

T.C.
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

**BAKIM VERENLERDE SİBERKONDRI
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE SAĞLIK
SİSTEMİNE GÜVENSİZLİKLE İLİŞKİSİ**

ONUR SARIKAYA

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yasemin KORKUT KURTOĞLU

KÜTAHYA-2024

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLolar.....	III
ŞEKİLLER.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	IX
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Siberkondrinin Tanımı.....	4
2.2.Siberkondrinin Tarihçesi ve Epidemiyolojisi.....	5
2.3.Siberkondrinin Tanısı.....	5
2.4.Siberkondrinin Etyolojisi ve Klinik Özellikleri.....	7
2.5.Siberkondrinin Tedavi Yöntemleri.....	11
2.6.Bakım Veren Kavramı ve Bakım Yüğü.....	13
2.7.Sağlık Hizmetlerinde Güven ve Önemi.....	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.Araştırmanın Türü.....	19
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4.Etik Kurul ve İzinler.....	20
3.5.Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1.Sosyodemografik Bilgi Formu.....	20
3.5.2.Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form.....	21
3.5.3.Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği.....	22
4.BULGULAR.....	23
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	23

4.2.Katılımcıların Genel Sağlık Bilgileri ve Sağlık Durumu Algısı.....	24
4.3.Bakım Verilen Kişilerin Genel Sağlık Bilgileri ve Bakım Verenlerin Yakınlık Derecesi.....	25
4.4.Katılımcıların SCÖ-12 ve SSGÖ'ne İlişkin Dağılımı.....	27
4.5.Katılımcıların SCÖ-12 Alt Boyutlarına İlişkin Dağılımı.....	28
4.6.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçekler Arasındaki İlişki.....	28
4.7.Katılımcıların Genel Sağlık Bilgileri ile Ölçekler Arasındaki İlişki.....	33
4.8.Katılımcıların Günlük Ortalama İnternet Kullanım Süresi ve Sağlıkla İlgili Yayın İzleme Sıklığının Ölçeklerle Olan İlişkisi.....	35
4.9.Ölçekler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları.....	37
5.TARTIŞMA.....	39
5.1.Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	39
5.2.Siberkondri ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişki.....	41
5.3.Sağlık Sistemine Güvensizlik ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişki.....	43
5.4.İnternet Kullanım Süresi ve Yayın İzleme Sıklığının Ölçeklerle Olan İlişkisi.....	46
5.5. Siberkondri ile Sağlık Sistemine Güvensizlik Arasındaki İlişki.....	47
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
7.KAYNAKÇA.....	50
8.EKLER.....	64

TABLÖLAR

Tablo 1. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların genel sağlık bilgileri ve sağlık durumu algısı

Tablo 3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Sistemine Güvensizlik Ölçeği puanı

Tablo 4. SCÖ-12 alt boyutlarının puanı tanımlayıcı analizi

Tablo 5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre SCÖ-12 puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

Tablo 6. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre SSGÖ puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

Tablo 7. Katılımcıların genel sağlık bilgilerine göre SCÖ-12 puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

Tablo 8. Katılımcıların genel sağlık bilgilerine göre SSGÖ puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

Tablo 9. SCÖ-12 puanının katılımcıların günlük ortalama internet kullanım süresi ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığına göre karşılaştırılması

Tablo 10. SSGÖ puanının katılımcıların günlük ortalama internet kullanım süresi ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığına göre karşılaştırılması

Tablo 11. Katılımcıların ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyi

ŞEKİLLER

Şekil 1. Bakım alanların sahip olduğu kronik hastalık dağılımı

Şekil 2. Hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu

Şekil 3. Katılımcıların yakınlık derecesi



SİMGELER VE KISALTMALAR

TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SCÖ-33	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği
SİBKÖ	Siberkondri Ölçeği
DM	Diyabetes mellitus
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
CSS-12	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form
SSGÖ	Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesi ile bana yol gösteren, tez yazım sürecinde yardımlarını ve desteğini esirgemeyen çok kıymetli, değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin Korkut KURTOĞLU'na,

Asistanlık eğitimim boyunca her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Adem DURMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Çağla ÖZDEMİR'e,

Beni büyük fedakarlıklarla yetiştiren, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan sevgili annem ve babama,

Her daim yanımda olan, hayat yolculuğunda elele ve gönül gönüle yürüdüğüm kıymetli refikama,

En içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Onur Sarıkaya

KÜTAHYA-2024

ÖZET

BAKIM VERENLERDE SİBERKONDRI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE SAĞLIK SİSTEMİNE GÜVENSİZLİKLE İLİŞKİSİ

Amaç: Çalışmamızda, bakım verenlerde sağlık sistemine duyulan güvenin siberkondri ile ilişkisi ve etki eden faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Bakım verenin mevcut endişe haliyle tekrarlayan çevrimiçi sağlık araması davranışının, sağlık sistemine güven faktörü ile ilgili mevcut sorunların tespitinin yapılması ve olası çözüm yollarının geliştirilmesinde çalışmamızın faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, 01.07.2023-01.01.2024 tarihleri arasında hastanemiz palyatif servisinde takip edilen veya evde sağlık birimimize kayıtlı hastaların bakımıyla ilgilenen 18 yaş ve üzerindeki 500 bakım veren ile yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan çalışmada, katılımcılara sosyodemografik form, siberkondri ciddiyet ölçeği-kısa form ve sağlık sistemine güvensizlik ölçeği uygulandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, kategorik değişkenler ile sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında veriler normal dağılıma uygun olmadığı için non-parametrik testler kullanıldı. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form ve Sağlık Sistemine Güvensizlik Ölçeği'nin bazı faktörler ve sosyodemografik özelliklere göre anlamlı değişkenlik gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla, Mann Whitney U testi, standart sapma ve Kruskal Wallis testinden yararlanıldı. Bakım verenlerin siberkondri düzeyleri ile sağlık sistemine duyulan güven düzeylerinin arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Spearman korelasyon tekniği kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan bakım verenlerin yaş ortalaması $49,13\pm11,64$ olarak hesaplandı. %61,6 kadın, %79,4 evli, %87,7 il merkezinde ikamet etmekteydi. Bakım verenlerin 272'si ilköğretim mezunu ve 217'si ev hanımı idi. Bakım verenlerin 345'i (%69) hastaların çocuğu idi. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form ve Sağlık Sistemine Güvensizlik Ölçeği puan ortalamaları sırasıyla, 26,54 ve 22,24 idi. Katılımcıların sağlık sistemine güvensizlik düzeyleri ile siberkondri düzeyleri, aşırılık, sıkıntı ve zorlama alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda, bakım verenlerde siberkondri düzeyi ile sağlık sistemine duyulan güvensizlik arasındaki ilişki düzeyi anlamlı olarak bulunmuştur. Araştırma, iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma özelliğini göstermesi yönüyle önem kazanmaktadır. Sağlık politikalarının, sağlık hizmeti verenler ve sağlık hizmeti alanlar arasında güven duygusunun artışına katkı sağlayacak şekilde düzenlenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Siberkondri, güvensizlik, sağlık sistemleri, bakım veren



ABSTRACT

DETERMINATION OF THE LEVEL OF CYBERCHONDRIA IN CAREGIVERS AND ITS RELATIONSHIP WITH DISTRUST IN THE HEALTH SYSTEM

Objective: In our study, it was aimed to investigate the relationship between trust in the health system and cyberchondria in caregivers and the factors affecting it. We think that it will be useful for us to study the current state of concern of the caregiver and the repetitive online health search behavior, to identify the existing problems related to the trust factor in the health system and to develop possible solutions.

Materials and Methods: Our study was conducted with 500 caregivers aged 18 and over who were followed up in the palliative service of our hospital or who were interested in the care of patients registered in our home health unit between 01/07/24 and 01/01/24. In the descriptive and cross-sectional study, sociodemographic form, cyberchondria severity scale-short form and distrust in the health system scale were applied to the participants. Chi-square test was used to compare categorical variables, and non-parametric tests were used to compare categorical variables and continuous variables because the data were not suitable for normal distribution. Mann Whitney U test, standard deviation and Kruskal Wallis test were used to reveal whether the Cyberchondria Severity Scale Short Form and Health System Distrust Scale showed significant variability according to some factors and sociodemographic characteristics. Spearman correlation technique was used to evaluate the relationship between caregivers' cyberchondria levels and their level of trust in the health system. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the caregivers participating in our study was calculated as 49.13 ± 11.64 . 61,6% were female, 79,4% were married, and 87,7% were residing in the city center. Of the caregivers, 272 were primary school graduates and 217 were housewives. 345 (69,0%) of the caregivers were the children of the patients. The mean scores of the Cyberchondria Severity Scale Short Form and the Health System Distrust Scale were 26.54 and 22.24, respectively. It was observed that there was a very weak significant relationship between the participants' levels of distrust in the health system and cyberchondria levels, excess, distress and coercion sub-dimensions ($p < 0.05$).

Conclusion: In our study, the level of relationship between the level of cyberchondria and distrust in the health system in caregivers was found to be significant. The research gains importance as it is the first study to examine the relationship between two variables. There is a need to organize health policies in a way that contributes to the increase of trust between health service providers and health service recipients.

Keywords: Cyberchondria, distrust, health systems, caregiver



1.GİRİŞ

Bilgi ve iletişim alanındaki teknolojik gelişmeler, özellikle son yıllarda internete erişimi çok ulaşılabilir kılmıştır (1). Yapılan istatistiklerin sonucu elde edilen veriler, bu durumu somut bir şekilde ortaya koymaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2020 yılında 16-74 yaş aralığındaki bireylerde internet kullanım oranı %79 iken, 2021 yılında %82,6, 2022 yılında %85, 2023 yılında artarak %87,1'e ulaşmış durumdadır (2). Yayınlanan bir raporda; Türkiye nüfusunun %90'ının kişisel mobil cihazının olduğu, %77'sinin internete erişim sağladığı ve aktif sosyal medyayı kullananların sayısının yaklaşık 60 milyon olduğu görülmektedir (3).

İnternet kullanımının bu denli yaygınlaşması, beraberinde birçok yeni hastalık tanımlarını hayatımıza getirmiştir. Akıllı cep telefonları, tablet cihazlar, dizüstü veya masaüstü bilgisayarların etyolojide ana rol üstlendiği hastalık grubu; sosyal medya hastalıkları, internet hastalıkları veya dijital çağ hastalıkları olarak adlandırılmaktadır (4). İnternetin her geçen gün artan kullanımı bazı bireylerde bağımlılık düzeyine gelebilmektedir. Son zamanlarda literatürde kendisine daha sık yer bulmaya başlayan siberkondri bunlardan biridir

Siberkondri teriminden ilk defa 1999 yılında Wall Street Journal'da gazeteci olan Ann Carns'ın kaleme aldığı "İnternette Hipokondriyazis Hastalarının Endişelenmesine Neden Olan Hastalıklar Çok Yaygındır" başlıklı yazısında bahsedilmiştir (5). "Siber" ve "hipokondriyazis" kelimelerinden türetilen bu terim, internet kullanımı ile alakalı bir tür hipokondriyazis olarak belirtilmiştir (6). Siberkondri, genellikle bir kişinin sağlığıyla ilgili duyduğu endişeden beslenen; bu endişeyle ilişkili ve endişesini artırıcı tarzda çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı davranışı olarak tanımlanmıştır (7). Diğer bir tanımlamaya göre; bireylerin kendi sağlık durumlarıyla ilgili olarak internette tekrarlayan aramalar yapması sonucu anksiyete düzeylerinin artış göstermesidir (8). Psikolojik bir rahatsızlık olarak tanımlanan hipokondriyazisin dijital ortamdaki karşılığı olarak da görülmüştür (9).

İnternet, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da insanlar için önemli bir bilgi kaynağıdır. İnternete erişimin kolay ve az maliyetli olması insanların sağlıklarıyla ilgili problemleri için sıkça interneti kullanmalarına neden olmuştur (10,11). Çevrimiçi

aramalarda ulaşılan bilgilerin fazla olması ve aynı konuda birbirleriyle çelişkili ifadelerin geçmesi, kararsızlığa sebebiyet vermekte ve kaygı düzeyini artırmaktadır. Bir meta-analizde 11000'den fazla tıp ve sağlıkla ilişkili internet sitesi güvenilirlik açısından incelendiğinde; hiçbirinin mkemmek düzeyde olmadığı, %37-79 arasında değişen oranlarda iyi düzeyde olduğu ve geri kalanın kalitesiz bilgiler içerdiği tespit edilmiştir (12). İnternette yapılan sağlık aramalarında gerçekleşmesi en olası sebeplerden ziyade en nadir ve korkutucu durumlar kişilerin dikkatini çekmektedir (7). Bu durumda kişinin kendi sağlığıyla ilgili duyduğu endişe artış göstermekte ve siberkondri düzeyi yükselmektedir.

Siberkondrinin doğrudan tanı kriterleri bulunmadığı için 2014'te geliştirilen psikometrik bir ölçek kullanılmaktadır (8). Ölçekte bireyin evrimii sağlık bilgisi araması ile beraber artan kaygı düzeyi ve tıbbi yardım almaya yönelik davranışları standardize edilerek değerlendirilmektedir (13).

Siberkondriye yol açan faktörler net olmamakla birlikte, sağlık kaygısının artmasına sebep olan kompulsif araştırmalar, fizyolojik uyarılmalar, sağlık bilgilerine karşı gelişmiş n yargılar ve güvenlik arama davranışlarının bu duruma zemin hazırladığı düşünülmektedir (10). Obsesif kompulsif bozukluğun ve internetin aşırısı kullanımı ile siberkondrinin yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir (14,15).

Sağlık sistemine ve hekime olan güvenin, hasta ve yakınları ile olan ilişkide ne kadar önemli olduğu aşıkar olmak ile beraber, bu konu ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır (16).

Günümüzde; sorgusuz şekilde hekiminin önerilerini yerine getirmeye çalışan bir hasta profilinden, sorgulayıp araştıran ve birtakım önyargılara sahip olan hasta profiline geçildiği görülmektedir (17). Bu değişimin meydana gelmesinde bilgi ve teknolojiye ulaşımın kolaylaşması, ehil olmayan kişilerin tıbbi çalışmalar ile desteklenmemiş iddialar ile halkı yanlış yönlendirmesi, sağlıkta ihmal ve hata haberlerinin yaygınlaşması gibi sebeplerin etkili olduğu öngörülmektedir. Sağlık sistemine olan güven düzeyinin artırılması, hasta memnuniyetinden tedavi uyumuna kadar birçok alanda olumlu etki meydana getirecektir (16).

Siberkondrinin potansiyel riskleri değerlendirildiğinde ileride yaşanacak

olumsuz durumlar için tedbir alınması önem arz etmektedir (18). Başta güven faktörü olmak üzere, siberkondriye yol açabilecek olası sebeplere yönelik çeşitli çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamız, sağlık sistemlerine duyulan güven durumunun siberkondriye olan etkisinin ve aralarındaki ilişkinin daha anlaşılır olabilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın hipotezleri:

H1: Sağlık sistemlerine duyulan güven düzeyi, siberkondri düzeylerini etkilemektedir.

H2: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre siberkondri düzeyleri farklılık göstermektedir.

H3: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlık sistemlerine duydukları güven düzeyleri farklılık göstermektedir.

H4: Bireylerin sağlık sistemlerine duydukları güven düzeyi, siberkondri şiddet ölçeğini oluşturan alt boyutların (kompulsiyon, sıkıntı, aşırılık, güvence arama, sağlık profesyonellerine güvensizlik) her biriyle farklı oranlarda korelasyon göstermektedir.

H5: Sağlık sistemlerine olan güvensizlik düzeyi yüksek olan bireylerin siberkondri düzeyleri de yüksektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Siberkondrinin Tanımı

Bilgi teknolojilerinde meydana gelen gelişmeler ile, eskiden ulaşılması güç olan bilgilere daha kolay ve istenilen zamanda erişilmesi sağlanmıştır (19). İnternet kullanımının artmasıyla beraber, bireylerin kendi sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili bilgi edinimleri de artmıştır (20). Sağlık problemleri hakkında internette araştırma yapan kişi sayısı çok fazladır (11).

Kişiler, araştırdığı hastalık ile ilgili farklı yollar ile edinilen ve çoğu tıbbi alt yapısı zayıf olan bilgiler ile hekime başvurumaktadırlar (21). Bu durum fayda vermek yerine, tekrarlanan sağlık bilgisi arama davranışları olan bireylerde kaygı ve korku düzeyini artırmaktadır (22,23). Bireylerin yaşadığı korku ve kaygının, bir hastalık haline gelmesi “siberkondri” olarak adlandırılan bir kavramı ortaya çıkarmıştır (24).

Siberkondri, “siber” ve “hipokondriyazis” sözcüklerinden türetilmiştir. Bu terimin, son yıllarda artan internet kullanımıyla ilişkili bir hipokondriyazis biçimi olduğu anlaşılmaktadır (6). Siberkondri, gelişen teknoloji ve internet kullanımının iyice yaygınlaşması sebebiyle son yıllarda literatürde kendine daha çok yer bulmaya başlamıştır (10).

Yeni bir kavram olduğu için farklı tanımlamalar yapılmıştır. Starcevic ve Berle, bireyin kendi sağlığıyla ilişkili derin bir kaygı duymasıyla beraber bu kaygıyı gittikçe artıran çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı olarak tanımlamıştır (7). Diğer bir tanımlamaya göre, bireyin kendi vücudunda hissettiği bazı belirtileri internette araştırması ve web içeriklerini değerlendirmesinin ardından belirtilerinin nadir ya da ciddi bir hastalıkta görüldüğü inancını geliştirmesidir (25,26). “Çevrimiçi sağlık bilgisinin aşırı düzeyde gözden geçirilmesi neticesinde, bireyin sağlığıyla alakalı anksiyetesinin artış göstermesi” ve “internette sağlık aramaları sonucunda gelişen aşırı sağlık endişesi” şeklinde tanımlamalar da yapılmıştır (8,27). Tarhan ve ark.’na göre siberkondri, kişinin var olduğunu düşündüğü sağlık problemleriyle ilgili çevrimiçi bilgi, tetkik ve tedavi yöntemleri araştırarak kendi kendine tanı koyma veya tedavi etme çabası içerisine girmesidir (14). Siberkondri belirtilerini gösteren kişilere “siberkondriyak” denilmiştir (28).

