kötü' ve 'çok kötü' olarak niteledi (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların hastalık durumları

	n	%
Tanı konmuş hastalık durumu(n=377)		
Hastalığı var	164	43,04
Hastalığı yok	213	55,9
Hekiminden tetkik isteme durumu(n=379)		
Evet	176	46,19
Hayır	203	53,28
Hekiminin önerisi dışında ilaç kullanma durumu(n=371)		
Evet	105	27,55
Hayır	266	69,81
Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu		
Evet	75	19,68
Hayır	239	62,73
Bazen	67	17,59
Genel sağlık durumu(n=380)		
Çok iyi-iyi	219	57,48
Orta	137	35,95
Kötü-çok kötü	24	6,28

4.2. Kullanılan ölçeklerin değerlendirilmesi

Tablo 6’da görüldüğü üzere anket formunda kullanılan siberkondri şiddeti ölçeğinin Cronbach’s alpha değeri 0,867 ve sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach’s alpha değeri ise 0,794 idi. Siberkondri şiddeti ölçeğinin alt boyutları da yeterli güvenirlik seviyesine sahipti.

Tüm veriler dahil edildiğinde siberkondri şiddeti ölçeğinden alınan ortalama puan $31,26 \pm 9,10$ (min=12, maks=57), aşırılık alt boyutunda ortalama $9,37 \pm 2,98$ (min=3, maks=15), sıkıntı alt boyutunda $7,58 \pm 3,03$ (min=3, maks=15), güvence alt boyutunda $8,31 \pm 2,81$ (min=3, maks=15), zorlantı alt boyutunda $5,99 \pm 2,78$ (min=3, maks=15), sağlık okuryazarlığı ölçeğinden hesaplanan index puanının ortalaması ise $31,93 \pm 7,92$ (min=11,11, maks=50) idi (Tablo 6).

Tablo 6. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±SD	Cronbach's alpha
Siberkondri şiddeti ölçeği	12	12-57	31,26±9,1	0,794
Alt boyutlar				
Aşırılık	3	3-15	9,37±2,98	0,766
Sıkıntı	3	3-15	7,58±3,03	0,673
Güvence	3	3-15	8,31±2,81	0,777
Zorlantı	3	3-15	5,99±2,78	0,758
Sağlık okuryazarlığı ölçeği	12	11,11-50	31,93±7,92	0,867

4.3. Sosyodemografik özelliklerin siberkondri şiddeti ölçeği ile değerlendirilmesi

Eğitim düzeyi yüksek olan, cerrahi bir bölüme başvurmuş olan, hastane ve doktor seçiminde internetten yararlanmış olan, şikayetle ilgili internette araştırma yapan, internetteki sağlıkla ilgili bilgilere güvenen, hekiminden tetkik isteyen, hekim önerisi dışında ilaç kullanan, hekim tedavisini internetten edindiği bilgiler nedeniyle bırakan, internet sağlık araştırmalarında COVID-19'dan etkilenmiş olan, tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünen bireylerde siberkondri şiddetinin daha yüksek olduğu tespit edildi.

Siberkondri şiddeti açısından bakıldığında erkek ve kadınlar arasında, evli ve bekarlar arasında çalışan ve çalışmayanlar arasında istatistiki anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 7)

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile siberkondri şiddeti ölçeği karşılaştırılması

Cinsiyet Ort±SD		Çalışma durumun Ort±SD (n=379)		Medeni durum Ort±SD (n=373)		Eğitim durumu Ort±SD	
Erkek	30,60±9,02	Çalışıyor	31,30±8,93	Evli	31,41±9,58	İlkokul/Ortaokul ^a	28,4±9,05
Kadın	31,57±9,13	Çalışmıyor	31,18±9,30	Bekar	30,76±7,90	Lise ^b	31,85±9,29
						Yüksekokul/Üniversite ^c	32±8,86
p*	0,327		0,900		0,488		0,033^{ab} 0,010^{ac}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA, posthoc Tukey testi kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

Eğitim düzeyinin artması ile siberkondri şiddeti ölçeğinden alınan puanların ortalamasını her kademedede artmaktaydı. İstatistiksel anlamlı fark tablo 7’de de görüldüğü üzere ilkökul-ortaokul ($28,4\pm9,05$) ile lise ($31,85\pm9,29$) arasında $p=0,033$ düzeyinde ve ilkökul-ortaokul ($28,4\pm9,05$) ile yüksekökol-üniversite ($32\pm8,86$) arasında $p=0,010$ düzeyinde idi. Lise ile yüksekökol-üniversite arasında farklılık yoktu (Tablo 7).

Sosyal medya kullanma durumuna göre siberkondri şiddetleri için yapılan One-Way ANOVA testinin sonucunda $p=0,031$ bulundu. Kullananlar ($31,72\pm9,15$), Bazen kullananlar ($27,64\pm8,22$) ve hiç kullanmayanlar ($29,03\pm8,66$) arasında yapılan post hoc analizlerde ise tüm değerler 0,05’ten büyüktü. Bu nedenle farklar anlamsız kabuledildi (Tablo 8).

Hastane ve doktor seçiminde internetten yararlananlar ile yararlanmayanlar arasındaki farkın anlamlılık düzeyi $p=0,011$ olarak tespit edildi. Yararlananların siberkondri şiddeti ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksek idi. Bazen yararlananlar ile diğer iki grup arasında istatistiki anlamlı bir fark yoktu (Tablo 8).

Doktora başvurmadan önce internetten şikayeti ile ilgili araştırma yapanların siberkondri şiddeti, yapmayan veya bazen yapanlardan $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde daha yüksek idi. (Tablo 8)

Tablo 8. Katılımcıların internet kullanım durumları ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması

Sosyal medya kullanma durumu(n=376) Ort±SD		Hastane/Hekim seçiminde internetten yararlanma durumu (n=380) Ort±SD		İnternette şikayeti ile ilgili araştırma yapma durumu (n=380) Ort±SD	
Kullanıyor ^a	31,72±9,15	Yararlanıyor ^d	32,20±9,45	Araştırma yapıyor ^g	34,02±8,66
Bazen kullanıyor ^b	27,64±8,22	Bazen yararlanıyor ^e	30,51±7,86	Bazen araştırma yapıyor ^h	28,94±7,61
Hiç Kullanmıyor ^c	29,03±8,66	Yararlanmıyor ^f	28,54±8,67	Yapmıyor ⁱ	25,86±8,89
p*	0,031**		0,011^{df}		<0,001^{gh,gi}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy}=x$ ve y seçenekleri arası anlamlı

**Post-hoc analizde anlamlı fark yoktu.

İnternette sağlıkla ilgili edindiğiniz bilgilere güvenmeyenlerin siberberkondri şiddeti ölçeğinden aldığı ortalama puan ($28,16\pm8,63$), güvenenlerinkinden ($34,13\pm8,56$) ve emin olmayanlarınkinden ($32,41\pm9,06$) $p<0,001$ düzeyinde daha düşük idi. Güvenen ve emin olmayanlar arasında fark yoktu (Tablo 9).

Hekiminin önerdiği tedaviyi internetten okuduğunuz bilgiler nedeni ile bırakmayanlar ile bazen bıraktığını ifade edenler arasında $p=0,040$ düzeyinde anlamlı fark mevcuttu. Bazan bıraktığını ifade edenlerin siberkondri şiddet ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksek idi. Bırakanlar ($34,33\pm9,36$) ile bırakmayanlar $30,70\pm8,85$ arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildi (Tablo 9).

COVID-19 pandemisinin sonrasında/nedeniyle internette sağlık ile ilgili araştırmaları artış gösterenler ile etkisi olmayanlar ve etkisi konusunda emin olmayanlar arasında $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark vardı. Artış gösterenlerin siberkondri şiddeti daha yüksek idi (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve COVID-19'dan etkilenme durumları ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması

İnternetteki bilgilere güvenme durumu (n=380) Ort±SD		Hekimin tedavisini internet sebebiyle bırakma durumu (n=380) Ort±SD		İnternette sağlık araştırmalarına COVID-19'un etki durumu Ort±SD	
Güveniyor ^a	34,13±8,56	Tedaviyi bırakanlar ^d	34,33±9,36	Artış olanlar ^g	34,35±8,48
Emin Değil ^b	32,41±9,06	Bazen bırakanlar ^e	34,78±10,46	Etkili olmayanlar ^h	27,95±8,79
Güvenmiyor ^c	28,16±8,63	Tedaviyi bırakmayanlar ^f	30,70±8,85	Emin olmayanlar ⁱ	30,56±8,47
p*	<0,001 ^{ac,bc}		0,040 ^{ef}		<0,001 ^{gh} ; 0,022 ^{gi}

***İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy}=x$ ve y seçenekleri arası anlamlı**

Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu bazen düşünenlerle düşünmeyenler arasında $p=0,032$ düzeyinde anlamlı fark vardı. Düşünenlerin siberkondri şiddeti ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması nispeten yüksek olmakla birlikte diğer iki gruptan istatistiki olarak farklı bulunmadı (Tablo 10).

Hekiminden BT, MR, USG gibi tetkikler istediklerini belirtenler ($32,55\pm9,44$), istemediğini belirtenlere ($30,17\pm8,64$) göre siberkondri şiddeti ölçeğinde daha yüksek puanlar aldılar ve bu fark $p=0,010$ düzeyinde anlamlı idi. Benzer şekilde hekim önerisi dışında ilaç kullananlar ($33,50\pm9,91$), kullanmayanlara ($30,38\pm8,64$) göre $p=0,002$ anlamlılık düzeyinde daha yüksek puanlar aldı. (Tablo 10).

Genel sağlık durumunu ‘orta’ olarak belirtenlerin siberkondri şiddetinden aldıkları puanlar ($33,78\pm8,57$), ‘çok iyi-iyi’ ($29,82\pm8,75$) ve ‘kötü-çok kötü’ ($29,72\pm12,08$) olarak belirtenlerden daha yüksek idi ($p<0,001$). (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması

Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu Ort±SD		Hekiminden tetkik isteme durumu (n=379) Ort±SD		Hekim önerisi dışında ilaç kullanıma durumu (n=371) Ort±SD		Genel sağlık durumu (n=380) Ort±SD	
Düşünüyor ^a	32,93±9,56	İstiyor	32,55±9,44	Kullanıyor	33,50±9,91	Çok iyi-iyi ^d	29,82±8,75
Bazen düşünüyor ^b	33,31±9,86	İstemiyor	30,17±8,64	Kullanmıyor	30,38±8,64	Orta ^e	33,78±8,57
Düşünmüyor ^c	30,16±8,57					Kötü-çok kötü ^f	29,72±12,08
p*	0,032^{bc}		0,010		0,002		<0,001^{de}

***İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy} = x$ ve y seçenekleri arası anlamlı**

Tanılı bir hastalığı olması veya olmaması katılımcılarda siberkondri şiddetini etkilememekteydi ($p=0,490$). Katılımcıların başvurduğu bölüm iki farklı veri olarak incelendi. Cerrahi ve dahili bölümler arasında $p=0,045$ düzeyinde anlamlı fark vardı. Cerrahi bölümlere başvurmuş olanlarda siberkondri şiddeti daha yüksekti (Tablo 11). Anadal bölümlerine başvurmuş olanların siberkondri şiddeti ölçeğinden aldıkları ortalama puan $31,00 \pm 9,26$ ile yandal bölümlerine başvurmuş olanlarınki ($32,13 \pm 8,44$) arasında istatistiki olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,298$).

