

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA SİBERKONDRI DÜZEYİNİN HEKİM
ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR.ÇAĞLA İLBAY

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr.SEBAHAT GÜCÜK

BOLU, EKİM - 2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

İlbay Çağla tarafından hazırlanan “**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTAŞARDA SİBERKONDRI DÜZEYİNİN HEKİM ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği/ oy çokluğuyla kabul edilmiştir. 17/10/2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Doç.Dr.Sebahat Gücük
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç.Dr.Nurcan Akbaş Güneş
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç.Dr.Mehmet Kayhan
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin Turnitin adlı programında enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %30'u geçmemektedir.

DR.ÇAĞLA İLBAY

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SİBERKONDRI DÜZEYİNİN HEKİM ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaç:

Sağlık anksiyetesine bağlı olarak internette olumsuz sağlık araştırmalarını açıklamak için kullanılan siberkondri terimi, internet kullanımının artmasıyla önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Resmi olmayan sitelerden yapılan aramalar kişilerin sağlıklarıyla ilgili yanlış yönlendirmelerine sebep olmakta ve bu noktada e-sağlık okur yazarlığı önem taşımaktadır. Ayrıca hasta sorularına hekim tarafından tatmin edici yanıtlar bulamazsa internete yönelebilmektedir.

Bu düşüncelerden yola çıkarak e-sağlık okuryazarlığı ve hastalardaki hekim algısının siberkondri üzerindeki etkisini ve bu değişkenlerin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem:

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte olup, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine 10.05.2023-10.08.2023 tarihleri arasında başvurmuş 218 hasta üzerinde yapılmıştır. Sosyodemografik bilgiler, siberkondri ciddiyet ölçeği kısa formu (css-12), Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği ve e-sağlık okur yazarlığı ölçeği kullanılarak hazırlanmış anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

Bulgular:

Katılımcıların %27,1'i 25 yaş ve altında, %56,9'u lisans mezunuydu. Günlük internette geçirilen süre %39,4'ünde 2 saatin altındaydı.

Siberkondri ciddiyet ölçeği alt boyutu olan Aşırılık, 25 yaş ve altında en yüksek ortalamaya (10,27) sahipti. E-sağlık okuryazarlığı, 25 yaş ve altında en yüksek ortalamaya (27,12) sahipti.

E-Sağlık Okuryazarlığı kadınlarda en yüksek ortalamaya (26,79) sahipti. Siberkondri Ciddiyet düzeyi evlilerde en yüksek ortalamaya (29,32) sahipti.

E-sağlık okuryazarlığı lisans mezunlarında en yüksek ortalama(26,23) ,Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği puanları ilkokul ve lise mezunlarında en yüksek ortalama(2,01) sahipti.

İnternette geçirilen süre arttıkça siberkondri ciddiye ölçeği ve e-sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı da artmaktaydı, Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği puanları ise azalmaktaydı.

E-Sağlık okuryazarlığının siberkondri ciddiye düzeyi üzerinde pozitif yönde etkili olduğu(p=0,000), Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama değişkeninin Siberkondri Ciddiyet düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olmadığı saptandı(p>0,05).

Sonuç:

Çalışmamızda siberkondri düzeyinin yaş, medeni durum, internet kullanım süresi, e-sağlık okur yazarlığı düzeyi gibi faktörlerden etkilendiği sonucuna varılmıştır. E-Sağlık okuryazarlığının siberkondri ciddiye düzeyi üzerinde pozitif yöndeki etkisi, e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde internet kullanımının fazla olmasıyla açıklanmıştır.

Bu durum siberkondrinin dikkatle incelenmesi ve özellikle hekimler tarafından bilgi sahibi olunması gereken bir konu olduğunu göstermektedir. Aile hekimleri; sıklıkla siberkondriyak bireylerin ilk başvuru basamağı olmaktadır. Bu durumda hasta ile iş birliği içinde olmak, internet üzerinden yanlış bilgilere ulaşabileceğini hatırlatarak güven vermek faydalı olacaktır. Böylece hastanın gereksiz sağlık kuruluşu başvurularının önüne geçerek gereksiz sağlık harcamaları azaltılabilecektir.

Günümüzde; hastaların da kendi hastalıklarıyla ilgili sorumlulukları alması, tedavi süreçlerine etkin bir şekilde katılması ancak güçlü bir e-sağlık okuryazarlığı düzeyiyle mümkündür. Eğitim düzeyi yüksek bireylerde e-sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olması, halkın eğitim düzeyini arttıracak politikalara önem vermemiz gerektiğini de göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Aile hekimliği, Siberkondri, Birinci basamak, E-sağlık okuryazarlığı, Hekim algısı

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN CYBERCHONDRIA LEVEL AND PHYSICIAN PERCEPTION AND E-HEALTH LITERACY IN PATIENTS APPLYING TO FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINIC

Objective:

The term cyberchondria, which is used to describe negative health research on the internet due to health anxiety, has become an important public health problem with the increasing use of the internet. Searches from unofficial sites cause people to be misled about their health and e-health literacy is important at this point. In addition, if the patient cannot find satisfactory answers to their questions by the physician, they may turn to the internet.

Based on these considerations, we aimed to examine the effect of e-health literacy and patients' perception of physicians on cyberchondria and the relationship between these variables and sociodemographic variables.

Method:

This cross-sectional descriptive study was conducted on 218 patients who applied to Bolu Abant İzzet Baysal University Training and Research Hospital Faculty of Medicine Family Medicine outpatient clinic between 10.05.2023-10.08.2023. The questionnaire form prepared using sociodemographic information, cyberchondria severity scale short form (css-12), Heybet-physician-related health service perception scale and e-health literacy scale was applied face-to-face.

Findings:

27.1% of the participants were 25 years of age or younger and 56.9% were undergraduate graduates. Daily time spent on the internet was below 2 hours in 39.4% of the participants. Extremism, a sub-dimension of the Cyberchondria Severity Scale, had the highest mean (10.27) at the age of 25 years and younger. E-health literacy had the highest mean (27.12) at the age of 25 and below.

E-Health Literacy had the highest mean (26.79) among women. Cyberchondria Severity level had the highest mean (29.32) in married women.

E-health literacy had the highest mean score (26.23) in bachelor's degree graduates, and Heybet-Physician Related Health Care Perception Scale scores had the highest mean score (2.01) in primary and high school graduates.

As the time spent on the Internet increased, the cyberchondria severity scale and e-health literacy scale scores increased, while the Heybet-Physician Related Health Care Perception Scale scores decreased.

It was found that e-health literacy had a positive effect on the level of cyberchondria severity ($p=0.000$), while the variable of Perception of Physician-Related Health Care did not have a significant effect on the level of Cyberchondria Severity ($p>0.05$).

Conclusion:

In our study, it was concluded that the level of cyberchondria was affected by factors such as age, marital status, duration of internet use, and level of e-health literacy. The positive effect of e-health literacy on the severity level of cyberchondria was explained by the high level of internet use in individuals with high e-health literacy.

This situation shows that cyberchondria is a subject that should be carefully examined and especially physicians should be informed about it. Family physicians are often the first point of contact for cyberchondriacs. In this case, it would be useful to cooperate with the patient and reassure him/her by reminding him/her that he/she can access wrong information on the internet. Thus, unnecessary health expenditures can be reduced by preventing unnecessary health institution visits.

Today, it is only possible for patients to take responsibility for their own diseases and participate effectively in treatment processes with a strong level of e-health literacy. The high level of e-health literacy in individuals with high levels of education also shows that we should attach importance to policies that will increase the level of education of the public.

KEY WORDS: Family medicine, Cyberchondria, Primary care, E-health literacy, Physician perception

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	xi
KISALTMA LİSTESİ	xiii
TEŞEKKÜR.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 SAĞLIK TANIMI:	3
2.2 SAĞLIK BİLGİSİ KAYNAKLARI:	3
2.3 İNTERNETTEN SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI.....	3
2.4 ÇEVİRİMİÇİ SAĞLIK BİLGİLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	6
2.5 HİPOKONDRIYAZİS:.....	8
2.6 SİBERKONDRI:	9
2.7 HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ	13
2.8 HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ:.....	14
2.8.1 HASTA HEKİM İLETİŞİM MODELLERİ	15
2.9 HASTA VE HEKİM ARASINDAKİ GÜVEN BAĞI	17
2.10 HEKİM VE HASTA ARASINDAKİ GÜVENİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	19
2.11 HEKİM HASTA İLİŞKİSİNDE YAŞANAN PROBLEMLER	20
2.11.1 EMİR VERME	21
2.11.2 HEKİMLERDE YIPRANMIŞLIK VE STRES	21
2.11.3 SAĞLIK HİZMETLERİNİN YOĞUNLUĞU.....	22
2.11.4 HASTAYI İKNA ETME	22
2.11.5 ÖNYARGI	23
2.12 HASTA HEKİM İLİŞKİSİNDEKİ SORUNLARA KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	23
2.13 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	24
2.14 E-SAĞLIK KAVRAMI	26
2.14.1 TELE-TIP UYGULAMALARI	27
2.14.2 E-NABİZ KİŞİSEL SAĞLIK KAYIT SİSTEMİ.....	27
2.14.3 MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ (MHRS)	27
2.14.4 M-SAĞLIK (MOBİL SAĞLIK)	28
2.15 E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI(E-SOY):.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33

3.1 Araştırmanın Modeli.....	33
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.3 Çalışmaya Dâhil Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri.....	33
3.3.1 Dahil olma kriterleri:.....	33
3.3.2 Dışlama kriterleri:.....	33
3.4 Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	34
3.4.1 Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (css-12):.....	34
3.4.2 E-Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği:.....	34
3.4.3 Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği:.....	35
3.5 Verilerin Analizi.....	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
7. KAYNAKLAR.....	75
8. EKLER.....	84

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Yönelik Dağılımı	36
Tablo 4.2 Katılımcıların İnternette Geçirdikleri Süre	37
Tablo 4.3 Katılımcıların Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlgili Özellikleri	37
Tablo 4.4 Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	38
Tablo 4.5 Yaş Grupları ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4.6 Yaş Grupları ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	39
Tablo 4.7 Yaş Grupları ile Heybet -Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 4.8 Cinsiyet ve Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki	42
Tablo 4.9 Medeni Durum ve Ölçekler Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 4.10 Eğitim durumu ile siberkondri ve alt boyutları arasındaki ilişki....	44
Tablo 4.11 Eğitim Durumu ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	44
Tablo 4.12 Eğitim Durumu ile Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	45
Tablo 4.13 Meslek Grupları ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 4.14 Meslek Grupları ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkiyi Gösterir	47
Tablo 4.15 Meslek Grupları ile Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki	48
Tablo 4.16 Sigara Kullanımı ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	50
Tablo 4.17 Kronik Hastalık Durumu ve Ölçekler Arasındaki İlişki	51
Tablo 4.18 Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısına göre Siberkondri ve Alt Boyutlarının Değişimi.....	52
Tablo 4.19 Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısına Göre E-sağlık Okuryazarlığı düzeyinin değişimi	52
Tablo 4.20 Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısına Göre Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki.....	54
Tablo 4.21 Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumuna Göre Siberkondri ve Alt Boyutlarının Değişimi	55
Tablo 4.22 Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç kullanma durumuna göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi	55
Tablo 4.23 Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanım Durumu ve Sayısına Göre Heybet Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki	57
Tablo 4.24 Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	58
Tablo 4.25 Herhangibir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri ile E-sağlık Okur yazarlığı Arasındaki İlişki	58
Tablo 4.26 Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk başvuru Yeri ile Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 4.27 Günlük İnternette Geçirilen Süre ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	61
Tablo 4.28 Günlük İnternette Geçirilen Süre ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	61

Tablo 4.29	Günlük İnternette Geçirilen Süre ve Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki ilişki.....	62
Tablo 4.30	Siberkondri ve E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	63
Tablo 4.31	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	63
Tablo 4.32	E-sağlık Okuryazarlığının Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Puanlarına Olan Etkisi.....	64
Tablo 4.33	Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Korelasyon Testi Sonuçları	66



KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

E-SOY	: E-sağlık okuryazarlığı
SCÖ	: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği



TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarım ve uzmanlık eğitimi sürecimde bilgi ve desteğini üzerimden eksik etmeyen, emek verip yol gösteren, her problemde sabırlı bir şekilde yol gösteren sevgili hocam Doç. Dr. Sebahat Gücük'e Asistanlık sürecime katkılarından dolayı Doç. Dr. Mehmet Kayhan, Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Akbaş Güneş ve Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Özсарı hocalarıma ve sevgili asistan arkadaşlarıma, hayat boyu yanımda olan ve eğitim sürecimin destekçisi babama, her koşulda beni destekleyen sevgisini hissettiren canım anneme, en iyi arkadaşım olan canım kardeşime sevgi ve saygılarımı iletir, içtenlikle teşekkür ederim.



1. GİRİŞ

Günümüzde teknoloji ve internet kullanımının artmasıyla birlikte insanlar sağlıkla ilgili bilgilere kolay ve hızlıca erişim sağlayabilmektedir (1). Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasına göre; Türkiye’de 2022 yılında hanelerin %94,1’inin evden internete erişim imkanına sahip olduğu gözlenmiştir (2). Yapılan araştırmalara bakıldığında internet üzerinden sağlık bilgisi arama oranlarında son yıllarda büyük artış görülmüş dolayısıyla sağlık aramaları ön sıralarda yer almıştır. TÜİK in yaptığı “İnternet kullanan bireylerin interneti kişisel kullanma amaçları” 2019 yılı araştırması incelendiğinde erkeklerin %65,9’unun, kadınların %73,2’sinin ,toplamda %69,3 “sağlıkla ilgili bilgi araması” yaptığı görülmektedir (3). Sağlık bilgisi aramalarının artmasıyla birlikte insanlar sosyal çevre (arkadaş ,aile üyeleri vb) ,kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete ,dergi, vb),doktorlar gibi geleneksel kaynaklar yerine interneti tercih etmişler ve internette sağlık bilgisi arama popüler meşguliyetlerden birisi olmuştur (4,5).

İnternette sağlık bilgisi arama davranışının birçok avantajının yanında dezavantajı da bulunmaktadır. Bireyler ulaştıkları bilgiler doğrultusunda çeşitli hastalıkların tanı ve tedavisi hakkında bilgi alabilmekte ve böylece bu bilgiler ışığında sağlıkları hakkında doğru kararlar verebilmektedirler. Bunun yanı sıra bireyler internette doğru olmayan sağlık bilgilerine de ulaşabilmekte, sağlıkları ile ilgili yanlış kararlar verebilmektedir. Bu durum hasta hekim ilişkisinin de zedelenmesine neden olmaktadır (6).

Talcott Parsons’a göre hasta hekim arasındaki ilişkide, hastalığın tanı ve tedavi aşamasında hekim kontrol mekanizması görevinde bulunmalıdır. Hasta ve hekim arasındaki ilişki karmaşık bir ilişkidir .Hastanın iyilik halinin sağlanması, tıbbi bilgiye güveninin artırılması, yaşam kalitesinin artırılmasında hastanın hekime duyduğu güven çok önemlidir (7,8). Hastanın hekimine güven duyabilmesi için etkili bir iletişim kurması gerekmektedir (9). Çünkü hastalar çoğunlukla hekimleri teknik yetkinliklerine göre değil iletişim becerisine göre değerlendirmektedir. Hekimin açık ve anlaşılır bir dil kullanması, hastaların kaygılarını, korkularını giderebilmesi, hastanın şikayetlerini dinlediğini hastaya da hissettirmesi hasta hekim arasındaki güven bağının kurulmasını sağlamaktadır. Hasta hekimin iletişimini tatmin edici bulmazsa kafasındaki belirsizlikleri, soru işaretlerini gidermek adına internete yönelmektedir (10). İnternetin önemli bir sağlık kaynağı

haline gelmesi sağlık okur yazarlığının farklı bir şekli olan e-sağlık okur yazarlığının değer kazanmasına sebep olmuştur. E-sağlık okur yazarlığı elektronik ortamda güvenli sağlık bilgilerine ulaşabilme ve ulaşılan sağlık bilgilerini sağlık sorunlarının zmlenebilmesinde kullanabilme becerisi olarak tanımlanabilmektedir (11). İnternet sağlık bilgilerine ulaşımda sık olarak kullanılmasına rağmen, internetteki sağlık bilgilerinin tutarsız olması, güvenilirliğinin tartışmalı olması e -sağlık okur yazarlığının önemini gözler önüne sermektedir. E -sağlık okur yazarlığı seviyesinin düşük olması bireylerin hatalı sağlık bilgilerine ulaşmalarına ve hatalı sağlık bilgilerinden dolayı doğru olmayan tanı ve tedaviye yneltmelerine sebep olmaktadır (12).



2. GENEL BİLGİLER

2.1 SAĞLIK TANIMI:

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu pozitif sağlık tanımına göre sağlık hastalık ve sakatlık gibi negatif durumların olmamasının yanında kişinin sosyal, ruhsal ve fiziksel açıdan tam ve dengeli bir iyilik hali içinde bulunmasıdır (13).Sağlık genetik faktörler, beslenme şekli, yaşam tarzı, ekonomik durum gibi pek çok faktörden etkilendiği için sadece fiziksel olarak değerlendirilmemelidir (14).Sağlık ve sağlıklı kavramı kişiye özgü olarak değerlendirilmeli fiziksel ,ruhsal, dinsel ve entelektüel bütünlük içerisinde tanımlanmalıdır (15).

2.2 SAĞLIK BİLGİSİ KAYNAKLARI:

Sağlık bilgisi arama davranışı, kişinin bir hastalığın tanısı veya tedavisi hakkında bilgi edinmek amacıyla yaptığı araştırmalardır (16).

Sağlık bilgisi kaynakları formal ve informal olarak ikiye ayrılır. Formal sağlık bilgi kaynakları sağlık personelleri ve profesyoneller tarafından sağlanan sağlık bilgilerini kapsarken, informal sağlık bilgi kaynakları ise diğer yollarla elde edinilen bilgileri kapsar. Formal sağlık bilgi kaynakları; sağlık personeli, eczacı, telefon danışma hattı, ilk yardım ve gebelik gibi sağlıkla ilgili kurslardan oluşmaktadır. İnformal sağlık bilgi kaynaklarını ise televizyon, radyo, gazete gibi kitle iletişim araçları, dergi, kitap, internet, sosyal medya, hasta grupları, aile veya arkadaşlar, geleneksel tıp, dini kaynaklar ve mobil sağlık uygulamaları oluşturur (16).

2.3 İNTERNETTEN SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI

Sağlık bilgisi arama davranışı, bireylerin kendilerinde gördüğü gerçek veya potansiyel sorunların çözümü için yapmış olduğu sağlık araştırmalarını kapsar. Gerçek sorunlar için yapılırsa hastalık arama davranışı adını alır. Fakat ortaya çıkabilecek potansiyel problemler için yapılırsa buna sağlık bilgisi arama davranışı denir. Hastalık arama davranışı, kişinin o anki sağlık ihtiyacının giderilmesi için bir rahatlama arayışına girme eylemini tanımlar. Sağlık bilgisi arama davranışı, hastalığı erken dönemde tespit etmeyi veya

hastalıktan korunmayı ve iyilik halinin devamını sağlamayı amaçlayan eylemleri kapsamaktadır (17).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte internetin yaygın olarak kullanılması, insanların bilgi, eğlence ve iletişim gereksinimleri için arama şeklini değiştirmiştir. İnternet sağlık bilgilerine ulaşmada ve uzman görüşü almada çok tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir (18).İnternetin tercih edilme oranının artmasıyla birlikte çevrimiçi sağlık bilgisi arama ,internette sağlık arama davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır (19). Sağlık bilgilerine ulaşımında internet kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte insanlar kendilerinde yeni bir semptom hissettiklerinde tanı ve tedavi amacıyla ve tedavideki seçenekleri araştırmak amacıyla internete yönelmektedirler (20). Bireylerin kendi veya çevresindeki bireylerin sağlıkları ile ilgili internet ortamında yaptıkları araştırmaların iki boyutta ölçülebildiği tespit edilmiştir. İlk boyut, bireyin herhangi bir doktora başvurmadan önce bağımsız olarak kendi kendine yaptığı araştırma sürecidir. Bu süreçte birey internet ortamında kendisinde tespit ettiği semptomlarını arayarak bir uzmana gitme ihtiyacı olup olmadığına karar vermeyi hedeflemektedir. İkinci boyutu ise, bir hekime başvurduktan sonra internet ortamında araştırma sürecidir. Bu süreç birey doktorun verdiği bilgiyi eksik görme, ikna olmama, doktorun söylediklerine ek bilgi edinme ,bilgileri sentez ederek kendisinin değerlendirme ihtiyacı hissetmesi gibi sebeplerle ortaya çıkmaktadır (21).

Amerika’da 2006 yılında 1990 internet kullanıcısı üzerinde bir araştırma yapılmış olup kullanıcıların %51’inin belli bir hastalıkla ilgili tedavi seçeneklerini öğrenmek, %64’ünün spesifik bir hastalıkla ilgili bilgi almak , %49’unun beslenme önerileri ve sağlıklı beslenme konusunda bilgi almak ve %9 ‘unun sigarayı bırakma önerileri hakkında bilgi edinmek için internete yöneldikleri tespit edilmiştir (22). Lewis’e göre , internette sağlık bilgisi arama davranışı ; kişinin sağlık davranışını bütünleyici bir parçadır ve aynı zamanda kişinin artmış sağlık bilinci ve sorumluluğunu gösteren , kompleks bir sosyal davranıştır (23). Faydalarının yanında internetten sağlık bilgisi edinmenin birçok dezavantajı ve zararı söz konusudur. Zararı ise ulaşılan bilgilerin eksik, ispatlanmamış ve geçerliliğini yitirmiş olabileceğinden kaynaklanır (24).

Çevrimiçi ortamda doğru tedavi yöntemlerinin olması yanında bir çok şüpheli tedavi yöntemi de bulunmaktadır. Özellikle kendi kendine hastalık tanısı koyan bireyler, internet ortamında ulaştıkları bilgiye doktora danıştıktan sonra edindikleri bilgiden daha fazla güven duyarlarsa, yanlış ve eksik tedavi sonucu sağlık problemlerinin daha da ilerlemesine yol açabilirler (25).

İnternet üzerinden sağlık bilgisi arayışının insanlarda beş temel teşvik edici tarafı vardır. Bunlardan ilki bir bilgiye ulaşmak veya tereddüt edilen bir bilgiyi doğrulama motivasyonudur. Kaygı ve korkularından sıyrılarak belirsizliği giderme motivasyonu, bilgi arayışı ile destek ve aidiyet sağlamak için sosyal motivasyon , eğlence motivasyonu ve kendini gerçekleştirme motivasyonu da bu teşvik edici yönlerdendir (26).

Araştırmalara göre bireyleri çevrimiçi sağlık bilgisi arayışına yöneltten yedi farklı etken bulunmaktadır. İnternette sağlık bilgisine ulaşımın kolay, hızlı, pratik olması, bilgilerin giderek çoğalması ilk faktör olarak değerlendirilebilir. İkinci etken eğitim düzeyinin genel itibarıyla artması ve bireylerin yeni bilgilere daha açık hale gelmesidir. İnternet üzerinden elde edilen sağlık bilgilerinin hastalık önleme ve sağlık eğitimi gibi koruyucu ve önleyici hizmet kapsamında değerlendirilmesi ise üçüncü etkindir. Dördüncü faktör hekimlerin de hata yapabileceğinin bilinmesi ve tanrı gibi görülmesinin sonlanmasıyla kişinin kendi sağlığı ile ilgili kararlar verirken bilinçlenebilmek için sağlık araştırmaları yapmasıdır (27). Bir diğer faktör ise sağlık hizmetlerinin maliyetli olmasıdır. Kişi bu maliyetlerden kaçabilmek için tv, internet gibi alternatif tıbbi kaynaklara yönlenebilmektedir. Hekimlerin zaman yetersizliği de bir başka faktör olarak değerlendirilebilir. Hasta sayısının fazlalığı ve zamanın yetersiz olması sebebiyle hekim ve hasta arasındaki iletişim tam anlamıyla sağlanamamakta, hasta derdini hekime anlatmaya fırsat bulamamaktadır. Bu durum kişinin kafasındaki soru işaretlerini giderememesine ve alternatif tıbbi kaynaklara özellikle internete yönelmesine sebep olmaktadır. Aynı zamanda bazı hekimlerin güncel bilgileri takip etmemesi de hekimlerde bilgi eksikliğine sebep olmakta ve hastalar bu bilgi eksikliklerini internette sağlık bilgisi araştırarak kapatmaya çalışmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalara göre internette sağlık bilgisi arayışına bireyi iten

faktörlerden en önemlisi de tıp teknolojilerinin son hızla ilerlemesidir. Tıp teknolojilerinin hızla ilerlemesi bireylerde hiçbir hastalığın çözümsüz olmadığı beklentisini oluşturmasıyla birlikte özellikle kronik hastalıklar konusunda bireylerin hekimlerden aldığı bilgileri ve olumsuz sonuçları kabul etmesinin zorlaşmasına sebep olmaktadır. Bunun üzerine hastalarda hekimlerin ekonomik kaygıyla ve çıkarla hareket ediyor düşüncesinin de oluşması hastaların kendi sağlık sorumluluklarını alarak sağlık bilgilerini araştırmalarına yol açmaktadır (27).