2.2. Siberkondrinin Tarihçesi ve Epidemiyolojisi

Siberkondri kavramına ilk defa 1999 yılında Wall Street Journal’da gazeteci olan Ann Carns’ın kaleme aldığı “İnternette Hipokondriyazis Hastalarının Endişelenmesine Neden Olan Hastalıklar Çok Yaygındır” başlıklı yazısında değinilmiştir (5). Başka bir yayında siberkondri kelimesinin 2000’lerde bir haber servisi olan Business Wire tarafından ortaya atıldığı belirtilmiştir (29). 2001 yılında “The Independent” isimli gazetede yayınlanan makalede, siberkondrinin bir hastalık olduğu ilk defa belirtilmiştir (5). Ülkemizde 2000’li yıllardan sonra “siberkondri” terimi kullanılmaya başlanmıştır (30).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yetişkinlerin %35’i interneti bir tanı aracı olarak görmektedir (31). Erişkinlerin, Büyük Britanya’da %51’i ve Türkiye’de %69,3’ü çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışında bulunmaktadır(32,33). Yapılan çalışmalarda katılımcıların %85,5’inin sağlık kuruluşuna başvurmadan önce şikayeti ile ilgili çevrimiçi araştırma yaptığı ve yetişkinlerin %53’ünün sağlık bilgilerine ulaşmak için internete başvurdukları ortaya konulmuştur (6,34).

Toplunun önemli bir kısmını oluşturan genç popülasyon, interneti ulaşmak istedikleri şeyler için ilk başvuru aracı olarak görmektedir. Siberkondrinin en yaygın e-hastalıklardan biri olduğu düşünülmektedir (35).

2.3. Siberkondrinin Tanısı

Siberkondri ile ilgili yapılan çalışmalarda henüz tanı kriterleri oluşturulmadığı için net bir tanı ölçütü bulunmamaktadır (13). Siberkondri, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) sınıflamasında yer almamaktadır. Daha çok hipokondriyazis ve sağlık anksiyetesinin bir parçası gibi görülmektedir (36). 2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından geliştirilen, 33 sorudan oluşan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ-33) değerlendirme aracı olarak sıkça kullanılmaktadır. Ölçek genel olarak siberkondrinin beş farklı boyutunu ele almaktadır (37).

Birinci boyut, zorlantıdır (kompulsiyon). Zorlantı, çevrimiçi tekrarlayan aramaların hayatın diğer fonksiyonel alanlarında meydana getirdiği ihmal ve kesintiye ifade etmektedir.

İkinci boyut, sıkıntıdır (distress). Çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışlarının artmasıyla beraber bireyde meydana gelen ve gittikçe artan uyku bozukluğu, kaygı, korku, somatik belirtiler gibi durumlar sıkıntı boyutunda ele alınmaktadır.

Üçüncü boyut, aşırılıktır. Bireyin internette geçirilen vaktin büyük bir kısmını sağlık bilgisi aramalarına ayırmasını ve bunun tekrarlayan davranışlar sonucunda bağımlılık haline dönüşmesini ifade etmektedir.

Dördüncü boyut, güvence aramaktır. Bireylerin kendi sağlıkları hakkında duydukları yoğun endişeleri neticesinde herhangi bir sağlık profesyoneline müracaat etmelerini ifade etmektedir.

Beşinci boyut, tıbbi uzmanlara güvensizliktir. Bu boyut hastanın sağlık profesyonellerine herhangi bir sebeple güven duymaması ve şüpheli olarak yaklaşmasını ifade etmektedir. Sonuncu boyutun doğrudan diğer boyutlarla ilişkisi olmadığı çeşitli çalışmalarda öne sürülmüştür. Bu yüzden McElroy ve ark. 2019'da SCÖ-33'ün kısa formunu geliştirmişler ve "tıbbi uzmana güvensizlik" boyutunu ölçekten çıkarmışlardır (38-40).

Ülkemizde, Batıgün ve ark. tarafından 2018'de 27 maddeden oluşturulmuş Siberkondri Ölçeği (SİBKÖ) geliştirilmiştir. Bu ölçekte bireyin siberkondriye ilişkin davranışsal, bilişsel ve duygusal yatkınlığını değerlendirmek amaçlanmıştır (41). SİBKÖ; kaygıyı artıran faktörler, doktor-hasta etkileşimi, kaygıyı azaltan faktörler, kompulsiyon ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere beş alt boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır.

İnternette sağlık bilgisi arama sırasında sayfalarda yer alan bilgilerin içeriği, kullanılan terminoloji, güvenilirliği gibi etkenlerin bireyin anksiyetesini artırması; kaygıyı artıran faktörler alt boyutunu açıklamaktadır. Basit ve sık görülen bazı belirtilerin, ciddi ve nadir görülen bir hastalıkta görüldüğü endişesiyle bireyin günlük hayatını olumsuz etkileyecek düzeyde tekrarlayan çevrimiçi aramalar yapması; kompulsiyon alt boyutudur. Bireyin internetten sağlık bilgisi ararken kendince güvenilir bulduğu kaynakları okuyup, benzer belirtiler gösteren diğer insanların yorumlarını araştırması sonucunda endişesini azaltan bir çıkarımda bulunması; kaygıyı azaltan faktörler alt boyutunu işaret etmektedir. Kaygıyı azaltan faktörler alt

boyutu, ilk bakışta faydalı ve hastanın endişesini gideriyor gibi görünse de uzun vadede rahatlama durumunun devam etmesi için hastayı yineleyen sağlık bilgisi aramalarına yönlendirerek siberkondriye zemin hazırlamaktadır. Dördüncü alt boyut olan doktor-hasta etkileşimi, hastanın kendi vücudunda hissettiği birtakım belirtileri internette sık sık araştırması sonucunda elde ettiği bilgileri doktoruyla paylaşması ve devamlı danışma isteğini ifade etmektedir. Beşinci ve son alt boyut olan işlevsel olmayan internet kullanımı, bireyin kendinde hissettiği belirtileri internette araştırması sonucunda nadir ya da ciddi bir hastalığın kendinde olduğu fikrine ulaşmasını ifade etmektedir. Ölçeğin bütününde alınan puanların artması, siberkondri düzeylerinin arttığını göstermektedir (41).

Siberkondri düzeyini belirlemek amacıyla ülkemizde Tatlı ve ark. tarafından 2019 yılında Siberkondri Eğilim Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçek, yansıma ve bilgi arama boyutlarını içeren 30 maddeden oluşmaktadır. Diğer ölçeklerin aksine iki faktörlüdür ve bireylerin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında interneti ana bilgi kaynağı olarak görüp görmediklerinin tespit edilmesi için kullanılmaktadır. Yansıma boyutu, bireyin internetten edindiği bilgileri uygulamaya geçirme eğiliminin fazla olduğuna işaret etmektedir. Bilgi arama boyutu, bireyin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşması durumunda interneti sağlık bilgisi arama gayesiyle kullanma ihtimalini değerlendirmektedir. Ölçek bir bütün olarak ele alındığında; 30-60 puan düşük siberkondri eğilimini, 60-90 puan orta derecede siberkondri eğilimini, 90-120 puan yüksek siberkondri eğilimini göstermektedir (42).

2.4. Siberkondrinin Etyolojisi ve Klinik Özellikleri

Siberkondrinin etyolojisinde birden fazla görüş belirtilmektedir. Bireyin, sağlık sorunları hakkında çevrimiçi kompulsif araştırmalar yapmasıyla artan sağlık kaygısı; kişiyi siberkondriye yaklaştırmaktadır ve bu kişiler siberkondriyak olmaktadır (36). Aslında hasta, sağlık sorunuyla alakalı bilgi edinerek duyduğu gereksiz ve normalden fazla olan kaygısını hafifletmek arzusuyla bunu gerçekleştirmektedir. Fakat bu araştırmalar daha fazla kaygıya neden olabilmekte ve hastayı daha anksiyetik bir hale getirebilmektedir (43).

Etyolojide bir diğer faktör, bireyin çevrimiçi arama yaparken güvenilir ve

güvenilir olmayan bilgi kaynakları arasında ayırım yapmakta zorlanması ve bu konuda yeterli bilinç düzeyine sahip olmamasıdır (36). İnternet üzerinden bilgiye ulaşırken mekan ve zaman sınırlamasının olmaması, üretiminin ve bilgi birikiminin süreklilik içermesi, herkes tarafından düşük maliyetli ve kolayca ulaşılabilir olması gibi sebeplerle bilginin yayılması ve erişilebilirliği oldukça artmıştır (44,45). İnternette aradığımız bilgiler, hayatımızın birçok alanında bizlere fayda sağlamaktadır (35). Bununla beraber internet üzerinde çok hızlı bir bilgi eklemesi, çıkarması ve değişimi söz konusu olduğu için erişilen bilgiler karmaşık bir yapıya dönüşmektedir (45). İnternet üzerinden bir bilgi paylaşılmadan önce herhangi bir uzman tarafından denetlenmesi yapılmamaktadır. Paylaşılan bilgilerin doğruluk düzeyini ölçmek ve bu konuda bilinçli davranmak tamamen kullanıcının sorumluluğuna bırakılmıştır (46). Bir diğer problem; bireylerin sağlık terminolojisi konusunda yeterli miktarda bilgi sahibi olmadıkları için, yaptıkları çevrimiçi aramalar sonucunda yanlış yorumlamalarda bulunmalarıdır (20). Bireyler internette eriştikleri bilgileri bir tanı aracı olarak gördüklerinde, doğruluğunu araştırmadan onayladıklarında; kendilerine yanlış tanıları koymakta ve kanıta dayalı olmayan tedaviler uygulayabilmektedir (47,48). İnternetteki bilgilerin kalite, doğruluk, güncellik gibi özelliklerini bilinçli bir şekilde ayıramayan bireyler, önceden sağlık anksiyeteleri olmamasına rağmen sonradan siberkondriyak duruma gelebilmektedir (49).

İnternet bağımlılığı ile çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı ve siberkondri düzeyinin artış göstermesi arasında önemli ilişkiler bulunmuştur (50). İnternetin normalin dışında aşırı kullanımı internet bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır (51). Ülkemizde 2022 TÜİK verilerine göre internete erişim imkanı olan hane oranı %94,1 iken; interneti düzenli olarak her gün kullanan bireylerin oranı %82,7 olduğu görülmektedir (52).

İnternet kullanımının oldukça yaygınlaştığı günümüzde internet bağımlılığı olan bireylerin, hissettikleri bazı hastalık belirtileri için çevrimiçi arama davranışında bulunmaları diğer bireylere göre daha olasıdır (50). İnternet ve teknoloji bağımlılığı yaşayan bireylerin, öz güvenleri düşük olduğu için siberkondriye daha çok eğilim göstermektedir (53).

Yeni tıbbi çalışmalar ve deneyler sonucunda önceden doğru kabul edilen bazı

bilgilerin yanlış olduğunun anlaşılması, mevcut sağlık sisteminde kullanımına yasal izin verilen bazı ilaçların sonradan meydana gelen ağır advers etkileri, etkinliğinin istenen düzeyde olmaması, yasal bazı süreçler vb. sebeplerle piyasadan çekilmesi, bireylerin yaşadığı sağlık problemleri sebebiyle başvurduğu sağlık profesyoneli ile verimli ve etkin bir iletişim kuramamış olması da bireylerin siberkondri düzeylerinin yükselmesine sebep olduğu düşünülmektedir (54).

Düzenli ilaç kullanan, kronik ve ciddi rahatsızlıkları olan ve sağlık kurumlarına başvuru sayısı fazla olan hastaların siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (55). Tekrarlayan çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışında bulunan hasta grubuna bakıldığında koroner kalp hastalığı, diyabetes mellitus (DM), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), romatoid artrit gibi kronik hastalıklara sahip bireylerin çoğunlukta olduğu görülmüştür (56).

Sağlık anksiyetesine sahip bireylerin siberkondriye daha yatkın oldukları anlaşılmıştır (57). Sağlık anksiyetesi ile ilgili güvence arayışı, tıbbi problemler üzerindeki bilinmeyen yönleri aydınlatma veya mevcut olan belirsizliği ortadan kaldırma davranışdır (58). Yapılan çalışmalarda belirsizliği tolere edemeyen bireylerin, mevcut belirsizliği oldukça kaygı verici olarak gördükleri ve bu kaygıyı hafifletmek için çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışına başvurdukları saptanmıştır (59,60). Belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel duyumların abartılması, bireyde anksiyete duyarlılığını arttırmaktadır. Artan anksiyete duyarlılığı, bireyi siberkondriye eğilimli yapmaktadır (61).

Siberkondri düzeyi yüksek bireylerin, vücutları hakkında normalden fazla duyarlılığa sahip oldukları için internette yanlış ya da eksik bilgi kaynaklarıyla karşılaşması, mevcut semptomların etkisini artırabilmektedir. Kaygı düzeyinde yükselişe yol açarak hastalık sürecini daha stresli ve gergin bir hale getirebilmektedir. Örneğin; siberkondri düzeyi yüksek olan bir birey, göğüs bölgesinde hissettiği bir ağrıyı, çevrimiçi aramalar sonucu kalp krizine veya ciddi kalp hastalığına işaretmiş gibi yorumlayabilmektedir (62). Yaşadığı bu gergin ve stresli dönem, hastada hipertansiyon gibi kronik hastalıklara, baş ağrılarına, bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve buna bağlı gelişen ek hastalıklara zemin hazırlayabilmektedir. Bunların neticesinde sağlık maliyetlerinin artışı, artan doktor ziyaretleri ve

beraberinde hasta yoğunluğu yaşanmaktadır (63-65).

Siberkondrinin aynı zamanda kişiye psikososyal açılardan da önemli derecede olumsuz etkileri bulunmaktadır. Sürekli kaygı halinde olan birey; ailesi, arkadaşları ve çevresinde ona yakın olan diğer bireyleri dolaylı olarak etkilemektedir. Hissettiği tıbbi semptomları sürekli çevrimiçi aramakla meşgul olan bireyler, sosyal hayatlarına yeteri kadar zaman ayıramamakta ve bunun neticesinde sosyal ilişkileri zayıf kalmaktadır. İş hayatında görev ve sorumluluklarını yerine getirirken yaşadıkları anksiyete, konsantrasyon kaybına yol açarak iş verimin düşmesine yol açmaktadır. Çalışma hayatından bütünüyle uzak kalarak ciddi finansal zorluklara maruz kalmaktadır. Sağlık profesyonellerinden pahalı tıbbi testler isteyerek ya da özel sağlık kurumlarında bu testleri yaptırarak veya internette gördüğü pahalı tedavi seçeneklerini uygulayarak ekonomik anlamda çeşitli sorunlar yaşamaktadır (13,66,67). Siberkondri, hasta-hekim ilişkisini de olumsuz etkilemektedir. Hekim otoritesinin azaldığı, hastanın tanı, tetkik ve tedavi sürecine daha aktif bir şekilde katılım sağladığı ortama zemin hazırlamaktadır. Hastalar, hekime giderken eskiden olduğu kadar güvenerek gitmemekte, hekiminin verdiği bilgilere ve tedaviye güvenmeyip birden fazla hekime başvurma davranışı sergilemektedir. Bu durum, toplumu ekonomik ve psikolojik olarak etkilemekle beraber sağlıkta şiddet davranışlarına da dönüşebilmektedir (68).

Siberkondri, hipokondriyazisin 21.yüzyıldaki eş değeri olarak tanımlanmaktadır (69). İki kavram birbiriyle yakından ilişkilidir. Hipokondriyazis, hastalık hastalığı olarak bilinmektedir. Kişinin vücudunda hissettiği bazı belirtileri yanlış ve abartılı bir şekilde yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığa yakalandığını düşünmesi ve gereken tıbbi değerlendirmeler sonucunda güvence verilmesine karşın bu düşüncelerin devamlılık göstermesi olarak tanımlanmaktadır (70). Hipokondriyazis, DSM-5'te psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmamaktadır. Somatik semptomları olan bireylerde ciddi düzeyde sağlık anksiyetesi eşlik ediyorsa "somatik semptom bozukluğu" içerisinde, sadece yüksek sağlık anksiyetesi mevcutsa "hastalık kaygısı bozukluğu" içerisinde değerlendirilmektedir (71).

Starcevic ve Berle, siberkondrinin internet ve bilgisayar kullanımı ile ilgili bir hipokondriyazis olabileceğini belirtmişlerdir (72). Muse ve ark. siberkondrinin,

internet kullanan bir hipokondriyazis hastası olmadığını ve bu iki kavramın birbirinden farklı bağlamda ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir (43).

Hipokondriyazis ile siberkondri arasında önemli farklar bulunmaktadır. Siberkondriyak bireylerde çevrimiçi aramalara ilişkin karşılaştıkları ciddi hastalıklara artmış ilgiden ziyade, bilgi toplama hususunda artmış endişe ön plandadır. Hipokondriyaklar kendilerini ciddi bir hastalığa sahip olduklarına ikna edip hastalığın semptomları ile örtüşen fiziksel tepkiler gösterir ve tekrarlayan doktor ziyaretleriyle endişelerini canlı tutar. Siberkondride bilgi toplama hususunda bireylerde bilişsel bir çaba mevcuttur. Hipokondriyaziste öncelikli olan bireyin belli bir hastalığa sahip olduğu fikridir (73).