Tablo 11. Katılımcıların hastalık durumları ile siberkondri şiddeti ölçeğinin karşılaştırılması

Başvuru şikayeti Ort±SD		Başvurduğu bölüm (n=366) Ort±SD		Tanı konmuş hastalık durumu(n=377) Ort±SD	
Gebelik	31,92±11,31	Cerrahi	32,51±9,56	Hastalığı var	31,64±9,29
Allerji	30,56±8,67	Dahili	30,54±8,75	Hastalığı yok	30,99±8,99
Sigara	27,41±9,16				
Halsizlik	28,31±11,05				
Kontrol	28,58±8,57				
Ortopedik ağrı	28,97±7,40				
Cilt problemleri	32,31±7,13				
Kronik hastalık	32,54±8,43				
Diğer	33,04±8,99				
p*	p=0,028****		p=0,045		p=0,490

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy} = x$ ve y seçenekleri arası anlamlı

**Post-hoc analizde anlamlı fark yoktu.

4.4. Sosyodemografik özelliklerin siberkondri şiddeti ölçeğinin alt boyutları ile değerlendirilmesi

Siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutları ile cinsiyet ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Evli katılımcıların zorlantı alt boyutundan aldıkları puan ($6,21\pm2,89$), bekar katılımcıların puanından ($5,44\pm2,35$) daha yüksek tespit edildi ($p=0,005$). Eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında aşırılık alt boyutunda ilkokul-ortaokul mezunlarının diğer iki gruptan (lise, yüksek okul-üniversite) daha düşük puanlar aldıkları görüldü. Sıkıntı alt boyutunda ise ilkokul-ortaokul mezunlarının yüksek okul üniversite mezunlarından daha düşük puanlar aldığı saptandı. Güvence ve zorlantı alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmadı. (Tablo 12)

Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlantı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Cinsiyet				
Erkek	9,14±3,19	7,18±2,84	8,24±2,72	6,04±2,69
Kadın	9,47±2,87	7,78±3,11	8,34±2,87	5,98±2,82
p*	0,313	0,067	0,742	0,842
Çalışma durumun (n=379)				
Çalışıyor	9,37±3,01	7,37±2,94	8,35±2,67	6,21±2,71
Çalışmıyor	9,34±2,95	7,79±3,13	8,27±2,96	5,77±2,83
p*	0,93	0,174	0,789	0,124
Medeni durum (n=373)				
Evli	9,20±3,07	7,74±3,11	8,26±2,99	6,21±2,89
Bekar	9,69±2,79	7,26±2,83	8,37±2,43	5,44±2,35
p*	0,127	0,141	0,694	0,005
Eğitim durumu				
İlkokul / Ortaokul ^a	7,97±3,01	6,69±2,98	7,93±3,32	5,81±2,63
Lise ^b	9,55±3,11	7,73±3,04	8,27±2,77	6,31±2,89
Yüksekokul/üniversite ^c	9,78±2,76	7,84±3,00	8,47±2,63	5,91±2,77
p*	0,001^{ab}; <0,001^{ac}	0,014^{ac}	0,371	0,4

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA, posthoc Tukey testi kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

Sosyal medya kullananlar (9,59±2,91) ile bazen kullandığını ifade edenler (8,22±2,63) arasında aşırılık alt boyutu bakımından anlamlı farklılık vardı(p=0,001). Kullanmayanların aşırılık at boyutundan aldıkları puanlar (7,82±3,42) diğer iki gruptan (kullananlar ve bazen kullananlar) da düşük olmakla birlikte bu fark istatistiki olarak anlamlı değildi. Diğer alt boyutlarda gruplar arasında fark yoktu. (Tablo 13)

Aşırılık ve sıkıntı alt boyutlarında hastane ve doktor seçiminde internetten faydalananlar (9,79±3,01), hem faydalanmayanlardan (8,24±3,04) hem de bazen faydalandığını ifade edenlerden (8,95±2,51) anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldı. Sıkıntı alt boyutunda da benzer şekilde faydalananlar (7,9±3,1), faydalanmayanlardan (6,64±2,73) daha yüksek puan aldı (p=0,009). Güvence ve zorlantı alt boyutlarında ise anlamlı farklılık yoktu. (Tablo 13)

‘Doktora başvurmadan önce internetten şikayetiniz ile ilgili araştırma yapar mısınız?’ sorusuna verilen yanıtlarda tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık vardı. ‘Evet’ yanıtı verenler (Aşırılık=10,37±2,58, Sıkıntı=8,23±3,01, Güvence=8,96±2,63, Zorlantı=6,45±2,99) tüm alt boyutlarda hem ‘hayır’ (Aşırılık=7,21±3,21, Sıkıntı=6,18±2,83, Güvence=6,99±2,94, Zorlantı=5,49±2,49 hem de ‘bazen’ (Aşırılık=8,64±2,56, Sıkıntı=7,15±2,8 Güvence=7,8±2,67, Zorlantı=5,34±2,22) yanıtı verenlerden anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldı. Aşırılık alt boyutunda ‘bazen’ (8,64±2,56) yanıtı verenler ‘hayır’(7,21±3,21) yanıtı verenlerden de daha yüksek idi. (Tablo 13)

Tablo 13. Katılımcıların internet kullanım durumları ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlantı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Sosyal medya kullanma durumu(n=376)				
Kullanıyor ^a	9,59±2,91	7,67±3,13	8,37±2,76	6,1±2,79
Bazen kullanıyor ^b	8,22±2,63	6,36±2,31	8,29±3,22	5,18±2,65
Hiç Kullanmıyor ^c	7,82±3,42	7,63±2,42	7,74±3,06	5,44±2,59
p*	0,007^{ab}	0,099	0,542	0,139
Hastane/Hekim seçiminde internetten yararlanma durumu (n=380)				
Yararlanıyor ^d	9,79±3,01	7,9±3,1	8,43±2,82	6,08±2,95
Bazen yararlanıyor ^e	8,95±2,51	7,41±2,96	8,23±2,64	5,93±2,3
Yararlanmıyor ^f	8,24±3,04	6,64±2,73	7,91±3	5,75±2,67
p*	0,001^{df}; 0,039^{de}	0,009^{df}	0,401	0,681
İnternette şikayeti ile ilgili araştırma yapma durumu(n=380)				
Araştırma yapıyor ^g	10,37±2,58	8,23±3,01	8,96±2,63	6,45±2,99
Bazen araştırma yapıyor ^h	8,64±2,56	7,15±2,8	7,8±2,67	5,34±2,22
Yapmıyor ⁱ	7,21±3,21	6,18±2,83	6,99±2,94	5,49±2,49
p*	<0,001^{gh,gi} ; 0,003^{hi}	<0,001^{gh}; 0,009^{gi}	<0,001^{gh}; 0,002^{gi}	0,022^{gh}; 0,001^{gi}

***İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA, posthoc Tukey testi kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı**

İnternette sağlıkla ilgili edinilen bilgilere güven durumu incelendiğinde aşırılık alt boyutunda güvenenlerin aldığı puan 10,61±2,61, emin olmayanların 9,72±2,75, güvenmeyenlerin 8,23±3,11 idi. Güvenenler ile güvenmeyenler arasında ve emin olmayanlar ile güvenmeyenler arasındaki fark istatistiki olarak anlamlıydı. Sıkıntı alt boyutu açısından bakıldığında ise emin olmayanlar ile güvenmeyenler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardı. Ayrıca yine sıkıntı alt boyutunda emin olmayanlar, güvenenlerden de -istatistiki olarak anlamlı olmasa da- daha yüksek puan almışlardı. Güvence alt boyutunda aşırılık alt boyutunda olduğu gibi güvenenler (9,34±2,67) ile güvenmeyenler (7,57±2,84) arasında ve emin olmayanlar (8,47±2,73) ile güvenmeyenler (7,57±2,84) arasında anlamlı farklılık vardı. Zorlantı alt boyutundan alınan puanlar ise gruplar arasında farklılık oluşturmada. İstatistiklerin anlamlılık düzeyleri tablo 14'te görülmektedir.

Doktorunuzun önerdiği tedaviyi internetten okuduğu bilgiler nedeni ile bırakmayanlar, bazen bıraktığını ifade edenlerden aşırılık alt boyutunda daha düşük puan aldı. Bırakmayanların puanı bırakanlardan da daha düşüktü ancak bu istatistiki olarak anlamlı

değildi. Sıkıntı ve güvence alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Zorlantı alt boyutu için yapılan One Way ANOVA testinde $p<0,001$ anlamlı fark olduğu görülmekle birlikte sonrasında yapılan post hoc analizlerde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 14).

Siberkondri şiddeti ölçeğinin tüm alt boyutlarından alınan puanlar; COVID-19 pandemisinin sonrasında/nedeniyle İnternette sağlık ile ilgili araştırmaları artan katılımcılarda, pandemin etkisi olmadığını ifade edenlerden daha yüksek idi. Ayrıca aşırılık ve güvence alt boyutlarında araştırmalarının arttığını ifade edenler, etkisinden emin olmayanlardan da daha yüksek puanlar aldı (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve Covid-19'dan etkilenme durumları ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlantı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
İnternetteki bilgilere güvenme durumu(n=380)				
Güveniyor ^a	10,61±2,61	7,88±2,96	9,34±2,67	6,31±2,88
Emin Değil ^b	9,72±2,75	8,02±2,94	8,47±2,73	6,2±2,86
Güvenmiyor ^c	8,23±3,11	6,81±3,09	7,57±2,84	5,54±2,56
p*	<0,001 ^{ac,bc}	0,001 ^{bc}	<0,001 ^{ac} , 0,013 ^{bc}	0,072
Hekimin tedavisini internet sebebiyle bırakma durumu(n=380)				
Tedaviyi bırakanlar ^d	9,95±2,36	7,79±3,04	8,92±2,84	7,67±2,93
Bazen bırakanlar ^e	10,53±3,34	8,5±3,19	8,69±2,98	7,06±2,95
Tedaviyi bırakmayanlar ^f	9,21±2,96	7,48±3,02	8,23±2,8	5,78±2,69
p*	0,044 ^{ef}	0,183	0,381	<0,001**
İnternette sağlık araştırmalarına COVID-19'un etki durumu				
Artış olanlar ^g	10,22±2,69	8,37±2,96	9,13±2,59	6,62±2,79
Etkili olmayanlar ^h	8,52±3,08	6,66±2,88	7,46±2,92	5,31±2,64
Emin olmayanlar ⁱ	8,89±2,80	7,72±3,03	8,02±2,37	5,93±2,65
p*	<0,001 ^{gh} ;0,014 ^{gi}	<0,001 ^{gh}	<0,001 ^{gh} ;0,018 ^{gi}	<0,001 ^{gh}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy} = x$ ve y seçenekleri arası anlamlı

**Post-hoc analizde anlamlı fark yoktu.

Tanısı koyulmamış bir hastalığının olduğunu düşünenler, düşünmeyenlere göre aşırılık alt boyutunda daha yüksek puan aldı. Sıkıntı alt boyutunda bazen düşündüğünü ifade edenler, düşünmeyenlerden daha yüksek puanlar almıştı. Güvence ve zorlantı alt boyutlarında ise gruplar arasında istatistiki anlamlı fark yoktu (Tablo 15).

Hekiminden BT, USG, MR vb. tetkikler isteyen ve istemeyenler karşılaştırıldığında isteyenlerin aşırılık ve sıkıntı alt boyutlarında aldıkları puanlar anlamlı olarak daha yüksekti. Güvence ve zorlanti alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık yoktu. Hekim önerisi dışında ilaç kullananların aşırılık, güvence, zorlanti alt boyutlarında daha yüksek puanlar aldıkları görüldü. Sıkıntı alt boyutu açısından anlamlı bir fark yoktu (Tablo 15).

Genel sağlık durumunu orta olarak değerlendirenler tüm alt boyutlarda diğer iki gruptan (çok iyi-iyi, çok kötü-kötü) daha yüksek puanlar aldı. Ancak tablo 15'te de görüldüğü üzere bu fark tüm alt boyutlarda sadece orta ve çok kötü-kötü grupları arasında istatistiki olarak anlamlı idi.

Tablo 15. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlanti
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu				
Düşünüyor ^a	9,99±3,13	7,95±3,29	8,51±2,7	6,48±2,98
Bazen düşünüyor ^b	9,88±2,91	8,52±3,21	8,51±2,79	6,4±3,2
Düşünmüyor ^c	9,02±2,90	7,21±2,83	8,19±2,86	5,74±2,55
p*	0,035^{ac}	0,005^{bc}	0,576	0,054
Hekiminden tetkik isteme durumu(n=379)				
İstiyor	9,78±3,02	7,95±3,17	8,52±2,81	6,29±2,92
İstemiyor	9,01±2,90	7,26±2,87	8,13±2,81	5,75±2,63
p*	0,012	0,026	0,183	0,058
Hekim önerisi dışında ilaç kullanıma durumu(n=371)				
Kullanıyor	10,12±2,94	8±3,16	8,75±2,87	6,63±3,02
Kullanmıyor	9,06±2,94	7,44±2,99	8,11±2,74	5,77±2,66
p*	0,002	0,108	0,045	0,011
Genel sağlık durumu(n=380)				
Çok iyi-iyi ^d	9,02±2,96	7,1±2,91	7,98±2,8	5,72±2,73
Orta ^e	9,98±2,75	8,39±3,04	8,91±2,58	6,5±2,73
Kötü-çok kötü ^f	8,88±3,86	7,39±3,29	7,88±3,71	5,58±3,14
p*	0,005^{de}	<0,001^{de}	0,004^{de}	0,026^{de}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

Tanılı bir hastalığı olup olmaması hiçbir alt boyutta alınan puanları değiştirmedir. Katılımcıların başvurdukları bölüme göre alt boyutlardan aldıkları puanlar incelendi. Cerrahi bölümlerden birine başvurmuş olanlar sıkıntı alt boyutunda daha yüksek puanlar aldı. Diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yoktu. Başvurulan bölümün anadal veya yandal olması da istatistiki anlamlı bir farklılık oluşturmamaktaydı (Tablo 16).