2.4 ÇEVİRİMİÇİ SAĞLIK BİLGİLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Arama motorlarının kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte sağlık bilgisi arama, çevrimiçi aktivitelerin en önde gelenlerinden biri haline gelmiştir.

Çevrimiçi sağlık bilgisi aramanın avantajlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- ✓ Çok fazla bilginin olması
- ✓ Anonim olması
- ✓ İnteraktif olabilmesi
- ✓ Sosyal destek yönü
- ✓ Bireyin gereksinimlerine göre adapte olabilmesi
- ✓ Geniş erişim ağı (28).

İnternetin popüler bir sağlık bilgisi kaynağı haline gelmesiyle birlikte bir diğer gündeme gelen konu da sağlık bilgilerinin kontrolsüz ve denetimsiz bir şekilde paylaşılmasıdır. İnternette yer alan bilgi içeriklerinin doğruluğu tartışmalı bir hal almıştır ve bu konuda endişeler büyüktür (29).

Çevrimiçi sağlık bilgilerinin güvenilirliğini ve kalitesini sağlamak ve teşvik etmek, doğru tıbbi bilgilere ulaşımı kolaylaştırmak adına Health on the Net Foundation (HON) kurulmuş olup çevrimiçi sağlık bilgisi arayan bireylere ve sağlık çalışanlarına yol gösterici niteliğinde sağlık web sitelerinin taşıması gereken özellikleri 8 maddede sıralamıştır. Bu ana özellikler şunlardır: (30).

- ✓ Yetkili: Sağlık bilgisini sunan sağlık profesyonelinin nitelikleri ve kimliği belirtilmelidir.

✓ Tamamlayıcılık: Sunulan bilgiler hasta-hekim ilişkini desteklemelidir. Hasta ve hekim arasındaki güveni zedelememelidir.

✓ Gizlilik: Site ziyaretçilerine ait kişisel ve tıbbi bilgiler saklı tutulmalıdır ve kimseyle paylaşılmamalıdır.

✓ Atıf: Alıntı yapılan kaynaklara referans verilmeli, bilgiler sık sık güncellenmelidir.

✓ Doğrulanabilirlik: Sunulan bilgilerin sağladığı faydalar ve performans iddiaları ispatlı bir şekilde sunulmalıdır. Dayanağı olmayan bilgilere yer verilmemelidir.

✓ Şeffaflık: Kullanıcının ihtiyaç duyması halinde ulaşabileceği web sitesine ait iletişim bilgileri eksiksiz ve doğru bir şekilde sunulmalıdır.

✓ Finansal Açıklama: Web sitesine ait fon kaynakları açıkça tanımlanmalıdır.

✓ Reklam Politikasında Dürüstlük: Web sitesi reklam içeriği taşıyorsa bu durum kullanıcılara açıklanmalı ve sağlık bağlamından ayrı tutulmalıdır.

Microsoft araştırmacıları olan White ve Horvitz siberkondri ve arama motoru ile ilgili yaptıkları geniş ölçekli çalışmalarında, kişilerin basit semptomları çevrimiçi araması ile daha ciddi ve nadir hastalıklarla (tanılara) sonuç verecek sayfalara yönlendirildiklerini; bu hastalıklara ait daha fazla içeriğin olması sebebiyle, belirtileri araştıran bireye riskli hastalıklarla daha fazla karşılaşma oranının sunulduğunu (örneğin, göğüs ağrısı gibi farklı sebeplere bağlı olabilecek basit ve yaygın bir belirti, bir çok internet sitesinde kalp krizi gibi nadir görülen bir hastalığa bağlanabilir ve bu bireyleri yanıltarak siberkondriye zemin hazırlayabilir); ve bu sayfalara tıklandıkça sitelerin sıralamada daha önlere geçtiğini belirtmiştir. Bu doğrultuda, arama motorlarında web sitelerinin ön sıralarda yer alması güvenilirliğin bir ölçütü değildir. Yalnızca bu web sitelerinde sık arama yapıldığının bir göstergesidir. Yapılan bir araştırmada, katılımcıların %94,2'sinin çevrimiçi sağlık araştırmalarını arama motoru vasıtasıyla gerçekleştirdiği ve %42,3'ünün ise yalnızca ilk sayfalardaki sonuçlardan faydalandığı tespit edilmiştir (31). İnternetteki bilgi kaynaklarının bu dezavantajı ile beraber sağlık alanındaki

sanal destek gruplarında profesyonel denetim veya kontrolünün eksikliği, uygun olmayan kullanım veya bazı doğru olmayan ,hatalı mesajların yayılması gibi bir takım sorunlara da sebep olabilmektedir (32).

Tsai , çevrimiçi bilgi aramanın verimli bir şekilde gerçekleşmesi için 7 adet stratejinin olduğunu belirtmiştir (33). Bu stratejiler şunlardır:

✓ Problem Çözme: Çevrimiçi aramada yaşanan sorunlarla başa çıkabilme becerisi,

✓ Amaçlı Düşünme: Çevrimiçi bilgi arayışı sürecinde kendini izleme becerisi,

✓ Ana Fikirleri Ayırt Etme: Çevrimiçi bilginin ana unsurlarını ayırt edebilme, elekten geçirebilme becerisi,

✓ Kontrol: Çevrimiçi aramada manipülasyonu değerlendirme becerisi,

✓ Kaybolma: Bireyin çevrimiçi aramada yöneliminin farkındalığı,

✓ Deneme-Yanılma: Farklı arama yöntemlerinin denenme becerisi,

✓ Değerlendirme: Çevrimiçi arama sonucu edinilen bilginin değerlendirilmesi.

2.5 HİPOKONDRIYAZİS:

Hastanın kendisindeki fiziksel belirtilerini ve hissettiklerini yanlış ve gerçek dışı bir şekilde yorumlaması sonucu önemli ve ciddi bir hastalığa sahip olduğu düşüncesiyle uğraşması ve bu durumun panik ,korku ,endişe yaratmasıyla kendini gösteren ruhsal bozukluğa hipokondriyazis denir(34). Hipokondriyazis epidemiyolojisi ile ilgili toplum genelinde ve birinci basamakta yapılan çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmaların sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yapılan çalışmalarda hipokondriyazis prevalansı %0.8-4.5 arasında değişmektedir. Toplum örnekleminde yapılan hipokondriyazis sıklığının araştırıldığı çalışmalarda prevalans %0.02-7.7 olarak bildirilmiştir (35).

Hipokondriyazisin bazı tanı kriterlerinden aşağıda bahsedilmiştir (28):

✓ Bireyin vücudundaki fiziksel belirtileri yanlış anlamlandırması ile ciddi ve önemli bir hastalığı olacağına dair korku, kaygı ve endişe taşıması,

✓ Tıbbi değerlendirmelerin yapılmasına rağmen ve doktor tarafından güvence verilmesine rağmen kişinin olumsuz düşüncelerinin devam etmesi,

✓ Kişinin endişe korku ve düşüncelerinin hem sosyal hayatta günlük işleyişte hem de klinik anlamda kişiyi zor duruma sokması,

✓ Bu durumun en az 6 ay devam etmesi

2.6 SİBERKONDRI:

İnternetin özellikle sağlık konusunda önemli ve çok sık kullanılan bir bilgi kaynağı haline gelmesiyle birlikte siberkondri önemli bir terim haline gelmiştir. Hipokondriyi bedensel duyumların yanlış ve gerçek dışı bir şekilde yorumlanmasından doğan endişe ve korku olarak tanımlamıştık. Siberkondri ise hipokondri kavramının internet ortamındaki yansıması olarak kabul edilebilir(36). Siberkondri durumunun görüldüğü bireylere siberkondriyaklar denir. Bu bireyler kendi bedenlerinde meydana gelen semptomları internet ortamında araştırarak ciddi bir hastalığa denk geldiklerinde bu hastalığın kendilerinde olduğunu düşünerek korku, endişe ve kaygıya kapılmaktadır. rnek verecek olursak siberkondriyak bir kişi göğsünde bir ağrı olduğunu hissettiği zaman internet ortamında arama yapmakta ve bu aramalar neticesinde kalp krizi geçirdiğini dşnebilmede veya kendisinde kalp yetmezliği olabileceğini düşünerek kendi kendine koyduğu tanıyla doktora başvurabilmektedir. Bu başvuru sonucunda yapılan tetkikler ve testler sonucunda kişide herhangi bir hastalık durumunun olmadığı söylenmesine rağmen kişinin kaygı, endişe ve korkusu aynı şekilde devam etmektedir. Bu sebeplerle siberkondri hastanelerin ve doktorların iş yükünün ve yoğunluğunun artmasına sebep olabilmekte kişinin boşa zaman kaybetmesine ve yanlış tedavilere yönelmesine sebep olmaktadır (37). İnternet ortamında sağlıkla ilgili bilgilerin aranıyor oluşu tek başına “olumsuz” bir durum olarak görülmese de siberkondri, evrimii ortamda aşırı derecede vakit geçirmeyi ve arama sonrasında anksiyetede çoğalmayı kapsamaktadır. Siberkondrinin devam ettirilmesine neden olan bir etken de evrimii sağlık bilgilerinin belirsiz ve birbiriyle uyumsuz oluşudur. Genel anlamıyla bu bilgiler eksik, yanlış ya da yanıltıcı olmaktadır. Bu durum kişinin evrimii aramalarının sıklığının artmasına sebep olmaktadır (38).

Siberkondri ölçeğinde de belirtildiği üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu 5 alt boyut ölçeğinin şekillendirilmesinde de kullanılmıştır. Bu alt boyutlardan ilki internetten sağlık bilgisi arayışlarının kişinin günlük yapması gereken işleri günlük rutinini kesintiye uğrattığını ifade eden “zorlanı” alt boyutudur. Diğer alt boyutlar ise internet üzerinden sağlık bilgisi arama sonucu olarak kişinin endişe panik, stres, iştahsızlık gibi olumsuz duygulara yönelmesi “kaygı”; çevrimiçi sağlık bilgisi arayışının devamlı artarak tekrarlı bir hal alması “aşırılık”;

İnternet üzerinden sağlık bilgisi araştırmaları neticesinde kişinin kendi ulaştığı sağlık bilgilerine mi yoksa sağlık profesyonellerine mi güveneceği konusunda yaşanan iç çatışmayı ifade eden “güvensizlik”; ve son olarak, kişinin çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmalarından sonra elde ettiği bilgiyle ilgili olarak hekimlerden ve sağlık profesyonellerinden güvence alma isteğini ifade eden “içini rahatlatma” şeklindedir (38,39).

Siberkondri (Cyberchondriac) teriminin ne zaman kullanılmaya başlandığı ,kim tarafından kullanılmaya başlandığı kesin olarak bilinmemekle birlikte, ilk kez 2012 yılında “Oxford İngilizce Sözlüğü ’ne (Oxford English Dictionary-OED) dahil edilmiş bir kelime olmakla beraber bu terimin ilk defa 1996 senesinde “Business Wire” adlı yayın şirketi tarafından yayımlanan haber makalesinde geçtiği belirtilmektedir (40,41). Öte yandan siberkondri terimini, 1998 yılında The Independent gazetesinde yazan Robert Dogson “Doctors warn the cybersick” adlı köşe yazısında kullanmıştır (42). Siberkondri terimi 2000’li yıllardan sonra İngiltere’deki The Independent , Sunday Times ve BBC gibi popüler haber araçlarında da adından bahsettirmeye başlamıştır(41,43). Türkiye’de ise 2000’li yıllardan sonra bu terimden kulanılmaya başlanmıştır. Takip eden yıllarda teknolojinin hızla gelişmesi ile birlikte hem dünyada hem de ülkemizde siberkondri kelimesinin kullanılırlığı hızla artmıştır (44).

2000 yılından sonra tıp literatürüne geçmiş bir kavram olan siberkondrinin yeni bir hastalık olduğu ilk defa 2001 yılında The Independent gazetesinde yayımlanan makalede (New disorder, cyberchondria, sweeps the internet) ele alınmıştır (45).

Siberkondri ile ilgili yapılan çalışmalarda duygusal ve davranışsal bir çok yöne sahip olduğu saptanmıştır. Duygusal yönler içerisinde evrimii aramalardan doğan kaygı, sıkıntı, endişe sayılabilir. Davranışsal yönü bireyin evrimii olarak güvence arayışında bulunduğu sağlık bilgileri için aşırı derecede yinelenen evrimii aramalardır. Bireyin sıkıntılarını azaltmak veya hastalık korkularını ve oluşabilecek belirsizlikleri azaltmak için evrimii aramalar yapılmaktadır. Bu evrimii aramalar arttıa kişi daha çok endişeye kapılmakta ve daha çok evrimii aramalar yapmaktadır (46). Siberkondri birçok bilim insanı tarafından ‐halk sağlığı riski‐ olarak görülmektedir. Bu şekilde görülmesinin sebeplerine bakıldığında uzun süreli ve tekrarlayan evrimii sağlık aramaları ve bu aramaların sonucunda ortaya çıkan olumsuz duygular ve fizyolojik reaksiyonlar, bireyin kendi doktoruna ve evrimii bulunan bilgilere güvensizliği olduğu saptanabilir (47).

Siberkondriyak davranışların birçok olumlu yönünün yanında olumsuz yönleri de mevcuttur. Özellikle internet ortamında sağlık ile ilgili bilgileri ararken karşılaşma ihtimali daha yüksek olan bilgiler olarak karşımıza çıkan ve en kötü sonucu gösteren bilgiler sağlık kaygısının daha da çok artmasına sebep olabilir. İnternet diğer sağlık bilgi kaynaklarıyla kıyaslandığında (rneğin tıbbi ders kitapları, sağlık bilgi broşürleri) düzensiz ve büyük bir sağlık bilgisi içermektedir. Sağlık web sitelerini inceleyen araştırmaların birçoğunda, bilgilerin doğruluğu, eksiksizliği ve güncelliği ile ilgili önemli sorunlar olduğu bildirilmiştir. Bu nedenlerle interneti bir sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanmak, güncellenmemiş bilgilere maruziyeti arttırıp hastalık ve tedaviyle ilgili yanlış, hatalı kararlar verilmesine sebep olabilir. Bu durum bilinmesine rağmen kaynakların doğruluğu ve güncelliği halen kontrol edilmemektedir (24).

Sağlık bilgisi arayışlarının bu olumsuz sonuçlarının önüne geçmek için doktorlar tarafından güvenilir bulunan web siteleri tavsiye edilebilir. Bu durum doktorlar tarafından yazılan internet reçetesi olarak düşünülebilir. Doktorlar, hastalara belirli kaynaklardan bilgi edinmelerini nerse de hastalar yüksek ihtimalle internetten ikinci bir görüş alacaklardır.

Hastalar doktorun tavsiye ettiği web sitelerinden arama yaparlarsa olumsuz duygulara sebep olabilecek yanlış içerik üreten kaynaklardan ziyade güvenilir kaynaklara yönelecektir. Bu durum, internet reçetesinin potansiyel faydası olarak

sayılabilir. Bununla birlikte, yapılan bir çalışmada çevrimiçi sağlık bilgisi arayan kişilerin yaklaşık %25 i, web siteleri hakkında doktorların tavsiye vermesinin o sağlık kaynağına olan güven olasılığını artıracakını düşünmektedir. Ancak yapılan çalışmada, çalışmaya katılanların %5'ten daha azı, internette ziyaret edilen siteleri bulmak için doktor tavsiyelerini kullandıklarını söylemektedir (29).

Yapılan çalışmalar doğrultusunda siberkondrinin önlenmesine yönelik tedavi yaklaşımlarında, insanların interneti sağlıkla ilgili kaygılarını artırmadan, sağlıkla ilgili amaçlar doğrultusunda kullanmalarını sağlama ve aynı zamanda sağlıkla ilgili bilgi edinmek için çevrimiçi olarak harcanan zamanı azaltarak diğer günlük faaliyetlerin ihmal edilmeden ve kişinin rutin günlük işlerinin aksamasına sebep olmayarak devam ettirebilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Bireylerin sağlıkla ilgili bilgi araştırırken internette denk geldikleri bilgilerin kişiye tehdit veya bir zarar oluşturmadığının, kaygıya sebep olmadığı ve bu bilgileri doğru yönettikleri konusunda kontrolünün yapılmasıyla çevrim içi aramaların olası zararlı etkilerinin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bir diğer yaklaşım şekli ise, internetten sağlık bilgisi araştıran kişiler için sağlık okuryazarlığının artırılması; kişinin internetten neler yapabileceğini ve yapamayacağını tespit etmesini; güvenilir ve güvenilir olmayan sağlık bilgileri kaynakları arasında ayırım yapmasını ve sağlık araştırmalarının sonuçlarının doğru şekilde değerlendirmesini sağlamaktır (48,49).

Siberkondri seviyesinin azaltılması için siberkondrinin pek çok konu ile ilişkisi ele alınarak birçok araştırma gerçekleştirilmiştir. Yapılan araştırmalara göre genel olarak çözüm çevrimiçi sağlık bilgilerinin sunulma biçimini değiştirmek ve güvenilirliğini artırmaktır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre internet ortamındaki bilgiler açık, anlaşılır, sade, her kesimin anlayabileceği düzeyde sunulmalı, hastanın semptomlarına göre muhtemel olan tanılar gerçeklik ve ihtimali yüksek olan tanıların ön sıralarda yer alması sağlık kaygısının azalmasına yol açacak ve siberkondrinin olumsuz etkilerinin azalmasını sağlayacaktır.

Elde edilen sonuca göre çevrimiçi sağlık bilgilerinin açık, anlaşılır ve kullanıcının anlayacağı bir dilde sunulması, hastanın muhtemel semptomları ve teşhisleri arasındaki ilişkilerdeki gerçek olasılıklara dayalı olarak çevrimiçi arama

sonuçlarının sıralanması, sağlık kaygısının azalmasına yardımcı olabilmektedir (50).

2.7 HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ

Birçok bilimsel ve teknolojik gelişmelere rağmen hasta ve hekim ilişkisi tıp dünyasında değişmeyen bir olay olarak kalmıştır. Tıbbın esas amacı hastaları iyileştirme, acılarını ve ağrılarını azaltma, bu hastaların ciddiyet içinde bakımlarını sağlamaktır. Tıbbın bu amaçları The Hasting Centre tarafından açık ve kapsamlı bir rapor olarak verilmiştir (51). İletişim ve memnuniyet düzeyinin hasta-hekim ilişkilerinde tedaviyi doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu yapılan çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur. Hastanın doktorunun reçete ettiği ilaçları kuralına uygun olarak kullanması, önerdiği beslenme şekli ve davranış değişikliği konusunda tavsiyelere uygun davranması büyük oranda hasta hekim arasında doğru kurulan ilişkiye bağlıdır. Genel anlamıyla hastaların hekim hangi soruyu soruyorsa mutlaka cevap vermeliyim duygusunu taşıması hasta ve hekim arasında sağlıklı bir ilişki kurulmasının önüne geçmektedir (52).

Szasz ve Hollander'in psikoanalitik temelli olan hasta- hekim ilişkisi yaklaşımında üç tür ilişkiden bahsedilmiştir:

1. Etkinlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki:

Bu ilişki biçiminde doktor hastadan “olur” almadan sağlık ile ilgili müdahalede bulunur ve bu müdahalelerin gerçekleştirilmesinde “hastanın faydası, çıkarı için yapma” varsayımı söz konusudur. Bu ilişkide bilinçsiz veya karar yetisi olmayan, akli melekeleri olmayan bir hastaya müdahalede bulunuyor gibi hasta edilgen hekim ise etkin durumdadır.

2. İşbirliği Temeline Dayanan İlişki:

Bu ilişki yol gösterme çerçevesinde değerlendirilmektedir. Hastanın iyilik halini sağlayabilmek ve sağlığına kavuşmak için hekimin söylediklerine uyduğu, talimatlarını yerine getirdiği bir ilişki türüdür. İlişkide hastanın biraz da olsa etkinliği olsa da tedavinin sorumluluğu büyük oranda hekime aittir. Enfeksiyon hastalıklarında ve akut durumlarda bu ilişki türü ortaya çıkar.

3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki:

Bu ilişkide ise tedavinin her sürecinde hasta ve hekimin ortak kararı esastır. Hasta ve hekim bütün kararları ortaklaşa alır. Psikiyatrik ve kronik hastalıklarda bu ilişki biçimi esas alınır. Hasta da hekime tedavi kısmında yardımcı olur (53).

2.8 HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ:

Sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen hastalar ile sağlık hizmetlerini sunan ve bu hizmetin kalite ve niteliğini belirleyecek hekimler arasındaki iletişim hasta hekim iletişimi olarak adlandırılır. Etkili ve güzel bir iletişim şekli , hastaların hizmetten memnuniyet düzeylerini ve aynı zamanda tedavilerine aktif olarak katılmalarını sağlayarak tedavi sonuçlarını iyi yönde etkileyebilir (54). Hasta ile hekim arasındaki iletişim diğer hizmet sunucu ve hizmet veren bireyler arasındaki ilişkiden daha zor ve daha kapsamlı bir ilişki türüdür. Kişinin bedensel veya ruhsal olarak iyilik halini kaybetmesi durumu olan hastalık durumu hasta açısından zor bir durumdur. Bu durumda hastanın mantıklı düşünebilmesi iyi bir iletişim kurabilmesi ve olayları algılayabilmesi azalmaktadır. Çünkü birey kendisinde duyduğu bir rahatsızlıktan dolayı acı çekmektedir. Bunun yanı sıra yaşamış olduğu normal dışı olan bu durumla ilgili kaygı ve panik içerisinde olması gayet doğaldır. Hastanın şikayetlerini rahatlıkla ifade edebilmesi, hasta ve hekim arasında kurulan iletişim tedavi açısından olumlu katkılar sağlayacaktır. Hekim ve hasta arasındaki iletişimin doğru kurulması, hekimin hasta ile konuşarak onu bilgilendirmesi hastanın yaşadığı kaygı ve panik durumunun azalmasını sağlayacaktır. Sonuç olarak birey rahatlayacak ve kendisi için en önemli kısım olan tedaviye odaklanacaktır. Tedavinin güzel sonuçlanması ile birlikte hasta aldığı hizmetten memnun olacak ve hizmet veren sağlık profesyonellerine ve bu ekibin başında olan doktoruna güven duyacaktır. Bu duyduğu güven neticesinde hasta hekimine karşı bağlılık geliştirecektir. Özetleyecek olursak hasta hekim arasındaki iletişimin sağlam ve güvene dayalı olması hastanın hekimine ve sağlık hizmetlerine olan güvenini ve memnuniyetini artıracaktır. Sağlık kuruluşu seçiminin en önemli noktalarından hasta hekim iletişimi bu açıdan çok önemlidir (55). Hastaların doktorlarını değerlendirmelerinde en önemli etken hekimin iletişim şeklidir. Hekimin etkili ve sosyal bir iletişime sahip olması hasta üzerinde olumlu yönde etki yapmaktadır. Bu da hastaların hekim tercihlerinde büyük oranda etkili olmaktadır (56).

2.8.1 HASTA HEKİM İLETİŞİM MODELLERİ

Sağlık hizmetlerinin maliyetini, etkinliğini verimliliğini büyük oranda etkileyen hasta hekim iletişimi, üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu iletişimin nasıl olması gerektiğiyle ilgili birçok yazar çeşitli modeller ortaya koymuşlardır. Bu modellerden bu başlık altında özet olarak bahsedilecektir (53).

2.8.1.1 SZASZ VE HOLLANDER'İN İLETİŞİM MODELİ

Hasta hekim arasındaki ilişki Hollander ve Szasz tarafından 3 modele ayrılarak incelenmiştir. Bu 3 model aşağıda belirtilmiştir.

• Ebeveyn-bebek ilişkisini andıran aktif-pasif modeli:

Bu modelde hekim etken durumda, hasta ise edilgen durumdadır. Hastanın acil bir tedaviye ihtiyacı ve akut müdahale edilmesi gereken bir durum varsa bu ilişki modeli ortaya çıkar

• Ebeveyn-yetişkin çocuk ilişkisine benzetilen işbirliği modeli:

Hekimin yol gösterici hastanın ise hekimin önerilerini uygulayarak tedavinin iş birliği içerisinde yapıldığı iletişim modelidir. Akut hastalıklarda ve enfeksiyon hastalıklarında bu ilişki şekli ortaya çıkar

• Yetişkin-yetişkin ilişkisine benzetilen iki taraflı katılım modeli:

Bu modelde hasta ve hekim her iki taraf da eşit oranda güce sahiptir. Hekim hastanın kendine yarar sağlayabilmesi için yardımcı olma pozisyonunda görev yapar. Hipertansiyon, diyabet ,astım, ruhsal hastalıklar gibi kronik hastalıklarda bu ilişki biçimi ortaya çıkmaktadır (53).

2.8.1.2 HASTA HEKİM İLETİŞİMİNDE PATERNALİST MODEL

Bu modelde de Hollander ve Szasz'ın edilgen-etken modelinde olduğu gibi hekim baskın roledir. Hastanın yararına olduğu kabul edilen fakat hastanın kararlarının ve tercihlerinin yansıtılmadığı bir modeldir (57). Modelde, beceri ve bilgi sahibi olan doktor, hastası için en iyi olan tedavi şeklini tespit ederek hastayı bu konuda yönlendirmektedir. Bu şekilde zor durumda olan hastasına karşı sahip çıkıcı ve koruyucu bir tutumda bulunmaktadır. Bu modelde hekim hastasını, hastanın çıkarına uygun olan yönde yönlendirme yapmaktadır ve bu konuda da hastayı inandırmaktadır. Ve hekim karar verici rol üstlenmektedir. Hasta hekim tarafından yönetilerek kendi menfaatleri doğrultusunda karar alındığı yönde inandırılır ve bu aşamada hekim baskıcı bir tutum sergilemektedir (58).