2.5. Siberkondrinin Tedavi Yöntemleri

Siberkondrinin etkilerinin azaltılması, tamamen ortadan kaldırılması ya da önlenmesi gibi amaçların yerine getirilebilmesi için çok yönlü bir uyum içerisinde hareket edilmelidir. İnternet üzerinde aktif rol oynayan internet sitesi tasarımcıları, arama motoru sağlayıcıları, bilgi işlem uzmanları gibi meslek grupları ile hekimler, psikologlar, halk sağlığı uzmanları gibi sağlık çalışanlarının koordinasyon sağlayarak verimli bir şekilde çalışması gerekmektedir (54).

Birey, çevrimiçi sağlık bilgisi araması yaptığında, koruyucu teknik önlemler alınmalı ve aranılan semptom veya sağlık problemleri hakkındaki bilgi kaynakları arasında doğrusal bir ilişki olmalıdır (74). İnternette yer alan sağlık bilgileri; açık, anlaşılır ve terminolojik kelime ağırlığı olmayan tarzda sunulmalıdır. Hastanın hissettiği belirtilerin ve olası teşhislerin gerçekliğe dayalı olarak arama sonuçlarına yansması, hastada ortaya çıkabilecek kaygıyı önlemektedir (75). Alınabilecek tüm bu tedbirlere rağmen bireylerin siberkondri riski tamamen ortadan kalkmamaktadır (76).

Siberkondrinin farmakolojik olarak herhangi bir tedavisi bulunmamaktadır. Temel tedavi yöntemi psikoeğitimidir (69). Bilişsel davranışçı terapi, siberkondri yönetiminde kullanılan diğer bir yöntemdir (77). Tedavide kullanılan bu yöntemlerin temelde iki amacı vardır. Birincisi, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili kaygılarını artırmadan çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışını kazanması ve bu davranışı kazanırken çevrimiçi geçirilen süreyi azaltarak günlük rutin işlerini etkin bir şekilde

sürdürebilmesini sağlamaktır (78). İkincisi, internette yer alan sağlık bilgilerinin birey için kaygı arttırıcı veya tehdit edici bir durum oluşturmadığını, bu bilgilerin doğru şekilde yönetildiklerinde çevrimiçi aramalarda aşırıya kaçılmayacağını bireyin anlamasını sağlamaktır (75,78,79).

Hastaya internetteki bilgi karmaşası, sağlık problemleri ile ilgili arama yaptığı bilgi kaynağının güvenilirliği ve bu bilgi kaynaklarından elde ettiği verileri nasıl değerlendirmesi gerektiği konularında danışmanlık hizmeti verilir. İnternetin, bir tanı veya tedavi aracı olmadığı, her türlü probleme çözüm bulmasının mümkün olmadığı hastaya anlatılmalıdır (79).

Tüm bireylerde çevreye özgü ve kişiye özgü faktörleri tanımlayan bir vaka çözümlemesi yapılmalıdır. Spesifik faktörlerden bağımsız olarak; psikoeğitim tedavinin en önemli parçasını oluşturmaktadır. Bu süreçte hastanın e-sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi hedeflenmektedir. İnternette yapılabilecekler ve yapılamayacaklar; güvenilir olan ve güvenilir olmayan sağlık bilgi kaynakları arasında ayırım yapabilme; yapılan sağlık bilgisi aramaları sonrasında etkin ve verimli bir değerlendirmede bulunabilme konuları ele alınmaktadır (69).

Siberkondrinin yönetiminde; çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışını tamamen bıraktırmak gibi bir hedef yer almamaktadır. Bu davranış, tek başına bir risk faktörü değildir. Bireyler, yaşadıkları herhangi bir sağlık problemini güvenilir çevrimiçi bilgi kaynaklarından araştırabilir ve bu araştırmalar sonucu elde ettiği verileri eleştirel tarzda değerlendirebilir. Doğruluğundan şüphe duydukları konular için bireylerin ilgili sağlık profesyoneline danışması da siberkondri tedavisinin bir başka hedefidir (80). Çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı kontrollü olmalı ve aşırıya kaçılmamalıdır. İnternette geçirilen süre denetim altında olmalıdır. İnternette erişilen bilgilerin güvenilirliği sorgulanmalı ve gerekirse bu bilgiler ilgili sağlık profesyoneli ile beraber analiz edilip değerlendirilmelidir. Önerilen hayat tarzı değişiklikleri yerine getirildiğinde, çevrimiçi aramalar bireylerin özgüvenlerini artırarak kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağlamaktadır (81). Bu tarz bilişsel ve davranışsal girişimler, bireyin sahip olduğu sağlık anksiyetesi ve yüksek siberkondri düzeyini düşürmede oldukça etkili olmaktadır (77).

Çevrimiçi sağlık bilgisi kaynaklarının hangilerinin güvenli, hangilerinin

güvenli olmayan kaynaklar olduğunu ayırt edebilmek kolay değildir. İnternette bulunan sağlık bilgisinin kim tarafından yazıldığının açıkça belirtildiği, maddi çıkarların gözetilmediği, içeriğin güncelliğine dikkat edildiği, bilimsel kanıtların ortaya konulduğu, akademik, bilimsel veya tıbbi bir kuruluşa ait olan bilgi kaynakları bireyler için güvenli ve faydalı olabilir (75). Çoğu zaman, güvenilir ve güvenilir olmayan kaynaklar arasında birbiriyle çelişkili ifadeler ve tutarsızlıklar yer almaktadır. Bu durum, bireylerde sağlık anksiyetesini artırmaktadır. Siberkondrili veya hipokondriyazisi olan bireyler güvenli olmayan çevrimiçi bilgi kaynaklarına asla başvurmamalıdır (82).

Siberkondrili bireylere, tıp alanında bazı konularda, karmaşık olması sebebiyle görüş birliğine varılamadığının, farklı görüşlerin ve anlaşmazlıkların olabileceğinin bilincinde olarak çevrimiçi sağlık bilgisi araması yapması gerektiği belirtilmelidir. Bireyin bu durumların farkında olması, belirsizliğe karşı olan tepki düzeyi ile ilişkilidir ve bireyi mantıksal bir değerlendirme yapmaya yönlendirir (90). Hastalar, güvenilir çevrimiçi bilgi kaynaklarından kendi sağlık problemleriyle ilgili araştırma yaptıktan sonra teşhis ve belirtilerin kontrolü için mutlaka aile hekimlerine başvurmalıdır (83). Aile hekimleri, sağlık hizmetinin temelinde rol oynamakta; hastalara sağlık konusunda danışmanlık ve rehberlik hizmeti vermektedir. Hastalıkların önlenmesi, mevcut sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve sürekli geliştirilmesi amaçlarını taşıyan birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile hekimleri, hastalarının kendilerine gelmeden önce sahip olduğu sağlık problemlerine ilişkin internette araştırma yaptıklarını göz önünde bulundurmalıdır. Hastaya çevrimiçi arama yapmanın olumlu yanları ve kaygıyı artırıcı nitelikte olan olumsuz yanlarını anlatmalıdır. Doğru ve güvenilir internet siteleri hakkında hastalara gereken bilgilendirme yapılmalıdır. Aile hekimleri, toplumun sağlık eğitiminde önemli rol oynayabilecek konumdadır (84).

2.6. Bakım Veren Kavramı ve Bakım Yüğü

Ortalama yaşam süresinin uzaması ile beraber toplumların yaşlı popülasyonu artış göstermektedir. Beklenen yaşam süresinin uzaması kansere, nörolojik hastalıklara, kardiyovasküler hastalıklara, kronik hastalıklara sahip ve bakıma ihtiyacı olan birey sayısının artması sonucunu doğurmuştur (85). Bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci bakım verme olarak tanımlanmaktadır (86).

Bakım veren; sakatlık, hastalık veya yaşlılık gibi bir engel sebebiyle kendine bakmakta zorlanan ya da bakamayan bireylere yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişilerdir. Bakım veren haline gelme planlanamaz ve seçilemez bir durumdur (87). Bakım işi oldukça geniş bir tanımlamadır ve bakım verenin yardım amacıyla yaptığı tüm uygulamaları kapsamaktadır. Bu yardım; yemek yapma, temizlik ve ütü gibi ev işlerini yapma, ekonomik, tıbbi ya da kişisel yardım şeklinde olabilir.

Bakım verme, formal ve informal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Formal bakım verme; evde, özel veya kamu kurumlarında sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımı ifade etmektedir. Evde formal bakım sağlayan meslek grupları; hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve evde bakım yardımcılarında oluşmaktadır.

İnformel bakım, aynı zamanda uzmanlık gerektirmeyen bakım verme anlamına gelmektedir. İnformel bakımda, bakım verenin bir yakını yardım etme rolünü üstlenmektedir. İnformel bakımın sağlayıcıları, herhangi bir ücret almadan evde bakım sağlayan aile üyeleri veya tanıdıklardır (85). İnformel bakım vericilik zorlu ve stresli olabilmektedir. Bakım veren kişiler gündelik hayatındaki pek çok şeyi değiştirmek mecburiyetinde kalabilir. Bu durumda bireylerde psikolojik ve ekonomik etkilenimler meydana gelebilir (88).

Bakım veren kişiler, bakım verme sürecinde çeşitli yönlerden olumsuz etkiler yaşamaktadır. Bu etkileri ortaya koymaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramını kullanmıştır (89). Bakım veren yükü kavramı, Grad ve Saisbury tarafından ilk kez 1963 yılında kullanılmıştır. Bakım verme yükü terim anlamı olarak, bir başkasının bakımına gereksinim duyan bireye, bakım verenlerin karşılaştığı duygusal, fiziksel, sosyal, psikolojik veya ekonomik problemlerdir (90). Nesnel ve öznel yük olarak iki farklı boyutu bulunmaktadır.

Nesnel yük; ev halkının ve bakım verenin yaşamındaki çeşitli değişiklikleri veya etkilenmeleri içermektedir. Ailenin yaşantısında hastanın hastalık derecesinin, aktivite düzeyinin, yardım ve görev tiplerinde geçirilen sürenin ve bu yönde yapılan finansal harcamaların sebep olduğu çok yönlü aksaklıklarla ilişkilidir. Hastaların ilaç zamanlamaları, ilaçların doğru bir şekilde hastalara verilmesi ve hastanın günlük semptom ve şikayetlerinin izlenmesi nesnel yüke örnektir (88). Bakım verme işinin

bakım vericinin hayatına etkisi zarar verici boyutta olabilmektedir. Kişinin günlük hayatındaki diğer rolleri ile bakım rolleri arasında, bakım verme işinin gereksinim ve sorumlulukları sebebiyle bir çatışma oluşmaktadır. Bunlar; aile içi ilişkiler, çalışma, gündelik rutinler, eğlence, sosyal aktivite ve ilişkilerde değişimlerin yanında hastalığın finansal etkilerini de içermektedir. Rollerdeki bu çatışma ve değişimler bakım verme yükünün nesnel boyutu olarak görülmektedir (91).

Öznel yük; bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışları veya verdiği duygusal tepkileri içermektedir. Aile bireyinin hissettiği gerginliğin miktarıyla ilgilidir. Öznel yük, bireyin karşılaştığı nesnel yüklerin etkisiyle yaşadığı duygusal sıkıntılardır. Genellikle hissedilen bu duygusal sıkıntılar; keder, utanma, suçluluk hissi gibi duygusal cevaplardır (91).

Bakım verenler, bakım verme sürecinde yaşadıkları zorluklar sonucunda birçok problemle karşılaşabilmektedir. Bireyin tükenmişliğine, stres ve anksiyete yaşamasına sebep olabilir (92). Kaygı, stres ve suçluluk gibi duyguların yaşanması sonucunda bireyin depresyona girmesi olasıdır ve bu durum yük puanının artışı beraberinde getirir (93). Bakım sürecinde, hastadan daha çok bakım veren bireyin depresyon, anksiyete, yorgunluk, tükenmişlik, uyku bozukluğu, sosyal kısıtlılık ve rol karmaşası yaşadığı belirtilmiştir (94). Bakım veren eşlerin hastalarına duygusal ve fiziksel yönlerde destek olmalarının önemli katkılarının olduğu tespit edilmiştir. Ailenin gündelik yaşamındaki rutinlerin devamlılığını sağlamada önemli role sahip olan eşler, bakım verme rolü ve günlük gereksinimlerini karşılama sorumluluğunu aynı anda üstlenmektedir. Yapılan araştırmalar, eşlerden en az yarısının ev ve iş hayatlarında sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandığını göstermektedir. Sözü edilen sorun alanları haricinde hastaların duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılamakta da zorlandıkları ve çeşitli sorunlarla karşılaştıkları belirtilmiştir (86-95).

2.7. Sağlık Hizmetlerinde Güven ve Önemi

Sağlıkta güven kavramı, topluma sağlık hizmeti verenlerin görev ve yükümlülüklerini kusursuz bir şekilde yerine getireceklerine dair inançların bütünüdür. Diğer bir tanımlamaya göre, toplumun sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu zamanlarda yeterli tedavi ve bakım alabileceğine inanmasıdır. Sağlık hizmeti

verenlerin, hastaların biyopsikososyal açıdan iyilik halini diğer tüm konuların önünde tutacağı kabul edilmektedir (96,97).

Güven, sağlık hizmetinden faydalanan hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları konumunda olan sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hastaya güven verebilmek, sağlık profesyonelinin ahlaki bir sorumluluğudur (98).

Bireyler, bazı dönemlerde bireysel veya çevresel faktörler sonucunda ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan tam iyilik hallerini devam ettiremeyebilir. Sağlıklarını kaybedebilir. Sağlıklarını kaybettiklerinde kendilerini daha güçsüz, savunmasız ve çaresiz hissedebilir. Bu durumdan kurtulup eski sağlıklarına kavuşabilmek amacıyla bir sağlık profesyoneline başvurabilir. Bu bağlamda devletlerin izledikleri politikalar ve sistemler özelde birey, genelde toplum sağlığı için oldukça önemlidir (99).

Sağlık hizmetlerinde güvensizliğin üç farklı boyutu mevcuttur. Birinci boyut güven nesneleridir. Güven nesneleri sağlık hizmeti sağlayıcıları olan hekimler, hemşireler ve asistanları kapsamaktadır. İkinci boyut sağlık kurumları olan hastaneler ve kliniklerdir. Üçüncü ve son boyut, sağlık hizmetlerinin finansal yönleriyle ilişkili olan özel veya devlet sigortalarıdır. Hastaların güven düzeyi bir boyuta karşı yüksek iken; diğer boyutlara karşı güvensizlik duyulabilir (100).

Toplumsal sağlık hizmetlerine duydukları güven aşamasında üç faktör önem arz etmektedir. Birincisi, sosyal medyadır. Sosyal medya aracılığıyla paylaşılan tıbbi hata haberleri, sağlık profesyonelleri ile yöneticilerin yolsuzluk yaptığı iddiaları, endüstri ve ilaç ortaklıklarının ardındaki gizli anlaşma spekülasyonları, halkın sağlık sistemine olan güven düzeyinin azalmasına yol açmıştır. İkincisi, bakım hizmetlerinin gittikçe daha karmaşık ve zor hale gelmesidir. Hastaneye yatış sürelerinin mümkün olan en kısa süreye indirgenmesi, bir tedavi ya da ilacın geri ödeme kapsamından kaldırılması gibi durumlarda toplumun tıbbi ihtiyaçları tam anlamıyla karşılanamamakta; insanlar, sistemin finansal kaygılarının daha ağır basarak tasarruf yolunu tercih ettiğini düşünmektedir. Üçüncüsü, yüksek gelir düzeyine sahip olan gelişmiş ülkelerde, sağlık profesyonellerine duyulan güven seviyesinde düşüklük olmasıdır. Bu durumun nedeni, bilimsel iletişimde anlaşmazlıklar olarak gösterilmektedir (101). Ayrıca gelişmiş ülkelerde özellikle son yüzyılda çok önemli gelişmeler yaşanmış; bebek ölümleri azalmış, ortalama yaşam süresi uzamış, organ

nakillerinde büyük bir yol katedilmiş, üreme teknolojileri ilerlemiş, birçok hastalık aşılama yöntemiyle kontrol altına alınmıştır. Yaşanan tüm bu gelişmelerin yanında etik düzenlemeler eleştirilmeye başlanmış ve tıp bilgilerine duyulan güven gittikçe azalmıştır (102).

Hekim-hasta iletişiminde; hasta merkezli yaklaşım, hekimin açık ve net olması, empati yapabilmesi, gerekli bilgi ve donanıma sahip olması ve güçlü iletişim yöntemlerini kullanması önemli faktörlerdir. Muayene sürelerinin kısalması, hekim-hasta iletişimini olumsuz yönde etkileyerek güvensizliğin artmasına sebep olmaktadır (103). Sağlık iletişiminde kaynak, mesaj veya alıcı nedenli problemler yaşanabilmektedir (104). Bu problemler, hem hasta için hem de kurumlar için çeşitli olumsuzlukları beraberinde getirmektedir. Hastanın kendini rahat bir şekilde ifade edememesi, yaşadığı sağlık problemlerini doğru bir şekilde tarif edememesi veya bazılarını söylemekten çekinmesi, tedavi sürecine adapte olamaması gibi durumlar hastanın yaşadığı önemli olumsuzluklardır (105).

Kurumlar; maliyet, kalite ve zaman konularında çeşitli olumsuzluklar yaşamaktadır (106). Hastalar, iletişimsizlik sebebiyle gereksiz yere yorulmakta, para ve zaman kaybı yaşamaktadır. Sağlık çalışanları, tükenmişlik sendromuna girerek motivasyonunu kaybetmekte ve şiddete maruz kalabilmektedir. Yaşanan tüm bu sorunlar, hastalarda ve sağlık hizmeti verenlerde maddi ve manevi zararlara yol açarak sağlık sistemine duyulan güveni zedelemektedir (107).