Katılımcıların başvuru şikayetini açık uçlu soru şeklinde sorduktan sonra sınıflandırıldı. Başvuru şikayeti ile aşırılık, güvence, zorlanti alt boyutları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak sıkıntı alt boyutunda sigara ile ilgili şikayeti olanların daha düşük puan aldıkları ve bu puanın kronik hastalıkları nedeniyle başvurmuş olanlarınkinden $p=0,014$ düzeyinde istatistiki anlamda düşük olduğu görüldü. Benzer şekilde bu fark başvuru şikayetini sınıflandıramadığımız ‘diğer’ grubu (adet düzensizliği, baş ağrısı, karın ağrısı, varis, zayıflama isteği, üst solunum yolu enfeksiyonları, göz problemleri, epilepsi, estetik nedenler vb.) ile sigara nedeniyle başvuranlar arasında da vardı (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların hastalık durumları ile siberkondri şiddeti ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlanti
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Tanı konmuş hastalık durumu(n=377)				
Hastalığı var	9,48±2,93	7,79±3,23	8,26±2,79	6,1±2,73
Hastalığı yok	9,27±3,02	7,43±2,9	8,33±2,8	5,95±2,82
p*	0,495	0,251	0,803	0,604
Başvurduğu bölüm (366)				
Cerrahi	9,7±3,12	8,11±3,18	8,38±2,83	6,31±3,01
Dahili	9,22±2,88	7,27±2,88	8,25±2,82	5,8±2,62
p*	0,135	0,010	0,655	0,102
Başvuru şikayeti				
Gebelik ^a	9,28±3,65	7,74±3,47	8,12±3,25	6,77±3,61
Allerji ^b	9,17±2,83	7,00±3,03	8,7±2,98	5,70±2,60
Sigara ^c	8,50±3,14	5,65±2,77	8,35±3,61	4,92±2,10
Halsizlik ^d	9,00±2,92	6,32±2,83	7,16±3,02	5,84±3,35
Kontrol ^e	8,12±2,99	7,46±3,35	7,33±2,99	5,67±2,01
Ortopedik ağrı ^f	9,31±2,97	6,86±2,31	7,41±2,47	5,40±2,51
Cilt problemleri ^g	10,17±1,92	7,86±2,88	8,96±2,08	5,32±2,67
Kronik hastalık ^h	9,59±2,96	8,28±2,95	8,48±2,44	6,20±2,54
Diğer ⁱ	9,69±2,84	8,22±2,96	8,77±2,74	6,37±2,90
p*	0,209	0,014 ^{ch} , 0,002 ^{ci}	0,064	0,126

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy}=x$ ve y seçenekleri arası anlamlı

4.5. Sosyodemografik özelliklerin sağlık okuryazarlığı ölçeği ile değerlendirilmesi

Bekar olmak, dahili bir bölüme başvurmuş olmak, tanısı konulmamış bir hastalığı olmadığını düşünmek, genel sağlığını daha iyi tanımlamak sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilemekte idi.

Sağlık okuryazarlığı index puanı erkeklerde ortalama $32,18 \pm 7,67$, kadınlarda $31,81 \pm 8,05$ idi. Halen çalışmakta olan katılımcılarda $32,53 \pm 7,76$, çalışmayanlarda ise $31,34 \pm 8,07$ idi. Bu farklar istatistiki olarak anlamlı değildi (sırasıyla $p=0,620$, $p=0,146$). Yüksekokul/üniversite mezunu olanlarda ortalama ise $32,72 \pm 7,74$ idi. Daha düşük tahsilli olan katılımcılarda sağlık okuryazarlığı puanı nispeten daha düşüktü. Ancak bu farklılıklar istatistiki olarak anlamlı değildi. Bekarların index puanları ($31,15 \pm 7,88$), evlilerin index puanlarından ($33,63 \pm 7,86$) $p=0,004$ anlamlılık düzeyinde daha yüksek idi (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması

Cinsiyet Ort±SD		Çalışma durumun Ort±SD (n=379)		Medeni durum Ort±SD (n=373)		Eğitim durumu Ort±SD	
Erkek	$32,18 \pm 7,67$	Çalışıyor	$32,53 \pm 7,76$	Evli	$31,15 \pm 7,88$	İlkokul/Ortaokul ^a	$31,47 \pm 8,02$
Kadın	$31,81 \pm 8,05$	Çalışmıyor	$31,34 \pm 8,07$	Bekar	$33,63 \pm 7,86$	Lise ^b	$30,7 \pm 8,09$
						Yüksekokul/Üniversite ^c	$32,72 \pm 7,74$
p*	0,672		0,146		0,004		0,092

***İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA, posthoc Tukey testi kullanılmıştır. p^{xy} = x ve y seçenekleri arası anlamlı**

Sosyal medya kullanımının, hastane ve doktor seçiminde internetten yararlanmanın sağlık okuryazarlığı ile anlamlı bir ilişki içinde olmadığı görüldü. İnternette şikayetleri ile ilgili araştırma yaptığını ifade edenlerin ortalama puanı $31,52 \pm 7,52$ idi. Araştırma yapmayanlar ve bazen yaptığını ifade edenlerin nispeten daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiki olarak anlamlı değildi (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların internet kullanım durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması

Sosyal medya kullanma durumu (n=376) Ort±SD		Hastane/Hekim seçiminde internetten yararlanma durumu (n=380) Ort±SD		İnternette şikayeti ile ilgili araştırma yapma durumu(n=380) Ort±SD	
Kullanıyor ^a	31,95±7,99	Yararlanıyor ^d	31,85±7,97	Araştırma yapıyor ^g	31,52±7,52
Bazen kullanıyor ^b	31,58±8,33	Bazen yararlanıyor ^e	32,02±8,03	Bazen araştırma yapıyor ^h	32,26±7,76
Hiç Kullanmıyor ^c	32,29±7,28	Yararlanmıyor ^f	32,03±7,75	Yapmıyor ⁱ	32,67±9,26
p*	0,946		0,979		0,505

***İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy} = x$ ve y seçenekleri arası anlamlı**

Hekimin önerdiği tedaviyi internet sebebiyle bırakma, internetteki sağlık araştırmalarına Covid-19'un etkisi sağlık okuryazarlığı açısından farklı değildi. 'İnternette sağlıkla ilgili edindiğiniz bilgilere güveniyor musunuz?' sorusuna 'emin değilim' cevabını verenlerin sağlık okuryazarlığı puanı 31,74±7,19 idi. 'Evet' veya 'hayır' yanıtı verenlerden nispeten daha düşük olmakla birlikte fark istatistiki olarak anlamlı değildi (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve Covid-19'dan etkilenme durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması

İnternetteki bilgilere güvenme durumu(n=380) Ort±SD		Hekimin tedavisini internet sebebiyle bırakma durumu (n=380) Ort±SD		İnternette sağlık araştırmalarına COVID-19'un etki durumu Ort±SD	
Güveniyor ^a	32,01±8,45	Tedaviyi bırakanlar ^d	32,06±5,99	Artış olanlar ^g	32,03±7,42
Emin Değil ^b	31,74±7,19	Bazen bırakanlar ^e	32,66±8,25	Etkili olmayanlar ^h	31,39±8,38
Güvenmiyor ^c	32,2±8,69	Tedaviyi bırakmayanlar ^f	31,83±8,04	Emin olmayanlar ⁱ	33,39±8,15
p*	0,876		0,850		0,311

***İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy} = x$ ve y seçenekleri arası anlamlı**

Tanısı koyulmamış bir hastalığı olduğunu düşünmeyenlerin sağlık okuryazarlığı, düşünen veya bazen düşünenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Hekim önerisi dışında ilaç kullananların ortalaması $32,66 \pm 7,49$ kullanmayanların $31,68 \pm 7,96$ idi. Bu fark istatistiki olarak anlamlı değildi. Hekiminden BT, MR, USG gibi tetkikleri isteyenlerin ortalaması $31,74 \pm 8,26$ istemeyenlerin ortalaması ise $32 \pm 7,56$ idi.

Aradaki fark istatistiki olarak anlamlı değildi (Tablo 20).

Genel sağlık düzeyini ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu. Genel sağlığı daha iyi olarak belirten hastaların sağlık okuryazarlıkları daha yüksek idi (Tablo 20)

Tablo 20. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği ile karşılaştırılması

Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu Ort±SD		Hekiminden tetkik isteme durumu(n=379) Ort±SD		Hekim önerisi dışında ilaç kullanıma durumu(n=371) Ort±SD		Genel sağlık durumu(n=380) Ort±SD	
Düşünüyor ^a	29,65±8,42	İstiyor	31,74±8,26	Kullanıyor	32,66±7,49	Çok iyi-iyi ^d	33,5±7,83
Bazen düşünüyor ^b	29,93±7,89	İstemiyor	32±7,56	Kullanmıyor	31,68±7,96	Orta ^e	30,14±7,62
Düşünmüyor ^c	33,2±7,51					Kötü-çok kötü ^f	28,18±7,26
p*	0,002^{ac}, 0,007^{bc}		0,748		0,275		<0,001^{de}, 0,004^{df}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. $p^{xy} = x$ ve y seçenekleri arası anlamlı

Başvuru şikayetleri ve tanıli hastalığı olup olmaması ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 21).

Hastaların başvurdukları bölümler iki farklı veri olarak değerlendirildi. Cerrahi-dahili bölüm olarak bakıldığında dahili bölümlere başvuranların ortalama index puanları ($32,57 \pm 7,93$) cerrahi bölümlerden ($30,63 \pm 7,59$) daha yüksekti (Tablo 21). Anadal ve yandal olarak değerlendirildiğinde ise yandal bölümlerine başvuranların sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalaması $32,13 \pm 8,44$ ve anadal bölümlere başvuranların ortalaması $31,00 \pm 9,26$ arasında istatistiki olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,298$).

Tablo 21. Katılımcıların hastalık durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin karşılaştırılması

Başvuru şikayeti Ort±SD		Başvurduğu bölüm (n=366) Ort±SD		Tanı konmuş hastalık durumu(n=377) Ort±SD	
Gebelik	29,82±7,73	Cerrahi	30,63±7,59	Hastalığı var	31,64±9,29
Allerji	32,71±7,02	Dahili	32,57±7,93	Hastalığı yok	30,99±8,99
Sigara	34,54±6,87				
Halsizlik	33,98±6,85				
Kontrol	35,24±7,54				
Ortopedik ağrı	32,99±7,04				
Cilt problemleri	31,78±9,37				
Kronik hastalık	31,04±9,25				
Diğer	30,97±7,86				
p*	0,083		0,022		0,265

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

Tüm kategorik verilerin sağlık okuryazarlığı, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutları ile olan ilişkisini daha geniş perspektiften görebilmek için tüm verilerin toplu bir şekilde bulunduğu tablolar aşağıda ilgilinize sunulmuştur (Tablo22, Tablo 23, Tablo 24, Tablo 25, Tablo 26).