2.8.1.3 BİLGİLENDİRİCİ MODEL

Bu modelde hasta kendi sağığı ile ilgili kararlar üzerinde daha aktif rol oynar. Bu model aynı zamanda consumerism (müşteri-tüketici) olarak da adlandırılır. Hekim sadece bilgilendirici roldedir hastanın tetkik sonuçlarını yorumlar bu konuda bilgi verir ve gerisini hastaya bırakır. Bu açıdan bakıldığında bu modelin birçok sakıncaları mevcuttur.

Çünkü hastanın duygusal davranma, kolaycılığa kaçma gibi yaklaşım risklerinin doğma durumu mevcuttur. Hasta hekim arasındaki güç ilişkisi tersine dönmüştür. Hasta merak ettiği soruları hekimine sorar ve hekim bilgilendirmesini yapar. Hasta ise karar verici konumdadır. Karar doktor tarafından değiştirilmeye çalışılmaz ve hasta kararı tek başına verir. Bu tarz ilişki genelde hastaların hastane giderlerini kendileri karşıladıkları özel hastanelerde ortaya çıkabilmektedir ve tıbbi açıdan sıkıntıları da beraberinde getirmektedir (59).

2.8.1.4 PAYLAŞILAN KARAR VERME MODELİ

Paylaşılan karar verme modelinde, hastanın düşüncelerinin, tepkilerinin ,davranışlarının yegane olduğu göz önünde bulundurulur ve işbirliğinin ,ortaklaşa hareket etmenin esas olduğu dikkate alınır (60). Paylaşılan karar verme modelini inceleyen Okay hasta hekim ilişkisinde hastalar kendi sağılıkları konusunda karar verici olma durumlarının giderek artan bir şekilde olduğunu ifade eder. Bu modelde klasik modelin tersine hekimin tek karar vericiliğinden, karar vericiliğın hastalara doğru kayması ve ortaklaşa karar alma söz konusudur. Hasta merkezli tıp ile büyük benzerlik söz konusudur ve hastanın tedavi aşamasına aktif olarak katılımı söz konusudur (61).

2.8.1.5 EMANUEL'İN YORUMLAYICI MODELİ

Yorumlayıcı model (interpretive model) aslında bilgilendirici modele benzemektedir. Fakat bilgilendirici modelden birkaç noktada ayrılmaktadır. Bu modelde de hekim hastasına her konuda bilgi vererek testlerini, laboratuvar sonuçlarını hastaya aktarmaktadır. Bilgilendirici modele ek olarak bu modelde hekim hastasına, hastanın seçtiğı tedavi yönteminin getirebileceğı risk ve faydalardan, hastalığın gidişatını nasıl etkileyeceğinden bahsetmektedir ve bu konuda hastaya yönlendirme yapmakta ve kendi görüşünü söylemektedir. Ama hiçbir şekilde hastaya dikte etme ve emir verme gibi bir durum söz konusu

olmamaktadır. Yorumlayıcı modele göre hastanın tüm değerlerini bilmesine gerek yoktur bu değerleri yorumlamada hekim ona yardımcı olur. Hekim hastayı bir bütün olarak değerlendirir ve hastanın da düşüncelerini dikkate alarak ona en uygun tedavi ve test seçeneklerini belirler. Hastanın da bu bilgileri yorumlamasına yardım ederek bu konuda doğabilecek çatışmaların önüne geçmeye çalışmaktadır(62).

2.8.1.6 BYRNE VE LONG’UN HASTA HEKİM İLETİŞİM MODELİ

Byrne ve Long hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi “hekim merkezli” ve “hasta merkezli” olmak üzere iki şekilde incelemiştir. Hekim merkezli olan yaklaşımda hekimin kısıtlı zamanının olduğu göz önünde bulundurularak hastanın tedavi kısmında yorumlarının alınmasından ziyade hekim kendi deneyimleri doğrultusunda tedaviyi şekillendirir. Çünkü hekim hastaya fazla vakit ayırırsa ve bütün şikayetlerini, yorumlarını, korkularını, uzun uzadıya dinlerse çok fazla zaman kaybedecek ve diğer hastalara ayıracak vakti kalmayacaktır. Bundan dolayı hastanın da tedavi kısmına aktif olarak katılmasının önüne geçilmektedir. Hasta merkezli yaklaşımda ise hekim yine hastanın tanı ve tedavi seçenekleri aşamasında kendi bilgi ve deneyimlerini kullanır fakat hastanın da aktif olarak bu sürece dahil olması sağlanmaktadır (63).

2.8.1.7 FREIDSON’UN HEKİM HASTA İLETİŞİM MODELİ

Bu modelde hasta ve hekim iş birliği içerisinde olursa tedaviden pozitif sonuçlar elde edilebilmektedir. Hastanın hekime karşı, hekimin de hastaya karşı anlayışlı olması gerektiğini savunan bir modeldir. Örnek verecek olursak hasta hekimin sadece kendisiyle ilgilenmek zorunda olmadığı ve birçok bekleyen hastasının olduğu konusunda farkındalık sahibi olmalı ve hekime karşı anlayış göstermelidir. Hasta için ilgilenmesi gereken sadece kendi hastalığı varken ,hekim bir çok hastayı düşünmek zorundadır (64).

Parsons’ un hasta hekim iletişiminde hekimin baş rolde, otoriter olduğu bariz bir şekilde belliyken; Freidson’un modelinde hekim ve hastanın istek düşüncelerinin farklı olduğu göz önünde bulundurularak hareket edilir. Bu durum da hasta ve hekim arasında doğabilecek çatışmanın, sorunların önüne geçilmesini sağlar. Freidson’un modelinde hekim otoritesinde bir azalma meydana gelmez ve karşılıklı anlayış ve hoşgörü esas alınır (65).

2.9 HASTA VE HEKİM ARASINDAKİ GÜVEN BAĞI

Bütün sosyal ilişkilerde olduğu gibi hasta hekim arasındaki ilişkide de güven duygusu çok önemlidir ve hasta hekim ilişkisinin olmazsa olmazıdır. Hastaların bilgi düzeyleri yüksek olsa bile hekimleri tarafında bilgilendirilmeye ve verecekleri güvene ihtiyaç duyarlar. Sosyal ilişkilerde olduğu gibi, kişilerin güven duygusu oluşmasının ana belirteci zamandır ve hasta hekim arasındaki güven duygusunun oluşması için aynı şekilde zaman gereklidir (66). Hasta merkezli sağlık hizmetlerinde en önemli dayanak hastaların hem doktoruna hem de sağlık sistemine güven duyabilmesidir. Güven tedavinin gidişatını etkileyen ve tedaviye devamlılığı sağlayan ana unsurdur. Hasta hekimine güven duyarsa ruhen kendisini iyi hissedeceği için doktorunun kendisine sunduğu tedavi seçeneklerini önemser ve doktorunun kendisi lehine seçenek önerdiğinin bilincine vararak tedavi önerilerini kabul etme eğilimi gösterir. Hizmet veren sağlık personeli ile hasta arasında oluşan güven bağı güçlü bir bağıdır. Bu bağın oluşması da büyük oranda hekim hasta görüşmelerinde hekimin iletişim gücüne bağlıdır (67).

Hastalar hekimlerden hizmet aldığı süre boyunca kendisini güvende hissetmeli, hastalığıyla ilgili merak ettiği sorulara yeterli cevap alabilmeli ve moral ve motivasyonunu üst düzeyde tutmalıdırlar. Hekim mesleki bilgi donanımının yanında, empati yapabilmeli, nazik, hoşgörülü, duyarlı olabilmeli ve hastayı dinlediğini hissettirebilmelidir. Hasta kendi hastalığı hakkında yeteli bilgi ve donanıma sahip olmadığı için hekim karşısında çaresiz hissedecektir. Bu sebepten ötürü hasta ve hekim arasında güvene dayalı şeffaf bir bağın oluşturulması önem taşımaktadır (68).

Hasta ve hekim arasında kurulan güven bağı zamanla farklılaşmaya uğramıştır. Bu değişimle birlikte hasta ve hekim arasında kurulan ilişkinin yeniden yapılandırılması gerektiği savunulmuş ve güven değişimi şu şekilde açıklanmıştır:(69)

✓ Hipokratik (Babaca) Güven:

Bu dönemde tıbbi bilgi yetersizliği ve tedavi çeşitliliğindeki sınırlılıklar sebebiyle hekimde gizemli bir güç görülmekteydi. Hasta çaresizlik hissiyle tek tedavi umudu olarak hekimi görmekte ve hasta gözünde hekim yarı tanrı, baba,

iyileştirici güç olarak görülmekteydi. Hekim sorgulanamaz, sorgusuz sualsiz tedavi önerisi kabul edilen bir model halindeydi.

Bilgi vermemek, anlaşılabilir tıbbi öğeler kullanmak hekimliğin bir parçası haline gelmişti.

Zamanla bilgi düzeyinin artmasıyla ve hastaların bilinçlenmesiyle artık hekimlerin bilgileri sorgulanabilir bir hale gelse de hekimlik tamamen denetlenememekte belli bir seviyeye kadar denetlenebilmektedir.

✓ Paylaşım ve Bilgi Aktarımına Dayalı Güven:

Bilgiye ulaşılabilirliğin artması, eğitim düzeyinin yükselmesi ve bunun yanında 2. Dünya Savaşı sırasında Nazi doktorlarının bilgilerini kötüye kullandığının ortaya çıkması ile birlikte hekimin yarı-tanrı olarak görülmesi sona ermiştir. Hekimin gücünün bilgiye dayalı olduğu savunulmuş ve hastaları bilgilendirilmeleri zorunlu tutulmuştur. Bilgilendirmeden sonra ortaklaşa karar alınması esas alınmış tedavi sadece hekime bırakılmamıştır.

2.10 HEKİM VE HASTA ARASINDAKİ GÜVENİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hekime güvenin oluşmasında sorumlu faktörler ; medya ,hekimin iletişim kabiliyeti, hekimin mesleki tecrübesi, sosyal çevre, bilgi tutarsızlıkların olması, tanı ve tedavi sürecinde hastanın yanlış veya eksik bilgilendirilmesi , mahremiyet korunması olarak sıralanabilmektedir (70).

Bu faktörlerden birisi olan medya araçlarının başında gelen televizyon, çeşitli sağlık programları ve sağlık haberleri vasıtasıyla birçok bireye çok hızlı bir şekilde ve kolayca ulaşım sağlamaktadır. Televizyondaki sağlık programlarından edinilen bilgiler hastaların sağlık hizmetlerinden duyacağı memnuniyeti azaltabilmektedir. Sağlık programlarından edindikleri bilgilere, hekiminden daha çok güven duyan hastada, hekime karşı güven olumsuz yönde etkilenmektedir (71).Hekime güveni etkileyen hasta kaynaklı faktörler; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, karakter yapısı, yaşama bakış açısı, sorumluluk ve farkındalık düzeyi gibi kişisel faktörler olarak sayılabilir. Bu kişisel faktörlerden dolayı aynı hastalığa aynı zamanda yakalanan iki farklı birey farklı tepkiler verebilmekte, birisi daha kolay ve kısa bir süreç geçirirken diğeri ise zorlu bir süreç geçirebilmekte ve hekimiyle oluşturduğu güven bağı farklılıklar içerebilmektedir (72).

Sağlıklı ve pozitif bir iletişim etkili bir sağlık hizmeti için en önemli faktörlerdendir.

Etkili ve doğru bir iletişimin kurulması, hasta memnuniyeti ve hastanın tedaviye uyumunun artması gibi olumlu sonuçları da beraberinde doğurmaktadır (73). Hekim hastanın şikayetlerini dikkatle dinlemeli, dinlediğini ve önemsedğini hissettirmeli, sözünü kesmemeli, hastaları düşünmeye sevk eden sorular sormalı, hastaya vakit ayırmalı ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak hareket etmelidir (74).

Hekimlik önemli derecede tecrübeye ve uzmanlık bilgisine dayalı bir meslektir. Bu doğrultuda hekimin mesleki tecrübesi, hekimin profesyonel iletişim becerisini ve bundan kaynaklı doğan güveni de etkilemektedir (75). Hasta hekim seçiminde, hekimin konunun uzmanı olup olmadığıyla ve mesleki tecrübesinin yeterliliğiyle hekimi değerlendirmektedir (76).

Hasta hekim ilişkisinde güveni zedeleyen en önemli faktörlerden biri de hem hekimin hem de hastanın birbirine karşı dürüst olmaması ve yalan temelli bir ilişkinin kurulmasıdır. Hastanın hekime söylediği doğru olmayan bilgiler veya eksik verilen bilgiler tedavinin etkin olmamasına, tedavi sürecinin uzamasına sebep olabilmektedir (77).

2.11 HEKİM HASTA İLİŞKİSİNDE YAŞANAN PROBLEMLER

Sağlık hizmetlerinin olmazsa olması olan hasta hekim ilişkisi, her meslek grubunda olduğu gibi önemli ama bir o kadar da zor bir ilişkidir. İlişki biçimi hastaya ve doktora göre biçimlenmekte ve bunu belirleyen en önemli faktör de kişiler arası iletişim olmaktadır. Mesela bir hekimin çevresinden duyduğu doğru veya yanlış bilgilerle kendisine tanı koyan bir hastayla kuracağı iletişim farklı olmalıdır. Veya kendi kendisini tedavi etmeye uğraşan hipokondriyak bireylerle kurulan iletişim de farklı olmalıdır. Hekim karşısındaki hastaya göre iletişim şeklini değiştirmeli aynı zamanda onların yakınları ile de sıkı iletişim içerisinde olmalıdır. Bu boyuttan bakılacak olursa hekimlik oldukça stresli ve emek isteyen bir meslektir (78).

2.11.1 EMİR VERME

Emir verici pozisyonunda olarak hastayı yönlendirmek, hastayı korkutmak, suçlamak, yargılayıcı konuşmalarda bulunmak, dalga geçmek, zorlayıcı tutum sergilemek, problemi önemsemeyerek ana amaçtan sapmak, sürekli soru soruyor olmak hasta hekim ilişkisinin sağlıklı kurulabilmesinin önündeki engeller olarak sayılabilir. Hekimin otoriteyi elinde bulunduran taraf olarak emir vermesi hasta ile olan ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu otoriter güce karşı hasta, hekimiyle iletişim kurarken çekinmektedir. Hastaya emir verici konuşmak eski dönemlerde hastanın tedavisine uyumu için gerekli görülmekteydi. Bu davranış halen alışlagelmiş bir tarz olarak karşımıza çıkabilen bir davranış şeklidir. Fakat emir verilerek yapılan yönlendirmelerin olumsuz sonuçları da hesaba katılmalı, doğabilecek riskler göz önünde bulundurulmalı, olabildiğince bu tarz davranışlardan kaçınılmalıdır (79).

2.11.2 HEKİMLERDE YIPRANMIŞLIK VE STRES

Sağlık hizmetleri insanlar arası iletişimin yoğun olduğu meslek gruplarını barındırması bakımından, sağlık hizmeti sunan bireylerde stres ve yıpranmışlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Bireylerin yaşadığı normal olmayan bir durum olan stres ekiple ilgili olarak birçok olumsuzluklara sebep olmasının yanında tıbbi anlamda da kişileri etkilediği yönünde çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Erdoğan, Ünsar ve Süt tarafından yapılan bir çalışmada iş yerlerindeki stres düzeyinin yüksek olmasının çalışanların işteki verimliliğini düşürdüğü, aynı zamanda kişileri fiziki ve ruhsal açıdan olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Stresin ekip üzerinde de başarısızlığa yol açtığı , kişiler üzerinde mesleki tatminde azalma, verimlilik düşüşü, istifa gibi etkilere sebep olduğu saptanmıştır(80).

Hekimlerin sık sık şiddete maruz kalması, çalışma sürelerinin uzun olması hekimlerdeki yıpranmışlık seviyesini artırmaktadır. Bunun yanı sıra tutulan nöbetler , ağır çalışma koşulları, uykusuz geçen geceler ,yorgunluk gibi olumsuz koşullar doktorlarda tükenmişlik sendromuna sebep olmaktadır(81).Tükenmişlik ve yıpranmışlık kişinin bütün alanlarda problemler yaşamasına sebep olmaktadır.

Özellikle meslek sebebiyle yaşanan duygusal yıpranmışlık, hekimin kişilere karşı umursamaz olmasına sebep olabilir. Bu surum kişinin ailesi ve çevresindeki arkadaşlarına da yansımaktadır. Bu sebeple aile içi anlaşmazlıklar, kavgalar, çatışmalar çıkabilmekte ve ailenin birbirinden uzaklaşmasına ve boşanmalara sebep olabilmektedir. Son zamanlarda hekimler arasındaki boşanma sayılarındaki artış tükenmişliğin bir sonucu olarak karşımıza çıkabilmektedir(82).

2.11.3 SAĞLIK HİZMETLERİNİN YOĞUNLUĞU

Hasta ve hekim iletişiminin etkin olabilmesinde zaman çok önemli bir yere sahiptir. Hasta ve hekim görüşmesinin süresi, hastanın hekimine güven duyabilmesi, yakınlık oluşturabilmesi, memnun kalabilmesi açısından direk etkiye sahiptir. Bol, Gül, Erbaycu tarafından yapılan bir çalışmada sağlık hizmetlerinin yoğunluğu sebebiyle hasta ve hekim arasındaki iletişimin düzgün bir şekilde kurulamadığı, hastanın şikayetlerini bütünüyle hekime aktaramadığı ve hekimin de hastayı bilgilendirmek için yeterli vakti olmadığı için tedavi sürecinde aksaklıklar olabileceğini ortaya koymuştur. Bu durum hastanın tekrar sağlık kuruluşuna gelme ihtiyacı duymasına sebep olabilmektedir. Bu çalışmada yazarlar görüşme sırasında yeterli verimliliği elde edemeyen hastaların yeniden sağlık kuruluşuna başvurmalarının devlete maddi açıdan yük olduğunu aynı zamanda hasta açısından da hem maddi hem manevi yük olabileceğini belirtmişlerdir (83). Hekimlerin hastalara ayırabildikleri zaman ile hastaların beklentileri arasında uyumsuzluk olması, hastaların hekimlerin kendilerini dinlemediğine dair şikayette bulunmalarına sebep olabilmektedir.

Ayrıca hekimin hastasına ileteceği mesajın zamanlaması da önemlidir. Mesajın geç iletilmesi etkisinin yitirilmesine sebep olabileceğinden bu konuda da dikkat etmek önemlidir (84).

2.11.4 HASTAYI İKNA ETME

Sosyal yaşantının her alanında olduğu gibi sağlık iletişiminde de özellikle hekim hasta arasındaki iletişimde ikna biçimleri çok önemlidir. Hastalar uygulanacak tedavi konusunda hekimler tarafından ikna edilmelidir. Eğer hekimler tedavi şeklinin hasta için en uygun olduğu konusunda güzel bir açıklama yaparlarsa bu konuda ikna olmaları da o derece kolaylaşacaktır. Eğer hastalar bu konuda ikna

edilemezse hekime duyduğu güven azalacak ve hekimin önerdiği tedaviyi benimsemeyecektir. Bu sebeple sağlık iletişiminin temel unsurlarının başında gelen güven; zedelenecak ve tedavi amacına ulaşmayacaktır.

Hasta tedaviyi almayacak veya tedaviyi yarıda bırakacaktır. Ya da tedavinin işe yarayacağı konusunda inandırılmadıkları için özen göstermeden ,dikkatini vermeden tedaviyi aldıkları için bu durum sağlık sisteminde başarısızlıklara sebep olacaktır (79).

2.11.5 ÖNYARGI

Hekim ile hasta arasındaki iletişimi engelleyen faktörler arasında ön yargı da önemli bir problem olabilmektedir. İki tarafın da birbirlerine karşı ön yargı geliştirmesi kurulacak iletişimde kopukluklara ve anlaşmazlıklara sebep olabilmektedir. Daha önce hiç karşılaşmadığı bir hekimle diyalog kurmanın hastaları suskunluğa iten bir yönü vardır. Bunun yanında sağlıkları ile ilgili kötü şeyler duyma ihtimali , hekimlerin kendilerine karşı nasıl bir davranış sergileyeceğinin merak edilmesi hastalarda kaygı ve stres durumu yaşatmaktadır (85).

2.12 HASTA HEKİM İLİŞKİSİNDEKİ SORUNLARA KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

İdeal hasta hekim iletişimi hastanın memnuniyetinden, hastanın tedaviye cevabına kadar birçok faktör üzerinde olumlu etki yapmaktadır. İdeal bir hasta hekim iletişimi için öneriler Wolf ve arkadaşları tarafından şu şekilde sunulmuştur:

- *uygun bir ortam sağlanmalı,
- *tarafsız olunmalı,
- *dikkat dağınıklığından kaçınılmalı,
- *konuşan kişi konuşmayı bitirmeden yeni sorular sorulmamalı,
- *psikolojik olarak dinlemek için hazır olmak
- *farklı fikirlere açık olmak
- *belli bir konuya sabitlememek
- *mesajlarını destekleyici delillerle birlikte sunmak
- *Konuşan kişinin mesajlarının altında yatanları anlayabilmek için çözümleyici, analitik bir düşünce yapısına sahip olmak,

*Mesajın tamamını almadan olumsuz veya olumlu da olsa bir kanıya varmamak

*Standartlaşmış cümlelerden kaçınmak

Etkili bir iletişim için ve bu konuda yetkin sağlık çalışanlarının kazanılması için eğitimler ve seminerler düzenlenmeli özellikle hekimler bu iletişim şekillerinin kullanılabilmesi için teşvik edilmelidir. İletişimi engelleyen hasta veya hekim kaynaklı , gerekirse sağlık hizmetleri kaynaklı sorunlar tespit edilmeli ve bu sorunların çözümü için çaba harcanmalıdır (86).

2.13 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı bir hastaya tıp ile ilgili bilgi verilmek istendiğinde, kişinin verilen bilgileri anlaması, yorumlayabilmesi ve kendi sağlığı için uygulayabilmesi olarak tanımlanabilir. Sağlık okuryazarlığı yalnızca bilgilerin okuyup anlanması demek değildir.

Kişinin hastalığını ve sağlık durumunu tanımlayabilmesi, uygun doğrultuda hareket edebilmesi, sağlık hizmetlerini hangi şekilde kullanabileceğinin farkında olması gibi parçaları içeren bütüncül bir kavramdır.

Nutbeam sağlık okuryazarlığını üç kademedede sınıflandırmıştır:

1. Temel/ Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:

Sağlık okuryazarlığı denilince akla ilk gelen beceriler fonksiyonel sağlık okuryazarlığına aittir. Bireyin rutin, gündelik hayatında bilmesi gerekli olan bazal okuma yazma becerisidir. Kişi bu kademedeki sağlık okuryazarlığı derecesi ile geleneksel sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlığa ilişkin risklerin farkında olma gibi daha çok bireysel yarar sağlayan özelliklere sahiptir.

2. İletişimsel/ Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı:

Temel sağlık okuryazarlığına göre kognitif ve sosyal yönler daha gelişmiştir. Kişi bu kademedede sağlıkla ilgili edindiği bilgileri farklı şartlarda kullanabilmektedir. Çoğunlukla bireysel becerilerin geliştirilmesi, bağımsız davranışlar sergileme ve özgüvenli hareket etme gibi davranışları içerir.

3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı:

Üst seviyede kognitif ve sosyal becerilere sahip olma durumunu yansıtan kademedir.

Birey edindiği sağlık bilgilerini eleştirel şekilde değerlendirebilmekte ve gerektiğinde beceresini kontrol sağlamak için kullanabilmektedir (87).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması bireylerin hekimlerin verdiği tıbbi bilgileri anlayamamalarına, sağlık ile ilgili bilgi eksikliklerine, kişinin kendi sağlık durumunun ciddiyetinin farkında olamamasına sebep olmaktadır. Ayrıca bu durum kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamalarına, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine daha fazla yönelmelerine dolayısıyla sağlık maliyetlerinin artmasına, bu basamaklarda yoğunluğun artmasına, hasta ve hekim görüşmelerinde zaman kısıtlılığına sebebiyet vermektedir. Hekim hasta iletişimi istenilen düzeye ulaşmaması dolayısıyla kişiler verilen tedaviyi anlayamamakta, hasta ve hekim arasındaki güven bağının oluşamamasından kaynaklı ise tedavi önerilerine uymamalarına neden olmaktadır. Bu durum devlete maddi anlamda, hastaya ve hekime hem maddi hem manevi anlamda yük olabilmektedir (88).

Günümüzde sağlık okuryazarlığı eski dönemlere göre çok daha fazla önem kazanmıştır.

Teknolojinin gelişimiyle sağlık bilgilerinin iletimi ise daha zor bir hale gelmiştir. Bu duruma sebep olan faktörler aşağıda verilmiştir:(89)

- *okuryazar olan kişi sayısının yetersiz oluşu,
- *tanı koyma sürecinde karmaşık durumlarla karşılaşılması,
- *sağlık bilgilerinin giderek artması ve güncellemelerin hızlı olması,
- *kişisel farklılıklar,
- *Yaşa bağlı değişen fiziksel ve kognitif beceriler,
- *Kişisel duygudurum farklılıkları.