Sağlık hizmetlerinde mevcut olan bilgi asimetrisi hastaların güven duygusunu azaltmaktadır. Bilgi asimetrisi, taraflardan birinin diğerine göre yapılan işlem veya planlama hakkında daha fazla bilgiye sahip olmasını ifade etmektedir. Sağlık profesyoneli ile hasta arasında bilgi farkının olması beklenen bir durumdur. Fakat bu durum, hastanın verilen sağlık hizmeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklı bazı olumsuzluklara yol açmaktadır. Hastanın doğru olmayan hastane ya da bölümlere başvurmasına, yanlış hekim tercihinde bulunmasına ya da kendisine uygun olmayan tedavi metotlarına yönelmesine sebep olmaktadır (108).

Sağlık sisteminde oluşan güvensizlik durumu, sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirlik noktasında önemli bir engel teşkil etmektedir. Çeşitli çalışmalarda aşı tereddütü ve reddi sayılarının artmasında sağlık hizmetlerine duyulan güven düzeyinin

azalmasının etkili olduğu belirtilmektedir (109-114).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma, palyatif serviste tedavi gören ve evde sağlık birimine kayıtlı olan hastalara bakım verenlerin siberkondri düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık sistemine duyulan güven düzeyleri arasındaki ilişkinin irdelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 01.07.2023-01.01.2024 tarihleri arasında, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Servisi ve Evde Sağlık Hizmetleri biriminde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, hastanemiz palyatif servisinde 01.07.2023-01.01.2024 tarihleri arasındaki 6 ay aralığında farklı nedenler ile interne edilmiş olan hastaların bakımıyla ilgilenen 270 refakatçi ile Evde Sağlık Hizmetleri biriminde kayıtlı hastaların bakımıyla ilgilenen 2245 bakım veren oluşturmaktadır.

%5 hata payı, %95 güven düzeyi ile örneklem büyüklüğü 500 kişi olarak hesaplanmıştır. Dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 500 bakım veren ile çalışma tamamlanmıştır.

Dahil edilme kriterleri;

1. 18 yaş ve üzerinde olmak,
 2. Aktif olarak palyatif serviste yatan hastaya veya evde sağlık hastasına bakım veriyor olmak,
 3. Okuma-yazma bilmek,
 4. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek,
 5. İnterneti aktif olarak kullanabilmek
- olarak belirlenmiştir.

Dışlanma kriterleri;

1. 18 yaşın altında olmak,
2. Okuma yazma bilmemek,
3. İnternet kullanmamak,
4. Palyatif serviste yatan ve evde sağlığa kayıtlı bir hastanın bakımıyla ilgilenmemek, araştırmaya katılmayı reddetmek olarak belirlenmiştir.

3.4. Etik Kurul ve İzinler

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin onayları alınmıştır (Karar no: 2023/06-22 Tarih 11/05/2023) (Ek-1).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak olan Sosyodemografik Bilgi Formu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form (CSS-12) ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği (SSGÖ)'nden oluşan anket formu kullanılmıştır.

3.5.1.Sosyodemografik Bilgi Formu: İki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım; katılımcıları tanımaya yönelik yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, bakım verdiği kişiye yakınlık derecesi, kronik hastalık varlığı gibi bilgilerin sorgulandığı literatür taranarak oluşturulan 12 soruluk anket formudur (1,4,10,115-119).

İkinci kısım; günlük ortalama internet kullanım süresi, son üç ayda doktora başvuru sayısı, sağlık durumlarını algılama düzeyleri, bakım verdiği kişinin hastalığı, bakım verdiği kişiye hekim önerisi dışında herhangi bir ilaç ya da bitkisel tedavi kullanım durumu ve sağlıkla ilgili yayın takip etme sıklığını sorgulayan literatür taranarak hazırlanan altı soruluk anket formudur. Günlük internet kullanım süresi 0-2 saat, 2-4 saat ve 4 saat üzeri olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Sağlık durumu algısı ve sağlıkla ilgili yayın izleme durumları sorgulanırken 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır (115-119).

3.5.2.Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form (CSS-12): Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin kısa formu 2019’da McElroy ve ark. tarafından geliştirilmiştir (120). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yorgancıoğlu Tarcan ve ark. tarafından 2023 yılında yapılmıştır (1). Alt boyutlara yönelik ölçümde güvenirlik Cronbach’s Alpha değerleri 0,80 olarak hesaplanmıştır.

Siberkondri düzeyinin tespit edilebilmesi amacıyla ilk oluşturulan ölçek 2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından geliştirilen 33 sorudan oluşan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ-33)’dir (8). Aşırılık, güven arayışı, sıkıntı, zorlama ve doktora güvensizlik alt boyuttan oluşan SCÖ-33, doktora güvensizlik boyutunun diğer alt boyutlarla aynı yapı içerisinde değerlendirilemeyeceği yönünde eleştiriler almıştır. Eleştiriler üzerine McElroy ve arkadaşları 2019’da güvensizlik boyutunu çıkarıp, aşırılık, güven arayışı, sıkıntı ve zorlama boyutlarından oluşan ve 12 soru içeren CSS-12’yi geliştirmişlerdir (120). Ölçeğin 1, 3 ve 6. maddeleri “aşırılık” boyutuyla ilişkili olup artan tekrarlayan aramaları ifade etmektedir. 4,8 ve 9. maddeleri “sıkıntı” boyutuyla ilişkili olup aramalar sonrası yaşanan sıkıntı ve stresi ifade etmektedir. 5,11 ve 12. maddeleri “güven arayışı” boyutuyla ilişkili olup bireyin profesyonel anlamda bir sağlık tavsiyesi aramasını ifade etmektedir. 2,7 ve 10 maddeler ise “zorlama” boyutuyla ilişkili olup çevrimiçi/çevrimdışı hayatın diğer yönlerine etki eden web aramalarını kapsamaktadır. Maddelerin her biri için 1’den 5’e kadar numaralandırılmış Likert ölçeği kullanılmıştır. “1-asla, 2- nadiren, 3-bazen, 4-sık sık ve 5-her zaman” anlamına gelmektedir.

3.5.3.Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği (SSGÖ): Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği (SSGÖ) Rose ve ark. tarafından 2004’te geliştirilmiştir (121). 2019 yılında Müjdat Y. ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (104). Yapılan çalışmada Cronbach’s Alpha değeri 0,789 olarak bulunmuştur. Ölçek 10 maddelidir ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. 1’den 5’e kadar numaralandırılan seçeneklerde “1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum” ifadeleri bulunmaktadır. Katılımcılardan, kendileri açısından en uygun olan seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekte yer alan 2, 8 ve 9. sorular ters kodlanmıştır. Ölçekten alınan değerlemeler 1’e yaklaştıkça güvensizliğin azaldığını, 5’e yaklaştıkça güvensizliğin arttığını göstermektedir.

Hastalar çalışma hakkında sözel olarak bilgilendirilmiştir. Ardından yazılı onam formları alınarak veri toplama aracı olan Sosyodemografik Bilgi Formu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form (CSS-12) ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği (SSGÖ) yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket uygulaması ortalama 20 dk sürmüştür.

3.6.Verilerin Analizi ve Değerlendirme

İstatistiksel analiz için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 22 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, median olarak verildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, kategorik değişkenler ile sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise T testi ve ANOVA testi kullanıldı. SCÖ-12 ve SSGÖ'nün bazı faktörler ve sosyodemografik özelliklere göre anlamlı değişkenlik gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla, Mann Whitney U testi, standart sapma ve Kruskal Wallis testinden yararlanıldı. Bakım verenlerin siberkondri düzeyleri ile sağlık sistemine duyulan güven düzeylerinin arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Spearman korelasyon tekniği kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

500 bakım veren çalışmaya dahil edildi Katılımcıların 308'i (%61,6) kadın, 192'si (%38,4) erkek idi. Yaş ortalamaları $49,13 \pm 11,64$ (min:18, max: 82) idi. 397'si (%79,4) evli, 437'si (%87,7) il merkezinde ikamet etmekteydi.

Eğitim durumları sırasıyla, 272'si (%54,4) ilköğretim, 129'u (%25,8) lise, 99'u (%19,8) üniversite veya yüksek lisans mezunu idi. Gelir düzeyine göre; 120'si (%24,0) gelir giderden az, 354'ü (%70,8) geliri giderine eşit, 26'sı (%5,6) gelir giderden fazla şeklinde idi. 437'sinin (%87,4) sosyal güvencesi vardı.

Katılımcıların 217'si (%43,4) ev hanımı, 168'i (%33,6) serbest meslek, 56'sı (%11,2) memur, 59'u (%11,8) emekli idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri

		N	%
Yaş	18-44	143	28,6
	45-64	324	64,8
	65 yaş ve üzeri	33	6,6
Cinsiyet	Kadın	308	61,6
	Erkek	192	38,4
Medeni Durum	Evli	397	79,4
	Bekar	103	20,6
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	272	54,4
	Lise	129	25,8
	Üniversite ve üstü	99	19,8
Meslek	Ev hanımı	217	43,4
	Serbest meslek	168	33,6
	Memur	56	11,2
	Emekli	59	11,8
Gelir Düzeyi	Gelir<Gider	120	24,0
	Gelir=Gider	354	70,8
	Gelir>Gider	26	5,2
Sosyal Güvence	Var	437	87,4
	Yok	63	12,6
Yaşanılan Yer	İl	437	87,4
	İlçe	35	7,0
	Köy	28	5,6

4.2.Katılımcıların Genel Sağlık Bilgileri ve Sağlık Durumu Algısı

Katılımcıların 310'unun (%62) herhangi bir kronik hastalığı

bulunmamaktaydı. 140'ı (%28,0) aktif olarak sigara, 14'ü (%2,8) alkol kullanmakta idi. Son üç ayda doktora en az bir defa başvuranların sayısı 363 (%72,6) idi.

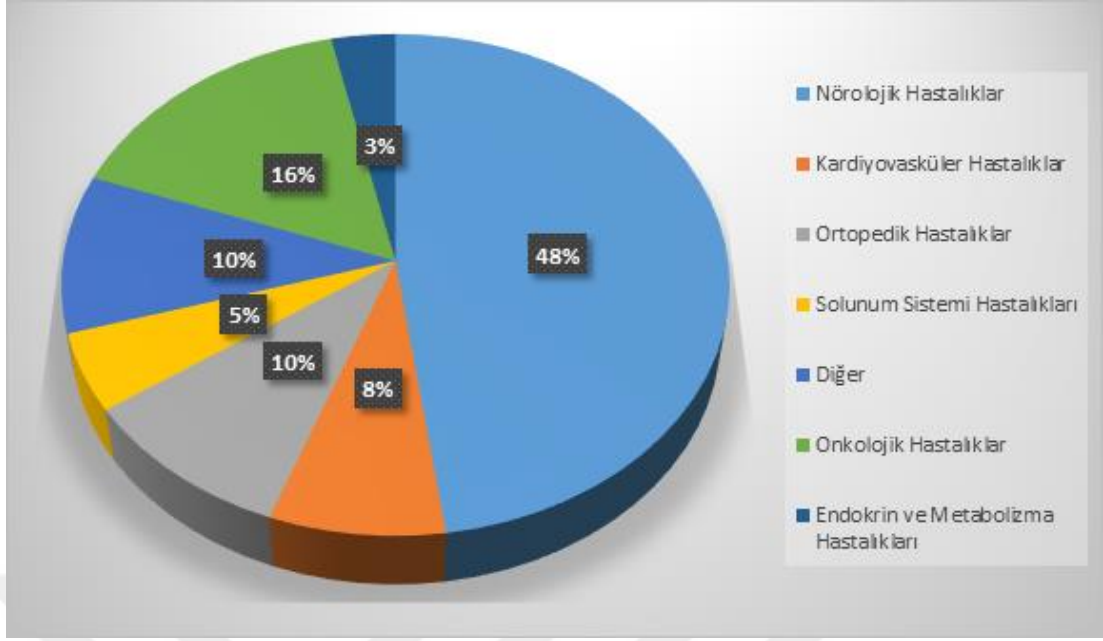
Sağlık durumu algıları sırasıyla, 47'si (%9,4) çok kötü ve kötü, 158'i (%31,6) orta, 295'i (%59,0) iyi ve çok iyi durumdaydı. Katılımcıların genel sağlık bilgileri ve sağlık durumu algısı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların genel sağlık bilgileri ve sağlık durumu algısı

		N	%
Kronik Hastalık	Var	190	38,0
	Yok	310	62,0
Sigara Kullanımı	Var	140	28,0
	Yok	360	72,0
Alkol Kullanımı	Var	14	2,8
	Yok	486	97,2
Sağlık Durumu Algısı	Kötü	47	9,4
	Orta	158	31,6
	İyi	295	59,0

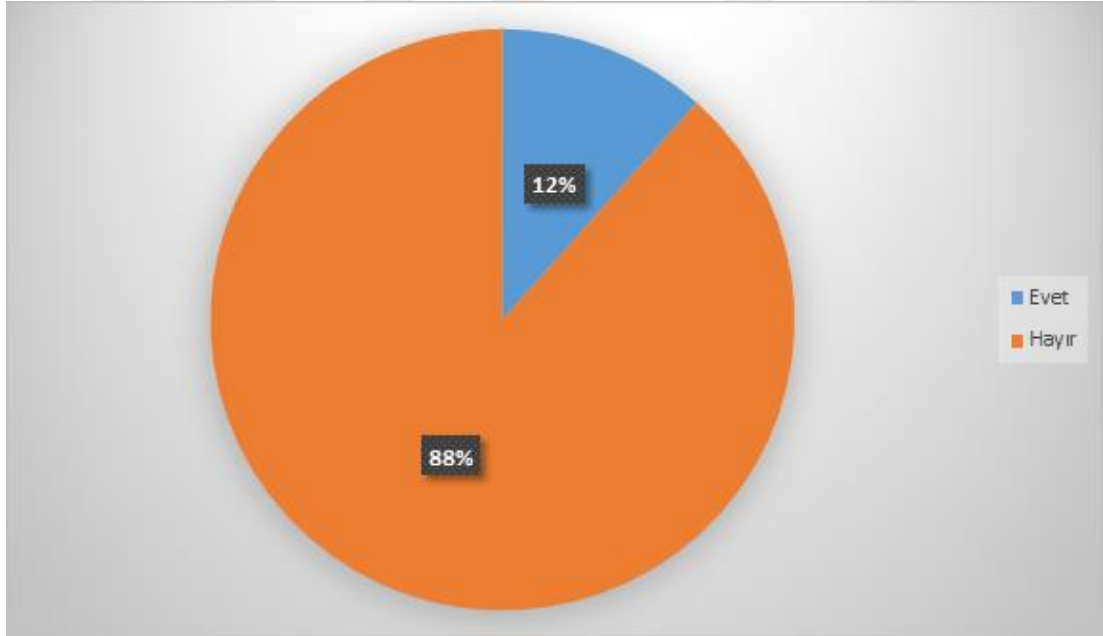
4.3.Bakım Verilen Kişilerin Genel Sağlık Bilgileri ve Bakım Verenlerin Yakınlık Derecesi

Bakım alan hastaların 239'unda (%48) nörolojik hastalık, 80'inde (%16) onkolojik hastalık, 49'unda (%10) ortopedik hastalık nedeni ile bakım ihtiyacı mevcuttu. Bakım alan hastaların sahip olduğu hastalık durumuna göre dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.



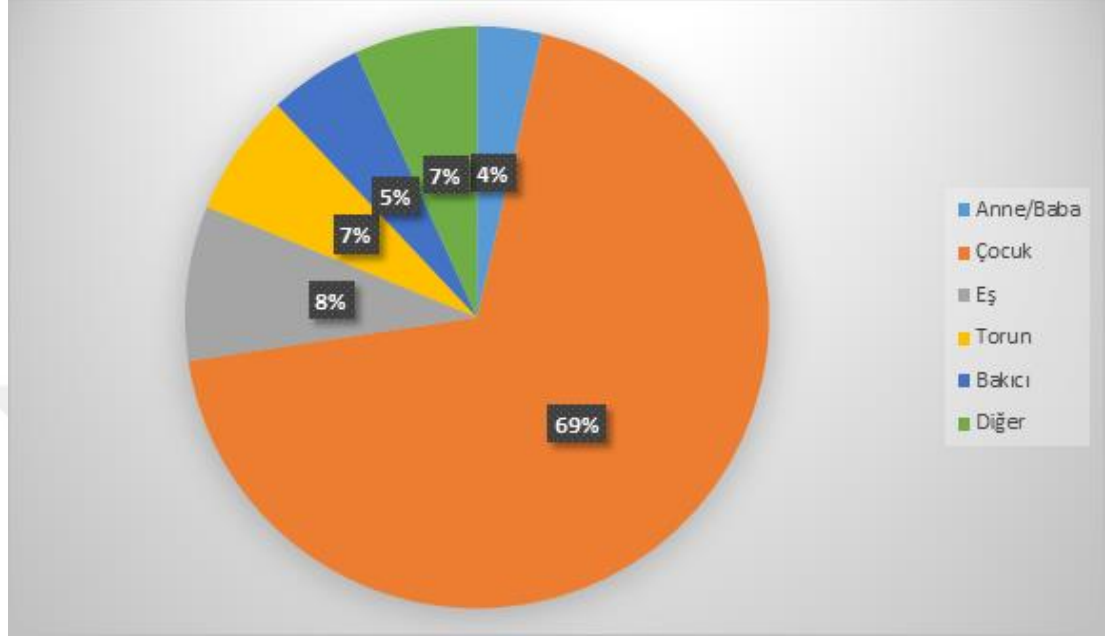
Şekil 1. Bakım alanların sahip olduğu kronik hastalık dağılımı

Hekim önerisi dışında ilaç kullanan hasta sayısı 60 (%12) idi. Bakım alan kişilere hekim önerisi dışında ilaç uygulanma durumları Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu

Bakım verme durumunu üstlenen bireylerin hastalara olan yakınlık dereceleri sırasıyla; 345'i (%69) çocuğu ve 43'ü (%8) eşı idi. Katılımcıların yakınlık dereceleri Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların yakınlık derecesi

4.4. Katılımcıların SCÖ-12 ve SSGÖ'ne İlişkin Dağılımı

Katılımcılara SCÖ-12 ve SSGÖ uygulanarak verdikleri yanıtlar değerlendirildi. SCÖ-12'den aldıkları puanların sırasıyla minimum ve maksimum değerleri 12,00 ve 54,00; ortalama değeri 26,54; standart sapması 9,64 olarak hesaplandı.