Tablo 22. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması

	SOY**	SSÖ***	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlantı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Cinsiyet						
Erkek	32,18±7,67	30,60±9,02	9,14±3,19	7,18±2,84	8,24±2,72	6,04±2,69
Kadın	31,81±8,05	31,57±9,13	9,47±2,87	7,78±3,11	8,34±2,87	5,98±2,82
p*	0,672	0,327	0,313	0,067	0,742	0,842
Çalışma durumun (n=379)						
Çalışıyor	32,53±7,76	31,30±8,93	9,37±3,01	7,37±2,94	8,35±2,67	6,21±2,71
Çalışmıyor	31,34±8,07	31,18±9,30	9,34±2,95	7,79±3,13	8,27±2,96	5,77±2,83
p*	0,146	0,900	0,930	0,174	0,789	0,124
Medeni durum (n=373)						
Evli	31,15±7,88	31,41±9,58	9,20±3,07	7,74±3,11	8,26±2,99	6,21±2,89
Bekar	33,63±7,86	30,76±7,90	9,69±2,79	7,26±2,83	8,37±2,43	5,44±2,35
p*	0,004	0,488	0,127	0,141	0,694	0,005
Eğitim durumu						
İlkokul / Ortaokul ^a	31,47±8,02	28,4±9,05	7,97±3,01	6,69±2,98	7,93±3,32	5,81±2,63
Lise ^b	30,7±8,09	31,85±9,29	9,55±3,11	7,73±3,04	8,27±2,77	6,31±2,89
Yüksekokul/üniversite ^c	32,72±7,74	32±8,86	9,78±2,76	7,84±3,00	8,47±2,63	5,91±2,77
p*	0,092	0,033^{ab}; 0,010^{ac}	0,001^{ab}; <0,001^{ac}	0,014^{ac}	0,371	0,400

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA, posthoc Tukey testi kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

**SOY: Sağlık okuryazarlığı

***SSÖ: Siberkondri şiddet ölçeği

Tablo 23. Katılımcıların internet kullanım durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması

	SOY**	SSÖ***	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlantı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Sosyal medya kullanma durumu(n=376)						
Kullanıyor ^a	31,95±7,99	31,72±9,15	9,59±2,91	7,67±3,13	8,37±2,76	6,1±2,79
Bazen kullanıyor ^b	31,58±8,33	27,64±8,22	8,22±2,63	6,36±2,31	8,29±3,22	5,18±2,65
Hiç Kullanmıyor ^c	32,29±7,28	29,03±8,66	7,82±3,42	7,63±2,42	7,74±3,06	5,44±2,59
p*	0,946	0,031****	0,007^{ab}	0,099	0,542	0,139
Hastane/Hekim seçiminde internetten yararlanma durumu (n=380)						
Yararlanıyor ^d	31,85±7,97	32,20±9,45	9,79±3,01	7,9±3,1	8,43±2,82	6,08±2,95
Bazen yararlanıyor ^e	32,02±8,03	30,51±7,86	8,95±2,51	7,41±2,96	8,23±2,64	5,93±2,3
Yararlanmıyor ^f	32,03±7,75	28,54±8,67	8,24±3,04	6,64±2,73	7,91±3	5,75±2,67
p*	0,979	0,011^{df}	0,001^{df}; 0,039^{de}	0,009^{df}	0,401	0,681
İnternette şikayeti ile ilgili araştırma yapma durumu(n=380)						
Araştırma yapıyor ^g	31,52±7,52	34,02±8,66	10,37±2,58	8,23±3,01	8,96±2,63	6,45±2,99
Bazen araştırma yapıyor ^h	32,26±7,76	28,94±7,61	8,64±2,56	7,15±2,8	7,8±2,67	5,34±2,22
Yapmıyor ⁱ	32,67±9,26	25,86±8,89	7,21±3,21	6,18±2,83	6,99±2,94	5,49±2,49
p*	0,505	<0,001^{gh,gi}	<0,001^{gh,gi}; 0,003^{hi}	<0,001^{gh}; 0,009^{gi}	<0,001^{gh}; 0,002^{gi}	0,022^{gh}; 0,001^{gi}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

**SOY: Sağlık okuryazarlığı

***SSÖ: Siberkondri şiddet ölçeği

****Post-hoc analizde anlamlı fark yoktu.

Tablo 24. Katılımcıların internet bilgilerine güven ve Covid-19'dan etkilenme durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması

	SOY**	SSÖ***	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlanti
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
İnternetteki bilgilere güvenme durumu(n=380)						
Güveniyor ^a	32,01±8,45	34,13±8,56	10,61±2,61	7,88±2,96	9,34±2,67	6,31±2,88
Emin Değil ^b	31,74±7,19	32,41±9,06	9,72±2,75	8,02±2,94	8,47±2,73	6,2±2,86
Güvenmiyor ^c	32,2±8,69	28,16±8,63	8,23±3,11	6,81±3,09	7,57±2,84	5,54±2,56
p*	0,876	<0,001 ^{ac,bc}	<0,001 ^{ac,bc}	0,001 ^{bc}	<0,001 ^{ac} , 0,013 ^{bc}	0,072
Hekimin tedavisini internet sebebiyle bırakma durumu(n=380)						
Tedaviyi bırakanlar ^d	32,06±5,99	34,33±9,36	9,95±2,36	7,79±3,04	8,92±2,84	7,67±2,93
Bazen bırakanlar ^e	32,66±8,25	34,78±10,46	10,53±3,34	8,5±3,19	8,69±2,98	7,06±2,95
Tedaviyi bırakmayanlar ^f	31,83±8,04	30,70±8,85	9,21±2,96	7,48±3,02	8,23±2,8	5,78±2,69
p*	0,850	0,040 ^{ef}	0,044 ^{ef}	0,183	0,381	<0,001****
İnternette sağlık araştırmalarına COVID-19'un etki durumu						
Artış olanlar ^g	32,03±7,42	34,35±8,48	10,22±2,69	8,37±2,96	9,13±2,59	6,62±2,79
Etkili olmayanlar ^h	31,39±8,38	27,95±8,79	8,52±3,08	6,66±2,88	7,46±2,92	5,31±2,64
Emin olmayanlar ⁱ	33,39±8,15	30,56±8,47	8,89±2,80	7,72±3,03	8,02±2,37	5,93±2,65
p*	0,311	<0,001 ^{gh} ; 0,022 ^{gı}	<0,001 ^{gh} ; 0,014 ^{gı}	<0,001 ^{gh}	<0,001 ^{gh} ; 0,018 ^{gı}	<0,001 ^{gh}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

**SOY: Sağlık okuryazarlığı

***SSÖ: Siberkondri şiddet ölçeği

****Post-hoc analizde anlamlı fark yoktu.

Tablo 25. Katılımcıların sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili düşünceleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması

	SOY**	SSÖ***	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlantı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu						
Düşünüyor ^a	29,65±8,42	32,93±9,56	9,99±3,13	7,95±3,29	8,51±2,7	6,48±2,98
Bazen düşünüyor ^b	29,93±7,89	33,31±9,86	9,88±2,91	8,52±3,21	8,51±2,79	6,4±3,2
Düşünmüyor ^c	33,2±7,51	30,16±8,57	9,02±2,90	7,21±2,83	8,19±2,86	5,74±2,55
p*	0,002^{ac}, 0,007^{bc}	0,032^{bc}	0,035^{ac}	0,005^{bc}	0,576	0,054
Hekiminden tetkik isteme durumu(n=379)						
İstiyor	31,74±8,26	32,55±9,44	9,78±3,02	7,95±3,17	8,52±2,81	6,29±2,92
İstemiyor	32±7,56	30,17±8,64	9,01±2,90	7,26±2,87	8,13±2,81	5,75±2,63
p*	0,748	0,010	0,012	0,026	0,183	0,058
Hekim önerisi dışında ilaç kullanıma durumu(n=371)						
Kullanıyor	32,66±7,49	33,50±9,91	10,12±2,94	8±3,16	8,75±2,87	6,63±3,02
Kullanmıyor	31,68±7,96	30,38±8,64	9,06±2,94	7,44±2,99	8,11±2,74	5,77±2,66
p*	0,275	0,002	0,002	0,108	0,045	0,011
Genel sağlık durumu(n=380)						
Çok iyi-iyi ^d	33,5±7,83	29,82±8,75	9,02±2,96	7,1±2,91	7,98±2,8	5,72±2,73
Orta ^e	30,14±7,62	33,78±8,57	9,98±2,75	8,39±3,04	8,91±2,58	6,5±2,73
Kötü-çok kötü ^f	28,18±7,26	29,72±12,08	8,88±3,86	7,39±3,29	7,88±3,71	5,58±3,14
p*	<0,001^{de}, 0,004^{df}	<0,001^{de}	0,005^{de}	<0,001^{de}	0,004^{de}	0,026^{de}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

SOY: Sağlık okuryazarlığı *SSÖ: Siberkondri şiddet ölçeği

Tablo 26. Katılımcıların hastalık durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, siberkondri şiddeti ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması

	SOY**	SSÖ***	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlantı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Tanı konmuş hastalık durumu(n=377)						
Hastalığı var	31,64±9,29	31,64±9,29	9,48±2,93	7,79±3,23	8,26±2,79	6,1±2,73
Hastalığı yok	30,99±8,99	30,99±8,99	9,27±3,02	7,43±2,9	8,33±2,8	5,95±2,82
p*	p=0,265	p=0,490	p=0,495	p=0,251	p=0,803	p=0,604
Başvurduğu bölüm (366)						
Cerrahi	30,63±7,59	32,51±9,56	9,7±3,12	8,11±3,18	8,38±2,83	6,31±3,01
Dahili	32,57±7,93	30,54±8,75	9,22±2,88	7,27±2,88	8,25±2,82	5,8±2,62
p*	p=0,022	p=0,045	p=0,135	p=0,010	p=0,655	p=0,102
Başvuru şikayeti						
Gebelik ^a	29,82±7,73	31,92±11,31	9,28±3,65	7,74±3,47	8,12±3,25	6,77±3,61
Allerji ^b	32,71±7,02	30,56±8,67	9,17±2,83	7,00±3,03	8,7±2,98	5,70±2,60
Sigara ^c	34,54±6,87	27,41±9,16	8,50±3,14	5,65±2,77	8,35±3,61	4,92±2,10
Halsizlik ^d	33,98±6,85	28,31±11,05	9,00±2,92	6,32±2,83	7,16±3,02	5,84±3,35
Kontrol ^e	35,24±7,54	28,58±8,57	8,12±2,99	7,46±3,35	7,33±2,99	5,67±2,01
Ortopedik ağrı ^f	32,99±7,04	28,97±7,40	9,31±2,97	6,86±2,31	7,41±2,47	5,40±2,51
Cilt problemleri ^g	31,78±9,37	32,31±7,13	10,17±1,92	7,86±2,88	8,96±2,08	5,32±2,67
Kronik hastalık ^h	31,04±9,25	32,54±8,43	9,59±2,96	8,28±2,95	8,48±2,44	6,20±2,54
Diğer ⁱ	30,97±7,86	33,04±8,99	9,69±2,84	8,22±2,96	8,77±2,74	6,37±2,90
p*	p=0,083	p=0,028*****	p=0,209	0,014 ^{ch} , 0,002 ^{ci}	p=0,064	p=0,126

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır. p^{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı **SOY: Sağlık okuryazarlığı

SSÖ: Siberkondri şiddet ölçeği **Post-hoc analizde anlamlı fark yoktu.

*****Post-hoc analizde anlamlı fark yoktu.

4.6. Kullanılan ölçekler ve Diğer Veriler Arasındaki Korelasyon ve Regresyon Analizleri

Sağlık okuryazarlığı ile siberkondri şiddeti arasında $p=0,001$ anlamlılık düzeyinde ve düşük derecede ($r=-0,165$) negatif bir korelasyon vardı. Tabii ki sıkıntı($r=-0,198$) ve zorlantı ($r=-0,260$) alt boyutları ile de sağlık okuryazarlığı korele idi. Ancak aşırılık ve güvence alt boyutlarında korelasyon anlamlı değildi.

Ayrıca sağlık okuryazarlığı ile yaş ve internet kullanımına başlama yaşı ve genel sağlık algısı arasında negatif, interneti kullanım yılı arasında pozitif korelasyon vardı. Bu korelasyonlar istatistiki olarak anlamlı ancak düşük düzeyde idi. Sağlık okuryazarlığı eğitim düzeyi ile korele değildi. Aralarında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 27).

Siberkondri şiddeti ile eğitim düzeyi, genel sağlık algısı ve internet kullanım yılı arasında pozitif; internet kullanımına başlama yaşı arasında negatif korelasyon vardı ve bu korelasyonların hepsi düşük düzeyde idi (Tablo 27).