Sağlık sisteminin üzerindeki yükün giderek artış göstermesinin sonucu olarak hekimlerin hastalara ayırabileceği zamanın azalması hastaların servislerden daha erken taburcu edilmelerine sebep olmaktadır. Erken yapılmak zorunda kalınan taburculuklardan dolayı ve kronik hastalıklardaki artıştan dolayı evde bakımın değeri giderek artış göstermiştir. Bu değişimlerin yanında artık hastalar da aktif olarak tedavi sürecine katılmak istemekte ve hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak arzusunda olmaktadır. Hastaların bu istekleri doğrultusunda, daha

fazla sorumluluk alabilmeleri için sağlık sisteminin bazı değişimler yapması gerekmektedir. Hastaların kendi sağlıkları hakkında daha aktif görevler alabilmesi için eğitimler yapılmalı, eğitimde yazılı materyaller daha sık kullanılmalıdır. Sağlık profesyonellerinin de hastaların kendi tıbbi durumlarını anlayabilmesi için daha açık, sade, basit ve anlaşılabilir bir dil kullanması gerekmektedir.

Ayrıca sağlık çalışanları tarafından hastalara verilen broşür vs gibi yazılı materyaller daha açıklayıcı ve hastaya hitap eder tarzda olmalıdır. Hastanın anlayabileceğinden üst seviyede olan materyaller hedefe ulaşılmasının önüne geçmektedir. Bu açıdan eğitim materyallerinin bol resimli, kısa, anlaşılır olması büyük önem taşımaktadır (90).

2.14 E-SAĞLIK KAVRAMI

Nüfusun hızla artması ve kronik hastalıkların da yaygınlaşmasıyla birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine yük binmektedir. Sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edilmesiyle bu hastalıkların önlenmesi önem kazanmaktadır. Sağlıklı yaşam şekillerinin teşvik edilmesi hastaların da kendi sağlıklarının korunmasında aktif katılımını sağlayarak e-sağlık uygulamalarının önem kazanmasına yol açmaktadır. Ayrıca kırsal bölgede ve uzak kesimlerde yaşayanların e-sağlık hizmetlerine ulaşımı geleneksel sağlık hizmetlerine göre daha kolay olmaktadır. Böylelikle sağlık hizmetleri üzerindeki yükün hafifletilmesinde, nitelikli sağlık bilgilerine erişim ve eşitliğin sağlanması konusunda e-sağlık hizmetleri faydalı olmaktadır. İnternet erişiminin yaygınlaşmasıyla ve teknolojinin gelişmesiyle e-sağlık uygulamaları herkes için cazip hale gelmiştir. Özellikle geri kalmış ülkelere cep telefonlarının artan kapsama alanı, yetersiz sağlık hizmeti alan bölgelerde sağlık bilgilerine erişimde kolaylık sağlamaktadır (91).

Tedavi ile ilgili kararların sadece hekimler tarafından verildiğı hekim merkezli modelden, hastaların da kendi sağlıkları konusunda aktif kararlar verebildiğı hasta merkezli modele geçişin sağlanmasında internet önemli bir rol oynamaktadır. İnternetin hekimlerden önce birincil sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanımının artışıyla internet ortamında çeşitli destek toplulukları, web siteleri bazen kendi doktorlarından daha faydalı hale gelebilmektedir(92). E-sağlık bilgilerini kullanabilme becerisine sahip bireyler hastanedeki randevularına hazırlıklı gitmeleri, sağlıklarıyla ilgili daha fazla soru sorabilmeleri, sağlıklarını

koruma adına daha fazla önlem alabilmeleri açısından avantajlıdır. Ayrıca e-sağlık bilgilerinin kullanılması sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltması açısından önemlidir (93).

Türkiye’de e-sağlık ile ilgili çeşitli uygulamalar ve çalışmalar mevcuttur. Türkiye’de Tele-tıp ile ilgili altyapı çalışmalarına 2007 yılında başlanmış olup , 2016 yılından itibaren E-nabız , E-randevu (MHRS), Doktor Bilgi Bankası ,Elektronik Bilgi Yönetim Sistemleri ,Dijital hastaneler ile ilgili uygulamalara yönelik çalışmalar başlamıştır (94).

2.14.1 TELE-TIP UYGULAMALARI

Dünya Sağlık Örgütü tele-tıp bireylerin ve toplumların sağlıklarını iyileştirmesi, kazaların ve hastalıkların önlenmesi, sağlık personellerinin eğitimi sayesinde teknolojik gelişmelerin kullanılarak uzaktan sağlık uygulama hizmeti verebilme şeklinde tanımlamıştır (95). Tele-tıp kullanımının birçok avantajı mevcuttur. Uzaktan müdahale gerektiren bir konuda tedavinin anında çözüme ulaşmasını sağlamaktadır. Bu sayede zamandan tasarruf sağlanmakta, hem hekim hem de hastaların yolculuk kaynaklı maddi harcamalarını azaltmaktadır. Sağlık hizmetlerine aşırı yük binmesinin önüne geçmekte, hastanelerdeki yoğunluğun azalmasını sağlamaktadır. Farklı bilimlerin birbiriyle fikir alışverişinde bulunmasına katkı sağlamaktadır (96).

2.14.2 E-NABIZ KİŞİSEL SAĞLIK KAYIT SİSTEMİ

E-nabız , Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında uygulamaya konulmuş internet tabanlı bir uygulamadır (97). Sağlık hizmetlerini kullanan bireyler e-nabız kişisel sağlık kayıt sistemi sayesinde hastalık tanıları, laboratuvar sonuçları, radyolojik görüntülemeler, hizmet aldıkları sağlık kuruluşu ve hekim bilgileri gibi temel sağlık bilgilerine ulaşabilmektedir. Ayrıca hastalar bireysel olarak saptadıkları sağlık verilerini sisteme kendileri giriş yaparak aktarabilmektedir. Özellikle kronik hastalıkları olan bireylerin değerlerinin takiplerinin yapılmasında bu veriler önem arz etmektedir (79).

E-nabız sistemi sayesinde farklı sağlık kurumlarından alınan sağlık hizmetlerine ilişkin veriler ve detaylarına ulaşılabildiği için hekim hastayı bir bütün olarak değerlendirebilmektedir(98).

2.14.3 MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ (MHRS)

MHRS, Türkiye’de uygulamaya konulmasıyla birlikte çok kısa süre içerisinde yaygınlaşmış, Türkiye’nin bütün kesimlerine sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştıran sağlık bilişim sistemidir. 2012 yılından beri uygulamada olan MHRS tüm ülkeyi kapsayacak şekilde hizmet veren başka bir projenin olmaması yönüyle eşsizdir (99).

MHRS hastane kaynaklarının planlanmasına katkıda bulunan, sağlık hizmetlerinin kullanımını kolaylaştıran, kişilere verimli hizmet sunulmasını sağlayan bir randevu sistemidir. Bu randevu sistemi sayesinde Sağlık Bakanlığı kapsamında olan hastanelere ve ağız dış sağlığı merkezlerine kolayca randevu alınabilmektedir. MHRS sistemi sayesinde hem 182 üzerinden hem de internet üzerinden kolayca randevu alınabilmektedir. Böylece hastaların muayene olamama durumları ortadan kalkmaktadır. Vatandaşların bu konuda mağduriyetleri de ortadan kalkmış olmaktadır (100).

2.14.4 M-SAĞLIK (MOBİL SAĞLIK)

M-Sağlık 2010 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından mobil iletişim cihazları sayesinde sağlık hizmetlerinin bireylere sunulması olarak tanımlanmıştır. M-Sağlık uygulamaları sağlık uzmanlarının hastalara sağlık eğitimleri verebilmesi için hasta ve doktor arasında iş birliğinin sağlanabilmesi için kullanabilmektedir. Aynı zamanda bireylerde sağlık okuryazarlığının artırılmasına da katkı sağlamaktadır. Hekimler mobil teknolojiler aracılığıyla uzaktan hasta izlemi yapma, tanı-tedavi desteği sağlama olanağını bulmaktadır (101). Diyabet, astım, obezite, kalp yetmezliği, multipl skleroz gibi hastalıklar mobil uygulamalardan yararlanacak hasta grupları arasında sayılabilir. Mobil uygulamalar sayesinde kişiler istediği anda ve yerde kolaylıkla sağlık bilgilerine erişim sağlayabilmektedir. Mobil teknolojilerinin bu avantajını kişiler, telefon veya tablete indirilebilen uygulamalar sayesinde kendisi ile ilgili sağlık bilgilerini veya genel sağlık bilgilerini otomatik ya da manuel olarak indirebilmektedir ve karşı tarafla paylaşabilmektedir. Konum ve kamera özellikleri kullanılabilen cihazlarda daha iyi ve etkin erişim kolaylığı sağlanabilmektedir (101).

Mobil sağlık uygulamalarını kullanan bireylerde yapılan araştırmalarda, en çok kullanılan egzersiz uygulamaları olarak saptanmıştır. Kilo verme , beslenme

,kalp ritmi ölçümü, aktivite takip cihazı da sık kullanılan uygulamalar arasındadır(102). Mobil sağlık uygulamaları hasta ve hasta yakınlarının sağlık bilgisi düzeyinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti maliyetlerinin azalmasına ,teknolojiyi kullanan sağlık profesyonellerinde verimliliğin artmasına , sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin artmasına ve sağlık kuruluşlarının daha aktif ve verimli kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır (103).

2.15 E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI(E-SOY):

Günümüzde internet ortamındaki sağlık bilgilerinin geniş alana yayılmasıyla, kişilerin bilgileri seçebilme, anlayabilme, yorumlayabilme durumunun riskli olduğu düşünülmektedir. Çeşitli sağlık sitelerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Geliştirilen sağlık portalları ile talep gören araştırma siteleri arasındaki uyumsuzluk internet ortamındaki bu bilgilerden faydalanabilmek için gerekli olan e-sağlık okuryazarlığı ihtiyacını gündeme getirmiştir (104).

Aynı zamanda e-sağlık okuryazarlığının geliştiricisi olan Norman ve Skinner e-sağlık kavramını sağlık okuryazarlığı kavramı ile birleştirerek e-sağlık okuryazarlığının tanımını yapmıştır. Onlara göre e-sağlık okur yazarlığı “elektronik kaynaklardan sağlıkla ilgili bilgileri arama, bulma, anlama, değerlendirme ve edinilen bu bilgileri, bir sağlık problemini işlemek veya çözmek için kullanma kabiliyeti” olarak açıklanmıştır (11).

Bautista ise, bu tanımın işlevsel kılma adına yapılan ilk adım olduğunu; fakat e-sağlık okuryazarlığı için önemli olan diğer faktörlerin göz önünde bulundurulmadığı gerekçesiyle bu tanıma eleştirmiştir ve teorinin gelişmesi için öncelikle kavramsal tanımın net olması gerektiğinin altını çizmiştir. Bu amaçla sağlık okuryazarlığına ait yedi, e- sağlık okuryazarlığına ait dört ve dijital okuryazarlığa ait üç ayrı tanımın incelenerek birleştirilmesi ile yeni bir e-sağlık okuryazarlığı tanımı ortaya koymuştur: “E-sağlık okuryazarlığı, ömür boyu yaşam kalitesini korumak veya artırmak amacıyla sağlık hizmetinin tüm alanlarında sağlık bilgisini aramak, ulaşmak, anlamak, yorumlamak, iletme ve uygulamak için dijital teknolojilerin kullanımındaki bireysel ve sosyal faktörlerin etkileşimidir”. Bu tanımlama Norman ve Skinner’in yaptığı tanıma göre bazı farklılıklar içerir. Bu

farklılıklardan biri elektronik kaynaklar yerine telefon, bilgisayar, sosyal medyayı içeren dijital teknolojiler teriminin kullanılmasıdır. Bireysel faktörlerin yanında toplumsal ve bireysel faktörlerin birbiriyle olan etkileşimini de göz önünde bulundurur. Yaşam kalitesinin artırılması veya korunması için e- sağlık okuryazarlığının destekleyici bir güç olduğunun altını çizer. Gerçekleşmesi gereken eylemlerin ana faktörü olarak iletişimi de içermektedir (105).

E-sağlık okuryazarlığı teknolojinin gelişmesiyle ,bireysel ,çevresel ,sosyal şartların değişmesiyle birlikte gelişen dinamik bir durumdur ve çeşitli okuryazarlık becerilerinin bir araya gelip e-sağlık kavramıyla birleşmesiyle ortaya çıkar (11).

E-sağlık okuryazarlığı halk sağlığı ile yakından ilişkilidir ve bireyler kadar sağlık çalışanları için de büyük bir öneme sahiptir. Elektronik ortamdaki tıbbi kaynaklar , tıbbi mobil uygulamalar , sağlık portallarının halk tarafından kullanılması ile hekimler güvenilir ,geçerli sağlık bilgilerinin yorumlanmasından ve değerlendirilmesinden sorumlu hale gelmektedir (106).

E-sağlık okuryazarlığının açıklanmasında kullanılan bir model olan Zambak (lily) modeline göre e-sağlık okuryazarlığı 6 alt bileşenin birleşimi ile meydana gelmiştir.

Bu altı bileşenden üçü analitik bileşenler ,kalan üçü ise içeriğe özgü becerilerdir (11).

Bu altı bileşen aşağıda kısaca özetlenmiştir:

1. Sağlık Okuryazarlığı:

Bireylerin kendi veya çevresindeki insanların sağlıkları ile ilgili doğru kararlar verebilmek , yaşam kalitesini korumak veya artırmak , ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerini araştırıp bulma yorumlayabilme becerileri olarak tanımlanmaktadır(107).

2. Geleneksel Okuryazarlık:

Bazal seviyede okuyup yazabilme ,okuduğunu anlayabilme ,konuşulanları anlayabilme becerisidir. İnternette görsel simgeler ve ses kullanılıyor olsa da metinler de bulunmaktadır.

Bu metinlerin anlaşılması ,yorumlanabilmesi için geleneksel okur yazarlık becerileri gerekmektedir (11).

3. Bilgi Okuryazarlığı:

Bilgi okur yazarlığının başta gelen özelliklerinden biri diğer okuryazarlık becerilerinin gelişmesine, desteklenmesine katkıda bulunmasıdır. Hatta diğer okuryazarlık becerilerinin gelişimi bilgi okuryazarlığına bağlıdır(108).

Bilgi okur yazarlığı bilgiye ihtiyaç duyulduğunun anlaşılması, ihtiyaç duyulan bilginin araştırılarak bulunması ,ve gerektiği durumda kullanılabilmesidir (109).

4.Bilgisayar okuryazarlığı:

E-sağlık kaynaklarına ulaşabilmek için ilk gerekli olan okuryazarlık türüdür. En basit anlamıyla günlük hayatta bilgisayarı kullanabilme yeteneğidir (110). Bilgisayarda uygulama oluşturmak gibi karmaşık eylemlerden , tarayıcı penceresi açmak gibi basit işlemlere kadar geniş bir alanı kapsar (111).

5.Medya okuryazarlığı:

Medya okuryazarlığı yazılı veya televizyon, video, sinema ,internet ,reklamlar gibi yazılı olmayan iletilere erişme , anlama ,değerlendirme , yorumlama yeteneği olarak tanımlanabilir (112). Medya okuryazarlığının diğer okuryazarlık çeşitlerinden ana farkı bilinçli kullanımıyla beraber bu kullanımlara sınırlama getirme becerisini de içermesidir (113).

6.Bilimsel okuryazarlık:

Bilimsel okuryazarlık bilimin doğasını bilmek ,nasıl bilgi elde edildiğini anlayabilmek , fen bilimlerindeki bilgilerin somut gerçeklere bağlı olduğunu ve yeni delillerin toplanmasıyla bu bilgilerin değişebileceğinin farkına varmak aynı zamanda bilimsel bilgi ile kişisel görüş arasındaki ayrımı yapabilmektir (114).

Bu altı okuryazarlık çeşidi kişilerin e-sağlık deneyimlerini en uygun hale getirmek için birleşmektedir. E-sağlık kaynaklarından doğru bir şekilde faydalanabilmek için bu altı okuryazarlığa da belli düzeyde hakim olmak gerekmektedir (11).

Kullanıcılarına sınırsız bir bilgi ağı sunan internet, aynı zamanda bu özelliğinden dolayı eksik, yanlış, güvenli olmayan bilgilere erişime de sebep olmaktadır(115). İnternet üzerinden sağlık bilgisine ulaşıldığında bilgilerle ilgili sorgulanması gereken bazı sorular şunlardır: (116).

✓Şu an arama yaptığım web sitesi ve aktardığı bilgiler güvenilir mi?

✓Bu siteden okuduğum bilgiyi anlayabildim mi?

✓Buradan öğrendiğim bilgiye dayanarak sağlığımla ilgili vereceğim kararlar ne kadar mantıklı?

✓Bulunduğum sağlık sitesi ticari bir amaç mı güdüyor yoksa hastalara eğitim vermeye mi yönelik?

✓Bu web sitesinde öğrendiğim bilgiyi kendim için uygun bir ilaç seçmekte kullanabilir miyim?

✓Bu bilgi ışığında yanlış bir karar alırsam ve bu yanlış kararlar sağlık problemlerine yol açarsa bilgiyi edindiğim sağlık sitesi sorumluluğu üstlenir mi?



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 11/04/2023 tarih ve 2023/75 numarası ile onaylanmıştır.

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte planlanmış olup, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Abant İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 10.05.2023-10.08.2023 tarihleri arasında başvurmuş 220 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya aile hekimliği polikliniğe başvurmuş ve çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan, hariç tutulma kriterlerini taşımayan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

3.3 Çalışmaya Dâhil Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri

3.3.1 Dahil olma kriterleri:

1. Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvurmuş olmak,
2. 18 yaş üzeri ve 65 yaş altı olan kişiler,
3. Çalışma konusunda bilgilendirilen ve katılmayı kabul edenler,
4. İnterneti kullanabilme,

3.3.2 Dışlama kriterleri:

1. 18 yaşından küçük ve 65 yaş üzeri olmak
2. İnterneti kullanamayan,
3. Aktif psikolojik hastalığı olanlar,
4. Sözel iletişim kurulamayan ya da çalışmada var olan anketleri dolduramayacak durumda olanlar,
5. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.4 Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Katılımcılara çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek yazılı onam alındıktan sonra katılımcıların sosyodemografik bilgileri, siberkondri ciddiyet ölçeği kısa formu (css-12), Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği ve e-sağlık okur yazarlığı ölçeği kullanılarak hazırlanmış anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

Anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Anket formu; bireylerin sosyodemografik verilerini elde etme amacıyla 11 soru, siberkondri ciddiyet ölçeği kısa formu 12 soru, heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği 34 soru, e-sağlık okur yazarlığı ölçeği 8 soru olmak üzere 65 sorudan oluşmaktadır.

Sosyodemografik form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık, internette geçirilen süre, muayene olma sıklığı, hekim önerisi dışında ilaç kullanma sıklığı gibi sorulardan oluşmaktadır.

3.4.1 Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (css-12):

Siberkondri ciddiyet ölçeği kısa formu McElroy ve arkadaşları tarafından 2019 yılında, bireylerin siberkondri düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir (39).Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çavmak ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Ölçek toplam 12 sorudan oluşmakta ve her biri 3 soru olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Aşırılık alt boyutu (online araştırmanın sürekli ve tekrarlı bir hal alması), endişe alt boyutu (online araştırma kaynaklı doğan endişe), güvence arama alt boyutu (bireyleri profesyonel tıbbi öneri/başvuru almaya yönlendiren araştırma, zorlanma alt boyutu (yaşamın farklı boyutlarını etkileyen düzeyde araştırmak) şeklindedir.

Kişinin siberkondri düzeyini ölçmek için tasarlanan bu ölçek toplam 12 maddeden oluşan 5’li Likert tipi bir ölçektir. Her madde “Asla (1)” ile “Her zaman (5)” arasında puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 12 maksimum puan 60 dır. Genel ölçekte 12-24 puan arası çok düşük düzey, 24-36 düşük düzey, 36-48 arası orta düzey, 48-60 arası yüksek siberkondri düzeyi şeklinde değerlendirme yapılmaktadır (117).

3.4.2 E-Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği:

Bu ölçek bireylerin sağlıkla ilgili bilgi teknolojisini kullanmadaki becerilerini belirlemeye yardımcı olmak üzere Norman ve Skinner tarafından

geliştirilmiştir (24). Ersin U. ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek 10 sorudan oluşmaktadır. İlk 2 soru puanlamaya dahil edilmemektedir. Her madde “Hiç katılmıyorum (1)” ile “Tamamen katılıyorum (5)” arasında puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 8 maksimum puan 40 dır. Alınan puanın yüksekliği e-sağlık okur yazarlığının yüksek olduğu anlamında yorumlanmaktadır (11).

3.4.3 Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği:

34 sorudan oluşan bu ölçek Heybet M. ve arkadaşları tarafından 2016 yılında hastalarda hekim algısının ne durumda olduğunu araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. 5’li Likert tipi bir ölçektir. Her madde “Hiç katılmıyorum (1)” ile “kesinlikle katılıyorum (5)” arasında puanlanarak değerlendirilmektedir .8,9,11,18,20,24,28 numaralı tutum cümleleri olumsuz tutum cümleleridir. Puanlarken bulunan değer 6 dan çıkarılarak hesaplama yapılmaktadır. Ölçek 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar hekimlik hakkında bilgi, hastane kurallarına uyma, güven, saygınlık, iletişim, hekime karşı şiddete ilişkin düşünceler olarak belirlenmiştir. Her alt boyut için toplam puan ve ortalama puan hesaplanmaktadır (118).

3.5 Verilerin Analizi

Çalışmada sonuçlar %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında sayısal verilerin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış olup kategorik değişkenlerin frekans ve yüzdelik değerleri hesaplanmıştır. Çalışmada normallik koşulunun incelenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları hesaplanmıştır. Çalışmada Ölçek puanları arasındaki ilişki korelasyon testi ile etki ise regresyon testi ile incelenmiştir. Ölçek puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırma testleri ise t testi ve anova testi ile yapılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma 218 katılımcı ile tamamlanmıştır. Katılımcıların 59'u (%27,1) 25 yaş ve altında, 43'ü (%19,7) 26-35 yaş arasında, 38'i (%17,4) 36-45 yaş arasında ve 78'i(35,8) 46 yaş ve üstündeydi. Katılımcıların 39'u (%17,9) ilkokul mezunu, 9'u(%4,1) lise, 46'sı (%21,1) ön lisans ve 124'ü (%56,9) lisans mezunuydu. Katılımcıların 88'i (%40,4) sigara kullanmakta, 130'u (%59,6) sigara kullanmamaktaydı. Katılımcıların 46'sında (%21,1) kronik bir hastalık vardı, 172'sinde (%78,9) herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktaydı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Yönelik Dağılımı

		N	%
Yaş	25 yaş ve altı	59	27,1
	26-35	43	19,7
	36-45	38	17,4
	46 yaş ve üstü	78	35,8
Cinsiyet	Erkek	109	50,0
	Kadın	109	50,0
Medeni Durum	Evli	125	57,3
	Bekar	93	42,7
Eğitim Durumu	İlkokul	39	17,9
	Lise	9	4,1
	Ön lisans	46	21,1
	Lisans	124	56,9
	Lisans üstü	0	0,0
Meslek	Kamu Çalışanı	86	39,4
	Özel Sektör	34	15,6
	Ev hanımı	32	14,7
	Öğrenci	34	15,6
	Emekli	20	9,2
	Çalışmıyor	12	5,5
Sigara Kullanımı	Evet	88	40,4
	Hayır	130	59,6
Kronik Hastalık Durumu	Evet	46	21,1
	Hayır	172	78,9

Katılımcıların iş dışında günlük internette geçirdikleri süre 86'sında(%39,4) 0-2 saat, 75'inde (%34,4) 2-4 saat ,52'sinde (%23,9) 4-6 saat, ve 5' inde(%2,3) 6 saat ve üzeriydi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Katılımcıların İnternette Geçirdikleri Süre

		N	%
İş Dışında Günlük İnternette Geçirilen Süre	0-2 saat	86	39,4
	2-4 saat	75	34,4
	4-6 saat	52	23,9
	6 saat ve üzeri	5	2,3

Katılımcıların 99'u(%45,4) son bir ayda hiç muayene olmamış,95'i (%43,6) bir kez ve 24'ü (%11,0) birden fazla muayene olmuştu (Tablo 4.2).