SSGÖ'nden aldıkları puanların sırasıyla minimum ve maksimum değerleri 10,00 ve 46,00; ortalama değeri 22,24; standart sapması 7,78 idi. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların tanımlayıcı analizi Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Sistemine Güvensizlik Ölçeği puanı

	N	$\bar{X} \pm SD$
SCÖ-12	500	26,54±9,64 (min:12;max:54)
SSGÖ	500	22,24±7,78 (min:10;max:46)

4.5.Katılımcıların SCÖ-12 Alt Boyutlarına İlişkin Dağılımı

SCÖ-12'nin aşırılık, sıkıntı, zorlama ve güven arayışı olmak üzere toplam dört alt boyutu katılımcıların verdikleri yanıtlara göre değerlendirildi.

Tüm boyutlar min:3,00 ve max:15,00 puan şeklinde idi. En yüksek ortalamaya sahip olan alt boyut 8,53 puan ile aşırılık alt boyutu idi. En düşük ortalamaya sahip olan alt boyut 4,30 puan ile zorlama alt boyutu idi.

Katılımcıların SCÖ-12'nin alt boyutlarının tanımlayıcı analizi Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. SCÖ-12 alt boyutlarının puanı tanımlayıcı analizi

	N	$\bar{X} \pm SD$
Aşırılık	500	8,53±3,89 (min:3;max:15)
Sıkıntı	500	7,01±3,54 (min:3;max:15)
Zorlama	500	4,30±2,31 (min:3;max:15)
Güven arayışı	500	6,69±3,08 (min:3;max:15)

4.6.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçekler Arasındaki İlişki

Katılımcılara uygulanan SCÖ-12 ile SSGÖ'nün sosyodemografik özelliklere göre değerlendirmesi yapıldı.

SCÖ-12'den alınan puanların; cinsiyet, sosyal güvence, meslek ve yaşanılan yer değişkenleri ile anlamlı olmadığı görüldü.

18-44 yaş SCÖ-12 ortalaması 27,87; 45-64 yaş arasında 26,44 ve 65 yaş üzeri 21,78 puan idi. Yetişkinlik dönemindeki katılımcıların; yaşlılık dönemindeki katılımcılardan daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu tespit edildi. Yaş grupları ile SCÖ-12'den alınan puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü ($p<0,05$).

Bekar olanların SCÖ-12 ortalaması 28,63 ve evli olanların 26,00 idi. Bekarların siberkondri düzeyi evli olanlara göre daha yüksekti. Bakım verenlerin medeni

durumları ile SCÖ-12 puanları arasında farklılık anlamlı idi ($p<0,05$).

İlköğretim, lise ve üniversite kategorilerinin sırasıyla SCÖ-12 ortalama puanları 25,18; 27,84 ve 28,60 idi. Eğitim düzeyinin artması ile beraber siberkondri düzeyinin de arttığı gözlemlendi. Üniversite mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek siberkondri seviyesine sahip olduğu görüldü. Eğitim düzeyi ile katılımcıların siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Gideri gelirinden fazla olanların SCÖ-12 ortalaması 24,10; gideri gelirine eşit olanların 27,17 ve geliri giderinden fazla olan grubun 29,26 idi. Gelir düzeyi arttıkça siberkondri düzeylerinin arttığı tespit edildi. Geliri giderinden fazla olanların siberkondri düzeyleri, gideri gelirinden fazla olan gruptan daha yüksekti. Katılımcıların gelir düzeyi ile SCÖ-12'den aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki vardı ($p<0,05$).

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre SCÖ-12 puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre SCÖ-12 puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SD$	Z / x^2	<i>p</i>
Yaş	18-44	143	27,87±9,23	10,346*	0,006
	45-64	324	26,44±9,70		
	65 yaş üzeri	33	21,78±9,49		
Cinsiyet	Kadın	308	27,07±9,88	-1,500	0,134
	Erkek	192	25,70±9,21		
Medeni Durum	Evli	397	26,00±9,62	-2,532	0,011
	Bekar	103	28,63±9,49		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	272	25,18±10,09	14,058*	0,001
	Lise	129	27,84±9,12		
	Üniversite ve üstü	99	28,60±8,46		
Meslek	Ev hanımı	217	26,53±10,32	2,905*	0,407
	Serbest meslek	168	26,92±9,76		
	Memur	56	27,51±8,11		
	Emekli	59	24,62±7,84		
Gelir Düzeyi	Gelir<Gider	120	24,10±10,36	14,217*	0,001
	Gelir=Gider	354	27,17±9,20		
	Gelir>Gider	26	29,26±10,40		
Sosyal Güvence	Var	437	26,69±9,43	-1,416	0,157
	Yok	63	25,53±11,06		
Yaşanılan Yer	İl	437	26,88±9,58	4,745*	0,093
	İlçe	35	24,94±11,00		
	Köy	28	23,32±8,30		

Mann-Whitney U, *Kruskal-Wallis H

SSGÖ'nden alınan puan ile yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, meslek ve sosyal güvence değişkenleri arasında ilişki anlamlı değildi ($p>0,05$).

Gideri gelirden fazla olanların SSGÖ puan ortalaması 23,60; gideri gelire denk olanların 21,72 ve geliri giderinden fazla olan grubun 23,07 olarak tespit edildi. Gider ile geliri denk olanların diğer iki gruba güvensizlik düzeyinin daha az olduğu bulundu. Gelir düzeyi ile SSGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,05$).

Sosyodemografik özelliklere göre katılımcıların SSGÖ puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir.



Tablo 6. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre SSGÖ puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SD$	Z / χ^2	<i>p</i>
Yaş	18-44	143	22,29±7,81	1,213*	0,545
	45-64	324	23,45±8,11		
	65 yaş üzeri	33	19,89±6,46		
Cinsiyet	Kadın	308	22,54±7,67	-1,062	0,288
	Erkek	192	21,76±7,94		
Medeni Durum	Evli	397	22,15±7,77	-0,652	0,515
	Bekar	103	22,60±7,82		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	272	21,84±7,53	1,559*	0,459
	Lise	129	22,55±7,77		
	Üniversite ve üstü	99	22,94±8,43		
Meslek	Ev hanımı	217	22,38±7,25	7,121*	0,068
	Serbest meslek	168	22,00±7,60		
	Memur	56	24,08±8,62		
	Emekli	59	20,66±9,04		
Gelir Düzeyi	Gelir<Gider	120	23,60±6,84	7,694*	0,021
	Gelir=Gider	354	21,72±7,91		
	Gelir>Gider	26	23,07±9,41		
Sosyal Güvence	Var	437	22,19±7,98	-0,848	0,396
	Yok	63	22,61±6,28		
Yaşanılan Yer	İl	437	22,29±7,81	3,546*	0,170
	İlçe	35	23,45±8,11		
	Köy	28	19,89±6,46		

Mann-Whitney U, *Kruskal-Wallis H

4.7. Katılımcıların Genel Sağlık Bilgileri İle Ölçekler Arasındaki İlişki

SCÖ-12 ve SSGÖ, katılımcılara uygulanarak genel sağlık bilgilerine göre değerlendirildiğinde;

SCÖ-12'den alınan puanlar ile kronik hastalık durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sağlık durumu algısı değişkenleriyle anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Son üç ayda doktora en az bir defa başvuru yapanların SCÖ-12 ortalaması 27,13 ve hiç başvurusu bulunmayanların 24,98 şeklinde idi. Doktora başvuru yapanların siberkondri düzeyi, doktora hiç başvurusu olmayanlara göre daha yüksekti. Doktora başvuru durumuna göre SCÖ-12 puanlarına bakıldığında aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$).

Katılımcıların genel sağlık bilgilerine göre SCÖ-12 puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların genel sağlık bilgilerine göre SCÖ-12 puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SD$	Z / χ^2	<i>p</i>
Kronik Hastalık	Var	190	23,31±7,92	-0,728	0,466
	Yok	310	21,59±7,63		
Sigara Kullanımı	Var	140	27,72±9,70	-1,673	0,094
	Yok	360	26,09±9,60		
Alkol Kullanımı	Var	14	25,07±9,03	-0,405	0,686
	Yok	486	26,59±9,67		
Sağlık Durumu Algısı	Kötü	47	28,27±10,56	4,675*	0,097
	Orta	158	27,48±9,87		
	İyi	295	25,76±9,32		
Doktora Başvuru	Var	363	27,13±9,54	-2,402	0,016
	Yok	137	24,98±9,79		

Mann-Whitney U, *Kruskal-Wallis H

Sigara kullanımı ile SSGÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,76$).

Alkol kullanımı ile SSGÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlılık yoktu ($p=0,825$).

Bakım verenlerin doktora başvuru durumlarının SSGÖ puanları ile arasında ilişki anlamlı değildi ($p=0,893$).

Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayanların SSGÖ ortalaması 21,59 ve kronik hastalığı olanların 23,31 olarak bulundu. Kronik hastalığı olmayanların olanlara göre güvensizlik düzeyi daha düşüktü. Kronik hastalık durumu ile SSGÖ'den alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,05$).

Sağlık durumu algısı kötü olanların SSGÖ ortalaması 25,68 ve iyi olanların 21,24 idi. Genel sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanların, kötü olarak tanımlayanlara göre güvensizlik düzeyi daha düşük olarak gözlendi. SSGÖ puanları ile katılımcıların sağlık durum algısı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Katılımcıların genel sağlık bilgilerine göre SSGÖ puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların genel sağlık bilgilerine göre SSGÖ puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SD$	Z / χ^2	p
Kronik Hastalık	Var	190	23,31±7,92	-2,262	0,024
	Yok	310	21,59±7,63		
Sigara Kullanımı	Var	140	22,40±7,87	-0,305	0,760
	Yok	360	22,18±7,75		
Alkol Kullanımı	Var	14	22,28±7,56	-0,221	0,825
	Yok	486	22,24±7,79		
Sağlık Durumu Algısı	Kötü	47	25,68±9,55	13,678*	0,001
	Orta	158	23,10±7,09		
	İyi	295	21,24±7,63		
Doktora Başvuru	Var	363	22,23±7,65	-0,135	0,893
	Yok	137	22,27±8,13		

Mann-Whitney U, *Kruskal-Wallis H

4.8. Katılımcıların Günlük Ortalama İnternet Kullanım Süresi ve Sağlıkla İlgili Yayın İzleme Sıklığının Ölçeklerle Olan İlişkisi

Katılımcıların internet kullanım süreleri ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığı; SCÖ-12 ve SSGÖ'ne göre değerlendirilerek aralarındaki ilişkiye bakıldı.

İnternet kullanım süresi ile SCÖ-12 puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Günlük internet kullanım süresi 0-2 saat arasında olanların SCÖ-12 ortalaması 24,86 ve 4 saat üzerinde internet kullanımı olanların 29,70 şeklinde idi. İnternet kullanımı 0-2 saat olanların siberkondri düzeyi diğer gruplara göre daha düşüktü.

Yayın izleme sıklığı ile SCÖ-12 puanları arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığı hiçbir zaman olanların SCÖ-12 ortalaması 23,14; bazen olanların 25,11 ve her zaman olanların 29,26 olduğu görüldü. İzleme sıklığı arttıkça siberkondri düzeylerinin de arttığı tespit edildi.

SCÖ-12 puanının katılımcıların günlük ortalama internet kullanım süresi ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığına göre karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. SCÖ-12 puanının katılımcıların günlük ortalama internet kullanım süresi ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığına göre karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SD$	χ^2	p
İnternet kullanım süresi	0-2 saat	324	24,86±9,38	27,568*	<0,000
	2-4 saat	108	29,60±8,87		
	4 saat üstü	68	29,70±10,23		
Sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığı	Hiçbir zaman	62	23,14±10,35	32,141*	<0,000
	Nadiren	85	25,70±10,11		
	Bazen	186	25,11±8,44		
	Sıklıkla	133	29,97±9,73		
	Her zaman	34	29,26±8,94		

*Kruskal-Wallis H

SSGÖ ile internet kullanım süreleri ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. SSGÖ puanının katılımcıların günlük ortalama internet kullanım süresi ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığına göre karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. SSGÖ puanının katılımcıların günlük ortalama internet kullanım süresi ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığına göre karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SD$	χ^2	p
İnternet kullanım süresi	0-2 saat	324	21,75±7,50	2,935	0,231
	2-4 saat	108	23,48±8,52		
	4 saat üstü	68	22,60±7,74		
Sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığı	Hiçbir zaman	62	21,50±7,41	4,696	0,320
	Nadiren	85	22,11±7,23		
	Bazen	186	22,95±7,45		
	Sıklıkla	133	21,65±8,74		
	Her zaman	34	22,38±7,61		

*Kruskal-Wallis H

4.9.Ölçekler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

SCÖ-12 ve alt boyutları ile SSGÖ arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi yapılarak değerlendirildi.

Katılımcıların sağlık sistemine güvensizlik düzeyleri ile siberkondri düzeyleri, aşırılık, sıkıntı ve zorlama alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü ($p<0,05$). Güven arayışı alt boyutu ile arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, güvensizlik düzeyi arttıkça siberkondri düzeyi de çok zayıf şekilde artmakta idi.

Siberkondri düzeyleri ile sıkıntı alt boyutu arasında pozitif yönde çok şiddetli düzeyde; aşırılık, zorlama ve güven arayışı alt boyutları arasında pozitif yönde şiddetli düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Bu sonuçlar neticesinde; siberkondri düzeylerinin, diğer alt boyutlara göre sıkıntı alt boyutu ile en çok korelasyon gösterdiği bulundu.

Aşırılık alt boyutu ile sıkıntı ve zorlama alt boyutları arasında pozitif yönde orta derecede ilişki; güven arayışı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf derecede ilişki saptandı ($p<0,05$).

Sıkıntı alt boyutu ile zorlama ve güven arayışı alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Zorlama alt boyutu ile güven arayışı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 11'de katılımcıların ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyi

ÖLÇEKLER		SSGÖ	SCÖ-12	Aşırılık	Sıkıntı	Zorlama	Güven arayışı
SSGÖ	rho	1,000					
	<i>p</i>	-					
SCÖ-12	rho	0,128	1,000				
	<i>p</i>	0,004	-				
Aşırılık	rho	0,113	0,788	1,000			
	<i>p</i>	0,012	<0,000	-			
Sıkıntı	rho	0,136	0,825	0,454	1,000		
	<i>p</i>	0,002	<0,000	<0,000	-		
Zorlama	rho	0,137	0,653	0,445	0,501	1,000	
	<i>p</i>	0,002	<0,000	<0,000	<0,000	-	
Güven arayışı	rho	0,004	0,715	0,378	0,529	0,331	1,000
	<i>p</i>	0,921	<0,000	<0,000	<0,000	<0,000	-

Spearman korelasyon analizi

5.TARTIŞMA

İnternet kullanımının giderek yaygınlaşması ile beraber siberkondri ve onu etkileyen olası faktörlerin tespit edilmesi önem kazanmıştır (122). Sağlık bilgisine erişim imkanlarının artması, bireylerin bilinçlenmeleri açısından olumlu gibi gözükse de olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Eksik ve güncelliğini yitirmiş bilgiler, kişilerin sağlıklarıyla ilgili yanlış kararlar almasına neden olmaktadır (123).

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Zubaidi ve ark.'nın palyatif bakım alan hastalara bakım veren kişilerde yaptığı çalışmada bakım verenlerin %70,3'ü kadınlardan oluşmaktaydı (124). Siberkondri ve e-sağlık okuryazarlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kadın oranı %67,4, benzer bir diğer çalışmada %57,4 idi (122,125). Çalışmamızda literatüre benzer şekilde kadın cinsiyet çoğunluktu.

Hospis bakım verenlerde anksiyete, uyku problemi ve sağlık algısının incelendiği bir çalışmada, bakım verenlerin %75'inin evli, inmeli hastalara bakım verenlerle yapılan diğer bir çalışmada, %23'ünün ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir (126,127). Mansur ve ark.'nın, 18 yaş ve üzeri bireylerde siberkondri düzeyini incelediği bir çalışmada katılımcıların %66,2'si bekar ve %4,6'sı ilkokul mezunu idi (128). Yapılan benzer bir çalışmada %68'i bekar ve %31,7'si lise ve altı eğitim düzeyi mezunu olduğu görülmüştür (129). Çalışmamızda ilköğretim mezunu ve evli sayısı çoğunlukta idi. Medeni durum ve eğitim seviyesindeki farklılıklar, çalışmamızın evren ve örneklem çeşitliliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Malezya'da palyatif bakım servisinde yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %38,4'ünün ev hanımı ve çalışmayan olduğu görülmüştür (124). Türkiye genelinde siberkondri düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %57,1'inin çalışmadığı saptanmıştır (128). Siberkondri ciddiyet düzeyi ve sağlık algısının aşılama hakkındaki tutum ve davranış üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %29,2'sinin ev hanımlarından oluştuğu görülmüştür (130). Çalışmamızda, katılımcıların çoğunluğu ev hanımı idi. Bunun nedeninin, örneklem bakım verenlerden oluşması olduğunu düşünmekteyiz. Bakıma muhtaç bir hastanın bakımı ile ilgilenmek, aynı zamanda başka bir işte çalışmak bakım veren için zorlayıcı bir

durum olduğundan ev hanımı veya çalışmıyor olmak, hasta bakımını üstlenmenin bir sonucu olarak gösterilebilir.

Akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların %48,8'inin; başka bir çalışmada %25,7'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür (131,132). Özyıldız ve ark.'nın çalışmasında %18,3 oranında katılımcıların kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada, katılımcıların %38'inde en az bir tane kronik hastalık mevcuttu. Çalışmalara katılan bireylerin yaş aralıkları, kronik hastalık oranlarının farklı olmasında belirleyici faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Götze ve ark.'nın kanser hastalarının bakıcıları ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %33'ü sağlık anksiyetesi, %28'i depresyon belirtilerini yaşadığı görülmüştür (133). 18-75 yaş arası bireylerde internet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışının incelendiği bir çalışmada katılımcıların %64,1'inin sağlık algısının iyi veya çok iyi; yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerle yapılan bir çalışmada bireylerin %55'inin sağlık algısı iyi ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (119,134). Çalışmamız, literatürle benzerlik göstermekte olup katılımcıların çoğunluğunun sağlık algısı iyi veya çok iyi şeklindeydi. Bakım veren kişinin; duygusal, fiziksel ve maddi desteği aynı zamanda karşılaması gerektiğinde bu durum kaçınılmaz olarak ruhsal ve bedensel yükü de beraberinde getirmektedir. Bu kişilere destek sağlanması adına evde sağlık ekibimiz tarafından bakım yükünün azaltılmasına yönelik uygun girişimlerde bulunulması ile bakım verenlerimizin sağlık algılarının olumlu yönde etkilendiğini düşünmekteyiz.

Liu ve ark.'nın çalışmasında hastaların %50,6'sına eşlerin bakım verdiği görülmüştür (135). Yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yükünü inceleyen bir çalışmada hastaların en sık çocuğunun bakım verme işini üstlendiği görülmüştür (119). Denizli'de yapılan bir çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır (136). Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak bakım verme durumu en sık çocukları tarafından yapılmaktaydı. Farklı sonuçların elde edilmesi toplumların kendilerine özgü kültürel yapıları, gelenek ve göreneklerinden kaynaklanabilir.

İki farklı çalışmada son dönem hastalarda görülen en sık hastalık grubunun sırasıyla maligniteler ve inme geçiren hastalar olduğu saptanmıştır (137,138). Palyatif

bakım ihtiyacı olan hastaların bakım alma nedenlerinin incelendiği bir çalışmada sıklık sırasıyla malignite, enfeksiyon ve nörolojik hastalıklar olduğu görülmüştür (139). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak en sık hastalık grubu sırasıyla nörolojik hastalıklar ve malignite idi. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın artması ve hastaların günlük işlerini yerine getirebilme düzeyi; sahip olduğu hastalığın ilerleyici seyri, tedavi edilebilirliği gibi faktörlerle ilişkilidir. Nörolojik ve onkolojik hastalıkların ilerleyici özelliği ve kür olma oranlarının düşük olması sebebiyle hastalarda sıklıkla bakım ihtiyacı oluşturacağını düşünmekteyiz.

Siberkondri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada her üç kişiden birinin hekim önerisi dışında ilaç kullandığı ve siberkondri düzeylerinin ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (125). Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %38,6'sının hekim önerisi dışında ilaç kullandığı görülmüştür (140). Çalışmamızda, hekim önerisi dışında ilaç veya vitamin preparatları kullanmayanlar çoğunlukta idi, literatürle benzer şekilde siberkondri puanları daha düşüktü. Hastaların, hekimin önerdiği tedavi dışında alternatif yöntemlere başvurmalarının altında yatan sebeplerden birinin yaptıkları çevrimiçi araştırmalar olduğu düşünülebilir. Yapılan sağlık bilgisi aramaları, bireyleri farklı tanılara ve tedavi yöntemleri uygulamaya yönlendirebilir.

5.2. Siberkondri ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişki

Literatür incelendiğinde, bakım verenlere yönelik yapılan siberkondri çalışmasına rastlanmamıştır. İtalya'da somatik semptomlar ve siberkondri ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada siberkondri ciddiyet ölçeği ortalaması 22,67 olarak hesaplanmıştır (141). Aile sağlığı merkezine başvuran 271 kişide yapılan bir çalışmada siberkondri puan ortalaması 25,52, başka bir çalışmada 28,98 olarak bulunmuştur (130,142). Çalışmamızda, bakım verenlerde siberkondri düzeyleri literatürle uyumlu idi. Toplumun her kesimi için internete ve sağlık bilgilerine ulaşmak kolay hale geldiği için bireylerin siberkondri ciddiyet düzeylerinin birbirine yakın olduğu düşünülebilir.

Maftai ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada kadınların erkeklere göre siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur (143). Cinsiyetler arasında anlamlı farklılığın görülmediği çalışmalar mevcuttur (144-146). Çalışmamızda kadın ve erkeklerin siberkondri puan

ortalaması benzerdi. Çalışmalar arasında görülen farklı sonuçlar; cinsiyet değişkeninin siberkondri için kesin bir ayıraç olmadığını ve çevresel faktörlere göre sonucun etkilenebileceğini göstermektedir.

Lewis'in bireylerin internetten sağlık bilgisi arama davranışını incelediği çalışmasında ekonomik seviyesi daha yüksek olanların daha fazla sağlık bilgisi aradığı görülmüştür (147). Siberkondri ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça siberkondri düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (132). Güleşen ve ark.'nın çalışmasında aktif olarak çalışanların ve emeklilerin siberkondri düzeyi, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (148). Gelir durumu ile siberkondri arasında ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalar bulunsa da çalışmamızda geliri giderinden fazla olanların, diğerlerine oranla siberkondri düzeyleri yüksek bulundu (149,150). Literatürde farklı sonuçların çıkması; çalışmanın yapıldığı ortamın sosyokültürel yapısı veya örnekleme yeterli heterojenitenin sağlanamaması kaynaklı olduğu öngörülebilir.

Medeni durum ile siberkondri ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda; evli bireylerin siberkondri düzeyinin daha düşük seviyede olduğunu gösterilmiştir (151,152). Tarhan ve ark.'nın çalışmasında medeni durumun siberkondri şiddetinde fark oluşturmadığı görülmüştür (13). Çalışmamızda bekar bireylerin siberkondri düzeyi daha yüksek idi. Evli bireylerin aileleriyle daha çok zaman geçirmesi, sosyal anlamda ihtiyaçlarını daha rahat giderebiliyor olması ve internetle daha az meşgul olmasının; siberkondri düzeylerinin azalmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Peng ve ark.'nın siberkondriyi etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanların siberkondri puanları daha yüksek bulunmuştur (153). Mansur ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, yaş ilerledikçe siberkondri şiddetinin düştüğü görülürken başka bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça siberkondri şiddetinin düştüğü gösterilmiştir (128,154). Farklı çalışmalarda da yaş ve eğitim durumu ile siberkondri şiddetinin herhangi bir ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir (128,155-157). Çalışmamızda yaş grubu azaldıkça ve eğitim düzeyi arttıkça siberkondri şiddetinin yükseldiği bulundu. Yaş azaldıkça internetin daha aktif kullanılmasının siberkondriye yatkınlık oluşturduğu öngörülebilir. Yaş ile ilişkisinin bulunamadığı çalışmaların, katılımcıların benzer yaş gruplarına veya tanımlayıcı özelliklere sahip olmasıyla

ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Eğitim seviyesi arttıkça bilinçli internet kullanımının artış göstermesi beklenirken, sağlık ile ilgili yayınları daha çok takip etmesi, bireylerde siberkondriye zemin hazırlanabilir. Eğitim düzeyi düşük bireyler, kendi sağlıkları hakkında detaylı çevrimiçi arama yapmakta zorlandıkları için hekimin önerilerini ön planda tutuyor olabilir.

Zhang ve ark.'nın kronik hastalık ile siberkondri arasındaki ilişkiyi incelediği metaanalizde kronik hastalığı olan bireylerin siberkondri düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (151). 18-75 yaş arası bireylerle yapılan başka bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayan bireylere göre siberkondri düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (13). Diğer çalışmalarda kronik hastalığı olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (132,157). Kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıklarıyla ilgili çevrimiçi araştırma yapma eğilimi içerisinde olmaları nedeni ile siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Sigara veya alkol kullanımının siberkondri ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda anlamlı bir farklılık bulunamazken bizde de siberkondri düzeyleri ile ilişki tespit edilmedi (158,159).

Siberkondri ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı olmak ile beraber bir çalışmada sağlık algısı orta, kötü ve çok kötü olanların siberkondri puan ortalaması, sağlık algısı iyi ve çok iyi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek hesaplanmıştır (134). Başka bir çalışmada ise sağlık algısı ile siberkondri düzeyleri arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (160). Çalışmamızda, sağlık durumu algısı kötü olanların siberkondri şiddeti, iyi olanlara göre daha fazla idi. Literatürden farklı olarak aralarında anlamlı bir ilişki yoktu. Çalışmamızın örneklemini oluşturan bakım verenler, çeşitli maddi ve manevi zorluklar içerisinde oldukları için sağlık algılarının kötü veya çok kötü olması doğrudan siberkondri şiddetinin artışı göstermeyebilir.

5.3.Sağlık Sistemine Güvensizlik ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişki

Rose ve ark.'nın sağlık sistemine güvensizlik ölçeği geliştirme çalışmasında katılımcıların ortalama puanı 29,35 iken Uslu ve ark.'nın çalışmasında 30,10 olarak hesaplanmıştır (117,121). Çalışmamızda katılımcıların SSGÖ puanı önceki çalışmalar

ile karşılaştırıldığında daha düşük bulundu. Diğer çalışmalara göre güvensizliğin düşük olması; çalışmanın yapıldığı ortam ve örneklemin sosyokültürel yapısından kaynaklanabilir. Örnekleminizi oluşturan bakım verenler, palyatif servis bakımı sonrası evde sağlık hizmeti olarak devamlı sağlık görevlileri ile iletişim halinde oldukları için güven duyguları artmış olabileceği kanaatindeyiz.

Amerika’da yetişkinlerde sağlık sistemine güvensizlik düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada cinsiyet ile sağlık sistemine güvensizlik arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (161). Sağlık sistemine güvensizlikle ilgili yapılan diğer çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır (117,162). Çalışmamız literatürle uyumlu idi.

Ingeman ve ark.’nın sağlık anksiyetesi ve sağlık sistemine güven düzeyi ile ilgili çalışmasında evli bireylerin çocukları ile ilgili sağlık başvurularında profesyonel yardıma karşı güvensizlik duyduğu tespit edilmiştir (163). Sağlık sistemine güvensizlik düzeyini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda evli olanların bekarlara göre daha yüksek güvensizlik düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir (117,164). Çalışmamızda, medeni durumun güvensizlik düzeyiyle herhangi bir ilişkisi saptanmamıştır. Evli bireylerin daha fazla görev ve sorumlulukları olmasıyla beraber artmış endişeleri, güvensizliğe yol açabilir. Bakım verenlerin medeni durumdan bağımsız olarak sorumluluklarının fazla olduğu düşünüldüğünde endişe ve güven düzeylerinin denkliğinden söz edilebilir.

Gupta ve ark.’nın çalışmasında yatan hastalarda mezuniyet durumu ile sağlık sistemine güvensizlik düzeyi arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür (165). 18 yaş ve üzeri bireylerde sağlık sistemine güvensizlik düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (117). Çalışmamızda benzer sonuçlar elde edildi. Çalışmamıza dahil edilen bakım verenlerin çoğunun ilköğretim mezunu olması diğer eğitim düzeyine sahip olanlar ile karşılaştırma yapılmasını kısıtlamaktadır. Sağlık sisteminin toplumu bir bütün olarak görmesi ve ayırım gözetmeksizin eşit imkanlar sunması, güvensizliğin mezuniyet durumundan bağımsız olmasında etkili olabilir.

Sağlık sistemine güvensizlik ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada kronik hastalığı olanların daha fazla güvensizlik düzeyine sahip olduğu

gözlenmiştir (162). Çalışmamızda benzer olarak kronik hastalığı olanların SSGÖ puanının daha yüksek olmasının nedeni; kronik hastalığı olan bireylerin, düzenli olarak ilaç kullandıkları veya tedavi gördükleri için bu süreçte olumsuz yan etkiler ve komplikasyonların görülmesidir.

Rose ve ark. yapmış oldukları çalışmada yaş ile güvensizlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (121). Ağalday'ın yataklı birimlerde tedavi ve bakım hizmeti almış hastalarla sağlık sistemine güvensizlik ile ilgili yaptığı bir çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır (166). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak güvensizlik düzeyi ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık yoktu.

Hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim sorunlarının sağlık sistemine güvensizlik üzerine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada yaşanan yer ve gelir durumunun güvensizlik düzeyiyle anlamlı ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir (166). 18 yaş ve üzeri bireylerin güven düzeyinin incelendiği bir çalışmada; gelir durumu değişkeni küçükten büyüğe doğru beş farklı gruba ayrılmış ve dördüncü grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplardan anlamlı şekilde güvensizlik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (164). Başka bir çalışmada gelir düzeyi az olan ve köyde ikamet edenlerin güvensizlik düzeyleri daha düşük bulunmuştur (167). Çalışmamızda, kırsal kesimde yaşayanların SSGÖ puanı diğer gruplardan daha düşüktü. Gelir ve gideri dengede olan bireyler; diğer gruplara göre daha düşük güvensizlik düzeyine sahipti. Kırsal kesimde yaşayanların sosyal açıdan birbirleri ile karşılıklı güven ve yardımlaşmaya dayanan ilişki içerisinde olmaları, genel güven düzeylerine yansımış olabileceğini düşünmekteyiz. Toplumun üst gelir düzeyine sahip bireyler, maddi imkanları ölçüsünde sağlık sistemiyle ilgili fazla beklenti içerisine girebilir. Daha alt gelir seviyesindekilerin, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamakta zorlanmaları sebebiyle güven duygularının negatif yönde etkilendiğini düşünmekteyiz.

Sağlık algısı ile sağlık sistemine güvensizlik durumunun incelendiği çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Çankaya ve ark.'nın 65 yaş üzeri bireylerde sağlık arama davranışını incelediği çalışmasında sağlık algısının güvensizlik düzeyiyle arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (168). Çalışmamızda, sağlık algısı kötü olanların en yüksek güvensizlik düzeyine sahip oldukları görüldü. Sağlık algısı kötü olan bireyler, kişi ya da kurum kaynaklı nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinde

istenilmeyen olaylar yaşamaktadır. Yetersiz iletişim, yanlış teşhis ve tedavi gibi faktörler hastaların güven düzeyini etkilemektedir. Yeni çalışmalar yapıldıkça sağlık algısı değişkeniyle güvensizlik arasındaki ilişkinin anlaşılır olacağını düşünmekteyiz.

5.4.İnternet Kullanım Süresi ve Yayın İzleme Sıklığının Ölçeklerle Olan İlişkisi

İnternet bağımlılığı ile siberkondri ilişkisinin incelendiği bir çalışmada internette aşırı düzeyde vakit geçirenlerin siberkondri düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (50). Uzun'un üniversite çalışanları ile yaptığı çalışmasında internette geçirilen süre arttıkça siberkondri düzeylerin yükseldiği tespit edilmiştir (30). Birinci basamağa başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır (115). Çalışmamızda günlük ortalama internet kullanım süresi arttıkça siberkondri şiddetinde artış olduğu görüldü. Siberkondri, çevrimiçi araştırmalar sonucu gelişen bir hastalık olduğu için; internette geçirilen sürenin artışı siberkondri gelişimini tetikleyebilir.

Schwartz ve ark. birinci basamağa başvuran bireylerin %40'ının sağlıkla ilgili yayınlara baktıklarını tespit etmiştir (169). Uzun'un siberkondri düzeyini belirlemeye yönelik çalışmasında katılımcıların sağlıkla ilgili basılı yayın takip etme durumu bazen, sık sık ve her zaman olanların sayısının, diğerlerine göre siberkondri düzeyleri yüksek bulunmuştur (30). Altındış ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %85,5'inin hastane veya doktora başvurmadan önce internetten şikayetleri ile ilgili araştırma yaptıkları, %68,2'sinin verilen tedaviyi uygulamadan önce internetten baktıkları, interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma sıklığı arttıkça siberkondri şiddetinin yükseldiği görülmüştür (34). Çalışmamızda sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığı arttıkça siberkondri ciddiyetinde yükseliş görüldü. Kitle iletişim araçlarında, tıbbi konulara ehil olmayan kişiler tarafından yapılan sağlık programlarının yayınlanması toplumda endişe ve güvensizlik ortamı oluşturabilir. Sosyal medya üzerinde yapılan doğruluğu kanıtlanmamış tıbbi paylaşımlar, bireyler tarafından yanlış algılanarak siberkondri için bir risk faktörü haline gelebileceğini düşünmekteyiz.

Literatürde sağlık sistemine güvensizlik ile internet kullanım sıklığı ve sağlıkla ilgili yayın izleme sıklığının incelendiği araştırmaya rastlanmamıştır. Siberkondri düzeyi ve ilişkili etmenlerin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların internet kullanım sıklığı ile doktora güvensizlik alt boyutu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır

(170). Hekim algısı ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada günlük 0-2 saat arasında internet kullananların, daha uzun süre internetle meşgul olanlara göre doktora güven düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (115). Çalışmamızda her iki değişken ile güvensizlik arasında ilişkinin olmadığı görüldü. İnternetle ve sağlıkla ilgili yayınlarla fazla meşgul olmak siberkondri için bir risk faktörü olsa da tek sebebin güvensizlik olmayacağını düşünmekteyiz. Bilgiye erişilebilirliğin kolaylaşması ve hekimden istenilen tarihe randevu alınamaması, insanların güvensizlik probleminden ziyade merak hissi ve durumu hakkında hızlıca bilgi edinme isteğinin yansıması olabilir.