Aşırılık alt boyutundan alınan puan ile yaş, internet kullanmaya başlama yaşı arasında negatif ve düşük düzeyde; eğitim düzeyi, günlük internet kullanım süresi(saat), internet kullanılan süre (yıl) arasında pozitif ve düşük düzeyde korelasyon mevcuttu. Sıkıntı alt boyutundan alınan puanlar ile genel sağlık düzeyi arasında negatif ve düşük düzeyde korelasyon vardı. Güvence alt boyutundan alınan puan ile yaş ve internet kullanmaya başlama yaşı arasında negatif ve düşük düzeyde bir korelasyon bulunmaktaydı. Zorlantı alt boyutunda alınan puan ile genel sağlık algısı düzeyi arasında negatif ve düşük düzeyde bir korelasyon bulunmaktaydı (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, siberkondri şiddetleri ve alt boyutları ile diğer verilerin korelasyon analiz sonuçları

		SOY	SSÖ	Aşırılık	Sıkıntı	Güvence	Zorlanti
SOY	R	1	-0,165*	0,012	-0,198*	-0,075	-0,260*
	p*****		0,001	0,821	<0,001	0,142	<0,001
Yaş	R	-0,100	-0,037	-0,128*	-0,038	-0,128*	-0,045
	p*****	0,056	0,480	0,014	0,463	0,015	0,387
ED	R	0,089	0,130*	0,206*	-0,018	0,072	0,095
	p*****	0,081	0,011	<0,001	0,733	0,161	0,065
GİKS	R	0,050	0,092	0,143*	0,027	0,100	0,041
	p*****	0,342	0,078	0,006	0,610	0,057	0,438
İKBY	R	-0,197*	-0,125*	-0,216*	-0,04	-0,125*	0,008
	p*****	<0,001	0,016	<0,001	0,449	0,016	0,883
GSD*	R	-0,241*	0,120*	0,072	-0,144*	-0,233	-0,177*
	p*****	<0,001	0,019	0,157	0,004	0,356	<0,001
İKS	R	0,165*	0,107*	0,158*	0,030	0,096	0,018
	p*****	0,002	0,043	0,003	0,575	0,069	0,730

SOY: Sağlık okuryazarlığı, SSÖ: Siberkondri şiddet ölçeği, ED: Eğitim düzeyi, GİKS:Günlük internet kullanma süresi (saat), İKBY:İnternet kullanmaya başladığı yaş (yıl), GSD:Genel sağlık durumu, İKS:İnternet kullandığı süre (yıl)

*Düşük düzeyde korelasyon

**Orta düzeyde korelasyon

***Yüksek düzeyde korelasyon

**** Normal dağılan verilerde pearson dağılmayanlarda spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

Genel sağlık düzeyi ile internet kullanmaya başlama yaşı arasında pozitif; internet kullanım yılı ve eğitim düzeyi arasında ise negatif ve düşük düzeyde bir korelasyon mevcuttu (Tablo 28).

Eğitim düzeyi ile yaş arasında negatif düşük düzeyde, internet kullanmaya başlama yaşı arasında negatif ve orta düzeyde, genel sağlık düzeyi ve internet kullanım süresi(yıl) arasında pozitif ve düşük düzeyde bir korelasyon vardı (Tablo 28).

Yaş ile internet kullanmaya başlama yaşı arasında pozitif ve yüksek düzeyde ($r=0,755$ $p<0,001$); günlük internet kullanım süresi (saat) arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon ($r=-0,405$ $p<0,001$) ve eğitim düzeyi arasında negatif ve düşük düzeyde ($r=-0,201$ $p<0,001$) bir korelasyon bulunmaktaydı. Ayrıca internet kullanmaya başlama yaşı ile günlük internet kullanım süresi (saat) arasında negatif ve orta düzeyde ($r=-0,394$ $p<0,001$) bir korelasyon da vardı (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, genel sağlık düzeyi ve internet kullanım verilerinin korelasyon analiz sonuçları

		Yaş	ED	GİKS	İKBY	GSD
ED	R	-0,210*	1			
	p****	<0,001				
GİKS	R	-0,405**	0,063	1		
	p****	<0,001	0,230			
İKBY	R	0,755***	-0,325**	-0,394**	1	
	p****	<0,001	<0,001	<0,001		
GSD	R	0,074	-0,152*	0,008	0,189*	1
	p****	0,160	0,002	0,884	<0,001	
İKS	R	0,302**	0,293*	0,008	-0,276*	-0,175*
	p****	<0,001	<0,001	0,888	<0,001	0,001

ED: Eğitim düzeyi, GİKS:Günlük internet kullanma süresi (saat), İKBY:İnternet kullanmaya başladığı yaş (yıl), GSD:Genel sağlık durumu, İKS:İnternet kullandığı süre (yıl)

***Düşük düzeyde korelasyon**

****Orta düzeyde korelasyon**

*****Yüksek düzeyde korelasyon**

****** Normal dağılım verilerde pearson dağılmayanlarda spearman korelasyon testi uygulanmıştır.**

Sağlık okuryazarlığı ve siberkondri şiddeti arasında regresyon modeli oluşturulduğunda siberkondri şiddetinin %2,7 oranında sağlık okuryazarlığı ile açıklanabileceği anlaşıldı. Sağlık okuryazarlığı ile siberkondri şiddeti ve kaç yaşında internet kullanmaya başlandığı arasındaki regresyon modelinde ise $R^2=0,063$ idi (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların siberkondri şiddeti ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin regresyon analiz sonuçları

	R	R Square	Adjusted R Square
Siberkondri regresyon modeli			
SOY index Puanı			
	0,165	0,027	0,025
Sağlık okuryazarlığı regresyon modeli			
SSÖ puanı, İKBY (ikisi de negatif)	0,261	0,068	0,063

SOY: Sağlık okuryazarlığı, SSÖ: Siberkondri şiddet ölçeği, İKBY: İnternet kullanmaya başladığı yaş (yıl)

5. TARTIŞMA

Günümüzde internetin bilgi kaynağı olarak kullanılması artmaktadır ve yukarıda bahsedildiği üzere internetteki bilgi kirliliğinin sağlık açısından iki farklı yönü vardır. Birincisi kendini sağlık okuryazarlığı üzerinden gösterir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde yanlış bilgilerden etkilenme sonucunda yanlış sağlık kararları alınabilir. İkincisi ise çok sayıda ve birbiriyle çelişen bilgidir dolaylı oluşan belirsizlik, korku ve kaygı durumudur. Bu durumlar da kendini siberkondri olarak göstermektedir. Her iki durum da bireyler ve toplum için olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasından elde edilen verilere göre, Avrupa'nın yaklaşık yarısının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu görülmüştür (84). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bilinmektedir. Nitekim 2018 yılında sağlık bakanlığınca yapılan araştırmada Türkiye'de sağlık okuryazarlığının Avrupa'dan da düşük olduğu görülmüştür (103). Sağlık okuryazarlığı hem toplum sağlığı açısından hem de toplumdaki yetersizliği nedeniyle birçok çalışmaya konu olmuştur. Bu konuda özellikle müdahale çalışmaları sağlık okuryazarlığını arttıracak bilimsel müdahale yöntemlerinin ortaya konması ve toplumdaki sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi adına çok önemlidir.

Siberkondri internetin kullanılmasının yaygınlaşması ile önemi artan yeni bir hastalıktır. Çalışmamız siberkondri ile sağlık okuryazarlığını karşılaştıran ilk çalışma değildir. Ancak siberkondri ve sağlık okuryazarlığının daha çok etkilediği hastaneye başvuran hastalar üzerinde yapılmış olması hem diğer çalışmalardan ayırmakta hem de çalışmaya güç katmaktadır. Bu bağlamda çalışmamızın sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve siberkondrinin önlenmesi açısından hem literatüre katkı sunacağını hem de yapılacak çalışmalara önyak olacağını düşünmekteyiz.

Sunulan çalışmada sağlık okuryazarlığının hastalardaki ortalama puanı $31,93 \pm 7,92$ idi. Aynı ölçeğin kullanıldığı öğretmenler ile yapılan başka bir çalışmada ortalama puanın $35,73 \pm$

8,58 olduğu görülmekteydi (104). Aradaki bu fark birçok sebebe bağlı olabilir ve fakat ilk akla gelen nedenler içinde sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin hastane başvurularının daha fazla olması (7) ve öğretmenlerin eğitim, meslek, yaş açısından seçkin grup olması ve bu özelliklerinin sağlık okuryazarlığını olumlu etkilemiş olabileceği gelir.

Yine hastaların siberkondri şiddeti ortalama puanı $31,26 \pm 9,10$ idi. Yam ve arkadaşları tarafından yapılan halka açık çalışmada da aynı ölçekten alınan ortalama puan $31,46 \pm 9,70$ olarak bulunmuştur (62). Her ne kadar siberkondriyak kimselerin hastane başvurularının daha fazla olduğu bilinse de (79–81) bu iki çalışmada sonuçların yakın olması genel popülasyonla hastaneye başvuran hastalar arasında siberkondri açısından önemli bir farklılık olmadığını gösterebilir. Bunun daha kesin söylenebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda siberkondri ile sağlık okuryazarlığı arasında düşük düzeyde negatif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Benzer konuda yapılan bir diğer çalışmada da bu iki parametre arasında orta düzeyde ve negatif bir korelasyon olduğu ortaya konmuştur (48). E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondriyi karşılaştıran iki çalışmada ise parametreler arasında düşük düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu ortaya konmuştur (2,105). Ancak e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri arasındaki pozitif korelasyonun nedeni iki parametreyi de pozitif etkileyen internet kullanımı nedeniyle oluşmuş olabilir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasında negatif bir korelasyon olduğunu söylemek daha doğru olur.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı arttıkça siberkondri düşmektedir. Bunun birçok nedeni olabilir ancak en önemli nedenin sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin internette karşılaştıkları bilgileri değerlendirebilmeleri ve doğru kaynaklardan beslenmeleri olabilir. Nitekim sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olup yukarıda bahsedilen eleştirel sağlık okuryazarlığı (86) veya bilimsel okuryazarlık (88) düzeyleri sayesinde bireyler kendilerine ulaşan bilgileri değerlendirecek veya en başından güvenilir kaynaklara başvuracaklardır. Neticede internetteki bilgi kirliliğinden sıyrılıp doğru bilgilere ulaşan bireylerde belirsizlik daha az olacak, kaygı düzeyleri yanlış bilgiler nedeniyle yükselmeyecektir.

Sağlık okuryazarlığı ile siberkondrinin zorlantı (web araştırmalarının yaşamın tüm yönlerini etkilemesi) ve sıkıntı (web araştırmaları neticesinde oluşan kaygı) alt boyutları arasındaki negatif korelasyon daha güçlü idi. Aşırılık (web araştırmalarında aşırılık) ve güvence (profesyonel destek ihtiyacı) alt boyutlarında ise korelasyon yoktu. Bunun nedeni web araştırmalarının (özellikle bilimsel kaynaklara başvurulduğu takdirde) ve sağlık profesyonellerce sağlanan desteğin sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilemesi olabilir.

Yapılan regresyon analizine göre siberkondrinin yaklaşık yüzde üçünde sağlık okuryazarlığının rolü olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığını arttırmanın birçok faydasının yanında siberkondriyi de azaltacağı görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı için yapılan regresyon analizinde siberkondrinin ve internete başlama yaşının negatif etkili olduğu ve sağlık okuryazarlığının yaklaşık yüzde altısını açıklayabildiği görülmektedir. Siberkondriyi azaltacak yöntemlerin kullanılması ve erişkin yaşta internetin zararlarını ve faydalarını öğrenerek çok ertelemekten kullanmaya başlanması sağlık okuryazarlığını artırabilir.

5.1. Sağlık Okuryazarlığı

Sunulan çalışmada sağlık okuryazarlığı cinsiyetler arasında farklı değildi. Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığının kadınlarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar (2,48) ve erkeklerin sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar (83) da bulunmaktadır. Cinsiyetler arası farkın olmadığını gösteren çalışmalar (104,106) da bulunmaktadır. Bu bağlamda cinsiyetler arası farkın olmadığını veyahut çok az olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Bekarların daha yüksek sağlık okuryazarlık seviyelerine sahip olduğunu tespit ettik. Literatür incelendiğinde evli ve bekarlar arasındaki farkın anlamsız olduğunu söyleyen çalışmalar (2,48,104), evlilerin sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğunu söyleyen çalışmalar (83,106,107) ve bekarların sağlık okuryazarlık seviyelerinin daha yüksek olduğunu söyleyen çalışmalar (108,109) bir aradadır. Literatürdeki bulguların bu denli uyumsuz olmasında yaş gibi değişkenlerin karıştırıcı etkisinden olabileceğini düşünmekteyiz.

Hali hazırda bir işte çalışan ve çalışmayanların arasında sağlık okuryazarlığı açısından fark yoktu. İşsizliğin psikolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ve gelirin sağlığın sosyal belirleyiciler içinde yeri biliniyorken (110) çalışan ve çalışmayanlar arasında sağlık okuryazarlığının çalışanlar lehine daha yüksek olmasını beklenirdi. Ancak gelir düzeyi dikkate alınmaksızın herhangi bir işte çalışmanın sağlık okuryazarlığı açısından farklılık oluşturmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (2,48).

Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Eğitim ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki doğrusal değildir. Sağlık okuryazarlığı için okuryazar olmak basit sayısal hesaplar yapabilmek gereklidir ancak yüksek eğitim her zaman yüksek sağlık okuryazarlığı anlamına gelmemektedir (7,92). Literatürde eğitimin sağlık okuryazarlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (6,48). Sunulan çalışmada bu ilişkinin tespit edilememesinin nedeni katılımcıların genel popülasyonun eğitim seviyesini yansıtmaması (katılımcılarda yüksek okul/üniversite eğitim düzeyine sahip olanların oranı yaklaşık %53 toplumda ise %18) ve eğitimin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisinin küçük olması nedeni ile her eğitim seviyesinde yeterli kişi sayısına ulaşılamamış olması olabilir. Bir de eğitim düzeyi yüksek dahi olsa sağlık okuryazarlığı düşük kişilerin hastaneye başvurmuş olması olabilir.