Bir semptom varlığında katılımcıların 76'sı(%34,9) acile, 77'si(%35,3) aile sağlığı merkezine,60'ı (%27,5) hastaneye ve 5'i (%2,3) diğer yerlere başvuruyordu (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Katılımcıların Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlgili Özellikleri

		N	%
Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısı	Hayır	99	45,4
	Evet bir kez	95	43,6
	Evet birden fazla	24	11,0
Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumu ve Sayı	Hayır	126	57,8
	Evet bir kez	56	25,7
	Evet birden fazla	36	16,5
Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri	Acil	76	34,9
	Aile sağlığı merkezi	77	35,3
	Hastane	60	27,5
	Diğer	5	2,3

Katılımcıların Aşırılık alt boyutu ortalama puanı $8,99 \pm 3,28$ (min:3-max:15), Endişe alt boyutu ortalama puanı $7,41 \pm 2,79$ (min:3-max:15), Güvence Arama alt boyutu ortalama puanı $7 \pm 2,72$ (min:3-max:15), Zorlanma alt boyutu ortalama puanı $4,81 \pm 2,11$ (min:3-max:14) ,Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ortalama puanı $28,22 \pm 8,55$ (min:12-max:53) olarak saptandı(Tablo 4.4). Katılımcıların E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalama puanı $24,73 \pm 9,33$ (min:8-max:40) olarak saptandı(Tablo 4.4). Hekimlik Hakkında Bilgi alt boyutu ortalama puanı $1,96 \pm 0,60$ (min:1- max:3,22), Hastane Kurallarına Uyma alt boyutu ortalama puanı $1,63 \pm 0,58$ (min:1-max:3,50), Doktora Güven alt boyutu ortalama puanı $1,99 \pm 0,63$ (min:1-max:3,67), Hekim Saygınlığı alt boyutu ortalama puanı $1,64 \pm 0,51$ (min:1-max:2,86) ,Hasta Hekim İletişimi alt boyutu ortalama puanı

2,17±1,14 (min:1- max:4,67), Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler alt boyutu ortalama puanı 1,74±0,65 (min:1-max:3,67), Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ortalama puanı 1,84±0,52 (min:1-max:2,97) olarak saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maximum	X	ss
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	218	12	53	28,22	8,55
Aşırılık#	218	3	15	8,99	3,28
Endişe#	218	3	15	7,41	2,79
Güvence Arama#	218	3	15	7	2,72
Zorlanma#	218	3	14	4,81	2,11
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	218	8	40	24,73	9,33
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Toplamı	218	1	2,97	1,84	0,52
Hekimlik Hakkında Bilgi##	218	1	3,22	1,96	0,6
Hastane Kurallarına Uyuma##	218	1	3,5	1,63	0,58
Doktora Güven##	218	1	3,67	1,99	0,63
Hekim Saygınlığı##	218	1	2,86	1,64	0,51
Hasta Hekim İletişimi##	218	1	4,67	2,17	1,14
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	218	1	3,67	1,74	0,65

css-12 ölçeği alt boyutları

heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği alt boyutları

"Aşırılık" alt boyutu açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,002). "Aşırılık", 25 yaş ve altı grupta en yüksek ortalamaya (10,27), 46 yaş ve üstü grupta en düşük ortalamaya (8,18) sahiptir

(Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Yaş Grupları ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Yaşınız		N	X	ss	Anova	
					F	P
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	25 yaş ve altı	59	29,15	7,78	0,603	0,614
	26-35	43	27,95	9,93		
	36-45	38	28,89	7,53		
	46 yaş ve üstü	78	27,33	8,82		
	26-35	43	26,67	11,05		
Aşırılık#	25 yaş ve altı	59	10,27	2,99	4,970	0,002*
	26-35	43	9,00	3,46		
	36-45	38	8,66	3,06		
	46 yaş ve üstü	78	8,18	3,26		
Endişe#	25 yaş ve altı	59	7,29	2,88	0,223	0,880
	26-35	43	7,21	2,93		
	36-45	38	7,47	2,55		
	46 yaş ve üstü	78	7,59	2,80		
Güvence Arama#	25 yaş ve altı	59	7,17	2,64	0,769	0,512
	26-35	43	6,53	2,91		
	36-45	38	7,39	2,46		
	46 yaş ve üstü	78	6,95	2,80		
Zorlanma#	25 yaş ve altı	59	4,42	1,71	2,324	0,076
	26-35	43	5,21	2,69		
	36-45	38	5,37	2,35		
	46 yaş ve üstü	78	4,62	1,83		

"E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p=0,010$). E-sağlık okuryazarlığı, 25 yaş ve altı grupta en yüksek ortalamaya (27,12), 46 yaş ve üstü grupta en düşük ortalamaya (22,38) sahipti (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Yaş Grupları ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Yaşınız		N	X	ss	Anova	
					F	P
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	25 yaş ve altı	59	27,12	7,40	3,878	0,010*
	26-35	43	26,67	11,05		
	36-45	38	23,63	10,87		
	46 yaş ve üstü	78	22,38	8,25		
	26-35	43	1,69	0,53		
	36-45	38	1,74	0,59		
	46 yaş ve üstü	78	1,58	0,45		

"Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler" alt boyutu açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,024$). "Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler", 26-35 yaş arası grupta en yüksek ortalamaya (1,88), 25 yaş ve altı grupta en düşük ortalamaya (1,53) sahipti (Tablo 4.7).

"Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği" açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı($p=0,035$). "Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği 36-45 yaş arası gruptan yüksek ortalamaya (2,01), 25 yaş ve altı grupta en düşük ortalamaya (1,71) sahipti (Tablo 4.7)

Tablo 4.7 Yaş Grupları ile Heybet -Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Yaş		n	X	ss	Anova	
					F	P
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	25 yaş ve altı	59	1,71	0,47	2,919	0,035*
	26-35	43	1,90	0,57		
	36-45	38	2,01	0,62		
	46 yaş ve üstü	78	1,83	0,44		
Hekimlik Hakkında Bilgi#	25 yaş ve altı	59	1,91	0,57	2,632	0,051
	26-35	43	2,03	0,60		
	36-45	38	2,18	0,71		
	46 yaş ve üstü	78	1,86	0,56		
Hastane Kurallarına Uyma#	25 yaş ve altı	59	1,42	0,46	4,255	0,006*
	26-35	43	1,68	0,63		
	36-45	38	1,82	0,64		
	46 yaş ve üstü	78	1,66	0,57		
Doktora Güven#	25 yaş ve altı	59	1,84	0,64	1,841	0,141
	26-35	43	2,09	0,74		
	36-45	38	2,10	0,63		
	46 yaş ve üstü	78	1,99	0,53		
Hekim Saygınlığı#	25 yaş ve altı	59	1,60	0,50	1,101	0,350
	26-35	43	1,69	0,53		
	36-45	38	1,74	0,59		
	46 yaş ve üstü	78	1,58	0,45		
Hasta Hekim İletişimi#	25 yaş ve altı	59	1,80	0,97	4,258	0,006*
	26-35	43	2,07	1,31		
	36-45	38	2,56	1,41		
	46 yaş ve üstü	78	2,32	0,93		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler#	25 yaş ve altı	59	1,53	0,57	3,222	0,024*
	26-35	43	1,88	0,81		
	36-45	38	1,77	0,62		
	46 yaş ve üstü	78	1,81	0,59		

"Aşırılık" alt boyutu açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,020$). "Aşırılık", kadınlarda en yüksek ortalamaya (9,50), erkeklerde en düşük ortalamaya (8,48) sahipti (Tablo 4.8).

"E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,001$). E-Sağlık Okuryazarlığı kadınlarda en yüksek ortalamaya (26,79) , erkeklerde en düşük ortalamaya (22,67) sahipti (Tablo 4.8).

"Hastane Kurallarına Uyma" alt boyutu açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,000$). Hastane Kurallarına Uyma erkeklerde en yüksek ortalamaya (1,78) , kadınlarda en düşük ortalamaya (1,48) sahipti (Tablo 4.8).

"Hekim Saygınlığı" alt boyutu açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,001$). "Hekim Saygınlığı", erkeklerde en yüksek ortalamaya (1,75) , kadınlarda en düşük ortalamaya (1,52) sahipti (Tablo 4.8).

"Hasta Hekim İletişimi" alt boyutu açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,002$). "Hasta Hekim İletişimi", erkeklerde en yüksek ortalamaya (2,41) , kadınlarda en düşük ortalamaya (1,93) sahipti (Tablo 4.8).

"Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği" açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,000$). "Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği" erkeklerde en yüksek ortalamaya (1,98), kadınlarda en düşük ortalamaya (1,70) sahipti (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Cinsiyet ve Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki

Cinsiyet		n	X	ss	t	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Erkek	109	27,28	8,22	-1,622	0,106
	Kadın	109	29,16	8,81		
Aşırılık#	Erkek	109	8,48	3,39	-2,335	0,020*
	Kadın	109	9,50	3,11		
Endişe#	Erkek	109	7,18	2,66	-1,214	0,226
	Kadın	109	7,64	2,92		
Güvence Arama#	Erkek	109	6,75	2,50	-1,372	0,171
	Kadın	109	7,26	2,91		
Zorlanma#	Erkek	109	4,87	1,89	0,417	0,677
	Kadın	109	4,75	2,31		
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Erkek	109	22,67	10,13	-3,334	0,001*
	Kadın	109	26,79	7,99		
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Erkek	109	1,98	0,58	4,101	0,000*
	Kadın	109	1,70	0,41		
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Erkek	109	2,11	0,63	3,551	0,000*
	Kadın	109	1,82	0,55		
Hastane Kurallarına Uyma##	Erkek	109	1,78	0,59	3,892	0,000*
	Kadın	109	1,48	0,53		
Doktora Güven##	Erkek	109	2,12	0,66	3,213	0,002*
	Kadın	109	1,85	0,57		
Hekim Saygınlığı##	Erkek	109	1,75	0,54	3,472	0,001*
	Kadın	109	1,52	0,45		
Hasta Hekim İletişimi##	Erkek	109	2,41	1,30	3,193	0,002*
	Kadın	109	1,93	0,90		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Erkek	109	1,81	0,65	1,676	0,095
	Kadın	109	1,67	0,64		

"Endişe" alt boyutu açısından medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,001$). "Endişe" evli grupta en yüksek ortalamaya (7,95), bekar grupta en düşük ortalamaya (6,69) sahipti (Tablo 4.9).

"Siberkondri Ciddiyet Ölçeği" açısından medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,027$). "Siberkondri Ciddiyet

Ölçeği" açısından evli grup en yüksek ortalamaya (29,32), bekar grup en düşük ortalamaya (26,74) sahipti (Tablo 4.9).

"Hekim Saygınlığı" alt boyutu açısından medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,004$). Hekim Saygınlığı, bekar grupta en yüksek ortalamaya (1,76) , evli grupta en düşük ortalamaya (1,55) sahipti (Tablo 4.9).

"Hasta Hekim İletişimi" alt boyutu açısından medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,030$). "Hasta Hekim İletişimi", bekar grupta en yüksek ortalamaya (2,38) , evli grupta en düşük ortalamaya (2,02) sahipti (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Medeni Durum ve Ölçekler Arasındaki İlişki

Medeni Durum		N	X	SS	t	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Evli	125	29,32	9,12	2,221	0,027*
	Bekar	93	26,74	7,53		
Aşırılık#	Evli	125	9,11	3,37	0,631	0,529
	Bekar	93	8,83	3,17		
Endişe#	Evli	125	7,95	2,90	3,383	0,001*
	Bekar	93	6,69	2,47		
Güvence Arama#	Evli	125	7,30	2,87	1,885	0,061
	Bekar	93	6,61	2,47		
Zorlanma#	Evli	125	4,96	2,30	1,203	0,230
	Bekar	93	4,61	1,81		
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evli	125	25,52	8,35	1,407	0,161
	Bekar	93	23,67	10,46		
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Evli	125	1,77	0,40	-	0,030*
	Bekar	93	1,93	0,63	2,187	
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Evli	125	1,88	0,53	-	0,017*
	Bekar	93	2,08	0,68	2,405	
Hastane Kurallarına Uyma##	Evli	125	1,62	0,56	-	0,879
	Bekar	93	1,64	0,60	0,152	
Doktora Güven##	Evli	125	1,92	0,53	-	0,070
	Bekar	93	2,08	0,73	1,825	
Hekim Saygınlığı##	Evli	125	1,55	0,43	-	0,004*
	Bekar	93	1,76	0,57	2,945	
Hasta Hekim İletişimi##	Evli	125	2,02	0,85	-	0,030*
	Bekar	93	2,38	1,42	2,198	
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Evli	125	1,72	0,61	-	0,654
	Bekar	93	1,76	0,70	0,449	

Katılımcıların eğitim durumu ile siberkondri ve alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.10)

Tablo 4.10 Eğitim durumu ile siberkondri ve alt boyutları arasındaki ilişki

Eğitim Durumu		n	X	Ss	Anova	
					F	P
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	İlkokul ya da Lise	48	27,42	8,01	0,274	0,761
	Ön lisans	46	28,35	8,79		
	Lisans	124	28,48	8,71		
Aşırılık#	İlkokul ya da Lise	48	8,35	3,35	1,469	0,232
	Ön lisans	46	8,85	3,25		
	Lisans	124	9,29	3,26		
Endişe#	İlkokul ya da Lise	48	7,48	2,68	0,024	0,976
	Ön lisans	46	7,43	3,03		
	Lisans	124	7,38	2,77		
Güvence Arama#	İlkokul ya da Lise	48	6,54	2,36	1,223	0,296
	Ön lisans	46	7,41	2,90		
	Lisans	124	7,03	2,78		
Zorlanma#	İlkokul ya da Lise	48	5,04	1,71	0,427	0,653
	Ön lisans	46	4,65	2,06		
	Lisans	124	4,78	2,27		

"E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,005$). E-Sağlık Okuryazarlığı lisans mezunu grupta en yüksek ortalamaya (26,23), ilkokul ya da lise mezunu grupta en düşük ortalamaya (21,13) sahipti (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 Eğitim Durumu ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu		n	X	ss	Anova	
					F	P
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	İlkokul ya da Lise	48	21,13	10,18	5,430	0,005*
	Ön lisans	46	24,43	8,15		
	Lisans	124	26,23	9,07		

"Hekim Saygınlığı" alt boyutu açısından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,024$). "Hekim Saygınlığı" açısından ilkokul ya da lise mezunu grup en yüksek ortalamaya (1,80) , ön lisans mezunu grup en düşük ortalamaya (1,53) sahipti (Tablo 4.12).

"Hasta Hekim İletişimi" alt boyutu açısından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,006$). "Hasta Hekim İletişimi", ilkokul ya da lise mezunu grupta en yüksek ortalamaya (2,63) , lisans mezunu grupta en düşük ortalamaya (2,02) sahipti (Tablo 4.12).

"Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği" açısından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı ($p=0,029$). "Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği", ilkokul ya da lise mezunu grupta en yüksek ortalamaya (2,01) , ön lisans ve lisans mezunu gruplarda daha düşük ortalamalara (sırasıyla 1,78 ve 1,79) sahipti (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Eğitim Durumu ile Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu		N	X	SS	Anova	
					F	P
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	İlkokul ya da Lise	48	2,01	0,61	3,593	0,029*
	Ön lisans	46	1,78	0,38		
	Lisans	124	1,79	0,51		
Hastane Kurallarına Uyma##	İlkokul ya da Lise	48	1,75	0,67	2,065	0,129
	Ön lisans	46	1,68	0,55		
	Lisans	124	1,56	0,54		
Doktora Güven##	İlkokul ya da Lise	48	2,14	0,65	2,156	0,118
	Ön lisans	46	1,87	0,50		
	Lisans	124	1,97	0,65		
Hekim Saygınlığı##	İlkokul ya da Lise	48	1,80	0,57	3,788	0,024*
	Ön lisans	46	1,53	0,45		
	Lisans	124	1,61	0,49		
Hasta Hekim İletişimi##	İlkokul ya da Lise	48	2,63	1,38	5,291	0,006*
	Ön lisans	46	2,09	0,93		
	Lisans	124	2,02	1,07		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	İlkokul ya da Lise	48	1,91	0,64	2,352	0,098
	Ön lisans	46	1,64	0,53		
	Lisans	124	1,71	0,68		

Katılımcıların meslek grupları ile siberkondri ve alt ölçekleri arasında ilişki saptanmadı (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Meslek Grupları ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Meslek		N	X	ss	Anova	
					F	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Kamu Çalışanı	86	28,06	8,56	0,526	0,756
	Özel Sektör	34	26,76	7,87		
	Ev hanımı	32	29,81	9,99		
	Öğrenci	34	29,00	7,91		
	Emekli	20	27,30	8,46		
	Çalışmıyor	12	28,58	8,95		
Aşırılık#	Kamu Çalışanı	86	8,67	3,50	1,616	0,157
	Özel Sektör	34	8,94	2,57		
	Ev hanımı	32	8,81	3,51		
	Öğrenci	34	10,29	3,09		
	Emekli	20	8,15	3,12		
	Çalışmıyor	12	9,58	3,23		
Endişe#	Kamu Çalışanı	86	7,40	2,56	0,557	0,733
	Özel Sektör	34	7,06	3,06		
	Ev hanımı	32	8,09	3,10		
	Öğrenci	34	7,15	2,65		
	Emekli	20	7,35	3,13		
	Çalışmıyor	12	7,58	2,81		
Güvence Arama#	Kamu Çalışanı	86	6,74	2,72	1,026	0,403
	Özel Sektör	34	6,56	2,52		
	Ev hanımı	32	7,84	2,85		
	Öğrenci	34	7,26	2,81		
	Emekli	20	7,15	2,41		
	Çalışmıyor	12	6,92	3,06		
Zorlanma#	Kamu Çalışanı	86	5,24	2,21	1,899	0,096
	Özel Sektör	34	4,21	1,57		
	Ev hanımı	32	5,06	2,17		
	Öğrenci	34	4,29	1,85		
	Emekli	20	4,65	2,01		
	Çalışmıyor	12	4,50	2,88		

E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği açısından meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0.017$). E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği "Çalışmıyor" grubunda en yüksek ortalamaya (28,83) , "Kamu Çalışanı" grubunda en düşük ortalamaya (22,74) sahipti (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Meslek Grupları ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkiyi Gösterir

Meslek		N	X	Ss	Anova	
					F	p
E-Sağlık Ölçeği	Kamu Çalışanı	86	22,74	11,01	2,834	0,017*
	Özel Sektör	34	27,24	7,14		
	Ev hanımı	32	25,53	9,07		
	Öğrenci	34	27,03	6,40		
	Emekli	20	21,35	8,68		
	Çalışmıyor	12	28,83	5,97		

Hekimlik Hakkında Bilgi alt boyutu ile meslek grupları arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.013$). Hekimlik Hakkında Bilgi, "Kamu Çalışanı" grubunda en yüksek ortalamaya (2,15), "Çalışmıyor" grubunda en düşük ortalamaya (1,70) sahipti (Tablo 4.15)

Hastane Kurallarına Uyma alt boyutu ile meslek grupları arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.004$). Hastane Kurallarına Uyma, "Kamu Çalışanı" grubunda en yüksek ortalamaya (1,79), "Öğrenci" grubunda en düşük ortalamaya (1,36) sahipti (Tablo 4.15).

Doktora güven alt boyutu ile meslek grupları arasında anlamlı fark vardı ($p = 0,014$). Doktora güven, "Kamu Çalışanı" grubunda en yüksek ortalamaya (2,15), "Özel Sektör" grubunda en düşük ortalamaya (1,71) sahipti (Tablo 4.15).

Hekim saygınlığı alt boyutu ile meslek grupları arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.006$). Hekim saygınlığı "Kamu Çalışanı" grubunda en yüksek ortalamaya (1,80), "Çalışmıyor" grubunda en düşük ortalamaya (1,42) sahipti (Tablo 4.15).

Hasta Hekim İletişimi alt boyutu ile meslek grupları arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.003$). Hasta Hekim İletişimi, "Kamu Çalışanı" grubunda en yüksek ortalamaya (2,46), "Özel Sektör" grubunda en düşük ortalamaya (1,70) sahipti (Tablo 4.15).

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ile meslek grupları arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.002$). Bu ölçekte, "Kamu Çalışanı" grubu en yüksek ortalamaya (2,02), "Çalışmıyor" ve "Öğrenci" grupları en düşük ortalamaya (1,69) sahipti (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 Meslek Grupları ile Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki

Meslek		N	X	Ss	Anova	
					F	P
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Kamu Çalışanı	86	2,02	0,62	3,911	0,002*
	Özel Sektör	34	1,67	0,45		
	Ev hanımı	32	1,79	0,35		
	Öğrenci	34	1,69	0,43		
	Emekli	20	1,76	0,43		
	Çalışmıyor	12	1,69	0,23		
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Kamu Çalışanı	86	2,15	0,64	2,967	0,013*
	Özel Sektör	34	1,87	0,58		
	Ev hanımı	32	1,83	0,50		
	Öğrenci	34	1,88	0,57		
	Emekli	20	1,85	0,52		
	Çalışmıyor	12	1,70	0,61		
Hastane Kurallarına Uyma##	Kamu Çalışanı	86	1,79	0,61	3,537	0,004*
	Özel Sektör	34	1,62	0,65		
	Ev hanımı	32	1,54	0,55		
	Öğrenci	34	1,36	0,41		
	Emekli	20	1,68	0,51		
	Çalışmıyor	12	1,42	0,33		
Doktora Güven##	Kamu Çalışanı	86	2,15	0,72	2,938	0,014*
	Özel Sektör	34	1,71	0,48		
	Ev hanımı	32	2,00	0,49		
	Öğrenci	34	1,90	0,64		
	Emekli	20	1,86	0,55		
	Çalışmıyor	12	2,03	0,44		
Hekim Saygınlığı##	Kamu Çalışanı	86	1,80	0,57	3,394	0,006*
	Özel Sektör	34	1,51	0,40		
	Ev hanımı	32	1,52	0,43		
	Öğrenci	34	1,62	0,51		
	Emekli	20	1,51	0,45		
	Çalışmıyor	12	1,42	0,31		
Hasta Hekim İletişimi##	Kamu Çalışanı	86	2,46	1,42	3,649	0,003*
	Özel Sektör	34	1,70	0,85		
	Ev hanımı	32	2,35	0,88		
	Öğrenci	34	1,74	0,58		
	Emekli	20	2,23	0,93		
	Çalışmıyor	12	2,11	1,14		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Kamu Çalışanı	86	1,91	0,72	3,235	0,008*
	Özel Sektör	34	1,49	0,64		
	Ev hanımı	32	1,80	0,53		
	Öğrenci	34	1,54	0,53		
	Emekli	20	1,63	0,48		
	Çalışmıyor	12	1,78	0,64		

E-Sağlık Okuryazarlığı ile sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,893$). Sigara içmeyenlerin E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalaması (26,83) sigara içenlerin ortalamasından (21,63) daha yüksekti (Tablo 4.16).

Hekimlik Hakkında Bilgi alt boyutu ile sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.000$). Sigara içenlerin Hekimlik Hakkında Bilgi ortalaması (2,18) sigara içmeyenlerin ortalamasından (1,82) daha yüksekti (Tablo 4.16).

Hastane Kurallarına Uyma alt boyutu ile sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.000$). Sigara içenlerin Hastane Kurallarına Uyma ortalaması (1,83) sigara içmeyenlerin ortalamasından (1,49) daha yüksekti (Tablo 4.16).

Doktora Güven alt boyutu ile sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.000$). Sigara içenlerin Doktora Güven ortalaması (2,18) sigara içmeyenlerin ortalamasından (1,86) daha yüksekti (Tablo 4.16).

Hekim Saygınlığı alt boyutu ile sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.003$). Sigara içenlerin Hekim Saygınlığı ortalaması (1,76) sigara içmeyenlerin ortalamasından (1,55) daha yüksekti (Tablo 4.16).

Hasta Hekim İletişimi alt boyutu ile sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.000$). Sigara içenlerin Hasta Hekim İletişimi ortalaması (2,58) sigara içmeyenlerin ortalamasından (1,90) daha yüksekti (Tablo 4.16).

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ile sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.000$). Sigara içenlerin Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ortalaması (2,04) sigara içmeyenlerin ortalamasından (1,71) daha yüksekti (Tablo 4.16).

Tablo 4.16 Sigara Kullanımı ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Sigara Kullanımı		n	X	SS	t	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Evet	88	28,13	7,95	-0,135	0,893
	Hayır	130	28,28	8,97		
Aşırılık#	Evet	88	8,78	3,53	-0,746	0,457
	Hayır	130	9,13	3,11		
Endişe#	Evet	88	7,11	2,40	-1,362	0,175
	Hayır	130	7,62	3,02		
Güvence Arama#	Evet	88	7,09	2,60	0,385	0,701
	Hayır	130	6,95	2,80		
Zorlanma#	Evet	88	5,14	2,11	1,880	0,062
	Hayır	130	4,59	2,09		
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evet	88	21,63	11,00	-3,893	0,000*
	Hayır	130	26,83	7,34		
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Evet	88	2,04	0,63	4,403	0,000*
	Hayır	130	1,71	0,38		
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Evet	88	2,18	0,66	4,251	0,000*
	Hayır	130	1,82	0,52		
Hastane Kurallarına Uyuma##	Evet	88	1,83	0,59	4,285	0,000*
	Hayır	130	1,49	0,53		
Doktora Güven##	Evet	88	2,18	0,71	3,607	0,000*
	Hayır	130	1,86	0,53		
Hekim Saygınlığı##	Evet	88	1,76	0,57	2,996	0,003*
	Hayır	130	1,55	0,44		
Hasta Hekim İletişimi##	Evet	88	2,58	1,41	4,074	0,000*
	Hayır	130	1,90	0,81		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Evet	88	1,83	0,71	1,698	0,091
	Hayır	130	1,68	0,60		

Doktora Güven alt boyutu ile kronik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,044$). Kronik hastalığı olmayanların Doktora Güven ortalaması (2,03) kronik hastalığı olanların ortalamasından (1,84) daha yüksekti (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 Kronik Hastalık Durumu ve Ölçekler Arasındaki İlişki

Kronik Hastalık Durumu		N	X	SS	t	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Evet	46	26,63	8,63	-	0,156
	Hayır	172	28,65	8,51	1,423	
Aşırılık#	Evet	46	8,57	3,59	-	0,323
	Hayır	172	9,10	3,20	0,990	
Endişe#	Evet	46	7,11	2,76	-	0,407
	Hayır	172	7,49	2,80	0,831	
Güvence Arama#	Evet	46	6,61	2,48	-	0,267
	Hayır	172	7,11	2,78	1,112	
Zorlanma#	Evet	46	4,35	2,20	-	0,093
	Hayır	172	4,94	2,07	1,687	
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evet	46	23,24	8,91	-	0,223
	Hayır	172	25,13	9,42	1,221	
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Evet	46	1,74	0,42	-	0,096
	Hayır	172	1,87	0,54	1,684	
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Evet	46	1,90	0,56	-	0,425
	Hayır	172	1,98	0,62	0,799	
Hastane Kurallarına Uyma##	Evet	46	1,58	0,55	-	0,546
	Hayır	172	1,64	0,59	0,605	
Doktora Güven##	Evet	46	1,84	0,52	-	0,044*
	Hayır	172	2,03	0,65	2,040	
Hekim Saygınlığı##	Evet	46	1,51	0,42	-	0,058
	Hayır	172	1,67	0,52	1,908	
Hasta Hekim İletişimi##	Evet	46	2,08	0,89	-	0,470
	Hayır	172	2,20	1,20	0,726	
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Evet	46	1,59	0,59	-	0,072
	Hayır	172	1,78	0,66	1,810	

“Zorlanma” alt boyutu ile muayene olma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,002$). Muayene olmayanların zorlanma ortalaması (4,26) bir kez muayene olanların ortalamasından (5,25) ve birden fazla muayene olanların ortalamasından (5,33) daha düşük saptanmıştı (Tablo 4.18).