5.5. Siberkondri ile Sağlık Sistemine Güvensizlik Arasındaki İlişki

Siberkondrinin e-sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, anksiyete düzeyleri, sağlık kaygısı, akılcı ilaç kullanımı, aile işlev bozukluğu ve internet bağımlılığı ile ilişkisinin incelendiği farklı çalışmalar mevcuttur (13,129,171-175). Detaylı yapılan araştırmalar sonucunda sağlık sistemine güvensizlik ve siberkondri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir yayına rastlanmamıştır. Çalışmamız, iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma özelliğini göstermektedir.

Sağlık arama davranışı ile sağlık sistemine güvensizlik arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada çevrimiçi araştırma sıklığı arttıkça güvensizliğin arttığı bulunmuştur (44). Göde ve ark.'nın çalışmasında, sağlık kaygısı ve alt boyutlarının güvensizlik düzeyini etkilediği saptanmıştır (162). Başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık sistemine güvensizlik şiddetinin azaldığı görülmüştür (176). Çalışmamızda siberkondri ile güvensizlik düzeyi arasında ilişki bulunmasının nedeni tekrarlayıcı çevrimiçi aramaların bireylerde endişe ve güvensizlik hislerini artırması olabilir. Siberkondriye yol açan sebeplerin bir tanesi de sağlık sistemine güvensizlik olsa da ana sebeplerden biri değildir. Güven düzeyi düşük olan kişiler sağlık şikayetleri ile ilgili çevrimiçi araştırmalar yapmakla beraber siberkondriyak olmayabilirler.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bilgiye ulaşım, teknolojik gelişmelerle paralel olarak her geçen gün kolaylaşmaktadır. Bilgi kaynaklarına erişimin artması ile, hastalar kendileri ile ilgili açıklayamadıkları bir durum hissettiklerinde çevrimiçi arama davranışı göstermektedir. Bu durum amacını aşan şekilde yapıldığında kişinin siberkondri şiddeti de artmaktadır. Siberkondriyak kişi, kendi kendine tanı koyma, ciddi hastalıklarla ilişkilendirdiği şikayetleri hakkında endişeye kapılma ve hekim önerisi dışında alternatif tedavi arayışı içinde bulunma davranışları sergilemeye başlamaktadır.

Çalışmamızda, bakım verenlerde siberkondri düzeyi ölçülmüş ve sağlık sistemine duyulan güvensizlik ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık sistemine güvensizlik düzeyi arttıkça siberkondri ciddiyetinin arttığı saptanmıştır. Sağlık sistemine güven düzeyi azalmış bireyler, sağlıkla ilgili yaşadıkları problemleri çözme yolu olarak interneti tercih edebilmektedir. İnternette ise doğruluğu tartışılır ve alanın uzmanlarınca kontrol edilmeden yayınlanan pek çok yanlış bilgi mevcuttur. Aynı konuda birbiriyle çelişen ifadelerin yer aldığı tıbbi yayınlar izlendikçe veya yazılar okundukça hem kafalar karışmakta hem de tıp bilimine olan güven sarsılmaktadır. Örneğin, herhangi bir arama motorunda baş ağrısı ile ilgili araştırma yapıldığında birçok sitede kanıtlanmış kesin bir veri olmadığı halde baş ağrısının ciddi hastalıkların belirtisi olacağı bilgisine ulaşılabilir. Kesin olmayan ve şüphe uyandıran bilgiler, toplumun güven düzeyini azaltarak sağlık sisteminin işlevselliğini azaltmaktadır.

Hasta, semptom ve şikayetlerini internette araştırmış ve belli bir bilgi düzeyi ile doktora başvurmaktadır. Aile hekimleri, birinci basamak yönetiminde hastalarla ilk teması kuran sağlık profesyonelidir. Hastanın şikayetlerini dinlemeli, çevrimiçi aramalar sonucu elde ettiği bilgileri ve hastalığı hakkındaki endişelerini paylaşmasını sağlamalıdır. Sağlık problemi hakkında yeteri kadar dinlenen ve doğru bir şekilde bilgilendirilen hastanın çevrimiçi arama davranışına başvurma ihtimali düşebilir ve sağlık sistemine duyduğu güven artabilir. Sağlık hizmetlerine olan güvenin artışı, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini ve işlevselliğini olumlu yönde etkileyecektir. Hastaların verilen tedaviye uyumlu olması, hekimin önerilerini ciddiye alması ve ön yargısız bir şekilde muayene olmaya gitmesi sağlanacaktır.

Sağlık sistemi çok yönlü ve dinamik bir oluşumdur. Sağlık hizmeti verenler, sağlık hizmetinin işleyişini yönetenlerin belirlediği sınırlar içerisinde hizmetlerini gerçekleştirebilir. Sağlık politikalarının halkın ve sağlık hizmeti verenlerin ortak ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi, şeffaflığın artırılması, sağlık sistemine güveni sarsabilecek haberlerin, yayınların önüne geçilmesi ve sağlıkta şiddete neden olabilecek durumların önceden engellenmesi adına kararlı adımların atılması güven düzeylerinin artışına katkı sağlayabilir.



7.KAYNAKÇA

1. Yorgancıoğlu Tarcan G, Karahan A, Sebik NB. Kısa form siberkondri (CSS-12) ciddiyet ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği: sağlık bilişimi alanına özel bir uygulama. HSİD. 2023;26(1):207-18.
2. TÜİK. Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması; [Erişim tarihi: 2 Ağustos 2024]. Web Sayfası: [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. We are social. Digital in 2021: Global overview report; [Erişim tarihi: 5 Ağustos 2024]. Web Sayfası: <https://wearesocial.com/digital-2021>
4. Tekayak H, Akpınar E. Tıp alanında yeni bir dönem: dijital çağda doğan yeni hastalıklar. Eurasian Journal of Family Medicine. 2017;6(3):93-100.
5. Walley P. New disorder, cyberchondria, sweeps the Internet. The Independent. [Erişim tarihi: 10 Temmuz 2024]. Web Sayfası: www.nzherald.co.nz/technology/news/article.cfm?
6. Taylor CB, Jobson KO, Winzelberg A, et al. The use of the internet to provide evidence-based integrated treatment programs for mental health. Psychiatr Ann. 2013;32(11):671-7.
7. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related internet use. Expert Rev Neurother. 2013;13(2):205-13.
8. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). J Anxiety Disord. 2014;28(2):259-65.
9. Starcevic V. Cyberchondria: Challenges of problematic online searches for health-related information. Psychother Psychosom. 2017;86(3):129-33.
10. Erdoğan A, Hocaoglu C. Siberkondria: bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4):435-43.
11. Doherty Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. Psychosomatics. 2016;57(4):390-400.
12. Daraz L, Morrow AS, Ponce OJ, et al. Can patients trust online health information? A meta-narrative systematic review addressing the quality of health information on the internet. J Gen Intern Med. 2019;34(9):1884-91.
13. Tarhan N, Tutgun Ünal A, Ekinci Y. Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021;17(37):4253-97.

14. Starcevic V, Berle D, Arn  ez S. Recent insights into cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(11):56.
15. Özbay   . Üniversite   ğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Değ  rlendirilmesi. Katip   elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2023, İzmir (Danı  şman: Doç.Dr. Gülseren Pamuk).
16. Şengül H, Bulut A. Tıbbi güvensizlik   l  eği ve doktora güven   l  eğinin Türkçe geçerlik güvenirlik   alı  ması. *International Social Sciences Studies Journal.* 2020;62(6):1956-64.
17.   obanoğlu N. Kuramsal ve uygulamalı tıp etiği. 1.basım. Ankara: Eflatun Yayınevi; 2009.
18. Mathes BM, Norr AM, Allan NP, et al. Cyberchondria: overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Res.* 2018;261:204-11.
19. Bass SB, Ruzek SB, Gordon TF, et al. Relationship of internet health information use with patient behavior and self-efficacy: experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute's Cancer Information Service. *J Health Commun.* 2006;11(2):219-36.
20. Eryiğit G  nler O. Bilgi toplumunda internetin   nemi ve sağlık üzerindeki etkileri. *Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Ara  tırmalar Dergisi.* 2015;17(29):33-40.
21. Demirhan H, Eke E. Sağlık bilgisi arama davranı  ı açısından dijitalleşmenin etkileri: siberkondri hastalığı üzerine bir inceleme. *IJHESO.* 2021;1(1):1-18.
22. Aydemir   , Kırpınar İ, Satı T, et al. Sağlık Anksiyetesi   l  eği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik   alı  ması. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2013;50(4):325-31.
23. Welch PG, Carleton RN, Asmundson GJG. Measuring health anxiety: moving past the dishotomous response option of the original whiteley index. *Journal Of Anxiety Disorders.* 2009;23(7):1002-7.
24. Turan H. İnternet bağımlılığı ve siberkondri. *Balkan Sağlık Bil Derg.* 2022;1(1):21-7.
25. Fergus TA. Cyberchondria and intolerance of uncertainty: Examining when individuals experience health anxiety in response to internet searches for medical information. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking.* 2013;16(10):735-9.
26. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems.* 2009;27(4):1-37.

27. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, et al. Advances in understanding illness anxiety. *Current Psychiatry Reports*. 2008;10(4):311-7.
28. Oxford Dictionaries. [Erişim tarihi: 7 Temmuz 2024]. Web Sayfası: <https://www.lexico.com/en/definition/cyberchondriac>.
29. Loos A. Cyberchondria: Too much information for the health anxious patient. *Journal of Consumer Health on the Internet*. 2013;17(4): 439-45.
30. Uzun SU. Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Denizli (Danışman: Prof.Dr.Mehmet Zencir).
31. Fox S, Duggan M. Health Online 2013. Washington DC. Pew Internet and American Life Project. [Erişim tarihi: 25 Temmuz 2024]. Web Sayfası: <https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/>
32. Prescott C. Internet access-households and individuals, Great Britain: 2016. Newport Wales. Office for National Statistics. [Erişim tarihi: 28 Temmuz 2024]. Web Sayfası: https://doc.ukdataservice.ac.uk/doc/8079/mrdoc/pdf/8079_statistical_bulletin.pdf
33. TÜİK. Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması 2019. [Erişim tarihi: 12 Ekim 2024]. Web Sayfası: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028
34. Altındış S, İnci MB, Aslan FG, et al. Üniversite çalışanlarında siberkondri düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(1):359-70.
35. Korucu KS, Oksay A, Kocabaş D. Online health concern: Cyberchondria. Changing organizations from the psychological and technological perspectives. 1st ed. London: IJOPEC Publication. 2018.p211-8.
36. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry*. 2015;14:97-100.
37. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*. 2014;28(2):259-65.
38. Fergus TA, Dolan SL. Problematic internet use and internet searches for medical information: the role of health anxiety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014;17(12):761-5.
39. Norr AM, Albanese BJ, Oglesby ME, et al. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *J Affect Disord*. 2015;174:64-9.

40. Bajcar B, Beata J. Self-esteem and cyberchondria: the mediation effect of health anxiety and obsesive-compulsive symptoms in a community sample. *Current Psychology*. 2021;40:2820-31.
41. Batıgün AD, Gör N, Kömürcü B, et al. Cyberchondria Scale (CS): Development, validity and reliability study. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2018;31:148-62.
42. Tatli Z, Tatli O, Kokoc M. Development and validity of cyberchondria tendency scale. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*, 2019;11(1):1-9.
43. Muse K, McManus F, Leung C, et al. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anxiety Disord*. 2012;26:189-96.
44. Ay K, Seferoğlu SS. Lisansüstü öğrencilerin çevrimiçi bilgi arama stratejilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2017;25(1):51-66.
45. Aşkar P, Mazman SG. Çevrimiçi Bilgi Arama Stratejileri Envanteri'nin Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*. 2013;38(168):167-82.
46. Geçer A, İra N. Web Ortamında Bilgi Arama ve Yorumlama Stratejileri Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2014;(38):134-47.
47. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2016;23(5):595-605.
48. Tekin A, Kaya E, Demirel M, Yazıcı SÖ. Güçlendirme bağlamında internetin hasta-hekim ilişkilerine etkisi. *Selçuk İletişim Dergisi*. 2009;6(1):23-36.
49. Te Poel F, Baumgartner SE, Hartmann T, Tanis M. The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016;43:32-40.
50. Ivanova E. Internet addiction and cyberchondria their relationship with Well-Being. *Journal of Education Culture and Society*. 2013;1:57-70.
51. Alimoradi Z, Lin CY, Broström A, et al. Internet addiction and sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2019;47:51-6.
52. TÜİK. Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması 2022. [Erişim tarihi: 19 Ekim 2024]. Web Sayfası: [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)

53. Akgül Ö. Sizde bu internet hastalıklarından var mı? [Erişim tarihi: 15 Temmuz 2024]. Web Sayfası: www.kimpsiko-loji.com: <https://www.kimpsikoloji.com/sizde-bu-internet-hastaliklarindan-var-mi/>
54. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: An Old Phenomenon in a New Guise?. In: Aboujaoude E, Starcevic V, editors. Mental Health in The Digital Age: Grave Dangers, Great promise New York: Oxford University Press; 2015.p106-17.
55. Tüter M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Seçil Arıca).
56. Ekiz P. Sağlıkla İlgili Bilgilere Erişimde İnternetin Rolü. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul.
57. Doğan S, Acar F, Baynal Doğan T.G. İnternet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin siberkondri davranışları üzerine etkisi. Erciyes Akademi. 2021;35(1):281-98.
58. Olatunji BO, Etzel EN, Tomarken AJ, et al. The effects of safety behaviors on health anxiety: an experimental investigation. Behav Res Ther. 2011;49(11):719-28.
59. Carleton R.N. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. Expert Rev Neurother. 2012;12:937-47.
60. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 2003;17:233-42.
61. Yılmaz Y, Bahadır E, Erdoğan A. Investigation of the relationships between cybercondria, anxiety sensitivity, somatosensory amplification, and intolerance to uncertainty. Turkish J Clin Psy. 2021;24(4):450-8.
62. Doğanyigit PB, Keçeligil HT. Covid-19 Pandemi sürecinde bireylerin sağlık kaygılarının siberkondri üzerindeki etkisi. CBU-SBED. 2022;9(3):355-62.
63. Menon V, Kar SK, Tripathi A, Nebhinani N. Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. Asian Journal of Psychiatry. 2020;(53):1022-25.
64. Dwyer DS, Liu H. The impact of consumer health information on the de-mand for health services. The Quarterly Review of Economics and Finance. 2013;53(1):1-11.
65. Tanis M, Hartmann T, Poel F. Online health anxiety and consultation satisfaction: A quantitative exploratory study on their relations. Patient Education and Counseling. 2016;99(7):1227-32.
66. Yavuz M. Siberhondrik nedir? Nasıl bir hastalıktır? [Erişim tarihi: 20 Temmuz 2024]. Web Sayfası: hthayat.haberturk.com:

<https://hthayat.haberturk.com/saglik/haber/1022931-siberhondrik-nedir-na-sil-bir-hastaliktir>

67. Işıkdere A. Sosyal medya hastalıkları. [Erişim tarihi: 21 Temmuz 2024]. Web Sayfası: <https://bilim-dili.com/doga-cevre/tip/sosyal-medya-hastaliklari/>
68. Demirhan H, Eke E. Sağlık bilgisi arama davranışı açısından dijitalleşmenin etkileri: Siberkondri hastalığı üzerine bir inceleme. IJHESO. 2021;1(1):1-18.
69. Erdoğan A, Hoccoğlu Ç. Siberkondri: Bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4):435-43.
70. Hoccoğlu Ç. Farklı bir hipokondriyazis: Bir vaka sunumu. Journal of Mood Disorders. 2015;5(1):36.
71. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.
72. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. Expert Review of Neurotherapeutics. 2013;13(2):205-13.
73. Turkiewicz KL. The Impact Of Cyberchondria On Doctor-Patient Communication. The University of Wisconsin-Milwaukee, Uzmanlık Tezi, 2012, Ann Arbor (Danışman: Ph.D.Mike Allen).
74. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. ACM Transactions On Information Systems (TOIS). 2009;27(4):1-37.
75. Copelton D, Valle G. You don't need a prescription to go gluten-free: The scientific self-diagnosis of celiac disease. Soc Sci Med. 2009;1:623-31.
76. Susannah F. Pew Internet and American Life Project online health search 2006. [Erişim tarihi: 15 Ekim 2023] Web Sayfası: <https://www.pewresearch.org/internet/2006/10/29/online-health-search-2006/>
77. Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. Journal of Anxiety Disorders. 2020;69:102-50.
78. Eastin MS, Guinsler NM. Worried and wired: effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors. Cyberpsychol Behav. 2006;9:494-8.
79. Muse K, McManus F, Leung C, et al. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. J Anxiety Disord. 2012;26:189-96.

