



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN İNTERNETTEN SAĞLIK
BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI, E- SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE SİBERKONDRI DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mümüne Merve FİDAN

Antalya, 2021



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN İNTERNETTEN SAĞLIK
BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI, E- SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE SİBERKONDRI
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mümüne Merve FİDAN

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı aşamasında her kademedede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Her zorluğu kolaylaştıran, her umutsuzluğu mutluluğa dönüştüren, en büyük destekçim, soyadını taşımaktan gurur duyduğum, hayat arkadaşım Hasan FİDAN'a

Asistanlık ve tez sürecimin en güzel, en sevimli parçası, hayatımın anlamı, her şeyim, biricik kızım Elif Gökçe FİDAN'a

Her zaman kendilerinden önce beni ve kardeşimi düşünen, iyi bir insan olup iyi bir eğitim alabilmemiz için varını yoğunu ortaya koyan, karanlık yollarımı aydınlatan, ne olursa olsun hep yanımda olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim canım annem Şerife YILDIZ'a ve canım babam Süleyman YILDIZ'a

En yakın arkadaşım, sırdaşım, canım kardeşim Yasemin YILDIZ'a

Bana ikinci bir aile olan, desteklerini esirgemeyen annem Raziye FİDAN'a, babam Nuri FİDAN'a ve kardeşim Nurgül FİDAN'a

Birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarım ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personeline, özellikle Mine KOCAGÖZ'e,

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım ...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	vii
Şekiller Dizini	x
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1.Sağlık ve Hastalık Kavramları	6
2.1.1.Sağlık Kavramı	6
2.1.2.Hastalık Kavramı	8
2.1.3. Sağlığı Etkileyen Faktörler	9
2.2. Sağlık Arama Davranışı	10
2.2.1.Hastalık Davranışı	10
2.2.2.Sağlık Davranışı – Koruyucu Sağlık Davranışı	11
2.2.3.Sağlık Davranış Modelleri	12
2.2.3.1.Sağlık İnanç Modeli	12
2.2.4. Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler	15
2.2.5.Sağlık Hizmeti Arama Davranışını Etkileyen Faktörler	17
2.2.6.Sağlık Hizmeti Arama Seçenekleri	19
2.3. İnternet ve Aile Hekimliği	21
2.4. İnternet ve Sağlık Okuryazarlığı	26
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı	26
2.4.2.e-Sağlık Okuryazarlığı	30
2.5.İnternet ve Anksiyete Bozukluğu	33
2.5.1. Anksiyete Bozukluğu	33
2.5.2.Sağlık Anksiyetesi	34
2.5.3.Siberkondri	37
2.6. Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri	39

2.6.1. Türkçeye Uyarlanmış Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR)	40
2.6.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	41
2.6.3.e-Sağlık Okuryazarlığı (eHEALS: THE e-HEALTH LİTERACY SCALE) Ölçeği	42
2.7.Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. Etik Kurul ve İzinler	45
3.2. Araştırmanın Tipi	45
3.3.Örneklem	45
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	46
3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	46
3.4. Araştırmanın Uygulanma Şekli	46
3.5.Çalışmada Kullanılan Görüşme Formu ve Ölçekler	46
3.5.1. Katılımcılar İçin Sosyodemografik Bilgi Formu	46
3.5.2. e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	46
3.5.3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	47
3.6. Verilerin Analizi - İstatistiksel Yöntemler	48
4. BULGULAR	49
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	49
4.2. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	57
4.2.1. İnternet kullanımına ilişkin Sorular	57
4.2.2. İnternet tutumuna ilişkin puanlama	57
4.3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	58
4.4. Çapraz Tablolar	59
4.4.1. 4.4.1.Online Sağlık Arama Davranışının Bazı Sosyo- Demografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması	59
4.4.2. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği'nin Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması	64

4.4.3.Siberkondri Ölçeği'nin Bazi Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması	76
4.5. Ölçeklerin Güvenilirlikleri	83
4.5. Ölçekler Arasındaki İlişkiler	85
5. TARTIŞMA	87
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	101
7. ÖZET	105
8. ABSTRACT	107
9. KAYNAKLAR	109
10. EKLER	129
Ek 1 Anket Formu	129

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AB	Avrupa Birliği
ASOY-TR	Türkçeye Uyarlanmış Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5 (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
e-Heals	The eHealth Literacy Scale (e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)
ESEMeD	Avrupa Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Çalışması
HLS-EU	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
IBM SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
KAMB	Kişi ve Aile Merkezli Bakım
NAAL	Yetişkin Okuryazarlık Araştırmasının Ulusal Değerlendirmesi (National Assesment of Adult Literacy Survey)
OTC	Over-the-Counter (Reçetesiz Satılan İlaç)
RCT	Randomize Klinik Çalışma
SCÖ	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği
SED	Sosyoekonomik Durum
SGGM	Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SOY-SEN	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Sağlık İnanç Modeli kavramları	14
2.2. e-Sağlık okuryazarlığının bileşenleri	31
2.3. Sağlık anksiyetesinin temel tanı özellikleri	35
4.1. Çalışmamıza katılan kişilerin bazı sosyo-demografik özellikleri	50
4.2. Araştırmaya katılan kişilerin sağlık durumları	51
4.3. Araştırmaya katılan hastaların sağlık kuruluşuna başvuru durumu, başvurusunu etkileyen bazı etmenler	53
4.4. Araştırmaya katılanların internet kullanma durumları, internet yoluyla sağlık bilgisi edinme, hekimiyle paylaşma, hekiminden bu konuda bilgi alma durumları	54
4.5. Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili konularda internet kullanma durumları ve en sık kullanılan internet kaynakları	56
4.6. Sağlığı hakkında karar vermede internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünme ve internetteki sağlık kaynaklarına erişebilme durumu	57
4.7. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği internet tutumuna ilişkin puan ortalaması	58
4.8. Siberkondri alt ölçek (zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik) puanları ile Siberkondri toplam puan ortalamaları	58
4.9. İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumunun bazı sosyo-demografik ve klinik verilere göre karşılaştırılması-1	60
4.10 İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumunun bazı sosyo-demografik ve klinik verilere göre karşılaştırılması-2	61
4.11. İnternette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaşma ve olumlu/olumsuz tepki alma durumunun yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	63

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.12. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması	65
4.13. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının bazı sağlık durumu ve kronik hastalık/psikiyatrik hastalık/tanı konulmamış hastalık varlığına göre karşılaştırılması	67
4.14. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının sağlık kuruluşuna başvuru durumuna ve başvurusunu etkileyen bazı etmenlere göre karşılaştırılması	69
4.15. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının internet kullanma durumları, internet yoluyla sağlık bilgisi edinme, hekimiyle paylaşma, hekiminden bu konuda bilgi alma durumuna göre karşılaştırılması	71
4.16. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının interneti sağlıklı ilgili konularda kullanma durumları ve en sık kullanılan internet kaynaklarına göre karşılaştırılması	73
4.17. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı ve eğitim düzeyinin internette okuduğu bilgiler nedeniyle hekimi tarafından önerilen bir tedaviden vazgeçme durumuna göre karşılaştırılması	74
4.18. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı ve eğitim düzeyinin hekim önerisi dışında kendi bilgilerine, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak için hastaneye gitme durumuna göre karşılaştırılması	75
4.19. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması	77
4.20. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının bazı sağlık durumu ve kronik hastalık/psikiyatrik hastalık/tanı konulmamış hastalık varlığına göre karşılaştırılması	79

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.21 Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının internet kullanma ve beceri durumları ile interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma sıklıklarına göre karşılaştırılması	81
4.22. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının internette sağlık bilgisi ararken tercih edilen sitelere göre karşılaştırılması	82
4.23 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği güvenilirlik tablosu	83
4.24. Siberkondri Ölçeği güvenilirlik tablosu	84
4.25 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	85

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Yaşam Tarzı, Çevre ve Sağlık Durumu Arasındaki Karmaşık İlişki	9
2.2. Sağlık İnanç Modeli	15
2.3. Sağlık anksiyetesi bileşenleri	37
4.1. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği arasındaki korelasyon grafiği	86



1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Dünya Aile Hekimleri Birliği WONCA'nın tanımı ile Genel pratisyenlik / aile hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik aktivitesi ve birinci basamak bakım odaklı klinik bir uzmanlık alanı olan akademik ve bilimsel bir disiplindir (1). Aile hekimleri bireye, ailesine ve topluma yönelik, **kişi merkezli bir yaklaşım** geliştirir. Aile hekimliği kişisel olmayan patoloji veya “vakalar” ile değil, yaşam koşulları bağlamında kişilerle ve problemleriyle ilgilenir. Sürecin başlangıç noktası hastadır. Hastanın hastalıklarla nasıl başa çıktığını ve hastalık sürecinin kendisiyle nasıl başa çıkmakta olduğunu görmek de önemlidir. Ortak payda inançları, korkuları, beklentileri ve ihtiyaçları olan kişidir (1).

Aile hekimliğinin Dünya Aile hekimleri Birliği'nde (WONCA) tanımlanan bu çekirdek yeterliliği göz önüne alındığında, bireylerin dengelerini bozan bir durumla karşılaştıklarında; bu durumla nasıl başa çıktıklarını, hangi yolları izlediklerini bilmek, onlara doğru şekilde yardım edebilmek, hata yapmalarını önlemek açısından önemlidir.

“Bireylerin algılanan sağlık durumunu düzeltmek için üstlendikleri iyileştirici eylemler dizisi” sağlık arama davranışı olarak tanımlanmıştır. Özellikle, sağlık arama davranışı, hastalığın başlangıcı ve bir sağlık uzmanı ile temasa geçme arasındaki zamanda toplanan verilerle tanımlanabilir. Hastalıklar, sağlık hizmeti alan hastaların türü, hastanın önerilen tedaviye ne kadar uyumlu olduğu, sağlık uzmanı seçiminin nedenleri ve sağlık uzmanlarından yardım istememe nedenleri konularıyla ilgilenir (2).

Sağlık arama davranışına yönelik olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; sağlık hizmetlerinin belirli bağlamlarda aşırı kullanımı birçok çalışmada vurgulanmıştır. Bununla birlikte, zamanında sağlık hizmetine başvurma hayati kurtarıcı olabileceği ve ciddi durumlarda sağlık hizmetine başvurmada gecikme ve yetersiz kullanım da vurgulanmıştır (3). Bu nedenle bireylerin sağlık arama davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

Literatürde sağlık arama davranışının 3 şekinden bahsedilmektedir:

1.Geleneksel Sağlık Arama Davranışı: Geleneksel tıp uzun bir geçmişe sahiptir. Sağlığın korunmasında, fiziksel ve zihinsel hastalıkların tanı, iyileştirme veya önlenmesinde kullanılan farklı kültürlere özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır (4).

2.Profesyonel Sağlık Arama Davranışı: Rahatsızlığını gidermek isteyen bireyler en yakın sağlık kuruluşuna giderek burada tedavi alma girişiminde bulunabilir. Bu yöntemi tercih etmede kişinin hastalığı konusundaki inanç, beklenti ve algılamaları etkili olabilir (5).

3.Online (Çevrimiçi) Sağlık Arama Davranışı: Günümüzde bilgi teknolojileri alanındaki baş döndürücü gelişim, içerdiği iletişim devrimi ile daha önce ulaşılması zor, hatta imkansız olan, bilgilere hızlı ve eşit imkanlarla ulaşım olanağı sağlamıştır (6). İnternetin bir sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanılması, son on yılda dünya genelinde önemli ölçüde artmıştır (7). Birçok İnternet kullanıcısı, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinmek için internete girmiştir (8,9).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, Türkiye'de internet kullanım oranı 2016 yılı Nisan ayında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %61,2 olarak belirlenmiştir. İnterneti hemen her gün veya haftada en az bir defa kullanan bireylerin oluşturduğu düzenli internet kullanıcı oranı 2016 yılının ilk üç ayında %94,9'dur. İnternet kullanan bireylerin %65,9'u, 2016 yılının ilk üç ayında sağlıkla ilgili bilgi aramak amacıyla interneti kullandığını belirtmiştir (10).

İnterneti sağlık bilgisi aramak için kullanmak, kolay erişim, çok çeşitli resimli ve görsel-işitsel sağlık kaynaklarının mevcudiyeti ve uzmanların görüşlerini sorma fırsatı sağlama gibi pek çok avantaja sahiptir: (11). Ayrıca, anonimliği, kullanıcıların sağlık sorunlarını ifade etmelerini ve benzer bir durumda diğer insanlarla deneyimlerini özel olarak paylaşmalarını sağlamaktadır (12,13). İnternet, sosyal etkileşimin gelişmesine, yaşam durumlarıyla daha iyi başa çıkma, belirli hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edinme, duygusal rahatlama ve sağlık bilgisi arayanlar için klinik sonuçların iyileştirilmesine katkıda bulunabilmektedir (14).

Ancak bunun yanında sağlık bilgisi aramak için interneti kullanmanın olumsuz yönleri de vardır. Bir kişinin sağlık kaygısı ne kadar çoksa o kadar sıklıkla internetten sağlık bilgisi aramaya eğilimli olmakta ve aramadan sonra da sıkıntısı

artmaktadır (15). Online olarak sağlık bilgisi aramanın bir kısır döngü halinde sağlık kaygısı yaşayan bireyler arasındaki endişeleri ve belirsizliği artırdığı görülmektedir (16). Bununla birlikte, bu yanlış anlama, çevrimiçi olarak sağlık araştırmalarında yaygın olarak görülmekte ve sağlık kaygısını besleyebilmektedir. Bu fenomeni tanımlamak için, ‘siberkondri’ terimi kullanılmaktadır (15).

Sağlıkla ilgili internet araştırmaları, sıklıkla sağlık merkezi başvurularıyla sonlanmakta ve doktor-hasta ilişkisinde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu durum da sağlık hizmetlerinde daha ileri boyutta (örneğin “doktor doktor gezme”) harcamalara neden olabilmektedir (17–19) Bu nedenle, siberkondri düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

Nicola Diviani ve arkadaşları, 2014 -2015 yılları arasında Avustralya, İsrail, Hollanda, Norveç ve İsviçre’de ikamet eden katılımcılar arasında yapılan 165 nitel yarı yapılandırılmış görüşmenin sonucunda; insanların sıklıkla çevrimiçi sağlık bilgisi aradığını, ancak bilginin güvenilirliğini anlamak ve değerlendirmekte zorlandığını göstermişlerdir (20). Bu nedenle, bireylerin çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında rol oynayan veya diğer bir deyişle daha fazla e-sağlık okuryazarlığı için yeterli becerilere sahip olması önemlidir (21–23).

e-Sağlık ile meşgul olmak kendi başına bir beceri veya okuryazarlık gerektirmektedir. e-Sağlık okuryazarlığı kavramı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve elde edilen bilgileri bir sağlık sorununu ele alma veya çözme konusunda uygulama yeteneği olarak tanımlanmaktadır (23).

Yeterli seviyede sağlık okuryazarlığı olmayan bir toplum için medya ya da internet yoluyla iletilen sağlık bilgileri olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Kişilerin kendileri için uygun olmayan tedavileri deneyerek mevcut sağlık problemlerini artırmalarına, sağlık kaygılarının artmasına ve gereksiz poliklinik başvurularının artmasına neden olabilmektedir.

Aile hekimliğinin 12 özelliğinden biri hastanın güçlenmesini teşvik etmektir (1). Aile hekimliği, hastanın güçlenmesi ve kendini yönetme hedeflerini destekleme konusunda stratejik bir konumdur. Boylamsal bakım, multidisipliner bir yaklaşım, benzersiz bir danışma sürecine dayanan güçlü bir ilişki ve güvene dayalı, kişi merkezli bir yaklaşım, hastayı güçlendirmeyi amaçlayan sürekli bir eğitim

sürecinin başlangıç noktalarıdır (1). Bu bağlamda aile hekimleri kişileri kendi sağlık sorumluluklarını alabilmeleri için güçlendirmelidir. Bireylerin internetten sağlık bilgisi arama davranışları ve e-sağlık okuryazarlıkları konusunda daha fazla bilgi sahibi olunması bireyleri doğru şekilde yönlendirmeyi ve sağlık okuryazarlıklarını artırmayı kolaylaştırabilir. Böylece kişilerin sağlık düzeyi artırılarak, yanlış sağlık uygulamalarının (yanlış ilaç kullanımı, sağlığı tehdit eden diyet uygulamaları, uygun olmayan şekilde ilaçların bırakılması...) önüne geçilebilir. Ayrıca, internetten sağlık bilgisi arama konusundaki yanlış alışkanlıklar ve belki de düşük e-sağlık okuryazarlığıyla birlikte siberkondri düzeyi artabilir. Bu durum hem kişilerin refahını bozabilir hem de kaygıları nedeniyle gereksiz poliklinik başvurularını; dolayısıyla da hasta hekim iletişimini ve sağlık harcamalarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenlerle bireylerin internetten sağlık bilgisi arama davranışları, e sağlık okuryazarlıkları ve siberkondri düzeylerinin belirlenmesinin bilime, hasta refahına ve sağlık harcamalarının azaltılmasına büyük katkı sağlayacağı düşünülmektedir (12, 21).

Literatürde e-sağlık okuryazarlığıyla siberkondri ilişkisini değerlendiren çalışma bulunamamıştır. Ülkemizde e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar da sınırlı sayıdadır.

Bu çalışmada amaçlarımız;

- Sağlık arama davranışı olarak internetin ne düzeyde kullanıldığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- İnternetten sağlık bilgisi arayan kişilerin e sağlık okuryazarlık düzeyleri,
- İnternetten sağlık bilgisi arayan kişilerin siberkondri düzeyinin belirlenmesi,
- İnternetten sağlık bilgisi arama- e sağlık okuryazarlığı- siberkondri düzeyi arasında ilişki bulunup bulunmadığının belirlenmesidir.

Çalışmamızda e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) kullanılmıştır.

e-Sağlık Okuryazarlığı (E-Health Literacy) Ölçeği 2015 yılında Kanada Toronto Üniversitesinden Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner'ın çalışmaları sonucunda geliştirilmiştir (23). Coşkun ve Bebiş tarafından 2015 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ergenler üzerinde yapılmıştır. e-Sağlık

Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen tüm bulgulara göre, bu ölçeğin ergenlerde e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geçerli ve güvenilir biçimde kullanılabileceği belirtilmiştir (24). Ayrıca Zekiye Tamer Gencer tarafından 2017 yılında Türkçe formu 800 kişi üzerinde uygulanarak, geçerlik ve güvenirlik hesaplamaları yapılmış ve bunu sonucunda 8 maddeden oluşan Türkçe ölçek elde edilmiştir. Ölçeğin faktör yapısının tespiti için uygulanan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri hesaplamalarına bakıldığında ise, ölçek çalışmasının tek boyutlu bir yapı gösterdiği saptanmıştır. Faktör yapılarının geçerli olduğu, geneline ilişkin iç tutarlık katsayısının 0,863 olduğu, test-tekrar test güvenirliğinin 0,886 olduğu saptanmıştır (25).

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) kişilerin siberkondri durumlarının değerlendirilmesi için McElroy ve Shevlin tarafından 2014'te geliştirilmiştir (18). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yetişkinler üzerinde 2016'da Uzun ve Zencir tarafından yapılmıştır (26). SCÖ 33 önermeden oluşan; zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik alt boyutlarını içeren beşli likert tipinde ve sürekli bir ölçektir. Puan aralığı 33-165 arasındadır. Alınan puan ne kadar yüksekse kişinin siberkondri düzeyi o kadar yüksek demektir. SCÖ yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri (AFA, DFA) kullanılmıştır. Güvenirlik ise Cronbach alfa iç tutarlılık ile sınanmıştır (26).

2. GENEL BİLGİLER

2.1.SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

2.1.1.Sağlık Kavramı

Sağlık kavramını tanımlamak zordur ve bu tanım içinde bulunulan zamana ve kültüre göre değişiklik göstermektedir. Son 150 yıldır, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi; bu kavramın, kişilerin "yaşamlarını sürdürebilmelerinden", "hasta olmamalarına", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine", "mutluluk duygusuna sahip olmalarına" ve "iyilik halinin sağlanmasına" varıncaya kadar farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (27).

Aggleton'a göre sağlığı tanımlarken resmi ve resmi olmayan tanımlar şeklinde ayırmak gerekir. Resmi tanımlar, sağlık profesyonellerinin tanımlarıdır. Bunlar da kendi içinde pozitif ve negatif tanımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlığın resmi olmayan tanımları ile ifade edilmek istenen ise, sağlıkla ilgili konularda profesyonel olmayan kişilerin sağlığa ilişkin algılamalarıdır. Bu algılar zamanla ve kişilerin içinde bulundukları kültüre bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (28). Robinson, Elkan ve Boorse'a göre de sağlık kavramının tanımlanması zordur ve genellikle hastalığın (disease)' yokluğu biçiminde negatif yönden tanımlanması söz konusu olmaktadır. Bu tanımlamadaki en büyük problem ise bir bireyin “hasta” olarak nitelendirilmesinde her zaman evrensel bir ölçüt bulunmamasıdır (28–30).

Sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili olarak herkesin üzerinde fikir birliği etmiş olduğu bir tanım bulunmamaktadır (29). Sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili olarak bazı görüşler ele alındığında; Robinson ve Elkan'a göre sağlık, "kişilerin hayata katılabilme yeteneği" olarak tanımlanmaktadır (29). Hane halkı araştırmalarının sonuçlarına göre de Amerikalılar sağlığı, kişilerin neyi yapmaya ihtiyaç duyuyorlarsa onu yapabilme yeteneği olarak tanımlamaktadırlar (27).

Yukarıdaki tanımlara ek olarak, sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili en yaygın örnek Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yaptığı tanımdır. DSÖ'ne göre sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil,

fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur.” (31). McWhinney direkt olarak sağlığı tanımlamamış, ancak “iyileşmenin, en derin anlamda bütünlüğün restorasyonu olduğunu” ifade etmiştir. Bu anlamda DSÖ’nün sağlık kavramına benzer bir tanımlı kabul etmiş görünmektedir (32).

DSÖ Sağlık Tanımının Güçlü Yönleri şu şekilde belirtilmektedir (29,31).

- Sağlığı, dolayısıyla da bireyi biyo-psiko-sosyal bir bütün olarak ele alır.
- Sosyal belirleyicilere dikkat çeker.
- Sağlık tanımını ve sağlığın kendisini, salt sağlık profesyonellerinin ilgilendiği bir alan olmaktan çıkarıp farklı disiplinlerin ilgisine açan dinamik ve kapsamlı bir düzeye taşır.
- Sosyal iyilik vurgusu ile politik ilişkileri kavramın içine çeker, başka bir ifade ile sağlığı politize eder.
- Sağlığı bireysel potansiyelin temeli haline getirir.

DSÖ tanımının güçlü yönleri olsa da değişen zaman içinde bazı eksiklikler göze çarpmış ve yeni bir tanım arayışına girilmiştir. En büyük eleştiriler “tam” sözcüğünün mutlaklığıyla ilgilidir. Tam sözcüğü çoğu zaman çoğumuzun sağlıksız olmasına neden olacak ve tam sağlığa ulaşmak için harcanan sağlık giderleri artacaktır. İkinci olarak 1948’den beri yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıklarıyla ya da sakatlıklarıyla yaşayan insanların sayısı artmıştır. Bu kişiler kronik hastalıklarına ya da sakatlıklarına rağmen yaşamın sürekli değişen fiziksel, duygusal ve sosyal zorluklarıyla özerk bir şekilde başa çıkabilseler ya da kendilerini iyi hissetseler bile bu tanıma göre sağlıklı kabul edilememektedir. Üçüncü sorun, tanımın işlevsel olmayışdır. DSÖ hastalıkları sağlık, engellilik, işleyiş ve yaşam kalitesinin özelliklerini tanımlamak ve sınıflandırmak için çeşitli sistemler geliştirmiştir. Ancak, ‘tam’ bir duruma yapılan atıf nedeniyle, tanım “uygulanamaz, çünkü 'tam' ne işlevsel ne de ölçülebilirdir”(33,34). Bu nedenle Machteld Huber ve meslektaşları, sağlığı tanımlarken sosyal, fiziksel ve duygusal zorluklar karşısında uyum sağlama ve kendi kendini yönetme yeteneğine vurgu yapılmasını önermiştir (35). Dunn da sağlık ve iyilik hali arasında bir farklılık olduğunu belirtir. Sağlık hali bireyin çevresine uyumunun pasif bir durumuyken, iyilik hali bireyin potansiyelini tam olarak kullanmasına yönelik dinamik bir

gelişimi göstermektedir. İyilik hali kişinin doğası ve onun çevresi değiştikçe sürekli değişen bir durumdur (36).

2.1.2.Hastalık Kavramı

Günümüze kadar birçok hastalık tanımı yapılmıştır. Hastalık iki farklı anlam içermektedir (37).

Tıbbi açıdan hastalık (ing. disease): Bu anlamıyla hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder ve objektif bir kavramdır. Jennings'in hastalık tanımı kesinlikle mekaniktir: "Biyomedikal hastalık kanıtlanabilir patofizyoloji veya patokimyadır ve patolojik özelliklerin gösterilmesi ile teşhis edilir" ve "Hastalık bir fizik ve kimya meselesidir". Subjektif olarak deneyimlenen fenomenler, Jennings'e göre "sağlığın" zıttı olan "hastalıklar"dır (38). McWhinney hastalığı tanımlamamıştır, ancak McWhinney'in tutumları taban tabana zıt olmasına rağmen, görünüşe göre Jennings'in tanımıyla örtük olarak anlaşmıştır (32). Boorse hastalığı iki temelde eşdeğer şekilde tanımlamıştır. İlk olarak, sağlık tanımını eklemiştir: "Bir hastalık, sağlığı bozan bir tür iç durumdur; yani, tipik verimliliğin altında bir veya daha fazla işlevsel yeteneği azaltır"; bu sağlık-hastalık-sağlık çemberinden çıkar. İkincisi, hastalığı "normal fonksiyonel kabiliyetin bozulması, yani tipik verimliliğin altındaki bir veya daha fazla fonksiyonel kabiliyetin azalması veya çevresel ajanların neden olduğu fonksiyonel kabiliyetin kısıtlanması olan bir tür iç durum" olarak tanımlamıştır (30). Emerson'a göre hastalık; yalnızca sosyal durum nedeniyle veya geçici ve geri dönüşümlü çevresel değişim nedeniyle, bir insan organizmasının, hayatta kalması, üremesi veya hayattan tam olarak keyif alması (yaş için karakteristik) için potansiyel olarak dezavantajlı olduğu bir durumdur (39).

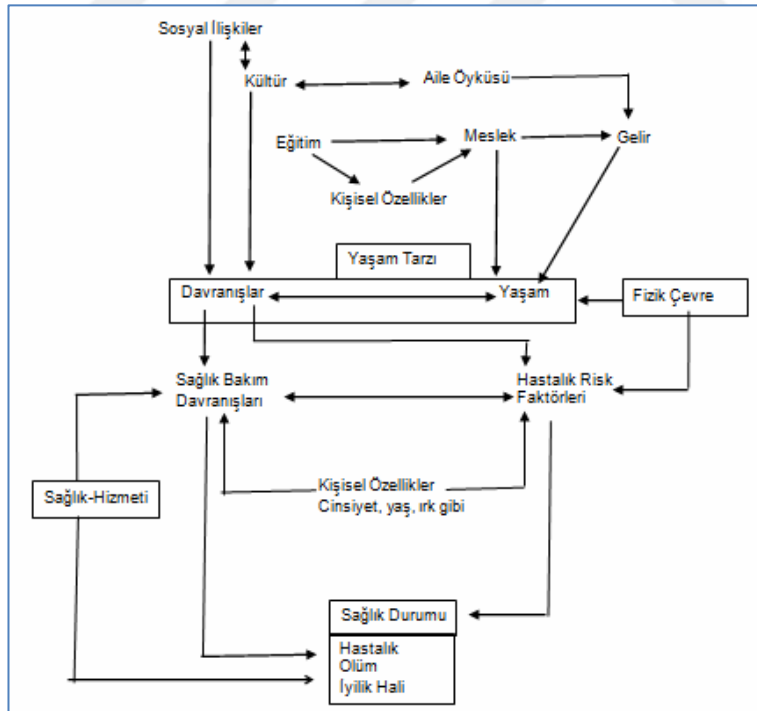
Toplumsal- kültürel içerikli bir kavram olarak birey açısından hastalık (ing. illness): Sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının, öznel (subjektif) deneyim içinde bireylerce algılanması, bireyin acı, rahatsızlık vb. duyma durumudur. Bu açıdan ele alınan hastalık durumu, bireyin tüm toplumsal yaşamından, organik bozukluğun neden olduğu biyolojik ve fiziksel sonuçlarından çeşitli biçimlerde etkilenir. Bireyin kendisi etkilendiği gibi çevresi de onunla birlikte etkilenir (40). McWhinney; rahatsızlığı (illness), nedeni olarak

tanımlanabilir bir organik hastalığa sahip olabilen veya olmayabilen, öznel olarak deneyimlenen bir durum olarak ele almıştır. Ona göre rahatsızlığın tedavisi ve rahatlatılmasında "bilimsel yöntem, bilginin birkaç yolundan sadece biridir" (32).

Jennings'e göre rahatsızlık (illness) ve hastalık (disease) kavramlarını ayırmak biyotıp yöntemleriyle altta yatan patolojinin ortaya çıkarılması ile mümkün olmaktadır (38).