Tablo 4.18 Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısına göre Siberkondri ve Alt Boyutlarının Değişimi

Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısı		n	X	ss	Anova	
					F	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Hayır	99	27,13	8,57	2,355	0,097
	Evet bir kez	95	28,61	8,40		
	Evet birden fazla	24	31,17	8,63		
Aşırılık#	Hayır	99	8,95	3,24	1,344	0,263
	Evet bir kez	95	8,78	3,39		
	Evet birden fazla	24	10,00	2,95		
Endişe#	Hayır	99	7,35	2,94	0,513	0,599
	Evet bir kez	95	7,34	2,65		
	Evet birden fazla	24	7,96	2,77		
Güvence Arama#	Hayır	99	6,57	2,68	2,932	0,055
	Evet bir kez	95	7,24	2,77		
	Evet birden fazla	24	7,88	2,44		
Zorlanma#	Hayır	99	4,26	1,75	6,476	0,002*
	Evet bir kez	95	5,25	2,11		
	Evet birden fazla	24	5,33	2,88		

E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile muayene olma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,011$). Bir kez muayene olanların E-Sağlık Okuryazarlığı puanı (22,62) hem muayene olmayanların (26,10) hem de birden fazla muayene olanların (27,42) puanlarından daha düşüktü (Tablo 4.19).

Tablo 4.19 Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısına Göre E-sağlık Okuryazarlığı düzeyinin değişimi

Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısı		n	X	SS	Anova	
					F	p
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Hayır	99	26,10	7,64	4,641	0,011*
	Evet bir kez	95	22,62	10,58		
	Evet birden fazla	24	27,42	9,03		

Hastane Kurallarına Uyuma alt boyutu ile son bir ayda muayene olma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,014$). Bir kez muayene olanların Hastane Kurallarına Uyuma puanı (1,76) hem

muayene olmayanların (1,52) hem de birden fazla muayene olanların (1,56) puanlarından daha yüksekti (Tablo 4.20).

Doktora Güven alt boyutu ile son bir ayda muayene olma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,004$). Bir kez muayene olanların Doktora Güven puanı (2,14) hem muayene olmayanların (1,90) hem de birden fazla muayene olanların (1,76) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.20).

Hasta Hekim İletişimi alt boyutu ile son bir ayda muayene olma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,000$). Bir kez muayene olanların Hasta Hekim İletişimi puanı (2,54) hem muayene olmayanların (1,88) hem de birden fazla muayene olanların (1,89) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.20).

Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler alt boyutu ile son bir ayda muayene olma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı($p = 0,009$). Birden fazla muayene olanların Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler puanı (1,39) hem muayene olmayanların (1,73) hem de bir kez muayene olanların (1,84) puanlarından daha düşüktü(Tablo 4.20).

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ile son bir ayda muayene olma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,005$). Bir kez muayene olanların Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama puanı (1,97) hem muayene olmayanların (1,74) hem de birden fazla muayene olanların (1,72) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.20).

Tablo 4.20 Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısına Göre Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki

Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu ve Sayısı		n	X	ss	Anova	
					F	P
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Hayır	99	1,74	0,42	5,484	0,005*
	Evet bir kez	95	1,97	0,62		
	Evet birden fazla	24	1,72	0,31		
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Hayır	99	1,89	0,54	1,567	0,211
	Evet bir kez	95	2,04	0,69		
	Evet birden fazla	24	1,96	0,48		
Hastane Kurallarına Uyuma##	Hayır	99	1,52	0,55	4,335	0,014*
	Evet bir kez	95	1,76	0,61		
	Evet birden fazla	24	1,56	0,49		
Doktora Güven##	Hayır	99	1,90	0,59	5,733	0,004*
	Evet bir kez	95	2,14	0,68		
	Evet birden fazla	24	1,76	0,41		
Hekim Saygınlığı##	Hayır	99	1,57	0,43	2,224	0,111
	Evet bir kez	95	1,72	0,57		
	Evet birden fazla	24	1,60	0,51		
Hasta Hekim İletişimi##	Hayır	99	1,88	0,79	9,707	0,000*
	Evet bir kez	95	2,54	1,39		
	Evet birden fazla	24	1,89	0,84		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Hayır	99	1,73	0,64	4,870	0,009*
	Evet bir kez	95	1,84	0,68		
	Evet birden fazla	24	1,39	0,36		

Aşırılık alt boyutu ile hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,006$). Birden fazla ilaç kullananların Aşırılık ortalaması (10,06), ilaç kullanmayanların ortalamasından (9,17) ve bir kez ilaç kullananların ortalamasından (7,91) daha yüksekti (Tablo 4.21).

Zorlanma alt boyutu ile hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,002$). Bir kez ilaç kullananların Zorlanma ortalaması (5,66), ilaç kullanmayanların ortalamasından (4,52) ve birden fazla ilaç kullananların ortalamasından (4,53) daha yüksekti (Tablo 4.21).

Tablo 4.21 Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumuna Göre Siberkondri ve Alt Boyutlarının Değişimi

Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumu		N	X	ss	Anova	
					F	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Hayır	126	28,38	8,69	0,831	0,437
	Evet bir kez	56	27,11	8,21		
	Evet birden fazla	36	29,39	8,64		
Aşırılık#	Hayır	126	9,17	3,37	5,309	0,006*
	Evet bir kez	56	7,91	2,91		
	Evet birden fazla	36	10,06	3,11		
Endişe#	Hayır	126	7,59	2,80	2,116	0,123
	Evet bir kez	56	6,77	2,35		
	Evet birden fazla	36	7,81	3,28		
Güvence Arama#	Hayır	126	7,11	2,87	0,307	0,736
	Evet bir kez	56	6,77	2,53		
	Evet birden fazla	36	7,00	2,48		
Zorlanma#	Hayır	126	4,52	1,95	6,407	0,002*
	Evet bir kez	56	5,66	2,50		
	Evet birden fazla	36	4,53	1,65		

E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,008$). Bir kez ilaç kullananların E-Sağlık Okuryazarlığı puanı (21,43) hem ilaç kullanmayanların (25,74) hem de birden fazla ilaç kullananların (26,33) puanlarından daha düşüktü (Tablo 4.22).

Tablo 4.22 Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç kullanma durumuna göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi

Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumu ve Sayısı		N	X	ss	Anova		
					F	P	
E-Sağlık Ölçeği	Okuryazarlığı	Hayır	126	25,74	8,81	4,946	0,008*
		Evet bir kez	56	21,43	11,52		
		Evet birden fazla	36	26,33	5,51		

Hekimlik Hakkında Bilgi alt boyutu ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Birden fazla ilaç kullananların Hekimlik Hakkında Bilgi

puanı (1,60) hem ilaç kullanmayanların (1,96) hem de bir kez ilaç kullananların (2,21) puanlarından daha düşüktü(Tablo 4.23).

Hastane Kurallarına Uyuma alt boyutu ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,002$). Bir kez ilaç kullananların Hastane Kurallarına Uyuma puanı (1,83) hem ilaç kullanmayanların (1,60) hem de birden fazla ilaç kullananların (1,40) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.23).

Doktora Güven alt boyutu ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Bir kez ilaç kullananların Doktora Güven puanı (2,35) hem ilaç kullanmayanların (1,86) hem de birden fazla ilaç kullananların (1,86) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.23).

Hekim Saygınlığı alt boyutu ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Bir kez ilaç kullananların Hekim Saygınlığı puanı (1,87) hem ilaç kullanmayanların (1,59) hem de birden fazla ilaç kullananların (1,44) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.23).

Hasta Hekim İletişimi alt boyutu ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p = 0,000$). Bir kez ilaç kullananların Hasta Hekim İletişimi puanı (2,97) hem ilaç kullanmayanların (1,87) hem de birden fazla ilaç kullananların (2,00) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.23).

Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler alt boyutu ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Bir kez ilaç kullananların Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler puanı (2,04) hem ilaç kullanmayanların (1,63) hem de birden fazla ilaç kullananların (1,66) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.23).

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ile son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Bir kez ilaç kullananların Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama puanı (2,15) hem ilaç

kullanmayanların (1,77) hem de birden fazla ilaç kullananların (1,62) puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.23).

Tablo 4.23 Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanım Durumu ve Sayısına Göre Heybet Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki

Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumu ve Sayısı		N	X	Ss	Anova	
					F	p
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Hayır	126	1,77	0,40	16,826	0,000*
	Evet bir kez	56	2,15	0,69		
	Evet birden fazla	36	1,62	0,35		
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Hayır	126	1,96	0,52	12,488	0,000*
	Evet bir kez	56	2,21	0,74		
	Evet birden fazla	36	1,60	0,46		
Hastane Kurallarına Uyuma##	Hayır	126	1,60	0,56	6,597	0,002*
	Evet bir kez	56	1,83	0,62		
	Evet birden fazla	36	1,40	0,47		
Doktora Güven##	Hayır	126	1,86	0,55	14,221	0,000*
	Evet bir kez	56	2,35	0,71		
	Evet birden fazla	36	1,86	0,54		
Hekim Saygınlığı##	Hayır	126	1,59	0,45	10,197	0,000*
	Evet bir kez	56	1,87	0,60		
	Evet birden fazla	36	1,44	0,41		
Hasta Hekim İletişimi##	Hayır	126	1,87	0,81	22,367	0,000*
	Evet bir kez	56	2,97	1,49		
	Evet birden fazla	36	2,00	0,91		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Hayır	126	1,63	0,61	8,364	0,000*
	Evet bir kez	56	2,04	0,70		
	Evet birden fazla	36	1,66	0,58		

Katılımcıların herhangi bir hastalık durumunda ilk başvuru yeri ile siberkondri ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı(Tablo 4.24).

Tablo 4.24 Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri		n	X	ss	Anova	
					F	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Acil	76	28,78	7,74	1,012	0,365
	Aile sağlığı merkezi	77	28,27	9,50		
	Hastane	60	26,73	8,20		
Aşırılık#	Acil	76	8,96	3,30	0,101	0,904
	Aile sağlığı merkezi	77	9,01	3,39		
	Hastane	60	8,77	3,18		
Endişe#	Acil	76	7,59	2,73	0,686	0,505
	Aile sağlığı merkezi	77	7,44	3,12		
	Hastane	60	7,03	2,52		
Güvence Arama#	Acil	76	7,09	2,31	0,654	0,521
	Aile sağlığı merkezi	77	7,09	3,08		
	Hastane	60	6,62	2,73		
Zorlanma#	Acil	76	5,13	1,86	2,601	0,077
	Aile sağlığı merkezi	77	4,73	2,32		
	Hastane	60	4,32	2,00		

Katılımcıların herhangi bir hastalık durumunda ilk başvuru yeri ile e -sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı(Tablo 4.25).

Tablo 4.25 Herhangibir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri ile E-sağlık Okur yazarlığı Arasındaki İlişki

Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri		n	X	SS	Anova	
					F	P
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Acil	76	22,82	11,04	2,999	0,052
	Aile sağlığı merkezi	77	26,38	8,05		
	Hastane	60	25,50	8,34		

Hekimlik Hakkında Bilgi alt boyutu ile İlk başvuru yerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Acile başvuranların Hekimlik Hakkında Bilgi puanı (2,24) hem Aile Sağlığı Merkezi'ne (1,76) hem de hastaneye (1,88) başvuranların puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.26).

Hastane Kurallarına Uyuma alt boyutu ile ilk başvuru yerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Acile başvuranların

Hastane Kurallarına Uyma puanı (1,90) hem Aile Sağlığı Merkezi'ne (1,45) hem de hastaneye (1,51) başvuranların puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.26).

Doktora Güven alt boyutu ile ilk başvuru yerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Acile başvuranların Doktora Güven puanı (2,21) hem Aile Sağlığı Merkezi'ne (1,81) hem de hastaneye (1,95) başvuranların puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.26).

Hekim Saygınlığı Alt Ölçeği ile ilk başvuru yerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p = 0,000$). Acile başvuranların Hekim Saygınlığı puanı (1,87) hem Aile Sağlığı Merkezi'ne (1,50) hem de hastaneye (1,53) başvuranların puanlarından daha yüksektir.

Hasta Hekim İletişimi alt boyutu ile ilk başvuru yerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Acile başvuranların Hasta Hekim İletişimi puanı (2,68) hem Aile Sağlığı Merkezi'ne (1,95) hem de hastaneye (1,87) başvuranların puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.26).

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ile ilk başvuru yerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). Acile başvuranların Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama puanı (2,10) hem Aile Sağlığı Merkezi'ne (1,67) hem de hastaneye (1,74) başvuranların puanlarından daha yüksekti(Tablo 4.26).

Tablo 4.26 Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk başvuru Yeri ile Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki İlişki

Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri		n	X	ss	Anova	
					F	p
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	Acil	76	2,10	0,61	17,443	0,000*
	Aile sağlığı merkezi	77	1,67	0,38		
	Hastane	60	1,74	0,42		
Hekimlik Hakkında Bilgi##	Acil	76	2,24	0,64	14,180	0,000*
	Aile sağlığı merkezi	77	1,76	0,55		
	Hastane	60	1,88	0,49		
Hastane Kurallarına Uyuma##	Acil	76	1,90	0,62	14,872	0,000*
	Aile sağlığı merkezi	77	1,45	0,51		
	Hastane	60	1,51	0,50		
Doktora Güven##	Acil	76	2,21	0,67	8,636	0,000*
	Aile sağlığı merkezi	77	1,81	0,54		
	Hastane	60	1,95	0,60		
Hekim Saygınlığı##	Acil	76	1,87	0,57	13,257	0,000*
	Aile sağlığı merkezi	77	1,50	0,44		
	Hastane	60	1,53	0,41		
Hasta Hekim İletişimi##	Acil	76	2,68	1,43	12,243	0,000*
	Aile sağlığı merkezi	77	1,95	0,84		
	Hastane	60	1,87	0,84		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	Acil	76	1,87	0,66	2,667	0,072
	Aile sağlığı merkezi	77	1,63	0,58		
	Hastane	60	1,76	0,71		

Aşırılık alt boyutu ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı($p = 0,000$). 2-4 saat ve 4 saat üzeri internette vakit geçiren kişilerin güvence arama puanları, 0-2 saat geçiren kişilerden daha yüksekti(Tablo 4.27).

Güvence Arama alt boyutu ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,049$). 2-4 saat ve 4 saat ve üzeri internette geçiren kişilerin güvence arama puanları, 0-2 saat geçiren kişilerden daha yüksekti(Tablo 4.27).

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,009$). 2-4 saat ve 4 saat üzeri internette geçiren kişilerin siberkondri ciddiyyet ölçeği puanları daha yüksekti(Tablo 4.27).

Tablo 4.27 Günlük İnternette Geçirilen Süre ile Siberkondri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

İş Dışında Günlük İnternette Geçirilen Süre		N	X	ss	Anova	
					F	P
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	0-2 saat	86	26,03	7,61	4,803	0,009*
	2-4 saat	75	29,59	8,97		
	4 saat ve üzeri	57	29,72	8,78		
Aşırılık#	0-2 saat	86	7,50	2,93	17,341	0,000*
	2-4 saat	75	9,73	3,34		
	4 saat ve üzeri	57	10,26	2,86		
Endişe#	0-2 saat	86	7,16	2,56	0,947	0,390
	2-4 saat	75	7,76	2,88		
	4 saat ve üzeri	57	7,33	3,01		
Güvence Arama#	0-2 saat	86	6,45	2,39	3,055	0,049*
	2-4 saat	75	7,28	2,83		
	4 saat ve üzeri	57	7,47	2,94		
Zorlanma#	0-2 saat	86	4,92	1,95	0,278	0,758
	2-4 saat	75	4,81	2,36		
	4 saat ve üzeri	57	4,65	2,01		

E-sağlık okur yazarlığı ölçeği ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı($p = 0,000$). Katılımcıların günlük internette geçirdikleri süre arttıkça e-sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı da artmaktaydı(Tablo 4.28).

Tablo 4.28 Günlük İnternette Geçirilen Süre ile E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

İş Dışında Günlük İnternette Geçirilen Süre		N	X	SS	Anova	
					F	p
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0-2 saat	86	20,03	9,57	24,721	0,000*
	2-4 saat	75	26,27	8,27		
	4 saat ve üzeri	57	29,79	6,70		

Hekimlik Hakkında Bilgi, Hastane Kurallarına Uyma, Doktora Güven, Hekim Saygınlığı alt boyutları ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ve bu dört kategorinin her birinde 0-2 saat internette geçiren kişilerin puanları, diğer iki gruptan daha yüksekti(Tablo 4.29).

Hasta Hekim İletişimi alt boyutu ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). 0-2 saat internette geçiren kişilerin hasta hekim iletişimi puanları, diğer iki gruptan daha yüksekti(Tablo 4.29).

Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler alt boyutu ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,038$). 0-2 saat internette geçiren kişilerin bu kategorideki puanları, diğer iki gruptan daha yüksekti(Tablo 4.29).

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ile günlük internette geçirdikleri süreye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,000$). 0-2 saat internette geçiren kişilerin bu kategorideki puanları, diğer iki gruptan daha yüksekti(Tablo 4.29).

Tablo 4.29 Günlük İnternette Geçirilen Süre ve Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Arasındaki ilişki

İş Dışında Günlük İnternette Geçirilen Süre		n	X	ss	Anova	
					F	p
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	0-2 saat	86	2,04	0,62	11,026	0,000*
	2-4 saat	75	1,71	0,40		
	4 saat ve üzeri	57	1,72	0,38		
Hekimlik Hakkında Bilgi##	0-2 saat	86	2,14	0,69	6,567	0,002*
	2-4 saat	75	1,86	0,53		
	4 saat ve üzeri	57	1,84	0,48		
Hastane Kurallarına Uyma##	0-2 saat	86	1,79	0,58	5,863	0,003*
	2-4 saat	75	1,50	0,57		
	4 saat ve üzeri	57	1,56	0,54		
Doktora Güven##	0-2 saat	86	2,16	0,66	6,591	0,002*
	2-4 saat	75	1,82	0,55		
	4 saat ve üzeri	57	1,94	0,62		
Hekim Saygınlığı##	0-2 saat	86	1,78	0,58	6,379	0,002*
	2-4 saat	75	1,53	0,44		
	4 saat ve üzeri	57	1,55	0,42		
Hasta Hekim İletişimi##	0-2 saat	86	2,69	1,33	17,720	0,000*
	2-4 saat	75	1,93	0,99		
	4 saat ve üzeri	57	1,70	0,61		
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler##	0-2 saat	86	1,88	0,63	3,307	0,038*
	2-4 saat	75	1,63	0,68		
	4 saat ve üzeri	57	1,68	0,60		

E-Sağlık okuryazarlığının Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla regresyon analizi yapılmış ve kurulan model anlamlı bulunmuştu (F: 27,438; p=0,000)

E-Sağlık okuryazarlığının siberkondri ciddiye düzeyi üzerinde pozitif yönde etkili olduğu(beta=0,334) saptanmıştı(Tablo 4.30).

Tablo 4.30 Siberkondri ve E-sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Bağımlı	Bağımsız	Beta	t	p	R ²	F
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	E-Sağlık okuryazarlığı ölçeği	0,334	5,238	0,000	0,112	27,438

***p<0,05: Lineer Regresyon testi**

Heybet-Hekim ilişkili Sağlık Hizmeti Algılama değişkenlerinin Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla regresyon analizi yapılmıştı ve kurulan model anlamlı bulunmamıştı (p>0,05). Bu sonuçlara göre Heybet-Hekim ilişkili Sağlık Hizmeti Algılama değişkeninin Siberkondri Ciddiyet değişkeni üzerinde anlamlı etkisi bulunmadığı saptandı (Beta=-0,064; p>0,05) (Tablo 4.31).

Tablo 4.31 Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Heybet-Hekim ilişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Bağımlı	Bağımsız	Beta	t	p	R ²	F
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Heybet-Hekim ilişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	-0,064	-0,937	0,350	0,004	0,878

E-sağlık okuryazarlığı düzeyinin Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla regresyon analizi yapılmıştı ve kurulan model anlamlı bulunmuştu (F:75,884; p<0,05).E-Sağlık okuryazarlığın Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanı üzerinde negatif yönde etkili olduğu(beta=-0,510) saptanmıştı(Tablo 4.32).

Tablo 4.32 E-sağlık Okuryazarlığının Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği Puanlarına Olan Etkisi

Bağımlı	Bağımsız	Beta	T	p	R2	F
Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama	e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği	-0,510	-8,711	0,000	0,260	75,884

***p<0,05: Lineer Regresyon testi**

Değişkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeylerini (p değeri) sunmaktadır. P değeri 0,05'ten düşük olan ilişkilerin tamamı anlamlı kabul edilir(Tablo 4.33).

Aşırılık; Endişe ($r = ,620$, $p = ,000$), Güvence Arama ($r = ,522$, $p = ,000$), Zorlanma ($r = ,261$, $p = ,000$), Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ($r = ,817$, $p = ,000$), E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ($r = ,487$, $p = ,000$), Hekimlik Hakkında Bilgi ($r = -,135$, $p = ,046$) ve Hastane Kurallarına Uyma ile ($r = -,166$, $p = ,014$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Endişe; Zorlanma ($r = ,364$, $p = ,000$) ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ile ($r = ,835$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 34).Güvence Arama; Zorlanma ($r = ,481$, $p = ,000$) ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ile ($r = ,822$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Zorlanma; Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ($r = ,619$, $p = ,000$), Hastane Kurallarına Uyma ($r = ,173$, $p = ,010$) ve Doktora Güven ile ($r = ,184$, $p = ,007$) anlamlı ilişki göstermiştir.

E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ($r = ,333$, $p = ,000$), Hekimlik Hakkında Bilgi ($r = -,491$, $p = ,000$) ve Hastane Kurallarına Uyma ($r = -,376$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Hekimlik Hakkında Bilgi; Hastane Kurallarına Uyma ($r = ,609$, $p = ,000$), Doktora Güven ($r = ,589$, $p = ,000$) ve Hekim Saygınlığı ile ($r = ,698$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Hastane Kurallarına Uyma; Doktora Güven ($r = ,543$, $p = ,000$) ve Hekim Saygınlığı ile ($r = ,596$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 34).Doktora Güven; Hekim Saygınlığı ($r = ,648$, $p = ,000$), Hasta Hekim İletişimi ($r = ,697$, p

= ,000) ve Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler ile ($r = ,728$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Hekim Saygınlığı; Hasta Hekim İletişimi ($r = ,560$, $p = ,000$) ve Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler ile ($r = ,554$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Hasta Hekim İletişimi; Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler ile ($r = ,593$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler; Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ile ($r = ,762$, $p = ,000$) anlamlı ilişki göstermiştir(Tablo 4.33).

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği; Aşırılık ($r = -,217$, $p = ,001$), Zorlanma ($r = ,196$, $p = ,004$), E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ($r = -,510$, $p = ,000$), Hekimlik Hakkında Bilgi ($r = ,842$, $p = ,000$), Hastane Kurallarına Uyma ($r = ,786$, $p = ,000$), Doktora Güven ($r = ,849$, $p = ,000$), Hekim Saygınlığı ($r = ,843$, $p = ,000$) ve Hasta Hekim İletişimi ile ($r = ,768$, $p = ,000$) anlamlı ilişkiler göstermiştir(Tablo 4.33).

Tablo 4.33 Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Korelasyon Testi Sonuçları

		Aşırılık	Endişe	Güvence Arama	Zorlanma	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Hekimlik Hakkında Bilgi	Hastane Kurallarına Uyma	Doktora Güven	Hekim Saygınlığı	Hasta Hekim İletişimi	Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler	Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Toplam
Aşırılık	r	1												
	p													
Endişe	r	,620**	1											
	p	,000												
Güvence Arama	r	,522**	,567**	1										
	p	,000	,000											
Zorlanma	r	,261**	,364**	,481**	1									
	p	,000	,000	,000										
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	r	,817**	,835**	,822**	,619**	1								
	p	,000	,000	,000	,000									
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	r	,487**	,224**	,270**	-,053	,333**	1							
	p	,000	,001	,000	,439	,000								
Hekimlik Hakkında Bilgi	r	-,135*	-,046	-,027	,127	-,044	-,491**	1						
	p	,046	,501	,692	,061	,517	,000							
Hastane Kurallarına Uyma	r	-,166*	-,058	-,036	,173*	-,051	-,376**	,609**	1					
	p	,014	,395	,596	,010	,451	,000	,000						
Doktora Güven	r	-,125	-,020	-,008	,184**	-,012	-,340**	,589**	,543**	1				
	p	,066	,767	,906	,007	,865	,000	,000	,000					
Hekim Saygınlığı	r	-,191**	-,105	-,067	,111	-,102	-,361**	,698**	,596**	,648**	1			
	p	,005	,122	,322	,101	,135	,000	,000	,000	,000				
Hasta Hekim İletişimi	r	-,300**	-,044	-,007	,200**	-,082	-,538**	,465**	,524**	,697**	,560**	1		
	p	,000	,518	,922	,003	,227	,000	,000	,000	,000	,000			
Hekime Karşı Şiddete İlişkin Düşünceler	r	-,177**	-,016	,046	,203**	-,008	-,309**	,507**	,571**	,728**	,554**	,593**	1	
	p	,009	,815	,500	,003	,901	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	r	-,217**	-,061	-,027	,196**	-,064	-,510**	,842**	,786**	,849**	,843**	,768**	,762**	1
	p	,001	,367	,692	,004	,350	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

5. TARTIŞMA

İnternetin günlük yaşantıdaki kullanımının artması ile birlikte sağlık konusunda bilgi edinme amacı ile başvuru kaynakları arasında da giderek yerini sağlamlaştırdığı görülmektedir. Bireyler, kendisinin veya yakınlarının algıladığı bir belirti ile karşı karşıya kaldığında bu belirtinin nedenleri, çözüm yolları, başkalarının da karşılaşma ihtimali gibi kafalarında soru işareti yaratan konuların aydınlatılması için internet üzerinden araştırma yapmaktadır. Resmi, kaynağı belli güvenilir sitelerden yapılan araştırmalar hastaların sağlıkları konusunda doğru bilgilendirilmesini sağlamak ve hasta-hekim ilişkisinin pozitif yönde gelişmesine katkı sağlarken, güvenilir olmayan sitelerden yapılan aramalar iste hastaları daha ciddi ve nadir görülen hastalıklara yönlendirebilmektedir. Çevrimiçi sağlık bilgilerinin olumlu ve olumsuz bu çift yönlü etkisinde e-sağlık okuryazarlığı önem taşımaktadır(11). E-sağlık okuryazarlığına sahip birey, karşılaştığı çevrimiçi sağlık bilgilerinin değerlendirmesini yapabilmekte ve ilgili güvenilir bilgileri ayıklayarak literatürdeki karşılığıyla güçlendirebilmektedir. Bu güçlenme bir bakıma; hasta-hekim ilişkisinde hekim otoritesine meydan okuma gibi görünse de diğer taraftan, hekim görüşmesi öncesi doğru şekilde bilgilenen hastanın; sağlığını yönetme, tedavi süreçlerine katılma, hastalığı hakkında temel bilgiye ve minimum terminolojiye hakim olma, hekimin ikaz ve önerilerini anlayıp uygulama hususlarında hasta-hekim iletişimini ve güvenini kuvvetlendirebilmektedir. Nitekim sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesiyle hastaların kaygı seviyelerinin azalacağı ve hekim-hasta ilişkilerinin gelişebileceği vurgulanmaktadır(119). Bu düşüncelerden hareketle yola çıkan çalışmada e-sağlık okuryazarlığı ve hastalardaki hekim algısının siberkondri düzeyine etkisini ve bu değişkenlerin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

2022 yılında 18 yaş üstü bireylerde yapılan bir çalışmada siberkondri puan ortalamasının $(25,52 \pm 9,68)$ olduğu görülmektedir(120). 2023 yılında yapılan bir çalışmada siberkondri düzeylerinin orta seviyenin biraz altında $(28,25 \pm 8,45)$ olduğu görülmektedir(121). Bu çalışmaya benzer şekilde çalışmamızın sonuçlarına göre, katılımcıların siberkondri düzeylerinin orta seviyenin biraz altında $(28,22 \pm 8,55)$ olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili internet kullanımının gün geçtikçe artması, bireylerin siberkondri düzeyinin gitgide daha yüksek bulunmasına sebep olmuş olabilir.

Literatür taraması yaptığımızda 2016 yılında yapılan bir çalışmada yaş azaldıkça siberkondrinin aşırılık alt boyutunda artış olduğu görülmüştür(122). 2021 yılında yapılan

başka bir çalışmada ise 20- 30 yaş arasındaki bireylerin siberkondri aşırılık alt boyutunun diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır(123). Çalışmamızda alınan sonuçlara göre siberkondrinin aşırılık alt boyutu için 25 yaş ve altı grup en yüksek ortalamaya sahiptir. Bu durum genç yaştaki bireylerin internet kullanım sürelerinin daha fazla olmasıyla ve teknolojik aletlere ulaşımının daha kolay olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin orta seviyede olduğu görülmektedir. Konuya ilişkin yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir(124,125).

Literatürdeki çalışmalara baktığımızda, yaştan e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı farklılık oluşturduğu, azaldıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır(126,127).Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş azaldıkça e-sağlık okur yazarlığı düzeyinde artış meydana geldiği görülmüştür. Bu sonuçlar; e-sağlık okuryazarlığının internet kullanım deneyimi ile birlikte hareket eden bir beceri olabileceği ve dolayısıyla daha yaşlı kesimin daha az internet tecrübesi olduğundan yola çıkarak açıklanabilir.

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği değişkeninde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. 25 yaş ve altı grup en düşük ortalamaya sahiptir. Aynı zamanda bu ölçeğin hastane kurallarına uyma, hekim hasta iletişimi alt boyutları da aynı şekilde 25 yaş ve altı grupta en düşük ortalamaya sahiptir.

Tiritoğlu'nun 2019 yılında yaptığı bir çalışmada siberkondri düzeyi kadın cinsiyette daha yüksek olarak gözlenmiştir(128). Literatürde 2020 yılında 162 katılımcıyla Aulia tarafından yapılmış bir çalışmada siberkondri ciddiyeti skorunun cinsiyetler arası fark göstermediği belirlenmiştir(129). Bizim çalışmamızda ise bu yapılan çalışmaya benzer şekilde siberkondri düzeyi cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Öte yandan siberkondrinin aşırılık alt boyutu puan ortalamasının kadın cinsiyette anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

2016 yılında İran'da, 192 katılımcıyla yapılmış bir çalışmada cinsiyetler arasında e-sağlık okuryazarlığı skorları açısından anlamlı fark saptanmıştır. Erkek cinsiyette e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(130).Liu ve ark. Yaptığı çalışmada da erkeklerde e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksekti (131). Ertaş, Kırac ve Demir'in yapmış oldukları benzer araştırmanın bulgularına göre de e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin katılımcıların cinsiyetine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği ,kadın cinsiyette e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu

belirlenmiştir (132). Çalışmamıza göre e-sağlık okuryazarlığı cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermiştir. E-sağlık okur yazarlığı düzeyinin kadın cinsiyette daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği ve hastane kurallarına uyma, hekim saygınlığı, hasta -hekim iletişimi alt boyutlarının erkekler grubunda daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir.

Gioia ve Boursier tarafından yapılan bir çalışmada medeni durumun siberkondri ciddiyet düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı bildirilmiştir (133). Deniz'in yaptığı bir çalışmada bekar grupta siberkondri ciddiyet düzeyleri evli gruba göre daha yüksek olarak bulunmuştur (37). Sibecondri ciddiyet ölçeğinin alt boyutlarına göre yapılan bir ayırım ise literatürde bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda ise siberkondri ciddiyet ölçeği ve endişe alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ve puanlar evli grupta daha yüksek olarak saptanmıştır.

2018 yılında yapılan bir çalışmada da e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile medeni durumlar arasında anlamlı fark saptanamamıştır (134). Çalışmamızda da benzer şekilde e-sağlık okur yazarlığı ile medeni durumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda hasta hekim iletişimi ve hekim saygınlığı alt boyutlarında medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmakla birlikte bekar grupta ortalama daha yüksekti.

Literatür incelendiğinde Türkiye'de 2021 yılında, çalışmamızda kullanılan ölçeğin uzun formu kullanılarak 1196 katılımcıyla yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça siberkondri ciddiyeti

seviyesinin düştüğü belirtilmiştir (135). Yine Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça siberkondri düzeyinin düştüğü saptanmıştır(136). Bizim çalışmamızda ise siberkondri ve alt boyutları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Çalışmalar arası sonuçlarda oluşan bu farklılık katılımcı sayısının farklılığı ve bizim çalışmamızın tek merkezli olmasına bağlanabilir.

2016 yılında Xesfingi S ve Vozikis A. Tarafından yapılan , e-sağlık okuryazarlığı düzeyine etki eden faktörlerin incelendiği bir çalışmada eğitim düzeyinin arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği tespit edilmiştir (137).Yapılan başka bir çalışmada da aynı şekilde eğitim düzeyinin arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde artış olduğu saptanmıştır (37). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim düzeyi artışının e-sağlık okuryazarlığı düzeyini artırdığı görülmektedir. E-sağlık okuryazarlığı; temelinde

okuduğunu anlamak, yorumlamak ve analiz etme becerisine sahip olmak şeklinde tanımlandığından, eğitim seviyesi yüksek olanların düşük olanlara göre daha başarılı olabileceği bir alan olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanları ve hekim saygınlığı, hasta hekim iletişimi gibi alt boyutları ilkökul ya da lise mezunu grupta ön lisans ve lisans mezunu gruba göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum eğitim düzeyi yüksek bireylerin isteklerinin ve beklentilerinin yüksek olmasından ve araştırdıkları bilgilere doktorun verdiği bilgilere göre daha fazla güvenmesinden kaynaklanıyor olabilir

Meslek grupları ile siberkondri ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. E-sağlık okuryazarlığı düzeyinin çalışmayan grupta daha yüksek olduğu, heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği ile hekimlik hakkında bilgi, hasta-hekim iletişimi, doktora güven alt boyut puanlarının kamu çalışanlarında daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde meslek grupları ile bu değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Uzun ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sigara içmeyenlerde siberkondri puanları daha yüksek bulunmuştur (138). SCÖ-15 kullanılarak yapılan başka bir çalışmada da sigara kullanmayanlarda siberkondri puanları daha yüksek bulunmuştur(139). Yapılan başka bir araştırmada sigara içme davranışının siberkondrik davranışları artırdığı tespit edilmiştir (140). Bizim çalışmamızda ise sigara kullanma durumu ile siberkondri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sigara kullanmayanlarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatürü taradığımızda sigara ve e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır. Bununla birlikte ergenler üzerinde yapılan e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin artışının sağlıklı yaşam biçimlerini pozitif etkilediği sonucuna varılmıştır (141).

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile siberkondri ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya paralel olarak, kronik rahatsızlığın varlığının siberkondri düzeyinde farklılık oluşturmadığı sonucuna erişen araştırmalar mevcuttur (19,138). Literatürde, kronik rahatsızlığa sahip bireylerin internet üzerinden sağlık bilgisi araştırmada daha aktif olduğu belirtilmiştir (142). Ancak kronik rahatsızlığa sahip olan bireylerin, hastalıklarını benimseyerek süregelen tedavilerine uygun davranışta

bulunabileceği, hastalığa sahip olmayan bireylerin ise alışık olmadığı olası bir belirtiden dolayı daha kolay endişeye kapılabileceği düşünülebilir. Diğer bir sonuca göre, kronik rahatsızlığın varlığı ile e-sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Kronik rahatsızlığın varlığı, sağlık bilgileri için internet kullanımını teşvik ediyor gibi görünse de araştırmalar farklı sonuçlar vermektedir. Tennant, Tennant ve arkadaşları , Denktaş'ın yaptığı çalışmalarda da kronik hastalık varlığının e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır (143–145).

Çalışmamızda kronik hastalık durumu ile doktora güven arasında anlamlı bir ilişki olduğu kronik hastalığı olmayanlarda doktora güvenin daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Başka bir ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada ise kronik hastalık ile doktora güven arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (146).

1035 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ilk başvuracağı yer aile sağlığı merkezi olanlarda siberkondri düzeyleri anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (135). Çalışmamızda katılımcıların herhangi bir hastalık durumunda ilk başvuru yeri ile siberkondri ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Ivanova'nın 2013 te yaptığı bir çalışmada ise internette aşırı vakit geçirilmesinin siberkondri düzeylerini artırdığı bulunmuştur (147). Uzun'un yaptığı çalışmada da benzer şekilde internette geçirilen süre arttıkça siberkondri düzeylerinde artış olduğu görülmüştür (138). Bizim çalışmamızda da katılımcıların günlük internette geçirdikleri süre arttıkça siberkondri ciddiyet ölçeği puanları ve aynı zamanda aşırılık ve güvence arama alt boyutu puanlarında artış olduğu görülmektedir. Tüm bu bilgilerden yola çıkarak bireylerin göz ardı edilemeyecek bir kısmının internete sağlık bilgisi aramak için yöneldiği söylenebilir. Bu davranışın olumlu veya olumsuz bir duruma neden olup olmayacağı bireylerin doğru bilgiyi eleme yeteneklerine bağlıdır ve yanlış bilgilere inanabilecek eğilimde olan bireyler için de gereken önlemlerin alınması gerekmektedir. 1035 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise çalışmamıza zıt olarak internet kullanım süresinin artışı siberkondri düzeylerinde düşmeye sebep olmuştur(135). Burdan yola çıkarak kişilerin internette geçirdiği sürenin yanında hangi mecralarda vaktini geçirdiği de önem taşımaktadır.

Choi ve Dinitto (2013) tarafından yapılan çalışmada internet kullanım sıklığı ile e-Sağlık okuryazarlık seviyesinde farklılık olduğu görülmüştür. İnternet kullanım sıklığı arttıkça e-Sağlık okuryazarlık seviyesinde de artış olduğu görülmüştür (148). Yapılan başka bir çalışmada da internette geçirilen sürenin artması e-sağlık okuryazarlığı düzeyini artırdığı saptanmıştır(149). Çalışmamızda da bu çalışmalara paralel olarak katılımcıların

günlük internette geçirdikleri süre arttıkça e-sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları da artmaktadır.

Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanları ve hekimlik hakkında bilgi, hastane kurallarına uyma, doktora güven, hasta-hekim iletişimi, hekime karşı şiddete ilişkin düşünceler alt boyut puanları ile günlük internette geçirilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. İnternette geçirilen süre azaldıkça bu değişkenlerin puanlarında artış olduğu görülmektedir. Çalışmamızdan yola çıkarak internet kullanımının artışının hasta hekim iletişimini olumsuz etkilediği, doktora güveni azalttığı söylenebilir. Kişilerin internet vasıtasıyla sağlık bilgilerine ulaşabilmeleri hekimlerine olan güvenlerini azaltabilmektedir. Çünkü kimi hastalar hekimlerinin kendilerinde uyguladıkları tedavi yöntemlerini, internetten elde ettikleri bilgilere göre kontrol edebilmekte, kimi zaman kendileri için yanlış kararlar verildiğini düşünebilmektedirler. Dolayısıyla hem hekimlerine olan güvenlerini kaybetmekte, hem de tedavilerini kötü yönde etkileyebilecek birtakım davranışlar sergileyebilmektedirler (150).

Literatür incelendiğinde sağlık çalışanları üzerinde yapılmış bir çalışmada aşırılık puanları arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı görülmüştür (151). Türkiye’de 394 katılımcıyla yapılmış bir araştırmada da benzer şekilde siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (37). Çalışmamızda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin siberkondri ciddiyet ölçeği ve aşırılık, güvence arama, endişe gibi alt boyutları üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. literatürdeki çalışmalarda ve bizim çalışmamızda e-sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek kişilerin internete daha çok zaman ayırdığı kanıtlandığından, bu durumun düşük düzeyde de olsa siberkondri düzeyini arttırabildiği düşünülebilir. Bu konuda yapılmış başka bir çalışmada çalışmamızın tersine e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde siberkondri ile ilişkili tepkilerde azalma görülmüştür (152). Makalenin devamında; yüksek düzeyde e-sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin, bilinçli kararlar vermek için çevrimiçi sağlık kaynaklarını kullanabildikleri, sağlıklarına ilişkin endişeleri olsa da internet aramalarında aşırıya kaçmalarının daha az olası olduğu yorumunda bulunulmuştur.

Çalışmamızda siberkondri ciddiyet düzeyi ile heybet- hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hasta-hekim iletişimi ile siberkondri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir (153). Bir başka çalışmada

ise hekime rahat bir şekilde soru soramadığını belirten kişilerin siberkondri düzeyleri rahatça soru sorabilenlere göre daha yüksektir (119). Tustin'in çalışmasında, hekim görüşmesinin kalitesinden ve hekimin empati becerisinden duyulan memnuniyet ile interneti birincil kaynak olarak görme ve bu bilgilere güvenme arasında negatif yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (154). Rains'in çalışmasında, hekimle iletişimde güvenin sağlık bilgisi için interneti kullanmaya negatif yönlü etkisi olduğu belirtilmektedir (28). McManus ve arkadaşları ise siberkondriye dair nitel araştırmasında, sağlık profesyonellerine duyulan güvensizliğin ilave kaynak olarak internet kullanımına neden olduğunu belirtmiş ve bir katılımcının şu ifadesine yer vermiştir: "Belki de hekimi görmeye başlamadan önce bunu bulmaya çalışabilirim, özellikle de on un [hekimin] ona [belirtiye] tam olarak dikkat etmediğini hissediyorum... Sanırım bu yüzden sağlığım hakkında başka kaynaklardan gelen güvenceye ihtiyacım var" (49). Bu sonuçlar, çalışmada saptanan güven iletişimi ile siberkondri arasındaki negatif yönlü ilişkiyi ve güven iletişiminin siberkondri üzerindeki etkisini desteklemektedir.

Çalışmamızda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin artışının heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanlarında negatif yönlü etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu durumdan yola çıkarak E-sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek olan bireylerde internet kullanım oranları da fazla olduğu için bu durumun günümüzde hasta-hekim arasındaki iletişimin bozulmasına ve hekime bakış açısının olumsuz yönde etkilenmesine sebep olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnternet; kullanımını ve yaygınlığını gün geçtikçe arttırmaktadır. İnternetin sık ve kontrolsüz kullanımı, sağlık ilişkili internet aramalarının artması e-sağlık okuryazarlığını, internet üzerinden yapılan sağlık ilişkili aramaların tetiklediği anksiyete ise siberkondri terimini literatürde sıklıkla karşımıza çıkarmaktadır. Hekimin açık ve anlaşılır bir dil

kullanması, hastaların kaygılarını, korkularını giderebilmesi, hastanın şikayetlerini dinlediğini hastaya da hissettirmesi hasta hekim arasındaki güven bağının kurulmasını sağlamaktadır. Hasta hekimin iletişimini tatmin edici bulmazsa kafasındaki belirsizlikleri, soru işaretlerini gidermek adına internete yönelmektedir. Biz de çalışmamızda E-sağlık okuryazarlığı ve hastalardaki hekim algısının siberkondri düzeyleri üzerinde etkisini incelemeyi ve aynı zamanda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin hastalardaki hekim algısı üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladık.

Çalışmamıza göre katılımcıların siberkondri düzeyleri orta seviyenin biraz altında, e-sağlık okuryazarlığı ise orta seviyededir.

Çalışmamız sonuçlarına göre yaş azaldıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde ve siberkondri düzeyinde artış, heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanlarında azalma olduğu görülmektedir. Bu durum genç yaştaki bireylerin internet kullanım sürelerinin daha fazla olmasıyla ve teknolojik aletlere ulaşımının daha kolay olmasıyla, e-sağlık okuryazarlığının internet kullanım deneyimi ile birlikte hareket eden bir beceri olması ve dolayısıyla daha yaşlı kesimin daha az internet tecrübesi olduğundan yola çıkarak açıklanabilir. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça e-sağlık okuryazarlığının arttığı hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanlarında azalma olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin siberkondri ciddiyet ölçeği ve aşırılık, güvence arama, endişe gibi alt boyutları üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde internet kullanımının daha fazla olmasıyla açıklanmıştır. Çalışmamızda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin artışının heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği puanlarında negatif yönlü etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu durumdan yola çıkarak E-sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek olan bireylerde internet kullanım oranları da fazla olduğu için bu durumun günümüzde hasta-hekim arasındaki iletişimin bozulmasına ve hekime bakış açısının olumsuz yönde etkilenmesine sebep olduğu söylenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Turgut YE, Kurşun E. TÜRKİYE’DEKİ ÇOCUKLARIN ERİŞİM, KULLANIM VE ETKİNLİKLER BAĞLAMINDA MOBİL İNTERNET DENEYİMLERİ.
2. TÜİK Kurumsal [İnternet]. [a.yer 17 Nisan 2023]. Erişim adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587)
3. Aiken M, Kirwan G. Prognoses for diagnoses: medical search online and “cyberchondria”. BMC Proc. Temmuz 2012;6(S4):P30, 1753-6561-6-S4-P30.
4. Fox S. The Social Life of Health Information, 201.
5. Bakker TA, Ryce AN, Logan RA, Tse T, Hutcherson L. A Consumer Health Informatics (CHI) Toolbox: Challenges and Implications.
6. Altındış S, İnci MB, Aslan FG, Altındış M. Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Sakarya Medical Journal. 29 Haziran 2018;8(2):359-70.
7. Parsons T, Turner BS. THE SOCIAL SYSTEM. Abingdon: Taylor & Francis;
8. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science & Medicine. Nisan 1995;40(7):903-18.
9. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review. J Health Commun [Internet]. 2018 [a.yer 17 Nisan 2023];03(03). Erişim adresi: <http://healthcare-communications.imedpub.com/trust-and-communication-in-a-doctorpatient-relationship-a-literature-review.php?aid=23072>
10. Hou J, Shim M. The Role of Provider–Patient Communication and Trust in Online Sources in Internet Use for Health-Related Activities. Journal of Health Communication. 13 Aralık 2010;15(sup3):186-99.
11. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res. 16 Haziran 2006;8(2):e9.
12. Can AB, Sönmez E, Özer F, Ayva G, Bacı H, Kaya HE, vd. Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. Cumhuriyet Med J. 25 Aralık 2014;36(4):486.
13. Çelıkay AGF. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN AMPİRİK ANALİZİ.
14. Öner C. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Special Topics.
15. Peate I. MEN’S HEALTH The Practice Nurse’s Handbook.
16. KiLiT DÖ, Eke E. BİREYLERİN SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ISPARTA İLİ ÖRNEĞİ.
17. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. Psychosoc Med. 25 Ekim 2012;9:Doc11.
18. Gallagher S, Doherty DT. Searching for health information online: characteristics of online health seekers. J Evid Based Med. Mayıs 2009;2(2):99-106.
19. Kiraç R, Öztürk YE. Sağlık Arama Davranışı: Ölçek Geliştirme Çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 20 Şubat 2021;224-34.
20. Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. Int J Med Inform. Ocak 2006;75(1):8-28.

21. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling*. Ekim 2006;63(1-2):24-8.
22. Fox S. Most internet users start at a search engine when looking for health information online. Very few check the source and date of the information they find. 2006;
23. Lewis T. Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? *Media, Culture & Society*. 2006;28(4):521.
24. Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JMG. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anxiety Disord*. Ocak 2012;26(1):189-96.
25. Gibson S. Direct-to-consumer Advertising in the Digital Age: The Impact of the Internet and Social Media in the Promotion of Prescription Drugs in Canada [Internet] [Thesis]. 2012 [a.yer 08 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/33218>
26. Boot CRL, Meijman FJ. The public and the Internet: multifaceted drives for seeking health information. *Health Informatics J*. Haziran 2010;16(2):145-56.
27. Anderson JG, Rainey MR, Eysenbach G. [No title found]. *Journal of Medical Systems*. 2003;27(1):67-84.
28. Rains SA. Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: findings from the health information national trends survey. *J Health Commun*. 2007;12(7):667-80.
29. Gerber BS, Eiser AR. The patient physician relationship in the Internet age: future prospects and the research agenda. *J Med Internet Res*. 2001;3(2):E15.
30. Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Med Educ*. Mart 2001;35(3):206-10.
31. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi » Makale » Cerrahi Hastalarının Sağlık Bilgisine Ulaşmada İnternet Kullanım Özellikleri [İnternet]. [a.yer 05 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kusbed/issue/37168/409937>
32. Powell JA, Darvell M, Gray JAM. The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. *J R Soc Med*. Şubat 2003;96(2):74-6.
33. Tsai MJ. Online Information Searching Strategy Inventory (OISSI): A quick version and a complete version. *Computers & Education*. 01 Eylül 2009;53(2):473-83.
34. Köroğlu E. PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri. Ankara: Hekimler yayın birliği; 2004. 656 s. (Temel psikiyatri).
35. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res*. Nisan 2004;56(4):391-408.
36. Elciyar K, Taşçı D. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanması.
37. Deniz S. Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan ve İnsan Dergisi*. 17 Nisan 2020;84-96.
38. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *Int J Behav Med*. Ekim 2016;23(5):595-605.
39. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord*. Mart 2014;28(2):259-65.