80. Çağlar S, Gençer Şendur E. Sağlığın Geliştirilmesinde E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri. İçinde: Tüfekçi N. editör. Sağlık Bilimlerindeki Farklılıkları Açıklamaya Yönelik Araştırmalar. 1.baskı. Bolu: SRA Academic Publishing; 2023.p1-18.
81. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent insights into cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(11):56.
82. Von Scheele C, Nordgren L, Kemp V, et al. A study of so-called hypochondriasis. *Psychother Psychosom.* 2010;54:50-6.
83. Fergus TA, Russell LH. Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive-compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *J Anxiety Disord.* 2016;38:88-94.
84. Başoğlu MA. Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondrinin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş ile İlişkisinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Edirne (Danışman: Dr. Öğrt. Üyesi Önder Sezer)
85. Kahveci K, Gökçınar D. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım. Birinci baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
86. Blanchard C, Albrecht T, Ruckduschel J. The Crisis of cancer: Psychological impact on family caregivers. *Oncology.* 1997;11(2):221-8.
87. Eicher PS, Batshaw ML. Cerebral palsy. *Pediatr Clin North Am.* 1993;40:537-51.
88. Khan Z, Zia A, Watson PJ, et al. Stress and psychological and social resources for coping in informal family caregivers of cancer patients in Pakistan. *Indian Journal of Health and Wellbeing.* 2015;6(11):1070-5
89. McElroy H. Male caregivers of spouses with Alzheimer’s disease: Risk factors and health status. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias.* 2001;16(3):167-75.
90. Chou KR. Caregiver burden: A concept analysis. *J Pediatr Nurs.* 2000;15(6):398-407.
91. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, et al. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011;3(3):513-52.
92. Matzo ML, Sherman DW. Palliative care nursing: ensuring competent care at the end of life. *Geriatr Nurs.* 2001;22(6):288-93.
93. Şahin G. Palyatif Bakım Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Sağlık Algısına Etkisi İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Malatya (Danışman: Doç. Dr. Ümmühan Aktürk).

94. Rahnema M, Shahdadi H, Bagheri S, Moghadam MP, Absalan A. The relationship between anxiety and coping strategies in family caregivers of patients with trauma. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017;11(4):6-9.
95. Carmen WH, Chan R, Phil M. Stres associated with tasks for family caregiver of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*. 1999;22(4):260-5.
96. Hupcey JE, Penrod J, Morce JM, Mitcham J. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;36:282-93.
97. Höglund L, Macevičiute E, Wilson TD. Trust in healthcare: An information perspective. *Health Informatics Journal*. 2016;10(1):37-48.
98. Dinç L, Korkmaz F, Karabulut E. A validity and reliability study of the Multidimensional Trust in Health-Care Systems Scale in a Turkish patient population. *Social Indicators Research*. 2013;113:107-20.
99. Yeşildal M, Erişen M, Kırac R. Sağlık sistemlerine güvensizlik: Bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *USAYSAD*. 2020;6(2):251-9.
100. Egede LE, Ellis C. Development and testing of the Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23:808-15.
101. Türkyılmaz D. Tıbbi güven ve güvensizlik. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021;6(1):15-30.
102. Wainwright D. The changing face of medical sociology. *A Sociology of Health*. 2008;1(1):1-19.
103. McKinstry B, Ashcroft R, Car J, et al. Interventions for Improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *The Cochrane Library*. 2009;3:1-26.
104. Yeşildal M, Akman Dömbekci H, Öztürk YE. Sağlık iletişimi sorunları: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. 2021;5(2):108-19.
105. Uludağ A. Hastane hasta hakları kurullarının iletişim sorunu içerikli başvurulara bakışı: Konya hastaneleri örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2011;31(3):653-63.
106. Güven M, Aslan M. Bilgi teknolojilerinin çalışanların performansına ve motivasyonuna etkisi: TRB1 bölgesindeki KOBİ'lerde bir uygulama. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2020;4(1):35-54.
107. Ünal Ö. Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi. *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2016, Sakarya (Danışman: Doç. Dr. Mahmud Akbolat).

108. Temel K, Aydın M. Sağlık hizmetlerinde, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan bilgi asimetrisinin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar: Çanakkale örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2018;1(1):747.
109. Fadda M, Albanese E, Suggs LS. When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *International Journal of Public Health*. 2020;65:711-2.
110. Le TT, Andreadakis Z, Kumar A, et al. The COVID-19 vaccine development landscape. *Nat Rev Drug Discov*. 2020;19(5):305-6.
111. Biasio LR, Bonaccorsi G, Lorini C, Pecorelli S. Assessing COVID-19 vaccine literacy: A preliminary online survey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2021;17(5):1304-12.
112. Sun S, Lin D, Operario D. Interest in COVID-19 vaccine trials participation among young adults in china: Willingness, reasons for hesitancy, and demographic and psychosocial determinants. *Preventive Medicine Reports*. 2021;22:1-24.
113. Turhan Z, Dilcen HY, Dolu I. The mediating role of health literacy on the relationship between health care system distrust and vaccine hesitancy during COVID-19 pandemic. *Current Psychology*. 2022;41(11):8147-56.
114. Şeremet GG, Uslu D, Çevik A. Bireylerin erişkin aşıları hakkındaki farkındalık düzeyleri ile sağlık sistemine güvensizlik düzeyleri arasındaki ilişki. 3. Uluslararası Lisansüstü Çalışmalar Kongresi, 14-17 Haziran 2023:818-9.
115. İlbay Ç. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin Hekim Algısı ve E-Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisinin İncelenmesi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2023, Bolu (Danışman: Doç. Dr. Sebahat Göcük).
116. Ağır Z. Aşı Karşıtlığında Sağlık Sistemine Güvensizlik ve Kadercilik Eğiliminin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2022, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Okcan Basat).
117. Uslu D. Sağlık sistemlerine güvensizlik ile dijital sağlık ortamında veri yönetimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İşletme Akademisi Dergisi*. 2023;4(3):355-66.
118. Ulu T. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarında ve Polikliniklerine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2024, Van (Danışman: Prof. Dr. Hüseyin Avni Şahin).
119. Zaybak A, Yapucu Güneş Ü, Günay İsmailoğlu E, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(1):48-54.

120. McElroy E, Kearney M, Touhey J, et al. The CSS-12: Development and validation of a short-form version of the Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2019 May;22(5):330-5.
121. Rose A, Peters N, Shea JA, Armstrong K. Development and testing of the Health Care System Distrust Scale. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;9(1):57-63.
122. Bacı H. Erişkinlerde Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2022, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Azize Dilek Güldal).
123. Norr AM, Allan NP, Boffa JW, Raines AM, Schmidt NB. Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. *J Anxiety Disord*. 2015;31:58-64.
124. Ahmad Zubaidi ZS, Ariffin F, Oun CTC, Katiman D. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):186.
125. Teken MT. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarda Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2023, Konya (Danışman: Prof. Dr. Nazan Karaoğlu, Dr. Öğr. Üyesi. Nur Demirbaş).
126. Hu P, Yang Q, Kong L, et al. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(40):126-38.
127. Washington KT, Parker Oliver D, Smith JB, et al. Sleep problems, anxiety, and global self-rated health among hospice family caregivers. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(2):244-9.
128. Mansur F, Çiğerci K. Siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(1):11-21.
129. Deniz S. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan Dergisi*. 2020;7(24):84-96.
130. Öztop N. Siberkondria Ciddiyet Düzeyi ve Sağlık Algısının Aşılama Hakkındaki Tutum ve Davranış Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2023, Isparta (Danışman: Doç. Dr. Funda Yıldırım Baş).
131. Kalmaz A, Temel M. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2024;8(1):42-54.

132. Ertaş H, Kırac R. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin siberkondri düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *International J Soc Res*. 2020;15(23):1746–64.
133. Götze H., Brähler E, Gansera L, et al. Psychological distress and quality of Life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Supportive Care in Cancer*. 2014;22(10):2775-82.
134. Erdoğan Özyurt T, Aydemir Y, Aydın A, et al. İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2020;10:1-10.
135. Liu Y, Li H, Wu B, et al. Association between primary caregiver type and mortality among Chinese older adults with disability: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2021 Apr 21;21(1):268.
136. Or R. Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükü ve Bakım Veren İyilik Hali. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Denizli (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Asiye Kartal).
137. McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, et al. The burden of polypharmacy in patients near the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(2):178-83.
138. Menekli T, Dolu S, Coşkun Ö, Torun M. Palyatif bakım hastaları, yakınları ve hemşirelerinin iyi ölüme ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;24(1):84-9.
139. Yürüyen M, Özbaş Tevetoğlu I, Tekmen Y, et al. Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. *Konuralp Medical Journal*. 2018;10(1):74-80.
140. Yılmaz Y, Bahadır E, Erdoğan A. Investigation of the relationships between cybercondria, anxiety sensitivity, somatosensory amplification, and intolerance to uncertainty (tur). *J Clin Psychiatry*. 2021;24(4):450-8.
141. Santoro G, Starcevic V, Scalone A, et al. The Doctor is In(ternet): The mediating role of health anxiety in the relationship between somatic symptoms and cyberchondria. *J Pers Med*. 2022;12(9):1-10.
142. Aslantaş AHB, Altuntaş M. Siberkondrinin problemli internet kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı ile olası ilişkisi. *J Acad Res Med*. 2023;13(2):63-69.
143. Maftai A, Holman AC. Cyberchondria during the coronavirus pandemic: The effects of neuroticism and optimism. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:567345.
144. Akhtar M, Fatima T. Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(1):90-5.
145. Köse S, Murat M. Examination of the relationship between smartphone addiction and cyberchondria in adolescents. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(6):563-70

146. Aslantaş AHB, Altuntaş M. Siberkondrinin Problemli İnternet Kullanımı Ve E - Sağlık Okuryazarlığı İle Olası İlişkisi. J Acad Res Med. 2023;13(2):63-9.
147. Lewis, T. Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? Media Culture. 2006;28(4):521-39
148. Güleşen A, Beydağ KD. Cryberchondria level in women with heart disease and affecting factors. Arch Heal Sci Res. 2020;7(1):1-7.
149. Altındış S, Baran İnci M, Aslan FG, et al. Tarihi G. üniversite çalışanlarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Sak Tıp Derg. 2018;8(2):359-70.
150. Başoğlu MA. Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondrinin Sürekli Kaygı Ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Edirne (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer).
151. Zhang Y, Liu Y, Liu J, Zhang L. The association between chronic disease and cyberchondria: A systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research. 2018;(10):125-67.
152. Karaçadır, S, Çelik, D. Siberkondri ve kronik hastalık arasındaki ilişki. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 2019;16(22):227-37.
153. Peng XQ, Chen Y, Zhang YC, et al. The status and influencing factors of cyberchondria during the COVID-19 epidemic. A cross-sectional study in Nanyang City of China. Front Psychol. 2021;12:703-12.
154. Ekinci Y, Tutgun Ünal A, Bayse R, et al. Siberkondri, sağlık okuryazarlığı ve sosyoekonomik statü ilişkisi bağlamında x ve y kuşağına yönelik bir araştırma. İstanbul Arel Üniversitesi İletişim Çalışmaları Dergisi, 2021;9(20):117-48.
155. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. International Journal of Behavioral Medicine. 2016;23:595-605.
156. Bala R, Srivastava A, Ningthoujam GD, et al. An observational study in Manipur State, India on preventive behavior influenced by social media during the COVID-19 pandemic mediated by cyberchondria and information overload. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2021;54(1):22.
157. Fergus TA, Spada MM. Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2017;24(6):1322-30.
158. Alakuş EB. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Siberkondri Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin

Değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2022, Samsun (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Ünal)

159. Kurcer MA, Erdogan Z, Çakır Kardeş V. The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(1):132-40.

160. Filiz M, Karagöz Y. Bireysel sağlık algısının siberkondri davranışı üzerindeki etkisi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*. 2024;7(2):107-16.

161. Armstrong K, Rose A, Peters N, et al. Distrust of the health care system and self-reported health in the United States. *J Gen Intern Med*. 2006;21(4):292-7.

162. Göde A, Kuşcu FN. Sağlık sistemine güvensizlik ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Journal of Academic Value Studies (JAVStudies)*. 2022;8(3):253-61.

163. Ingeman K, Hulgaard DR, Rask CU. Health anxiety by proxy - through the eyes of the parents. *J Child Health Care*. 2024;28(1):22-36.

164. Diğer H, Ardıç M. Sağlık sistemine güvensizlik düzeyini belirlemeye yönelik bir araştırma: Tokat ilinde bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;12(4):1518-30.

165. Gupta C, Bell SP, Schildcrout JS, et al. Predictors of health care system and physician distrust in hospitalized cardiac patients. *Journal of Health Communication*, 2014;19(2):44-60.

166. Ağalday Z. Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Sistemine Güvensizlik Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Mardin Artuklu Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Mardin (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hülya Keskin).

167. Usta D. Hastaların Sağlık Bakım Sistemine Duydukları Güven. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatoş Korkmaz).

168. Çankaya A, Filiz E. Yaşlı bireylerin sağlık sistemine güvenleri ve sağlık arama davranışları. *Balkan Sağlık Bil Derg*. 2024;3(1):27-48.

169. Schwartz KL, Roe T, Northrup J, et al. Family medicine patients' use of the internet for health information: a MetroNet study. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(1):39-45.

170. Dinç S, Taştan AN, Zor M, et al. Hemşirelik öğrencilerinin siberkondri düzeyi ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;4(2):779-90.

171. Menon V, Kar SK, Tripathi A, et al. Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. *Asian J Psychiatr*. 2020 Oct;53(10):22-5.
172. Doğanyığıt PB, Keçeligil HT. Covid-19 pandemi sürecinde bireylerin sağlık kaygılarının siberkondri üzerindeki etkisi. *CBU-SBED*. Eylül 2022;9(3):355-62.
173. Kalmaz A, Temel M. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2024;8(1):42-54.
174. Liu S, Yang H, Cheng M, Miao T. Family dysfunction and cyberchondria among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):971-6.
175. Varer Akpınar C, Mandıracıoğlu A, Özvurmaz S, et al. Cyberchondria and COVID-19 anxiety and internet addiction among nursing students. *Curr Psychol*. 2023;42(3):2406-14.
176. Üstünbaş B, Öztürk YE. Examining the relationship between health literacy and distrust in health care systems. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;14(3):470-6.

8.EKLER

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK FORM

Yaşı:

Cinsiyeti: kadın erkek

Medeni durumu:

Eğitim durumu: ilkokul ortaokul lise üniversite yüksek lisans

Mesleği: **Sosyal güvence:** var yok

Yaşadığı yer: İl İlçe Köy

Gelir düzeyi: gider gelirden fazla gider gelire eşit gelir giderden fazla

Çocuk sayısı: **Bakım verdiği kişinin yakınlık derecesi:**

Kronik bir hastalığınız var mı? Evet Hayır

Sigara kullanımı: Var Yok **Alkol kullanımı:** Var Yok

Günlük ortalama internet kullanım süresi: 0-2 saat 2-4 saat 4 saatten fazla

Son üç ayda doktora başvuru sayınız:

Sizce sağlık durumunuz hangi düzeyde:

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

Bakım verdiği kişinin hastalığı:

Bakım verdiğiniz kişiye hekim önerisi dışında ilaç, bitkisel takviye vesair kullandınız mı?

Evet Hayır

Sağlıkla ilgili yayın izleme durumunuz:

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Sıklıkla Her zaman

Ek-2**SİBERKONDRI CİDDİYETİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (CSS-12)**

İfade	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**SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÜVENSİZLİK ÖLÇEĞİ**

İfade	kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	kararsızım	katılıyorum	kesinlikle katılıyorum
1.Bilgi verilmeden üzerimde tıbbi deneylerin yapıldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2. Tıbbi kayıtlarımın gizli tutulduğunu düşünüyorum. *	1	2	3	4	5
3. Sağlık sisteminden kaynaklı hatalardan her gün birçok insan ölmektedir.	1	2	3	4	5
4. Kanımı aldıklarında bana bildirmedikleri testleri yaptıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Tedavi sürecimde bir hata yapılsaydı, sağlık sistemi bunu benden gizlemeye çalışırdı.	1	2	3	4	5
6. İnsanların benim onayım olmadan tıbbi kayıtlarıma erişebileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7. Sağlık sistemi sağlığım için gerekli olanı yapmaktan çok maliyeti düşük tutmakla ilgilenmektedir.	1	2	3	4	5
8. Sağlık kurumlarından yüksek kalitede tedavi hizmeti aldığımı düşünüyorum. *	1	2	3	4	5
9. Sağlık sistemi, hastalığımı tedavi ederken benim tıbbi ihtiyaçlarımı diğer tüm hususların üzerinde tutar. *	1	2	3	4	5
10.Bazı ilaçların içinde benden gizlenen şeyler vardır.	1	2	3	4	5

ETİK KURUL ONAYI

T.C
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bakım Veren Kişilerin Siberkondria Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Sistemine Duyulan Güvensizlikle Olan İlişkisi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. Km KÜTAHYA
	TELEFON	(0 274) 260 00 43 / 1139
	FAKS	(0 274) 265 22 85
	E-POSTA	etik_gir.olmayan@ksbu.edu.tr
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Yasemin KORKUT KURTOĞLU
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği AD.
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KSBÜ Tıp Fakültesi
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Arş.Gör. Dr. Onur SARIKAYA (Uzmanlık Tezi)- Aile Hekimliği AD.- KSBÜ Tıp Fakültesi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tanımlayıcı Kesitsel
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/06-22	Tarih: 11.05.2023
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof. Dr. Duygu PERÇİN RENDERS
Etik Kurul Başkanı

Ek-5

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ KISA FORM İZİN YAZISI

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form

Gelen Kutusu x

26 Tem Cum 11:34

☆

0

Onur Sarıkaya

Merhaba sayın hocam. Ben Ksbü Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden aile hekimi asistanı Onur Sarıkaya. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yap

9

GAMZE YORGANCIOĞLU TARCAN

7 Ağu Çar 14:54

☆

😊

↩

⋮

Alıcı: ben

merhaba tarafımıza atıf yapmak suretiyle elbette kullanabilirsiniz kolay gelsin iyi çalışmalar

Gönderen: Onur Sarıkaya

Gönderildi: 26 Temmuz 2024 Cuma 11:34:32

Kime: GAMZE YORGANCIOĞLU TARCAN

Konu: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form

Merhaba sayın hocam. Ben Ksbü Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden aile hekimi asistanı Onur Sarıkaya. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu" tez çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum. İyi günler dilerim.



Ek-6

SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÜVENSİZLİK ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