Genel sağlık durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki mevcuttur. Sağlık okuryazarlığı arttıkça genel sağlık durumu iyileşmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü sağlık okuryazarlığı sağlıklı ilgili doğru kararlar almayı sağlayacaktır.

Tanısı konulmuş bir hastalığı olup olmaması ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki saptanmadı. Literatürde hastalık deneyimi ile sağlık okuryazarlığı arasında doğrusal bir ilişki olmadığı yönünde çalışmalar vardır. Sağlık okur yazarlığı; hastalığın süresi, hastalığın tipi, tedavinin karmaşıklığı, hastalığın şiddeti, komplikasyon ve başka ek hastalığının varlığında farklı şekillerde etkilenir (98). Bu nedenle sunulan çalışmada ilişki saptanmaması beklenen bir sonuçtur.

Dahili bölümlere başvuranların sağlık okuryazarlığı cerrahi bölümlere başvuranlardan daha yüksekti. Bunun nedeni sağlık okuryazarlığı yüksek kişilerin kronik hastalıklarını düzenli kontrollerle takip etmeleri ve sağlık okuryazarlığı düşük kişilerin de takip etmeyip ancak cerrahi gerektirecek ciddi bir hastalığa yakalandığı zaman hastaneye başvurmaları olabilir. Başvurulan bölümler anadal bölümleri ve yandal bölümleri olarak incelendi. Çünkü sevk sistemi olmayan ülkemizde yandal bölümlerine başvurmak ve daha üst düzey hizmet almak isteyenlerin sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olabileceği düşünülmüştü. Yandal polikliniklerine başvuranların sağlık okuryazarlık puanları nispeten daha yüksek olmakla birlikte istatistiki açıdan farklı değildi. Belki daha fazla hasta ile yapılacak ileri çalışmalarda bu fark kesin bir şekilde ortaya çıkabilir. Bunun için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünmeyenlerin sağlık okuryazarlığı hastalığı olduğunu düşünenlerden daha yüksek idi. Benzer bir başka çalışmada ise tanı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünmeyenlerin sağlık okuryazarlık puanları daha yüksek bulunmuştur (48). Bunun nedeni internetteki bilgi kirliliği olabilir. Nitekim sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler internette semptomları ile ilgili araştırmalarda yanlış bilgilerden daha fazla etkilenip bir hastalıkları olduğunu düşünebilirler.

Katılımcıların yaklaşık yarısı hekimlerinden tetkik istediklerini belirtti. Bu oranın oldukça yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Tetkik isteyenler ve istemeyenlerin sağlık okuryazarlığı yaklaşık aynıydı. Bu bulgu sunulan çalışmaya benzer başka bir çalışmayla uyumaktadır (48). Sağlık okuryazarlığı yüksek olanların ve olmayanların da hekiminden tetkik isteyebileceği sonucu ortaya çıkmaktadır.

İnternetteki bilgiler nedeni ile hekimin önerdiği tedaviyi bırakan ve bırakmayanların sağlık okuryazarlığı yaklaşık aynıydı. İnternet nedeni ile tedaviyi bırakmanın sağlık okuryazarlığından kaynaklanmadığını görmekteyiz. Demek ki tedaviyi bırakmada etkili olan farklı süreçler bulunmaktadır. Bu süreçlerden bazıları muayene sürelerinin kısa olmasından kaynaklı doktorun yeterince bilgi verememesi veya doktora olan güvensizlikle ilgili olabilir. Söz konusu süreçler sunulan çalışmada incelenmemiş olup başka çalışmaların konusu olabilirler.

Günlük internet kullanım süresi ve sosyal medya kullanımı sağlık okuryazarlığını etkilememektedir. Sunulan çalışmaya benzer çalışmalarda bu bulgu desteklenmektedir (48). Bunun nedeni internette ve sosyal medyada geçirilen zamanın çok az bir kısmının sağlıkla ilgili olması olabilir.

İnterneti uzun zamandır kullananlarda sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde interneti kullanmaya başlama yaşı düştükçe sağlık okuryazarlığı artmaktadır. Bunun nedeni insanların interneti kullandıkça internetin zararlı etkilerinden korunmayı da öğrenmesi ve daha etkili kullanarak doğru bilgilere ulaşması olabilir.

Sunulan çalışmadaki hastaların yaklaşık %80'i şikayeti ile ilgili internette sürekli veya bazen araştırma yaptığını ifade etti. Aynı yılda yapılan TÜİK internet kullanım amaçları çalışmasında ise toplumun yaklaşık %60'nın sağlıkla ilgili bilgi araması yaptığı görülmektedir

(29). Aradaki bu farklılık internet araştırmalarının hastane başvurularını arttırmasından dolayı olabilir.

Katılımcıların yaklaşık altısından biri internetteki sağlıkla ilgili edindiği bilgilere güvenmekteydi. Benzer bir çalışmada katılımcılar için sağlık çalışanlarından sonra en güvenilir bilgi kaynağının internet olduğu ortaya konmuştur (48). İnternete olan güvenin yüksek olması herkesin ulaşımına açık başka bir kaynak olmaması ve sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olması olabilir.

İnternette sağlıkla ilgili edinilen bilgilere güven durumu, hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve internette şikayetleri ile ilgili araştırma yapma durumu ile sağlık okuryazarlığını arasında istatistiki olarak fark yoktu. Bu bulgu literatürle çelişmektedir. Nitekim benzer bir çalışmada internette edinilen bilgilerle sağlıkları hakkında karar alıp almadıkları sorulmuş. Sık karar alanların sağlık okur yazarlıkları daha düşük tespit edilmiştir (48). Bir başka çalışmada hekim önerisi dışında ilaç kullanmayanların sağlık okur yazarlıkları daha yüksek bulunmuştur (111). Sunulan çalışmada da internette edinilen bilgidan emin olmayanlar ve internette şikayeti ile ilgili araştırma yapanların sağlık okuryazarlık ölçeğinden aldığı puanlar daha düşüktü. Bu bağlamda istatistiki anlamda farkın ortaya konulmamış olmasının sebebi yeterli vaka sayısına ulaşılammış olması olabilir.

5.2. Siberkondri

Siberkondri şiddeti cinsiyet, medeni durum ve hali hazırda bir işte çalışma durumuna göre farklı değildi. Literatürde cinsiyetleri karşılaştıran çalışmalardan bir kısmı fark olmadığını (2,48) bir kısmında da kadınlarda siberkondrinin daha yüksek olduğunu (112,113) görmekteyiz. Medeni durumu karşılaştıran çalışmalarda siberkondri açısından fark olmadığı ortaya konmuştur (2,48,57). Hali hazırda bir işte çalışıp çalışmayanları karşılaştıran çalışmalarda ise çalışanlarda siberkondrinin daha yüksek olduğunu savunan çalışmalar (48,57) ve çalışmayanlarda daha yüksek olduğunu gösteren (2) çalışmalar bulunmaktadır. Bu bağlamda söz konusu farkların olmadığını veya önemsiz denecek kadar olduğunu söylemek mümkün olacaktır.

Yaş ile siberkondri arasında bir ilişki saptanmamakla birlikte aşırılık ve güvence alt boyutlarının yaş ile azaldığı ortaya çıktı. Literatüre bakıldığında yaşla hem siberkondrinin hem de tüm diğer alt boyutların azaldığına dair kanıtlar göze çarpmaktadır (57,105,113,114). Bunun nedeni yaşça büyük olanların interneti daha az kullanması ve sağlıklarıyla ilgili daha az endişe duyması olabilir.

Eğitim düzeyinin artması ile siberkondri şiddeti arttırmaktaydı. Literatürde eğitimle siberkondrinin azalacağını gösteren çalışmalar (2,48) ve artacağını gösteren çalışmalar (57,113) bir aradadır. Bu çelişkili sonuçların nedeni eğitim ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyle ilgili olabilir. Nitekim sağlık okuryazarlığını yükseltecek bir eğitim siberkondriyi azaltacaktır ancak sunulan çalışmadaki gibi eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisiz ise yani alınan eğitim sağlık okuryazarlığını arttırmamış ise bu durumda eğitilmiş olmak bir dezavantaj olacak ve siberkondri şiddeti artacaktır. Ayrıca internetin kullanıldığı süre(yıl) ile

eğitim seviyesi ve siberkondri arasındaki pozitif ilişki bulunmaktadır. Yani eğitilmişler interneti daha fazla kullanmış ve bunun sonucunda da siberkondriye yatkın hale gelmiş olabilirler.

Cerrahi bölüme başvurmuş olanların siberkondri düzeyi dahili bölümlere başvuranlardan daha yüksekti. Bunun nedeni cerrahi bölümlere başvuranlarda sağlık okuryazarlığının daha düşük olması olabilir. Siberkondriyak bireylerin hastalık ve semptomlarını abartarak yandal polikliniklerinden takip edilmek istemesi beklenirdi. İstatistiki olarak anlamlı çıkmamasına rağmen yandal polikliniğine başvuranların siberkondri puanları daha yüksek idi. Bu bağlamda istatistiki olarak fark çıkmamasının nedeni yeterli vaka sayısına ulaşamamış olması olabilir.

Başvuru şikayetine göre siberkondri değişmemektedir. Ancak sigara nedeniyle başvuranlar, kronik hastalıkları için başvuranlardan sıkıntı alt boyutundan daha düşük puanlar almışlardır. Bunun nedeni sigara kullananların sağlıklarını önemsememesi olabilir. Sağlığını önemsemeyen kişiler sağlıkları ile kaygı ve sıkıntı da duymazlar.

Tanısı konulmuş bir hastalığa sahip olma siberkondriyi etkilememektedir. Literatürde ise hastalığı olanlarda ve hastalığın süresinin artmasıyla siberkondrinin azaldığına dair çalışmalar bulunmaktadır (48,57).

Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünenler düşünmeyenlerden daha yüksek puan almışlardır. Bu bulgumuz çalışmamıza benzer bir başka çalışmadaki bulgularla uyusmaktadır (48).

Genel sağlık durumunu orta olanların siberkondri düzeyleri iyi olanlardan daha yüksek idi. Korelasyon analizinde de genel sağlık siberkondri arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir. Bunun nedeni siberkondriyak kişilerinin sağlığını olduğundan daha kötü algılamasından kaynaklanıyor olabilir.

Sosyal medya kullananların kullanmayanlara kıyasla (istatistiki anlamda fark oluşturma da) siberkondri ölçeğinden aldığı puan daha yüksekti. Ayrıca aşırılık alt boyutunda sosyal medya kullananlar, bazen kullandığını ifade edenlerden daha yüksek puan almışlardır. Tarhan ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada sosyal medya kullananların siberkondri puanları daha yüksek bulunmuştu (48). Yine Yam ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sosyal medya kullanım süresi arttıkça siberkondrinin arttığı ortaya konmuştur (62). Sunulan çalışmada farkın net bir şekilde ortaya konulamamasının nedeni sosyal medya kullanmayanların sayısının az olması olabilir. Sonuç olarak sosyal medya kullanımı, siberkondriye zemin hazırlayan veya oluşmasını hızlandıran bir faktör olduğunu söylemek yanlış olmaz. Ayrıca sunulan çalışmada sosyal medya kullananların oranı yaklaşık %92 iken aynı yılda yapılan TÜİK araştırmasında bu oranın yaklaşık %85 olduğunu görmekteyiz (29). Bu da sosyal medyadan kötü yönde etkilenmiş veya siberkondriyak kişilerin hastaneyi daha fazla kullanma ihtiyacına bağlanabilir.

Siberkondri şiddeti ile internet kullanmaya başlama yaşı arasında negatif bir ilişki vardı. Ayrıca aşırılık alt boyutu ile günlük internet kullanım süresi arasında da pozitif bir ilişki vardı.

Yam ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da internete bağlanma süreleri arttıkça siberkondrinin arttığını göstermiştir (62). Sonuç olarak internet kullanımına erken başlamak ve günlük kullanım süresinin uzun olması siberkondriyi artırır.

COVID-19 sürecinde yaklaşık her iki hastadan biri internette sağlık araştırmalarının arttırdığını ifade etti ve araştırmalarında artış olanların siberkondri düzeyleri de daha yüksekti. Bu bulguyu destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (62,112,113). Bunun nedeni COVID-19'dan dolayı oluşan korku, belirsizlik ve izolasyon nedeniyle artmış internet kullanımı olabilir.