40. Cyberchondria and Babe Magnets Come of Age – Wordability [Internet]. [a.yer 04 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://wordability.net/2012/03/08/cyberchondria-and-babe-magnets-come-of-age/>
41. Loos A. Cyberchondria: Too Much Information for the Health Anxious Patient? *Journal of Consumer Health On the Internet*. Ekim 2013;17(4):439-45.
42. Doctors warn the cybersick | The Independent | The Independent [Internet]. [a.yer 04 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.independent.co.uk/news/doctors-warn-the-cybersick-1168119.html>
43. “Cyberchondria” hits web users. 13 Nisan 2001 [a.yer 04 Haziran 2023]; Erişim adresi: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1274438.stm>
44. Aguilera-Manrique G, Márquez-Hernández VV, Alcaraz-Córdoba T, Granados-Gámez G, Gutiérrez-Puertas V, Gutiérrez-Puertas L. The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202953.
45. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*. Şubat 2013;13(2):205-13.
46. Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *J Anxiety Disord*. Ocak 2020;69:102150.
47. Airoidi S, Kolubinski DC, Nikčević AV, Spada MM. The relative contribution of health cognitions and metacognitions about health anxiety to cyberchondria: A prospective study. *J Clin Psychol*. Mayıs 2022;78(5):809-20.
48. Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. Ekim 2011;14(10):613-8.
49. McManus F, Leung C, Muse K, Williams J. Understanding “cyberchondria”: An interpretive phenomenological analysis of the purpose, methods and impact of seeking health information online for those with health anxiety. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 12 Ocak 2015;7.
50. Copelton DA, Valle G. “You don’t need a prescription to go gluten-free”: the scientific self-diagnosis of celiac disease. *Soc Sci Med*. Ağustos 2009;69(4):623-31.
51. Chin J. Doctor-patient relationship: A covenant of trust. *Singapore medical journal*. 01 Ocak 2002;42:579-81.
52. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA*. 02 Kasım 1984;252(17):2441-6.
53. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*. Mayıs 1956;97(5):585-92.
54. Chen WT, Starks H, Shiu CS, Fredriksen-Goldsen K, Simoni J, Zhang F, vd. Chinese HIVpositive patients and their healthcare providers: contrasting Confucian versus Western notions of secrecy and support. *ANS Adv Nurs Sci*. 2007;30(4):329-42.
55. Boscarino J, Steiber SR. Hospital shopping and consumer choice. *J Health Care Mark*. 1982;2(2):15-23.
56. Roberts CA, Aruguete MS. Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician-patient encounters. *Soc Sci Med*. Şubat 2000;50(3):309-15.
57. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits. Westport, CT, US: Auburn House/Greenwood Publishing Group;

1992. xii, 203 s. (Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits).
58. Roter D, McNeilis KS. The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits. İçinde: Handbook of health communication. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2003. s. 121-40.
59. Roter D, McNeilis KS. The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits. İçinde: Handbook of health communication. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2003. s. 121-40.
60. Franks P, Jerant AF, Fiscella K, Shields CG, Tancredi DJ, Epstein RM. Studying physician effects on patient outcomes: physician interactional style and performance on quality of care indicators. Soc Sci Med. Ocak 2006;62(2):422-32.
61. Okay ,Ayla. 2009a. Erişim adresi: Okay, Ayla (2009a). Sağlık İletişimi. İstanbul: Farmaskop/MediaCat.
62. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 22 Nisan 1992;267(16):2221-6.
63. Brock DW. The ideal of shared decision making between physicians and patients. Kennedy Inst Ethics J. Mart 1991;1(1):28-47.
64. Conrad P. Eliot Freidson's revolution in medical sociology. Health (London). Nisan 2007;11(2):141-4.
65. freidson eliot. PATIENTS' VIEWS OF MEDICAL PRACTICE. By Eliot Freidson. New York: Russell Sage Foundation, 1961.
66. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. JAMA. 18 Kasım 1998;280(19):1708-14.
67. Thompson TL, Thompson TL, Dorsey A, Parrott R, Miller K, editörler. The Routledge Handbook of Health Communication [Internet]. 0 bs. Routledge; 2003 [a.yer 11 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781135647667>
68. Goold SD. Money and Trust: Relationships between Patients, Physicians, and Health Plans. Journal of Health Politics, Policy and Law. 01 Ağustos 1998;23(4):687-95.
69. Oğuz NY. Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 1995;3(2):59-65.
70. Gülcemal E, Keklik B. Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği-An Investigation On Factors Affecting The Confidence of Patients to Physicians: A Research In Isparta. SOBED. 05 Nisan 2016;8(14):64.
71. Erer S. Kitle İletişim Araçları ve Tıp Etiği.
72. Başol E. HASTA İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARI (DOKTOR ve HEMŞİRE) ARASINDAKİ İLETİŞİM SORUNLARI ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.
73. Pendleton DA, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. Social Science & Medicine Medical Psychology and Medical Sociology. Aralık 1980;14(6):669-73.
74. Weaver MJ, Ow CL, Walker DJ, Degenhardt EF. A questionnaire for patients' evaluations of their physicians' humanistic behaviors. J Gen Intern Med. Mart 1993;8(3):135-9.
75. Kramer RM. TRUST AND DISTRUST IN ORGANIZATIONS: Emerging Perspectives, Enduring Questions. Annu Rev Psychol. Şubat 1999;50(1):569-98.
76. Gray, Muir (2002), The Resourceful Patient, Rosetta Press, Oxford.

77. Fainzang S. Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship. *Anthropology & Medicine*. Ağustos 2002;9(2):117-33.
78. Yüksel, N. Aysun Akıncı. Hekim ile Hasta Arasındaki Olası İletişim Hataları. *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*.
79. Uludağ A. AyhanUludag doktora kitap. 11 Haziran 2020;
80. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi » Makale » ÖRGÜTLERDE STRESİN VERİMLİLİK VE PERFORMANSLA ETKİLEŞİMİ [İnternet]. [a.yer 13 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cusosbil/issue/4371/59802>
81. Arigoni F, Bovier P, Sappino A. Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly* [İnternet]. 09 Ağustos 2010 [a.yer 13 Haziran 2023]; Erişim adresi: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/1165>
82. Önal A. E. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Seminer Notları; 2006.
83. Bol P, Gül G, Erbaycu AE. HASTA - HEKİM İLETİŞİMİNDEKİ EKSİKLİK VE HATALARIN ORTAYA KONMASINDA FMEA MODEL ANALİZİNİN KATKISI. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 01 Aralık 2013;27(3):181-91.
84. Koçel, T. (2005). . İşletme yöneticiliği (On birinci Baskı). İstanbul: Arıkan Basım Yayımlarını Dağıtım Ltd. Şti., 530-535, 538, 544, 554.
85. Gordon, T. ve W. S. Edwards (1997). Doktor-Hasta İşbirliği. E. Aksay (Çev.), İstanbul: Sistem Yayıncılık.
86. Wolff, F., N. Marsnik, W. Tracey ve R. Nichols (1983). *Perceptive Listening*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
87. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 01 Eylül 2000;15(3):259-67.
88. Ilgaz A, Gözümlü S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. 2016;
89. Akın L, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Yayınları 2006.
90. Mayer G, Villaire M. Enhancing Written Communications to Address Health Literacy. *Online J Issues Nurs* [İnternet]. 30 Eylül 2009 [a.yer 05 Temmuz 2023];14(3). Erişim adresi: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Tabl eofContents/Vol142009/No3Sept09/Enhancing-Written-Communications.html>
91. Wynn R, Gabarron E, Johnsen JAK, Traver V. Special Issue on E-Health Services. *IJERPH*. 22 Nisan 2020;17(8):2885.
92. Karkalis, G. I., ve Koutsouris, D. D. (2006). E-health and the Web 2.0. *Institute Of Electrical And Electronics Engineers*, 1-4.
93. Luo YF, Yang SC, Chen AS, Chiang CH. Associations of eHealth Literacy With Health Services Utilization Among College Students: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 25 Ekim 2018;20(10):e283.
94. Kiliç T. e-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 30 Eylül 2017;6(3):203-17.
95. Kalender N, Özdemir L. YAŞLILARA SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA TELE-TIP KULLANIMI. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 22 Mart 2014;17(1):50-8.
96. Güven AYA, Campus T. *Wireless Patient Monitoring System*. 2017;

97. e-Nabız. İçinde: Vikipedi [İnternet]. 2023 [a.yer 24 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=E-Nab%C4%B1z&oldid=29746129>
98. İnal Y, Cagiltay NE. E-NABIZ MOBİL SAĞLIK UYGULAMASINA YÖNELİK KULLANICI DEĞERLENDİRMESİ. HSİD. 21 Haziran 2019;22(2):375-88.
99. Kurşun A, Kaygisiz EG. MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ MHRS UYGULAMALARINA YÖNELİK MEMNUNİYET VE ERIŞİLEBİLİRLİK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ. Acibadem Univ Sağlık Bilim Derg. 01 Aralık 2018;(4):401-9.
100. İleri, Y. Y. (2018). Sağlık Yönetim Bilişim Sistemleri. Konya: Çizgi Kitabevi.
101. Yıldırım JG. Halk Sağlığı Bilişim ve Sosyal Medya. İçinde: Erkin Ö, Göl İ, editörler. Halk Sağlığı Hemşireliği. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2021. s. 1105–19.
102. Güler ÖGE. AKILLI EKRANLARDA MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI. 2015;(06).
103. Demir H, Arslan ET. Mobil Sağlık Uygulamalarının Hastanelerde Kullanılabilirliği: Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 29 Aralık 2017;19(33):71-83.
104. Monkman H, Fellow AWK (ACMI, Fellow) C. eHealth literacy issues, constructs, models, and methods for health information technology design and evaluation. Knowledge Management & E-Learning: An International Journal. 2015;7(4):541-9.
105. Bautista JR. From Solving a Health Problem to Achieving Quality of Life: Redefining eHealth Literacy. 2015;16(2).
106. Stellefson M, Hanik B, Chaney B, Chaney D, Tennant B, Chavarria EA. eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. J Med Internet Res. 01 Aralık 2011;13(4):e102.
107. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 Ocak 2012;12(1):80.
108. Kurbanoglu, S. (2010). Bilgi okuryazarlığı: Kavramsal bir analiz. Türk Kütüphaneciliği, 24(4), 723-747.
109. admin. Association of College & Research Libraries (ACRL). 2006 [a.yer 17 Haziran 2023]. Presidential Committee on Information Literacy: Final Report. Erişim adresi: <https://www.ala.org/acrl/publications/whitepapers/presidential>
110. Korkut ŞE, Akkoyunlu B. Yabancı Dil Öğretmen Adaylarının Bilgi ve Bilgisayar Okuryazarlık Öz-Yeterlikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008;2008(34):178-88.
111. Chan CV, Matthews LA, Kaufman DR. A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth Literacy. AMIA Annu Symp Proc. 14 Kasım 2009;2009:86-90.
112. İli B. Medya Okuryazarlığı Ve Yeni Medya Okuryazarlığına Duyulan İhtiyaç Ve Öneriler. İçinde 2020.
113. Türk Kütüphaneciliği » Makale » Medya Okuryazarlığı: Kütüphanelerde Yeni Çalışma Alanı [İnternet]. [a.yer 17 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tk/issue/48937/624257>
114. Çepni, S., Ayas, A., Johnson, D. ve Turgut, M. F. (1997). Fizik öğretimi: YÖK/Dünya Bankası milli eğitimi geliştirme projesi hizmet öncesi öğretmen eğitimi. Ankara: YÖK.
115. Özer Ö, Şantaş F, Budak F. SAĞLIK WEB SİTELERİNİN KULLANIM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: ÖRNEK BİR UYGULAMA. 2012;1(4).

116. Saygılı, S., & Erdal, M. (2001). Yeni teknolojilerin sağlık sektöründeki etkileri ve internet kullanımı. *Güncel Eczacılık*, (98), 15-18.
117. Söyler, S., Biçer, İ., Çavmak, D. (2021).Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İçinde Eds. Seda Uyar, Ramazan Kırac, Davranışsal Boyutları İle Sağlık. Nobel Bilimsel. İçinde.
118. Heybet, M., Tekin, O., Kahveci, R., Heybet, E. R., Yarloğlu, G., Şencan, İ., ... Özkara, A. (2016). Hastalarda hekim algısına yönelik bir ölçek geliştirme çalışması: Hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8 (2), 104-113. İçinde.
119. Tüter DM. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ OKMEYDANI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ.
120. BAŞHAN ASLANTAŞ Ayşe Hilal. 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SİBERKONDRİNİN PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE OLASI İLİŞKİSİ.
121. Uslu Şahan F, Purtul S. Health Anxiety and eHealth Literacy as Predictors of Cyberchondria in Women. *Acibadem Univ Sağlık Bilim Derg* [Internet]. 22 Haziran 2023 [a.yer 09 Eylül 2023];14(3). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/doi/10.31067/acusaglik.1285876>
122. Özyıldız KH, Alkan A. Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri İle Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 20 Şubat 2022;13(33):309-24.
123. Peng XQ, Chen Y, Zhang YC, Liu F, He HY, Luo T, vd. The Status and Influencing Factors of Cyberchondria During the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Study in Nanyang City of China. *Front Psychol*. 2021;12:712703.
124. Park H, Cormier E, Gordon G, Baeg JH. Identifying Health Consumers' eHealth Literacy to Decrease Disparities in Accessing eHealth Information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. Şubat 2016;34(2):71-6.
125. Journal of Medical Internet Research - eHealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomers and Older Adults [Internet]. [a.yer 30 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.jmir.org/2015/3/e70/>
126. Witten NA, Humphry J. The Electronic Health Literacy and Utilization of Technology for Health in a Remote Hawaiian Community: Lana'i. *Hawaii J Med Public Health*. Mart 2018;77(3):51-9.
127. Paige SR, Krieger JL, Stellefson ML. The Influence of eHealth Literacy on Perceived Trust in Online Health Communication Channels and Sources. *Journal of Health Communication*. 02 Ocak 2017;22(1):53-65.
128. Tiritöğlu S, Danışmanı T. BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ. 2019;
129. Aulia A, Marchira CR, Supriyanto I, Pratiti B. Cyberchondria in First Year Medical Students of Yogyakarta. *Journal of Consumer Health on the Internet*. 02 Ocak 2020;24(1):1-9.
130. Dashti S, Peyman N, Tajfard M, Esmaceli H. E-Health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: a pilot study. *Electron physician*. 25 Mart 2017;9(3):3966-73.
131. Liu Z, Zhang H, Zhang Y ve diğerleri. urrent situation and influencing factors of e-health literacy among rural older adults in Zhengzhou.
132. Handan Ertaş, Ramazan Kırac, Rahime Nur Demir, "Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" (3.Uluslararası 13.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Ekim 10-13, 2019).

133. Department of Humanities, University of Naples "Federico II", Via Porta di Massa, 1 - 80133 Naples, Italy, Boursier V, Gioia F. What Does Predict Cyberchondria? Evidence from a Sample of Women. *J Psychol PsychotherRes*. 12 Temmuz 2020;7(1):68-75.
134. Arcury TA, Sandberg JC, Melius KP, Quandt SA, Leng X, Latulipe C, vd. Older Adult Internet Use and eHealth Literacy. *J Appl Gerontol*. Şubat 2020;39(2):141-50.
135. Tarhan N, Tutgun-Ünal A, EkiNci Y. Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 31 Mayıs 2021;17(37):4253-97.
136. Ünal AT, EkiNci Y, Bayse R, Tarhan N. SİBERKONDRI, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SOSYO-EKONOMİK STATÜ İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA X VE Y KUŞAĞINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA. 2021;
137. Xesfingi S, Vozikis A. eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors. *Interact J Med Res*. 25 Mayıs 2016;5(2):e16.
138. Uzun DSU. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI. 2016;
139. Özyurt TE, Aydemir Y, Aydın A, İnci MB, Ekerbiçer HÇ, Muratdağı G, vd. İnternet ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler.
140. Aydın Kartal Y, Kaya L. COVID-19 SALGININDA EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN SİBERKONDRI DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 27 Aralık 2021;6(3):541-55.
141. Ergün S, Kızıl Sürücüler H, Işık R. E-Health Literacy and Healthy Lifestyle Behaviors in Adolescents: The Case of Balıkesir. *JAREN [İnternet]*. 2019 [a.yer 03 Eylül 2023]; Erişim adresi: <http://www.jarengteah.org/eng/jvi.aspx?pdire=jaren&plng=eng&un=JAREN-65002&look4=>
142. Harris Interactive. (2001). The increasing impact of eHealth on consumer behavior. *Health Care News*, 1(21), 1-9.
143. Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., & Alber, J. (2015). eHealth literacy and web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), 1-16, e70.
144. Tennant, B. (2013). eHealth literacy and social media use for health information among older adults. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). The Graduate School of the University of Florida, Florida.
145. Denктаş, K. (2019). Kırsal kesimde ilköğretim son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlığı. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
146. Öztürk K. E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SİBERKONDRIYE ETKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİNİN ARACI ROLÜ.
147. Ivanova E. Internet addiction and cyberchondria - Their relationship with Well-Being. *Journal of Education Culture and Society*. 01 Haziran 2013;2013.
148. Choi NG, DiNitto DM. The Digital Divide Among Low-Income Homebound Older Adults: Internet Use Patterns, eHealth Literacy, and Attitudes Toward Computer/Internet Use. *J Med Internet Res*. 02 Mayıs 2013;15(5):e93.
149. Orhan M, Sayar B, BiÇer EB. Üniversite Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Karşılaştırılması: Sağlık Bilimleri Lisans ve Lisansüstü Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 22 Aralık 2020;2(3):141-57.

150. Eryiğit Günler O. Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerindeki Etkileri. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2015;17(29):33-40.
151. Özer Ö, Özmen S, Özkan O. Investigation of the effect of cyberchondria behavior on e-health literacy in healthcare workers. Hospital Topics. 03 Nisan 2023;101(2):94-102.
152. Zheng H, Chen X, Fu S. An exploration of determinants of cyberchondria: A moderated mediation analysis. Proc Assoc Inf Sci Technol. Ekim 2020;57(1):e214.
153. Turkiewicz, K. (2012). The impact of cyberchondria on doctor-patient communication. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). The University of Wisconsin-Milwaukee, USA.
154. Tustin N. The Role of Patient Satisfaction in Online Health Information Seeking. Journal of Health Communication. 02 Şubat 2010;15(1):3-17.



8. EKLER

EK 1

1	Yaş	erkek () kadın ()
2	Medeni Durum	evli () bekar()
3	Eğitim Durumu	ilkokul () ön lisans() lise () lisans () lisansüstü()
4	Meslek	kamu çalışanı () özel sektör () ev hanımı () öğrenci () emekli () çalışmıyor ()
5	Sigara Kullanımı	evet () hayır ()
6	Kronik Hastalık Durumu	evet () hayır ()
7	Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu	hayır () evet bir kez () evet birden fazla ()
8	Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumu Ve Sayısı	hayır () evet bir kez () evet birden fazla ()
9	Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri	hayır () evet bir kez () evet birden fazla ()
10	Herhangi Bir Hastalık Durumunda İlk Başvuru Yeri	acil () aile sağlığı merkezi () hastane () diğer ()
11	İş Dışında Günlük İnternette Geçirilen Süre	0-2 saat () 2-4 saat () 4-6 saat () 6 saat ve üzeri()

SİBERKONDRI CİDDİYETİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU(CSS-12)	asla	nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1-Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum hissedersen, bu durumu internette araştırırım.	1	2	3	4	5
2-Hastalık belirtilerini/vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internette yaptığım diğer faaliyetleri engeller.	1	2	3	4	5
3- Aynı hastalık belirtileri ile ilgili farklı internet sitelerini okurum.	1	2	3	4	5
4-İnternette hastalık belirtilerimin nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta da görüldüğünü okursam paniğe kapılırım.	1	2	3	4	5
5-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam aile hekimime başvurmama neden olur.	1	2	3	4	5
6-Aynı hastalık belirtilerini internette birden fazla defa araştırırım.	1	2	3	4	5
7-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam işim/okulumla ilgili diğer faaliyetlerimi engeller.	1	2	3	4	5
8-İnternette durumumla ilgili kötü bir şey görmediğim sürece kendimi iyi hissedirim.	1	2	3	4	5
9-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırdıktan sonra daha endişeli hissedirim.	1	2	3	4	5
10-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internet dışında gerçekleştirdiğim sosyal aktivitelerimi engeller.	1	2	3	4	5
11-İnternette gördüğüm/okuduğum bazı tetkikleri bana yapması için aile hekimine veya başka bir hekime talepte bulunurum.	1	2	3	4	5
12-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam farklı uzmanlıktan hekimlere başvurmama neden olur.	1	2	3	4	5

EK 3

E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sağlık bilgileri için İnternet'i kullanma deneyiminiz ve fikrinizi öğrenmek istiyoruz. Lütfen her ifade için, şu anda görüşünüzü ve deneyiminizi en iyi yansıtan cevabın hangisi olduğunu işaretleyiniz.

*- Sağlığımız hakkında karar verirken, internet yardımını ne kadar **yararlı** buluyorsunuz?

- ☐ Hiç yararlı değil
- ☐ Yararlı değil
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yararlı
- ☐ Çok yararlı

*- İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmeniz sizin için ne kadar **önemli**?

- ☐ Hiç önemli değil
- ☐ Önemli değil
- ☐ Kararsızım
- ☐ Önemli
- ☐ Çok önemli

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1- İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.					
2- İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.					
3- İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.					
4- Sağlıkla ilgili sorularıma yanıt bulmak için interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.					
5- İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
6- İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirebilecek beceriye sahibim					
7- İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.					
8- Sağlıkla ilgili kararlar verirken internetteki bilgileri kullanma konusunda kendime güveniyorum .					

EK 4

Aşağıdaki yer alan hekim ve hastane tercihlerinizi etkileyen ifadeleri katılımdurumunuza göre 1'den 5'e kadar derecelendiriniz.					
İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1-Hekimler 6 yıl tıp fakültesinde eğitim alırlar					
2- Hastanede muayene sıramı sabırla beklerim.					
3- Doktoruma güveniyorum					
4-Hekimliğin saygın bir meslek olduğunu düşünüyorum					
5-Doktorumun söylediklerini anlıyorum					
6-Hekimlere yönelik uygulanan şiddetin cezasız kalmaması gerektiğini düşünüyorum.					
7-Hekimler uzman olmak için 3-5 yıl eğitim alırlar.					
8-Poliklinikte sıramı beklemeden muayene olmaya çalışırım					
9-Doktoruma güvenmiyorum					
10-Çocuğumun da ileride doktor olmasını çok isterim					
Aşağıdaki yer alan hekim ve hastane tercihlerinizi etkileyen ifadeleri katılımdurumunuza göre 1'den 5'e kadar derecelendiriniz.					

İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
11-Doktorumun bana anlattıklarından pek bir şey anlamıyorum					
12-Bir yakınımı hastalık nedeniyle kaybettiğimde doktorun elinden geleni yaptığına inanırım.					
13-Hekimler asistanlık süresince branşlarına göre bazen ayda 13 nöbet tutarlar.					
14-Hastanede uyulması gereken kurallara uyarım					
15-Doktorumun bana ihtiyacım olan tedaviyi verdiğini düşünüyorum.					
16-Hekimliğin emek isteyen bir meslek olduğunu düşünüyorum					
17-Doktoruma merak ettiklerimi rahatlıkla sorabiliyorum					
18-Bir yakınımı hastalık nedeniyle kaybettiğimde sorumlusunun doktor olduğunu düşünürüm					
19-Hekimlik oldukça stresli ve mesuliyeti büyük bir meslektir.					
20-Poliklinikte önce muayene olmak için kavga gürültü çıkarabilirim					
21-Ülkemizdeki doktorların mesleklerinde başarılı olduklarını düşünüyorum					
22-Hekimlerin kutsal bir iş yaptıklarını düşünüyorum					
Aşağıdaki yer alan hekim ve hastane tercihlerinizi etkileyen ifadeleri katılımdurumunuza göre 1'den 5'e kadar derecelendiriniz.					

İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
23-Hekimler 2 yıl mecburi hizmette bulunurlar.					
24-Poliklinikte sıra beklerken sırayı haksız biçimde bozan kimsenin kaba kuvvetle cezasını veririm					
25-Doktorumun uyguladığı tedavi neticesiyle beni tatmin ediyor					
26-Hekimliğin toplumda önde gelen mesleklerinden olduğunu düşünüyorum					
27-Hekimler uzman olmak için TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) a girerler.					
28-Uygulanan tedavi başarısız olduğunda öfkemi doktordan çıkarırım					
29- Hekimler ömür boyunca bilgilerini yenilemek zorundadırlar					
30-Doktorumun hastalığımla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğuna inanıyorum					
31-Ülkemizde uzman aile hekimleri TUS a girerek 3 yıl asistan olarak eğitim alırlar					
32-Reçetemde yazılan ilaçları doktorumun tarif ettiği gibi kullanırım					
33-Son yıllarda hekimlere yönelik olumsuz haberlerin arttığını düşünüyorum					
34-Doktora giderken temiz kıyafetler giymeye dikkat ederim					