2.1.3.Sağlığı Etkileyen Faktörler:

Sağlıklı olma durumunu etkileyen pek çok etmen vardır. Bu etmenlerden bir kısmı kişiye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik etmenler olduğu gibi kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır. Kişisel özelliklerin belirlenmesinde dahi çevresel etmenlerin önemli rolü olduğu bilinmektedir. Bireyin yaşadığı ortamın yanı sıra sosyal çevrenin de kişinin bilgi, tutum ve davranışlarının oluşmasında önemli etkisi bulunmaktadır (41). Şekil 2.1 yaşam tarzı, çevre ve sağlık durumu arasındaki karmaşık ilişkiyi göstermektedir(42).



Kaynak: Lawrence G, Potvin L. Health Promotion, and Social and Lifestyle Determinants of Health and Disease. In: Deteles R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford Textbook of Public Health. USA: Oxford University Press; 2002 p. 3–20.

Şekil 2.1. Yaşam Tarzı, Çevre ve Sağlık Durumu Arasındaki Karmaşık İlişki

2.2.SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI

Sağlık arama davranışı genellikle iki bağlamda araştırılmaktadır:

- Kişilerin mevcut sağlık sistemi içerisinde nereye başvurdukları ile ilgili araştırmalar ki buna “sağlık hizmeti arama davranışı” denilmektedir.
- Davranışın süreci ile ilgili çalışmalar. Bir başka deyişle kişilerin kendilerini iyi hissetmedikleri durumda neler yaptıklarını inceleyen araştırmalar ki buna da “sağlık arama davranışı” denilmektedir (43).

Sağlık arama davranışından bahsederken öncelikle hastalık davranışı, sağlık davranışı ve koruyucu sağlık davranışını birbirinden ayırmak gerekmektedir.

2.2.1.Hastalık Davranışı

Hastalık davranışı, sağlık arama davranışı ile eş anlamlıdır. Hastalık davranışı ilk olarak 1950’li yıllarda David Mechanic tarafından kullanılmış bir kavramdır. Semptom ve hastalıklar sonrası kişilerin davranışlarındaki değişiklikler ve bu davranışları etkileyen sosyokültürel çevresel ve psikolojik faktörleri tanımlamak için ortaya çıkmıştır (44). Kasl ve Komb 1966 yılında sağlık arama davranışını, kendilerinde bir sağlık problemi olduğunu algılayan veya hasta olan bireyler tarafından uygun bir çözüm bulmak amacıyla üstlenilen herhangi bir faaliyet olarak tanımlamıştır (45). Kasl ve Cobb 3 farklı davranış tipi tanımlamıştır:

1. Hastalığı önlemeye çalışan sağlık davranışı (e.g. Sağlıklı beslenme);
2. Çare/derman arayan davranış (e.g. Doktora gitme);
3. İyi olmak için gerekenleri yapma davranışı (e.g. verilen ilaçları alma, dinlenme..)

İncelenen literatüre dayanarak, sağlık arama davranışı, bireyin maksimum refah, iyileşme ve rehabilitasyonunun teşvik edilmesine yönelik eylemleri olarak tanımlanmaktadır. Bu, gerçek bir sağlık kaygısı için de sağlık kaygısı potansiyeli için de geçerlidir (46).

2.2.2.Sağlık Davranışı-Koruyucu Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı DSÖ tanımına göre; asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız olarak sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla, objektif olarak bu amaç için etkili olup olmadığına bakılmaksızın, birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyettir (47). Sağlıklı kalmaya çalışan sağlıklı insanlarla sınırlı değildir, aynı zamanda fiziksel olarak özürlü olan kişileri ve kronik hastalığı olan; diyeteye uyan, egzersiz yapan, sigara içmekten kaçınan, olumlu sağlık davranışı biçimleriyle kronik hastalıklarını kontrol altında tutmaya çalışan bireyleri de içerir (48).

Sağlık davranışı, koruyucu sağlık davranışı ile benzer kavramlardır. Bir kişinin bir hastalığı, kusuru, yaralanmayı ve sakatlığı önlemenin yolunu ifade etmektedir. Kasl ve Cobb ‘un tanımına göre “sağlık davranışı, asemptomatik bir aşamada hastalığın önlenmesi veya tespit edilmesi amacıyla, kendisinin sağlıklı olduğuna inanan bir kişinin (veya kendisinin) üstlendiği faaliyetleri” ifade etmektedir (45). Başka bir deyişle sağlık davranışı, istenmeyen bir sağlık durumunun ortaya çıkmasını önleme veya tespit etme eğiliminde olan sağlıklı olduğuna inanan bir kişi tarafından asemptomatik bir aşamada gönüllü olarak üstlenilen, bireysel olarak onaylanan, sosyal olarak değerlendirilen ve tıbbi olarak önerilen bir eylemdir (49).

Sağlık davranışı ile yakından ilişkili olan koruyucu sağlık davranışı, “bir kişi tarafından algılanan veya gerçek sağlık durumundan bağımsız olarak, sağlığını teşvik etmek veya korumak için, etkili olsun veya olmasın, herhangi bir davranış olarak tanımlanmaktadır” (50). Bu durumda, bireyin sağlık durumuna bakılmaksızın eylem yapılır. En geniş anlamda, sağlık davranışı, sağlıklı bir fiziksel ve zihinsel durumun kurulması ve sürdürülmesi ile ilişkili tüm davranışları içermektedir (51).

2.2.3.Sağlık Davranış Modelleri

ABD halk sağlığı araştırmacıları, 1950'lerde, sağlık eğitimi programlarının etkinliğini artırmak için tasarlanmış psikolojik modeller geliştirmeye başlamıştır (52)(53). Literatür tarandığında en sık kullanılan teorilerin Planlı Davranış Teorisi, Hastalık İnanç Modeli, Sosyal kavramsal teori, Transteorik Model olduğu görülmüştür (54). Sağlık inanç modeli, bireyin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri, medikal davranışlarını ve semptom yönetimini anlamak için kullanılan en eski, belki de en çok kullanılan modeldir (55). Kişilerin sağlık arama davranışını etkileyen faktörlere geçmeden önce 'Sağlık İnanç Modeli' (SİM) aşağıda kısaca özetlenmiştir.

2.2.3.1.Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inançları ve davranışları arasındaki ilişki öncelikle Lewin'in (1951) "değerlik" fikri açısından kavramsallaştırılmıştır (56). Rosenstock, ilk sağlık inanç modeli (SİM) araştırmasını Hochbaum'un tüberküloz X-ışını taramasının alınması ile ilgili çalışmalarına bağlamıştır. Hochbaum, tüberküloza karşı akciğer grafisi ile taramaya katılan kişilerde katılmayanlara göre asemptomatik dönemde tarama yapılmasının faydalı olduğuna dair inanç farkı olduğunu bulmuştur (57)(53). Benzer şekilde, Kegeles (58) tarafından yapılan prospektif bir çalışma, akla gelebilecek en kötü diş sorunlarına karşı algılanan duyarlılığın ve diş hekimine yapılan ziyaretlerin bu sorunları önleyebileceğine dair farkındalığın, önümüzdeki üç yıl içinde diş hekimi ziyareti sıklığının yararlı yordayıcıları olduğunu göstermiştir. Haefner ve Kirscht (59) araştırmalarında, katılımcıların algıladıkları ciddiyeti, duyarlılığı ve bekledikleri faydayı artırmaya yönelik "Sağlık İnanç Modeli" tabanlı bir eğitim girişiminin, eğitim verilmeyen gruba göre sekiz aylık takip sürecinde daha fazla kontrol muayenesiyle sonuçlandığını göstermişlerdir. Böylece, 1970'lerin başında bir dizi çalışma SİM'nin sağlık davranış kalıplarındaki bireysel farklılıkları anlamak ve davranış değişikliği müdahaleleri tasarlamak için yararlı bir çerçeve belirlediğini ileri sürmüştür.

SİM, bireylerin sağlık ve sağlık davranışlarını temsil etmelerinin iki yönüne odaklanmıştır: tehdit algısı ve davranışsal değerlendirme. Tehdit algısı iki temel

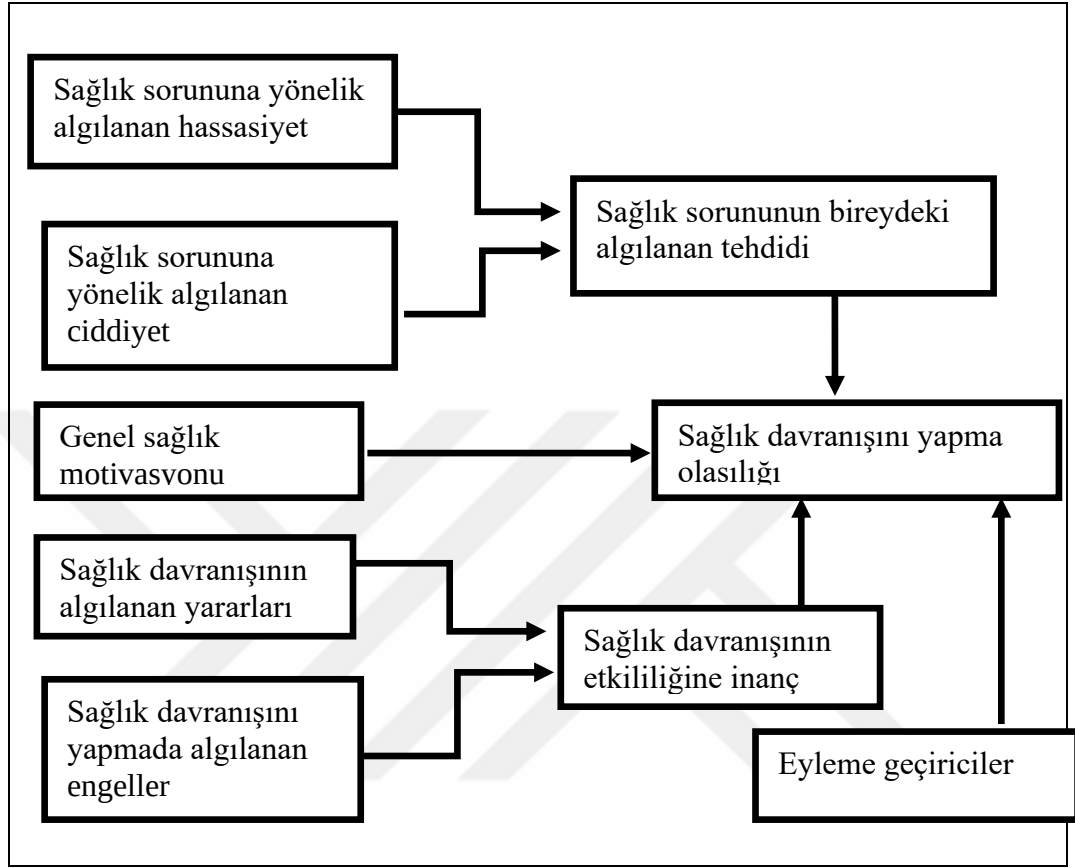
inanç olarak yorumlanır: hastalık veya sağlık sorunlarına karşı algılanan duyarlılık ve hastalıkların sonuçlarının beklenen şiddeti. Davranışsal değerlendirme aynı zamanda iki farklı inanç kümesinden oluşur: önerilen bir sağlık davranışının yararları ya da etkililiği ile ilgili olanlar ve davranışı harekete geçiren maliyetler ya da engeller ile ilgili olanlar. Ek olarak, model, harekete geçirici ipuçlarının, uygun inançlar bulunduğu anda sağlık davranışını aktive edebileceğini öne sürmüştür (60).

Bireyin sağlıkla ilgili davranışları; sağlığına verdiği değer, hastalık ve hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlarından etkilenmektedir (41). SİM, bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak üzere birkaç bileşen kullanmaktadır (61). Conner ve Brkshire'in (60) bildirdiğine göre, SİM bileşenlerinin neler olması gerektiğine ilişkin yapılan 46 kalitatif çalışmada; ciddiye, yarar, duyarlılık ve engel algısının SİM'in en temel bileşenleri olduğu saptanmıştır. Öz etkililik/yeterlilik ise modele sonradan eklenmiştir (61). Son yıllarda Rohleder tarafından yazılmış olan bir kaynakta, SİM için sekiz bileşen bildirilmiştir (55). Bunlar; algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiye, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığıdır. Çizelge 2.1 SİM'nin en yaygın tanımı olan dört kavramı ve sonradan eklenen 2 bileşeni göstermektedir (62).

Çizelge 2.1: Sağlık İnanç Modeli kavramları

Kavramlar	Açıklamalar
Algılanan duyarlılık	Kişinin bir hastalığa yakalanabileceğine ihtimal vermesi
Algılanan ciddiyet	Kişinin bu hastalığın, hastalığın tedavisinin ve sonuçlarının ne kadar ciddi olabileceğini değerlendirmesi
Algılanan yarar	Kişinin tavsiye edilen önlemin riski nasıl düşüreceğini veya hastalığın etkisini nasıl azaltacağını değerlendirmesi
Algılanan engel	Kişinin tavsiye edilen bir eylemin ne kadar zor olabileceğini veya hem psikolojik hem fizyolojik olarak nelere mal olacağını değerlendirmesi
Eylem ipuçları	Kişinin motivasyonunu artıracak olay ve stratejiler
Öz yeterlilik	Kişinin eyleme geçebileceğine olan güveni
Kaynak: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Jossey-Bass; 2008	

Sağlık inanç modeline göre sağlık algısı dışında sağlık davranışını etkileyen diğer faktörler şekil 2.2’de özetlenmiştir (55).



Kaynak: Rohleder P. Understanding and Changing Health Behaviours. In: Critical Issues in Clinical and Health Psychology. London: SAGE Publications; 2012. pp. 45–7

Şekil 2.2: Sağlık İnanç Modeli

2.2.4.Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, bireysel düzeyde eğitim ve bilgi vermenin, davranışlardaki bir değişikliği teşvik etmek için kendi başına yeterli olmadığı konusunda genel bir fikir birliği vardır (63). Yerel sağlık ihtiyaçları algılarını, sağlık karar alma sürecini ve yerel halkın endişelerini ve düşüncelerini anlamak, herhangi bir sağlık koşulunda sağlık arama davranışını anlamada anahtar bileşenlerdir (62).

Hastalık algıları, hastaların hastalıkları hakkında sahip oldukları organize bilişsel temsiller veya inançlardır. Bu algılar, davranışın önemli belirleyicileri

olarak bulunmuştur ve tedaviye uyum ve fonksiyonel iyileşme gibi bir takım önemli sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (64,65).

Sağlık ve hastalık ile ilgili bireysel algılara ilişkin araştırmalar bir süredir birikmektedir ve kişinin sağlık davranışı üzerinde önemli sonuçları olduğu ortaya çıkmaktadır (66). Cinsiyet ve yaşın, insanların sağlık algılarını, geçmişleri ve çevresel faktörleri kadar etkilediği bulunmuştur. Genel olarak, sıradan insanların sağlık ve hastalık bakış açısının, tek bir sürekliliğin zıt uçlarındaki yapılar olarak değil, iki farklı fakat örtüşen yapı olarak görülmesinin gerekli olduğu kabul edilmektedir (67).

İnsanların sağlıklarını algılama biçimleri, çevresel, kültürel ve sosyoekonomik koşulların yanı sıra karmaşık bir dizi faktörden de etkilenmektedir. Yaşlandıkça, sağlıklı olma algısı hem kadınlar hem erkekler için giderek düşmektedir. Genellikle erkeklerin sağlıklarını iyi olarak algılama durumları kadınlardan daha fazladır. Avrupa istatistik ofisine göre farklı yaş gruplarına bakıldığında, 16 ila 44 yaş arası olanlar için, 2017 yılında AB'deki kadınların %87'sinin, erkeklerin %88'inin sağlık durumunu iyi hissettiğini belirlemiştir. Bu, 45-64 yaş arası kadınların %65 ve erkeklerin %69'una, 65 yaş ve üstü hastalar için sırasıyla %39 ve %45'e düşmüştür. Hemen hemen tüm Avrupa Birliği'ne üye devletlerde, erkeklerin kadınlardan daha büyük bir kısmının, sağlık durumunun iyi olduğu algısına sahip olduğu ve farkın yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir (68).

Sosyo-ekonomik durum, cinsiyet, etnik köken ve yaş gibi demografik özelliklerin, sağlıkla ilgili önleyici davranış kalıpları (örneğin morbidite ve mortalite farklılıklarını öngören davranış kalıpları) ve sağlık hizmetlerinin farklı kullanımı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (57). Hizmetler kamu tarafından finanse edildiğinde bile, sosyo-ekonomik durum sağlıkla ilgili davranış kalıplarıyla ilişkilendirilmiştir. Demografik ve sosyo-ekonomik özellikler sağlık eğitimi yoluyla değiştirilememiştir, ancak sağlıkla ilgili davranış kalıpları ile ilişkili potansiyel olarak değiştirilebilir diğer bireysel özelliklerin eğitim müdahaleleri ile değiştirilebileceği ve böylece sağlık davranış kalıplarının toplum düzeylerinde değişebileceği varsayılmıştır (60).

2.2.5.Sağlık Hizmeti Arama Davranışını Etkileyen Faktörler

İncelenen birçok farklı hastalık davranışı türü vardır. Fiziksel veya zihinsel belirtiler yaşayan bazı kişiler yardım için tıbbi bakım sistemine başvurur; diğerleri kendi kendine yardım stratejilerine yönelebilir; diğerleri ise semptomları ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunabilir. Örneğin, tekrarlayan baş ağrısı semptomları olan bir kişi rahatlatma için tamamlayıcı veya alternatif tıbbi başvurabilir. Bununla birlikte, ani başlayan şiddetli baş ağrısı, bireyin doğrudan hastanenin acil servisine gitmesine yol açabilir. Her durumda, hastalık davranışına genellikle semptomların anlamının güçlü subjektif yorumları aracılık eder. Baş ağrısı çeken bir kişi baş ağrısını açlığa bağlarsa tedavi olarak yemek yemeyi seçerken, beyin kanaması geçirdiği için başı ağrıdığını düşünen bir kişi vakit kaybetmeden acil servise başvurur. Her tür insan davranışında olduğu gibi, birçok sosyal ve psikolojik faktör davranış şekline etki eder ve bireyde ifade edilen hastalık davranışının türünü belirler. Herhangi bir kültürel bağlamda, sağlık arayan çoğu davranışın ön koşulu, semptomların algılanmasıdır. Bu nedenle kilit önem taşıyan durum; semptomların, etkilenen kişiler ve etrafındaki kişiler tarafından yorumlanma biçimidir – “semptomların” anlamı, nedenin atfedilmesi ve uygun ve etkili tedaviler hakkındaki inançlar (69–71).

Farklı insanlarda aynı hastalık belirtileri bulunmasına rağmen aynı sürede doktora başvurmadıkları ya da sağlık arayışına girmedikleri bilinmektedir. Zola’ya göre sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden biri de hastalık belirtileriyle baş etme yeteneğidir. Zola, insanların çok hasta olduklarında danışmaktan çok, hastalık belirtilerine uyum yetenekleri bozulduğunda daha sık danıştıklarını ileri sürmüştür (72). Zola tıbbi bakıma karar verme sürecini etkileyen 5 “tetikleyici” saptamıştır (72).

1. Kişisel bir krizin varlığı (örneğin, aile içinde bir ölüm gibi)
2. Sosyal ve kişisel ilişkilerin engellendiğinin algılanması
3. Yaptırımın olması (çevresindeki kişilerin yardım alması gerektiği konusunda baskı yapması)
4. Mesleki ya da fiziksel aktivitelerin engellendiğinin algılanması
5. Belirtiler için zaman tanıma (son bir zaman belirleme, örneğin, eğer pazartesi de aynı şekilde hissedersen gibi.)

Mechanic ve Volkart (69) tıbbi yardım alma kararını etkileyen hastalığa ilişkin dört boyut saptamışlardır:

1. Bir toplumda hastalığın ne sıklıkla ortaya çıktığı
2. Hastalık bulgularının iyi bilinmesi
3. Hastalık sonuçlarının tahmin edilebilirliği
4. Hastalıktan kaynaklanması muhtemel kayıp ve tehdidin büyüklüğü

Bir hastalığın toplum içinde görülme sıklığı, belirtilerinin, hastalık seyrinin ve sonuçlarının ne kadar bilindiği toplum içindeki bireylerin sağlık arama davranışlarını da etkilemektedir. Mechanic ve Volkart, bireyin hastaneye gitme sürecini etkileyen 10 değişken belirlemiştir (69).

1. Belirti ve işaretlerin olağandışı algılanması ya da bu belirti ve işaretlerin görünebilir, tanınabilir olması
2. Belirtilerin ne ölçüde ciddi olarak algılandığı (yani kişinin şimdi ve gelecekteki olası tehlikeyi hesaplaması)
3. Belirtilerin aile, çalışma yaşamı ve diğer sosyal aktivitelerini ne ölçüde bozduğu
4. Belirti ve işaretlerin ortaya çıkış sıklığı ve ısrarcılığı
5. İşaret ve belirtileri değerlendiren kişinin dayanma gücü
6. Kişinin algıladığı belirtilere ilişkin ön bilgisi, kültürel tutum ve anlayışı
7. Hastalığı reddetmeye neden olan temel ihtiyaçlar
8. Hastalık tepkileriyle mücadele etmeye yönelik ihtiyaçlar
9. Hastalık tanımlandığında, belirtilere atfedilen olası yorumlarla mücadele etmeye hazır olma
10. Tedavi kaynaklarına ulaşabilme durumu, fiziksel yakınlık, yardım almanın psikolojik ve parasal giderleri (yalnızca fiziksel mesafe, para, zaman ve çaba harcama yönünden değil, aynı zamanda küçük düşürülme duygusu, sosyal mesafe konması ve damgalanma gibi giderlerinin olması)

Sağlık bakımından yararlanmayı belirleyen etmenler genellikle 4 grupta değerlendirilmektedir (73).

1. **Predispozan etmenler:** yaş, cinsiyet, din, global sağlık değerlendirilmesi, önceki hastalık deneyimleri, formal eğitim, sağlık hizmetlerinin yapısı ve kişilerin bu hizmetlere karşı tutumu, hastalık konusunda bilgi

2. **Yapabilirlik etmenleri:** hizmetlerin varlığı, hizmetin maliyeti ve hizmeti satın almak için finansal kaynaklar, sağlık güvencesi, sosyal destek ağları
3. **Gereksinim etmenleri:** semptomun şiddeti, bildirilen hastalık için hasta olunan günlerinin toplam sayısı, yatakta kalınan gün miktarı, iş ya da okula gidememe, sorunla başa çıkabilmek için dış yardım gereksinimi
4. **Tedavi eylemleri:** ev ilaçları (herbal ya da tıbbi), medikal ilaçlar, OTC (over-the-counter) ilaçlar, geleneksel iyileştiriciler, özel tıp kurumları, devlet sağlık hizmetleri

2.2.6.Sağlık Hizmeti Arama Davranışı Seçenekleri

Literatürde sağlık arama davranışının 3 şeklinden bahsedilmektedir:

Geleneksel Sağlık Arama Davranışı: Bireyler hastalıklarını veya rahatsızlıklarını gidermek için profesyonel dediğimiz tıbbi tedavi merkezlerine gidebilir veya doğrudan hekimle iletişime geçebilir. Bu yöntem dışında geleneksel yöntem dediğimiz çare arama davranışı için; hocalar, büyücüler, arkadaş çevresi ve bitkisel ilaçlarla da temasa geçebilir (74,75). Geleneksel tıp uzun bir geçmişe sahiptir. Sağlığın korunmasında, fiziksel ve zihinsel hastalıkların tanı, iyileştirme veya önlenmesinde kullanılan farklı kültürlere özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır (4). Randevu almaya gerek olmaması, verilen hizmetin bedelinin düşük olması, kullanılan araç ve gereçlerin hastanın veya uygulayıcının elinde bulunması gibi faktörler geleneksel tedavileri tercih etmenin temel etmenleri olarak görülmektedir (76).

Profesyonel Sağlık Arama Davranışı: Rahatsızlığını gidermek isteyen bireyler en yakın sağlık kuruluşuna giderek burada tedavi alma girişiminde bulunabilir. Bu yöntemi tercih etmede kişinin hastalığı konusundaki inanç, beklenti ve algılamaları etkili olabilir (5). Cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik durum (SED) ve yakınmanın tipi hekime başvurma oranını etkilemektedir. Kadınlar erkeklerden, yaşlılar gençlerden, SED düşük olanlar SED yüksek olanlardan, kentte yaşayanlar kırsal bölgede yaşayanlardan daha fazla sağlık bakımı aramaktadır (77).

Online (Çevrimiçi) Sağlık Arama Davranışı: Günümüzde bilgi teknolojileri alanındaki baş döndürücü gelişim, içerdiği iletişim devrimi ile daha önce ulaşılmaması zor hatta imkansız olan bilgilere hızlı ve eşit imkanlarla ulaşım

olanağı sağlamıştır (6). İnternetin bir sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanılması, son on yılda dünya genelinde önemli ölçüde artmıştır (7). Birçok İnternet kullanıcısı, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinmek için İnternete girmiştir (8,78).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, Türkiye'de internet kullanım oranı 2016 yılı Nisan ayında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %61,2 olarak belirlenmiştir. İnterneti hemen her gün veya haftada en az bir defa kullanan bireylerin oluşturduğu düzenli İnternet kullanıcı oranı 2016 yılının ilk üç ayında %94,9 'dur.2016 yılının ilk üç ayında internet kullanan bireylerin %65,9'u sağlıkla ilgili bilgi aramak amacıyla interneti kullandığını belirtmiştir (10).

Uluslararası Telekomünikasyon Birliğinin 2019 yılında yayımladığı rapora göre dünya genelinde internet kullanım oranı 2005'ten 2019'a kadar %17 artarak %53'ün üzerine çıkmıştır. Dünya çapında internet kullanım oranı kadınlarda %47, erkeklerde %58 düzeyindedir. Neredeyse tüm dünya nüfusu (yüzde 97) bir mobil hücresel sinyalin erişebileceği bir yerde yaşamaktadır (79).

Hastaların sağlıkları ile ilgili konularda internet üzerinden yaptıkları araştırmalardaki motivasyonlarının iki boyutta toplanabildiği tespit edilmiştir (80). Birinci boyut, bireyin/hastanın hastaneye ya da doktora gitmeden önce kendi kendine bağımsız araştırma sürecidir. Bu süreçte hasta internet üzerinde hastalığına ilişkin bilgi araştırarak doktora gitme ihtiyacının olup olmadığını tespit etmektedir. İkinci boyut hastane ya da doktor ziyareti sonrası internet üzerinde yapılan bilgi araştırma sürecidir: Bu süreçte ise, ihtiyaç duyulan ek bilginin temin edilmesi ya da sağlık uzmanının kendisi ile paylaştığı bilgiden tatmin olmama, yetinememe veya değerlendirme ihtiyacı duyma durumunda ortaya çıkan bilgi edinme sürecidir (80).

Hasta merkezli iletişim yoksunluğu muayene sürecinin sonucunda ortaya çıkmakta ve bireyler internete yönelebilmektedir (81). Bireyler sağlıkla ilgili uzman görüşmelerinden memnun kalmadıklarında veya sağlık hizmeti sunanlar ihtiyaçlarını karşılamadığında kendilerini bilgilendirmek ve güçlendirmek için internete başvurabilmektedirler (82).

İnterneti sağlık bilgisi aramak için kullanmak kolay erişim, çok çeşitli resimli ve görsel-işitsel sağlık kaynaklarının mevcudiyeti ve uzmanların görüşlerini sorma fırsatı sağlama gibi pek çok avantaja sahiptir (11). Ayrıca, anonimliği, kullanıcıların sağlık sorunlarını ifade etmelerini ve benzer bir durumda diğer insanlarla

deneyimlerini özel olarak paylaşımlarını sağlamaktadır (12). Sosyal medya üzerinden sağlık bilgisi arayan kişilerin %40'ı kişisel sağlık deneyimlerini de paylaşmaktadır (13). İnternet, sosyal etkileşimin gelişmesine, yaşam durumlarıyla daha iyi başa çıkma, belirli hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edinme, duygusal rahatlama ve sağlık bilgisi arayanlar için klinik sonuçların iyileştirilmesine katkıda bulunabilmektedir (14). İnternet, bilginin kullanılabilirliğini artırarak, sosyal destek sağlayarak, öz yeterlik duygularını iyileştirerek ve sağlık sistemi ile etkileşimi kolaylaştırarak sağlık sonuçlarını iyileştirebilmektedir (12,83). Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı ayrıca, özellikle ihtiyaç duyulduğunda derhal sağlık hizmetlerine erişmekte zorlananlar için, sağlık hizmeti sağlayıcılarından doğrudan bilgi alma gibi, sağlık bilgisi elde etmenin daha geleneksel yöntemlerine bir alternatif olarak hizmet edebilmektedir (84).

2.3.İNTERNET VE AİLE HEKİMLİĞİ

WONCA Avrupa Bölgesi tarafından yapılan tanıma göre; Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlıktır (1). Disiplini tanımlayan 12 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 yetkinliği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanmıştır:

1. Birinci basamak yönetimi (a, b)
2. Kişi merkezli bakım (c, d, e, f)
3. Özgün problem çözme becerileri (g, h)
4. Kapsamlı yaklaşım (i, j)
5. Toplum yönelimli olma (k)
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme (l)

Bu 6 çekirdek yeterlik altında toplanan Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri şunlardır:

- a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

- b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal bakım sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f. Hastanın güçlendirilmesini sağlar
- g. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.
- l. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

Aşağıda aile hekimliği özelliklerinden bazılarının internetle ilişkisi incelenmiştir.

b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.

Bu eşgüdüm sağlama rolü, nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar özelliklerinden biri olan ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlayan verimliliği (maliyet-etkin olma) oluşturur. Farklı hizmet sunucularının sentezi, bilginin uygun dağıtımı ve tedavi düzenlemeleri, eşgüdüm biriminin varlığına bağlıdır. Aile hekimliği ancak yapısal koşullar izin verirse bu çok önemli görevi yerine getirebilir. Hastanın çevresinde tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip oluşturma hizmetin niteliğini artırır. Diğer uzmanların

sunduğu hizmetlerle teması yöneterek aile hekimliği, ikinci basamaktaki yüksek teknoloji hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde ulaşmalarını sağlar. Savunmanlık yaparak gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk etmek, disiplinin temel görevidir.

Türkiye’de son zamanlarda sağlıkla ilgili bilgi aramak amacıyla internet kullanımı %65.9a kadar yükselmiştir (10). İnternette daha sık sağlık bilgisi aranması genellikle sağlık merkezi başvurularıyla sonlanmakta ve hem sağlık giderleri artmakta hem de doktor-hasta ilişkilerinde bozulmalara yol açmaktadır (17–19). Daha sık sağlık sistemi başvurusu daha fazla tetkik, daha fazla komplikasyon anlamına gelebilir. Bu nedenle aile hekimleri hastaları internette doğru bilgiye nasıl ulaşacakları, sağlık alanında interneti nasıl kullanacakları konusunda bilgilendirmelidir. İnternet doğru kullanıldığında sağlık sistemiyle etkileşimi kolaylaştırarak sağlık sonuçlarını iyileştirebildiği için aile hekimleri interneti doğru kullanan bir toplum oluşturmayı hedeflerse hem sağlık kaynakları daha verimli kullanılır, hem de hastalar gereksiz sağlık sistemi başvurularından, gereksiz tetkiklerden ve komplikasyonlardan korunarak hasta adına savunuculuk görevi yerine getirilmiş olur (12,83).

c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir. Sürecin başlama noktası hastadır. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan kişidir (1). Hasta ve aile merkezli bakım, sağlık hizmeti sunucuları, hastalar ve aileler arasında karşılıklı yarar sağlayan ortaklıklara dayanan sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesine yönelik bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır. Her yaştan, her bakım düzeyindeki insanlarla ve tüm sağlık ortamlarında iş birliğine önem vererek sağlık bakımındaki ilişkileri yeniden tanımlamaktadır. Hasta ve aile merkezli bakımda, hastalar ve aileler “ailelerini” tanımlarlar ve bakım ve karar alma süreçlerine nasıl katılacaklarını belirlerler.

Temel amaç, bireylerin ve ailelerin sağlığını ve refahını teşvik etmek ve kontrolünü sürdürmektir (85).

Kişi ve Aile Merkezli Bakımda 4 Temel Kavram onur ve saygı, bilgi paylaşımı, katılım ve işbirliğidir (86).

Onur ve Saygı: Sağlık çalışanları hasta ve aile perspektiflerini ve seçimlerini dinler ve onurlandırır. Hasta ve aile; bilgisi, değerleri, inançları ve kültürel geçmişleriyle birlikte bakımın planlanması ve sunumuna dahil edilir.

Bilgi paylaşımı: Sağlık çalışanları, doğru ve yararlı yollarla hastalarla ve aileleriyle tam ve tarafsız iletişim kurar ve bilgi paylaşırlar. Hastalar ve aileler, bakım ve karar alma süreçlerine etkin bir şekilde katılmak için zamanında, eksiksiz ve doğru bilgiler alır.

Katılım. Hastalar ve aileler, seçtikleri düzeyde bakım ve karar alma süreçlerine katılmaya teşvik edilir ve desteklenir. Bu paylaşılmış karar alma kavramının temel özelliğidir.

İşbirliği. Hastalar, aileler, sağlık çalışanları ve sağlık liderleri; tesis tasarımında; mesleki eğitimde ve araştırmada, politika ve program geliştirme, uygulama ve değerlendirme konularında olduğu gibi bakımın sağlanması da işbirliği yaparlar.

Son on yılda, artan sayıda Bilimsel Kuruluş, Kişi ve Aile Merkezli Bakım (KAMB)'ı kaliteli sağlık bakımının temel bir unsuru olarak kabul etmektedir. Klinik çalışmalar, KAMB'ın klinik sonuçları iyileştirdiğini, tedavilere daha iyi uyumu, sağlık çalışanları ve hastaları için daha fazla memnuniyetin yanı sıra maliyetlerin ve yasal sorunların azaltılmasını sağladığını göstermektedir. Hekim - hasta ilişkisindeki geleneksel paternalistik yaklaşım, daha hasta merkezli bir ilişkiye doğru kaymaktadır ve hastalar sağlıkları hakkında karar verme konusunda giderek daha fazla rol almaktadır (87–89). Hastalar kendilerini etkileyen kararlar alınırken daha aktif rol almak istemektedir(90). Bu değişiklikler “*bensiz benimle ilgili hiçbir şey*” ilkesi ve hasta merkezli tıbbın gelişimi (Kişi ve Aile Merkezli Bakım) tarafından yansıtılmaktadır (91). Bu, daha bilinçli karar almak için internette daha fazla sağlık bilgisi arayan hastalara neden olmuştur (92).

KAMB'dan bahsederken ‘paylaşılmış karar alma’ modelini de açıklamak gerekir. Paylaşılmış Karar Alma, KAMB ilkelerini temel alır ve daha da

derinleştirir (93,94). Paylaşılmış Karar Alma, 'klinisyenlerin ve hastaların karar verme göreviyle karşılaştıklarında mevcut en iyi kanıtları paylaştıkları ve hastaların seçenekleri göz önünde bulundurmaları, bilinçli tercihlere ulaşmaları için desteklenmeleri ” şeklinde tanımlanmıştır (95). Hastalar adına karar veren klinisyenler yerine, 'Paylaşılmış Karar Alma Modeli' sağlık hizmetleri politikasında giderek daha fazla önem kazanmaktadır (96–98).

Paylaşılmış Karar Alma Modeli, hastalar tarafından bilgi kazanımı, kararlara daha fazla güven, daha aktif hasta katılımı ve birçok durumda bilgilendirilmiş hastaların daha konservatif tedavi seçeneklerini seçtiğini gösteren 86 randomize çalışmanın kanıtlarıyla desteklenmektedir (99).

Standart danışmanlıktan kaynaklanan karar kalitesinin yetersiz olduğu bilinmektedir (100). Karar yardımcıları (hastaların tedavi seçenekleri hakkında karar vermelerine yardımcı olmak için tasarlanan bilgilendirici belgeler), danışmanlığa ek olarak kullanıldığında, karar kalitesini iyileştirmekte ve cerrahi tedavilerin aşırı kullanımını yüzde 25 azaltmaktadır (100). Karar yardımcıları, baskı, video ya da Web paylaşımı şeklinde olabilmektedir (96). Karar yardımcıları, “seçenekler” hakkında dengeli kişiselleştirilmiş bilgiler sunarak, hastaların bu seçeneklerin kişisel değeri hakkında bilinçli yargılara varmaları için yeterli ayrıntıyı sunmaktadır. Bir karar yardımcısının amacı, karar kalitesini iyileştirmek ve durum, seçenekler, sonuçlar ve olasılıklar hakkında gerçekler sunarak ilgili gereksiz uygulama varyasyonlarını azaltmak; hastaların kendileri için en önemli sonuçları değerlendirmelerini açıklığa kavuşturmak ve hastaları müzakere ve iletişim adımlarında yönlendirerek bilgilendirilmiş değerlerine uygun bir seçim yapmalarını sağlamaktır.

Cochrane Collaboration, paylaşılmış karar almaya yönelik karar yardımcılarının elliden fazla randomize klinik çalışmasını (RCT) sistematik olarak gözden geçirmiştir (99–101). İnceleme, karar yardımcılarının hastaların karar alma süreçlerine katılmalarına yardımcı olduğunu ve değerleriyle tutarlı bilgilendirilmiş seçimler sağladığını doğrulamaktadır. Özellikle, en önemli etkileri olarak aşağıdakiler belirtilmiştir:

- Hastalarda artan bilgi puanları

- Hastaların yarar ve zarar görme ihtimaline ilişkin gerçekçi algılarındaki iyileşmeler
- Daha az karar çatışması
- Karar vermede pasif olan hasta sayısında azalma
- Danışmanlık sonrası kararsız kalan az sayıda hasta
- Bir hastanın değerleri ile gerçekte seçilen seçenek arasında geliştirilmiş bir uyum.

Hastaların paylaşılmış karar alma sürecinde onlara yardımcı olabilecek karar yardımcıları geliştirilmiştir, ancak hastaların bu yardımlardan tam olarak yararlanabilmeleri için tutumlarını temelden değiştirmeleri ve daha yüksek bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları gerekmektedir (99,102). Paylaşılmış karar alma sürecine aktif katılmak isteyen hastaların internetten daha fazla sağlık bilgisi aradığını düşünürsek, bu hastaların doğru bilgiye ulaşabilmeleri ve ulaştıkları bilgiyi doğru anlamaları oldukça önemlidir. Bu nedenle hastaların internetten sağlık bilgisi arama davranışları ve e-sağlık okuryazarlıklarını inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.4.İNTERNET VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.4.1.Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ sağlık okuryazarlığını sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (103). Amerikan Tıp Enstitüsü de 2004 yılında yayımladığı "Health Literacy: A Prescription to End Confusion" adlı raporunda sağlık okuryazarlığının Ratzan ve Parker tarafından geliştirilen tanımını kullanmıştır. Bu tanıma göre sağlık okuryazarlığı, “sağlığı ile ilgili uygun bireysel karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi”dir (104,105). Sağlık okuryazarlığı, 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 anlamına gelir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı, broşürleri okuyabilme ve söylenenleri yapabilmekten daha

fazlasıdır. İnsanların sağlık bilgisine erişimini ve bunu etkili bir şekilde kullanma kapasitesini iyileştirir. Sağlık okuryazarlığının kendisi okuryazarlığın daha genel düzeylerine bağlıdır. Okuryazarlık durumunun zayıf olması insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı sağlık davranışlarını da etkilemektedir (47). Araştırmalar sağlık okuryazarlığının bireyin sağlık durumunu belirlemede sosyoekonomik faktörlerden daha etkili olduğunu göstermektedir (106–108). Bazı çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığının sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve kötü beslenme gibi sağlıksız davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (109,110). Berkman ve arkadaşları yaptıkları retrospektif bir araştırmada, düşük sağlık okuryazarlığı ile tıbbi talimatların uygulanması, sağlık mesajlarının yorumlanması ve yaşlılar arasında genel sağlık durumunun daha kötü olması arasında orta derecede güçlü kanıtlar bulmuşlardır (111). Sağlık okuryazarlığının hastaların bilgisi, hastaların deneyimi, sağlık hizmetlerinin kullanımı ile sağlık statüsü ve sağlık davranışı üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu belirtilmiştir (112,113).

Yetişkin Okuryazarlık Araştırmasının Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy Survey, NAAL) çalışmasında, Amerika Birleşik Devletleri ekonomisine düşük sağlık okuryazarlığının maliyetinin milyarlarca dolar tutarında olduğu raporlanmıştır (114). Baker ve Parker tarafından 1997 yılında Atlanta’da yaklaşık 1271 hasta üzerinde yapılan çalışmaya göre; sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin önceki bir yıl içinde hastaneye yatış durumları daha yüksek bulunmuştur (115).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafından Türkiye genelini temsil eden 6 bin 228 hane üzerinde “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” çalışması yürütülmüştür. Araştırmaya katılanların Türkiye’ye uygun yeni bir ölçek olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında; %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu-sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmel çıkmıştır. Başka bir deyişle Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz veya sınırlı bulunmuştur (116,117).

Sağlıkla ilgili bilgi; moleküler araştırma, klinik araştırma, köklü uygulamalar, yeni teknolojiler ve tedaviler, yaşam tarzı önerileri ve yaşam kalitesi faktörleri de dahil olmak üzere karmaşık bir bilgi karışımıdır. Mikrobiyolojiden sosyal huzura kadar her şeyi ilgilendirdiğinden, bu karmaşık bilgi ortamının tıp uzmanları tarafından bile kavranması zordur. Karmaşıklığına rağmen, bu bilgilerin ulaşılabilir olması; hastalar, profesyonel sağlık çalışanları ve bir bütün olarak toplum için önemlidir. Sağlıkla ilgili bilgileri anlamak hasta merkezli tıp için bir ön koşuldur ve en yeni gelişmeleri tanımak daha iyi sağlık, daha yüksek yaşam kalitesi ve daha iyi tıbbi tedavi anlamına gelebilir (88,102).

Aşağıda DSÖ tarafından 1998 yılında yayımlanan ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından Türkçe'ye çevrilen 'Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde yer alan sağlık okuryazarlığı ile yakından ilişkili olduğunu düşündüğümüz bazı tanımlara yer verilmiştir (118).

Sağlığın Teşviki/Geliştirilmesi (Health Promotion): Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir (119). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil eder, yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların *sağlığın belirleyicileri* üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece *kendi sağlıklarını* iyileştirmelerini sağlama sürecidir (47).

Sağlık Eğitimi (Health Education): DSÖ tanımına göre sağlık eğitimi, öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Bilginin artırılması ve birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış bir iletişim şeklini içerir (47). Sağlık eğitimi yalnızca bilginin paylaşımı ile değil aynı zamanda sağlığı iyileştirmek için gerekli motivasyon, beceri ve güvenin (öz-fayda) teşvik edilmesi ile de ilgilidir. Sağlık eğitimi, sağlığı etkileyen temel sosyal, ekonomik ve çevre koşullarına, bireysel risk faktörleri ve risk davranışlarına ve sağlık hizmetleri sisteminin kullanımına ilişkin bilginin paylaşılmasını içerir. Böylece, sağlık

eğitimi, sosyal, ekonomik ve çevresel *sağlık belirleyicilerini* ele alma şeklinin politik uygulanabilirliği ve organizasyonel olasılıklarını gösteren bilgi paylaşımı ve beceri gelişimini içerebilir (47).

Sağlıkta hakkaniyet: Hakkaniyet adalet demektir. Sağlıkta adalet ise, insanların ihtiyaçlarının, refah fırsatlarının dağılımını yönlendirmesi anlamına gelir (120). DSÖ'nün küresel *Herkes İçin Sağlığa* erişme stratejisi, temel olarak, popölasyonlarda ve popölasyonlar arasında ve ölkeler arasında sağlıkta daha fazla hakkaniyet sağlamaya yöneliktir. Bunun anlamı, herkesin, sağlık kaynaklarına eşit ve adil erişim vasıtasıyla, kendi sağlıklarını geliştirmek ve sürdürmek için eşit fırsata sahip olmasıdır. Sağlıkta hakkaniyet ile sağlık durumunda eşitlik aynı değildir. Bireyler ve popölasyonlar arasında sağlık durumunda eşitsizlikler olması, genetik farklılıkların, farklı sosyal ve ekonomik şartların kaçınılmaz sonuçları veya kişisel yaşam tarzı seçiminin bir sonucudur. Eşitsizlikler, fırsat farklılıkların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve bunun sonucunda, örneğin, sağlık hizmetlerine, besleyici gıdalara, yeterli barınma ve benzerlerine erişim eşit olmamaktadır. Bu durumda yaşamdaki fırsat eşitsizliklerinin bir sonucu olarak sağlık durumunda eşitsizlikler meydana gelmektedir (47).

Sağlık İletişimi (Health Communication): Sağlık iletişimi, halkı sağlık endişeleri hakkında bilgilendirmek ve önemli sağlık konularını kamunun gündeminde tutmak için kilit bir stratejidir. Halka yararlı sağlık bilgilerinin yayılması için kitle iletişim ve multi-medya araçlarının ve diğer teknolojik yeniliklerin kullanılması, bireylerin ve toplumun sağlığın belli konuları ve sağlık gelişiminin önemi hakkındaki farkındalığı artırır (121). Sağlık iletişimi, bireylerin ve toplumun sağlık durumunu iyileştirmeyi hedefler. Modern kültürün büyük bölümü, sağlık açısından hem pozitif hem de negatif sonuçları olan kitle ve multi-medya iletişim araçları tarafından aktarılır. İletişim araçlarında, özellikle multi-medya ve yeni bilgi teknolojisindeki ilerlemeler sağlık bilgisine erişimi iyileştirmeye devam etmektedir. Bu açıdan, sağlık iletişimi bireylerin ve toplulukların daha fazla yetkilendirilmesi için gittikçe önem kazanan bir unsur olmaktadır (47).

2.4.2. e-Sağlık Okuryazarlığı

e-Sağlık ile meşgul olmak kendi başına bir beceri veya okuryazarlık gerektirmektedir. e-Sağlık okuryazarlığı kavramı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve elde edilen bilgileri bir sağlık sorununu ele alma veya çözme konusunda uygulama yeteneği olarak tanımlanmaktadır (23).

e-Sağlık okuryazarlığı kavramı farklı becerilerin bir işlevi olduğundan, sosyokültürel, ekonomik ve davranışsal faktörler dahil olmak üzere çok boyutlu faktörlerden oldukça etkilenir (122). Lily modeline göre, e-sağlık okuryazarlığı altı temel becerinin (geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı) toplamıdır (123). Çizelge 2.2. de e-Sağlık okuryazarlığı bileşenleri özetlenmiştir (124).

Çizelge 2.2 e-Sağlık okuryazarlığının bileşenleri(124)

Bileşenler	Açıklama
Geleneksel okuryazarlık	Geleneksel okuryazarlık, kimin okur yazar olup olmadığını belirlemek için en yaygın anlayıştır. Temelde, bireyin metni okuması, gerekirse yazılı sözcüklerle kavramsallaştırması ve bunlara yanıt vermesini içeren, metin tabanlı iletişim / bilgi ile etkileşim yeteneğine dayanmaktadır (123,125) . Geleneksel okuryazarlık, e-Sağlık okuryazarlığının anlaşılmasına çok katkıda bulunan önemli ve temel bir okuryazarlık becerisidir, çünkü eğer kişi "geleneksel olarak okuryazar" değilse veya okuyup yazamıyorsa, "e-Sağlık" hakkında düşünmek de zor olacaktır. Sonuç olarak, e-Sağlık okuryazarlığı becerisinin değerlendirilmesine geleneksel okuryazarlığın dahil edilmesi, e-Sağlık okuryazarlığı becerisi kavramını ayrıntılı olarak anlama perspektiflerini genişletecektir.
Sağlık Okuryazarlığı	"Sağlık okuryazarlığı" terimi, bireyin tıbbi talimatlara uyma performansı olarak tanımlanır. Başka bir deyişle, geleneksel okur-yazarlık becerisini tıbbi talimatları takip etme ve randevu kartlarını anlama gibi sağlıkla ilgili konulara uygulama yeteneği anlamına gelir (126). Sağlıkla ilgili bilgileri okumak, anlamak ve kullanmak, e-Sağlık okuryazarlığını anlamak için entegre edilmesi gereken bir başka önemli kavramdır.
Bilgi Okuryazarlığı	Bilgi okuryazarlığı, bilginin nasıl organize edildiğine, arandığına ve uygun bir şekilde nasıl kullanıldığına ilişkin bilgidir (127) . Bu siber dünya çağında, bilgi okuryazarlığı sadece bir birey için ek bir beceri değil, daha çok hayatta kalmak için zorunlu ve rekabetçi bir beceridir. İnternet patlamasından sonra, dünyanın herhangi bir yerinden erişilebilecek büyük miktarda bilgi elde edildi. İnternette bir bilgiyi nerede ve nasıl bulacağınızı bilmek kesinlikle ek bir bilgi ve beceri gerektirir. Bu beceri, bireyin e-Sağlık okuryazarlığı becerisini anlamak için de önemli bir boyuttur (124).
Bilimsel Okuryazarlık	Rüdiger (128) tarafından tartışıldığı gibi, bilimsel okuryazarlık kavramı, sistematik olarak bilgi yaratmanın doğasını, amacını, yaklaşımlarını, ihtiyaçlarını ve sınırlamalarını anlamaya odaklanan e-Sağlık okuryazarlığının daha geniş ve önemli bir bileşenidir. Bilimsel okuryazar olan bir bireyin, bilimsel çalışmalardan elde edilen bulguları anlaması, bilimsel teorileri / ilkeleri uygun ve doğru bir şekilde uygulaması, problem çözme ve karar vermenin bilimsel yollarını kullanması beklenir. Bilimsel okuryazarlık, aynı zamanda, e-Sağlık okuryazarlığı becerisinin farklı bakış açılarından anlaşılmasına yardımcı olan, nispeten karmaşık ve eğitim deneyimine dayalı bir okuryazarlıktır.
Medya Okuryazarlığı	Medya okuryazarlığı, sosyal medya, yayın medyası ve daha fazlasını içeren farklı medya bağlamlarından bir kavram elde etme, değerlendirme, paylaşma ve yaratma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (129). İnsanların sorumlu bilgi paylaşımını, sosyal etkileşimi ve medyanın akıllıca kullanımını anlamalarına yardımcı olan temel bir beceri setidir. Medyayı ve medyadan gelen bilgileri kullanırken uygulanan hem bilişsel hem de eleştirel düşünme ilerlemesinin bir kombinasyonu olarak kabul edilir (130). Son yıllarda düşük gelirli ülkelerde akıllı telefon erişim ve kullanımının geniş yelpazesi internet kullanıcılarının sayısını oldukça artırsa da, temelde sosyal medya ağları tarafından yönlendirilmiştir (131). Bu nedenle, medya okuryazarlığını e-Sağlık okuryazarlığının bir bileşeni olarak dahil etmek çok önemlidir.
Bilgisayar Okuryazarlığı	Bilgisayar okuryazarlığı, belirli bir görevi yerine getirmek veya sorunları çözmek için bilgisayarları kullanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (132). Doğası gereği, bilgisayar okuryazarlığı, teknolojiye ileriye ve zaman içinde bir araya gelen ve gelişen kavramların bir sonucudur. Bilgisayar okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi dijital ortamdaki değişime paralel olarak yapılmalıdır. Bu temel okuryazarlık becerilerini birleştirmek, e-Sağlık okuryazarlığı kavramının kapsamlı ve temel bir anlayışını sunar.

Düşük sağlık okuryazarlığı, dünya çapında sağlık hizmetlerinde önemli bir sorundur ve sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi, 21. yüzyıl için bir halk sağlığı hedefidir. (133)

Çevrimiçi sağlık bilgisi aramanın, kolay erişim nedeniyle hastaların farklı sağlık sorunları hakkındaki bilgilerini geliştirmek açısından faydalı olduğu kanıtlanmıştır (134). Bununla birlikte, etkili çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı, her bireyin sahip olmadığı bir dizi karmaşık beceriyi gerektirmektedir. Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı, bilgi bulmakla ilgili değildir, aynı zamanda insanların seçim yapmasını, anlamasını, değerlendirmesini ve uygulanıp uygulanmayacağına ve nasıl uygulanacağına karar vermesini gerektirmektedir. Bu görevlerin bazıları özellikle zordur. Örneğin, genellikle şüpheli çevrimiçi sağlık bilgisi kalitesi göz önüne alındığında, belirli bir sağlık sorunuyla ilgili bilgi için en uygun web sitesinin seçilmesi özellikle zor olabilir. Böyle bir bağlamda, insanların karşılaştıkları web sitelerinin güvenilirliğini değerlendirebilmeleri önemlidir (135–139). Ayrıca insanlar genellikle karşılaştıkları bilgileri anlamada ve güvenilirliğini değerlendirmede zorlanırlar. Bunun başlıca nedeni, karmaşık tıbbi terminolojinin veya ana dillerinden farklı olabilecek bir dilde cümlelerin sık kullanılmasıdır. Bu bulgu, çevrimiçi sağlık bilgisinin hala birçok insanın anlaması çok zor bir düzeyde olduğunu gösteren çalışmalarla kanıtlanmıştır (140–142). Bu temel becerilerin eksikliğiyle ilişkili ana risklerden biri, insanların yanlış, alakasız veya eksik bilgi üzerinde hareket edebilmeleridir. İnternette elde edilen sağlık bilgisi sorgulanabilir nitelikte olduğunda, olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmekte, doktor-hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (84,143,144).

Sağlıkla ilgili kararlar alabilmek, tıbbi bilginin sofistike ve sürekli değişen bilgiler olması nedeniyle zordur. Özellikle de tıbbi terimlere aşina olmayan kişiler için doğru bilgi kaynaklarına ulaşılması ve bilgilerin doğru şekilde yorumlanması daha da zor olmaktadır. Sağlıkla ilgili alınması gereken karar bazen elektrikli diş fırçası seçip seçmemek kadar sıradanken bazen de hayati bir karar olabilir ve yaşamla ölüm arasında fark yaratabilir. Bu nedenle, halkın sağlıkla ilgili bilgiye olan ilgisi yüksektir ve giderek büyümektedir. Sağlıkla ilgili bilgilerin nasıl bulunacağı sorusu, yalnızca akut veya ölümcül hastalıklar için değil, günlük hayatta karşılaşılabileceğimiz tüm sağlık problemleri için giderek daha önemli hale

gelmektedir. Dijital bir toplumda vatandaş olarak hareket etmek, bilgiye nasıl ulaşılacağı ve çevrimiçi ortamda nasıl erişileceği, yorumlanacağı ve kullanılacağı konusunda özel becerilere sahip olmayı gerektirir. Dijital toplumda bilgi, dinamik ve belirsiz çevrimiçi altyapılarda düzenlenir ve farklı arama araçları ve motorları ve bunların işletim algoritmaları aracılığıyla kullanıcılara sunulur. Bu, dijital toplumun bilgiyi karmaşık bir şekilde çerçevelediği, değiştirdiği ve ürettiği anlamına gelir ve günümüzde bireyler sürekli değişen bu bilgi karmaşasını eleştirel olarak okuma ve güvenle gezinme becerilerine ihtiyaç duyarlar (88,102,145,146).

Nicola Diviani ve arkadaşları, 2014 - 2015 yılları arasında Avustralya, İsrail, Hollanda, Norveç ve İsviçre'de ikamet eden katılımcılar arasında yapılan 165 nitel yarı yapılandırılmış görüşmenin sonucunda; insanların sıklıkla çevrimiçi sağlık bilgisi aradığını, ancak bilginin güvenilirliğini anlamak ve değerlendirmekte zorlandığını göstermişlerdir (20). Bu nedenle, bireylerin çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında rol oynayan veya diğer bir deyişle daha fazla e-sağlık okuryazarlığı için önemli becerilere sahip olması önemlidir (21–23).

2.5. İNTERNET VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU

2.5.1. Anksiyete bozukluğu:

Anksiyete (kaygı) bozuklukları, zihinsel bozuklukların en yaygın olanlarıdır ve yaşamlarının bir noktasında yetişkinlerin yaklaşık yüzde 30'unu etkilemektedir. Anksiyete geleceğe yönelik bir endişenin öngörülmesini ifade etmektedir ve daha çok kas gerginliği ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir. Korku, acil bir tehdide duygusal bir yanıtıdır ve daha çok “savaş ya da kaç” düşüncesi ile ilişkilidir. Anksiyete bozuklukları insanların semptomlarını tetikleyen veya kötüleştiren durumlardan kaçınmaya çalışmasına neden olabilmektedir. İş performansı, okul çalışması ve kişisel ilişkiler etkilenebilir. Genel olarak, bir kişiye anksiyete bozukluğu tanısı konması için, korku veya endişenin durum ve yaşla orantılı olmaması ve normal çalışma yeteneğini engellemesi gerekmektedir (147).

Avrupa Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Çalışması (ESEMeD), duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu ve alkolle ilişkili bozuklukların yaygınlığı, risk faktörleri, engelliliği ve sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı ile ilgili kapsamlı bir

şekilde veri toplayan ilk büyük ölçekli çalışmadır. Çalışma Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda ve İspanya'dan 212 milyondan fazla nüfusu temsil eden 21.425 kurumsallaştırılmamış yetişkin örneğini temel almaktadır ve 2003 yılında tamamlanmıştır. Bu çalışmaya göre anksiyete bozukluğu 12 aylık prevalansı %8.4 olarak belirlenmiştir (148). ABD’de 2001-2003 yılları arasında yapılan NCS-R çalışmasında, profesyonel kişiler tarafından 9282 kişiyle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen veriler şöyledir; (149,150)

- ABD’li yetişkinlerin yaklaşık %19,1’inde herhangi bir kaygı bozukluğu saptanmıştır.
- Herhangi bir kaygı bozukluğunun 2003 yılındaki prevalansı kadınlarda (%23.4) erkeklerden (%14.3) daha yüksek bulunmuştur.
- ABD’li yetişkinlerin yaklaşık %31,1’inin yaşamlarının herhangi bir döneminde herhangi bir kaygı bozukluğu yaşadığı, 12 aylık prevalansının ise %18.1 olduğu saptanmıştır.

2.5.2.Sağlık Anksiyetesi:

Hipokondriyazis; uygun tıbbi güvenceye rağmen devam eden ciddi bir hastalık korkusu ile meşgul olma ile karakterizedir (151,152). Sağlık anksiyetesi, DSM-5’teki hastalık kaygısına eşdeğerdir ve hipokondriyazisin yeni adıdır. DSM-5’teki tanımına göre (153)

- Ciddi, teşhis edilmemiş bir tıbbi hastalığa sahip olma veya bu hastalığa yakalanma ile ilgili bir meşguliyet vardır
- Somatik belirtiler mevcut değildir veya “varsa da sadece hafif yoğunluktadır” ve
- Bireyin sıkıntısı öncelikle fiziksel şikayetin kendisinden değil, şikâyetin anlamı, önemi veya nedeni hakkındaki kaygısından kaynaklanmaktadır
- Bu şikâyetler en az 6 aydır devam etmektedir.

Ayırıcı tanıda en sık somatik semptom bozukluğu ile karışır. Genel olarak, somatik semptom bozukluğu olan insanlar fiziksel semptomlardan şikâyet ederler. Hastalık anksiyetesi bozukluğu olan insanlar genellikle fiziksel semptomlara sahip değildir veya semptomlar varsa bile hafiftir (154). Genellikle, bu bozukluğu olan insanlar "somatik sanrılar" geliştirmezler (sağlıkla ilgili

gerçeklikten tamamen kopmuş fikirler). Bu rahatsızlığa ilişkin genel bir bakış açısı, sağlık kaygısının o kadar büyük olduğudur ki, güvence en iyi ihtimalle geçici olarak faydalıdır. Hastalar korkularının abartıldığını kabul edebilirler. Ancak, "yanlış bir şey" olmadığını söylenmeyi kabul etmeyebilirler.

Sağlık anksiyetesinin iki temel bileşeni bulunmaktadır: ciddi bir hastalığı olduğuna inanılması ve var olduğunu düşündüğü ciddi hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığına dair algı bulunması (155). Kişinin fiziksel sağlığına ilişkin sürekli bir endişeyi ve tıbbi değerlendirmeye rağmen devam eden bir hastalığa yakalanma ya da edinme korkusuyla meşguliyetini içerir (154,156).

Sağlık anksiyetesi ciddi bir tıbbi hastalığa sahip olma için sürekli bir korkudur. Bu bozukluğu olan bir kişi sağlığına aşırı dikkat eder. Normal duyular, bedensel işlevler ve hafif semptomlar da dahil olmak üzere bir hastalık belirtisi olarak yorumlanabilecek herhangi bir şeyle kolayca telaşlanabilir. Onlar için bu tür deneyimler korkunç bir sonucu olan bir hastalığa işaret edebilir. Örneğin, bir kişi normal sindirim, terleme veya cilt üzerindeki bir işaretin hayatı tehdit eden hastalığın göstergesi olabileceğinden korkabilir. Çizelge 2.2 sağlık anksiyetesinin temel tanı özelliklerini göstermektedir.

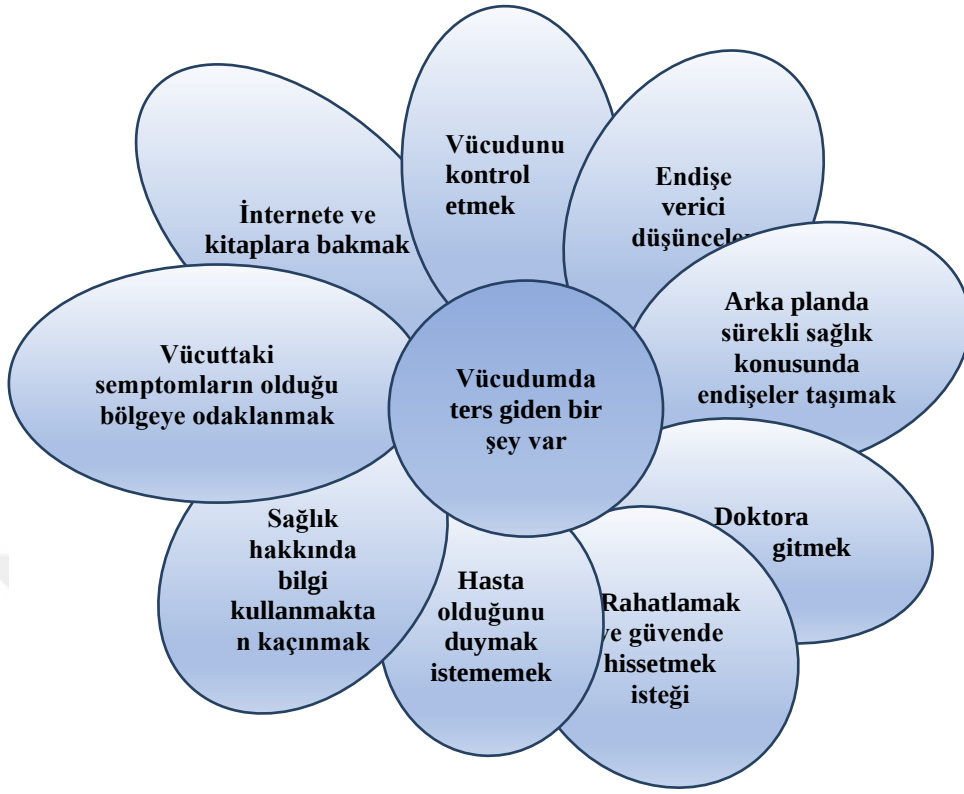
Çizelge 2.3:Sağlık anksiyetesinin temel tanı özellikleri

• Sağlık konusunda aşırı endişe
• Beden ve beden işlevleri (ve internette gezinme) ile ilgili hipervigilans
• Vücudun hastalık belirtileri için tekrar tekrar kontrolü
• Ciddi (tedavi edilemez) bir hastalığa sahip olma veya gelişme korkusu
• Sürekli güvence ihtiyacı
• Sık tıbbi başvuru
Kaynak: Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. BJPsych Adv. 2018

Sağlık anksiyetesi özellikle gerçek bir sağlık patolojisi olan kişilerde ve yaşlılarda birinci basamakta yetersiz teşhis edilmektedir. Sağlık kaygısı yüksek olan birçok kişi fiziksel rahatsızlıklara maruz kalmıştır ve fiziksel rahatsızlığın başlangıcı (örneğin miyokard enfarktüsü) sağlık kaygısının başlaması için tetikleyici olabilir (157).

Sağlık anksiyetesi genel nüfusun %1-5'i ve birinci basamak hastalarının %3'ünde görülmektedir (158,159). Sağlık anksiyetesi genellikle belirsiz semptomların ciddi bir hastalığa işaret ettiği korkusuyla karakterizedir (158). Sağlık anksiyetesi olanların kendi kendini inceleme, kendi kendine teşhis koyma eğilimleri vardır ve kendi vücutlarına odaklanırlar. Doktorlarının hasta olmadıklarına dair güvencelerine güvenmezler. Bu nedenle internet, temelsiz sağlık endişeleri için uyarıcı bir ortamdır (160).

Sağlık anksiyetesi prevalansı hakkında en son veriler Avustralya çalışmasından alınmıştır. İnsanların %5.7'sinin yaşamlarının bir döneminde ve %3.4'ünün görüşme sırasında sağlık anksiyetesinden muzdarip olduğunu bulmuşlardır (161). Şekil 2.3 sağlık anksiyetesi bileşenlerini göstermektedir.



Şekil 2.3: Sağlık anksiyetesi bileşenleri:

Kaynak: Health Anxiety A self help guide Shining a light on the future [Internet]. Newcastle; [cited 2020 Jun 25]. Available from: [http://www.selfhelpguides.ntw.nhs.uk/northumbria/leaflets/selfhelp/Health Anxiety.pdf](http://www.selfhelpguides.ntw.nhs.uk/northumbria/leaflets/selfhelp/Health%20Anxiety.pdf) (162)

2.5.3.Siberkondri

Sağlık bilgisi aramak için interneti kullanmanın olumsuz yönleri de vardır. Bir kişinin sağlık kaygısı ne kadar çoksa o kadar sıklıkla internetten sağlık bilgisi aramaya eğilimli olmakta ve aramadan sonra da sıkıntısı artmaktadır (15). Online olarak sağlık bilgisi aramanın bir kısır döngü halinde sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler arasındaki endişeleri ve belirsizliği artırdığı görülmektedir (16). Bununla birlikte, bu yanlış anlama, çevrimiçi olarak sağlık araştırmalarında yaygın olarak görülmekte ve sağlık anksiyetesi besleyebilmektedir (15).

Siberkondri kavramına ilişkin geniş ölçekli çalışmayı White ve Horvitz (17) ortaya koymuştur. Siberkondri terimi İnternette sağlıkla ilgili bilgi aramaya bağlı olarak sıradan belirtiler hakkında, kaynağı belirli olmayan, yoğun endişe duyma anlamına gelmektedir. Starcevic ve Berle (163) siberkondriyi, sağlıkla ilgili

yaşanan stres ya da anksiyeteyi azaltmak amacıyla (var olan belirtilerin daha da kötüye gitmesiyle sonuçlanan) uzun süreler boyunca yoğun ya da tekrarlı bir biçimde internet kullanımı olarak tanımlamaktadır. Ayrıca, siberkondrinin davranışsal, duygusal ve bilişsel bir örüntüyü tanımladığı, ancak henüz bir tanı olmadığına dikkat çekmektedirler (17,18).

White ve Horvitz (17), 515 Microsoft çalışanıyla internet sağlık aramasından alınan günlükleri kullanarak ve bir anket uygulayarak bir araştırma yapmıştır. Sorular, çevrimiçi sağlık arama davranışı ve elde edilen bilgilerin sağlık sorunları konusundaki etkileri ile ilgilidir. Katılımcılar düşük seviyelerde sağlık kaygısı göstermişler, ancak her beş kişiden birinde web aramasından sonra sağlık endişelerinin arttığı kaydedilmiştir. Endişelerin artmasının, sağlık kaygısı düzeylerinde ve ek doktor ziyaretlerinde geçici veya uzun vadeli artışlara yol açabileceği teyit edilmiştir. Yanıt verenlerin önemli bir kısmı interneti hastalıkların bir listesine bakarak ve durumlarının hangisine daha uygun olduğuna karar vererek ayırıcı tanı aracı olarak kullanmıştır. Yanıt verenlerin yarısından fazlası, çoğu zaman veya bazen web'deki sonuçların sırasını belirli bir hastalığa sahip olma olasılığının bir yansıması olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bulunabilirlik önyargısı ve temel oran ihmali gibi yargı ikilemleri siberkondrinin önemli yönleri olarak kabul edilir (17). Bulunabilirlik önyargısı, belirli olaylara yeniden ve yoğun şekilde maruz kalınması nedeniyle bir şeyin olacağına dair değerlendirilen olasılıktaki artıştır. Temel oran ihmali, olayı destekleyen kanıtların görüntülenmesi nedeniyle bir şeyin olma ihtimalinin düşük olduğunu göz ardı etmekle ilişkilidir (160).

Sağlıkla ilgili internet araştırmaları, sıklıkla sağlık merkezi başvurularıyla sonlanmakta ve doktor-hasta ilişkisinde bozulmalara yol açabilmektedir. Sağlık anksiyetesi olan kişiler sık sık güvence almak isteğiyle doktorlara başvururlar. Çoğu zaman endişeleri dinmez ve daha fazla araştırılma umuduyla tekrar tekrar farklı sağlık uzmanlarına başvururlar. Bu durum da sağlık hizmetlerinde daha ileri boyutta (örneğin “doktor doktor gezme”) harcamalara neden olabilmektedir ve sağlık hizmetleri üzerinde gereksiz bir yük oluşturmaktadır (17–19,157). Fink ve arkadaşları, şiddetli sağlık kaygısı olan hastalar arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde %41-78'lik bir artış saptamışlardır (164). Peter Tyrer ve arkadaşları

tarafından Kuzey Nottinghamshire, King's Mill Hastanesi'nde kardiyoloji, endokrin, gastroenteroloji ve göğüs hastalıkları kliniklerinde 2006-2008 döneminde ve 2008-2010 döneminde yapılan çalışmada sağlık kaygısı prevalansında artış gözlenmiştir (2006-2008 döneminde %14.9'dan 2008-2010'da %19.9'a yükselmiştir). Bu artışın nedeni olarak rahatsızlık verici semptomları yorumlamak için internetin aşırı kullanımı ve buna bağlı olarak siberkondri düzeyindeki artış ileri sürülmüştür(165). Bu nedenle, siberkondri düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

2.6.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEKLERİ

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı çalışmaları yaklaşık 2000’li yıllardan sonra başlamış ve ilk büyük çaplı çalışmalardan biri 2014 yılında ‘Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından gerçekleştirilmiştir. ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nın sonucuna göre, Türkiye genelinde sağlık okuryazarlığı indeksi 30.4 olarak bulunmuş, toplumun %64,6’sının yetersiz (%24.5) veya sorunlu (%40.1), %27,8’inin yeterli, %7,6’sının mükemmel sağlık okuryazar kategorisinde olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma Türkiye’deki sağlık okuryazarlık düzeyinin ne kadar düşük olduğunu gözler önüne sermektedir (166). Bir diğer çalışma; bu araştırmaya da kaynaklık eden 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması’dır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ortak çalışması neticesinde ‘sağlık okuryazarlığı ölçme aracı’ geliştirmek ve Avrupa’da kullanılan sağlık okuryazarlık ölçeklerini Türkçe’ye uyarlamak amacıyla yapılmıştır. Öncelikle Sağlık Bakanlığı ile mutabakata varılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ardından bu ölçeğin yeterli ve yetersiz alanları belirlenerek, Türkçe’ye uygun bir araç geliştirme çabası neticesinde; ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) oluşturulmuştur. Son olarak da; gerçek hayata daha yakın bir sorgulamayı hedefleyen ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) geliştirilmesi ön çalışması yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bu ölçek

çalışmaları neticesinde toplumun genel sağlık okuryazarlığı puanı %29,5 olarak hesaplanmış ve bireylerin %27,2'sinin yetersiz, %42,2'sinin sorunlu, %24,8'inin yeterli ve %5,8'inin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (167).

e-Sağlık okuryazarlığı alanında uluslararası literatürde ilk dikkati çeken çalışma 2006 yılında Norman ve Skinner tarafından gerçekleştirilen 'eHeals: The eHealth Literacy Scale' başlıklı araştırmadır.(123) Literatüre bakıldığında e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda en çok bu ölçeğin kullanıldığı görülmektedir. Aşağıda bu ölçeklerden kısaca bahsedilmiştir.

2.6.1.Türkçeye Uyarlanmış Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR)

ASOY-TR, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış halidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir (168). Ölçek, 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. 47 maddelik ölçeğin kavramsal çerçevesi 12 boyuttan oluşmaktadır. Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. “Bilmiyorum” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Öleekten alınabilecek 23 toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşığıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir (167).

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değeri

Öleekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Hesaplanan formül yardımıyla dört boyut (genel, tedavi, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

- (0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı

Uyarlama çalışmasında, Avrupa çalışması ile karşılaştırılabilir olması amacıyla 50’lik indeks ve aynı kesme noktaları kullanılmıştır. Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80’inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır (167).

2.6.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), HLS-EU çalışması temel alınarak geliştirilmiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştay’ı ve ASOY-TR Çalışmasında edinilen deneyimler ışığında, yeni likert ölçeği için kavramsal çerçevede bir değişikliğe gidilmiş; ülkemiz özelinde kavramsal çerçevenin “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilerek birlikte değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda çalıştayda önerilen maddelerin kullanılması ile 32 maddelik bir likert ölçek geliştirilmiştir. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2x4’lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (167). Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır. İndeks = (ortalama-1) x (50/3). Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

- (0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır (167).

2.6.3. e-Sağlık Okuryazarlığı (e-heals: the e-Health Literacy Scale)

Ölçeği

e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (**e-heals: the e-Health Literacy Scale**), 2006 yılında Kanada Toronto Üniversitesinden Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner'ın çalışmaları sonucunda geleneksel okuryazarlık, sağlıkla ilgili okuryazarlık, bilgi alma, bilimsel araştırma, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığının belirlenmesine yönelik olarak geliştirilmiştir (23). Farklı dillerde ve popülasyonlarda yapılan birçok çalışma eHEALS'in gençler dahil (13 yaş ve üzeri) genç yetişkinler arasında e-Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araç olduğunu göstermiştir (123,169–173). Chung SY.ve Nahm ES. tarafından 2015 yılında 50 yaş üzeri 866 yaşlı yetişkin üzerinde yapılan çalışmanın bulguları, eHEALS'in yaşlı yetişkinler için kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir araç olduğunu göstermiştir (174).

Coşkun ve Bebiş tarafından 2015 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ergenler üzerinde yapılmıştır. e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen tüm bulgulara göre, bu ölçeğin ergenlerde e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geçerli ve güvenilir biçimde kullanılabileceği belirlenmiştir (24). Ayrıca Zekiye Tamer Gencer tarafından 2017 yılında Türkçe formu 800 yetişkin üzerinde uygulanarak, geçerlik ve güvenilirlik hesaplamaları yapılmış ve bunu sonucunda 8 maddeden oluşan Türkçe ölçek elde edilmiştir (25).

Bu ölçek; internet kullanmayla ilgili 2 madde ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri; 5'li likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1=

kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum” şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, e-sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (23).

2.7.SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) kişilerin siberkondri durumlarının değerlendirilmesi için McElroy ve Shevlin tarafından 2014’te geliştirilmiştir (18). Barke ve arkadaşları ise 2016’da ölçeğin kısa formunun (SCÖ-15) geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir (175). SCÖ ‘nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yetişkinler üzerinde 2016’da Uzun ve Zencir tarafından yapılmıştır (26). SCÖ-15’in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uzun, Akbay ve ark. tarafından 2017 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır (176).

SCÖ, siberkondri için geliştirilmiş kategorik değil sürekli bir ölçektir. SCÖ 33 önermeden oluşan 5’li Likert tipinde (1-Asla, 2- Nadiren, 3-Ara sıra, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman) ve 5 alt ölçekten oluşan bir ölçektir:

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

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

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

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

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

Faktör 5’i oluşturan sorular ters puanlanmaktadır.

Puan aralıkları SCÖ için 33-165 ve SCÖ-15 için 15-75’dir. Alınan puan ne kadar yüksekse siberkondri düzeyi de o kadar yüksek demektir.

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Uzun ve Zencir (26) tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin dil ve kapsam geçerliliği sonrası, açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) yapılmıştır. SCÖ’nün güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,89 iken, alt ölçeklerde ise 0,65 ile 0,85 arasında değişmektedir. Değişmezlik güvenilirliği için yapılan test-retest analizlerinde korelasyon katsayıları ise 0,53-0,71 arasında bulunmuştur. SCÖ’nün AFA sonuçlarına göre; 5

faktörde toplanan yapının açıkladığı toplam varyans miktarı % 54,5'tir. AFA ardından yapılan DFA sonucunda ise birinci düzey uyum indeksleri SRMR=0,069, GFI=0,80, Robust RMSEA=0,054, Robust CFI=0,95, Robust NNFI=0,95 olarak; ikinci düzey uyum indeksleri ise SRMR=0,080, GFI=0,80, Robust RMSEA=0,064, Robust CFI=0,94, Robust NNFI=0,95 olarak bulunmuştur. Uyum indeksleri sonuçları mükemmel veya kabul edilir düzeylerdedir. SCÖ'nün Türkçe formunun, üniversite çalışanlarının siberkondri düzeyini ölçmede, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir (26).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 18/02/2020 tarih ve 70904504/131 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde 2020 yılında yapılmıştır. Katılımcıların sağlık arama davranışı olarak interneti ne düzeyde kullandığını ve etkileyen faktörleri belirlemek; internetten sağlık bilgisi arayan kişilerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek; internetten sağlık bilgisi arayan kişilerin siberkondri düzeyini belirlemek: internetten sağlık bilgisi arama- e sağlık okuryazarlığı- siberkondri düzeyi arasında ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek için yapılmış kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.3. Örneklem

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya ankete katılmayı kabul eden 18 yaş üzerindeki kişiler alınmıştır. Örneklem hesabı aşağıdaki gibidir.

t tests - Correlation: Point biserial model

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two
Effect size $|\rho|$ = 0.15
 α err prob = 0.05
Power (1- β err prob) = 0.85

Output: Noncentrality parameter δ = 3.0038339
Critical t = 1.9660653
Df = 390
Total sample size = **392**
Actual power = 0.8500077

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurmak,
- 18 yaş üstünde olmak,
- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak.

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- Ankete katıldığı halde, herhangi bir sebep ile çalışmayı yarıda bırakan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Araştırmanın Uygulanma Şekli

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların, bilgilendirilmiş olurlarının alınmasından sonra sosyodemografik veri formu, e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği araştırmacı tarafından katılımcıya yüz yüze uygulanmıştır (Ek- 2).

3.5. Çalışmada Kullanılan Görüşme Formu ve Ölçekler

3.5.1. Katılımcılar İçin Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak katılımcıların sosyodemografik bulgularını değerlendirmek üzere yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü, internet kullanım sıklığı ve becerisi, internetten sağlık bilgisi arama sıklığı ve bu durumu aile hekimiyle paylaşımı gibi bilgileri içeren 22 soruluk bir form araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.5.2. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Çalışmaya katılanların e-sağlık okuryazarlıklarını değerlendirmek için e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (**e-heals: the e-Health Literacy Scale**), 2006 yılında Kanada Toronto Üniversitesinden Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner'ın çalışmaları sonucunda geleneksel okuryazarlık, sağlıkla ilgili okuryazarlık, bilgi alma, bilimsel araştırma, medya

okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığının belirlenmesine yönelik olarak geliştirilmiştir (1). Coşkun ve Bebiş tarafından 2015 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ergenler üzerinde yapılmıştır. e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen tüm bulgulara göre, bu ölçeğin ergenlerde e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geçerli ve güvenilir biçimde kullanılabileceği belirlenmiştir (2).

Ayrıca Zekiye Tamer Gencer tarafından 2017 yılında Türkçe formu 800 kişi üzerinde uygulanarak, geçerlik ve güvenirlik hesaplamaları yapılmış ve bunu sonucunda 8 maddeden oluşan Türkçe ölçek elde edilmiştir (3). Bu ölçek; internet kullanmayla ilgili 2 madde ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri; 5'li likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum" şeklinde düzenlenmiştir. Öleekten en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Öleekten alınan yüksek puan, e-sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (1)

3.5.3. Siberkondri Ciddiyet Öleeei

Çalışmaya katılanların siberkondri düzeyini değerlendirmek için Siberkondri Ciddiyet Öleeei (SCÖ) kullanılacaktır. Siberkondri Ciddiyet Öleeei kişilerin siberkondri durumlarının değerlendirilmesi için McElroy ve Shevlin tarafından 2014'te geliştirilmiştir (4). Öleeein Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yetişkinler üzerinde 2016'da Uzun ve Zencir tarafından yapılmıştır (5). SCÖ 33 önermeden oluşan; zorlanti, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik alt boyutlarını içeren beşli likert tipinde ve sürekli bir öleektir. Puan aralığı 33-165 arasındadır. Alınan puan ne kadar yüksekse kişinin siberkondri düzeyi o kadar yüksek demektir. SCÖ yapı geçerliliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri (AFA, DFA) kullanılmıştır. Güvenirlik ise Cronbach alfa iç tutarlılık ile sınanmıştır (5).

3.6. Verilerin Analizi - İstatistiksel Yöntemler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiiliği Testi ile normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları için Mann Whitney U Testi, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda ileri analizler için ise Mann Whitney U Testi, kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Verilerin analizinde istatistikçi yardımı alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan toplam 529 kişinin %55,1'i kadın, 73,3'ü evli, %32,3'sinin çocuğu yok, %81,7'i üniversite-yüksek lisans mezunu, %38,9'unun gelir düzeyi 3001 - 10000 TL, %68,2'si çalışıyor ve %25,1'i sağlık çalışanıdır. Katılımcıların yaş ortalaması $39,41 \pm 12,73$ yıl (%55,2'si >35 yaş) olarak saptanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri çizelge 4.1'de verilmiştir.



Çizelge 4.1. Çalışmamıza katılan kişilerin bazı sosyo-demografik özellikleri

Sosyodemografik özellik		n	%
Yaş	≤ 35 yaş	237	44,8
	> 35 yaş	292	55,2
Cinsiyet	Kadın	286	55,1
	Erkek	233	44,9
Medeni durum	Evli	388	73,3
	Bekar	116	21,9
	Dul/Boşanmış	25	4,7
Çocuk sayısı	0	171	32,3
	1	88	16,6
	2	181	36,1
	3	62	11,7
	4	17	3,2
Eğitim düzeyi	İlköğretim	32	6,0
	Lise	65	12,3
	Üniversite-yüksek lisans	432	81,7
Gelir düzeyi	Düşük: ≤ 3000 TL	106	20,0
	Orta: 3001 - 10000 TL	368	69,6
	Yüksek: > 10000 TL	55	10,4
Gelir getiren bir işte Çalışıyor mu?	Çalışıyor	361	68,2
	Çalışmıyor	168	31,8
Sağlık çalışanı mı?	Hayır	386	74,9
	Evet	133	25,1
TOPLAM		529	100,0

Çalışma katılımcılarının %57,8'i (n=306) şu anda sağlık durumunu “iyi” olarak ifade ederken, %7,8'i kendisinde tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalık olduğunu, %27,8'i ise en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %60,7'si henüz tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu “nadiren” (%34,0) de olsa düşündüğünü ifade etmiştir. Çizelge 4.2 araştırmaya katılan kişilerin sağlık durumlarını göstermektedir.

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan kişilerin sağlık durumları

		n	%
Şu anda sağlık durumu	Kötü/Çok kötü	5	0,9
	Orta	122	23,1
	İyi	306	57,8
	Çok iyi	96	18,1
Kronik hastalık varlığı	Yok	382	72,2
	Hipertansiyon	21	4,0
	Diyabetes Mellitus	17	3,2
	Astım/Allerji	23	4,3
	Tiroid/Guatr	16	3,0
	Birden çok kronik hastalık mevcut	34	6,4
	Diğer	36	6,8
Tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalık varlığı	Yok	488	92,2
	Depresyon	12	2,3
	Kaygı bozukluğu (panik atak, yaygın anksiyete bozukluğu vb.)	28	5,3
	Depresyon+ Kaygı bozukluğu	1	0,2
Henüz tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu	Hiçbir zaman	208	39,3
	Nadiren	180	34,0
	Bazen	114	21,6
	Genellikle	27	5,1
TOPLAM		529	100,0

Katılımcıların %94,0'ü kendi sağığı için yılda en az bir kez bir sağık kuruluşuna başvurduğunu ifade etmiştir (≥ 4 başvuru yapanların oranı %25,0). Katılımcıların %41,0'i “genellikle”, %15,3'ü ise “her zaman” muayene sonrası hekiminin verdiği bilgilerin ve muayenenin yeterli olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %18,7'si hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğı bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini, %27,4'ü ise hekim önerisi dışında kendi bilgilerine, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiğı bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gittiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sağık kuruluşuna başvuru durumu ve başvurusunu etkileyen bazı etmenler Çizelge 4.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan hastaların sağlık kuruluşuna başvuru durumu, başvurusunu etkileyen bazı etmenler

		n	%
Kendi sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı	0	32	6,0
	1	104	19,7
	2	147	27,8
	3	111	21,0
	≥ 4	135	25,5
Muayene sonrası hekiminin verdiği bilgilerin ve muayenenin yeterli olduğunu düşünme durumu	Hiçbir zaman	18	3,4
	Nadiren	58	11,0
	Bazen	155	29,3
	Genellikle	217	41,0
	Her zaman	81	15,3
Hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiği oldu mu?	Hayır	430	81,3
	Evet	99	18,7
Hekim önerisi dışında kendi bilgilerine, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gider mi?	Hayır	384	72,6
	Evet	145	27,4
TOPLAM		529	100,0

Katılımcıların %59,0'u günde ortalama 1- 3 saatini internette geçirdiğini ifade ederken, %43,5'i interneti kullanma becerisini "iyi" olarak ifade etmiştir. Katılımcıların %17,4'ü internette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaştığını; aile hekiminin olumlu tepki verdiğini, kendisini bilgilendirdiğini ve yol gösterdiğini ifade ederken, %61,2'si daha önce böyle bir durum yaşamadığını, %17,6'sı ise aile hekimiyle bu durumu paylaşmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların sadece %5,1'i şimdiye kadar herhangi bir hekimin, hastalığı ya da sağlık durumu hakkında internetten nasıl bilgi edineceğini, hangi internet sitelerini okuyabileceğini kendisine anlattığını, %94,9'u

anlatmadığını belirtmiştir. Çizelge 4.4 araştırmaya katılanların internet kullanma durumları, internet yoluyla sağlık bilgisi edinme, hekimiyle paylaşma, hekiminden bu konuda bilgi alma durumlarını göstermektedir.

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılanların internet kullanma durumları, internet yoluyla sağlık bilgisi edinme, hekimiyle paylaşma, hekiminden bu konuda bilgi alma durumları

Değişken		n	%
Günde ortalama internette geçirdiği süre	1 saatten az	89	16,8
	1- 3 saat	312	59,0
	3- 6 saat	100	18,9
	6 saatten fazla	28	5,3
İnterneti kullanma becerisini nasıl buluyor?	Zayıf/Çok zayıf	39	7,4
	Orta	186	35,2
	İyi	230	43,5
	Çok iyi	74	14,0
İnternette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaşıyor mu? Tepkisi nasıl?	Daha önce böyle bir durum yaşamadım	324	61,2
	Aile hekimimle paylaşıyorum; olumlu tepki veriyor, beni bilgilendiriyor ve yol gösteriyor	92	17,4
	Aile hekimimle paylaşıyorum; olumsuz tepki alıyorum, istediğim cevapları alamıyorum	20	3,8
	Aile hekimimle bu durumu paylaşmıyorum	93	17,6
Şimdiye kadar herhangi bir doktor, hastalığı ya da sağlık durumu hakkında internetten nasıl bilgi edineceğini, hangi internet sitelerini okuyabileceğini kendisine anlattı mı??	Hayır	502	94,9
	Evet	27	5,1
TOPLAM		529	100,0

Katılımcıların %38,8'i “bazen”, %20,6'sı ise “genellikle” interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullandığını ifade ederken, %28,9'u “nadiren” sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların %36,3'ü sağlıkla ilgili konular nedeniyle birden çok internet kaynağı kullandığını ifade ederken, %17,6'sı devlet kurum siteleri -resmi onaylı sağlık derneği siteleri (gov.tr uzantılı siteler, Türk...Derneği Siteleri)'nden, %10,0'u özel hastane, klinik ya da sağlık uzmanlarının özel sitelerinden, %7,2'si forum siteleri (bireylerin kendi yorumlarını yazıp paylaşabildiği siteler) istifade ettiğini, %11,9'u okuduğu bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmediğini, %6,0'sı ise internetten sağlık bilgisi aramadığını belirtmiştir. Çizelge 4.5 araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili konularda internet kullanma durumlarını ve en sık kullanılan internet kaynaklarını göstermektedir.

Çizelge 4.5. Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili konularda internet kullanma durumları ve en sık kullanılan internet kaynakları

		n	%
İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle ne sıklıkta kullanıyorsunuz?	Hiçbir zaman	35	6,6
	Nadiren	153	28,9
	Bazen	205	38,8
	Genellikle	109	20,6
	Her zaman	27	5,1
İnternette sağlık bilgisi ararken en çok hangi internet sitelerini tercih ediyorsunuz?	Devlet kurum siteleri -resmi onaylı sağlık derneği siteleri (gov.tr uzantılı siteler, Türk...Derneği Siteleri)	93	17,6
	Özel hastane, klinik ya da sağlık uzmanlarının özel siteleri	53	10,0
	Sosyal medya (instagram, facebook, twitter..)	17	3,2
	Video paylaşım siteleri (Youtube vb.)	22	4,2
	Okuduğum bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmiyorum	63	11,9
	İnternette sağlık bilgisi aramıyorum	32	6,0
	Forum siteleri (bireylerin kendi yorumlarını yazıp paylaşabildiği siteler.)	38	7,2
	Ticari siteler (gazete, dergi, sağlık köşesi yazıları)	14	2,6
	Bilimsel makale yayınlayan siteler	5	0,9
	Birden çok internet kaynağı kullanıyor	192	36,3
TOPLAM		529	100,0

4.2.e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

4.2.1.İnternet kullanımına ilişkin sorular

Katılımcıların %44,8'i sağlığı hakkında karar vermede internetin “yararlı” olduğunu, %51,6'sı internetteki sağlık kaynaklarına erişebilmenin “önemli” olduğunu belirtmiştir. Çizelge 4.6'da katılımcıların sağlıkları hakkında karar vermede internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünme ve internetteki sağlık kaynaklarına erişebilme durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Sağlığı hakkında karar vermede internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünme ve internetteki sağlık kaynaklarına erişebilme durumu

		n	%
Sağlığınız hakkında karar vermeniz, internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünüyorsunuz?	Hiç yararlı değil	33	6,7
	Yararlı değil	100	18,9
	Fikrim yok	110	20,8
	Yararlı	237	44,8
	Çok yararlı	14	2,6
İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?	Hiç önemli değil	21	4,3
	Önemli değil	110	22,3
	Fikrim yok	77	15,6
	Önemli	255	51,6
	Çok önemli	31	6,3
TOPLAM		494	100,0

4.2.2. İnternet tutumuna ilişkin puanlama

Katılımcıların e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği internet tutumuna ilişkin puan ortalaması $25,68 \pm 8,38$ (en düşük değer 8, en yüksek değer ise 40) olarak bulunmuştur. Çizelge 4.7'de katılımcıların e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği internet tutumuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir.

Çizelge 4.7. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği internet tutumuna ilişkin puan ortalaması

	Minimum	Maksimum	Ort.±Ss
e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği	8,00	40,00	25,68±8,38

4.3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların Siberkondri ölçeği “zorlantı alt ölçek” puan ortalaması 14,41±7,51 iken, “aşırı kaygı alt ölçek” puan ortalaması 17,23±7,26, “aşırılık alt ölçek” puan ortalaması 22,12±7,23, “içini rahatlatma ve güvensizlik” alt ölçek puan ortalaması 13,79±5,72 ve “doktora güvensizlik alt ölçek” puan ortalaması ise 7,96±3,61 olarak tespit edilmiştir. Siberkondri ölçeği toplam puan ortalaması ise 75,53±22,61 olarak saptanmıştır. Çizelge 4.8’de siberkondri ölçeğinin alt gruplarının ortalama puanları verilmiştir.

Çizelge 4.8. Siberkondri alt ölçek (zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik) puanları ile Siberkondri toplam puan ortalamaları

	n	Min.	Maks.	Ort.±Ss
Zorlantı alt ölçek puanı	494	8	40	14,41±7,51
Aşırı kaygı alt ölçek puanı alt puanı	494	8	40	17,23±7,26
Aşırılık alt puanı	494	8	40	22,12±7,23
İçini rahatlatma alt ölçek puanı	494	6	30	13,79±5,72
Doktora güvensizlik alt ölçek puanı	494	3	15	7,96±3,61
Siberkondri ölçeği toplam puanı	494	38	153	75,53±22,61

4.4.Çapraz Tablolar

4.4.1.Online sağlık arama davranışının bazı sosyo-demografik ve klinik değişkenlerle karşılaştırılması

Otuzbeş yaş ve altındaki katılımcıların %34,1'i, 35 yaş üzerindeki katılımcıların ise sadece %18,9'u interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” ve “her zaman” kullandığını ifade etmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Kadınların %32,5'i interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” ve “her zaman” kullandığını ifade ederken, erkeklerde bu oran sadece %16,3'dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Yine lise mezunlarının %27,7'si, üniversite-yüksek lisans mezunlarının ise %26,1'i interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” ve “her zaman” kullandığını ifade ederken, ilköğretim mezunlarında bu oran sadece %15,7dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.017$). Medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı ve sağlık kuruluşuna bir yılda başvuru sayısı ile interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çizelge 4.9 ve çizelge 4.10'da İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumunun bazı sosyo-demografik ve klinik verilere göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.9.İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumunun bazı sosyo-demografik ve klinik verilere göre karşılaştırılması-1

		İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumu						P
		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman	Toplam	
Yaş (n, %)	≤ 35 yaş	10 (%4,2)	65 (%27,4)	81 (%34,2)	70 (%29,5)	11 (%4,6)	237 (%100,0)	<0.001*
	> 35 yaş	25 (%8,6)	88 (%30,1)	124 (%42,5)	39 (%13,4)	16 (%5,5)	292 (%100,0)	
Cinsiyet (n, %)	Kadın	10 (%3,5)	76 (%26,6)	107 (%37,4)	77 (%26,9)	16 (%5,6)	286 (%100,0)	<0.001*
	Erkek	24 (%10,3)	76 (%32,6)	95 (%40,8)	27 (%11,6)	11 (%4,7)	233 (%100,0)	
Medeni durum (n, %)	Evli	26 (%6,7)	114 (%29,4)	151 (%38,9)	77 (%19,8)	20 (%5,2)	388 (%100,0)	0.999*
	Bekar	7 (%6,0)	33 (%28,4)	44 (%37,9)	26 (%22,4)	6 (%5,2)	116 (%100,0)	
	Dul/Boşanmış	2 (%8,0)	6 (%24,0)	10 (%40,0)	6 (%24,0)	1 (%4,0)	25 (%100,0)	
Eğitim düzeyi (n, %)	İlköğretim	6 (%18,8)	10 (%31,3)	11 (%34,4)	2 (%6,3)	3 (%9,4)	32 (%100,0)	0.017*
	Lise	3 (%4,6)	26 (%40,0)	18 (%27,7)	14 (%21,5)	4 (%6,2)	65 (%100,0)	
	Üniversite-yüksek lisans	26 (%6,0)	117 (%27,1)	176 (%40,7)	93 (%21,5)	20 (%4,6)	432 (%100,0)	
Gelir düzeyi (n, %)	≤ 3000 TL	9 (%8,5)	36 (%34,0)	32 (%30,2)	25 (%23,6)	4 (%3,8)	106 (%100,0)	0.201*
	3001 - 10000 TL	22 (%6,0)	109 (%29,6)	148 (%40,2)	70 (%19,0)	19 (%5,2)	368 (%100,0)	
	> 10000 TL	4 (%7,3)	8 (%14,5)	25 (%45,5)	14 (%25,5)	4 (%7,3)	55 (%100,0)	

Çizelge 4.10. İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumunun bazı sosyo-demografik ve klinik verilere göre karşılaştırılması-2

		İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumu						P
		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman	Toplam	
Kronik hastalık varlığı (n, %)	Yok	23 (%6,0)	112 (%29,3)	141 (%36,9)	84 (%22,0)	22 (%5,8)	382 (%100,0)	0.349*
	Var	12 (%8,2)	41 (%27,9)	64 (%43,5)	25 (%17,0)	5 (%3,4)	147 (%100,0)	
Kendi sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı (n, %)	0	3 (%9,4)	9 (%28,1)	12 (%37,5)	6 (%18,8)	2 (%6,3)	32 (%100,0)	0.083*
	1	11 (%10,6)	29 (%27,9)	36 (%34,6)	19 (%18,3)	9 (%8,7)	104 (%100,0)	
	2	7 (%4,8)	39 (%26,5)	63 (%42,9)	34 (%23,1)	4 (%2,7)	147 (%100,0)	
	3	6 (%5,4)	34 (%30,6)	53 (%47,7)	17 (%15,3)	1 (%0,9)	111 (%100,0)	
	≥ 4	8 (%5,9)	42 (%31,1)	41 (%30,4)	33 (%24,4)	11 (%8,1)	135 (%100,0)	
TOPLAM		35 (%6,6)	153 (%28,9)	205 (%38,8)	109 (%20,6)	27 (%5,1)	529 (%100,0)	

* Ki-kare Testi

Kadın katılımcıların %23,4'ü, erkeklerin ise sadece %9,9'u internette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaştığını ve olumlu tepki aldığını, aile hekiminin kendisini bilgilendirdiğini ve yol gösterdiğini ifade etmiştir (**p<0.001**). Yaşa göre böyle bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çizelge 4.11 İnternette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaşma ve olumlu/olumsuz tepki alma durumunun yaş ve cinsiyete göre karşılaştırmasını göstermektedir.



Çizelge 4.11. İnternette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaşma ve olumlu/olumsuz tepki alma durumunun yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

Değişken		Daha önce böyle bir durum yaşamadım	Aile hekimimle paylaşıyorum; olumlu tepki veriyor, beni bilgilendiriyor ve yol gösteriyor	Aile hekimimle paylaşıyorum; olumsuz tepki alıyorum, istediğim cevapları alamıyorum	Aile hekimimle bu durumu paylaşmıyorum	Toplam	<i>p</i>
Yaş (n, %)	≤ 35 yaş	151 (%63,7)	38 (%16,0)	10 (%4,2)	38 (%16,0)	237 (%100,0)	0.641*
	> 35 yaş	173 (%59,2)	54 (%18,5)	19 (%3,4)	55 (%18,8)	292 (%100,0)	
Cinsiyet (n, %)	Kadın	163 (%57,0)	67 (%23,4)	14 (%4,9)	42 (%14,7)	286 (%100,0)	<0.001*
	Erkek	156 (%67,0)	23 (%9,9)	6 (%2,6)	48 (%20,6)	233 (%100,0)	
TOPLAM		319 (%61,5)	90 (%17,3)	20 (%3,9)	90 (%17,3)	529 (%100,0)	
* Ki-kare Testi							

4.4.2.e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği'nin Bazı Sosyo-Demografik Ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre, çocuk sahibi olmayanlarda olanlara göre, üniversite-yüksek lisans mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre, > 10000 TL geliri olanlarda 3001 - 10000 TL arası geliri olanlara göre, çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Cinsiyet, medeni durum ve sağlık çalışanı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Çizelge 4.12 E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.12. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması

Sosyodemografik özellik		n	e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları (Ort.±Ss)	p
Yaş	≤ 35 yaş	227	27,74±7,30	<0.001*
	> 35 yaş	267	23,92±8,85	
Cinsiyet	Kadın	276	25,94±7,78	0.431*
	Erkek	209	25,12±9,19	
Medeni durum	Evli	362	25,38±8,36	0.127**
	Bekar	109	26,96±8,45	
	Dul/Boşanmış	23	24,35±8,10	
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	161	27,53±7,70	0.001*
	Var	333	24,78±8,56	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	26	21,65±9,67*	0.026**
	Lise	62	24,14±9,00	
	Üniversite	406	26,17±8,12*	
Gelir düzeyi	≤ 3000 TL	97	26,70±7,94	0.002**
	3001 - 10000 TL	346	24,96±8,42*	
	> 10000 TL	51	28,58±8,30*	
Çalışma durumu	Çalışıyor	338	26,26±8,34	0.025*
	Çalışmıyor	136	24,42±8,37	
Sağlık çalışanı mı?	Hayır	369	25,37±8,18	0.066*
	Evet	125	26,57±8,94*	

* Mann Whitney U Testi
** Kruskal Wallis Testi

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, şu andaki sağlık durumu kötü/çok kötü olanlarda ve bir kronik hastalığı bulunmayanlarda sağlık durumu orta/iyi/çok iyi olanlara ve en az bir kronik hastalığa sahip olanlara göre genel olarak daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Yine kaygı bozukluğuna sahip olanlarda ve henüz tanısı konulmamış bir hastalığa sahip olduğunu “genellikle” düşünenlerde ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çizelge 4.13 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının bazı sağlık durumu ve kronik hastalık/psikiyatrik hastalık/tanı konulmamış hastalık varlığına göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.13. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının bazı sağlık durumu ve kronik hastalık/psikiyatrik hastalık/tanı konulmamış hastalık varlığına göre karşılaştırılması

		n	e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları (Ort.±Ss)	p
Şu anda sağlık durumu	Kötü/Çok kötü	5	32,80±5,89	0.063*
	Orta	117	24,97±8,01	
	İyi	287	25,43±8,45	
	Çok iyi	85	27,07±8,57	
Kronik hastalık varlığı	Yok	359	26,40±8,18	0.064*
	Hipertansiyon	16	23,75±9,07	
	Diyabetes Mellitus	16	20,12±8,09	
	Astım/Allerji	23	24,86±8,65	
	Tiroid/Guatr	16	25,37±8,38	
	Birden çok kronik hastalık var	30	23,10±8,78	
	Diğer	34	24,52±8,79	
Tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalık varlığı	Yok	455	25,61±8,39	0.306*
	Depresyon	11	22,81±9,27	
	Kaygı bozukluğu (panik atak, YAB vd)	27	27,77±7,77	
	Depresyon+ Kaygı bozukluğu	1	33,00	
Henüz tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu	Hiçbir zaman	183	25,42±8,87	0.245*
	Nadiren	173	25,63±8,08	
	Bazen	111	25,64±8,24	
	Genellikle	27	27,88±7,53	
* Kruskal Wallis Testi				

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı 4 ve üzerinde olanlarda ve muayene sonrası hekiminin verdiği bilgilerin ve muayenenin yeterli olduğunu “her zaman” düşünenlerde genel olarak daha düşük olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini bildiren katılımcılarda ve hekim önerisi dışında edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahlili vb.) için hastaneye gidenlerde ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çizelge 4.14 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının sağlık kuruluşuna başvuru durumuna ve başvurusunu etkileyen bazı etmenlere göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.14. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının sağlık kuruluşuna başvuru durumuna ve başvurusunu etkileyen bazı etmenlere göre karşılaştırılması

		n	e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları (Ort.±Ss)	p
Kendi sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı	0	29	25,55±9,90	0.358**
	1	93	26,53±7,65	
	2	140	25,65±8,18	
	3	105	26,15±8,54	
	≥ 4	127	24,72±8,66	
Muayene sonrası hekiminin verdiği bilgilerin ve muayenenin yeterli olduğunu düşünme durumu	Hiçbir zaman	14	26,35±9,43	0.350**
	Nadiren	56	25,44±9,35	
	Bazen	151	24,93±8,25	
	Genellikle	204	26,61±7,89	
	Her zaman	69	24,60±8,99	
Hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiği oldu mu?	Hayır	396	25,38±8,48	0.166*
	Evet	98	26,89±7,92	
Hekim önerisi dışında kendi bilgilerine, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gider mi?	Hayır	352	25,40±8,36	0.081*
	Evet	142	26,35±8,44	

* Mann Whitney U Testi

** Kruskal Wallis Testi

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, günde ortalama internette geçirdiği süre 3 - 6 saat ve 6 saatten fazla olanlarda 1 saatten az olanlara göre, interneti

kullanma becerisini iyi ve çok iyi olarak tanımlayan katılımcılarda zayıf/orta/çok zayıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bir doktorun, kendisine hastalığı ya da sağlık durumu hakkında internetten nasıl bilgi edineceğini, hangi internet sitelerini okuyabileceğini anlattığını ifade edenlerde ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). İnternette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaşıp olumlu tepki alanlarda ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının internet kullanma durumları, internet yoluyla sağlık bilgisi edinme, hekimiyle paylaşma, hekiminden bu konuda bilgi alma durumuna göre karşılaştırılması Çizelge 4.15 ‘de gösterilmiştir.

Çizelge 4.15. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının internet kullanma durumları, internet yoluyla sağlık bilgisi edinme, hekimiyle paylaşma, hekiminden bu konuda bilgi alma durumuna göre karşılaştırılması

İfade		n	e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları (Ort.±Ss)	p
Günde ortalama internette geçirdiği süre	1 saatten az	76	22,19±9,17*	0.002**
	1- 3 saat	293	25,71±8,36	
	3 - 6 saat	97	27,72±7,44*	
	6 saatten fazla	28	27,71±6,60*	
İnterneti kullanma becerisini nasıl buluyor?	Zayıf/Çok zayıf	31	19,61±8,38*	<0.001* *
	Orta	176	22,74±8,00*	
	İyi	218	27,33±7,76*	
	Çok iyi	69	30,69±6,94*	
İnternette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyile paylaşıyor mu? Tepkisi nasıl?	Daha önce böyle bir durum yaşamadım	299	25,49±8,50	0.236**
	Aile hekimimle paylaşıyorum; olumlu tepki veriyor, beni bilgilendiriyor ve yol göstereyor	88	26,75±7,97	
	Aile hekimimle paylaşıyorum; olumsuz tepki alıyorum, istediğim cevapları alamıyorum	20	24,95±6,51	
	Aile hekimimle bu durumu paylaşmıyorum	87	25,40±8,79	
Şimdiye kadar herhangi bir doktor, hastalığı ya da sağlık durumu hakkında internette nasıl bilgi edineceğini, hangi internet sitelerini okuyabileceğini kendisine anlattı mı??	Hayır	467	25,60±8,25	0.120*
	Evet	27	27,07±10,52	

* Mann Whitney U Testi

** Kruskal Wallis Testi

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” kullandığını ifade edenlerde “nadiren” ve “bazen” kullandığını ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p \leq 0.001$). İnternette sağlık bilgisi ararken güvenilir kaynakları (Devlet, resmi dernek, özel hastane vb.) ve birden çok internet kaynağı (güvenilir/güvenilmez karışık) kullananlarda e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının güvenilemeyen internet kaynakları (Sosyal medya, youtube, forum siteleri vb), okuduğu bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmeyen ve internetten sağlık bilgisi aramayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Çizelge 4.16 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının interneti sağlıkla ilgili konularda kullanma durumları ve en sık kullanılan internet kaynaklarına göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.16. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamalarının interneti sağlıkla ilgili konularda kullanma durumları ve en sık kullanılan internet kaynaklarına göre karşılaştırılması

		n	e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları (Ort.±Ss)	p
İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle ne sıklıkta kullanıyorsunuz?	Nadiren	153	23,89±8,83*	0.001*
	Bazen	205	25,65±7,87*	
	Genellikle	109	28,13±7,48*	
	Her zaman	27	26,11±10,69	
İnternette sağlık bilgisi ararken en çok hangi internet sitelerini tercih ediyorsunuz?	Güvenilir kaynaklar (Devlet, resmi dernek, özel hastane vb.)	143	26,44±8,20**	<0.001*
	Güvenilmeyen kaynaklar (Sosyal medya, youtube, forum siteleri vb)	86	22,80±9,33**	
	Okuduğum bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmiyorum	63	22,79±8,26**	
	İnternette sağlık bilgisi aramıyorum	14	17,42±7,75**	
	Birden çok internet kaynağı kullanıyor (güvenilir/güvenilmez karışık)	188	28,00±7,09**	
* Kruskal Wallis Testi ** Mann Whitney U Testi				

Hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini bildiren katılımcılarda e-Sağlık okuryazarlık ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Üniversite-yüksek lisans mezunlarının %21,8'i hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç,

ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini bildirirken, bu oran lise mezunlarında %4,6, ilköğretim mezunlarında ise %6,3 olarak saptanmıştır ($p=0.001$). Çizelge 4.17 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı ve eğitim düzeyinin internette okuduğu bilgiler nedeniyle hekimi tarafından önerilen bir tedaviden vazgeçme durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.17. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı ve eğitim düzeyinin internette okuduğu bilgiler nedeniyle hekimi tarafından önerilen bir tedaviden vazgeçme durumuna göre karşılaştırılması

		Hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiği oldu mu?			p
		Hayır	Evet	Toplam	
e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı (Ort.±Ss)		25,38±8,48	26,89±7,92	-	0.166*
Eğitim düzeyi (n, %)	İlköğretim	30 (%93,8)	2 (%6,3)	32 (%100,0)	0.001*
	Lise	62 (%95,4)	3 (%4,6)	65 (%100,0)	
	Üniversite- yüksek lisans	338 (%78,2)	94 (%21,8)	432 (%100,0)	
TOPLAM		430 (%81,3)	99 (%18,7)	529 (%100,0)	
* Mann Whitney U Testi					
** Ki-kare Testi					

Hekim önerisi dışında edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gidenlerde e-Sağlık okuryazarlık ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). İlköğretim mezunlarını %18,8'i, lise mezunlarının %26,2'si, üniversite-yüksek lisans mezunlarının ise %28,2'si hekim önerisi dışında edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gittiğini bildirmiş olup, eğitim düzeyleri arasında bu konuda anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çizelge 4.18 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı ve eğitim düzeyinin hekim önerisi dışında kendi bilgilerine, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak için hastaneye gitme durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.18. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı ve eğitim düzeyinin hekim önerisi dışında kendi bilgilerine, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak için hastaneye gitme durumuna göre karşılaştırılması

		Hekim önerisi dışında kendi bilgilerinize, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiğiniz bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gider misiniz?			
		Hayır	Evet	Toplam	<i>p</i>
e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanı (Ort.±Ss)		25,41±8,36	26,35±8,44	-	0.081*
Eğitim düzeyi (n, %)	İlköğretim	26 (%81,3)	6 (%18,8)	32 (%100,0)	0.495*
	Lise	48 (%73,8)	17 (%26,2)	65 (%100,0)	
	Üniversite-yüksek lisans	310 (%71,8)	122 (%28,2)	432 (%100,0)	
TOPLAM		384 (%72,6)	145 (%27,4)	529 (%100,0)	
* Mann Whitney U Testi					
** Ki-kare Testi					

4.4.3. Siberkondri ölçeği'nin bazı sosyo-demografik ve klinik değişkenlerle karşılaştırılması

Aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınlarda ve çocuk sahibi olmayanlarda aşırılık alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **yüksek** olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sağlık çalışanı olmayanlarda aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının sağlık çalışanlarına göre anlamlı derecede **yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çizelge 4.19 Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.19. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması.

		Zorlantı	<i>p</i>	Aşırı kaygı	<i>p</i>	Aşırılık	<i>p</i>	İçini rahatlatma	<i>p</i>	Doktora güvensizlik	<i>p</i>	Toplam puan	<i>p</i>
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss	
Yaş	≤ 35 yaş	14,61±7,84	0,854*	18,00±7,51	0,029*	23,22±7,02	0,006*	14,45±5,84	0,012*	7,56±3,31	0,055*	77,85±23,42	0,030*
	> 35 yaş	14,23±7,23		16,58±7,00		21,19±7,28		13,22±5,57		8,30±3,82		73,55±21,74	
Cinsiyet	Kadın	14,15±7,26	0,370*	17,43±6,87	0,115*	22,64±6,71	0,022*	13,57±5,29	0,877*	7,69±3,46	0,053*	75,51±20,99	0,269*
	Erkek	14,70±7,81		16,77±7,65		21,23±7,74		13,97±6,17		8,39±3,80		75,09±24,45	
Medeni durum	Evli	14,37±7,49	0,787**	16,94±7,11	0,102**	21,91±7,23	0,248**	13,72±5,77	0,579**	8,03±3,63	0,756**	74,98±22,38	0,118**
	Bekar	14,66±7,76		18,47±7,69		23,13±7,31		14,15±5,57		7,83±3,56		78,26±23,48	
	Dul/Boşanmış	13,82±6,89		16,00±7,21		20,73±6,45		13,21±5,78		7,52±3,70		71,30±21,54	
Çocuk durumu	Yok	14,55±8,11	0,785*	18,11±7,74	0,089*	23,18±7,16	0,041*	14,25±5,91	0,222*	7,72±3,51	0,341*	77,83±24,64	0,161*
	Var	14,33±7,21		16,81±6,99		21,61±7,21		13,57±5,63		8,08±3,66		74,42±21,51	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	15,34±6,78	0,417*	17,73±7,38	0,352*	19,23±7,26	0,117*	12,42±4,73	0,309*	8,84±4,08	0,070*	73,57±20,68	0,839*
	Lise	14,29±7,83		16,46±8,02		22,00±7,48		13,14±5,84		8,79±3,76		74,69±22,93	
	Üniversite	14,36±7,52		17,32±7,14		22,33±7,16		13,98±5,75		7,78±3,54		75,78±22,72	
Gelir düzeyi (TL)	≤ 3000	13,78±7,20	0,724**	16,69±7,42	0,478**	22,53±7,26	0,435**	13,12±5,51	0,123**	9,07±3,35	0,001**	75,20±22,34	0,627**
	3001 - 10000	14,49±7,50		17,32±7,24		21,88±7,33		13,80±5,78		7,74±3,69		75,24±22,52	
	> 10000	15,05±8,20		17,70±7,19		23,01±6,42		14,98±5,62		7,33±3,14		78,09±23,95	
Çalışma durumu	Çalışıyor	14,41±7,70	0,773*	17,05±7,44	0,209*	22,08±7,36	0,793*	13,71±5,89	0,402*	7,98±3,68	0,934*	75,24±23,50	0,306*
	Çalışmıyor	14,41±7,10		17,62±6,86		22,22±6,95		13,96±5,36		7,92±3,46		76,15±20,59	
Sağlık durumu?	Hayır	14,62±7,65	0,508*	17,94±7,25	<0,001*	22,89±7,15	<0,001*	14,17±5,78	0,011*	7,84±3,53	0,305*	77,47±22,53	<0,001*
	Evet	13,78±7,09		15,15±6,91		19,87±6,99		12,67±5,41		8,32±3,84		69,80±21,94	

* Mann Whitney U Testi ** Kruskal Wallis Testi

En az bir kronik hastalığı olanlarda aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha düşük** iken, doktora güvensizlik alt ölçek puanlarının ise **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu “genellikle” düşünenlerde, “nadiren” düşünen ve “hiçbir zaman” düşünmeyenlere göre zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çizelge 4.20. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının bazı sağlık durumu ve kronik hastalık/psikiyatrik hastalık/tanı konulmamış hastalık varlığına göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.20. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının bazı sağlık durumu ve kronik hastalık/psikiyatrik hastalık/tanı konulmamış hastalık varlığına göre karşılaştırılması.

		Zorlantı	<i>p</i>	Aşırı kaygı	<i>p</i>	Aşırılık	<i>p</i>	İçini rahatlatma	<i>p</i>	Doktora güvensizlik	<i>p</i>	Toplam puan	<i>p</i>
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss	
Şu anda sağlık durumu	Kötü/Çok kötü	10,20±2,16	0,559*	14,20±5,26	0,778*	22,60±5,22	0,728*	10,00±2,73	0,154*	12,00±3,53	0,013*	69,00±7,84	0,923*
	Orta	13,90±7,14		17,63±7,07		22,05±7,59		13,27±5,35		8,48±3,66		75,35±21,43	
	İyi	14,50±7,46		17,10±7,19		21,92±6,91		13,71±5,59		7,86±3,51		75,10±22,39	
	Çok iyi	15,04±8,32		17,32±7,96		22,89±7,89		15,01±6,58		7,35±3,69		77,63±25,46	
Kronik hastalık varlığı	Yok	14,83±7,96	0,238*	17,95±7,59	0,001*	22,81±7,24	0,001*	14,22±5,80	0,005*	7,74±3,48	0,049*	77,57±23,65	0,002*
	Var	13,28±6,03		15,33±5,91		20,30±6,89		12,63±5,37		8,55±3,90		70,11±18,56	
Psikiyatrik bir hastalık varlığı	Yok	14,33±7,49	0,394*	17,17±7,28	0,390*	22,14±7,26	0,880*	13,76±5,78	0,457*	7,99±3,62	0,513*	75,41±22,78	0,501*
	Var	15,25±7,82		17,97±7,15		21,97±6,93		14,10±5,07		7,58±3,52		76,89±20,67	
Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme	Hiçbir zaman	13,68±7,47	0,029*	15,71±7,33	<0,001**	21,42±7,66	0,002*	13,18±5,83	0,009*	8,03±3,86	0,999*	72,04±23,38	<0,001**
	Nadiren	13,94±6,51		16,64±6,20		21,57±6,50		13,60±5,22		7,92±3,56		73,68±19,38	
	Bazen	15,07±7,54		19,39±6,99		22,90±6,88		14,21±5,75		7,90±3,31		79,49±21,02	
	Genellikle	19,62±11,07		22,51±9,76		27,22±8,01		17,37±6,75		8,00±3,51		94,74±30,87	
* Mann Whitney U Testi ** Kruskal Wallis Testi													

Günde ortalama internette geçirdiği süre 3 - 6 saat ve 6 saatten fazla olanlarda aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının internet kullanımı bir saatten az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek olduğu**, buna karşın günde ortalama internette geçirdiği süre bir saatten az olanlarda doktora güvensizlik alt ölçek puanlarının anlamlı bir şekilde **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İnterneti kullanma becerisini “iyi” ve “çok iyi” olarak ifade edenlerde aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının “zayıf/çok zayıf” olarak ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” kullandığını ifade edenlerde “nadiren” ve “bazen” kullandığını ifade edenlere göre zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Birden çok internet kaynağı (güvenilir/güvenilmez karışık) kullananlarda aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının Güvenilir kaynakları (Devlet, resmi dernek, özel hastane vb.) kullananlara ve internetten sağlık bilgisi aramayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ($p<0.05$) olduğu, buna karşın internetten sağlık bilgisi aramayanlarda doktora güvensizlik alt ölçek puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çizelge 4.21 Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının internet kullanma ve beceri durumları ile interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma sıklıklarına göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Çizelge 4.22 Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının internette sağlık bilgisi ararken tercih edilen sitelere göre karşılaştırılmasını göstermektedir

Çizelge 4.21. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının internet kullanma ve beceri durumları ile interneti sağlıklı ilgili konular nedeniyle kullanma sıklıklarına göre karşılaştırılması

		Zorlantı	<i>p</i>	Aşırı kaygı	<i>p</i>	Aşırılık	<i>p</i>	İçini rahatlatma	<i>p</i>	Doktora güvensizlik	<i>p</i>	Toplam puan	<i>p</i>
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss	
Günde ort. internette geçirdiği süre	1 saatten az	12,60±5,95	0,198*	14,97±6,18	0,002*	19,01±7,50	<0,001*	11,71±5,32	<0,001*	9,18±4,08	0,031*	67,48±19,18	0,001*
	1- 3 saat	14,66±7,63		17,09±7,11		22,16±6,83		13,75±5,44		7,83±3,46		75,50±22,25	
	3 - 6 saat	14,64±7,51		18,90±7,49		23,78±7,40		15,43±5,86		7,49±3,35		80,26±22,91	
	6 saatten çok	15,78±9,44		19,07±9,09		24,50±7,46		14,21±7,37		7,67±4,17		81,25±28,11	
İnterneti kullanma becerisini nasıl buluyor?	Zayıf/Çok zayıf	13,48±5,39	0,373*	16,74±6,27	0,256*	20,67±6,79	0,017*	12,67±4,90	0,010*	8,35±4,09	0,812*	71,93±18,17	0,019*
	Orta	13,43±6,46		16,37±6,60		20,87±7,00		12,68±5,02		8,12±3,81		71,50±20,01	
	İyi	14,77±7,96		17,50±7,47		22,82±7,10		14,36±5,86		7,73±3,34		77,21±23,28	
	Çok iyi	16,14±8,95		18,81±8,35		21,97±6,93		15,30±6,71		7,58±3,52		82,14±26,42	
İnterneti sağlıklı ilgili konularda ne sıklıkta kullanıyor?	Nadiren	13,64±7,23	0,033*	16,00±7,19	<0,001*	19,31±7,01	<0,001*	13,03±5,53	0,001*	8,32±4,01	0,705*	70,32±22,08	<0,001*
	Bazen	14,17±6,77		16,88±6,65		22,41±6,28		13,48±5,55		7,76±3,53		74,71±20,34	
	Genellikle	14,55±7,61		18,05±7,33		24,18±7,11		14,31±5,43		7,88±3,18		78,98±21,76	
	Her zaman	20,03±11,26		23,59±8,52		27,59±9,36		18,29±7,16		7,85±3,53		97,37±30,30	
* Kruskal Wallis Testi ** Mann Whitney U Testi													

Çizelge 4.22. Siberkondri Ölçeği alt ölçek (Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik) ve toplam puan ortalamalarının internette sağlık bilgisi ararken tercih edilen sitelere göre karşılaştırılması

		Zorlantı	<i>p</i>	Aşırı kaygı	<i>p</i>	Aşırılık	<i>p</i>	İçini rahatlatma	<i>p</i>	Doktora güvensizlik	<i>p</i>	Toplam puan	<i>p</i>
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss	
İnternette sağlık bilgisi ararken en çok hangi internet sitelerini tercih ediyorsunuz?	Güvenilir kaynaklar (Devlet, resmi dernek, özel hastane vb.)	14,00±7,28	0,645*	15,89±6,96* *	0,011*	21,08±6,95* *	<0,001* *	13,06±5,53* *	0,043*	8,09±3,80**	<0,001*	72,15±22,11* *	0,018* *
	Güvenilmeyen kaynaklar (Sosyal medya, youtube, forum siteleri vb)	15,38±7,86		18,22±7,45		21,18±7,64* *		13,76±6,05		9,13±3,55**		77,69±23,22	
	Okuduğu bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmiyor	13,76±7,94		17,38±7,64		21,71±7,43* *		13,63±5,66		7,55±3,42**		74,04±24,35	
	İnternette sağlık bilgisi aramıyor	14,92±7,42		14,42±7,32* *		14,07±5,60* *		11,42±5,94* *		11,28±4,10**		66,14±21,54* *	
	Birden çok internet kaynağı kullanıyor (güvenli/güvensiz)	14,45±7,40		17,96±7,14* *		24,09±6,63* *		14,58±5,65* *		7,21±3,25**		78,31±21,82* *	
* Kruskal Wallis Testi ** Mann Whitney U Testi													

4.5.Ölçeklerin Güvenilirlikleri

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği'nin Cronbach Alfa katsayısı 0,956 olarak bulunmuştur. Çizelge 4.23'de e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği güvenilirlik tablosu verilmiştir.

Çizelge 4.23. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği güvenilirlik tablosu

	Madde ortalaması	Ölçek varyansı	Madde toplam korelasyonu	Çoklu Korelasyon	Madde silme güvenirlik katsayısı
ES1	22,50	55,042	,809	,687	,951
ES2	22,42	53,761	,882	,835	,947
ES3	22,38	53,360	,883	,830	,947
ES4	22,40	52,979	,902	,837	,945
ES5	22,42	53,607	,891	,827	,946
ES6	22,33	53,091	,857	,793	,948
ES7	22,39	53,512	,849	,760	,949
ES8	22,94	58,319	,597	,390	,964

Siberkondri Ölçeği'nin Cronbach Alfa katsayısı 0,951 olarak bulunmuştur. Çizelge 4.24 Siberkondri Ölçeği güvenilirlik tablosunu göstermektedir.

Çizelge 4.24. Siberkondri Ölçeği güvenirlik tablosu

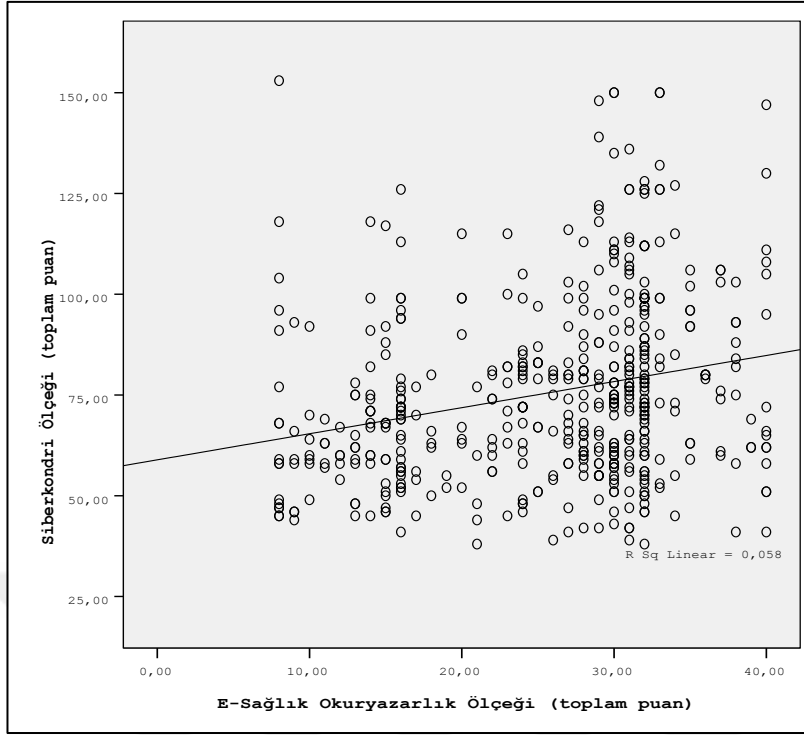
	Madde ortalaması	Ölçek varyansı	Madde toplam korelasyonu	Çoklu Korelasyon	Madde silme güvenirlik katsayısı
Siberkondri1	74,52	609,487	,492	,674	,950
Siberkondri2	74,71	601,811	,599	,710	,949
Siberkondri3	75,62	601,602	,578	,525	,950
Siberkondri4	75,21	599,131	,612	,510	,949
Siberkondri5	75,09	599,024	,604	,516	,949
Siberkondri6	75,83	602,424	,620	,687	,949
Siberkondri7	75,38	600,677	,656	,614	,949
Siberkondri8	75,72	600,575	,633	,642	,949
Siberkondri9	74,02	613,505	,303	,414	,952
Siberkondri10	75,38	597,791	,660	,619	,949
Siberkondri11	74,99	597,880	,633	,581	,949
Siberkondri12	75,83	603,383	,633	,739	,949
Siberkondri13	74,55	599,948	,576	,655	,950
Siberkondri14	75,81	601,815	,631	,761	,949
Siberkondri15	75,09	596,768	,620	,636	,949
Siberkondri16	75,61	598,004	,639	,595	,949
Siberkondri17	75,85	601,228	,653	,771	,949
Siberkondri18	75,34	594,704	,717	,627	,949
Siberkondri19	75,47	599,171	,638	,520	,949
Siberkondri20	75,36	598,480	,624	,530	,949
Siberkondri21	74,33	611,501	,357	,494	,952
Siberkondri22	75,36	594,438	,742	,722	,948
Siberkondri23	75,83	601,414	,676	,676	,949
Siberkondri24	75,90	601,707	,659	,802	,949
Siberkondri25	75,86	600,776	,666	,813	,949
Siberkondri26	75,27	595,804	,661	,528	,949
Siberkondri27	75,02	597,894	,582	,562	,950
Siberkondri28	74,26	605,916	,387	,506	,952
Siberkondri29	75,46	593,332	,727	,650	,948
Siberkondri30	74,78	596,537	,585	,563	,950
Siberkondri31	75,72	596,001	,729	,748	,948
Siberkondri32	75,63	597,235	,685	,619	,949
Siberkondri33	74,50	611,184	,343	,379	,952

4.5.Ölçekler Arasındaki İlişkiler

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, **düşük veya önemsiz derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı ($r=0.240$, $p<0.001$). Çizelge 4.25 e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği arasındaki doğrusal ilişkiyi (korelasyon) göstermektedir. Şekil 4.1’de e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği arasındaki korelasyon grafiği verilmiştir.

Çizelge 4.25. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

Korelasyon Tablosu			
		e-Sağlık Ölçeği toplam puan	Siberkondri Ölçeği toplam puan
e-Sağlık Ölçeği toplam puan	r	1	,240**
	p		,000
	N	494	494
Siberkondri Ölçeği toplam puan	r	,240**	1
	p	,000	
	N	494	494
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			



Şekil 4.1. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği arasındaki korelasyon grafiği

5. TARTIŞMA

İnsanlar sağlıkları konusunda endişe duyduklarında, çare aramak için bazı yöntemlere başvurur. Günümüzde internet kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte ‘‘internetten sağlık bilgisi aramak’’ da en çok kullanılan yöntemlerden biri haline gelmiştir. İnternette sağlık bilgisi aramak; bilgiye kolay ulaşım, benzer hastalarla deneyim paylaşımı, ayrıntılı bilgi edinme gibi birçok fayda sağlasa da olumsuz yönleri de sahiptir. e-Sağlık ile meşgul olmak kendi başına bir beceri veya okuryazarlık gerektirmektedir. Yeterli seviyede sağlık okuryazarlığı olmayan bir toplum için medya ya da internet yoluyla iletilen sağlık bilgileri olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Kişilerin kendileri için uygun olmayan tedavileri deneyerek mevcut sağlık problemlerini artırmalarına, sağlık kaygılarının artmasına ve gereksiz poliklinik başvurularının artmasına neden olabilmektedir. Bir kişinin sağlık kaygısı ne kadar çoksa o kadar sıklıkla internetten sağlık bilgisi aramaya eğilimli olmakta ve aramadan sonra da sıkıntısı artmaktadır(15,16).

Çalışmamızda;

- Sağlık arama davranışı olarak internetin ne düzeyde kullanıldığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesini,
- İnternette sağlık bilgisi arayan kişilerin e sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesini,
- İnternette sağlık bilgisi arayan kişilerin siberkondri düzeylerinin belirlenmesini,
- İnternette sağlık bilgisi arama- e sağlık okuryazarlığı- siberkondri düzeyi arasında ilişki bulunup bulunmadığının belirlenmesini hedefledik.

Sağlık arama davranışlarını değerlendirmek için kendi hazırladığımız sosyodemografik verileri de içeren 22 soruluk bir anket kullandık. e-Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için, 2006 yılında Kanada Toronto Üniversitesinden Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner’ın çalışmaları sonucunda geleneksel okuryazarlık, sağlıkla ilgili okuryazarlık, bilgi alma, bilimsel araştırma, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığının belirlenmesine yönelik olarak geliştirilen e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’ni, siberkondri düzeyini belirlemek için de 2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından geliştirilen; zorlantı,

aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik alt boyutlarını içeren Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'ni kullandık.

Çalışmamıza katılan toplam 529 kişinin %55,1'i kadın, 73,3'ü evli, %32,3'sinin çocuğu yok, %81,7'i üniversite-yüksek lisans mezunu, %38,9'unun gelir düzeyi 3001 - 10000 TL, %68,2'si çalışıyor ve %25,1'i sağlık çalışanıdır. Katılımcıların yaş ortalaması $39,41 \pm 12,73$ yıl (%55,2'si >35 yaş) olarak saptanmıştır.

Çalışma katılımcılarının %57,8'i (n=306) şu anda sağlık durumunu "iyi" olduğunu, %7,8'i kendisinde tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalık olduğunu, %27,8'i ise en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %60,7'si henüz tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu "nadiren" (%34,0) de olsa düşündüğünü ifade etmiştir.

Katılımcıların %38,8'i "bazen", %20,6'sı ise "genellikle" interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullandığını ifade ederken, %28,9'u "nadiren" sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullandığını, %6,0'sı ise internetten sağlık bilgisi aramadığını belirtmiştir. Yani katılımcıların %94 gibi çok büyük bir oranı, sağlık bilgisi aramak amacıyla interneti kullanmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına göre 2016 yılının ilk üç ayında internet kullanan bireylerin %65.9'unun 'Sağlıkla ilgili bilgi arama' nedeniyle internet kullandığı gösterilmiştir (10). David Ka-Ki Wong ve Man-Kuen Cheung tarafından Hong Kong'da gerçekleştirilen çalışmaya katılan 1162 kişinin %87,44'ü sağlık bilgilerini bulmak için interneti kullandığını ifade etmiştir (177). İnternet kullanımının giderek yaygınlaşmasıyla, özellikle de içinde bulunduğumuz COVID-19 Pandemisinin etkisiyle bu oran daha da artmaktadır. Pandemi nedeniyle bireyler hastaneye gelmek yerine sağlıkla ilgili işlemlerini de mümkün olduğunca internet üzerinden halletmeye çalışmakta, birçok sağlık kuruluşu da bu durumu desteklemektedir. Örneğin; psikoterapiler artık yüz yüze değil online olarak yapılmaktadır, birçok hekim tetkik sonuçları için hastayı tekrar vizite çağırarak yerine online görüşmeyi tercih etmektedir, tetkik sonuçları basılı olarak verilmemekte, hastalara online olarak sonuçları görüntüleyebilecekleri iletişim bilgileri verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri için hasta

bilgilendirmeleri çoğunlukla yüz yüze değil, internet ve medya üzerinden yapılmaktadır.

Çalışmamızın ilk bölümünde online sağlık bilgisi aramayı etkileyen bazı sosyodemografik faktörleri değerlendirdik. Katılımcılardan 35 yaş ve altında olanların %34,1'i, 35 yaş üstü olanların ise sadece %18,9'u interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” ve “her zaman” kullandığını ifade etmiştir. İleri yaşta internetten sağlık bilgisi arama düzeyi anlamlı derecede azalmaktadır ($p<0.001$). Ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmada da genç yaştaki kişilerin daha fazla online sağlık bilgisi aradığı gösterilmiştir (13,177–179). Yaş ilerledikçe kronik hastalıklar artacağından sağlık arayışının da artacağını düşünebiliriz. Ancak; ileri yaştaki sağlık arayışı genellikle profesyonel sağlık hizmetlerine başvurma şeklinde görülürken; genç yaştaki sağlık arayışı genellikle online sağlık bilgisi arama şeklinde olmaktadır. Bunun sebeplerinden biri, genç bireylerin interneti daha aktif kullanması olabilir. Gün içinde akıllı telefonlar, tabletler ve bilgisayarlar aracılığıyla internete daha kolay ulaşan gençler, ulaşım kolaylığı nedeniyle sağlık bilgisi aramak için interneti tercih ediyor olabilir. İkinci neden, eğitim ya da çalışma nedeniyle profesyonel sağlık hizmetlerine başvuracak vakti olmayan genç bireyler, sağlık arayışı için internete yöneliyor olabilir. Yaşlı nüfus genellikle emekli ya da çalışmayan gruptan oluşurken, genç nüfusun çalışan ya da öğrenci olma ihtimali daha yüksektir. Üçüncü bir neden ise yaşlanmaya bağlı olarak kognitif fonksiyonların azalması ve internet kullanımının zorlaşması olabilir.

Kadınların %32,5'i interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” ve “her zaman” kullandığını ifade ederken, erkeklerde bu oranın sadece %16,3 olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Literatürde yapılan diğer çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (12,13,83,178,180). Kadınların annelik rolü ve kadınlara özgü hastalıkları birileriyle paylaşmak yerine kendi kendilerine çare aramaları bu farkın ortaya çıkmasında etkili olabilir.

Çalışmamızda medeni durum, gelir düzeyi ile interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$)

Birçok çalışmada kronik hastalık varlığı, online sağlık arama davranışı için pozitif öngörücü olarak bulunurken, bizim çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile online sağlık bilgisi arama davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

($p>0.05$) (177–179). Bunun nedeni kronik hastalığı olan kişilerin genellikle ileri yaşta olması ve bu yaştaki kişilerin internet kullanımının düşük olması ve kontroller için zaten sağlık kurumlarına gidiyor olması olabilir.

Çalışmamıza katılan lise mezunlarının %27,7'si, üniversite-yüksek lisans mezunlarının ise %26,1'i interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” ve “her zaman” kullandığını ifade ederken, ilköğretim mezunlarında bu oranın sadece %15,7 olduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.017$). Sadece bizim çalışmamızda değil birçok çalışmada eğitim seviyesi yüksek kişilerin daha fazla online sağlık bilgisi aradığı gösterilmiştir. Yedi Avrupa ülkesinde (Norveç, Danimarka, Almanya, Yunanistan, Polonya, Portekiz ve Letonya) 7934 kişiyle yapılan bir araştırmada; eğitim seviyesi yüksek kişilerin sağlık web sitelerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir (179). Ramazan Kırar (178) tarafından yapılan çalışmada da okuryazar olmayanların ve ilköğretim mezunlarının online sağlık arama davranışı ortalaması; lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim alanların ortalamasından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Pew İnternet ve Amerikan Yaşam Projesi Anketi sonuçları da yüksek eğitim seviyesinin daha fazla çevrimiçi sağlık bilgisi arama ile ilişkili olduğunu göstermiştir (13). Bu beklediğimiz bir bulgudur. Eğitim seviyesi yüksek kişiler daha fazla sağlıklarının sorumluluğunu almakta, tıbbi durumlarını daha fazla takip etmekte ve sağlıkları için daha fazla araştırma yapmaktadır. Ayrıca bu kişiler internet kullanımında daha ustadırlar. Hekimler hastalara durumları hakkında daha detaylı açıklama yaparak ve kendi durumları hakkında internetten nasıl doğru bilgi edinecekleri konusunda yol göstererek, hastaların internette okuduğu bilgilerle yanlış davranışlara yönelmelerini önleyebilirler.

Katılımcıların %18,7'si hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini ifade etmiştir. Hekimi tarafından önerilen bir tedaviden internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini beyan edenlerde e-Sağlık okuryazarlık ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hekimi tarafından önerilen bir tedaviden internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini bildiren üniversite-yüksek lisans mezunlarının oranı %21,8 iken; bu oran lise mezunlarında %4,6, ilköğretim mezunlarında ise %6,3

olarak saptanmıştır; aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.001$). Muhammet Tüter'in Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 210 kişi üzerinde yaptığı çalışmada (181) da internette okuduğu bilgilerle doktorunun reçete ettiği ilacı bırakma oranı, eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aslında eğitim seviyesi ve e-Sağlık Okuryazarlığı yüksek bireylerin internette okuduğu yanlış olma olasılığı yüksek bilgiler yerine doktorun sözüne itibar etmesi beklenirdi. Ancak iki çalışmada da eğitim seviyesi yüksek kişilerin internette okuduğu bilgiler nedeniyle hekim önerisiyle kullandığı ilacı bırakma oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum eğitim seviyesi yüksek kişilerin kendileriyle ilgili tıbbi durumları daha fazla merak edip araştırmasıyla ilgili olabilir. İnternette kullanılacak olan ilaçla ilgili bilgi edinmek; olası yan etkiler, ilacın doğru kullanımı, ilaç etkileşimi, alternatif tedavi yöntemlerinin araştırılması konusunda faydalı olabilir. Ancak yanlış edinilen bilgiler nedeniyle tedavi yarım kalabilir ya da daha kötü tıbbi sonuçlara sebep olabilir. Hekimlerin kısa muayene süreleri nedeniyle paylaşılmış karar alma yerine hastaya yeterli açıklama yapmadan; hastanın aklına takılan soruları yanıtlamadan tedavi planını kendisinin belirlemesi kişilerin hekime olan güvenini azaltıp, internette sağlık bilgisi aramasına sebep olan diğer bir faktör olabilir. Nitekim çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek kişilerin daha fazla internette sağlık bilgisi aradığı görülmüştür.

Katılımcıların %36,3'ü sağlıkla ilgili konular nedeniyle birden çok internet kaynağı kullandığını ifade ederken, %17,6'sı devlet kurum siteleri -resmi onaylı sağlık derneği siteleri (gov.tr uzantılı siteler, Türk...Derneği Siteleri)'nden, %10,0'u özel hastane, klinik ya da sağlık uzmanlarının özel sitelerinden, %7,2'si forum siteleri (bireylerin kendi yorumlarını yazıp paylaşabildiği siteler) istifade ettiğini, %11,9'u okuduğu bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmediğini, %6,0'sı ise internette sağlık bilgisi aramadığını belirtmiştir. Wong ve Cheung (177) tarafından yapılan çalışmada ankete katılanların online sağlık bilgisi ararken başvurduğu kaynaklar şöyledir: %69.9 çevrimiçi ansiklopediler (ör. Wikipedia), %41.8'i sağlık portalları veya tıbbi ansiklopediler (ör. MIMS, MedlinePlus, WebMD), %41.8 forum siteleri (ör. Yahoo! Answers, Baidu Knows), %36.6'sı resmi web siteleri, %34.5'i hastane veya klinik web sitelerine başvurulmuştur ve kişi başı ortalama 4'ten fazla kaynak kullanılmaktadır. Bizim çalışmamızda en çok

tercih edilen kaynakların resmi web siteleri ve hastane veya klinik web siteleri olmasında, sağlık ansiklopedilerinin çoğunlukla İngilizce yayın yapması etkili olabilir. Başka dikkat çeken bir sonuç, her 10 kişiden biri okuduğu bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmediğini belirtmiştir, bu durum internetten sağlık bilgisi ararken bilinçsiz davranıldığının bir göstergesidir. İnternette okuduğu bilgi kaynağının güvenilir olup olmamasına dikkat etmeyen bireyler; yanlış edinilen bilgiler nedeniyle hem sağlıklarını riske atacak girişimlerde bulunabilmekte hem de gereksiz poliklinik başvurularına ve sağlık giderlerinin artmasına yol açmaktadır.

Katılımcıların %94,0'ü kendi sağlığı için yılda en az bir kez bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu bildirmiştir. Yılda 4 ve üzeri başvuru yapanların oranı %25,0 olarak bulunmuştur. Muhammet Tüter'in çalışmasında (181), katılımcıların kendi sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama %16,2'sinin bir kez, %24,8'ünün iki kez, %56,7'sinin üç kez ve %2,4'inin dört ve üzeri kez başvurduğu tespit edilmiştir. Fatih Mutlupoyraz ve ark.nın birinci basamağa başvuran 588 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada (182) katılımcıların %14,8'inin bir kez, %16,3'ünün iki kez, %8,3'ünün üç kez, %28,7'sinin dört kez ve üzeri başvurduğu saptanmıştır. TC. Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında yayımlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre (183) 2017 yılında Türkiye'de kişi başına düşen yıllık poliklinik başvuru sayısı 8,9; kişi başına düşen birinci basamak poliklinik başvuru sayısı 2,9'dur. Çalışmamızda sağlık kuruluşuna bir yılda başvuru sayısı ile interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların %17,4'ü internette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaştığını; aile hekiminin olumlu tepki verdiğini, kendisini bilgilendirdiğini ve yol gösterdiğini ifade ederken, %3,8'inin aile hekimiyle paylaştığını, aile hekiminin olumsuz tepki verdiğini, istediği cevapları alamadığını; %61,2'si daha önce böyle bir durum yaşamadığını, %17,6'sı ise aile hekimiyle bu durumu paylaşmadığını ifade etmiştir. Wong ve Cheung tarafından gerçekleştirilen çalışmada (177) çalışmaya katılanların yalnızca küçük bir kısmının (%26.88) internette buldukları sağlık bilgilerini bir doktora sorduğu bulunmuştur. Hastalar, internetten edindikleri sağlık bilgilerini sorduğunda, doktorlardan alınan yanıtlar, hastalar tarafından tatmin edici bulunmamış;

doktorların yalnızca %39,1'i biraz ilgili davranmış ve %17,0'si çevrimiçi olarak bulunan sağlık bilgileriyle hiç ilgilenmemiştir. Bir birinci basamak sağlık merkezi veya hastane ziyaretinden sonra hastaların çevrimiçi sağlık bilgisi aramasıyla ilgili yapılan bir çalışmada; hastaların %80 'inin ziyaret sonrası internete girdiği, bunların da %40'ının hekim ziyaretinden duyulan memnuniyetsizlik nedeniyle online bilgi arayışına motive olduğu öğrenilmiştir. Birinci basamak hekimleri, uzmanlardan daha fazla hasta merkezli olarak derecelendirilmiştir (184).

Bizim çalışmamızda katılımcıların %41,0'i "genellikle", %15,3'ü ise "her zaman" muayene sonrası hekiminin verdiği bilgilerin ve muayenenin yeterli olduğunu düşünmektedir. Tekin'in yaptığı araştırmada görüşülenlerin %38,7'si hekimlerinin verdiği bilginin yetersiz olduğunu, %32,7'si hekim tarafından yapılan açıklamaların anlaşılabilir olmadığını düşündüğünü belirtmiştir (185). Aile hekimliğinin yapı taşlarından biri olan " hasta merkezli bakım ve paylaşılmış karar alma" hastanın tedavisi için hastayla birlikte karar verebilmek anlamını taşır. Hastayla birlikte karar verebilmek için; hastanın, bilgilendirilmesi ve karar verebilecek bilgi yeterliliğine ulaşması gerekmektedir. Bu bilgilendirmenin ilk adımı da hastanın doktoruna rahatça soru sorabilmesi, endişelerini paylaşabilmesidir. Hastalar muayene sırasında ve sonrasında rahatça soru sormaları konusunda teşvik edilir ve bilgilendirilirse; muayene sonrası memnuniyet oranının da artması beklenir.

Katılımcıların internette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaşma durumlarını etkileyen faktörlere baktığımızda; kadın katılımcıların %23,4'ü, erkeklerin ise sadece %9,9'u internette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaştığını ve olumlu tepki aldığını, aile hekiminin kendisini bilgilendirdiğini ve yol gösterdiğini ifade etmiştir ($p<0.001$). Yaşa göre böyle bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kadınların annelik özellikleri ve erkeklerden daha fazla online sağlık bilgisi arıyor olmaları bu durum üzerinde etkili olabilir.

Bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere, sağlık bilgisi aramak amacıyla internet yaygın olarak kullanılmaktadır. Hekimler kısa muayene sürelerinin elverdiği ölçüde hastayı bilgilendirmeye çalışsa da sağlığı ya da hastalığı hakkında internetten nasıl bilgi edinebileceği konusunda açıklama yapmamaktadır.

Hastaların sağlık bilgisi aramak amacıyla interneti bu kadar sık kullandığını da düşünürsek; internetten yanlış edinilen bilgiler, kendilerine zarar verebilecek yanlış uygulamalara ya da gereksiz poliklinik başvurularına sebep olabilir. Nitekim çalışmamıza katılan bireylerin %18,7'si hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğu bilgiler nedeniyle vazgeçtiğini, %27,4'ü ise hekim önerisi dışında kendi bilgilerine, eş, dost, akraba önerisine ya da internetten, medyadan edindiği bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gittiğini ifade etmiştir. Powell ve ark. (186), Escoffery ve ark. (187) çalışmalarında, bazı internet sitelerinin, insanların sağlıklarıyla ilgili yanlış bilgiler verdiği ve bu nedenle onlara yardım etmekten ziyade onların endişesini artırdığını ve kişilerin reçeteyi bırakmasına yol açtığını göstermiştir.

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” kullandığını ifade edenlerde “nadiren” ve “bazen” kullandığını ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p \leq 0.001$). Bu daha önce yapılan çalışmalarla tutarlıdır (177,184,188). e-Sağlık okuryazarlığının, çevrimiçi sağlık bilgisi arama için bir kolaylaştırıcı olarak hizmet ettiği öne sürülmektedir. Son zamanda yapılan çalışmalarda, daha yüksek e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin online sağlık bilgisi arama davranışında bir artışla ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmuştur (189,190)

Katılımcıların %47,4'ü sağlığı hakkında karar vermede internetin “yararlı” ya da “çok yararlı” olduğunu ifade ederken, %57,9'u internetteki sağlık kaynaklarına erişebilmenin “önemli” ya da “çok önemli” olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği internet tutumuna ilişkin puan ortalaması $25,68 \pm 8,38$ (en düşük değer 8, en yüksek değer ise 40) olarak bulunmuştur. Şengül ve arkadaşları tarafından Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 229 öğrenci üzerinde e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada çalışmaya katılanların yüzde 40'ı sağlığı hakkında karar verirken internetin yararlı bir kaynak olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin yüzde 69.1'i ise internetteki sağlık kaynaklarına erişmenin önemli/çok önemli olduğunu ifade etmiştir (191). İki çalışmanın da sonuçları benzer bulunmuş olup internetin sağlık bilgisi aramak amacıyla kullanımının “önemli” ve “yararlı” olarak görüldüğünü saptamıştır.

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Wong ve Cheung tarafından Hong Kong'da 1162 kişi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ileri yaş, daha düşük e-Sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir (177). İleri yaşta kognitif fonksiyonların azalması bu durumla ilişkili olabilir. İkinci bir sebep olarak da yeni neslin internetle büyümesi ve interneti daha aktif kullanması, eski kuşağın ise geleneksel sağlık arama davranışı ya da profesyonel sağlık arama davranışının daha ön planda tercih edildiği bir dönemde büyümesi ve bu alışkanlıkları sürdürmesi olabilir.

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının; çocuk sahibi olmayanlarda olanlara göre, üniversite-yüksek lisans mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre, >10 000 TL geliri olanlarda 3001 – 10 000 TL arası geliri olanlara göre, çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürdeki çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşlılarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, yoksullarda, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi kullanamayanlarda daha düşük olduğu bulunmuştur (105,124,192–194). Cinsiyet, medeni durum ve sağlık çalışanı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, şu andaki sağlık durumu kötü/çok kötü olanlarda, sağlık durumu orta/iyi/çok iyi olanlara göre genel olarak daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Literatürde, tam tersine, sağlık durumu algısı iyi olanlarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (124,195–197).

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, bir kronik hastalığı bulunmayanlarda en az bir kronik hastalığı olanlara göre genel olarak daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çizmeci ve Deniz tarafından sağlıklı bireylerle diyabet hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerini karşılaştırmak için yapılan çalışmada (198) diyabet hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlıklı bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aslında kronik hastalığı olan bireyler, daha düzenli poliklinik takibinde olduğundan ve daha sık internetten sağlık bilgisi aramak zorunda kalacağından e-sağlık okuryazarlık seviyelerinin daha yüksek olmasını

beklerdik. Öte yandan kronik hastalığı olan bireylerin genellikle yaşlı olması ve günümüzde internetin gençler arasında daha aktif kullanılıyor olması; bizim çalışmamızda da olduğu gibi, kronik hastalığı olmayanlarda e-sağlık okuryazarlığının neden daha yüksek çıktığını açıklayabilir.

Bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı ≥ 4 olanlarda, e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının genel olarak daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Young Ik Cho ve arkadaşlarının yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada (199) düşük sağlık okuryazarlığının ortalama hastane yatışı sayısı ve acil servis başvuru sayısı ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir. Schulz ve ark.'na göre, yüksek e-sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olanların, düşük e-sağlık okuryazarlık becerisine sahip kişilere oranla sağlık bilgileri için daha fazla internete girdikleri ve dolayısıyla Aile hekimine başvurularının da sık olduğu ortaya konmuştur. Ciddi bir sağlık durumunun varlığında yüksek e-sağlık okuryazarlık becerisine sahip kişiler sağlıkları ile ilgili eyleme geçmeleri gerektiğinin farkında olacaktır. Dolayısıyla, internetten bilgi elde ederek kendilerini eğitecek veya doktora başvuracaklardır (200). Bizim çalışmamızda farklı sonuç çıkmasının sebebi e-sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin internetten okudukları bilgileri doğru yorumlayamamaları, tedavi uyumlarının daha düşük olması, dolayısıyla da profesyonel sağlık arama davranışına daha fazla yönelmeleri olabilir. İnternet; kolay ulaşım, bilgi kaynağı çeşitliliği, sağlık profesyonelleri ve benzer semptomu/hastalığı olan kişilerle kolay iletişim kurma gibi birçok avantaja sahip olsa da, bilgi kirliliği fazla olduğundan, e-sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin bu bilgilere doğru kaynaktan ulaşım, yorumlamaları mümkün olamamaktadır. Bu durum da poliklinik başvurularını ve sağlık giderlerini artırabilir. Bu ilişkiyi netleştirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, günde ortalama internette geçirdiği süre 3 - 6 saat ve 6 saatten fazla olanlarda bir saatten az olanlara göre, interneti kullanma becerisini iyi ve çok iyi olarak tanımlayan katılımcılarda zayıf/orta/çok zayıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgu, interneti daha sık kullananların daha

yüksek e-Sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olduğunu doğrulayan farklı çalışmalarla benzerdir (124,195,196,201,202).

Katılımcıların Siberkondri ölçeği Zorlantı alt ölçek puan ortalaması $14,41 \pm 7,51$ iken, aşırı kaygı alt ölçek puan ortalaması $17,23 \pm 7,26$, aşırılık alt ölçek puan ortalaması $22,12 \pm 7,23$, içini rahatlatma ve güvensizlik alt ölçek puan ortalaması $13,79 \pm 5,72$ ve doktora güvensizlik alt ölçek puan ortalaması ise $7,96 \pm 3,61$ olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte Siberkondri ölçeği (SCÖ) toplam puan ortalaması ise $75,53 \pm 22,61$ olarak saptanmıştır. Literatürde farklı sonuçlar yer almaktadır. Güleşen ve Beydağ'ın (203), 330 kalp hastası kadın üzerinde yaptığı çalışmada SCÖ ortalama puanı $68,00 \pm 27,04$; Elciyar ve Taşcı'nın (204), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada katılımcıların ortalama puanları 86 olarak bulunmuştur. Başoğlu'nun (205), Edirne il merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada, ölçeğin puan ortalaması $89,42 \pm 21,68$ olarak bulunmuştur. Uzun ve ark.'nın (176) üniversite son sınıf öğrencilerine yaptığı çalışmada siberkondri puanı ortalama $79,4 \pm 16,9$, Gökçe'nin (206) Manisa'da yapmış olduğu çalışmada siberkondri puanı $74,0 \pm 18,0$ olarak bulunmuştur .

Aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Muhammet Tüter'in (181) 2019 yılında Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 210 hasta üzerinde yaptığı çalışmada da siberkondri düzeyi 25-44 yaş grubunda 45-65 yaş grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Altındış ve ark.'nın (16) üniversite çalışanlarında yaptığı çalışmada; Güleşen ve Beydağ'ın (203), 330 kalp hastası kadın üzerinde yaptığı çalışmada da genç yaş grubunda siberkondri düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu durum genç bireylerin internet kullanımlarının daha fazla olması, profesyonel ve geleneksel sağlık hizmetlerine başvurmak yerine online sağlık bilgisi aramayı tercih etmesiyle ve sağlıklarıyla ilgili bilgi taleplerinin fazla olmasıyla ilişkili olabilir.

Kadınlarda aşırılık alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **yüksek** olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Ancak siberkondri toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Muhammet Tüter'in (181) çalışmasında da

kadınlarda siberkondri düzeyi erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiştir.

Çocuk sahibi olmayanlarda aşırılık alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **yüksek** olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Benzer çalışmalarda sağlık kaygısının çocuk sahibi olmakla arttığı tespit edilmiştir (181,207). Bu durum çocuk sahibi bireylerin çocuklarının sağlığıyla ilgili endişe duyması ve sorumlu hissettikleri için daha fazla sağlık bilgisi aramasıyla ilişkili olabilir.

Sağlık çalışanı olmayanlarda aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının sağlık çalışanlarına göre anlamlı derecede **yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum sağlık çalışanlarının sağlık konusunda bilgi düzeylerinin yüksek olmasına bağlanabilir. Sağlık bilgi düzeyi düşük bireyler vücutlarında fark ettikleri en ufak bir değişiklikte daha fazla kaygılanıp internet araştırmasına yönelebilir ve bu durum siberkondri düzeyini artırabilir.

En az bir kronik hastalığı olanlarda aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha düşük** iken, doktora güvensizlik alt ölçek puanlarının ise **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda da kronik hastalığı olmayanlarda siberkondri düzeyi daha yüksek bulunmuştur (16,181) . Bunun nedeni; kronik hastalıkların genellikle ileri yaşlarda görülmesi ve ileri yaşlarda internet kullanımının daha düşük olması olabilir.

Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu “genellikle” düşünenlerde, “nadiren” düşünen ve “hiçbir zaman” düşünmeyenlere göre zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu beklediğimiz bir bulgudur. Çünkü tanısı konulmamış hastalığı olduğunu düşünen bireyler, vücutlarındaki değişikliklere daha fazla odaklanırlar ve bu semptomların önemli bir hastalığın belirtisi olabileceği konusunda endişe duyarlar. Bu endişe de daha fazla internetten araştırma yapmalarına neden olur.

Günde ortalama internette geçirdiği süre 3 - 6 saat ve 6 saatten fazla olanlarda aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının internet kullanımı bir saatten az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek olduğu**, buna karşın günde ortalama internette geçirdiği süre bir saatten az olanlarda doktora güvensizlik alt ölçek puanlarının anlamlı bir şekilde **daha yüksek olduğu** saptanmıştır ($p<0.05$).

İnterneti kullanma becerisini “iyi” ve “çok iyi” olarak ifade edenlerde aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının “zayıf/çok zayıf” olarak ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek olduğu** saptanmıştır ($p<0.05$). İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle “genellikle” kullandığını ifade edenlerde “nadiren” ve “bazen” kullandığını ifade edenlere göre zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puanları ile Siberkondri toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek olduğu** tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Türkiye İstatistik Kurulu'nca gerçekleştirilen 'Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması-2020'nin sonuçlarına göre Türkiye'de bu yıl itibarıyla 16-74 yaş grubundaki kişilerin internet kullanım oranı yüzde 79 olarak belirlenmiştir (208). “We Are Social” çalışmasına göre dünya çapında 2020 yılında yapılan araştırmaya göre 4,57 milyar insanın internet kullandığı ve bu oranın toplam dünya nüfusunun yaklaşık %60'ını oluşturduğu gösterilmiştir (209). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %83,2'si günde bir saatten fazla internet kullandığını ifade etmiştir. Günümüzde Covid-19 Pandemisi'nin de etkisiyle günlük internette geçirilen süre daha da artmaktadır. İnternet kullanım süresinin fazla olması, internetten daha sık sağlık bilgisi arama ve interneti kullanma becerisinin iyi olduğunu düşünme; birbiriyle ilişkili ve siberkondri düzeyini artıran faktörlerdir.

Birden çok internet kaynağı (güvenilir/güvenilmez karışık) kullananlarda Siberkondri toplam ölçek puanlarının güvenilir kaynakları (Devlet, resmi dernek, özel hastane vb.) kullananlara ve internetten sağlık bilgisi aramayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ($p<0.05$) olduğu görülmüştür. Güvenilir olmayan, özellikle reklam içerikli online sağlık kaynaklarını tercih eden hastalar, okudukları güvenilir olmayan sağlık bilgileri nedeniyle daha fazla endişelenmekte ve daha fazla internet araması yapmaktadır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların eğitim durumları sorgulandığında 32 kişi (%6,1) ilköğretim, 65 kişi (%12,3) lise, 432 kişi (%81.7) üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin siberkondri düzeyini de yüksek bulan çalışmalar vardır (181). Bizim çalışmamız online yapıldığı için üniversite eğitim düzeyine sahip katılımcı sayısı çok fazladır. Bu durum yeterli karşılaştırma yapılamamasına neden olabilir.

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, **düşük veya önemsiz derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.240$, $p<0.001$). Bizim çalışmamız, e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondrinin karşılaştırıldığı literatürdeki ilk çalışmadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların %94 gibi çok büyük bir oranda sağlık bilgisi aramak amacıyla interneti kullandığı görülmüştür.
- Katılımcılar 35 yaş ve altı, 35 yaş üstü olarak gruplandırıldığında; ileri yaşta internetten sağlık bilgisi arama düzeyinin literatürle uyumlu olarak anlamlı derecede azaldığı görülmüştür ($p<0.001$).
- Sağlıkla ilgili konular nedeniyle internet kullanımının; kadınlarda (%32.5), erkeklerden (%16.3) anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0.001$).
- Birçok çalışmada kronik hastalık varlığı online sağlık arama davranışı için pozitif öngördürücü olarak bulunurken, bizim çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile online sağlık bilgisi arama davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Sağlıkla ilgili konular nedeniyle internet kullanımının; lise mezunlarında (%27.7) ve üniversite ve yüksek lisans mezunlarında (%26.1), ilköğretim mezunlarına (%15.7) göre anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.017$).
- İnternette okuduğu bilgiler nedeniyle, hekimi tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, koroner anjio vs.) vazgeçme oranının; üniversite ve yüksek lisans mezunlarında (%21.8), lise (% 4.6) ve ilköğretim (% 6.3) mezunlarına oranla istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$).
- Katılımcıların %94,0'ü kendi sağlığı için yılda en az bir kez bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu ifade etmiştir. Yılda 4 ve üzeri başvuru yapanların oranı %25,0 bulunmuştur. Çalışmamızda sağlık kuruluşuna bir yılda başvuru sayısı ile interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcıların küçük bir kısmının (%17,4), internette okuduğu ama emin olamadığı ya da endişelendiği durumları aile hekimiyle paylaştığı; aile

hekiminin olumlu tepki verdiği, kendisini bilgilendirdiği ve yol gösterdiği görülmüştür. Literatürdeki diğer çalışmalarda da hastaların internette okudukları bilgileri, hekimle paylaşmaya çekindikleri görülmüş olup hastaların bu konuda cesaretlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

- Katılımcıların çok büyük bir kısmı (%94.9), hekiminin, hastalığı ya da sağlık durumu hakkında internetten nasıl bilgi edineceğini, hangi internet sitelerini okuyabileceğini kendisine anlatmadığını ifade etmiştir. e-sağlık okuryazarlığını artırmak ve hastaları internetteki bilgi kirliliğinden korumak için; hekimlerin, hastaları internet araştırması hakkında bilgilendirmesi için teşvik edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
- e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle daha sık kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p \leq 0.001$).
- e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).
- e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının; çocuk sahibi olmayanlarda olanlara göre, üniversite-yüksek lisans mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre, > 10 000 TL geliri olanlarda 3001 – 10 000 TL arası geliri olanlara göre, çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).
- Bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı ≥ 4 olanlarda, e-sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının genel olarak daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Literatürde farklı sonuçlar da yer almasına rağmen, e-sağlık okuryazarlığının artırılarak poliklinik başvuruları ve sağlık giderlerinin azaltılabileceği öngörülmüştür.
- e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının, günlük internette geçirilen süreyle ve interneti kullanma becerisiyle doğru orantılı olarak arttığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$).
- Siberkondri toplam ölçek puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu

saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum genç bireylerin internet kullanımlarının daha fazla olması, profesyonel ve geleneksel sağlık hizmetlerine başvurmak yerine online sağlık bilgisi aramayı tercih etmesiyle ve sağlıklarıyla ilgili bilgi taleplerinin fazla olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

- Literatürde, kadınlarda erkeklere göre; çocuk sahibi olanlarda olmayanlara göre siberkondri düzeyi yüksek bulunsa da bizim çalışmamızda anlamlı ilişki tespit edilememiştir.
- Sağlık çalışanı olmayanlarda siberkondri toplam ölçek puanlarının sağlık çalışanlarına göre anlamlı derecede **yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum sağlık çalışanı olmayanların sağlık konusunda bilgi düzeylerinin düşük olması, bu nedenle de vücutlarında farkettileri değışiklere daha duyarlı ve kaygılı yaklaşımlarıyla ilişkilendirilmiştir.
- En az bir kronik hastalığı olanlarda siberkondri toplam ölçek puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha düşük** olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum kronik hastalıkların genellikle ileri yaşta görülmesi, ileri yaşta da internet kullanımının azalmasına bağlanmıştır.
- Günde ortalama internette geçirdiği süre fazla olanlarda ve interneti kullanma becerisi “iyi” ve “çok iyi” olanlarda, siberkondri toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksek** olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
- e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, **düşük veya önemsiz derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.240$, $p<0.001$). Bizim çalışmamız, e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile siberkondri düzeyinin karşılaştırıldığı literatürdeki ilk çalışmadır.

İnternet günümüzde yaygın olarak kullanılmakta ve hastaların çok büyük bir bölümü internetten sağlık bilgisi aramaktadır. Ancak doğru kaynaklardan bilgi edinmeleri, okudukları bilgileri doğru anlamaları her zaman mümkün olmamaktadır. Bu konuda hekimlere büyük görev düşmektedir. Hastalar sağlıkla ilgili internet kullanımı konusunda cesaretlendirilmeli, hangi kaynakları kullanabilecekleri konusunda yol gösterilmelidir. Hastanın kendi sağlık

sorumluluğunu alabilmesi için öncelikle güçlendirilmesi ve yeterli hale getirilmesi gerekmektedir. Hastaların güçlendirilmesi; kendi sağlık durumlarını takip edebilmelerine, ilaç talimatlarına uymalarına, tedavi uyumlarını artırmalarına ve sağlık hizmeti sürecine aktif katılmalarına olanak sağlamaktadır. Hastaların güçlendirilmesi için internetin sağlık hizmetleri amacıyla kullanımı, kolay ulaşılabilir olması ve zengin kaynak barındırması yönünden son derece önemlidir. Covid-19 Pandemisi bize online sağlık hizmetlerinin isteğe bağlı ve lüks bir yaklaşım olmadığını, aksine zorunlu bir ihtiyaç haline gelebileceğini göstermiştir. Hekimler de bunun farkında olarak hastalarını internetten nasıl bilgi edinebilecekleri konusunda yönlendirmeli, internette okuyup endişelendikleri konularda rahatça soru sorabilmeleri için teşvik etmelisi gerekmektedir. Bu konuda hasta-hekim iletişiminin geliştirilmesi, muayene sonrası memnuniyeti artırmakta, tatmin olmadığı için muayene sonrası internetten sağlık araştırması yapan hasta sayısını azaltmakta; böylece siberkondri düzeyinin azalmasına da katkı sağlayabilmektedir.

İnternette doğru sağlık bilgisi edinebilmeleri için hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması gerekir. e-Sağlık okuryazarlığı, eğitim düzeyi ve internet kullanım becerisiyle doğru orantılı olarak arttığından; halkın eğitim düzeyini artıracak ve internetin daha kolay ulaşılabilir hale gelmesini sağlayacak politikalara ihtiyaç vardır.

Bu durum sağlıkta hakkaniyet ve eşitliğin sağlanması için de önemlidir. İnternetin sağlık hizmeti sunumu için daha yaygın ve doğru olarak kullanılması sağlarsa sağlık giderleri de önemli ölçüde azalacaktır. e-Sağlık okuryazarlığını artırıp, siberkondrinin toplumdaki oranının azaltılabilmesi için topluma ve sağlık çalışanlarına gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

7. ÖZET

18 Yaş Üstü Bireylerin İnternette Sağlık Bilgisi Arama Davranışı, e- Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada amaçlarımız; sağlık arama davranışı olarak internetin ne düzeyde kullanıldığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, internette sağlık bilgisi arama- e- sağlık okuryazarlığı- siberkondri düzeylerinin ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza 529 gönüllü katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik verilerin sorgulandığı 22 soruluk bir form; katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve katılımcıların siberkondri düzeyini değerlendirmek için 33 soruluk Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) uygulanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları için Mann Whitney U Testi, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda ileri analizler için ise Mann Whitney U Testi, kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan toplam 529 kişinin yaş ortalaması $39,41 \pm 12,73$ yıl (%55,2'si > 35 yaş) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %94'ü sağlık bilgisi aramak amacıyla interneti kullandığını bildirmiştir. Sağlıkla ilgili konular nedeniyle internet kullanımının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda, kadınlarda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda anlamlı derecede **daha fazladır.**

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre, çocuk sahibi olmayanlarda olanlara göre, üniversite-yüksek lisans mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre, > 10000 TL geliri olanlarda 3001 -

10000 TL arası geliri olanlara göre, çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksektir** ($p<0.05$).

Siberkondri toplam ölçek puanlarının; 35 yaş ve altındaki katılımcılarda 35 yaş üzerine göre, sağlık çalışanı olmayanlarda sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede **daha yüksektir** ($p<0.05$).

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Siberkondri Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, **düşük veya önemsiz derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.240$, $p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızda internetin sağlıkla ilgili bilgi arama amacıyla büyük oranda kullanıldığı; günlük internet kullanım düzeyi- e-sağlık okuryazarlığı- siberkondri arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile siberkondri düzeyinin karşılaştırıldığı literatürdeki ilk çalışmadır. e-Sağlık okuryazarlığını artırıp hastaları siberkondriden koruyabilmek için ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda daha fazla çalışma yapılması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İnternet, e-sağlık okuryazarlığı, siberkondri, online sağlık arama davranışı

8. ABSTRACT

Evaluation of Online Health Information Seeking Behavior, e-Health Literacy and Cyberchondria Status of Individuals Over The Age Of 18

Aim: In this study, we aim to determine the level of internet usage as health information seeking behavior and what factors affecting it, and to determine the level of online health information seeking behavior- e-health literacy- cyberchondria and the relationship among them.

Material and Method: 529 volunteers participated in our study. A form consisting of 22 questions asking about the participants' sociodemographic data, E-health Literacy Scale to determine the level of the participants' e-health literacy and Cyberchondria Severity Scale consisting of 33 questions to determine the level of the participants' cyberchondria are applied to the participants.

While evaluating the results from this study, continuous variables were expressed as mean $\pm$ standard deviation, and categorical data were expressed as numbers and percentages. In the intergroup analysis of continuous variables, normality analyzes were performed by using Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test. The Mann Whitney U Test was used for the comparison of the data which did not fit the normal distribution between the two groups, and the Kruskal Wallis Test was used for the comparisons of the three groups and more. The Mann Whitney U Test was used for further analysis in these comparisons, and the Chi-Square Test was used for the comparison of categorical data. The linear relationship between the scales was determined by performing the Pearson Correlation Test. Analyzes were performed with IBM SPSS (Statistics Package Program for Social Sciences) version 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Findings: The mean age of total of 529 participants is found as 39.41 ± 12.73 years (55.2% of them > 35 years) in this study. 94% of the participants state that they use the internet to search health information. Internet usage due to health-related issues is significantly higher in the participants aged 35 and younger, women, and those with higher education levels.

e-Health Literacy Scale scores are **significantly higher** among participants aged 35 and younger than those over 35, participants who do not have children compared to those who have children, university-master's graduates compared to primary school graduates, participants with an income of > 10000 TL compared to those with an income of 3001 - 10000 TL, and participants who are employed compared to those who do not work ($p < 0.05$).

Cyberchondria total scale scores are statistically **significantly higher** in participants aged 35 and younger than in those over 35, and participants who are non-health workers compared to those who are health workers ($p < 0.05$).

Low or insignificant strong and **statistically significant** positive correlation was found between the e-Health Literacy Scale and Cyberchondria Scale total scores ($r=0.240$, $p<0.001$).

Result: Internet mostly used for searching health information and a positive relationship among the level of daily internet usage- e-health literacy – cyberchondria was found in the study. This study is the first research which compares the level of e-health literacy and the level of cyberchondria in the literature. In order to increase e-health literacy and protect the patients from cyberchondria, determining the related factors and researching on this subject more is significantly important.

Keywords: internet, e- health literacy, cyberchondria, online health information seeking behavior

9.KAYNAKLAR:

1. Allen J, President BG, Crebolder H, Catholic JH, Svab I, Maastricht PR. The European Definition of General Practice/Family Medicine WONCA Europe 2011 Edition 1. 2011.
2. Bhuiya A. Health for the Rural Masses Insights from Chakaria Editor [Internet]. 2009 [cited 2020 Jan 13]. Available from: www.icddr.org
3. Pandey KR, Jha AK, Dhungana R, Lamsal R. Health seeking behaviour of parents for children with pneumonia. J Nepal Med Assoc. 2009;48(174):131–4.
4. Traditional, Complementary and Integrative Medicine [Internet]. [cited 2020 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1
5. Pennebaker JW. The Psychology of Physical Symptoms. New York: Springer; 1982. 81–102.
6. Bass SB, Ruzek SB, Gordon TF, Fleisher L, McKeown-Conn N, Moore D. Relationship of internet health information use with patient behavior and self-efficacy: Experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute’s Cancer Information Service. J Health Commun. 2006;11(2):219–36.
7. Laugesen J, Hassanein K, Yuan Y. The impact of internet health information on patient compliance: A research model and an empirical study. J Med Internet Res. 2015;17(6):e143.
8. Gaal I. Impact of the internet on physician-patient relationship. Orv Hetil. 2016;157(17):680–4.
9. Türkiye İstatistik Kurumu, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2020 [Internet]. [cited 2020 Sep 25]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33679>
10. Türkiye İstatistik Kurumu, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2016 [Internet]. [cited 2020 Jan 28]. Available from: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779>

11. Gallagher S, Doherty DT. Searching for health information online: Characteristics of online health seekers. *J Evid Based Med*. 2009;2(2):99–106.
12. Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: Multivariate results from the Pew surveys. *Int J Med Inform*. 2006;75(1):8–28.
13. Fox S, Duggan M. Health online 2013 Pew Research Center's Internet & American Life Project. Pew Research Center Publications. 2013. p. 1–55.
14. Beck F, Richard J, Nguyen-thanh V, Montagni I, Parizot I, Cedex SD. Use of the Internet as a Health Information Resource Among French Young Adults : Results From a Nationally Representative Survey Corresponding Author : 2014;16.
15. Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2011;14(10):613–8.
16. Altındış S, İnci MB, Aslan FG, Altındış M. Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Sak Med J*. 2018;8(2):359–70.
17. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Trans Inf Syst*. 2009;27(4):1–37.
18. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord*. 2013; 28(2): 259–65.
19. Keller GL, Padala PR, Petty F. Clinical Pearls to Manage Cyberchondriacs. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*, 2008; 10(01): 75-76.
20. Diviani N, Fredriksen EH, Meppelink CS, Mullan J, Rich W, Sudmann TT. Where else would i look for it? A five-country qualitative study on purposes, strategies, and consequences of online health information seeking. *J Public health Res*. 2019;8(1):33–9.
21. Diviani N, Van Den Putte B, Giani S, Van Weert JCM. Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *J Med Internet Res*. 2015 ;17(5) :112

22. Ye Y. Correlates of consumer trust in online health information: Findings from the health information national trends survey. *J Health Commun.* 2011; 16(1):34–49.
23. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res.* 2006;8(2):9
24. Coşkun S, Bebiş H. Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Gülhane Tıp Derg.* 2015;57:378–84.
25. Tamer Gencer Z. Analysis of Validity and Reliability of Norman and Skinner's E-Health Scale Literacy For Cultural Adaptation. 2017;131–45.
26. Uzun SU, Zencir M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Curr Psychol.* 2018;(7); 65-71
27. Larson JS. The Measurement of Health: Concepts and Indicators. In: *Definitions of Health.* New York: Greenwood Press; 1991. p. 1.
28. Aggleton P. Defining Health. In: *Health (Society Now).* Routledge; 1990. p. 1.
29. Robinson, J.; Elkan R. Defining and measuring health. *Health Needs Assessment Theory and Practice.* New York: Churchill Livingstone Medical Division of Pearson Professional Limited; 1996.
30. Boorse C. Health as a Theoretical Concept. *Philos Sci.* 1977;44(4):542–73.
31. World Health Organization. Constitution [Internet]. [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
32. McWhinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *C Can Med Assoc J = J l'Association medicale Can.* 1986;135(8):873–8.
33. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ.* 2008; 337(7683):1363–4.
34. Smith R. The end of disease and the beginning of health - The BMJ [Internet]. [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>

35. Huber M, André Knottnerus J, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343(7817):1–3.
36. Dunn HL. High-level wellness for man and society. *Am J Public Health*. 1959;49(6):786–92.
37. Field D. “The Social Definition of İllness.” In: Tuckett D, editor. *An İntroduction to Medical Sociology*. London: Tavistock Publications; 1976. p. 334–5.
38. Jennings D. The confusion between disease and illness in clinical medicine. *C Can Med Assoc J = J l"Association Medicale Can*. 1986;135(8):865–70.
39. Emson HE. Health, disease and illness: matters for definition. *C Can Med Assoc J = J l"Association Medicale Can*. 1987;136(8):811–3.
40. Oskay Ü. Medikal Sosyolojide Bazi Kavramsal Aciklamalar. *Sosyol Derg* [Internet]. 1993 [cited 2020 Jan 13];(4). Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosder/issue/40974/494986>
41. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “ Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi ” Rehberi. Ankara: Deniz Matbaacılık; 2011. 22 p.
42. Lawrence, G. and Potvin L. Health Promotion, and Social and Lifestyle Determinants of Health and Disease. In: Deteles R;, McEwen, J; Beaglehole , R.; Tanaka H, editors. *Oxford Texbook of Public Health*. USA: Oxford University Press; 2002. p. 3–20.
43. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER (2007) Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap10.pdf>
44. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med*, 1995 ;41(9):1207–16.
45. Kasl S. V, and Cobb S. Health Behaviour, Illness Behaviour, and Sick-Role Behaviour: II. Sick-Role Behaviour. *Arch Environ Health*. 1966;12(2):246–66.
46. Chinn PL. *Theory and nursing : integrated knowledge development*. 5th ed. Vol.

5. St. Louis : Mosby; 1999. 240–245 p.
47. World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998. pp
48. Cockerham WC. Health Behavior. In: The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014,]. p. 764–6.
49. Alonzo AA. Health behavior: Issues, contradictions and dilemmas. Soc Sci Med [Internet]. 1993 Oct;37(8):1019–34. Available from: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90437-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90437-9)
50. Harris, D. M., & Guten S. Health-protective behaviour: An exploratory study. . J Heal Soc Behav. 1979;20(1):17–29.
51. A rapid assessment of health seeking behaviour in relation to sexually transmitted disease [Internet]. 1995 [cited 2020 Jan 13]. Available from: <http://www.who.int/hiv/topics/HealthcareSeeking.pdf>
52. Rosenstock IM. Why people use health services. Milbank Q. 2005;83(4):94–124.
53. Hochbaum G. Public participation in medical screening programs a socio-psychological study. [Washington]; 1958; 572
54. Glanz K, Ollendburg B. Utilizing Theories and Constructs Across Models of Behavior Change. In: R. Patterson, editor. Changing Patient Behavior: Improving Outcomes in Health and Disease Management. San Francisco: Jossey-Bass; 2001. p.45-62
55. Rohleder P. Understanding and Changing Health Behaviours. In: Critical Issues in Clinical and Health Psychology [Internet]. London: SAGE Publications; 2012 [cited 2020 May 2]. p. 45–7. A
56. Lewin K, Cartwright D. Field Theory in Social Science : Selected Theoretical Papers. First edit. New York: Harper & Brothers; 1951. p.346
57. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr 1974;2(4):328–35.
58. Kegeles S. Why People Seek Dental Care : a Test of a Conceptual Formulation.

- J Health Hum Behav. 1963;4:166–73.
59. Haefner DP, Kirscht JP. Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. *Public Health Rep.* 1970;85(6):478.
 60. Abraham C, Sheeran P. The Health Belief Model. In: Conner M, Norman P, editors. *Predicting Health Behaviour*. second. Berkshire: Open University Press; 2005 p. 28–81.
 61. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45–65.
 62. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* [Internet]. 4th ed. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Jossey-Bass; 2008 [cited 2020 May 3]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2008-17146-000>
 63. Mackian S, Bedri N, Lovel H. Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? In: *Health Policy and Planning*. Oxford University Press; 2004. p. 137–46.
 64. Leventhal H. *Illness Representations: Theoretical Foundations*. In: *Perceptions of health* Amsterdam: Harwood Academic; 1997. p. 155–88.
 65. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res.* 1997; 42(2): 113–6.
 66. Downey CA, Chang EC. Assessment of everyday beliefs about health: The Lay Concepts of Health Inventory, college student version. *Psychol Heal* . 2013;28(7):818–32.
 67. Millstein S, Irwin CJ. Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme? *Heal Psychol.* 1987;6(6):515–24.
 68. The life of women and men in Europe [Internet]. [cited 2020 May 2]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/womenmen/index.html?lang=en>
 69. Mechanic D, Volkart EH. Stress, Illness Behavior, and the Sick Role. *Am*

Sociol Rev. 1961 ;26(1):51

70. Scambler A, Scambler G, Craig D. Kinship and friendship networks and women's demand for primary care. J R Coll Gen Pract . 1981;31(233):746–50.
71. Ingham JG, Miller PM. Symptom prevalence and severity in a general practice population. J Epidemiol Community Health. 1979;33:191–8.
72. Zola IK. Pathways to the doctor-From person to patient. Soc Sci Med. 1973;7(9):677–89.
73. Jones R van de LE. Illness behavior. In: Jones R et al, editor. Oxford textbook of primary medical care. Oxford Uni. New York; 2005. p.246-66
74. Özkorumak E, Güleç H, Kose S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir mi? Klin Psikiyatr. 2006;9:161–9.
75. Bahar A, Savaş HA, Bahar G. Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Değerlendirilmesi. Yeni Symposium, 2010; 3: 216-222.
76. Güleç G, Yenilmez Ç AF. Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları. Klin Psikiyatr Derg. 2011;14(3):131–42.
77. Loue S. Gender, Ethnicity and Health Research. New York: Kluwer Academic/Plenum; 1993. p.13-46
78. Cutilli C. Seeking health information:what sources do your patients use? Orthop Nurs. 2010;29(3):214–9.
79. Publications I. Measuring digital development Facts and figures 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/FactsFigures2019.pdf>
80. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. Patient Educ Couns. 2006;63(1–2):24–8.
81. Fox S, Rainie L. E-patients and the online health care revolution. Physician Exec. 2002;28(6):14–7.

82. Hou J, Shim M. The role of provider–patient communication and trust in online sources in internet use for health-related activities. *J Health Commun.* 2010; 15: 186–99.
83. Ybarra ML, Suman M. Help seeking behavior and the Internet: A national survey. *Int J Med Inform.* 2006;75(1):29–41.
84. Cline RJW. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Educ Res.* 2001;16(6):671–92.
85. What is PFCC? [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
86. Advancing The Practice Of Patient-And Family-Centered Care In Primary Care And Other Ambulatory Settings How To Get Started... [Internet]. 2016 [cited 2020 May 5]. Available from: www.ipfcc.org
87. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes, at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997; 44(5): 681–92.
88. Bardes CL. Defining “patient-centered medicine” . Vol. 366, *New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society; 2012 p. 782–3.
89. Eichner JM, Johnson BH, Betts JM, Chitkara MB, Jewell JA, Lye PS, et al. Patient- and family-centered care and the pediatrician’s role. *Pediatrics.* 2012;129(2):394–404.
90. Truog RD. Patients and doctors - The evolution of a relationship. *N Engl J Med.* 2012 ;366(7):581–5.
91. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *J Am Med Assoc.* 1996 ;275(2):152–6.
92. Dahl S, Eagle L. Empowering or misleading? Online health information provision challenges. *Mark Intell Plan.* 2016;34(7):1000–20.
93. Levenstein J. The Patient-centred general practice consultation . *South African Fam Pract / Prim Care* [Internet]. 1984;5(9).
94. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making - The pinnacle of

- patient-centered care. *N Engl J Med* . 2012 ;366(9):780–1.
95. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006; 60(3): 301–12.
 96. O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas HA, Moulton BW, Sepucha KR, et al. Toward the “tipping point”: Decision aids and informed patient choice. *Health Aff*. 2007;26(3):716–25.
 97. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010; 341(7780):971–2.
 98. Health D of. *Equity and excellence: Liberating the NHS*. London; 2010. p.3-27
 99. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 29]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975733>
 100. O'Connor A, Cl B, Stacey D, Barry M, Nf C, Kb E, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd.; 2009 [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>
 101. O'Connor AM, Légaré F, Stacey D. Risk communication in practice: The contribution of decision aids. *Br Med J*. 2003;327(7417):736–40.
 102. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: Improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13(1):6.
 103. WHO | Health Literacy [Internet]. [cited 2020 Jan 14]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>
 104. Ratzan C, Parker R, Selden C, Zorn M. National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda; 2000.p.3-20
 105. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. [Internet]. Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Kindig

- D, editors. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington: National Academies Press (US); 2004 [cited 2020 May 6]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25009856>
106. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Aff*. 2003;22(4):147–53.
107. Williams M V., Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998;158(2):166–72.
108. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *J Am Med Assoc*. 2002; 288(4):475–82.
109. Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G, et al. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Educ Couns*. 2013;91(2):206–12.
110. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1086–90.
111. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence report/technology assessment. 2011. p. 1–941.
112. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Br Med J*. 2007;335(7609):24–7.
113. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns*. 2009;75(3):411–7.
114. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm. *J Gen Intern Med*. 2008;23(8):1273–9.
115. Baker DW, Parker RM, Williams M V., Clark WS, Nurss J. The relationship

- of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *Am J Public Health*. 1997;87(6):1027–30.
116. Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü [Internet]. [cited 2020 Jan 31]. Available from: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>
117. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 – TSOY 32 – Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Platformu [Internet]. [cited 2020 Jan 31]. Available from: <http://www.saglikokuryazarligi.org/turkiye-saglik-okuryazarligi-olcegi-32-tsoy-32/>
118. Erkoç Y, Göçmen L, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü., World Health Organization. Regional Office for Europe. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011. 23 p.
119. WHO. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO. Geneva: World Health Organization; 1986.
120. World Health Organization. Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative. In: World Health Organization Division of Analysis, Research and Assessment. Geneva; 1996.
121. The WRO for, Bureau AAS. Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action. Washington; 1996.
122. Griebel L, Enwald H, Gilstad H, Pohl AL, Moreland J, Sedlmayr M. eHealth literacy research—Quo vadis? *Informatics Heal Soc Care* [Internet]. 2018 Oct 2 [cited 2021 May 5];43(4):427–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29045164/>
123. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res* . 2006 ;8(4):27.
124. Shiferaw KB, Tilahun BC, Endehabtu BF, Gullslett MK, Mengiste SA. E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: A cross-sectional survey Vol. 20, *BMC Medical Informatics and Decision Making*. BioMed Central Ltd; 2020 p. 1–9.

125. Gee JP. What is literacy. *Negot Acad literacies Teach Learn across Lang Cult.* :51–9.
126. 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.
127. Presidential Committee on Information Literacy: Final Report | Association of College & Research Libraries (ACRL) [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: <http://www.ala.org/acrl/publications/whitepapers/presidential#opp>
128. Laugksch RC. Scientific Literacy: A Conceptual Overview. *Sci Educ.* 2000;84(1):71–94
129. The International Encyclopedia of Media Literacy [Internet]. The International Encyclopedia of Media Literacy. Wiley; 2019 [cited 2021 May 6]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118978238>
130. Potter WJ. Theory of media literacy: A cognitive approach. *Theory of Media Literacy: A Cognitive Approach*. SAGE Publications Inc.; 2004; 1–307.
131. Stork C, Calandro E, Gillwald A. Internet going mobile: Internet access and use in 11 African countries. *Info*. 2013;15(5):34–51.
132. Childers S. Computer Literacy: Necessity or Buzzword? *Fac Publ UNL Libr* 2003 p.90.
133. Health Communication and Health Information Technology | Healthy People 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-communication-and-health-information-technology/objectives>
134. Hardey M. “E-health”: the internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Commun Soc.* 2001; 4(3): 388–405.
135. Berland GK, Elliott MN, Morales LS, Algazy JI, Kravitz RL, Broder MS, et

- al. Health information on the internet: Accessibility, quality, and readability in English and Spanish. *J Am Med Assoc*. 2001;285(20):2612–21.
136. Bernstam E V., Walji MF, Sagaram S, Sagaram D, Johnson CW, Meric-Bernstam F. Commonly cited website quality criteria are not effective at identifying inaccurate online information about breast cancer. *Cancer* . 2008 ;112(6):1206–13.
 137. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: A systematic review. Vol. 287, *Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2002. p. 2691–700.
 138. Sak G, Diviani N, Allam A, Schulz PJ. Comparing the quality of pro- and anti-vaccination online information: A content analysis of vaccination-related webpages. *BMC Public Health*. 2016 ;16(1):38
 139. Stvilia B, Mon L, Yi YJ. A model for online consumer health information quality. *J Am Soc Inf Sci Technol*. 2009;60(9):1781–91.
 140. Haukeland E, Sudmann TT. Fra søk til bruk av helseinformasjon på internett: e-Health literacy i en norsk kontekst. 2016; 16-21
 141. Kim H, Xie B. Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. Vol. 100, *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2017. p. 1073–82.
 142. Meppelink CS, van Weert JCM, Brosius A, Smit EG. Dutch health websites and their ability to inform people with low health literacy. *Patient Educ Couns*. 2017;100(11):2012–9.
 143. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, Lee K, et al. The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: National U.S. survey among 1.050 U.S. Physicians. *J Med Internet Res*. 2003;5(3):38–53.
 144. LaValley SA, Kiviniemi MT, Gage-Bouchard EA. Where people look for online health information. *Health Info Libr J*. 2017;34(2):146–55.

145. Svalastog AL, Allgaier J, Gajović S. Navigating knowledge landscapes: On health, science, communication, media, and society. *Croat Med J.* 2015;56(4):321–3.
146. Allgaier J, Svalastog AL. The communication aspects of the Ebola virus disease outbreak in Western Africa - do we need to counter one, two, or many epidemics? *Croat Med J.* 2015;56(5):496–9.
147. Parekh R. What Are Anxiety Disorders? [Internet]. The American Psychiatric Association (APA). [cited 2020 Jun 30]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
148. Alonso, J., Lépine J-P. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):3–9.
149. Kessler RC, Wai TC, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Vol. 62, *Archives of General Psychiatry*. American Medical Association; 2005. p. 617–27.
150. Harvard Medical School, 2007. National Comorbidity Survey (NCS). (2017, August 21). Retrieved from <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>. Data Table 2: 12-month prevalence DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort.
151. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines World Health Organization. Geneva, Switzerland; 1992. p.362
152. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. In: Fourth Edi. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; p.866
153. American Psychological Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Depressive Disorders* [Internet]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,. American Psychiatric Publishing, Inc;

2013. 1–48 p.
154. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. 315 p.
 155. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders. *Behav Ther.* 2007;38(1):86–94.
 156. Salkovskis PM, Warwick HMC, Deale AC. Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Br Treat Cris Interv.* 2003;3(3):353–68.
 157. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. *BJPsych Adv.* 2018 ;24(1):66–72.
 158. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* . 1983;140(3):273–83.
 159. Escobar J, Gara M, Waitzkin H, Silver RC, Holman A, Compton W. DSM-IV Hypochondriasis in Primary Care. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998;20(3):155–9.
 160. Ivanova E. Internet addiction and cyberchondria - Their relationship with Well-Being. *J Educ Cult Soc* [Internet]. [cited 2020 Sep 2];1. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307710657_Internet_addiction_and_cyberchondria_-_Their_relationship_with_Well-Being
 161. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry* . 2013;202(1):56–61.
 162. Health Anxiety A self help guide Shining a light on the future [Internet]. Newcastle; [cited 2020 Jun 25]. Available from: [http://www.selfhelpguides.nthw.nhs.uk/northumbria/leaflets/selfhelp/Health Anxiety.pdf](http://www.selfhelpguides.nthw.nhs.uk/northumbria/leaflets/selfhelp/Health%20Anxiety.pdf)
 163. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. Vol. 13, Expert Review of Neurotherapeutics. 2013. p. 205–13.
 164. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of Health anxiety in primary

- care. a two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One*. 2010;5(3):e9873
165. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, Bassett P. Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible cyberchondria. *Int J Soc Psychiatry* . 2019;65(7–8):566–9.
166. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray N, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen; 2014. 96 p
167. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. 1st ed. Okyay P, Abacıgil F, editors. Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.; 2016. 19–73 p.
168. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States (Second EXxtended and Revised Version) [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 4]. Available from: <http://www.health-literacy.eu/>
169. Koo M, Norman CD, Chang H-M. Psychometric Evaluation of a Chinese Version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) in School Age Children. *Int Electron J Health Educ*. 2012;15:29–36.
170. Paek H-J, Hove T. Social Cognitive Factors and Perceived Social Influences That Improve Adolescent eHealth Literacy. *Health Commun*. 2012;27(8):727–37.
171. Ghaddar SF, Valerio MA, Garcia CM, Hansen L. Adolescent Health Literacy: The Importance of Credible Sources for Online Health Information. *J Sch Health*. 2012;82(1):28–36.
172. Van Der Vaart R, Van Deursen AJ, Drossaert CHC, Taal E, Van Dijk JA, Van De Laar MA. Does the eHealth literacy scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *J Med Internet Res*. 2011;13(4):86.
173. Hove T, Paek HJ, Isaacson T. Using adolescent ehealth literacy to weigh trust in commercial web sites: The more children know, the tougher they are to persuade. *J Advert Res*. 2011;51(3):524–37.

174. Chung S-Y, Nahm E-S. Testing Reliability and Validity of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) for Older Adults Recruited Online. *CIN Comput Informatics, Nurs.* 2015;33(4):150–6.
175. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *Int J Behav Med.* 2016;23(5):595–605.
176. Uzun SU, Akbay B, Özdemir C, Zenc. Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin ve Kısa Formunun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik-Güvenilirliği. In: *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı* . 2017. p. 241.
177. Wong DKK, Cheung MK. Online health information seeking and ehealth literacy among patients attending a primary care clinic in Hong Kong: A cross-sectional survey. *J Med Internet Res.* 2019;21(3)
178. Kırarç R. Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma. Selçuk Üniversitesi; 2019. p.60-116
179. Andreassen H, Bujnowska-Fedak M, Chronaki CE., Dumitru RC., Pudule I., Santana S., et al. European Citizens' Use Of E-Health Services: A Study Of Seven Countries. *BMC Public Health.* 2007;7(53):1–7.
180. Baker L, Wagner TH, Singer S, Kate Bundorf M. Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Results from a National Survey. *J Am Med Assoc.* 2003;289(18):2400–6.
181. Tüter M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2019.
182. Mutlupoyraz F. Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması. Çukurova Üniversitesi; 2010.
183. Bora Başara B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni. Ankara; 2018.
184. Li N, Orrange S, Kravitz RL, Bell RA. Reasons for and predictors of patients' online health information seeking following a medical appointment. *Fam Pract* .

- 2014;31(5):550–6.
185. Tekin A. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur Örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi; 2007.
186. Powell J, Inglis N, Ronnie J, Large S. The characteristics and motivations of online health information seekers: Cross-sectional survey and qualitative interview study. *J Med Internet Res*. 2011;13(1).
187. Escoffery C, Miner KR, Adame DD, Butler S, McCormick L, Mendell E. Internet use for health information among college students. Vol. 53, *Journal of American College Health*. Routledge; 2005 p. 183–8.
188. Hu X, Bell RA, Kravitz RL, Orrange S. The prepared patient: Information seeking of online support group members before their medical appointments. *J Health Commun*. 2012;17(8):960–78.
189. Chang FC, Chiu CH, Chen PH, Miao NF, Lee CM, Chiang JT, et al. Relationship between Parental and Adolescent eHealth Literacy and Online Health Information Seeking in Taiwan. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2015;18(10):618–24.
190. Lee YJ, Boden-Albala B, Jia H, Wilcox A, Bakken S. The association between online health information-seeking behaviors and health behaviors among hispanics in New York city: A community-based cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2015;17(11).
191. Şengül H, Çınar F, Çapar H. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve İnternet Kullanımına Yönelik Tutumları: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği. *J Soc Humanit Sci Res*. 2017;4(12):1277–87.
192. Paasche-Orlow, Michael K.; Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav* 2007;31(8):19–26.
193. Arcury TA, Sandberg JC, Melius KP, Quandt SA, Leng X, Latulipe C, et al. Older Adult Internet Use and eHealth Literacy. *J Appl Gerontol*. 2020;39(2):141–50.
194. Chesser A, Burke A, Reyes J, Rohrberg T. Navigating the digital divide:

- Literacy in underserved populations in the United States. *Informatics Heal Soc Care*. 2015;41(1):1–19.
195. Rosalía Vicente M, Madden G. Assessing eHealth skills across Europeans. *Heal Policy Technol*. 2017;6(2):161–8.
196. Richtering SS, Hyun K, Neubeck L, Coorey G, Chalmers J, Usherwood T, et al. eHealth Literacy: Predictors in a Population With Moderate-to-High Cardiovascular Risk. *JMIR Hum Factors*. 2017;4(1):e4.
197. McInnes DK, Gifford AL, Kazis LE, Wagner TH. Disparities in health-related internet use by US veterans: Results from a national survey. *Inform Prim Care*. 2010;18(1):59–68.
198. Çizmecci E, Deniz S. Çevrimiçi Ortamlarda Kronik Araştırmalar: Türkiye’deki Diyabet Hastaları ve Sağlıklı Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı. *Uluslararası Hakemli İletişim ve Edeb Araştırmaları Derg*. 2017;15:71–86.
199. 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*. 2008;66(8):1809–16.
200. Schulz PJ, Fitzpatrick MA, Hess A, Sudbury-Riley L, Hartung U. Effects of eHealth Literacy on General Practitioner Consultations: A Mediation Analysis. *J Med Internet Res*. 2017;19(5):166.
201. Van Beugen S, Ferwerda M, Hove D, Rovers MM, Spillekom-Van Koulil S, Van Middendorp H, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: A meta-analytic review. *J Med Internet Res*. 2014;16(3).
202. Villani D, Cognetta C, Repetto C, Serino S, Toniolo D, Scanzi F, et al. Promoting emotional well-being in older breast cancer patients: Results from an eHealth intervention. *Front Psychol*. 2018;9:2279
203. Güleşen A, Beydağ K. Cyberchondria Level in Women with Heart Disease and Affecting Factors. *Arc Heal Sci Res*. 2020;7(1):1–7.
204. Elciyar K, Taşçı D. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’nin Anadolu Üniversitesi

- İletişim Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanması. Abant Kültürel Araştırmalar Derg. 2017;2(4):57–70.
205. Başoğlu M. Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondrinin Sürekli Kaygı Ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
206. Gökçe P. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi'nde (EATSM) seçilen aile sağlığı birimlerinde yetişkinlerde siberkondri düzeyi ve ilişkili değişkenler. In: 19 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 2017. p. 536.
207. Şimşekoğlu N, Mayda A. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2016;6(1):19–29.
208. Türkiye İstatistik Kurumu, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 25]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33679>
209. Digital use around the world in July 2020 - We Are Social [Internet]. [cited 2020 Sep 25]. Available from: <https://wearesocial.com/blog/2020/07/digital-use-around-the-world-in-july-2020>

10. EKLER

Ek 1. Anket Formu

18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN İNTERNETTEN SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI, E- SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SİBERKONDRI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI ANKETİ

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen; hastaların internetten sağlık bilgisi arama davranışlarını, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama, değerlendirme ve elde edilen bilgileri bir sağlık sorununu ele alma veya çözme konusunda uygulama yeteneği olarak bilinen e-sağlık okuryazarlık düzeylerini, sağlıkla ilgili her türlü kaygıyı, korkuyu ve endişeyi yatıştırmak için takıntılı biçimde internetten araştırma durumunu olarak bilinen siberkondri durumunu belirlemek için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerle e-sağlık okuryazarlığının öneminin anlaşılması ve siberkondri durumunun önüne geçmek için hekimlerin yapması gerekenlerle ilgili bilgilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle soruların tamamının cevaplanmış olması önemlidir. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir. İkinci bölümde e-sağlık okuryazarlığına ait sorular, üçüncü bölümde ise siberkondri düzeyi ile ilgili sorular vardır ve verileriniz siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. Veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkla işaretleyerek yanıtlayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
a. Kadın b. Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
a. Bekar b. Evli c. Boşanmış-dul
4. Kaç çocuğunuz var?
a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. 4 ve üzeri
5. Eğitim durumunuz nedir?
a. İlköğretim b. Lise c. Üniversite-yüksek lisans
6. Çalışma durumunuz nedir?
a. Çalışıyorum b. Çalışmıyorum
7. Sağlık çalışanı mısınız? (Doktor, eczacı, hemşire, paramedik, ATT...)
a. Evet b. Hayır
8. Aylık maddi geliriniz için uygun olanı işaretleyiniz? (Haneye giren aylık gelir)
a. 3000 TL ve altı b. 3001 TL-10000 TL c. 10001 TL ve üstü

9. Kronik bir hastalığınız var mı? (tanı konmuş, sürekli ilaç kullanmayı ya da takibi gerektiren bir hastalık; şeker, kalp, yüksek tansiyon gibi...)

a.Evet (Lütfen hangi hastalığınız ya da hastalıklarınız olduğunu yazınız)

.....

b.Hayır

10. Tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

a.Evet (Lütfen hangi hastalığınız ya da hastalıklarınız olduğunu yazınız)

.....

b. Hayır

11. Şu anda sağlık durumunuzu nasıl buluyorsunuz (size göre)?

a.Çok kötü b. Kötü c. Orta d. İyi e. Çok iyi

12. Henüz tanısı konulmamış bir hastalığınız olduğunu ne sıklıkta düşünürsünüz?

a.Hiçbir zaman b. Nadiren c.Bazen d.Genellikle e.Her zaman

13. Kendi sağlığınız için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. 4 ve üzeri

14. Muayene olduktan sonra muayenenizin ve hekiminizin size verdiği bilgilerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

a.Hiçbir zaman b.Nadiren c.Bazen d.Sıklıkla e.Her zaman

15. Doktorunuz tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat, anjio vs.) internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle vazgeçtiğiniz oldu mu?

a.Evet b.Hayır

16. Hekim önerisi dışında kendi bilgilerinize, eş, dost, akraba önerisine ya da internette, medyadan edindiğiniz bilgilere göre tetkik yaptırmak (kan, idrar tahili vb.) için hastaneye gider misiniz?

a.Evet b.Hayır

17. Günde ortalama internette geçirdiğiniz süre için aşağıdakilerden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

a. 1 saatten az
b. 1- 3 saat (1 ve 3 saat dahil)
c. 3- 6 saat (6 saat dahil)
d. 6 saatten fazla

18. İnterneti kullanma becerinizi nasıl buluyorsunuz(size göre)?

a.Çok zayıf b.Zayıf c.Orta d.İyi e.Çok iyi

19. İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

- a.Hiçbir zaman b.Nadiren c.Bazen d.Sıklıkla e.Her zaman

*Eğer bu soruda a.Hiçbir zaman seçeneğini işaretlediyseniz 22. Sorudan sonra ankete devam etmeyiniz.)

20. İnternette sağlık bilgisi ararken en çok hangi internet sitelerini tercih ediyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. Ticari siteler (gazete, dergi, sağlık köşesi yazıları)
b. Forum siteleri (bireylerin kendi yorumlarını yazıp paylaşabildiği siteler.)
c. Sosyal medya (instagram, facebook, twitter..)
d. Video paylaşım siteleri (Youtube vb.)
e. Devlet kurum siteleri -resmi onaylı sağlık derneği siteleri (gov.tr uzantılı siteler, Türk...Derneği Siteleri)
f. Özel hastane, klinik ya da sağlık uzmanlarının özel siteleri.
g. Okuduğum bilginin hangi siteye ait olduğuna dikkat etmiyorum.

21. İnternette okuduğunuz ama emin olamadığınız ya da endişelendiğiniz durumları aile hekiminizle paylaşıyor musunuz, nasıl tepki alıyorsunuz?

- a. Daha önce böyle bir durum yaşamadım.
b. Aile hekimimle bu durumu paylaşmıyorum.
c. Aile hekimimle paylaşıyorum; olumlu tepki veriyor, beni bilgilendiriyor ve yol gösteriyor.
d. Aile hekimimle paylaşıyorum; olumsuz tepki alıyorum, istediğim cevapları alamıyorum.

22. Şimdiye kadar herhangi bir doktor, hastalığınız ya da sağlık durumunuz hakkında internette nasıl bilgi edineceğinizi, hangi internet sitelerini okuyabileceğinizi size anlattı mı?

- a.Evet b.Hayır

E-SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

1. Sağlığınız hakkında karar vermeniz, internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünüyorsunuz?

1. Hiç yararlı değil
2. Yararlı değil
3. Fikrim yok
4. Yararlı
5. Çok Yararlı

2. İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?

1. Hiç Önemli değil
2. Önemli değil
3. Fikrim yok
4. Önemli
5. Çok Önemli

Aşağıdaki ifadelerle katılım düzeyinizi işaretleyiniz. Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.	Hiç katılımıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
3.İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum.					
4.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri) bulacağımı biliyorum.					
5.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.					
6.Sağlığım ile ilgili sorularıma cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum.					
7.İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
8.İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.					
9.İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim.					
10.Sağlığım ile ilgili kararlarımda internette elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissedirim.					

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ

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

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

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...