Doktora başvurmadan önce şikayeti ile internette araştırma yapanların siberkondri düzeyleri daha yüksekti. Sunulan çalışmaya benzer çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (48,114). Ayrıca hastaların yaklaşık onda sekizi internetten araştırma yaptığını ifade ederken aynı tarihli TÜİK çalışmasında toplumda internetten sağlıkla ilgili bilgi araması yapanların yaklaşık on kişiden altı kişi olduğunu göstermektedir (29). Bu da internette sağlıkla ilgili bilgi araştırmalarının hastane başvurularını arttığının göstergesi olabilir.

Hastane ve doktor seçiminde internetten yararlananların da siberkondri düzeyleri daha yüksekti. Tüter ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bu bulguya benzer sonuçlara ulaşılmıştır (59).

Yaklaşık her altı kişiden biri internetteki sağlıkla ilgili bilgilere güveniyor, her iki kişiden biri de emin olmadığını belirtiyordu. Bu bilgilere güvenmeyenlerin siberkondri düzeyleri daha düşüktü. Birçok çalışma bu konuda sunulan çalışma ile çok yakın sonuçlara ulaşmıştır (21,48,57).

Yaklaşık her yedi kişiden biri hekimin önerdiği tedaviyi internette edindiği bilgiler doğrultusunda bırakabildiğini, her iki kişiden biri hekimden tetkik istediğini, her üç kişiden biri de hekim önerisi dışında ilaç kullandığını ifade etmekteydi. Benzer bir çalışma da bu bulguları desteklemektedir (1). Bu sonuç internetin hekime olan güveni nasıl etkilediğini göstermektedir.

Hekiminden tetkik istemek, hekimin önerdiği tedaviyi internet nedeni ile bırakmak ve hekim önerisi dışında ilaç kullanmak yüksek siberkondri şiddetine işaret ediyordu. Literatürde söz konusu bulgularda bizimle aynı görüşte olan çalışmalar (48,112,114) ve arada fark olmadığını gösteren çalışmalar (57) bulunmaktadır. Fark olmadığı görülen çalışmalarda da tetkik isteyenlerin ve hekim önerisi dışında ilaç kullananların siberkondri ölçeklerinden aldıkları puanlar daha yüksek idi. Bu da söz konusu çalışmalarda farkı ortaya koyacak yeterli örneklem büyüklüğüne sahip olamayabileceklerini akla getirmektedir.

Sonuç olarak hekime güvensizlik ve internete olan güven siberkondri ve hastane başvurularını arttırmaktadır.

Siberkondri ile diğer verilerin karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar genellikle alt boyutlarından elde edilen sonuçlar ile benzerdi. Aşırılık alt boyutunda daha fazla karşılaştırmada anlamlı sonuç çıkarken zorlanti alt boyutunda daha az sayıda anlamlı fark

olduğu görüldü. Bunun nedeninin de siberkondri oluşurken önce aşırılığın sonra sıkıntı en sonda da güvence ve zorlantının oluşması olabilir. Zorlanti yani web araştırmalarının yaşamın tüm yönlerini etkilemesi durumu daha az kişiye etkilemiş olabilir. Bu da sonuçlara daha az anlamlı fark olarak yansımış olabilir.

6. SONUÇ

İnternet kullanımının artmasıyla insanlar farklı ve yeni sorunlarla karşılaşmaya başladı. Bu çalışmadaki amacımız bu sorunlardan biri olan siberkondri ve internet bilgi kirliliği nedeniyle önemi artan sağlık okuryazarlığını incelemektir. Sunulan çalışmada bulunan önemli sonuçlardan biri sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasındaki negatif ilişkidir. Sağlık okuryazarlığı azaldıkça siberkondrinin artmasında internetteki bilgi kirliliğinin rolünün büyük olduğunu düşünmekteyiz.

Sağlık okuryazarlığı genel sağlığını daha iyi tanımlayan ve bir hastalığı olmadığını düşünenlerde daha yüksekti. Ayrıca sağlık okuryazarlığının; siberkondrinin azalmasıyla ve internetin erken kullanılmaya başlanmasıyla artacağı görüldü.

İnternet ve sosyal medyanın fazla kullanımı, siberkondriye zemin hazırlayan veya oluşmasını hızlandıran faktörlerdir. Siberkondri; internetin güvenilir bir bilgi kaynağını olmadığının bilinmesi ve hekime olan güven ile sıkı bir ilişki içindedir. Ayrıca hekime güvensizlik ve internete olan güven hastane başvurularını da arttırmaktadır.

7. ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığının artırılması adına yapılacak internet ve sosyal medya paylaşımları siberkondriyi arttırabilir. Bu nedenle yapılacak paylaşımların yanlış ve gereksiz sağlık bilgilerinden arındırılması gerekir. Yanlış bilgiler bireylerin sağlığına direkt zarar verebilecek iken gereksiz bilgiler de bilgi kirliliğini arttırmaları sebebiyle insanlara zarar verebilir. Erken yaşlardan itibaren herkese internet ve sosyal medyanın iyi ve kötü yönlerini kapsayan bir eğitim verilmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hastalık ve semptomlar ile ilgili doğru bilgilere kolayca ulaşılabilecek, basit bir dille oluşturulmuş bir kaynağın vatandaşların erişimine sunulması ve Google gibi arama motorlarında en üst sırada önerilmesi için bütçe ayrılması gerekir. Ayrıca sunulan bu hizmet değişen bilgiler nedeniyle sürekli güncellenmeli, kullanılmayan bilgilerden arındırılmalı ve insanlardan sağlanan geri dönüşler yönünde güçlendirilmelidir.

Sağlık okuryazarlığını arttırmak için internetin zararlarını ve faydalarını hakkında gençleri bilinçlendirerek internetin doğru kullanımını teşvik etmek gerektiğini düşünmekteyiz.

Doktorların daha basit ve anlaşılır bir dille konuşmasının hastalardaki sağlık okuryazarlığını olumlu etkilediği ve diğer yararları hekimlere verilen iletişim derslerinde anlatılmalıdır.

Siberkondriyi azaltmanın en iyi yolu ise sağlık okuryazarlığını arttırmak, internet kullanımını azaltmak veya bilinçli kullanımı teşvik etmek, internetin güvenilir bir bilgi kaynağını olmadığını öğrenmek/öğretmek ve hekime olan güveni arttırmaktan geçmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Erdoğan A, Hocaoglu C. Siberkondria: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry*. 2020;12(4):435-43.
2. Deniz S. Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan Ve İnsan Derg*. 2020;84-96.
3. Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu Rev Public Health*. 2006;27:517-36.
4. Werner RM. The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *JAMA*. 2005;293(10):1239.
5. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 01 Haziran 2005;20(2):195-203.
6. Al Sayah F, Williams B. An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Can J Diabetes*. Şubat 2012;36(1):27-31.
7. HEALTH LITERACY: Taking action to improve safety and quality. *Health Lit*.
8. Breslin G, editör. *Collins dictionary*. 11. ed. Glasgow: HarperCollins; 2011. 1899 s.
9. White RW, Horvitz E. Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis. *AMIA Annu Symp Proc AMIA Symp*. 2009;2009:696-700.
10. Dursun N. Kur'an'a göre doğru Bilgi (imkanı, kaynakları, Kriterleri) [PhD Thesis]. Marmara Üniversitesi (Turkey); 2010.
11. Yeşil M. Mantık Biliminin Teşekkülü ile İlişkisi Bakımından Herakleitos' un 'Akış Öğretisi'. *Researcher*. 5(4):532-47.
12. Güzel C. Platon'un bilgi görüşü. *Hacet Üniversitesi Edeb Fakültesi Derg*. 2003;20(2).
13. Öktem Ü. David Hume Ve Immanuel Kant'ın Kesin Bilgi Anlayışı. *Ank Üniversitesi Dil Ve Tar-Coğrafya Fakültesi Derg*. 2004;44(2):29-55.
14. Çalık D, Çınar ÖP. Geçmişten günümüze bilgi yaklaşımları bilgi toplumu ve internet. *XIV Türkiyede İnternet Konf*. 2009;12:13.
15. Bilimsel bilgi. İçinde: *Vikipedi* [İnternet]. 2022 [a.yer 08 Mart 2023]. Erişim adresi: https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=Bilimsel_bilgi&oldid=28849786
16. Sagan, C. *Karanlık Bir Çağda Bilimin Mum Işığı*. TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları Ankara; 2000.

17. Digital 2022: Another Year Of Bumper Growth - We Are Social Uk [İnternet]. [a.yer 08 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://wearesocial.com/uk/blog/2022/01/digital-2022-another-year-of-bumper-growth-2/>
18. Bakir U, Vural Akinci ZB. Distopyan Perspektiften Bilgi İletişim Teknolojileri ve İnsanlığın Geleceği. Selçuk İletişim. 2007;5(1):5-21.
19. Yüksel H. İnternet gazeteciliğinde bilgi kirliliği sorunu. Atatürk İletişim Derg. 2014;(6):125-38.
20. Aktan E. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Erciyes İletişim Derg. 30 Temmuz 2018;5(4):405-21.
21. Altındiş S, İnci MB, Aslan FG, Altındiş M. Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Sak Med J. 29 Haziran 2018;8(2):359-70.
22. Olcay S. Digitalization Of Socialization As Social Media And Getting Lost Disorder In Photos: Photolurking. Electron J New Media. 2018;2(2):90-104.
23. Savci M, Aysan F. Technological addictions and social connectedness: predictor effect of internet addiction, social media addiction, digital game addiction and smartphone addiction on social connectedness. Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci. 2017;202-16.
24. En popüler web siteleri listesi. İçinde: Vikipedi [İnternet]. 2022 [a.yer 08 Mart 2023]. Erişim adresi: https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=En_pop%C3%BCler_web_siteleri_listesi&oldid=28052485
25. Yilmaz E. Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. Galatasaray Üniversitesi İletişim Derg. 27 Ekim 2014;93-108.
26. Taylor: The Harris Poll - Google Akademik [İnternet]. [a.yer 2023]. Erişim adresi: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=The+Harris+Poll&author=H+Taylor&publication_year=1999&
27. Higgins O, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, editörler. A literature review on health information-seeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective ; insights into health communication. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2011. 12 s. (ECDC Technical report).
28. Google - Hakkında [İnternet]. [a.yer 08 Mart 2023]. Erişim adresi: https://about.google/intl/ALL_tr/
29. TÜİK Kurumsal [İnternet]. [a.yer 08 Mart 2023]. Erişim adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2022-45587)
30. Aiken M, Kirwan G. Prognoses for diagnoses: medical search online and “cyberchondria”. BMC Proc. Temmuz 2012;6(S4):P30, 1753-6561-6-S4-P30.

31. Batı, A. H., Mandıracıoğlu, A., Gökmen, F., ve Çam, O. Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri [İnternet]. UTEK2018. 2018 [a.yer 08 Mart 2023]. Erişim adresi: <http://kongre.teged.org/UTEK2018>
32. Elciyar K, Taşçı D. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanması. Abant Kültürel Araştırmalar Derg AKAR. 2017;2(4):57-70.
33. Ertaş H, Kiraç R, Ünal SN. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. OPUS Uluslar Toplum Araştırmaları Derg. 2020;1-1.
34. Durak Batıgun A, Gor N, Komurcu B, Senkal Erturk I. Cyberchondria Scale (CS): Development, validity and reliability study. Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci. 2018;148-62.
35. Kummervold PE, Chronaki CE, Lausen B, Prokosch HU, Rasmussen J, Santana S, vd. eHealth Trends in Europe 2005-2007: A Population-Based Survey. J Med Internet Res. 2008;10(4):e42.
36. Lemire M, Sicotte C, Paré G. Internet use and the logics of personal empowerment in health. Health Policy. 2008;88(1):130-40.
37. Farooq A, Laato S, Islam AKMN. Impact of Online Information on Self-Isolation Intention During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2020;22(5):e19128.
38. Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. Expert Rev Neurother. Ağustos 2012;12(8):937-47.
39. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 2003;17(2):233-42.
40. Nelson DE. Reducing information pollution in the Internet age. Prev Chronic Dis. 2007;4(1):A03.
41. Belling CFrancis. Hypochondriac Hermeneutics: Medicine and the Anxiety of Interpretation. Lit Med. 2006;25(2):376-401.
42. Lewis T. Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? Media Cult Soc. 2006;28(4):521-39.
43. Beard KW. Internet Addiction: A Review of Current Assessment Techniques and Potential Assessment Questions. Cyberpsychol Behav. Şubat 2005;8(1):7-14.
44. Wong HY, Mo HY, Potenza MN, Chan MNM, Lau WM, Chui TK, vd. Relationships between Severity of Internet Gaming Disorder, Severity of Problematic Social Media Use, Sleep Quality and Psychological Distress. Int J Environ Res Public Health. 13 Mart 2020;17(6):1879.

45. Hart J, Björgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bull Menninger Clin.* Haziran 2010;74(2):122-40.
46. Loos A. Cyberchondria: Too Much Information for the Health Anxious Patient? *J Consum Health Internet.* Ekim 2013;17(4):439-45.
47. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(2):205-13.
48. Tarhan N, Tutgun-Ünal A, Ekinçi Y. Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *OPUS Uluslar Toplum Araştırmaları Derg.* 2021;17(37):4253-97.
49. Doctors warn the cybersick [Internet]. *The Independent.* 1998 [a.yer 09 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.independent.co.uk/news/doctors-warn-the-cybersick-1168119.html>
50. Ivanova E. Internet addiction and cyberchondria - Their relationship with Well-Being. *J Educ Cult Soc.* 01 Haziran 2013;2013.
51. StreetJournal ACR of TW. On the Internet, Diseases Are Rampant, Playing to Worries of Hypochondriacs. *Wall Street Journal* [Internet]. 05 Ekim 1999 [a.yer 09 Mart 2023]; Erişim adresi: <https://www.wsj.com/articles/SB939076866193196830>
52. New disorder, cyberchondria, sweeps the internet [Internet]. *NZ Herald.* 2023 [a.yer 09 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.nzherald.co.nz/technology/new-disorder-cyberchondria-sweeps-the-internet/PDMVXLTMYGZTIKDMXACTRHG3OI/>
53. Uzun SU. Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler. 2016;
54. Korucu KS, Oksay A, Kocabaş D. Online health concern: Cyberchondria. *Chang Organ.* 2018;15:211-8.
55. 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.* Ekim 2016;23(5):595-605.
56. Başoğlu MA. EDİRNE İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA SİBERKONDRİNİN SÜREKLİ KAYGI VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ. :130.
57. Güleşen A. Kalp hastası kadınlarda siberkondri düzeyi ve etkileyen faktörler. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul Okan Üniversitesi.* 2019;
58. Tiritioğlu S. Diyetisyene başvuran bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri ile siberkondri ilişkisi [PhD Thesis]. *Yüksek Lisans Tezi, TC Okan Üniversitesi;* 2019.
59. Tüter M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Aile Hekim Ana Bilim Dalı Tıpta Uzm Tezi Sağlık Bilim Üniversitesi İstanbul.* 2019;

60. Uzun SU, Zencir M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Curr Psychol*. 2021;40:65-71.
61. Mcelroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord*. 2014;28(2):259-65.
62. 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* [Internet]. 2021 [a.yer 2022]; Erişim adresi: <https://link.springer.com/10.1007/s12144-021-02324-z>
63. Yilmaz SK, Eskici G. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakóltesi Derg* 2021 63 19-25. :7.
64. Frances A, First MB, Pincus HA. DSM-IV guidebook. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1995. x, 501 s. (DSM-IV guidebook).
65. Menon V, Kar SK, Tripathi A, Nebhinani N, Varadharajan N. Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. *Asian J Psychiatry*. 2020;53:102225.
66. Selvi Y, Gokce Turan S, Asena Sayin A, Boysan M, Kandeger A. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and Reliability Study of the Turkish Version. *Sleep Hypn - Int J*. 2018;241-6.
67. Morriss J, Christakou A, van Reekum CM. Nothing is safe: Intolerance of uncertainty is associated with compromised fear extinction learning. *Biol Psychol*. 2016;121:187-93.
68. Fergus TA. A comparison of three self-report measures of intolerance of uncertainty: An examination of structure and incremental explanatory power in a community sample. *Psychol Assess*. Aralık 2013;25(4):1322-31.
69. Starcevic V, Baggio S, Berle D, Khazaal Y, Viswasam K. Cyberchondria and its Relationships with Related Constructs: a Network Analysis. *Psychiatr Q*. 2019;90(3):491-505.
70. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *J Anxiety Disord*. 2020;73:102239.
71. García-Galera MC, Valdivia A. Media prosumers. Participatory culture of audiences and media responsibility. *Comunicar*. 2014;22(43):10-3.
72. Seyed Hashemi SG, Hosseinneshad S, Dini S, Griffiths MD, Lin CY, Pakpour AH. The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*. 2020;6(10):e05135.
73. Brailovskaia J, Margraf J. The relationship between burden caused by coronavirus (Covid-19), addictive social media use, sense of control and anxiety. *Comput Hum Behav*. Haziran 2021;119:106720.

74. Elhai JD, Yang H, McKay D, Asmundson GJG. COVID-19 anxiety symptoms associated with problematic smartphone use severity in Chinese adults. *J Affect Disord.* 2020;274:576-82.
75. He X, Zhang Y, Chen M, Zhang J, Zou W, Luo Y. Media Exposure to COVID-19 Predicted Acute Stress: A Moderated Mediation Model of Intolerance of Uncertainty and Perceived Social Support. *Front Psychiatry.* 10 Şubat 2021;11:613368.
76. Gioia F, Fioravanti G, Casale S, Boursier V. The Effects of the Fear of Missing Out on People's Social Networking Sites Use During the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Online Relational Closeness and Individuals' Online Communication Attitude. *Front Psychiatry.* 2021;12:620442.
77. Casale S. Interpersonally-based fears during the COVID-19 pandemic: Reflections on the fear of missing out and the fear of not mattering constructs. *Clin Neuropsychiatry.* Nisan 2020;17(2):88-93.
78. Akpınar E, Tekayak HV. Tıp Alanında Yeni Bir Dönem: Dijital Çağda Doğan Yeni Hastalıklar. *Eurasian J Fam Med.* 2017;6(3):93-100.
79. Tanis M, Hartmann T, te Poel F. Online health anxiety and consultation satisfaction: A quantitative exploratory study on their relations. *Patient Educ Couns.* 2016;99(7):1227-32.
80. Suziedelyte A. How does searching for health information on the Internet affect individuals' demand for health care services? *Soc Sci Med.* 2012;75(10):1828-35.
81. Dwyer DS, Liu H. The impact of consumer health information on the demand for health services. *Q Rev Econ Finance.* Şubat 2013;53(1):1-11.
82. Uzun SU, Akbay B, Özdemir C, Zencir M. SİBERKONDRİ CİDDİYET ÖLÇEĞİNİN VE KISA FORMUNUN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİĞİ. İçinde: 19 ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ. 2017.
83. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. Health literacy [Internet]. 2014 [a.yer 2023]; Erişim adresi: <http://acikerisim.aksaray.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12451/1828>
84. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, editörler. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 s. (The solid facts).
85. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int.* 2009;24(3):285-96.
86. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67.
87. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü [İnternet]. [a.yer 09 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/439>

88. Zarcadoolas C, Pleasant AF, Greer DS. Advancing health literacy: a framework for understanding and action. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006. 368 s.
89. Lee SYD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. Soc Sci Med. 2004;58(7):1309-21.
90. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature: Health literacy. Nurs Health Sci. 2009;11(1):77-89.
91. Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. Health Literacy: A Prescription to End Confusion [İnternet]. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editörler. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004 [a.yer 2023]. Erişim adresi: <https://www.nap.edu/catalog/10883>
92. Egbert N, Nanna K. Health Literacy: Challenges and Strategies. OJIN Online J Issues Nurs [İnternet]. 30 Eylül 2009 [a.yer 2023];14(3). Erişim adresi: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Health-Literacy-Challenges.html>
93. Kristenson M, Eriksen HR, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. Soc Sci Med 1982. Nisan 2004;58(8):1511-22.
94. Mk PO, Rm P, Ja G, Lt NB, Rr R. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med [İnternet]. 2005 [a.yer 2023];20(2). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15836552/>
95. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med 1982. Nisan 2008;66(8):1809-16.
96. Morris NS, Maclean CD, Littenberg B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. Diabetes Educ. 2013;39(5):638-46.
97. Chiarelli L. The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. Can Public Health Assoc Publ. 2006;
98. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. BMC Fam Pract. 2013;14(1):1-9.
99. Seventh Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 21-26 October 2009 [İnternet]. [a.yer 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
100. Kanj M, Mitic W. Promoting health and development: closing the implementation gap. World Health Organ. 2009;9-27.
101. Mcelroy E, Kearney M, Touhey J, Evans J, Cooke Y, Shevlin M. The CSS-12: Development and Validation of a Short-Form Version of the Cyberchondria Severity Scale. Cyberpsychology Behav Soc Netw. 2019;22(5):330-5.

102. Duong TV, Aringazina A, Kayupova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, vd. Development and Validation of a New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the General Public in Six Asian Countries. HLRP Health Lit Res Pract [Internet]. 2019 [a.yer 2023];3(2). Erişim adresi: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/24748307-20190225-01>
103. Bakanlığı TS. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Bas Ank Sağlık Bakanl. 2018;
104. Yeşiltepe A, al A. The Effect of the Health Literacy Levels of Teachers on their Vaccine Hesitancy [Internet]. In Review; 2022 Eyl [a.yer 2023]. Erişim adresi: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2110013/v1>
105. Mansur F, Ciğerci K. Siberkondri ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2022;11(1):11-21.
106. Sungur M, Sürücü HA. COVID-19 Sürecinde Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Olma Kültürü ile Sağlık Okuryazarlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.
107. Çiftci Kİ. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi [PhD Thesis]. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum; T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2015;
108. VY řU. Manisa şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Uluslar Lisansüstü Eğitim Kongresi. 2016;12-4.
109. Kaya řD, Uludağ A. Relationship Between The Health And Media Literacy - Sağlık Ve Medya Okuryazarlık Arasındaki İlişki. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2017 [a.yer 2023]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.20875/makusobed.307031>
110. Organization WH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization; 2008.
111. İşler AO. 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ila kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. 2019;
112. Yılmaz Y, Bahadır E, Erdoğan A. Investigation of the relationships between cybercondria, anxiety sensitivity, somatosensory amplification, and intolerance to uncertainty (tur). J Clin Psychiatry. 2021;24(4):450-8.
113. Peng XQ, Chen Y, Zhang YC, Liu F, He HY, Luo T, vd. 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.
114. Özer Z, Güzel S. Kalp Hastalarında Siberkondria Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Kardiyovasküler Hemşire Derg. 2021;12(27):36-46.

9. EKLER

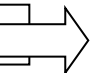
9.1. Ek-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Sayın katılımcı;

Aşağıda size yöneltilen sorular “Hastalarda Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi” konusunun araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. İsminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız.

1. Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın
2. Yaşınız:
3. Çalışma durumunuz? ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum
4. Eğitim düzeyiniz nedir? ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Yüksekokul/Üniversite
5. Medeni durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekar
6. Bu hastanede hangi bölüme başvurduunuz lütfen yazınız?
7. Başvuru şikayetiniz nedir?.....
8. Tanısı konulan bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
9. Sosyal medya kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen
10. Hastane ve doktor seçiminizde internetten yararlanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen
11. Doktora başvurmadan önce internetten şikayetinizle ilgili araştırma yapar mısınız?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen
12. İnternette sağlıkla ilgili edindiğiniz bilgilere güveniyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
13. Son bir yılda hekiminizden BT, MR, Ultrason gibi tetkikler istediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
14. Hekim önerisi dışında kendiniz için herhangi bir tedavi kullanır mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Doktorunuzun önerdiği bir tedaviyi internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bıraktığınız oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen
16. Bir günde ortalama kaç saat internet kullanırsınız?
17. Kaç yaşından beri internet kullanıyorsunuz?
18. COVID-19 pandemisi sonrasında/nedeniyle internette sağlıkla ilgi araştırmalarınız arttı mı?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
19. Tanısı koyulmamış bir hastalığınızın olduğunu düşünüyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen
20. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü

Lütfen arka sayfaya geçiniz



Aşağıda belirtilen durumların sizin için ne ölçüde zor veya kolay olduğunu işaretleyiniz.

		Çok zor	Oldukça zor	Oldukça kolay	Çok kolay
1.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek				
2.	İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek				
3.	Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek				
4.	Acil bir durumda ambulans çağırmak				
5.	Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek				
6.	Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi)				
7.	Hangi aşılara ihtiyacınız olabileceğine karar vermek				
8.	Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar verebilmek				
9.	Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler (meditasyon, egzersiz, yürüyüş pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek				
10.	Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak				
11.	Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ilişkili olduğuna karar verebilmek				
12.	Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak				

Size uygun ifadeyi karşılayan kare içine çarpı × işareti ekleyerek sizin için geçerli olduğunu belirtiniz.

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

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür