

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SİBERKONDRIYE ETKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİNİN ARACI ROLÜ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Kübra ÖZTÜRK**

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

AĞUSTOS - 2020

Kübra ÖZTÜRK tarafından hazırlanan “E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisinde Güven İletişiminin Aracı Rolü” başlıklı bu tez, 16/07/2020 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Gülcan ŞANTAŞ
Yozgat Bozok Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	:	Kübra ÖZTÜRK
Öğrenci Numarası	:	Y176047006
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	“E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisinde Güven İletişiminin Aracı Rolü”
Benzerlik Oranı	:	% 10
İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,		
☒ Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. 16/07/2020 Kübra ÖZTÜRK		
☐ Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere @sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim. /...../20..... İmza		
Uygundur		
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ Tarih: 16/07/2020 İmza:		
☐ KABUL EDİLMİŞTİR	Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	
☐ REDDEDİLMİŞTİR.		
EYK Tarih ve No:		

ÖNSÖZ

Tez çalışmam boyunca, lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleri ile her konuda yol gösterici olan çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Harun KIRILMAZ'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Ayrıca, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve yönlendirmeleriyle destek sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a ve tez çalışmamın çeşitli aşamalarında katkıda bulunan Arş. Gör. Mustafa AMARAT'a teşekkür ederim.

Hayatımın her evresinde olduğu gibi bu süreçte de maddi ve manevi destekleriyle yanımda olan, varlıkları ile bana güç veren babam Mehmet ÖZTÜRK'e, annem Gönül ÖZTÜRK'e, ablam Özge DAL'a ve nişanlım Yalçın CAN'a minnetlerimi sunarım.

Kübra ÖZTÜRK

16/07/2020

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SİBERKONDRI	7
1.1. Bilgi Arayışı ve İnternet	7
1.2. Sağlıkla İlgili Bilgi Edinmede İnternet	10
1.2.1. Çevrimiçi Sağlık Bilgilerinin Hasta Güçlendirmede Rolü	16
1.3. Siberkondri ile İlişkili Kavramlar	18
1.3.1. Sağlık Kaygısı	18
1.3.2. Hipokondriasis (Hastalık Hastalığı)	19
1.4. Siberkondri	20
1.4.1. Sağlık Kaygısı ve Siberkondri	23
1.4.2. Çevrimiçi Sağlık Bilgilerinin Özellikleri ve Siberkondri	24
1.4.3. Siberkondrinin Olası Nedenleri	27
1.4.4. Siberkondrinin Olası Etkileri	28
BÖLÜM 2: E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	30
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	30
2.1.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Gelişimi	30
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	36
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	38
2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı (Elektronik Sağlık Okuryazarlığı)	39
2.2.1. E-Sağlık Kavramı	39
2.2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	40
BÖLÜM 3: HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ	49
3.1. Hasta-Hekim İlişkisi	49
3.2. Hasta-Hekim İletişimi	54
3.3. Hasta-Hekim İlişkisinin ve İletişiminin Önemi	56

3.4. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven	58
3.4.1. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi	61
BÖLÜM 4: YÖNTEM	64
4.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	64
4.2. Veri Toplama Aracı.....	65
4.3. Veri Toplama Süreci	67
4.4. Araştırmanın Kısıtları.....	67
4.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	67
4.6. Araştırma Modeli ve Hipotezleri	71
4.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	76
BÖLÜM 5: BULGULAR.....	77
5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	77
5.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	78
5.3. Siberkondri, E-Sağlık Okuryazarlığı ve Güven İletişimi Arasındaki İlişki	78
5.4. E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi	80
5.5. Güven İletişiminin Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi	81
5.6. E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisi ve Bu Etkide Güven İletişiminin Aracı Rolü	82
5.7. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Bulguları	85
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	92
KAYNAKÇA	103
EKLER.....	125
ÖZGEÇMİŞ.....	130

KISALTMALAR

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E-SOY	: E-Sağlık Okuryazarlığı
HON	: Health on the Net Foundation
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Son Üç Ay İçinde İnternet Kullanan Bireylerin İnterneti Kişisel Kullanma Amaçları, 2019.....	10
Tablo 2: Siberkondrinin Tanımları.....	23
Tablo 3: Sağlığın Üç Etkinlik Alanına Uygulamak İçin Sağlık Okuryazarlığının Dört Boyutlu Matriksi	35
Tablo 4: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları	68
Tablo 5: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeğine Ait Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları.....	70
Tablo 6: Bazı Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerin Uyum İyiliği Değerleri.....	71
Tablo 7: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	77
Tablo 8: Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	78
Tablo 9: Siberkondri, E-Sağlık Okuryazarlığı ve Güven İletişimi Arasındaki İlişki.....	79
Tablo 10: E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi	81
Tablo 11: Güven İletişiminin Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi	82
Tablo 12: E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisi	83
Tablo 13: E-Sağlık Okuryazarlığının Güven İletişimine Etkisi	83
Tablo 14: E-Sağlık Okuryazarlığı ve Güven İletişiminin Siberkondriye Etkisi	83
Tablo 15: E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisinde Güven İletişiminin Aracı Rolü.....	84
Tablo 16: Cinsiyete Göre Fark Analizi Sonuçları	85
Tablo 17: Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları.....	86
Tablo 18: Yaşa Göre Fark Analizi Sonuçları	88
Tablo 19: Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları	90
Tablo 20: Kronik Rahatsızlığın Varlığına Göre Fark Analizi Sonuçları.....	91
Tablo 21: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Hipotez Testi Sonuçları	91

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bilgi Talebini Arttıran ve Dengeyi Kendine Güvene Doğru Yönlendiren Faktörler.....	14
Şekil 2: İnternette Sağlıkla İlgili Bilgilerin Araştırılması Sonuçları	29
Şekil 3: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak (Lily) Modeli.....	42
Şekil 4: E-Sağlık Okuryazarlığı Analitik ve İçeriğe Özgü Modeller.....	43
Şekil 5: Tüketicilerin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sistemin E-Sağlık Okuryazarlığı Talebi Arasında Dengenin Kurulması	46
Şekil 6: Hekimle Kurulan Güven İlişkisinin Belirleyicileri	60
Şekil 7: Hasta ile İletişim Süreci.....	63
Şekil 8: Araştırma Modeli.....	76
Şekil 9: Regresyon Bulgularına Ait Özet Model	84

Tezin Başlığı: E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisinde Güven İletişiminin Aracı Rolü

Tezin Yazarı: Kübra ÖZTÜRK

Danışman: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

Kabul Tarihi: 16/07/2020

Sayfa Sayısı: vii (ön kısım) + 124 (tez) + 5 (ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

E-sağlık okuryazarlığı, bireylerde siberkondrinin ortaya çıkmasının önlenmesi ve bireylerin hekimle kurdukları ilişkide güven iletişiminin geliştirilmesi bakımından önemlidir. Bu düşünceden hareketle çalışmanın amacı, e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolünü ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminde bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymaktır.

Çalışmanın örneklemini Eskişehir ilinin Odunpazarı merkez ilçesinde yaşayan basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 395 birey oluşturmaktadır. Çalışmada McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirilen ve Uzun (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği”, Norman ve Skinner (2006a) tarafından geliştirilen ve Gencer (2017) tarafından Türkçeye uyarlanan “E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği” ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizi, bağımsız örneklerde t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışmanın bulgularına göre siberkondri ve alt boyutları, e-sağlık okuryazarlığı, güven iletişimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığının siberkondri ve alt boyutları üzerinde negatif yönlü etkisi; güven iletişiminin siberkondri ve alt boyutları üzerinde negatif yönlü etkisi bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı güven iletişimini pozitif yönde etkilemektedir. Ayrıca e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolü bulunmaktadır. Katılımcıların medeni durumu e-sağlık okuryazarlığında; medeni durumu, yaşı ve eğitim durumu (zorlantı alt boyutu hariç) siberkondri ve alt boyutlarında; cinsiyeti, medeni durumu, yaşı ve eğitim durumu güven iletişiminde anlamlı farklılık oluşturmaktadır.

Sonuç olarak e-sağlık okuryazarlığının ve güven iletişiminin geliştirilmesi siberkondrinin azalmasına, e-sağlık okuryazarlığının artması güven iletişiminin artmasına katkı sağlamaktadır. Bu sebeple e-sağlık okuryazarlığı becerisini güçlendirme çalışmalarının yapılması, güvenilir sağlık bilgi sayfalarının oluşturulması ve teşvik edilmesi, hekimlerin güven iletişimini kuvvetlendirme adına uygun etkileşim ortamının sağlanması ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Konunun önemi açısından daha geniş bir örnekleme ve farklı araştırma yöntemlerini kullanarak siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminin araştırılmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: Siberkondri, E-Sağlık Okuryazarlığı, Hasta-Hekim İlişkisi, Güven İletişimi

Title of the Thesis: The Mediating Role of Trust Communication in the Effect of E-Health Literacy on Cyberchondria

Author: Kübra ÖZTÜRK

Supervisor: Assoc. Prof. Harun KIRILMAZ

Date: 16/07/2020

Np: vii (pre text) + 124 (main body) + 5 (app)

Department: Healthcare Management

E-health literacy is important in terms of preventing the emergence of cyberchondria in individuals and developing trust communication in individuals' relationship with the physician. The purpose of studying with this in mind is to reveal the role of trust communication in the effect of e-health literacy on cyberchondria and whether the socio-demographic characteristics of the participants make a difference in cyberchondria, e-health literacy and trust communication.

The sample of the study consists of 395 individuals selected by simple random sampling method living in the central district of Odunpazarı, Eskişehir. "Cyberchondria Severity Scale" developed by McElroy and Shevlin (2014) and adapted to Turkish by Uzun (2016), "E-Health Literacy Scale" developed by Norman and Skinner (2006a) and adapted to Turkish by Gencer (2017), "Trust Communication Scale in the Patient-Physician Relationship Scale" developed by Yılmaz (2005), and a questionnaire form consisting of the and the socio-demographic characteristics of the participants was used in the study. Validity and reliability analyzes of the obtained data were made. Descriptive statistical methods, correlation analysis, SPSS Process Macro 4. Model regression analysis, t-test and one-way analysis of variance were used in the analysis of the data.

According to the findings of the study, there is a statistically significant relationship between cyberchondria and its sub-dimensions, e-health literacy and trust communication. Negative effects of e-health literacy on cyberchondria and its sub-dimensions; trust communication has a negative effect on cyberchondria and its sub-dimensions. E-health literacy positively affects trust communication. Moreover, trust communication has a mediating role in the impact of e-health literacy on cyberchoria. Marital status of the participants in e-health literacy; marital status, age and educational status (excluding the sub-dimension of compulsion) in cyberchondria and its sub-dimensions; gender, marital status, age and educational status make a significant difference in trust communication.

As a result, the development of e-health literacy and trust communication contributes to the reduction of cyberchondria and the increase of e-health literacy contributes to the increase in trust communication. For this reason, it is recommended to organize pre and post-graduate education programs in order to strengthen e-health literacy skills, to create and promote reliable health information pages, to provide the appropriate interaction environment for strengthening the trust communication of physicians, and to develop communication skills. Based on the importance of the subject by using a larger sample and different research methods cyberchondria, e-health literacy and trust communication of the study it is beneficial.

Keywords: Cyberchondria, E-Health Literacy, Patient-Physician Relationship, Trust Communication

GİRİŞ

Teknolojinin gelişmesi ve internet kullanımının her geçen gün artması ile daha fazla insan sağlığa ilişkin bilgiye erişim sağlamaktadır. Bu bilgilere ulaşmada internet, git gide geleneksel yöntemlerin yerini almaktadır. İnternet, ulaşılması zor bilgilere hızlı, ucuz, kolay, anonim şekilde ve eşit koşullarda erişme imkânı sağlamakta, sosyal destek fırsatı yaratmaktadır. Ancak çelişkili, yanlış, eksik ya da kaynağı belirsiz bilgileri içermesi açısından tehlikeli olabilmektedir. İnternetin dezavantaj oluşturabilecek niteliklerinin yanı sıra çevrimiçi sağlık bilgisi yelpazesinin genişlemesi, bireylerin bu bilgileri seçme, algılama, yönetme durumunu kritik hale getirmekte ve yeni bir yapı olarak e-sağlık okuryazarlığı gündeme gelmektedir (Monkman ve Kushniruk, 2015: 542-543). E-sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklardan sağlıkla ilgili bilgileri arama, bulma, değerlendirme ve bu bilgileri, bir sağlık problemini çözmek için kullanma kabiliyeti şeklinde açıklanmaktadır (Norman ve Skinner, 2006b).

E-sağlık okuryazarlığı, e-sağlık kaynaklarından faydalanmayı sağlayan beceriler kümesidir. Çevrimiçi bilgilerin olumsuz özellikleri ile birlikte etkileşime açıklık, içerikte kullanılan dil ve anlaşılabilirlik, reklam ve pazarlama faaliyetleri bireylerin doğru bilgiye yönelmesini etkileyebilmekte, bu değerlendirmelerin yapılabilmesi için e-sağlık okuryazarlığı önemli hale gelmektedir. Değerlendirilmesi yapılmamış bilgiler ise kafa karıştırıcı olabilir, belirsizliği artırabilir hatta tedavinin yarıda kesilmesi ya da farklı yöntemlere başvurulması ile olumsuz sonuçlar doğurabilir (Zülfikar, 2014: 48). İnternet, tıbbi eğitimi olmayan kişilerce tanı koyma aracı olarak kullanıldığında ise sağlık kaygısını artırma potansiyeli taşıyabilir (Aiken vd., 2012: 71). Semptomların internetten sorgulanmasıyla başlayan ve sağlık kaygısının artmasıyla sonuçlanan bu fenomen siberkondri olarak adlandırılmaktadır (Muse vd., 2012: 189).

Siberkondri; internet üzerinden endişeyi hafifletmek amacıyla gerçekleştirilen, sürekli tekrarlanan, ulaşılan bilgiler sonucunda asılsız sıkıntı yaratan, sağlıkla ilgili bilgi arayışları şeklinde açıklanmaktadır (Starcevic ve Berle, 2013: 206). İnternetteki bilgilerin dili, bolluğu, kalitesi gibi özelliklerin ayrıştırılamaması neticesinde daha önce sağlık endişesi olmayan bireylerde de siberkondrinin ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Te Poel vd., 2016: 33). Nitekim siberkondri, internetin olumsuz özelliklerinden beslenebilir (Uzun, 2016: 12). Çevrimiçi sağlık bilgilerini değerlendirme yeteneği

olmayan kişi, belirtilere dayanarak yanlış bir durumla kendisine teşhis koyabilir (Cole, 2014: 10); çünkü internetteki bilgiler filtresizdir ve bol miktarda kontrolsüz sağlık bilgisi içerir. Eleştirel değerdendirilmenin yapılabilmesi ise e-sağlık okuryazarlığının kazanılması ile mümkündür (Starcevic ve Berle, 2015: 113).

E-sağlık okuryazarlığına sahip olmanın diğder bir yönü, erişilen çevrimiçi sağlık bilgilerinin bireyin sağlığını yönetmesine ilişkin imkân sağlamasıdır (Zülfıkar, 2014: 47). Sağlık bilgilerinin internet vasıtasıyla kolaylıkla ulaşılabilir oluşu, kişilerin sağlık ve hastalığa dair bilgi edinmesine, sağlık tercihlerinde kontrol kazanmasına, karar süreçlerinde aktif olmasına imkân vermekte; hekim ile görüşmelere hazırlıklı gitme, hekime kritik sorular sorma, kendini ifade edebilme, temel terimleri anlama unsurlarıyla hasta-hekim iletişiminin ve güveninin kuvvetlenmesine zemin hazırlayabilmektedir (Ahmad vd., 2006; Çizmeci ve Deniz, 2017: 75; Korp, 2006: 80;). E-sağlık okuryazarlığıyla doğru, güvenilir, güncel bilgiler edinerek güçlenen hasta, bakım sürecinde daha etkin, hekim ile ilişkisinde daha uyumlu olabilmektedir.

Hasta-hekim iletişimi doğası itibariyle eşit olmayan ancak işbirliğine ihtiyaç duyan taraflar arasındaki etkileşimi içerir (Ong vd., 1995: 903). Güvenin inşası ise etkili bir iletişim ile gerçekleşir (Chandra, Mohammadnezhad ve Ward, 2018: 5). Nitekim hasta, hekimi teknik yetkinliği ile değil iletişim becerisi ile değerdendirebilmektedir. Hekimin hastanın şikâyetlerini etkin dinlemesi, soru sormasına imkân vermesi, açık, anlaşılır bilgilendirme ile endişelerini gidermesi, göz teması kurması, sırlarını saklaması gibi unsurlar güven iletişiminin kurulmasını sağlar. Hasta, güven iletişimini tatmin edici bulmaması, bilgi ve duygusal destek ihtiyacının karşılanmaması, belirsizliğin giderilmemesi durumunda alternatif kaynak olarak internete yönelebilmektedir (Hou ve Shim, 2010: 189; Tustin, 2010: 5). Hekim ile iletişimde güvensizlik yaşayan hasta, konulan tanı ve tedaviden kuşku duyabilir, bu durum hastayı farklı kaynaklara inanç geliştirerek sağlama yapmaya itebilir (Akkoç ve Güldal, 2001: 76; Tekin vd., 2009: 28).

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlıkla ilgili bilgi edinmede internet ve çevrimiçi sağlık bilgilerinin hasta güçlendirmedeki rolüne değinilmekte ardından siberkondri ile ilişkili kavramlar açıklanmakta ve siberkondrinin olası nedenleri ve etkileri üzerinde durulmaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde; sağlık okuryazarlığının tanımı, önemi, değerdendirilmesi ele alınmakta daha sonra e-sağlık ve e-sağlık okuryazarlığı kavramları

üzerinde durulmaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümünde; hasta-hekim ilişkisi, iletişimi, hasta-hekim ilişkisinin ve iletişiminin öneminden bahsedilmekte, ardından güven unsuruna değinilerek hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi üzerinde durulmaktadır.

Dördüncü bölümde, araştırmanın yöntemine ait bilgiler yer almaktadır. Bu çerçevede; evren ve örneklem, veri toplama aracı, veri toplama süreci, araştırmanın kısıtları, araştırmada kullanılan analizler ile ilgili bilgiler sunulmaktadır. Bir sonraki bölümde, çalışmanın bulguları ortaya konmakta ve hipotezler incelenmektedir. Son bölümde ise çalışmadan elde edilen sonuçlar, bu sonuçların literatürdeki diğer çalışmalar ile karşılaştırılması ve sonuçlara ilişkin öneriler yer almaktadır.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek; e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolünü ortaya koymaktır. Ayrıca katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimde anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesi de amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Problemi ve Soruları

İnternetin günlük hayatın bir parçası olması ve internet kullanıcı aralığının giderek genişlemesi ile birlikte olumlu ve olumsuz sonuçları daha çok dikkat çekmeye başlamıştır. İnsanların ulaşmak istediği bilgiler artık parmaklarının ucundadır ve internet şüphesiz insan hayatı için en önemli unsur olan sağlık araştırmaları için de kullanılmaktadır. Hemen her bilgiye herkesin ulaşabiliyor olması eşitsizliği azaltıp bireylerin sağlıkları hakkında bilinçlenmesine imkân sağlasa da internetteki bilgilerin içeriği ve bilgiyi sunma biçimi sorgulanmaktadır. Nitekim erişilmek istenen bilgi arama motorları üzerinden taratıldığında web siteleri güvenilirlik, güncellik ve doğruluk kriterlerine göre listelenmemekte; tıklanma sayılarına, reklam ve pazarlama faaliyetleri gibi ticari işlevlerine göre sıralanmaktadır. Çevrimiçi aranan bir semptom, daha ciddi ve nadir hastalıklara ait daha çok bilgi içeriği olması sebebiyle, bu sitelere yönlendirilme ile sonuçlanmakta ve kişilerin riskli hastalıklarla karşılaşma ihtimalleri artmaktadır. Sağlığa dair endişe yaşayan bireyler ise interneti tanı aracı olarak kullandıklarında hem

internetin bilgiyi sunumu hem de bilgi içeriklerinin bolluğu, karmaşıklığı, kalite muallâklığı ve uzman olmayan kişiler tarafından paylaşılabilirliği sonucu belirsizlik yaşamakta, endişeleri alevlenerek araştırmalarını tekrarlamaktadır. Siberkondri olarak adlandırılan bu durumun yolunun kesilmesi, e-sağlık bilgileri arasında eleştirel değerlendirmelerin yapılabilmesi ile sağlanabilir. E-sağlık okuryazarlığı, doğru bilgilerin bulunmasında ve bu bilgilerin ayrıştırılmasındaki beceriler bütünüdür. E-sağlık okuryazarlığı ile yanlış, eksik, geçersiz, kaynağı belirsiz bilgiler ayıklanabildiği gibi kıstaslara uygun bilgiler ise; bireyin sağlığa ve minimum terminolojiye dair bilgi sahibi olması, muayenelere hazırlıklı gitmesi, hekime şikâyetlerini anlatabilmesi ve hekimin bilgilendirmelerini anlayabilmesi, hekime güvenmesi ve tedaviye uyum göstermesinde rol oynayabilmektedir. E-sağlık okuryazarlığı ile birlikte, hasta ile hekim arasındaki iletişiminin güvene dayanması, hastanın sağlık bilgisine erişimi için alternatif kaynak olan internete yönelimini engelleyebilmekte, kaygı ve belirsizlikle yanlış bilgilere itimat etmesini ve hekimin bilgi ve uygulamalarından şüphe duyarak doğrulama yapmasını önleyebilmektedir.

Bu kapsamda araştırmanın temel problemi; “bireyin sahip olduğu e-sağlık okuryazarlığı becerisinin ve hekim ile ilişkisinde algıladığı güven iletişiminin siberkondri üzerinde bir katkısı olup olmadığı ve e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolü olup olmadığıdır.” Bu problem doğrultusunda aşağıdaki sorular ele alınmaktadır:

1. E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
2. E-sağlık okuryazarlığı siberkondri düzeyini etkilemekte midir?
3. E-sağlık okuryazarlığı ile güven iletişimi arasında bir ilişki var mıdır?
4. E-sağlık okuryazarlığı güven iletişimini etkilemekte midir?
5. Güven iletişimi ile siberkondri düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
6. Güven iletişimi siberkondri düzeyini etkilemekte midir?
7. Güven iletişimi e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasındaki ilişkiye aracılık eder mi?
8. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri e-sağlık okuryazarlığı, siberkondri ve güven iletişimi düzeylerinde bir farklılık oluşturur mu?

Araştırmanın Önemi

İnternet, yer ve zaman faktörlerini ortadan kaldırarak sağlık bilgisi araştırmalarında kullanılan önemli bir araç haline gelmiştir. Turkiewicz (2012: 2) siberkondrinin genellikle çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmalarının yıkıcı bir sonucu olduğunu belirtmektedir. Siberkondrinin; sağlık araştırması sonucu asılsız endişe yaratarak günlük rutin işleri etkileyebileceği, yaşam kalitesini azaltabileceği, gereksiz tıbbi test ve müdahale talebi yaratabileceği, aşırı sağlık hizmeti kullanımına ve hekim ziyaretlerine neden olabileceği, potansiyel ekonomik ve sosyal maliyetleri açısından halk sağlığı yükü olabileceği, edinilen bilgilerle hekimin yetkinliğine meydan okuma algısı yaratarak hasta-hekim ilişkisini sarsabileceği, interneti doktor yerine koyarak bireyin kendi kendine tanı koymasına, yeni bir tedaviye başlamasına ya da tedavisini sonlandırmasına sebep olabileceği vb. olumsuzluklar öngörülmektedir. Bu olumsuz sonuçlar dolayısıyla, siberkondrinin ortaya çıkmasına katkıda bulunan faktörleri anlamak önemlidir.

İnternet, yapısı ve içerdiği bilgilerin olası olumsuz özellikleri itibariyle kişilerin kafasını karıştırabilir, belirsizlik yaşatabilir, bilgilerin yanlış yorumlanmasına ve tehlikeli sağlık davranışlarına sebep olabilir. E-sağlık okuryazarlığının ilgili sağlık bilgisini bulma, seçme, niteliklerini yargılama, kullanma aşamasında filtre görevi gördüğü; araştırmayı yapan bireyin yaşamında avantaj-dezavantaj yaratma noktasında kilit unsur olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, kişilerin internete yönelmesine neden olarak siberkondriye zemin hazırlayabilecek hasta ile hekimin kurduğu güven iletişiminin araştırılması da önemlidir. Hasta için tıbbi bakımın sağlanması ile birlikte endişe, duygu karmaşası ve soru işaretlerinin giderilmesi, güven duyması, bilgi ihtiyacının karşılanması da önemlidir. Güven iletişiminden tatmin olan hastanın, anlaşılmadığı düşüncesiyle hekimin bilgisinden ve koyduğu tanıdan kuşku duyma, kafa karışıklığıyla farklı kaynaklara başvurma ve çelişkide kalma eğilimi azalacaktır.

Diğer taraftan e-sağlık okuryazarlığı; bireyin doğru, güvenilir, geçerli bilgiler ile sağlığı hakkında bilgi sahibi olma, temel terimleri kavrayarak tedavi sürecine katılım gösterme, hekime sağlık durumunu aktarabilen ve verilen bilgiyi anlayabilen bilinçli hasta profili sağlama; dolayısıyla hasta ile hekim arasındaki iletişimi güçlendirme noktasında önem taşımaktadır. Etkili bir iletişim, hastanın hekime güven duymasını; güven iletişimi,

hekim tavsiyesine ve tedaviye uyum sağlanmasını, uyum ise tedavinin başarısıyla sağlık sonuçlarının iyileşmesini getirir.

Bu kapsamda, e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolünün ortaya konması önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde, siberkondrinin tanımlama ve ölçek geliştirme çalışmalarının halen devam etmekte olduğu görülmekte; özellikle Türkçe yazında kısıtlı çalışma olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca, ulusal ve uluslararası yazında “siberkondri” adı altında yapılan tarama sonucunda siberkondrinin; sürekli kaygı, psikolojik iyi oluş (Başoğlu, 2018), sorunlu internet kullanımı, (Fergus ve Spada, 2017), obsesif kompulsif bozukluk (Fergus ve Russell, 2016) yaşam kalitesi, sağlık hizmeti kullanımı (Mathes vd., 2018) internet bağımlılığı (Selvi vd., 2018) gibi kavramlarla ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmış ancak e-sağlık okuryazarlığı, siberkondri, güven iletişimi değişkenlerinin birlikte ele alındığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda çalışmanın özgün değer taşıdığı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmanın örneklemini Eskişehir ilinin Odunpazarı merkez ilçesinde yaşayan basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiş 395 birey oluşturmaktadır. Çalışmada veri toplamak amacıyla, ayrıntısı çalışmanın dördüncü bölümünde verilen üç farklı ölçek ve katılımcıların sosyo demografik özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu kullanılmıştır. Verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış; verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizi, bağımsız örneklerde t-testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Analizler %95 güven düzeyinde ($p=0,05$) gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın en önemli kısıtı Eskişehir ili Odunpazarı merkez ilçesi ile sınırlı olmasıdır. Bu sebeple çalışma, diğer illere ya da tüm Türkiye nüfusuna genellenememektedir. Diğer bir kısıt ise katılımcıların temel düzeyde internet kullanma yetkinliği olan ve okuma-yazma bilen bireylerle sınırlı tutulmasıdır.

BÖLÜM 1: SİBERKONDRI

Bu bölümde, bilgi arayışı ve internet, sağlıkla ilgili bilgi edinmede internet ve bu çerçevede çevrimiçi sağlık bilgilerinin hasta güçlendirmedeki rolüne değinilmekte; siberkondri ile ilişkili kavramlarda sağlık kaygısı ve hipokondriazis açıklanmakta; ardından sağlık kaygısı ve siberkondri, çevrimiçi sağlık bilgilerinin özellikleri ve siberkondri, siberkondrinin olası nedenleri ve etkileri üzerinde durulmaktadır.

1.1. Bilgi Arayışı ve İnternet

Toplumlar, sosyo-ekonomik gelişme sürecinde çeşitli aşamalar geçirmekte; ilkel toplum, tarım toplumu ve sanayi toplumunun ardından bilgi toplumu safhası ile dönüşüm yaşamaktadır (Aktan ve Tunç, 1998: 119). Bilim ve teknolojide meydana gelen gelişim ile ortaya çıkan bilgi patlaması ve bilgi teknolojilerinin sunduğu imkânlar göz önüne alındığında, Toffler'in "üçüncü dalga" olarak tasvir ettiği bu dönemin "bilgi çağı", dönemin içinde yer alan toplumun ise "bilgi toplumu" olarak adlandırılması uygun görülmektedir (Toffler, 1980: aktaran, Özden, 2002: 15). Bu toplum, bilgiye yeni iletişim teknolojileri ile ulaşabilme ve bu teknolojileri kullanabilme olanağına sahip olması ile dikkat çeker. Bilgi toplumunun meydana gelmesi, bireyler tarafından bilgilerin yorumlanması ve bilgi teknolojisinin günlük hayatın bir parçası konumuna erişmesi ile sağlanır (Gürol, 1995: 229). Bilginin egemen olduğu bu toplumun bireyleri, tahlil, sentez, araştırıcılık vb. özelliklere sahip olmasıyla öne çıkmaktadır (Dülger, 1987: 66). Bu özellikleriyle bireyler, paketlenmiş bilgiyi alan rolde değil; bilgiyi öğrenme sorumluluğu taşıyan etkin roledir (Akkoyunlu ve Yılmaz, 2005: 2).

Bilgi, Latince "informato (haber verme, biçimlendirme)" kökünden türetilmiş olup (Balay, 2004: 66); öğrenme, araştırma, gözlem ile elde edilen; insan aklının erebileceği gerçekler ve ilkeler bütünü (TDK, 2019) anlamına gelmektedir. Üretiminin devamlı oluşu, iletişim ağları içinde taşınabilirliği ve paylaşılabirliği bilginin bilgi toplumu içindeki temel nitelikleridir (Erkan, 1998: 96). Bu özellikleri ile bilgi toplumunun dinamosunu bilgi ve teknoloji birlikte oluşturur (Dura, 1990: 99). Mevcut dönemde her ortamda bulunan ve üretiminin yükselen hızı ile denetlenmesi gün geçtikçe zorlaşan bilginin (Koza, 2008: 59) değer taşıması için gerekli özellikler şu şekilde açıklanabilir (Yozgat, 1998: 46-47):

- ✓ *Doğruluk*: Bilgi, doğru olmalıdır.
- ✓ *İlgililik*: Bilgi, konuyla ilgili olmalıdır.
- ✓ *Tamlık*: Bilgi, sonuçların yanıltıcı ya da yanlış olmaması için tam olmalıdır.
- ✓ *Doğru Zamanlılık*: Bilgi, ihtiyaç zamanında hazır olmalıdır.
- ✓ *Ulaşılabilirlik*: Bilgi, ihtiyaç duyulan alan için kolaylıkla ulaşılmalıdır.
- ✓ *Anlaşılabilirlik*: Bilgi, bilgiyi kullanacak kişiyi tereddüde düşürmemelidir.
- ✓ *Güvenilirlik*: Bilgi, kullanıcı için güvenilir olmalıdır.
- ✓ *Etkin Maliyet*: Bilgiden elde edilecek fayda, bilgi elde edinim maliyetinden fazla olmalıdır.

Bireyin bilgi arayışı, kendisini geliştirme, var olan bilgisini artırma gibi çeşitli amaçları sonucunda gerçekleşmektedir (Uçak ve Güzeldere, 2006: 16). Uçak (1997: 321), bilgi arama davranışını etkileyen faktörleri; bilgiye erişim ve bilginin kaynağı ile ilgili faktörler (bilginin kalitesi, güncelliği, erişim kolaylığı vb.), bireyin içinde yaşadığı çevreye ilişkin faktörler (toplum, politik ve ekonomik sistem vb.) ve kişisel özellikler (merak, ilgi, yaş, algı vb.) olarak üç grupta toplamaktadır. Bilginin bireyler arasında yayılımının ve kullanımının sağlanarak toplumsal hale gelebilmesi ise iletişim ile mümkündür. Özellikle bilgisayar ve internet, bilgi toplumunun yapı taşlarından olup bilginin depolanmasına ve akışına olanak sağlamakta (Arklan ve Taşdemir, 2008: 68-71); bilgiye erişimde başat iletişim aracı olmaktadır (Uçak ve Al, 2000: 318). İnternet üzerinden bilgiye erişimde zaman ve mekan sınırlamasının olmaması (Ay ve Seferoğlu, 2017: 52), herkes tarafından kolay ve ucuz yolla erişilebilir olması ve üretiminin sürekli olması ile birincil bilgi kaynağı konumuna gelmektedir (Aşkar ve Mazman, 2013: 169; Erkan, 1998: 115). Bireyler, bilgi gereksinimlerini karşılamak için web tarayıcıları, arama motorları, elektronik dergiler gibi araçları kullanarak istedikleri bilgiye ulaşabilmektedir (Kurulgan ve Argan, 2007: 291). Yapılan bir araştırmada, dünyadaki internet kullanıcı sayısının 4 milyarı aştığı, bu kullanıcıların günde ortalama 6 saat interneti kullandığı belirtilmektedir (Kemp, 2018). TÜİK (2019)'ın Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'nda da hanelerin %87'sinin evden internete erişim imkânının olduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlar, çok büyük bir internet kullanıcı kitlesinin çevrimiçi bilgi aradığını göstermesi açısından önem taşır (Uçak ve Al, 2000: 318). Anderson, Rainey ve Eysenbach (2003: 68), internetin diğer bilgi kaynaklarına göre ön planda olmasını üç başlık ile açıklamaktadır:

1. Tüketiciler yayıncı olabilir: İnternet üzerinden bir bilgiyi yayımlamak ucuz ve basittir. Tüm kullanıcılar eşit şartlardadır ve ortam “aşağıdan yukarıya” doğrudur.
2. Geri bildirim kanalları: Yayıncılar, paylaştıkları sağlık bilgilerinden hangisinin bireyler tarafından beğenildiği, nelerin sevilmediği ve okuyucuların ne düşündükleri hakkında hassas geri bildirim kanallarına sahiptir (e-posta, kullanıcı istatistikleri, formlar vb.).
3. Esneklik ve hız: Geribildirimlere dönüt, yayıncılar tarafından hızlı bir şekilde gerçekleşir; çünkü internet üzerinde değişim düşük maliyetli ve hızlıdır.

İnternette yer alan bilgiye herkesin ulaşabiliyor, bilgi üzerinde değişiklik yapabiliyor ya da yeni bir bilgi ilave edebiliyor olması, çevrimiçi bilgilerin yeterliliğinin ve niteliğinin kavranmasını çeşitli şekillerde etkileyebilmekte (Ay ve Seferoğlu, 2016: 52); web ortamının açıklığı sonucu sürekli ve artırımlı olarak her gün milyonlarca yeni bilgi içeriğinin oluşumu, karmaşıklığı beraberinde getirmektedir (Aşkar ve Mazman, 2013: 169). Çevrimiçi bilgilerin çeşitliliği ve anonim özelliği, edinilen bilginin doğruluk, güvenilirlik, değer, tarafsızlık gibi konularda yanlış veya eksik olma durumundan dolayı eleştirel değerlendirme ihtiyacını gündeme taşımaktadır (Yolal ve Kozak, 2008: 116). Nitekim yayımlanma öncesinde her bilginin içeriği bir uzman tarafından filtrelenecek ve doğrulanmamaktadır. Bilgilerin doğruluk-uygunluk denetimi çoğu zaman kullanıcının kendi sorumluluğundadır (Geçer ve İra, 2014: 135-136). Bilgiyi eleştirel değerlendirme, bilgi çağının önemli bir becerisi konumundadır (Yolal ve Kozak, 2008: 116).

İnternet üzerinden bilgi arama sürecinde “kaybolma” durumu, en çok karşılaşılan sorun olarak ifade edilmektedir (Ay ve Seferoğlu, 2017: 52). Kaybolmada birey, çevrimiçi arama yaparken ne yapacağını, nereye gideceğini bilememe durumu ile karşı karşıya kalmaktadır (Aşkar ve Mazman, 2013: 171). Tsai (2009: 474), çevrimiçi bilgi aramanın etkin gerçekleşmesi için 7 adet stratejinin olduğunu belirtmiştir. Bu stratejiler şunlardır:

- ✓ *Kontrol*: Çevrimiçi aramada manipülasyonu değerlendirme becerisi,
- ✓ *Kaybolma*: Bireyin çevrimiçi aramada yöneliminin farkındalığı,
- ✓ *Deneme-Yanılma*: Farklı arama yöntemlerinin denenme becerisi,
- ✓ *Problem Çözme*: Çevrimiçi aramada yaşanan problemlerle başa çıkma becerisi,
- ✓ *Amaçlı Düşünme*: Çevrimiçi bilgi arayışı sürecinde kendini izleme becerisi,

- ✓ *Ana Fikirleri Ayırt Etme:* Çevrimiçi bilginin ana unsurlarını tanımlama becerisi,
- ✓ *Değerlendirme:* Çevrimiçi arama sonucu edinilen bilginin değerlendirilmesi.

1.2. Sağlıkla İlgili Bilgi Edinmede İnternet

Bilgi teknolojilerinin gelişimi, ulaşılması güç olan bilgilere istenildiği anda ve eşit şekilde erişim olanağı sağlayan bir devrimi ortaya çıkarmıştır (Bass, Ruzek ve Gordon, 2006: 220). İnternetin artan kullanımı, bireylerin sağlıkları ve hastalıklarıyla ilgili bilgi edinimini de beraberinde getirmektedir (Eryiğit Günler, 2015: 35). İnternette en çok aratılan konulardan biri sağlık bilgisidir (McMullan, 2006: 25). Rusya, Çin, Amerika gibi ülkelerin bulunduğu bir araştırmada katılımcıların %75'inden fazlasının sağlıkla ilgili soruları için interneti kullandıkları ortaya konmuştur (McDaid ve Park, 2010: 14). TÜİK'in yapmış olduğu araştırmada da sağlıkla ilgili bilgi arama oranının 2004'ten 2019'a değin hemen her sene artış gösterdiği ve 2019 yılı sonuçlarına göre (Tablo 1) haberleşme ve eğlence amaçlı internet kullanımının ardından %69,3 oranıyla üst sıralarda yer aldığı görülmektedir (TÜİK, 2019). Çevrimiçi sağlık bilgisi aramadaki bu artışlar, internetin sağlık bilgisine erişimde en önemli vasıfta olmasa da en popüler bilgi kaynağı haline gelebileceğini göstermektedir (Starcevic ve Berle, 2015: 106).

Tablo 1: Son Üç Ay İçinde İnternet Kullanan Bireylerin İnterneti Kişisel Kullanma Amaçları, 2019

Amaçlar	%
E-Posta gönderme/alma	46,2
İnternet üzerinden telefonla görüşme/ video görüşmesi (webcam ile)	82,7
Sosyal medya üzerinde profil oluşturma, mesaj gönderme veya fotoğraf vb. içerik paylaşma	81,4
Mesajlaşma	93,9
Çevrimiçi haber okuma	69,8
Sağlıkla ilgili bilgi arama (yaralanma, hastalık, beslenme, vb.)	69,3
Mal ve hizmetler hakkında bilgi arama	65,0
Web siteleri aracılığıyla görüş paylaşma	23,6
Toplumsal veya siyasal bir konuda online bir oylamaya katılma	9,1
İş arama ya da iş başvurusu yapma	10,6
Kendi oluşturduğu metin, fotoğraf, müzik, yazılım vb. içerikleri herhangi bir web sitesine paylaşmak üzere yükleme	42,6
Müzik dinlemek (Web radyosu dahil)	71,5
Mal veya hizmet satışı	21,8
İnternet bankacılığı	47,1

Kaynak: TÜİK, 2019.

İnternetin sağlık alanında kullanımı, kullanıcıların sağlık web sitelerinden ulaştıkları tüm hizmetleri içine almaktadır. İnternet; sağlık kurumlarının web sitelerine erişim, diğer hastalar veya uzmanlar ile etkileşim, sağlığa dair ürünlere ulaşma ve sağlık enformasyonuna sahip olma gibi geniş bir kullanım alanına sahiptir (Yılmaz, 2013: 96). İnternette yer alan sağlık ile ilgili tüm bu uygulamaları Eysenbach (2003: 360-368) genel olarak dört başlıkta toplamıştır. Bu başlıklar, hasta ve sağlık profesyoneli arasında sağlık bilgisi paylaşımı ve danışmanlığı için “*iletişim*” işlevi; yoğunlukla hastaların birbirleriyle etkileşim içinde olduğu, tercih, görüş veya deneyimlerinin paylaşıldığı sohbet odaları, destek grupları, forumlar vb. varlığı ile “*topluluk*” işlevi; sağlık alanına ilişkin ürün/ hizmet satma veya satın almaya ilişkin “*e-ticaret*” işlevi ve son olarak araştırmanın da konusu olan sağlık ve hastalık ile ilgili bilgilerin erişimine ilişkin “*içerik*” işlevi şeklindedir. Bireylerin hastalıklardan korunma, hastalıklarını yönetme, sağlık hizmetleri ve ürünleri ile ilgili karar verme sürecini içeren bilgiye “sağlık enformasyon içeriği” denmektedir (Erdal ve Saygılı, 2007). McMullan da (2006: 26) internetin sağlık uygulamalarını, e-ticaret işlevini dahil etmeden benzer şekilde üç başlıkta ifade etmiştir. İletişim işlevine ilişkin olarak, hekimlerin e-posta alma eğiliminde olmayışlarını; artan talep korkusu, yükümlülük endişesi, gizlilik sorunları ve bu hizmet için ödeme yapılmaması şeklinde açıklamıştır. Topluluk işlevi için ise avantajlarını; coğrafya, kendini tanıtmaya gibi engellerin olmaması, nadir görülen hastalıklar için akranını bulma, yalnız hissetmeme; dezavantaj olarak ise kanıt temelli olmayan bilgi paylaşımının varlığı şeklinde ifade etmiştir.

Web siteleri, hastalara çoğunlukla genel bilgi sağlayarak hastalıklar, tedavi yöntemleri, ilaçlar, tıbbi deneyler, egzersiz, bağımlılık, kişisel bakım, şifalı bitkiler gibi sağlık bilgilerini içermekte (AlGhamdi ve Moussa, 2012: 364; Anderson, Rainey ve Eysenbach, 2003: 74; Eryiğit Günler, 2015: 35; Tosun vd., 2015: 247); kalp hastalığı, diyabet, yüksek tansiyon gibi kronik hastalıklar için diyet, ilaç gibi eğitim materyalleri sunmaktadır (Tekin vd., 2009: 27-28). Yapılan çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmalarında bireylerin en çok arama yaptığı sağlık konuları sırasıyla; hastalık ve belirtiler, tıbbi tedavi ve prosedürler, diyet ve beslenme, egzersiz ve fitness, ilaçlar, sağlık sigortası, bağışıklama ve aşılar, uyuşturucu veya alkolle ilgili problemler şeklindedir (Fox, 2006: 4; Fox ve Duggan, 2013: 10).

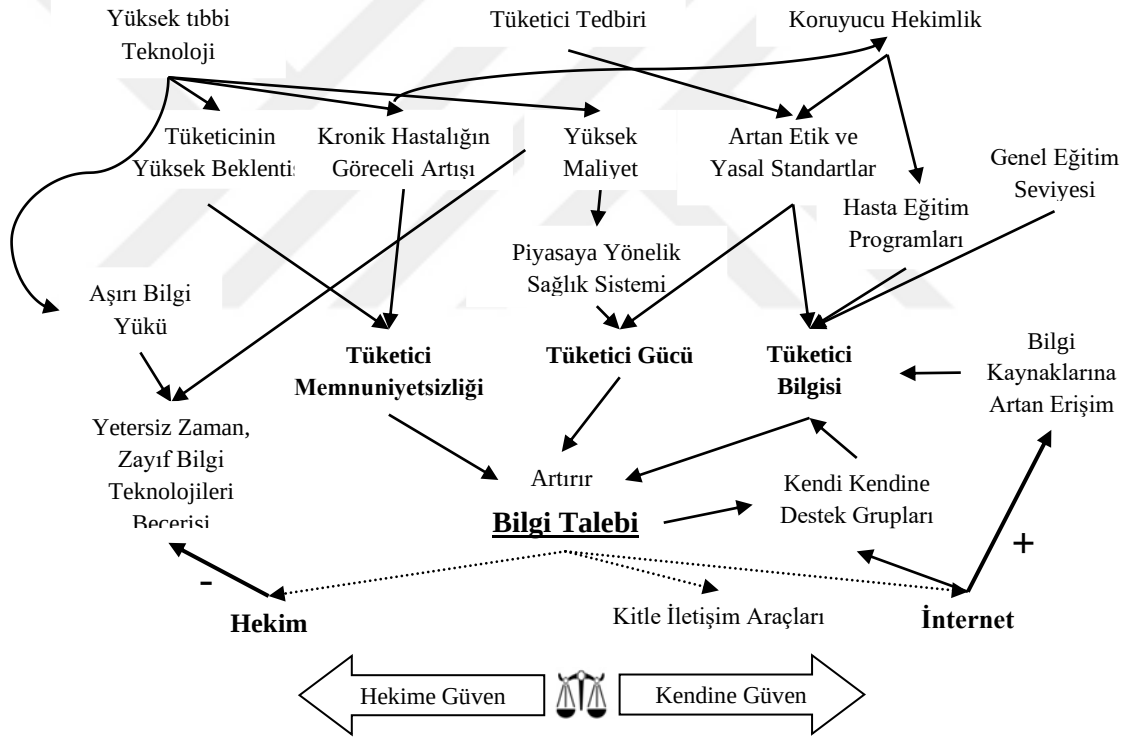
Mevcut dönemde internet, kullanıcılar tarafından sağlığa ilişkin bilgi arayışında ana kaynaklardan biri olarak görülmektedir (AlGhamdi ve Moussa, 2012: 364). Bunun nedeni, internette bilgiye erişimin kolay, ucuz, hızlı olması; bürokratik engellerin atlanması, bekleme sıralarının olmaması ve sürecin anonim gerçekleşmesidir (Starcevic ve Berle, 2013: 205; Yirmibeşoğlu vd., 2005: 126). Özellikle damgalanmaya yol açabilecek fiziksel, psikolojik veya cinsel hastalıklar karşısında bireyler interneti sağlık bilgi kaynağı olarak kullanabilmektedir (Berger, Wagner ve Baker, 2005: 1822). Ya da toplumda dezavantajlı olarak nitelendirilebilecek hastalıklara sahip bireyler için kolektif hareket alanı oluşturabilmektedir (AIDS, alkol hastaları için destek toplulukları vb.) (Özer, Şantaş ve Budak, 2012: 130). Böyle durumlarda daha da belirginleşen internetin anonimlik özelliği ile birey, bir hekime veya sağlık çalışanına kendini tanıtmadan dilediği soruyu sorabilmektedir. Aynı zamanda, doğrudan geri bildirim mümkündür ve yer, mekân sınırı olmaksızın kişiler arasında etkileşime de olanak sağlar (Korp, 2006: 80-81). Amerika’da gerçekleşen PEW İnternet ve American Life projesinin yayımladığı raporda, çevrimiçi sağlık bilgisi arayanların %93’ü kendileri için uygun zaman ve yerde bilgiye ulaşmayı interneti tercih etme sebebi olarak gösterirken; %83’ü sağlık bilgilerinin çeşitliliğini; %80’i bilgilerin anonim olarak ulaşılabilirliği ve %16’sı ise konuşmanın zor olduğu hassas konular için internet üzerinden bilgi arayışının elverişli olduğunu belirtmiştir (Fox ve Rainie, 2000: 5). Özer, Şantaş ve Budak (2012: 135)’ın yaptığı araştırmada ise sağlıkla ilgili konularda interneti tercih etme sebebi %88 oranında bilgiye ulaşmanın ucuz, kolay, hızlı olmasından kaynaklanmaktadır.

İnternet üzerinden sağlık bilgisi arayışının beş motivasyonu vardır. Bunlar; bilgiye ulaşmak veya bir bilgiyi doğrulamak için *bilgi motivasyonu*; bilgi arayışı ile destek ve aidiyet sağlamak için *sosyal motivasyon*; endişe ve korkudan arınmak için *belirsizlik motivasyonu*; *eğlence motivasyonu*; ve *kendini gerçekleştirme motivasyonudur* (Boot ve Meijman, 2010: 149). İnternet üzerinden sağlık bilgisi edinmenin alternatifi olarak, hekimler haricinde tıbbi dergiler ve profesyonel sağlık kuruluşları daha değerli kaynaklar olabilir; çünkü ortaya konulan bilginin kanıtlarla değerlendirilmesini ve bu şekilde yayılmasını sağlar (Gerber ve Eiser, 2001). Ancak hekimlerin çoğu zaman ayrıntılı bilgi vermemeleri ve zaman kısıtı; diğer medya araçlarının (televizyon, dergi, gazete vb.) ise tek taraflı paylaşım ile etkileşiminin yetersiz oluşu internetin diğer alternatifleri geride bırakmasını sağlamaktadır (Anderson, Rainey ve Eysenbach, 2003:

73). Oysaki her hastanın bireysel özelliklerinin ve tıbbi geçmişinin farklı olduğu düşünüldüğünde çevrimiçi sağlık bilgileri yalnızca fikir verme amacı taşımalıdır. Yayımlanan her sağlık bilgisinin her bireye aynı şekilde uymayacağını bilmek hastanın kendi sorumluluğundadır (Yılmaz, 2013: 96).

Bireylerin çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmalarındaki itici gücün, hekim görüşmelerindeki zaman yetersizliği ve görüşmeler sonucu tatminsizlik olduğu düşünülmektedir (Nicholas vd., 2003: 262; Tekin vd., 2009: 28). Hastaların bilgi gereksinimi ile hekimin bilgilendirmesi arasındaki boşluk hastaları ek sağlık kaynağı aramalarına itebilir (Kim ve Southwell, 2010: 6). Sağlık çalışanı ile yüz yüze gelen hasta, sormayı planladıkları soruları zaman kısıtı sebebiyle unutması sonucu stres yaşar (Korp, 2006: 81). Bir çalışmada, katılımcıların %32,7'si hekim ile görüşmelerde yapılan açıklamaları anlayamadığını ve %38,7'si ise hekimlerin verdiği bilgiyi yetersiz gördüğünü ifade etmiştir (Tekin, 2007: 265). Bir başka araştırma sonuçlarına göre ise katılımcıların %58,5'i hekimden yeterli bilgi alamadığını düşündüğü için diğer kaynaklara yönelmektedir (AlGhamdi ve Moussa, 2012: 363). Anderson, Rainey ve Eysenbach (2003: 69-72) ise bu unsuru, çeşitli analiz ve araştırmalar sonucunda oluşturdukları model içinde yer alan birçok faktörden yalnızca biri olarak ifade etmiştir (Şekil 1). Araştırmacılara göre sağlık bilgisi arayışında bireyi internete iten *faktörlerden ilki* tıp teknolojilerinin hızlı ilerlemesidir. Bu durum bireylerde gerçekçi olmayan beklentilere yol açmakta, özellikle kronik hastalar, hekimin aktardığı tedaviye ilişkin olumsuz sonuçları kabul etmekte zorlanmaktadır. Bununla birlikte bireylerde, hekimlerin ekonomik çıkarlarına göre davranıyor olduğu algısı da oluşursa hayal kırıklığı sonucu kendi sorumluluklarını alma ve sağlık bilgilerini araştırma arzusu ortaya çıkar. *İkinci faktör*, hekimlerin zaman eksikliğidir. Bu durumda bireyler zaman kısıtı ile hekime yeterince bilgi verememekte, iletişim sekteye uğramakta ve yanlış anlaşılmalara ortaya çıkmaktadır. Hatta hekimlerin meslekteki güncel gelişmeleri takip etmemeleri ve hastanın edindiği çevrimiçi sağlık bilgisi karşısında hekimin yanıtsız kalması bireyi diğer kaynaklardan bilgi almak için motive edebilir. *Üçüncü faktör*, maliyettir. Bireyler, sağlık hizmeti ve ürünlerin maliyetlerini düşünerek alternatif tıbbi bilgi kaynaklarına yönelmektedir. *Bir diğer faktör*, etik ve yasal standartların yükseltilmesidir. Yasal olarak, hasta bilinçli tercihler yapabilmesi için belirli bilgi düzeyine sahip olmalıdır –ki bu, hastanın sağlık kararlarındaki rolünü

güçlendirmektedir. Diğer taraftan hekimlerin de hata yapabileceğinin kavranması, hekimi tanrı gibi görmenin sonlanması hastaları bilgi arayışına sevk etmektedir. *Beşinci faktör*, çevrimiçi sağlık bilgilerinin sağlık eğitimi ve hastalık önleme gibi koruyucu hizmet kapsamında değerlendirilmesidir. *Altıncı faktör*, genel eğitim seviyesinin artması ile bireylerin bilgiye daha açık olmasıdır. *Son faktör* ise sağlık bilgilerinin internette erişilebilir ve ucuz olması ile sürekli çoğalması ve daha fazla bilginin de talebi artırmasıdır. Bu döngü içinde bireyler, çevrimiçi bilgi kaynaklarını hekime karşı “deneysel bir alternatif” olarak kullanmakta, bu bilgileri hastalıklarını desteklemek için karşılaştırmaktadır. Tüm bu faktörler, *tüketici memnuniyetsizliği*, *tüketici gücü* ve *tüketici bilgisi* olarak özetlenen tutumlar hakkında sonuçlar doğurmakta; çevrimiçi sağlık bilgisi artışına yol açmaktadır.



Şekil 1: Bilgi Talebini Arttıran ve Dengeyi Kendine Güvene Doğru Yönlendiren Faktörler

Kaynak: Anderson, Rainey ve Eysenbach, 2003: 69.

Bazı hastalık ve tedavi yöntemleri ile birlikte kronik hastalıklar, internette en popüler araştırma konularıdır (Yaşın ve Özen, 2011: 230). İnternette sağlık bilgisi araştırma davranışının yoğun olduğu hasta grubuna bakıldığında özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp hastalığı, diabetes mellitus (DM) gibi kronik

hastalıklara sahip bireyler dikkat çekmektedir (Ekiz, 2017: 15). Bu bireylerin sağlık eğitimi ihtiyaçları daha fazla olmakla birlikte (Gerber ve Eiser, 2001), hastalıklarını yönetmek için internet hizmetlerini kullanmaktadırlar (Anderson, Rainey ve Eysenbach, 2003: 74; Demir ve Gözümlü, 2011: 199). Ancak bu gruptaki bireylerin doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler dolayısıyla tedavisini yarıda kesmesi ya da farklı tedavi yöntemlerine başvurması ile olumsuz sonuçlar doğabilmektedir (Zülfikar, 2014: 48). Harris Interactive (2001: 6) tarafından yapılan araştırmanın bulgularında, daha az ciddiyeti olan hastalıklara sahip bireylere kıyasla daha ciddi ya da kronik hastalıklara sahip hastaların internet üzerinden sağlık bilgisi araştırmada daha aktif oldukları belirtilmiştir. Aynı zamanda kendi sağlıkları hakkında olumsuz düşünceleri olan bireylerin de daha fazla çevrimiçi sağlık bilgisi araştırması yaptığı belirtilmektedir (Hesse vd., 2005: 2621).

Hastaların internet üzerinden sağlık bilgisi araştırma motivasyonları iki boyutta toplanabilir (Zülfikar, 2014: 47). McMullan (2006: 24) konuya ilişkin yaptığı literatür araştırması sonucu bu boyutları şu şekilde açıklamaktadır;

1. Hekim ziyareti öncesi araştırma süreci: Birey, hekimle görüşmeden önce sağlık durumunu kendi kendine yönetmek ya da hekimden sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duyup duymadığını belirlemek için çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmaktadır.
2. Hekim ziyareti sonrası araştırma süreci: Birey, hekim ziyareti sonrasında verilen bilgiden duyulan memnuniyetsizlik ya da tatmin olmama sonucunda çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmaktadır.

Yakın zamana kadar, hekimin bilgiyi elinde bulundurması ile hastanın tek sorumluluğu kendi tercihleri iken; günümüzde bireyler, hekim temasından önce tıbbi bilgileri edinmesi ile hem bilgiye hem tercihe sahip olmaktadır. Klinik ziyaret öncesi araştırmada bulunmayan hastalar ise hekimin tanı ya da tedavi kararı sonrası bilgi edinmeye eğilimli olmakta, edindiği bilgilerle daha tatmin olmuş hissetmektedir (Gerber ve Eiser, 2001). Hastalar, hekime ziyaretlerinden önce; hastalığına ilişkin bilgi edinme, konulabilecek tanı için hazırlıklı olma gibi amaçlarla bilgi edinirken; hekime başvurduktan sonra ise önerilen tedaviyi desteklemek ve doğrulamak için internetteki sağlık bilgilerine başvurmaktadır (Yılmaz, 2013: 103). Bununla birlikte, çevrimiçi

sağlık bilgisi aramanın zamanlaması hasta olan kişiye de bağlıdır. Hasta olan kişinin kendisi ise tanıları ve belirtileri araştırmak için daha ziyade hekim görüşmesinden önce; bir yakını için ise tanının verilmesi ardından yani hekim ziyareti sonrası sağlık bilgisi araştırmak için çevrimiçi olmaktadır. Araştırmada, katılımcıların %54'ü çocukları, ebeveynleri dahil olmak üzere başkaları adına teşhis sonrası sağlık bilgisi aradıklarını belirtmişlerdir (Fox ve Rainie, 2000: 4). Aynı araştırmacıların başka bir çalışmasında ise katılımcıların %55'inin hekim görüşmesi öncesinde çevrimiçi sağlık bilgisi topladığı ortaya konmuştur (Fox ve Rainie, 2002: 5).

1.2.1. Çevrimiçi Sağlık Bilgilerinin Hasta Güçlendirmede Rolü

Günümüzde hemen her bireye ulaşabilen çevrimiçi sağlık bilgilerinin önemli bir rolü, bireyin kendi sağlığını yönetmesine ilişkin imkân sağlamasıdır (Zülfikar, 2014: 47). Önceleri yalnızca hekimin tekelinde olan sağlık ve hastalığa dair bilgilerin internet aracılığıyla bireylere ulaşması, sağlıkları üzerine söz hakkına sahip olmasının da yolunu açmıştır (Eryiğit Günler, 2015: 33). Starcevic ve Berle (2013: 205) internet üzerinden edinilen sağlık bilgilerinin belki de olumlu yöndeki en önemli işlevinin bireyi güçlendirmesi olabileceğini belirtmiştir. Hastalar özelinde ele alındığında güçlendirme, bireyin sağlığına dair tercihlerinde yetkinlik ve kontrol kazanması, ihtiyaç duyduğu bilgilere ulaşabilmesi, karar süreçlerinde aktif olması ve diğer bireylerle etkileşime girerek yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlayan bir süreçtir. Bireyler, sağlığı geliştirme programları ya da sağlık eğitimi gibi yollarla formal şekilde güçlendirilebildiği gibi; gazete, televizyon ve özellikle internet gibi bilgi kaynakları ile de kendilerini informal olarak güçlendirebilir (Tekin vd., 2009: 27-28). Örneğin, bir hasta, yeni reçete edilen bir ilacın hâlihazırda kullandığı kan inceltici ile etkileşime girebileceği bilgisini internet üzerinden edinmiş, keşfettiği sorun karşısında hekimine bilgi vermiş ve reçetesini değiştirtmiştir (Anderson, Rainey ve Eysenbach, 2003: 69).

Hekim ziyareti öncesinde çevrimiçi sağlık bilgileriyle güçlenen hastalar, hekim ile görüşmelerinde daha hazırlıklı olabilmekte, hastalıkla başa çıkma ya da tedavi ve bakımlarında daha aktif rol alabilmektedir (Korp, 2006: 80). Aynı zamanda doktorlarına daha bilinçli sorular sorabilmekte (Bass, Ruzek ve Gordon, 2006: 220; Demir ve Gözümlü, 2011: 197); edindikleri çevrimiçi sağlık bilgileri ile sağlık durumlarını anlamada ve yönetmede etkin olduklarını, hekim ile etkileşimlerinde kendilerine daha

çok güven duyduklarını belirtmektedirler (Ahmad vd., 2006). Bununla birlikte, karmaşık ve zor bir hastalık durumunda bireyler, hem duygusal baskılar hem de zaman ve maddi giderler dolayısıyla hastalığa ve tedavi yollarına dair çevrimiçi araştırmalarda pasif rol üstlenmeyi de tercih edebilir (MacStravic, 2000: 30). Kanser hastaları üzerin yapılan bir araştırmada, katılımcıların %92'si internetten edindikleri sağlık bilgilerinin hekim görüşmelerine yardımcı olduğunu belirtmiştir (Eysenbach, 2003: 365).

Bireylerin hekim ile görüşmelerinde pasif rolde olmayı seçmelerinin bir diğer sebebi de hekimin uzmanlığına meydan okuma algısını yaratma endişeleridir (Tekin vd., 2009: 29). İnternet vasıtasıyla bireylerin sağlıkları hakkında bilgi sahibi olması, kişinin kendi kendisinin doktoru olmasına, sosyal destek ağları ile çözüm arayışlarına ve nihayetinde doktorların otoritesinde değişikliklere yol açabilmektedir (Eryiğit Günler, 2015: 35-39). Hekimler de, hastaların tıbbi otoritesi ile yarış halinde olma durumları karşısında kendilerini tehdit altında hissedebilmekte (McMullan, 2006: 26), kontrollerini kaybedebilmekte ve hasta ile görüşmelerinde gerginlik yaşayabilmektedir (Ahmad vd., 2006; Bass, Ruzek ve Gordon, 2006: 220). Sağlık bilgilerinin internet üzerinden araştırılmasının güçlendirmeye, inisiyatife, hasta-hekim ilişkisine bu tür yansımaları ve sağlık bilgisi için interneti aktif kullanmanın avantajları hala tartışılan konulardır (Anderson, Rainey ve Eysenbach, 2003: 68; Korp, 2006: 80). Nitekim hekimlerin çevrimiçi sağlık bilgisi edinen hastaların sağlıkları hakkında daha fazla hakimiyet sağlaması ile görüşme kalitelerini artırarak ilişkileri güçlendireceği inançları da belirtilmektedir (Ahmad vd., 2006). AlGhamdi ve Moussa (2012: 363)'nın Arabistan'da yapmış olduğu araştırmada, katılımcıların %71'i internet üzerinden bilgi edinmenin hekimler ile olan ilişkilerini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Buna benzer olarak, hastanın temel bilgiyi edinmesi halinde, edinilen bilginin doğru olduğu varsayılarak, hekim ziyaretlerinde zaman kaybının önlenmesi, hastanın üstünde daha çok durmayı arzuladığı soru ve tedavi yollarına ilişkin bilgilerin daha derin sunulması veya edinilen sağlık bilgisinin rafine edilmesi işbirliği adına başka bir görüştür. Yine de, hastanın edindiği çevrimiçi sağlık bilgilerinin karar verme sürecinde dahil edilmesinin verimi artıracağı ya da azaltacağı belirsizdir (Gerber ve Eiser, 2001; Tekin vd., 2009: 32). Katılımcıları hekimlerden oluşan bir araştırmada, 1084 uzmanın yalnızca %11'i internetin sağlık bilgisi araştırmaları için kullanımının fayda sağlayabileceğini belirtmiştir (Barrett, 2000).

1.3. Siberkondri ile İlişkili Kavramlar

1.3.1. Sağlık Kaygısı

İlk kez Freud tarafından egonun bir işlevi şeklinde tanımlanan “kaygı/anksiyete” yine Freud ile birlikte biyolojik bir kavram olmaktan çıkıp psikoloji literatüründe yerini almıştır (Manav, 2011: 202). Kaygı; tedirginlik, kalp atışının artması, endişe, kan basıncı vb. şekilde yüksek fiziksel uyarılma ile beliren rahatsız edici durum olarak tanımlanmaktadır (Plotnik, 2009: 437). Kaygı, orta seviyede bireyleri motive edici ve uyarıcı işlevde olabilir; ancak kaygı bozukluğu, kaygının uyarıcı ile orantısı, zaman içerisinde azalmaması, şiddetinin giderek artması veya günlük hayatı olumsuz etkilemesi ile anlaşılabilir (Özkul, 2018: 24). Kaygı, “tehdit algısı” olarak da nitelendirilebilir (Ünal, 2014: 12).

Sağlık kaygısı ise, bireyin algıladığı belirtileri yanlış yorumlaması ile ciddi bir hastalığa yakalandığına ya da yakalanacağına dair inanç ve korku taşıması (Karapınar, Aslan ve Utku, 2012: 44), sağlığına dair yoğun -genellikle asılsız- bir endişe duymasıdır (Brosan vd., 2010: 3). Hemen herkesin çeşitli zamanlarda ılımlı olarak yaşadığı sağlık kaygısı, sağlığa zararlı olan şeylerden kaçınma ya da sağlık hizmeti alma için itici bir güçtür. Ancak, şiddetli görülen sağlık kaygılarında vücudun çeşitli yerlerinde ağrı hissetme, henüz teşhis edilmemiş hastalığa sahip olma korkusu, doktorları doğru teşhis yapmak için yetkin bulmama gibi çeşitli sorunlar barınır (Taylor, 2004: 113). Bununla birlikte, sağlık kaygısı yaşayan bireyler, olası bir kötü haber korkusu ile sağlık bilgisi edinme, hastalıktan korunma, hekime muayene olma, hastalığa dair etkileşim gibi konularda isteksiz olabileceği gibi; belirtilerin ciddi bir hastalığa işaret ettiğine dair inanç taşıma, belirtilere daha çok odaklanma ve sağlık değişikliklerini sürekli izleme, yakınlarından sağlığına dair fikir alma, sıklıkla dergi, internet gibi araçlardan sağlık bilgisi edinme, sürekli yapılan hekim ziyaretleri ve birkaç hekimden birden sağlığına dair görüş alma gibi davranışlarda bulunabilir; fiziksel belirti olarak terleme, çarpıntı, uyuşma, ağrı vb. yaşayabilirler (Brosan vd., 2010: 3-4; Koszegi, 2003: 1073-1074).

Sağlık anksiyetesinin erişilen sağlık bilgi kaynakları ve erişim düzeyi ile ilişki olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada katılımcıların sağlık programı izlemeleri ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Bahadır Yılmaz, Ayvat ve Şiran, 2018: 14). Sağlık kaygısı yaşayan bireylerin kontrol amacıyla sürekli internet üzerinden

bilgi araştırdıkları ve edinilen yanlış çevrimiçi sağlık bilgileri ile de kendilerini daha kötü hissettikleri ifade edilmektedir (Doherty-Torstrick, Walton ve Fallon, 2016: 391).

1.3.2. Hipokondriazis (Hastalık Hastalığı)

Hipokondriazis, şiddetli sağlık anksiyetesi olarak ifade edilmekte olup (Karapıçak, Aslan ve Utku, 2012: 43) geçmiş dönemlerden beri halk arasında “hastalık hastalığı” olarak da bilinmektedir (Hocaoğlu, 2015: 36). DSM-IV’e göre şiddetli sağlık kaygısı (hipokondriazis), ICD-10’da “Hipokondriyak Bozukluk” olarak tanımlanmış; DSM-V’te ise hipokondriazis kelimesi kaldırılarak yerine “Bedensel Belirti Bozukluğu” ve “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” olmak üzere iki yeni tanı eklenmiştir (Yılmaz, 2017: 4-5). Terimin değiştirilme gerekçesi; kullanımının gerekli olmadığı, kavramsal problemler olduğu ve hekimler tarafından isteksizce kullanıldığı şeklinde belirtilmektedir (Starcevic ve Berle, 2015: 109). Hipokondriazisin tanı kriterlerinden bazıları şunlardır (APA, 1994: 462):

- ✓ Bireyin vücudundaki belirtileri yanlış yorumlaması ile ciddi bir hastalığı olacağına dair korku taşıması,
- ✓ Tıbbi değerlendirmelerin gerçekleşmesi ve güvence verilmesi halinde dahi olumsuz düşüncelerin devamlılığı,
- ✓ Bireyin düşünce ve korkularının hem klinik hem de sosyal alanlarda sıkıntı yaratması,
- ✓ Bozukluğun en az 6 ay sürmesi.

Hipokondriazis, toplumda ender görölmekle birlikte hastane popölasyonunda sıklıkla karşılaşılmaktadır (Karapıçak, Aslan ve Utku, 2012: 44). Hipokondriazisi diğer hastalıklardan ayıran özelliği, bireyin sağlık durumu için aşırı endişe duyması ve tanısı henüz konmamış bir hastalığa sahip olma inancıdır (Creed ve Barsky, 2004: 391). Hipokondriyaklar, daha çok hayati organlarına yönelik (kalp, damar, beyin vb.) sağlıksız bir durumun olduğunu savunur (Hocaoğlu, 2015: 37) ve korkuları genellikle kanser, fel, kalp krizi, akıl hastalığı, AIDS gibi hastalıklara dairdir (Rachman, 2012: 504). Bu hastalar, belirtiler itibari ile psikiyatri uzmanlarından önce diğer branşlardaki uzmanlara başvurmakta, fiziksel bir hastalık tanısı ile sonuçlanmaması halinde gereksiz ya da tehlikeli tedaviler arayabilmekte ve hatta hekim, hastanın şikâyetine dair bir neden bulamadığı zaman hasta-hekim ilişkisinde problemler ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi

bağlamda hayal kırıklığı yaşayan birey kendi başına semptom araştırmasına yönelecektir (Hart ve Björgvinsson, 2010: 123-124). Aile, akraba, arkadaş, medya ve internet ise sağlık endişesine eğilimli bireyler için korkutucu bilgilerin kaynağı olabilir (Rachman, 2012: 504). Nihayetinde hipokondriyak hastaların işlevsel olmayan inançları, bir yakınının hastalık haberi ya da yeni eriştiği bir sağlık bilgisi ile tetiklenebilir (Hart ve Björgvinsson, 2010: 126).

1.4. Siberkondri

Birçok alanda olduğu gibi sağlık ve hastalık konusunda da bilgi kaynağı haline gelen internet (Çetin ve Özhanlı, 2018: 44), bahsedilen tüm avantajları (anonimlik, kolaylık, hız, hastalık/sağlık/ilaç/egzersiz içerikli bilgi edinme, sağlık kararlarına aktif katılım ve hastayı güçlendirme vb.) ile birlikte olumsuz sonuçları da beraberinde getirmekte (Barke vd., 2016: 595; Leykin, Muñoz ve Contreras, 2012: 72; McManus vd, 2014: 2; Starcevic ve Berle, 2013: 205); tıbbi eğitimi olmayan kişilerce tanı koyma aracı olarak kullanıldığında sağlık kaygısını artırma potansiyeli taşıyabilmektedir (Aiken vd., 2012: 71; White ve Horvitz, 2009: 1). Bu süreç genellikle bir kısır döngü halinde işlemektedir (Altındış vd., 2018: 360; Barke vd., 2016: 595). Baumgartner ve Hartman (2011: 614) sağlığı konusunda endişeye sahip bireylerin internetten daha çok sağlık bilgisi arama eğilimlerinin olacağını ve ulaştığı bilgiler neticesinde daha fazla kaygıya kapılarak bunun sürekli tekrarlanan bir davranış haline gelebileceğini ifade etmiştir. Bu süreçteki fenomen “siberkondri (cyberchondria)” olarak tanımlanmaktadır (Muse vd., 2012: 189).

Siberkondri kavramı, “siber” ve “hipokondriazis” kelimelerinden türetilerek; hipokondriazisin internet kullanımına bağlı olarak oluşan hatta belki internet kullanımının neden olduğu bir formu anlamına gelmektedir (Starcevic ve Berle, 2013: 206). Siberkondri, web içeriklerinin gözden geçirilmesi, bireyin sahip olduğu semptomları internetten sorgulaması, ilgili sonuçların sıralanması ve sonuçların yorumlanması -internetin tanısal metodoloji olarak kullanılması- ile bu zararsız belirtilerin ciddi veya nadir hastalıkların bir işareti olduğuna dair inanç geliştirerek daha derin araştırmaların yapılmasıdır (Fergus, 2013: 735; White ve Horvitz, 2009: 1). Bir başka ifade ile internet üzerinde, endişeyi hafifletmek amacıyla başlanıp “aşırı” ya da “sürekli” tekrarlanan ve sonucunda asılsız sıkıntı yaratan sağlıkla ilgili (özellikle tanı koymak için gerçekleştirilen) bilgi arayışları (Starcevic ve Berle, 2013: 206); ya da

araştırılan sağlık bilgilerinin yanlış yorumlanması (Leykin, Muñoz ve Contreras, 2012: 72) şeklinde ifade edilebilir. McManus ve arkadaşları (2014: 1) siberkondriyi “kısa süreli kazanç ama uzun süreli acı” şeklinde yorumlarken; Aiken ve arkadaşları (2012: 71) ise siberkondriye ilişkin çalışmasını, mevcut zamanın bir niteliği olarak “siberkondri çağı” şeklinde adlandırmıştır.

Günümüz popüler kültüründe ün kazanan siberkondri kavramı henüz tanı olarak kabul edilmese de Oxford English Dictionary’e dâhil edilmiştir. Kesin olmamakla birlikte, terimin ilk kez 1996 yılında Business Wire’ın bir haberinde yer aldığı belirtilmekte olup (Loos, 2013: 439-440); kullanıldığı ilk çalışma ise Harris Interactive’in yürüttüğü araştırmadır (Taylor, 2002: 1). Kimi araştırmacılar bu terim için 1999 yılında Wall Street Journal’da yayımlanan Ann Carrns’in makalesinin izini sürmektedir (Starcevic ve Berle: 2013: 206). Markoff (2008), Eric Horvitz’in anekdotuna atıfta bulunarak; tıp fakültesi öğrencilerinin hastalık belirtilerine dair sürekli bilgi edinmesi ile siberkondrinin “ikinci yıl sendromu” veya “tıp okulu sendromu” adı altında baş gösterdiğini belirtmektedir.

Siberkondriye dair diğer bir husus, beş bileşenli çok boyutlu bir yapıdan oluşuyor olmasıdır. Bu bileşenler, siberkondriye ilişkin ölçek çalışmalarında da alt faktörler olarak açıklanmaktadır. Boyutlar; çevrimiçi sağlık bilgisi aramalarının günlük yaşam faaliyetlerini kesintiye uğratacağını ifade eden “*zorlantı*”; çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışıyla ilişkili daha öznel sıkıntıları, endişe, panik, iştahsızlık gibi olumsuz duygusal sonuçları ve fizyolojik reaksiyonları ifade eden “*kaygı*”; çevrimiçi sağlık bilgisi arayışının sürekli artan, zaman alan ve tekrarlanan biçimdeki doğasını ifade eden “*aşırılık*”; çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmaları sonucunda ulaşılan bilgilere mi yoksa hekimlere mi güvenileceği konusunda yaşanan iç çatışmayı ifade eden “*güvensizlik*”; ve son olarak, çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmalarından sonra edinilen bilgiye ilişkin tıp uzmanlarına danışma ve uzmanlardan güvence alma isteğini ifade eden “*içini rahatlatma*” şeklindedir (Barke vd., 2016: 596; McElroy ve Shevlin, 2014: 263-264; Starcevic ve Berle, 2015: 108).

Siberkondrinin ne olduğuna dair farklı görüşler vardır. Taylor (2002: 1), siberkondrinin çevrimiçi sağlık bilgisi araştırması yapanları kapsadığını; Valley (2001), siberkondrinin yeni bir bozukluk türü olduğunu; Starcevic ve Berle (2013: 205) siberkondrinin

günümüz uygarlığında tehlikeli ve kontrol dışı bir ürün olarak tasvir edildiğini; Keller, Padala ve Petty (2008: 75) ise bilgi toplumunun, hipokondriasis kavramını modern versiyonda siberkondri kavramına dönüştürdüğünü belirtmiştir. Siberkondri terimi her ne kadar sağlık kaygısı/hipokondriasis yapıları ile çağrışımlı olsa da davranışsal, bilişsel ve duygusal olarak farklı bir örüntü tanımlamakta ve DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)’de bir tanı olarak yer almamaktadır (Barke vd., 2016: 596). Hipokondriasis ile siberkondri arasındaki en temel fark ise siberkondrinin davranışsal bir tepkiden ziyade daha çok bilgiyi toplamaya önem vermesidir (Elçiyar ve Taşçı, 2017: 232). Bir başka çalışmanın sonuçları, düşük sağlık kaygısı olanların da çevrimiçi araştırma yaptığını bu sebeple siberkondrinin hipokondriazisten farklı bir olgu olduğunu ortaya koymuştur. (Muse vd., 2012: 193). Diğer bir çalışma ise siberkondrinin “sağlıkla ilgili internet bağımlılığı” olabileceği yönünde öneri sunmuş, “doktorculuk oynamak, bulmaca gibi bir tanıyı çözmeye çalışmak” şeklinde bağımlılık yapıcı aktiviteler olarak yorumlamıştır (Starcevic ve Berle, 2015: 110).

Görüldüğü üzere, siberkondri kavramına ilişkin yorumlamalar farklılaşmakta, zaman içinde çeşitli tanımlar önerilmektedir (Tablo 2). Bu görüş ve tanımlarda asgari ortak noktalar ise; siberkondriye pasif bir hal ile maruz kalınmadığı ve internetteki bilgileri araştırarak kişinin “aktif” rol oynadığı; çevrimiçi sağlık bilgisi araştırması üzerine kurulu olduğu ve bu davranışın aşırı ya da tekrarlı gerçekleştiği; son olarak, sonucunun kaygı, sıkıntı, korku yaratacak şekilde olumsuz durumlar olduğu, zevkli bir etkinlik olmadığıdır (Muse vd., 2012: 190; Recupero, 2010: 26; Starcevic ve Berle, 2013: 206; White ve Horvitz, 2009: 1). Sağlık profesyonelleri de henüz fikir birliğine varamamış ve kavramda terminolojik karışıklıklar bulunuyor olsa da medya ile kavram popüler hale gelmiştir (Loos, 2013: 439; Starcevic ve Berle, 2015: 107). Öyle ki, hem dünya medyasında hem de ülkemizde “internet çağının yeni hastalığı” olarak yer edinmiştir (BBC News, 2001; Independent News, 2009; TRT Haber, 2016; Habertürk, 2016). Markoff (2008), siberkondriyi kısaca “bu sabah bir baş ağrısı sizi web’de bilgi aramaya sürüklediyse ve bu bilgiler beyninizde tümör olduğu sonucuna götürdüyse siberkondriden muzdarip olabilirsiniz” şeklinde açıklamıştır.

Tablo 2: Siberkondrinin Tanımları

Kaynak	Tanım
Belling (2006: 385)	“Sağlık kaygısı internet tabanlı bilgilere maruz kalmaktan dolayı daha da şiddetlendi.”
Harding vd., (2008: 315)	“Çevrimiçi sağlık araştırmalarından kaynaklanan aşırı sağlık kaygısı.”
White ve Horvitz (2009: 1)	“İnternet üzerinde araştırma sonuçlarının ve literatürün gözden geçirilmesine dayanan yaygın/sıradan hastalık belirtileri hakkındaki kaygıların asılsızlığı.”
Recupero, (2010: 26)	“Sağlık ve tıbbi bilgileri araştırmak için interneti kullanan tüketiciler tarafından sağlıkla ilgili endişelerin artması.”
Fergus (2013: 735)	“İnternette tıbbi bilgi aramak” [bu] “sağlık kaygısının alevlenmesiyle ilişkili.”
Starcevic ve Berle (2013: 206)	“Sağlıkla ilgili sıkıntı ya da endişe kaynaklı olarak sağlıkla ilgili bilgilerin aşırı ve sürekli olarak araştırılması, bu tür sıkıntı ya da endişelerin artmasına neden oluyor.”
Aiken ve Kirwan, (2014: 158)	“Sağlık ile ilgili çevrimiçi araştırma sonucu ortaya çıkan endişe.”
McElroy ve Shevlin (2014: 259)	“Çevrimiçi sağlık bilgilerinin aşırı gözden geçirilmesinin bir sonucu olarak, bireyin kendi sağlık durumuyla ilgili kaygısının artması”

Kaynak: Starcevic ve Berle, 2015: 107.

1.4.1. Sağlık Kaygısı ve Siberkondri

Çevrimiçi sağlık araştırmaları, bireylerde sıkıntıyı artıran yaygın bir faaliyetdir. Mevcut literatür, siberkondri ile sağlık kaygısının belirtilerinin örtüştüğünü öne sürmekte (Fergus ve Russell: 2016: 89) ve bazı çalışmalar, siberkondrinin özüne ilişkin olarak sağlık kaygısı ile eş anlamlı mı yoksa kaygıyı artıracak bir davranışa (internetten sağlık bilgisi araştırması yapma) atıfta mı bulunuyor sorunsalını ele almaktadır (Starcevic ve Berle, 2015: 108). Siberkondrinin sağlık anksiyetesinden farklı belirtilerinin olduğu öne sürülmekle birlikte (Fergus ve Russell, 2016: 92; Fergus ve Spada, 2017: 1323) birçok araştırma siberkondri ve sağlık kaygısı arasında ilişkinin var olduğunu belirtmektedir (Barke vd., 2016: 598; Batıgün vd., 2018: 7; Fergus, 2013: 737; Mathes vd., 2018: 207; Muse vd 2012: 193; Norr vd., 2015: 61). Ancak bu ilişkinin hangi yönde olduğu konusunda henüz bir görüş birliği yoktur. Nitekim sağlık kaygısı, çevrimiçi sağlık araştırmalarının öncüsü olabilir ya da sağlık kaygısı olmaksızın merak veya tıbbi sorular dolayısıyla yapılan aşırı çevrimiçi sağlık araştırmaları, sağlık kaygılarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir (Starcevic ve Berle, 2015: 113). Öyle ki çevrimiçi sağlık araştırması yapan bireylerin bir hastalığa veya endişeye sahip olmaları şart değildir (Loos, 2013: 440). Teorik ve ampirik örtüşmeye rağmen çalışmalar bunların farklı kavramlar olduğunu göstermektedir (Mathes vd., 2018: 205). Te Poel ve arkadaşları

(2016: 33) da sağlık kaygısı ve çevrimiçi araştırmaların nedensel önceliğine atıfta bulunarak yaptığı çalışmada, internet üzerinden yapılan sağlık bilgisi araştırmasının, sağlık kaygısı olan bireylerde kaygıyı devam ettirebileceğini; mevcut sağlık kaygısı olmayan bireyler için ise sağlık kaygısı oluşturabileceğini belirtmiş; aralarındaki ilişkinin önceliği hakkında bilgilerin net olmadığını ifade etmiştir. Aşırı tekrarlanan çevrimiçi araştırmalar sağlık kaygısını artırmada risk faktörü olabileceği gibi (McElroy ve Shevlin, 2014: 259); sağlık kaygısı daha yüksek olan kişilerin sağlık forumlarını, destek gruplarını ve mesaj panolarını daha çok kullandıkları savunulmaktadır (Baumgartner ve Hartmann, 2011: 613).

Sağlığı konusunda endişesi olan bireylerin sıklıkla çevrimiçi sağlık araştırması yapabileceği ve sonuçlarından daha farklı şekilde etkileneceği belirtilmektedir (McManus vd., 2014: 2). Muse ve arkadaşları (2012: 193) yaptığı araştırmada, yüksek ve dūřuk anksiyete gruplarını karşılaştırmış; anlamlı olmamakla birlikte, yüksek sağlık kaygısı olan bireylerin daha sık, daha uzun süreli çevrimiçi araştırma yaptığını ve araştırma sonucunda daha fazla sıkıntı yaşadığını ortaya koymuş; dūřuk kaygı durumunda olan gruptaki bireylerin bir kısmının ise çevrimiçi araştırma yaptığı takdirde çok fazla bilgi ile karşı karşıya kalması sonucu sağlık endişelerinin artabileceğini ifade ettiklerini belirtmiştir.

1.4.2. Çevrimiçi Sağlık Bilgilerinin Özellikleri ve Siberkondri

İnternetin sağlık bilgi kaynağı haline gelmesi ile birlikte üzerinde durulan bir diğer konu, denetimsiz olarak gelişmeye devam eden bilgi içeriklerinin doğruluğu tartışmasıdır (Can vd., 2014: 491; Kūukdurmaz vd., 2013: 115). İnternette yer alan tıbbi bilgilerin doğruluğu ve geçerliliği konusunda endişeler büyüktür (Gerber ve Eiser, 2001). Nitekim siberkondrinin her ne kadar sağlık kaygısı ile ilişkili olduğu dūřünölse de internetteki bilgilerin dili, bolluğu, kalitesi gibi özellikleri neticesinde daha önce sağlık endişesi olmayan bireylerde dahi ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Te Poel vd., 2016: 33). İnternetteki bilgilerin çođu yanlış, eksik veya güncel değildir. Hatta ticari amaçlı, kafa karıştırıcı ve zararlı olabilmektedir (AlGhamdi ve Moussa, 2012: 364). Ayrıca bireyler, internet sitelerinde yer alan sağlık bilgilerinin yalnızca profesyoneller tarafından hazırlandığını da dūřünebilmektedir (Ekiz, 2017: 11).

Sağlık araştırmalarında ortaya çıkan problemlerden bir diğeri ise kullanılan teknik ve tıbbi dildir. Kullanıcıların terminolojideki eksiklikleri sonucu bilgilerin yanlış anlaşılması ile sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Geçmişte doğru olan ancak güncelliğini yitiren sağlık bilgileri de bireyleri yanıltabilmektedir (Eryiğit Günler, 2017: 36). Yaşın ve Özen (2011: 231) çevrimiçi sağlık bilgilerinin kalitesini değerlendirmek için literatür doğrultusunda 12 kriter derlemiştir. Bu kriterler; içerik (kalite, doğruluk, kapsam, güvenilirlik vb.), yazar veya geliştiricilerin açıklanması, tasarım ve estetik, bilgi geçerliliği, kullanım kolaylığı, kaynak yetkisi, atıf ve belgeler, iletişim adreslerinin verilmesi, kullanılabilirlik (erişim, ücret vb.), hedef kitlenin netliği, kaynak güvenilirliği ve gizlilik politikası şeklindedir. İnternette kaliteli sağlık bilgilerinin yayımını teşvik etme ve doğru tıbbi bilgilerin erişimini kolaylaştırma adına kurulan Health on the Net Foundation (HON) ise çevrimiçi sağlık bilgisi arayan halka, sağlık çalışanlarına ve sağlık bilgisini yayınlayanlara kılavuz mahiyetinde sağlık web sitelerinin taşınması gereken 8 prensibi listelemiştir (HON, 2018):

- ✓ *Yetkili:* Sağlık bilgisini sunanın nitelikleri belirtilmelidir.
- ✓ *Tamamlayıcılık:* Sunulan bilgiler hasta-hekim ilişkisini desteklemelidir.
- ✓ *Gizlilik:* Site ziyaretçilerinin sunduğu kişisel ve tıbbi bilgiler gizli tutulmalıdır.
- ✓ *Atıf:* Alıntı yapılan kaynaklara referans verilmeli, bilgiler güncellenmelidir.
- ✓ *Doğrulanabilirlik:* Sunulan bilgilerin yarar ve performans iddiaları kanıtlarla desteklenmelidir.
- ✓ *Şeffaflık:* Kullanıcının ihtiyaç halinde erişebileceği web sitesine ait iletişim bilgileri doğru ve eksiksiz sunulmalıdır.
- ✓ *Finansal Açıklama:* Web sitesine ait fon kaynakları açıkça tanımlanmalıdır.
- ✓ *Reklam Politikasında Dürüstlük:* Web sitesi reklam içeriği taşıyorsa açıklanmalı, sağlık bağlamından ayrı tutulmalıdır.

Can ve arkadaşları (2014: 490) yapmış oldukları araştırmada sağlık alanında 475 web sayfası incelemiş ve içeriklerine ilişkin olarak; %92,8'inin kanıta dayalı bir nitelik taşımadığı, %65,9'unun reklam içeriğine sahip olduğu, %92,2'sinin kaynak güncelliğinin belirtilmediği ve %51,8'inde uzman görüşüne yer verilmediği tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada incelenen on sağlık sitesinde ise iki site güvenilir, dört site yetersiz olarak sınıflandırılmıştır (Palacı vd., 2016: 307). Güvenilir olmayan kaynaklardaki hatalı ve eksik bilgiler bireylerin sağlığına dair endişelerini

artırabilmektedir (Yılmaz, 2013: 96). Bireyler interneti bir tanı aracı olarak kullandığında belirsiz, kanıta dayalı olmayan, yanlış bilgilerle donanabilir (Barke vd., 2016: 595); kendilerine asılsız bir hastalık tanısı koyup yanlış tedaviler uygulamalarına yol açabilir (Tekin vd., 2009: 33).

Bireyler, sağlığa ilişkin tanı ve bilgileri araştırmak için çoğunlukla arama motorlarını kullanmaktadır (Barke, 2016: 596). Sağlık bilgisi aramak için en çok kullanılan arama motoru olan Google; “Doktor Google” olarak nitelendirilmektedir (Lee vd., 2014; Palacı vd., 2016: 306). Arama motoruna girilen semptomlar, ancak kişinin tıbbi geçmişi ve aile öyküsü ile ilgili ayrıntılar göz önüne alındığında önem arz edebilir. Ancak web arama motorları bu değerlendirmeler ile cevap verme yeteneğine sahip değildir (White ve Horvitz, 2009: 16-17). İnternette yer alan sağlık bilgilerinin bahsedilen olumsuz özellikleri, sağlığı hakkında endişe yaşayan bireylerde belirsizliği çoğaltabilir ve belirsizliğe tahammül edemeyen bireylerde siberkondri ortaya çıkabilir (Starcevic ve Aboujaoude, 2015: 97). Sağlık bilgisini arama motorlarından araştırma sürecindeki bazı özellikler bu etkileri ortaya çıkarabilmektedir (Barke vd., 2016: 596). Nitekim bir belirti çevrimiçi olarak arandığında yaygın ve seyrek görülen hastalıklar için eşit sayıda sonuç üretilir (Davidson, 2009) ve sıralanan ilgili sonuçlar doğruluk veya yaygınlık kriterine göre değil; ziyaret edilme sıklığına, erişim popülerliğine, reklam verme gibi ticari özelliklerine göre listelenir (Barke vd., 2016: 596; Çetin ve Özhanlı, 2018: 48). Microsoft araştırmacıları olan White ve Horvitz (2009: 28-29) siberkondri ve arama motoru ekseninde gerçekleştirdikleri geniş ölçekli çalışmalarında, kişilerin basit semptomları çevrimiçi araması ile daha ciddi ve nadir hastalıklarla (tanılara) sonuç verecek sayfalara yönlendirildiklerini; bu hastalıklara ait daha fazla içeriğin olması sebebiyle, belirtileri araştıran bireye riskli hastalıklarla daha fazla karşılaşma oranının sunulduğunu (örneğin, göğüs ağrısı gibi farklı sebeplere bağlı olabilecek basit ve yaygın bir belirti, kalp krizi gibi birçok internet sitesinde içeriği olan nadir bir hastalığa sonuç verebilir ve bu bireyleri yanıltarak siberkondriye zemin hazırlayabilir); ve bu sayfalara tıklandıkça sitelerin sıralamada kalıcı olduğunu belirtmiştir. Bu doğrultuda, arama motorlarında web sitelerinin ön sıralarda yer alması güvenilirliğin bir ölçütü değildir. Yapılan bir araştırmada, katılımcıların %94,2’sinin çevrimiçi sağlık araştırmalarını arama motoru vasıtasıyla gerçekleştirdiği ve %42,3’ünün yalnızca ilk sayfalardaki sonuçlardan yararlandığı saptanmıştır (Çetin ve Özhanlı, 2018: 47-48). Doğru bilgiye

ulaşamayan bireyler, yanlış teşhis ve tedaviye yönelebilmekte (Can vd., 2014: 491); endişeye kapılarak siberkondri oluşabilmektedir (Elçiyar ve Taşçı, 2017: 235).

Loos (2013: 441-442), tanı araştırmaları için bir web arama motoru kullanmak yerine yetkin çevrimiçi belirti denetleyicileri kullanmanın daha ihtiyatlı olduğunu belirtmiş; güncel ve güvenilir siteleri şu şekilde derlemiştir: *familydoctor.org*, *healthychildren.org*, *symptomchecker.isabelhealthcare.com*, *itriagehealth.com*, *mayoclinic.com*, *symptoms.webmd.com*. Araştırmacı, bu sitelerin hekimlerin web sitelerine eklenmesini ve hastaların diğer kaynaklardan ziyade bu sitelere yönlendirilmesini teşvik etmiştir. Ülkemizde de bilinçlendirmeye yönelik olup kişiye doktorundan bağımsız bir teşhise yönlendirmeyeceği uyarıları ile hazırlanmış Türkçe içerikli “hastalığımı bul” (telematicsforchild.wixsite.com, 2013), “hastalık belirtileri tarama testi” (diagnoscope.com, 2011) gibi belirti denetleyici sayfalar mevcuttur.

1.4.3. Siberkondrinin Olası Nedenleri

Siberkondriye ilişkin kavramsal uzlaşımda eksikliklerin olduğu düşünölmektedir. Bunun nedeni ise siberkondrinin nedenselliğine ilişkin belirsizliktir (Starcevic ve Aboujaoude, 2015: 97). Hastalıklara veya belirtilere yönelik bilgilerin artması, kaygıların da artmasını ve yayılmasını beraberinde getirebilmektedir (Elçiyar ve Taşçı, 2017: 236). Bununla birlikte siberkondri, kişinin sahip olduğu bir semptomu araştırması ya da herhangi bir haber sitesinde “yeni bir hastalık” başlığının görölmesiyle oluşan merakın giderilmesi çabasıyla oluşabilir. Özellikle önceki çalışmalarla çelişen yeni tıbbi çalışmaların olması, kullanılan bir ilacın tehlikeli yan etkilerinin keşfi, standart tıbbi testlerin güvenilirmez sonuçları ya da rutin prosedürlerin bilinmeyen risklerine ilişkin çalışmalar tıp mesleğine, tıbbi uygulamalara ilişkin güvensizliği ve siberkondriyi besleyebilir (Starcevic ve Berle: 2015: 113). McManus ve arkadaşları (2014: 6) siberkondriyi anlamak adına yaptıkları nitel araştırmada, salgın hastalıklar ya da bedensel belirtiler konusunda endişe eden katılımcıların, bu endişelerine dair erkenden daha fazla bilgi edinerek hastalığı önleme ya da sınırlandırmada internetin potansiyel bir araç olduğunu belirttiklerini ifade etmekte ve bir katılımcının şu sözlerine yer vermektedir: “Domuz gribi sırasında grip ya da (semptomlarına benzer) bir şey yaşadığımı hissedersen, biraz temkinli olurum ve bu konuda daha fazla bilgi edinmeye çalışırım”. Benzer şekilde, şu an ülkemizle birlikte tüm dünyanın da gündeminde olan

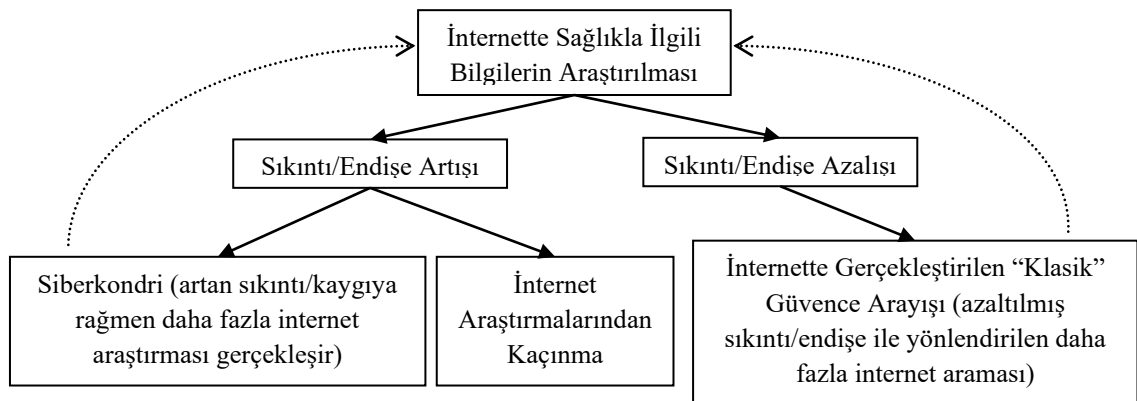
ve sağlık riski oluşturmasıyla beraber bireylerin sosyal hayatını da sınırlandıran COVID-19 (koronavirüs) pandemisi için de bireyler, bilgi sahibi olmak veya önlem almak amacıyla çevrimiçi araştırmalar yapabilmektedir. Sağlık endişesi ile başlayan bu araştırmalar sonucu ulaşılan asılsız bilgiler ile kişiler kendi kendine tanı koyabilir ve siberkondri ortaya çıkabilir. Nitekim bireyler “yeni bir hastalık” başlığı atılan bu hastalığa dair geçerliliği, güvenilirliği, kaynağı gibi denetimleri yapmaksızın edindikleri bilgiler ile daha çok endişeye kapılabilir.

İnternet üzerinden sağlık bilgisi araştırmaları, bireylerin sağlıkları ile ilgili belirsiz bir konuda güvence istemeleri amacıyla gerçekteşebildiği gibi ulaşılan çevrimiçi tıbbi bilgiler, bireyin sağlığına ilişkin daha fazla belirsizliğin oluşmasına neden olabilir (Fergus, 2013: 735); çünkü internet her zaman doğru, güvenilir, çelişkili olmayan bilgiler içermemektedir (AlGhamdi ve Moussa, 2012: 364). Belirsizliği gidermekte zorluk çeken bireyde ise siberkondrinin ortaya çıkması muhtemeldir (Starcevic ve Aboujaoude, 2015: 97). Aynı doğrultuda, internet bilgilerinde tıbbi terminolojinin kullanılması, güncel olmayan kaynakların varlığı sürekli tanı araştırması yapan bireyler için hastalık hastası olmanın yolunu açmaktadır (Eryiğit Günler, 2015: 36). Yeterli donanıma (*e-sağlık okuryazarlığı*) sahip olmayan bireyler, yanlış yönlendirilme ve kafa karışıklığı ile anksiyete yaşayabilmektedir (Can vd., 2014: 491). Ayrıca internet bağımlılığının da siberkondri için risk oluşturabileceği ifade edilmiştir (Selvi vd., 2018: 246). Bir başka görüş, bilinçli bilgi erişimine kolaylığın ve zayıflayan ekonominin siberkondri için ana nedenler olduğu yönündedir. Araştırmacı, ekonominin kötüleşmesi ile bireylerin sağlık sigortası yaptıırma niyetlerinin azaldığını ve hekime başvurmak yerine kendi kendilerine teşhis koymaya eğilimlerinin arttığını ifade etmektedir. Bununla birlikte, hekime güven duyulmamasının da kendi kendine teşhis koymada etkili olabileceğini belirtmektedir (Davidson, 2009).

1.4.4. Siberkondrinin Olası Etkileri

Siberkondrinin olumsuz etkileri son yıllarda daha da belirginleşmiş ve koşulları itibariyle bireylerin sağlıkları hakkında endişe duymalarına neden olmuştur (Elçiyar ve Taşçı, 2017: 236). Kişilerin semptomlarına dair internetten sağlık bilgisi aramaları, bu hastalıklara sahip olmasalar dahi varmış gibi hissederek hastalık hastası olmalarına sebebiyet verebilmektedir (Eryiğit Günler, 2015: 36). Hatalı ve yetersiz bilgiler ile

kişinin kendisine tanı koymaya çalışmasına, kendi kendini tedavi etmeye yeltenmesine (Elçiyar ve Taşçı, 2017: 236), önerilen tedavi uyumlarının bozulmasına ve yanlış tedavi seçeneklerine yol açabilir. Bununla birlikte geçersiz ve ilgisiz bilgilerin bolluğu, sağlık uzmanlarına açıklama yükü getirebilir ve bakımın etkin devam etmesini engelleyebilir (Baker, 2003: 2405). Yaygın ve ortak semptomların ciddi ve nadir hastalıklara sonuç vermesi gereksiz kaygıya yol açtığı gibi asılsız tehditler için zamanın boşa harcanmasına ve sağlık çalışanları ile pahalı etkileşimlere girilmesine de neden olabilmektedir (White ve Horvitz, 2009: 2). Korkularını hafifletmek ve kendilerini güvence altına almak isteyen bireyler, internette tekrarlı aramalarını sıklaştırabilmekte ya da kaygılarını daha da alevlendirmemesi amacıyla bilgilerden hatta hekim ziyaretlerinden kaçınabilmektedir (Şekil 2) (Starcevic ve Berle, 2013: 207). Bu durumun aksine bireyler, farklı görüşler alarak rahatlamak amacıyla randevu sayısını çoğaltarak birden fazla hekime başvurabilir (Loos, 2013: 440); ve kaygı uyandırıcı bilgilere erişimleri dolayısıyla güvence aramak için tıbbi harcamaların artmasına yol açarak (doktor doktor gezmek, test yaptırmak vb.) ekonomik bir yük oluşturabilir (Barke vd., 2016: 603; McElroy ve Shevlin, 2014: 259). Siberkondrinin varlığı, sağlık kaynaklarının daha fazla kullanımı, günlük rutin işlerin aksatılması, yaşam kalitesinin düşmesi ve ilişkilerin bozulması itibarıyla bir halk sağlığı yükü olabilir (Mathes vd., 2018: 205). Ayrıca siberkondrinin olası sonuçları arasında uzmanlarla çatışmaların yaşanabileceği belirtilmiştir (Criddle, 2010: aktaran, Elçiyar ve Taşçı, 2017: 236). Bireyler, edindikleri çevrimiçi sağlık bilgileri ile hekimleri kontrol etmeye çalışabilir ve güvensizce hekim kararlarını sorgulayabilir (Eryiğit Günler, 2015: 37).



Şekil 2: İnternette Sağlıkla İlgili Bilgilerin Araştırılması Sonuçları

Kaynak: Starcevic ve Berle, 2013: 208.

BÖLÜM 2: E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

İlk bölümde, siberkondrinin ilk adımı olan internet üzerinden sağlık bilgisi arayışı, bu bilgilerin özellikleri, siberkondriyi açıklamakta yardımcı olacak kavramlar ve siberkondrinin olası nedenleri ve sonuçları irdelenmekteydi. Bu bölümde ise; çevrimiçi sağlık bilgilerini araştırma ve kullanma becerilerini kapsayan e-sağlık okuryazarlığı üzerinde durulmaktadır. Bu çerçevede, öncelikle sağlık okuryazarlığının tanımı, gelişimi, önemi ve değerlendirilmesi açıklanmakta; daha sonra e-sağlık kavramı ile e-sağlık okuryazarlığı kavramı üzerinde durulmaktadır.

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Gelişimi

Okuma-yazma, alfabe vasıtasıyla metinlerin okunması ve yazılması şeklinde tanımlanan; okur-metin-yazar üçgeninde gerçekleşen bir süreçtir. Harfleri çözümlemeye dayanan “okuma-yazma” ile anlamlandırmaya dayanan “okuryazarlık” kavramı her ne kadar günlük hayatta birbirlerinin yerine kullanılsa da; aralarındaki fark giderek açılmakta, okuryazarlık ile birleşen terimler (medya okuryazarlığı, e-okuryazarlık vb.) kavramın anlam sahasını genişletmektedir (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010: 284). Okuryazarlık, toplumun inşa edip anlamlaştırdığı iletişimsel simgeleri etkin bir şekilde kullanma yeterliliğidir (Kellner, 2001: 68-69). Bu çatı tanımı dışında UNESCO (2004: 13) ise terimi daha kapsamlı olarak; “bireylerin çeşitli basılı ve yazılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma, işleme becerisi ve bu becerileri, potansiyelini geliştirerek kişisel hedeflere ulaşmak ve toplumun katılımını sağlamak için kullanması” şeklinde açıklamaktadır. Okuryazarlık yetisine sahip bireylerin günlük olayları daha iyi anlayabildiği ve kontrol edebildiği savunulmaktadır (Nutbeam, 2008: 2072). Toplumdaki bu etkin olma durumu sağlık açısından değerlendirildiğinde okuryazarlık, bireyin sağlık ve hastalık hali için de kontrol güçlerini şekillendirir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 327). Düşük düzeydeki okuryazarlık, sağlık hizmetlerinin ve bilgilerinin kullanımını azaltabileceği gibi (Nutbeam, 2008: 2072) hastalık yükünü de güçlendirmektedir. Eğitimin ve sağlığın ortalığı ise sağlık okuryazarlığını ve toplum yatırımını doğurmaktadır (Kickbusch, 2001: 290-291). Genel okuryazarlığın seviyesi, sağlık eğitimi, sağlık iletişimi ve sağlık

okuryazarlığında büyük oranda belirleyici olmaktadır (Nutbeam, 2000: 264). Ancak bu durum, eğitimin sağlık okuryazarlığında tek başına belirleyici olduğu anlamına gelmemektedir.

Okuryazarlık kavramına ilişkin araştırmalar yapılırken sağlık okuryazarlığının ne olduğuna dair çalışmalar 1950’lerde sağlık eğitimi kapsamında başlamış (Gözlü, 2018: 10); 1990’lardan sonra kapsamlı tanımlamalar yapılarak (Güven, Bulut ve Öztürk, 2018: 401) sağlık ile okuryazarlık arasındaki ilişkinin olumsuz etkilerini hafifletmek ve ölçümünü yapabilmek amacıyla yoğunluk kazanmıştır (Nutbeam, 2008: 2073). Bulaşıcı hastalıkların yerini zamanla bulaşıcı olmayan, kronik, dejeneratif hastalıklara bırakması, bireylerin bu hastalıkların kontrolü için uygun sağlık davranışları geliştirmelerinin önemini artırmıştır (Bilir, 2014: 62). Sağlık, giderek karmaşılaşan toplumsal bir sistemdir ve problemin olduğu zamanlarda uygun yanıtları verebilmek için geniş bir beceri yelpazesi gerektirir (Kickbusch, 2001: 294). Bu bağlamda, sağlığın geliştirilmesi kapsamında ortaya çıkan sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında Simond tarafından “Health Education as Social Policy” isimli çalışmada sosyal politika olarak kullanılmış (Simonds, 1974: aktaran, Ratzan ve Parker, 2000: v); ve asgari standartları karşılayan bir sağlık eğitimi olarak yorumlanmıştır (Ratzan, 2001: 210). 1986 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (International Conference on Health Promotion), kavramın yaygınlaşmasının önünü açmış ve sağlığın geliştirilmesinin sağlık ve diğer sektörlerin işbirliği ile sağlanabileceğini vurgulamıştır (WHO, 2013: 4). Sağlık okuryazarlığının literatürde yaygınlaşmasını sağlayan öncü çalışma ise 2003 yılında Amerika’da gerçekleştirilen “Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi” (National Assessment of Adult Literacy) araştırması olmuştur (Balçık, Taşkaya ve Şahin, 2014: 321).

Literatürde, SOY’a ilişkin birçok tanımlama görülmektedir. İlk tanımlama; “bireyin sağlığı için var olan yetenekleri” şeklindedir. Sağlık okuryazarlığı programlarını geliştirmek amacı ile hazırlanan bibliyografyada kavram genişletilerek “bireylerin sağlık adına elverişli kararlar vermesi için temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama yetkinliğine sahiplik derecesi” olarak ifade edilmiştir (Ratzan ve Parker, 2000: vi). Dünya Sağlık Örgütü ise sağlık okuryazarlığını; “sağlıkta iyilik halinin korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için, bireyin sağlık bilgisini edinme, anlama ve kullanma motivasyonunu ve kabiliyetini belirleyen bilişsel ve sosyal

beceriler” şeklinde tanımlamıştır (Nutbeam, 1998: 10). Bu tanım, sağlığın belirleyicilerine dair bilgiye sahip olma ve sağlık davranışındaki olumlu tutumla birlikte kendi kendine yeterliliğin artırılmasını da işaret eder. Şüphesiz bu sonuçlar sağlık eğitimi ile ilgilidir (Nutbeam, 2000: 263). Bodie ve Dutta (2008: 181-182) sağlık okuryazarlığına dair yapılan tanımlamaların dört önemli yönünü vurgulamıştır. Birincisi; sağlık okuryazarlığı için yalnızca beceri yeterli değildir, motivasyon beceriyi bütünler. İkincisi; sağlık okuryazarlığına sahip birey, sadece bilgiye erişen değil bilginin kalitesini değerlendiren ve anlayandır. Üçüncüsü; sağlık okuryazarlığı, edinilen bilgiden yararlanmayı ve yetkinliği kapsar. Bir hekime soru sormak, sağlık duyurusunu anlamak gibi sosyal ve bilişsel becerileri içerir. Son olarak; sağlık okuryazarlığına sahip birey, bu becerilerin etkisini sağlığı ve refahı üzerinde hissetmelidir.

İlk tanımlamanın yapılmasından itibaren kavramsal modele dair farklı sınıflandırma önerileri sunulmuştur (Çopurlar ve Kartal, 2016: 43). Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2006: 56-67) sağlık okuryazarlığının; *temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık* şeklinde dört alandan oluştuğunu ve bir alandaki beceri eksikliklerinin diğer alandaki beceriler ile telafi edilebileceğini belirtmiştir. Kiscbusch (2001: 293), Nutbeam’in sınıflandırmasının sağlık okuryazarlığını ölçmek için ilk adım olabileceğini ifade etmiştir. Geniş popülasyonlarda SOY seviyesini sınırlamak için her sınıflandırmaya bir dizi gösterge geliştirilmesini daha sonra cinsiyet, eğitim, gelir, yaş gibi özelliklerle karşılaştırılmasını ve oluşturulacak SOY endeksi ile sağlık, ekonomi ve sosyal sonuçların ilişkilendirilebileceğini belirtmiştir. Nutbeam (2000: 263-264)’in sağlık okuryazarlığını üç kademede sınıflandırması şu şekildedir:

1. Temel/ Fonksiyonel SOY: Bireyin günlük hayatında gerekli temel okuma yazma becerileridir. Birey, bu seviyedeki sağlık okuryazarlığı ile geleneksel sağlık eğitiminde yer alan sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlığa ilişkin riskleri farkında olma gibi daha çok bireysel fayda sağlayan yetilere sahiptir.
2. İletişimsel/ Etkileşimli SOY: Daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri barındıran bu okuryazarlık seviyesindeki birey, sağlık bilgilerini farklı koşullara göre kullanabilmekte ve çeşitli sağlık aktivitelerinde katılımcı olabilmektedir.

Daha çok kişisel becerilerin geliştirilmesi ile bağımsız ve özgüvenli hareket etmeyi konu alır.

3. Eleştirel SOY: İleri seviyede bilişsel ve sosyal becerilere sahip olmayı içeren bu seviyede ise birey, edindiği sağlık bilgilerini eleştirel şekilde analiz edebilmekte ve becerisini karşılaştığı durumlarda kontrol sağlamak için kullanabilmektedir. Bu düzeydeki okuryazarlık, ilk iki seviyenin aksine toplum yararını da içermektedir.

Sağlık okuryazarlığı ile akla ilk gelen beceriler fonksiyonel sağlık okuryazarlığına aittir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığının yeterliliği daha çok reçete, ilaç etiketi, onam formları okuryazarlığı; sağlık profesyonellerinin verdiği bilgileri anlama ya da randevu alma, sağlık talimatlarına uyma gibi becerilerin uygulanabilirliği üzerinedir (Kickbusch, 2001: 292). Ancak SOY, broşür okumak veya randevu alabilmekten daha fazlasıdır. Etkileşimli ve eleştirel sağlık okuryazarlığında ortaya çıkan sağlık bilgisini edinme ve bunu kullanabilme kapasitesi; katılım ve eleştirel analiz çerçevesinde iletişimi kurmayı, bireysel fayda ile birlikte toplu sağlık eylemi veya sosyal sermayenin gelişimine katkıda bulunma gibi sosyal faydayı içerir (Nutbeam, 2000: 264). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması bireysel, ekonomik ve sosyal riskleri beraberinde getirir. SOY, bireyin güçlenmesinde kritik bir önem taşır (Nutbeam, 1998: 10).

Sağlık okuryazarlığının temeli sağlık eğitime dayanmaktadır. Sağlık eğitimi, hastalıkları önleme, bağışıklamayı ve sağlığı teşvik etme adına 1960-1970 yıllarından beri süregelen bir harekettir. Sağlık eğitime yönelik yürütülen kampanyaların eğitim ve ekonomik olarak avantajlı kesime daha çok hitap etmesi ve çoğu zaman yalnızca bilgilendirmeye odaklanması ile istenilen sonuçlar elde edilememiştir. 1980'den sonra ortaya çıkan yeni programlar, kişilerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemek adına kişisel ve sosyal becerileri geliştirmelerini amaç edinmiş yine aynı dönemlerde gelişen sosyal pazarlama ile ise daha geniş yelpazede eğitim programlarının sunulmasını teşvik etmiştir. Tüm bu gelişmelere rağmen iletişim ve eğitime dayalı müdahaleler sağlık davranışında belirgin pozitif etkiler sağlayamamış ve farklı sosyo-ekonomik özelliğe sahip gruplar arasındaki boşluğu istenilen ölçüde kapatamamıştır (Nutbeam, 2000: 260). Sağlık eğitimindeki bu başarısız sonuçlar, sağlık okuryazarlığı düzeyini de olumsuz etkilemiştir. Bununla birlikte tıbbın gelişmesi ve karmaşık sağlık sisteminde

hastaların öz bakım için sorumluluk alma teşvikleri de SOY sorunlarını belirginleştirmiştir (Ratzan ve Parker, 2000: v).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine nazaran yeni bir kavram olmakla birlikte (Nutbeam, 2000: 260) özellikle birincil korumada sağlığın teşviki için önem taşımaktadır. Nitekim sağlık okuryazarlığı için “kendimi nasıl sağlıklı tutabilirim?” sorusunu yanıtlayabilmek daha basittir. Yeterli sağlık okuryazarlığında dahi hekimle iletişim yetersizliği ya da ilaçların olası yanlış bilgisi olumsuz sonuçlara sebep olabileceği gibi bu durum ikincil korumada daha da önem taşıyacaktır (Ratzan ve Parker, 2000: v). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığının sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için köprü vazifesi taşıdığı söylenebilir (Ratzan, 2001: 207). Bir başka görüş ise sağlık okuryazarlığının güçlendirme ya da sağlık eğitimi kapsamında yalnızca şekil değiştirdiğidir. Tones (2002: 287) bu durumu “eski şişede yeni şarap” şeklinde nitelendirmiştir.

Nutbeam (2008: 2074-2075) sağlık okuryazarlığının “klinik bakım” ve “halk sağlığı” olmak üzere iki kök yaklaşımdan oluştuğunu savunmuştur. Bu yaklaşımlardan ilki *risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığıdır*. Bu yaklaşımda, sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olması, klinik bakım sağlama sürecinde yönetilmesi gereken potansiyel bir risktir. Bu bağlamda yaklaşım, düşük düzeyde SOY becerisine sahip bireyleri tanımlamayı ve iyileştirici girişimlerde bulunmayı içerir. Diğer yaklaşım *kazanç olarak sağlık okuryazarlığıdır*. Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığı ile sağlığın belirleyicileri (kişisel, çevresel, sosyal) arasında kontrol sağlaması için bir aracı etken olarak görülmektedir. Bu bağlamda yaklaşım sağlık okuryazarlığını, sağlık kararlarında ve sağlık eğitiminde bireyin güçlenmesini sağlayan iletişimin yapılandıracağı bir kazanç olarak görmektedir. Buna göre risk yaklaşımı, sağlık okuryazarlığını bir kapasite olarak kavramsallaştırarak bilgi ağırlıklı “önceki durum” şeklinde nitelendirirken; varlık yaklaşımı, bir dizi işlevsel yetenekten ziyade sağlık eğitiminin sonucunda oluşan ve bireyin katılımını sağlayan beceriler olduğunu savunmaktadır. DSÖ’nün tanımı da SOY için kazanç yaklaşımını esas alır. Sorensen ve arkadaşları (2012: 10), sağlık okuryazarlığının tıbbi ve halk sağlığı bakış açısını bütünleştirmiş ve matriks bir yapı önermiştir (Tablo 3). Bu yapıda sağlık okuryazarlığına dair dört ana içerik (sağlık bilgisine erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) üç sağlık alanına (bakım, önleme, geliştirme) uygulanmakta; birey ile toplumun etkileşimli olduğu ifade edilmektedir.

Model, Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Projesi (HLS-EU) çerçevesinde geliştirilmiş olup literatürde “Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Modeli” olarak yer almaktadır (Gözlü, 2018: 14). Bu modelin kullanılmasıyla sekiz Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen bir çalışmada, genel olarak sağlık okuryazarlık seviyelerinin düşük olduğu ve bu yetersizliğin; eğitim seviyesi düşük olanlarda, kronik rahatsızlığı olanlarda ve yaşlılarda daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır (Bilir, 2014: 64). Aynı anketle gerçekleştirilen Türkiye’deki bir başka çalışmada ise katılımcıların %64,6’sının yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ortaya konmuştur (Cesur, Özdemir ve Yurtsal, 2015: 628).

Tablo 3: Sağlıkın Üç Etkinlik Alanına Uygulamak İçin Sağlık Okuryazarlığının Dört Boyutlu Matriksi

SOY	Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişim	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama
Sağlık Bakımı	Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşma becerisi	Tıbbi bilgiyi anlama becerisi	Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Tıbbi konularda karar verebilme becerisi
Hastalıkların Önlenmesi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşma becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Risk faktörlerinin ilgisi konusunda hüküm verme becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleme becerisi	Sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerisi	Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	Sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi

Kaynak: Sorensen vd., 2012: 10.

Ratzan (2001: 211-213), sağlık okuryazarlığının yaygınlaşmasının etkili iletişimden geçtiğini savunmuş ve bu müdahaleleri dört unsurda açıklamıştır. İlk unsur, *entegre pazarlama iletişimidir*. Sağlığa ilişkin sivil toplum kuruluşlarının, üniversitelerin veya DSÖ’nün en güçlü etkisi medyanın eğitilmesi ile oluşmaktadır. Medyanın ve dolayısıyla halkın eğitimi ile bilinçli karar verme, kanıt temelli bilgi arama, eleştirel düşünme gibi beceriler sağlanabilir. Sağlıkla ilgili gelişmeler için çaba sarf etmenin yanında edinilen bu bilgilerin topluma tercüme edilmesi ile halk uygulama fırsatı bulacaktır. Bu bilgilerin anlaşılabilirliği ikinci unsur olan *eğitimi* doğurur. Nitekim SOY, yalnızca sağlık bilgisi edinme değil, davranışta değişim yaratmadır. İletişim teknolojileri, bireylerin sağlık

kararlarında aktif olmaları ve olası riskleri fark edebilmeleri için eğitime erişimde fırsatlar sunar. Üçüncü unsur olan *müzakere*, hastanın tedavi sürecinde ve kararlarında katılım sağlaması amacını taşır. Müzakere stratejileri için devleti oluşturan örgüt, akademi, medya vb. gruplar SOY için gerekli ortamı oluşturmaktadır. Son olarak *sosyal sermaye* ise toplumda iş birliği sağlanması adına kişi ve kurumların sosyal ilişkilerine dayalı kaynaklardır. Bu tür toplumsal paylaşımlar daha fazla sağlık ortamı yarattığı gibi katılımcı yönetim ile de sağlık okuryazarlığının gelişmesini sağlayacaktır.

Sağlık okuryazarlığının gelişimi için bireylerin bilgiye erişim kaynakları ise çeşitlidir (Tözün ve Sözmen, 2015: 52). Sağlık okuryazarlığının gelişiminde ve yaygınlaşmasında ilk kaynak olması gereken sağlık profesyonellerinin sağlık eğitimine zaman ayırmaları zorunlu olsa da eksiksiz sağlık eğitimi için imkânları sınırlıdır. Diğer bir güvenilir kaynak olan kitaplar ise çoğu zaman erişimi ve anlaşılabilirliği zor olan ders kitaplarını kapsamaktadır. Bu sebeple bireyler daha çok televizyon ve özellikle internet gibi araçlara yönelmektedir. Güvenilirliği kanıtlanmamış, alanında uzman olmayan kaynaklara başvurulması, kişilerin sağlıklarını yanlış yönlendirmelerine sebebiyet verebilmektedir (İlgaz ve Gözüm, 2016: 71; Tözün ve Sözmen, 2015: 52). Dinamik olan sağlık sistemine uyum gösterebilmek, sürekli artan bilgi bolluğu içinde eleştirel değerlendirmeyi ve karar verebilmeyi sağlamak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi önem arz etmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 333). Türkiye’de sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı’nın 2019-2023 Stratejik Planı’nda da yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019: 13).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık düzeyi ve eğitim ile birlikte; sosyo-demografik özellikler, psikososyal faktörler, sağlık hizmeti sistemi, kültürel faktörler, sağlık/hastalık algısı, ve hastalık deneyimleri gibi birçok unsurdan etkilenebilmektedir (Sorensen vd., 2012: 7). Sezgin (2013: 80-81) sağlık okuryazarlığında kültürel alt yapının önemini vurgulamış, sağlık enformasyonunun kültür filtresinden geçtiğini ve bireylerin buna göre hastalığını, tedavisini, sağlık teknolojisi alışkanlığını vb. değerlendirdiğini belirtmiştir. Bu becerilerin yetersizliği, bireylerin öncelikle kendi sağlık durumlarını algılamalarında ve sağlıklarına dair doğru karar almalarında önem arz eder (Çopurlar ve Kartal, 2016: 45). Ayrıca; yaşam kalitesinin düşmesi, koruyucu

sağlık hizmetlerinin kullanımında sorunlar, sağlık arayışında gecikmelerin yaşanması, kronik hastalıkların doğru yönetilememesi, acil servis kullanımının artması, gereksiz tetkik yaptırma, uygun olmayan ilaç kullanımı, morbidite ve mortalite oranlarında artışın yaşanması gibi durumlar baş gösterebilir (Cesur, Özdemir ve Yurtsal, 2015: 626; Sadeghi vd., 2013: 73-74). Özellikle kronik hastaların daha çok sağlık bilgisine ihtiyaç duyduğu ancak sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha düşük olduğu savunulmaktadır (Parker, Ratzan ve Lurie, 2003: 151). Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin hastanede tedavi olma oranlarının daha fazla olmasıyla beraber; sağlık hizmetlerinin eksik kullanımı ve tedavinin ertelenmesi ile ortaya çıkan hastalıklar toplumun ekonomik yükünü artırmaktadır (Sezgin, 2013: 86). Sağlık okuryazarlığına sahip olma, uyarıcı etkenlere karşı daha dikkatli olmayı, yeni bir sağlık bilgisini mevcut bilgileri bağlamında değerlendirerek kullanmayı, sağlık profesyonellerinin öneri ve talimatlarını anlamayı, gerektiği yerde hekime soru sorabilmeyi, tedaviye uyumu, hastaneye yatışların azalmasını beraberinde getirir (Parker, Ratzan ve Lurie, 2003: 151). Bununla birlikte toplumun sağlık okuryazarlığına sahip olması, uygun basamağın tercih edilmesiyle sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlar. Bilinçli tüketiciler sayesinde hizmetlerin kalitesi doğru algılanır ve kalite koşullarının geliştirilmesine imkan verilir (Çatı vd., 2018: 68-69). Bireyin kendi sağlığı ve dolayısıyla kolektif sağlık açısından yetkinliğini sağlar. SOY, hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimin yapısını geliştirerek sağlık iletişiminin temel konusunu da oluşturur (Sezgin, 2013: 76). Sağlık okuryazarlığının sağlıkta kalite, maliyet, hasta güvenliği ve hasta katılımı gibi birçok sistemin merkezinde konumlandığı söylenebilir (Parker, Ratzan ve Lurie, 2003: 147). Tüm bu bilgiler ışığında sağlık okuryazarlığının sağlığın kritik belirleyicisi olduğu ifade edilebilir. Yararları, tüm yaşamsal faaliyetlerde görülür ve gelişimi kişinin demografik, psikososyal, kültürel özelliklerinden etkilenerek hayatı boyunca devam eder (Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, 2005: 196). Sağlık okuryazarlığının önemini Kanj ve Mitic (2009: 16-25) 6 genel temada ortaya koymuştur. Bunlar, düşük sağlık okuryazarlığıyla ortaya çıkan *olumsuz sağlık sonuçları*; yetersiz sağlık becerileriyle sağlığı yönetememe sonucu *kronik hastalıkların artması*; sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilememesi ile artan *sağlık bakım maliyetleri*; onam formu, ilaç prospektüsü vb. gibi materyalleri anlamak için *sağlık*

bilgisi talepleri; sağlık okuryazarlığı becerilerinin çok sayıda kişiyi etkilemesi ve bu becerilerin sağlık eşitsizliğini azaltmada önemli bir araç olmasıdır.

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığı, önemi giderek artan bir konuma gelmiş olsa da kavramsal boyutlarına dair ölçüm ve karşılaştırma olasılıklarını sınırlayan net bir fikir birliği yoktur (Sorensen vd., 2012: 1). Kavramın ortaya çıkışı ile gerçekleştirilen ilk değerlendirmelerde “*sağlık materyallerini okurken anlıyor musunuz?*” gibi kişinin beyanına dayanan ölçüm ifadeleri kullanılmış; geribildirimlerde, ortaya çıkan sonuç ile kişilerin gerçek SOY yeteneklerinin uyuşmadığı ifade edilmiştir (Çopurlar ve Kartal, 2016: 43). Konuya ilginin artması ile birlikte ölçek geliştirme çalışmalarına hız verilmiş; kavrama ait farklı anlam ve tanımlamalar, beceri düzeyinin ölçümü için farklı araçların geliştirilmesini sağlamıştır (Baker, 2006: 878; Davis vd., 1991: 433; Parker vd., 1995: 537; Pleasant ve Kuruvilla, 2008: 152; Weiss vd., 2005: 514). Soyut olarak nitelendirilen sağlık okuryazarlığı düzeyi için hangi ölçüm aracının en doğru sonucu verdiği (Çopurlar ve Kartal, 2016: 44) ve ölçümün en uygun yolunun ne olduğu konusu halen tartışılmaktadır (Sezgin, 2013: 81). Araçlar genel manada işlevsel/temel okuryazarlık becerisini ölçmeye dayalı olarak; tıbbi kelime tanıma, sağlık metinlerini anlama, telaffuz ve sayısal becerilerin değerlendirilmesi için kullanılmaktadır (Freedman vd., 2009: 446). Ancak ölçekler çoğu zaman sosyokültürel etkenleri göz ardı etmesi, ölçüm süresinin uzunluğu ve sağlık okuryazarlığını tam anlamıyla ölçmemesi açısından eleştirilmektedir (Cesur, Özdemir ve Yurtsal, 2015: 627). Geliştirilen ölçeklerden; Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM) ve Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA) en yaygın kullanılan ölçeklerdendir (Filiz, 2015: 10). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise daha çok Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q) kullanılmaktadır (Çatı vd., 2018: 72; Gözlü, 2018: 108). Bu ölçekler bireyin kapasitesinin ölçülmesinden ziyade kapasitesinin göstergeleri olarak varsayılan belirli alanları değerlendirmektedir. Ancak sağlık okuryazarlığının bireysel kapasite (okuma anlama yeteneği, sözcük dağarcığı vb.) dışında iletişim kapasitesi, sağlık sistemi ve toplum arasındaki ilişkiye dayandığı savunulduğunda bireysel ölçüm

teknikleri yetersiz kalacaktır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 331). Ölçeklerde genellikle; tıbbi bilgi ve formları okuma, idrak etme, uyma, sağlık kuruluşlarına başvuru ve yönlendirmeleri anlama, sağlık uzmanları ile etkileşim ve ilaç talimatlarını gerçekleştirme gibi konular sorgulanmaktadır (Chew, Bradley ve Boyko, 2004: 589). Bu testlerin algısal olduğu düşünülmekte; pratiğe aktarıldığında nasıl sonuçlar vereceği sosyal becerileri de kapsayarak değerlendirilmelidir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 332). Sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin her ne kadar konsepti sabit olsa da yaş, içerik, yaşam dönemleri ya da hastalık durumu gibi (örneğin kronik hastalıklar) farklılıkları göz önüne alan, çeşitli amaç ve boyutlarda sınırlamaları bulunan ve daha kapsamlı ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır (Nutbeam, 2008: 2076). Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için kullanılan çeşitli ölçeklerden (Filiz, 2015: 7) biri de e-sağlık okuryazarlığı ölçeğidir.

2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı (Elektronik Sağlık Okuryazarlığı)

2.2.1. E-Sağlık Kavramı

Yirmi birinci yüzyılın ilk yıllarında ortaya çıkan e-sağlık (Yaşın ve Özen, 2011: 230), günümüzde yalnızca “internet tıbbi” olarak değil; bilgisayar ve sağlık üzerine hemen her şeyi kapsayan (Eysenbach, 2001) ve adını sıklıkla duyduğumuz bir kavram halini almıştır. E-sağlık teriminin ilk kelimesini oluşturan “e” harfi, sağlık hizmetlerinin *elektronik, internet tabanlı, dijital, teknolojik, hızlı-etkin* bir yapıda sunulup yürütüleceğini ifade etmektedir (Kılıç, 2017: 204). Bir başka görüş ise mananın yalnızca “elektronik” olmadığı, e-sağlığın ne olduğu ve ne olması gerektiği üzerine bir dizi “e” kavramı içerdiği yönündedir. “10 e”yi; sağlık hizmetlerinde verimlilik (efficiency), bakım kalitesini artırma (enhancing quality of care), kanıta dayalılık (evidence based), hastaların güçlendirilmesi (empowerment of consumers and patients), hasta-uzman karar ortaklığının teşviki (encouragement), hekimlerin çevrimiçi kaynaklar ve tüketiciler ile eğitimi (education), kurumlar arası bilgi alışverişine olanak tanımak (enabling), sağlık hizmetinin kapsamını genişletmek (extending), hasta-hekim etiği (ethics), sağlık hizmetine erişimde eşitlik (equity) oluşturmaktadır (Eysenbach, 2001). E-sağlık terimi, “tele-tıp” kavramını geride bırakarak daha kapsayıcı bir çatı kavram olarak ele alınmakta ve alt başlığında tele-tıp, mobil sağlık gibi uygulamaları içermektedir (Kılıç, 2017: 205; Toygar, 2018: 103). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi (2019) e-

sağlığı; “sağlıkla ilgili bilgi, kaynak ve hizmetin sunulması amacıyla elektronik araçlar kullanan geniş bir faaliyet grubu; sağlık için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması” şeklinde açıklamaktadır. Avrupa Komisyonu (2019) tarafından yapılan diğer bir tanımda ise kavram “hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi, izlenmesi, sağlığın yönetilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunulması için bilişim ve iletişim teknolojilerinin (BİT) kullanımı” şeklinde ifade edilmektedir. E-sağlık; hastalıkların yönetimini, hasta-sağlık profesyoneli iletişimini, sağlık bilgilerine erişimi desteklemek için elektronik hasta sağlık kayıtları, sağlık portalları/web siteleri, sosyal destek grupları, kronik hastalıkların yönetilmesi uygulamaları gibi tüketici odaklı araçlar içerir (Chan, Matthews ve Kaufman, 2009: 86). E-sağlık hizmetlerinin odak noktası tüketicidir; tıbbi süreçlerde hasta katılımını etkin kılar (Griebel vd., 2018: 428). E-sağlık kaynaklarını kullanabilen bireylerin tıbbi randevularına hazırlıklı gitmeleri, sağlığa ilişkin daha fazla soru sorabilmeleri, sağlıklarını geliştirmek adına daha çok önlem alabilmeleri ve sağlık bakım maliyetlerinin azalması muhtemeldir. E-sağlık kaynaklarından yararlanma becerisi sağlık hizmetlerinin kullanımıyla da ilişkilidir (Luo vd., 2018). İnternette aktif olarak sağlık bilgisi arayan ve e-sağlık kaynaklarını kullanan birey “e-hasta” olarak nitelendirilebilir (Çizmeci ve Deniz, 2017: 75).

2.2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

E-sağlık kaynaklarının çeşitlenmesi, bireylerin elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini araması ile sağlık okuryazarlığının elektronik boyutu ortaya konmuştur (Şengül vd., 2017: 1278). Özellikle mevcut dönemde çevrimiçi sağlık bilgi kaynağı yelpazesinin genişlemesiyle bireylerin bilgileri seçme, algılama ve kullanma durumunun kritik olduğu kabul edilmektedir. Sağlık portallarının geliştirilmesine yönelik yapılan girişimler ile talep edilen kullanabilme düzeyi arasındaki uyumsuzluk dolayısıyla sistemler başarısız olarak atfedilmiştir. Bu durumun sonucunda yeni bir yapı ortaya çıkmış ve çevrimiçi sağlık bilgilerinden faydalanmak için e-sağlık okuryazarlığı ihtiyacı gündeme gelmiştir (Monkman ve Kushniruk, 2015: 542-543). Norman ve Skinner (2006b) “e-sağlık” tanımını “sağlık okuryazarlığı” tanımına entegre ederek e-sağlık okuryazarlığını; “elektronik kaynaklardan sağlıkla ilgili bilgileri arama, bulma, anlama, değerlendirme ve edinilen bu bilgileri, bir sağlık problemini işlemek veya çözmek için kullanma kabiliyeti” şeklinde açıklamaktadır. Bautista (2015: 35-43), bu

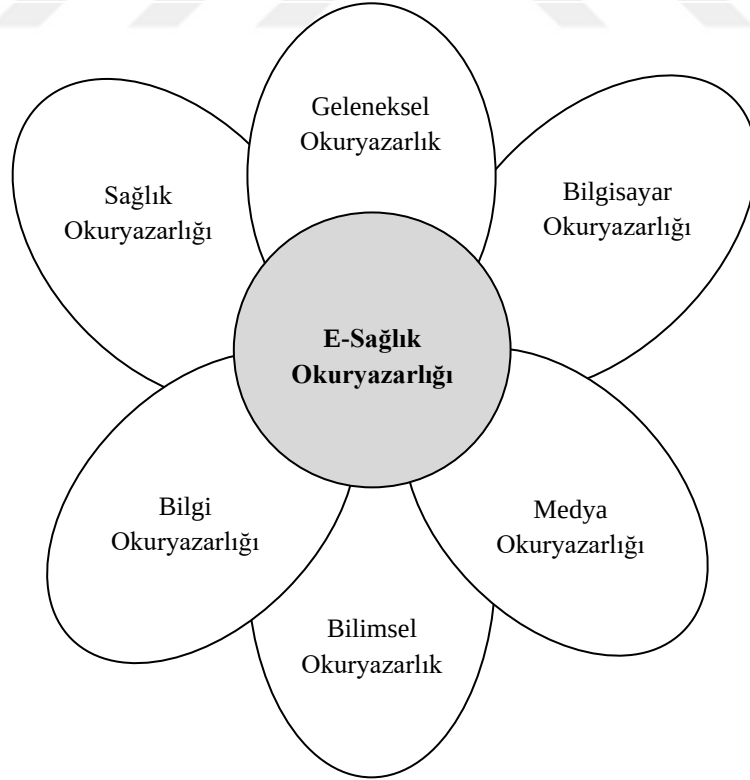
tanımın işlevselleştirme adına ilk adım olduğunu; ancak e-sağlık okuryazarlığı için önemli diğer faktörlerin hesaba katılmadığı gerekçesiyle eleştirildiğini ve teorisinin gelişmesi için öncelikle kavramsal tanımın net olması gerektiğini vurgulamıştır. Bu bağlamda e-sağlık okuryazarlığına ait dört, sağlık okuryazarlığına ait yedi ve dijital okuryazarlığa ait üç tanımın incelenmesi ile yeni bir e-sağlık okuryazarlığı tanımı önermiştir: “E-sağlık okuryazarlığı, ömür boyu yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek amacıyla sağlık hizmetinin tüm bağlamlarında sağlık bilgisini aramak, elde etmek, anlamak, değerlendirmek, iletmek ve uygulamak için dijital teknolojilerin kullanımındaki bireysel ve sosyal faktörlerin etkileşimidir”. Bu tanımlama, çatı tanım olan Norman ve Skinner’ın tanımına göre şu farklılıkları içerir:

- ✓ Bireyle birlikte toplumsal faktörlerin (kültür vb.) etkileşimini de gözetir.
- ✓ Elektronik kaynaklar yerine dijital teknolojiler (bilgisayar, telefon, sosyal medya vb.) terimini kullanır.
- ✓ Gerçekleşmesi gereken eylemlerin bir unsuru olarak ‘iletişim’i içerir.
- ✓ Bir sağlık sorununu çözmekle birlikte farklı sağlık hizmetleri bağlamlarında da (sağlığı geliştirme vb.) bilgilerin uygulanmasına yönelik bakış açısı sağlar.
- ✓ Yaşam kalitesini iyileştirmek veya sürdürmek için e-sağlık okuryazarlığını itici bir güç olarak tanıır.
- ✓ Çabanın sürekliliğini ifade etmek için “yaşam boyu” ifadesini kullanır.

Çevrimiçi sağlık bilgisi, diğer medya türlerine ait sağlık bilgilerinin içerdiği mesajlardan farklı türde zorlukları barındırır. Web ortamında her gün yenilenen sağlık bilgileri için erişim, değerlendirme ve kalitedeki çeşitlilik genişletilmiş becerileri gerektirmektedir (Norman ve Skinner, 2006a). E-sağlığın amacı, halkın sağlığını iyileştirmek ve hizmet sunmak ise sunulan e-sağlık kaynakları ile bu kaynakları kullanma yetisi arasındaki boşluk giderilmelidir; bu, e-sağlık okuryazarlığı ile mümkündür (Norman ve Skinner, 2006b). Terim, e-sağlık kaynaklarından tam olarak faydalanmayı sağlayan beceri kümesini işaret eder (Chan, Matthews ve Kaufman, 2009: 86); ve bu beceriler sağlık okuryazarlığında olduğu gibi işlevsel, etkileşimli, kritik düzeyde seviyeleri içerir. *İşlevsel e-sağlık okuryazarlığı*, sağlıkla ilişkili temel okuma-yazma becerilerini, internet ve sağlık sistemi hakkındaki temel bilgileri; *etkileşimli e-*

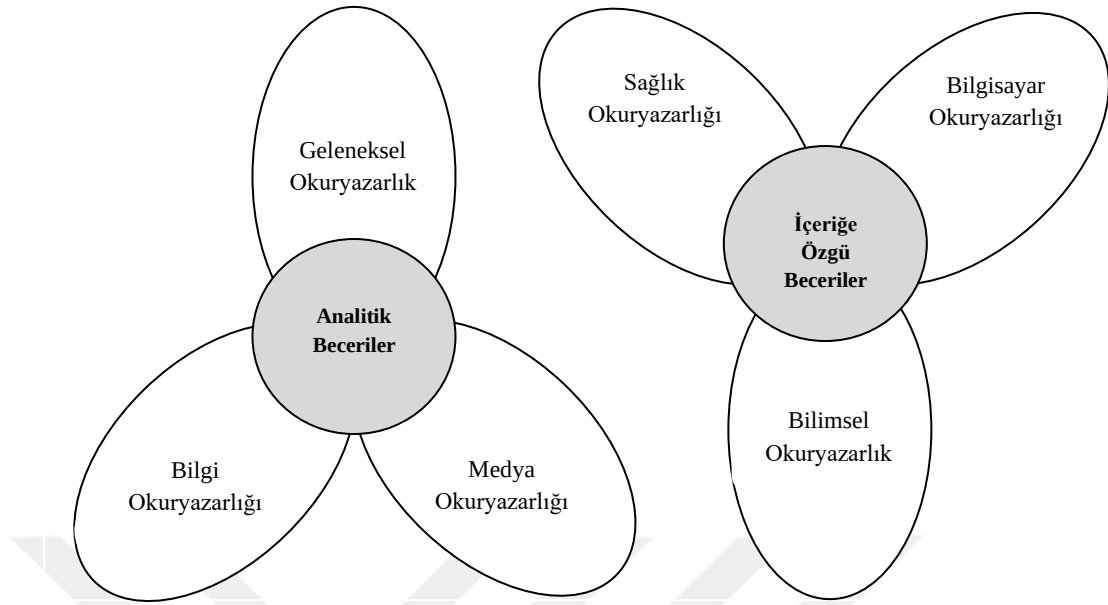
sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisinden anlam çıkarmak adına kullanılacak iletişimsel ve sosyal beceriyi; *kritik e-sağlık okuryazarlığı* ise sağlık bilgisinin eleştirel analizini, sağlık hakkında bilinçli karar almayı ifade etmektedir (Luo vd., 2018).

Norman ve Skinner (2006b), e-sağlık okuryazarlığı için zambak metaforunu kullanarak bir model (*Lily Modeli*) önermiştir. Bu modele göre e-sağlık okuryazarlığı altı temel beceriden oluşmakta (*geleneksel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı*); zambak yaprakları okuryazarlıkları temsil ederken e-sağlık okuryazarlığı merkezde bu becerileri birbirine bağlamaktadır (Şekil 3). Nitekim kavramın diğer okuryazarlık türlerinden en temel farkı da farklı okuryazarlık türlerinin özelliklerini birleştirmesidir. Modelde yer alan okuryazarlıklar iki merkezi tipte düzenlenmiştir: *analitik* (geleneksel, medya, bilgi) ve *içeriğe özgü* (bilgisayar, bilimsel, sağlık) (Şekil 4). Analitik bileşen, konudan bağımsız olarak geniş bilgi kaynağına uygulanabilen becerileri içerirken; içeriğe özgü bileşen ise belirli bir konuya veya sorun alanına özel olarak bağlamsallaştırılan becerileri barındırmaktadır. Bu iki tipin ortaklığı ile e-sağlık okuryazarlığının gerektirdiği beceriler bir araya gelmiş olur.



Şekil 3: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak (Lily) Modeli

Kaynak: Norman ve Skinner, 2006b.



Şekil 4: E-Sağlık Okuryazarlığı Analitik ve İçeriğe Özgü Modeller

Kaynak: Norman ve Skinner, 2006b.

E-sağlık okuryazarlığı zambak modeline ait altı bileşen aşağıda özetlenmiştir.

1. Geleneksel Okuryazarlık: Basılı bir metinde kullanılan harf sisteminin çözülmesi, harflerin oluşturduğu simgeler üzerinde düşünülerek anlamlandırılması (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010: 286); diğer bir ifade ile sembollere anlam yükleme becerisidir (Çelik ve Çekiç, 2014: 848). Temel okuma, yazma, metni anlama ve dili konuşabilmedir. İnternette her ne kadar ses ve görsel imgeler kullanılıyor olsa da metinlerin yoğunlukta olması bu teknolojilerin kullanılabilmesi için geleneksel okuryazarlık becerilerini gerektirir (Norman ve Skinner, 2006b).
2. Bilgisayar Okuryazarlığı: Bilgisayar teknolojilerinin hemen her ortamda kullanılır hale gelmesi ile bireylerin bilgisayar okuryazarlığına sahip olması gerekliliği kritik bir öneme sahiptir (Yanık, 2010: 371). Tarayıcı penceresinin nasıl açılacağı gibi basit temel bilgilerden bilgisayar uygulaması oluşturmaya değin geniş bir yelpazede bu okuryazarlık türü tanımlanabilir (Chan, Matthews ve Kaufman, 2009: 86). En temel ifade ile bilgisayar okuryazarlığı, günlük hayatta bilgisayarı kullanabilme bilgi ve becerisidir (Korkut ve Akkoyunlu,

2008: 180). E-sağlık kaynaklarına erişmek için ilk adım okuryazarlık türü olduğu da söylenebilir.

3. Medya Okuryazarlığı: Çeşitli türden (görsel, işitsel, basılı, vb.) ve farklı formatlardaki (televizyon, sinema, internet, video, dergi vb.) medya mesajlarına erişebilme, erişilen mesajları eleştirel bakış açısıyla çözümleyip değerlendirebilme ve kendi medya iletilerini üretebilme becerisidir (RTÜK, 2016). Bu becerilerin var olmasının önemi, hedef kitleye verilen mesaj üzerinde kontrol sağlamasıdır. Nitekim medya mesajları; kurguya dayalı, çeşitli değer ve ideolojiyi barındıran ve ekonomik, sosyal, estetik çıkarlar için üretilen iletilerdir (Solmaz ve Yılmaz, 2012: 56). Medya okuryazarlığını diğer okuryazarlık türlerinden ayıran temel fark ise kapsanan alan ya da kaynağın bilinçli kullanımıyla birlikte bu kullanımlara “sınırlama” getirme becerisini de içermesidir (Önal, 2007: 339).
4. Bilimsel Okuryazarlık: Bireyin bulunduğu toplum ve çağda yetkin bir şekilde var olabilmesini sağlayan; bilimin içeriğini, doğasını, bilimselliğini ve bilim-teknoloji-toplum ilişkisini idrak etmeden yorumlamaya değin uzanan süreci kapsayan bir kavramdır (Turgut, 2005: 20). Yalnızca bilimsel fikirlerin ve bilgilerin anlaşılması değil; bunların uygulanması için istek ve yeteneklerin olmasıdır (Şahin ve Say, 2010: 224). Bilimsel olarak okuyazar bir kişi, bilim ve teknolojiye ilişkin araştırmalarla ilgilenmeye istekli, bilimsel manada olguları açıklayabilen, bilimsel verileri ve kanıtları yorumlayacak becerilere sahip kişidir (OECD, 2013: 7-8). Bireylerin sağlığıyla ilgili sorunlar karşısında nitelikli kararlar alması, bilgilendirilmiş rızanın geçerliliği için bilimsel okuryazarlığa ihtiyaç duyar (Gilstad, 2014: 66).
5. Bilgi Okuryazarlığı: Mevcut dönemde bilgiyi üretmenin veya bilgiye sahip olmanın önemi artmış; bilgi bolluğu ve çeşitliliği fazlalaşmış; bu bağlamda yaşadığımız çağa bilgi çağı denmeye başlanmıştır (Başaran, 2005: 168). Özellikle internetin de gelişmesi ile bu devasa boyuttaki bilgi yığına bilinçli yönelim, eleştirel değerlendirme, seçicilik, yeniden ulaşabilme için bir takım beceriye sahip olunmalıdır (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010: 293). Bu kapsamda ortaya çıkan bilgi okuryazarlığı; bilgiye ihtiyaç duyulduğunun fark edilmesi, bu

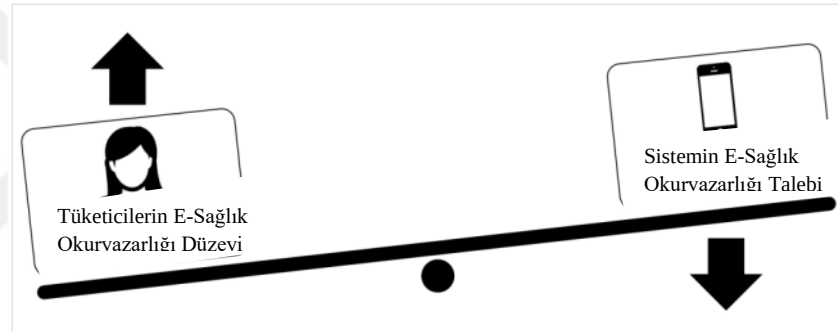
ihtiyaç duyulan bilginin bulunması, edinilen bilginin yorumlanması ve gerekli durumlarda etkin şekilde kullanılmasıdır (ALA, 1989). Bilgi okuryazarlığının en önemli özelliği, diğer okuryazarlık becerilerini desteklemesi, geliştirmesidir; hatta diğer okuryazarlık becerileri için ön şart olduğu söylenebilir (Kurbanoğlu, 2010: 739-740).

6. Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin hastalıklarını önlemesi, sağlığını geliştirebilmesi, hayat kalitesini yükseltmesi, gerekli sağlık kararlarını alıp yargıda bulunabilmesi için ihtiyaç duyulan sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme, uygulama motivasyon ve becerisidir (Sorensen vd., 2012: 3). *(Detaylı bilgi “Sağlık Okuryazarlığı” başlığı altında verilmiştir.)*

Bu altı okuryazarlık, bireylerin e-sağlık deneyimlerini optimize etmek için birleşir. Her beceri türüne ustalık derecesinde sahip olunamasa da e-sağlık kaynaklarından yararlanmak için orta düzeyde yetkin olmanın önem arz ettiği söylenebilir (Norman ve Skinner, 2006b). Becerilerden birinin eksik olması, kaliteli e-sağlık bilgisine erişimi kısıtlayabilmektedir (Chesser vd., 2016: 2). Altı okuryazarlık becerisinden özellikle sağlık ve bilgisayar okuryazarlığı, engelli ve kronik hastalık riski yüksek olan yaşlı nüfus için dikkat çekmektedir. Nitekim hem sağlık okuryazarlığı hem de bilgisayar okuryazarlığı statik değildir ve özellikle yaşlanan nüfus için dijital uçurumun oluşmasına neden olabilir (Tennant vd., 2015). Bu durum, nüfusun yaşlı kesimi için çifte tehlike demektir (Xie, 2011). E-sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan bireyler, genel manada e-sağlık araçlarından en çok fayda etmeye çalışanlardır (Chan, Matthews ve Kaufman, 2009: 86). Bu anlamda becerilerin sürekli gelişimi önemlidir.

Lily modeli, hem diğer araştırmacılar hem de modeli sunan araştırmacının kendisi tarafından; ölçeğin, model teorisine uygun bağlamda tanımlanmadığı ve Web 2.0. içeriğine uymadığı (sosyal medya eksikliği vb.) gerekçesiyle eksik bulunmuştur (Norman, 2011). Bu sebeple araştırmacılar konsepti geliştirmeye çalışmış (Xie, 2011; van der Vaart vd., 2013), yeni modeller öne sürmüştür. Örneğin Gilstad (2014: 67-69), e-sağlık okuryazarlığını kültürel bağlam, kurumsal bağlam ve e-sağlık teknolojisi türü gibi bağlamsal faktörlerle birlikte ele almıştır. Monkman ve Kushniruk (2015: 543-544), e-sağlık okuryazarlığını bir dengeleme eylemi olarak atfetmiş; *tüketici e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin sistemin e-sağlık okuryazarlığı talebi altında kaldığını*

belirtmiştir (Şekil 5). Modele göre, internette yer alan sistem (uygulama, portal vb.) tüketicinin becerisini aşan bir e-sağlık okuryazarlığı talebindeyse sistemin değer görmesi, sistemden etkin şekilde yararlanılması zordur. Bu denge uyuşmazlığı için iki yaklaşım muhtemeldir. İlki, e-sağlık kaynaklarının anlaşılması, değerlendirilmesi, sağlık kararlarında uygulanması, terminolojinin çözülmesi için bireylerin e-sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesidir. İkincisi ise sistem kullanımı için talep edilen e-sağlık okuryazarlığı becerilerini en aza indirecek şekilde sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulmasıdır. Bu “seviyenin düşürülmesi” yaklaşımı, tıbbi terminoloji ve bilginin var olan karmaşıklığı göz önüne alındığında faydalı ancak sınırlıdır (Xie, 2011). Bununla birlikte, e-sağlık okuryazarlığı becerilerinin anlaşılması; eğitim gereksinimini, sistemlerin tasarım ve geliştirilme ihtiyacını bildirebilmektedir (Chan, Matthews ve Kaufman, 2009: 86).



Şekil 5: Tüketicilerin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sistemin E-Sağlık Okuryazarlığı Talebi Arasında Dengenin Kurulması

Kaynak: Monkman ve Kushniruk, 2015: 544.

Van Deursen ve Van Dijk (2011) ise e-sağlık okuryazarlığının oluşabilmesi için öncelikle internet kullanma becerilerinin uygun düzeyde olması gerektiğini öne sürmüştür ve farklı düzeydeki becerileri şu şekilde açıklamıştır: İnternet tarayıcısı veya arama motoru kullanma gibi temel beceriyi ifade eden *operasyonel beceri*; siteler arası geçiş yapmayı ve gezinmeyi ifade eden *biçimsel beceri*; bir sağlık problemine ilişkin sorgulama yapma, bilgileri seçme ve değerlendirmeye dayalı *bilgi becerileri*; son olarak bilgiler üzerinde verimli çözümler yapma ve bilgileri kişisel çıkarlar için kullanabilmeyi ifade eden *stratejik beceri*. Monkman ve Kushniruk (2015: 542), e-sağlık okuryazarlığını; sağlık okuryazarlığı ve bilgi teknolojisi okuryazarlığı kesişiminde yer alan melez bir kavram olarak yorumlamıştır. E-Sağlık okuryazarlığı,

sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olmasına rağmen elektronik kaynaklar hakkında bilgi sahibi olma ve bunları kullanma yeteneği ile farklılaşır (Richtering vd., 2017).

Elektronik kaynaklar, bireylerin sağlığında giderek daha büyük rol oynamakta; sağlık bilgisi araştırmaları için ana kaynaklar arasına girmektedir (Stellefson vd., 2011). Teknolojik anlamdaki ilerlemeler ve internetin düşük maliyet avantajı ile hemen herkes internete erişebilmektedir (Tennant vd., 2015). Ancak internet, kaliteli ve okuryazarlığa duyarlı içerikler barındırmayabilir (Bodie ve Dutta, 2008: 185-186). Sağlık web sitelerinin bolluğu dolayısıyla bilgilerin kalitesi, doğruluğu, güncelliği, bütünlüğü, kullanıcıların kimlik gizliliği gibi etik çerçevede eleştiriler ortaya çıkmaktadır (Erdal ve Saygılı, 2007). Etkileşime açık olan forum ve blogların varlığı, profesyonel olmayan bilgi kaynakları, kaynakların dili ve anlaşılabilirliği göz önüne alındığında yanlış yönlendirmeler olabilir (Palacı vd., 2016: 306). Özer, Şantaş ve Budak (2012: 137)'ın akademik personel üzerinde yaptığı araştırmada, katılımcıların sağlık web sitelerine güvenmeme sebepleri; %72 oranında bilgilerin kaynağının belirtilmemesi, %44 oranında sitelerin ticari amaç taşıması ve %41 oranında sitelerin güvenilir bir organizasyona ait olmaması şeklinde ifade edilmiştir. Kanser hastaları üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise katılımcılar, internet bilgilerinin %76'sının çelişkili, %27'sinin kafa karıştırıcı olduğunu belirtmiştir (Eysenbach, 2003: 366). Özel sektörün pazarlama faaliyetleri ve reklam gibi ticari faaliyetler e-sağlık kaynaklarına dahil edildiğinde güvenilirlik konusu daha önemli hale gelmektedir (Stellefson vd., 2011). Bu durum internetin; hangi hedef gruba hitap ettiği, bilgiyi sunanın kimliği (anonimlik), niyet (reklam veya objektif bilgi olması) ve bilginin yerel geçerliği (yabancı sağlık sistemlerinde geçerliliği olan bilgiler yerel manada uygulanır olmayabilir) kriterlerinin belirsiz olması özelliğinden kaynaklanmaktadır (Eysenbach ve Jadad, 2001). Kalitedeki belirsizlikler maliyeti, etkinliği en önemlisi de bireyin sağlık sonuçlarını etkilemektedir (Bodie ve Dutta, 2008: 185). Aynı zamanda arama motorları çok sayıda sağlık bilgisini kullanıcıya sunarken birey, doğru bilgiden ziyade bilgiye hızlı ulaşmaya odaklandığı için yalnızca ilk birkaç bağlantıyı araştırır (Van Deursen ve Van Dijk, 2011). Bu karmaşıklık ve yetersizlik, arama motoruna tıbbi bir terimin girilip aratılmasından daha fazla yorumlayıcı beceriyi, e-sağlık okuryazarlığını, gerektirmektedir (Stellefson vd., 2011). Sağlık bilgilerinin kalite değerlendirmesi, bireyin ihtiyaçlarına ve beceri seviyelerine göre değişebilen heterojen bir süreçtir (Bodie ve Dutta, 2008: 185). Ancak

internet üzerinde sağlık bilgisine ulaşıldığında kişilerin genel olarak sorması gereken ilk sorular şunlar olmalıdır (Saygılı ve Erdal, 2001: 16-17):

- ✓ Bulunduğum sağlık sitesi ve aktardığı bilgiler güvenilir mi?
- ✓ Okuduğum bilgiyi gerçekten anladım mı?
- ✓ Aktarılan bilgiye dayanarak sağlığıma ilişkin vereceğim kararlar ne kadar doğru olabilir?
- ✓ Bulunduğum sağlık sitesinin amacının eğitime ya da ticari amaca yönelik olup olmadığını nasıl anlayabilirim?
- ✓ Edindiğim bilgiyi kendim için en doğru ve uygun olan reçetesiz ilacı seçmekte kullanabilir miyim?
- ✓ Edindiğim bilgi doğrultusunda hatalı bir karar verirsem ve sağlık problemleri ile karşılaşırsam bilginin kaynağı olan sağlık sitesi sorumluluk üstlenir mi?

Halk sağlığı ile yakından bağlantılı olan e-sağlık okuryazarlığı, bireyler kadar sağlık profesyonelleri için de kritik bir yeterlik alanı olmaktadır. Elektronik tıbbi kayıtlar, tıbbi mobil uygulamalar ve diğer sağlık bilişim teknolojilerinin halk tarafından kullanılıyor olması ile sağlık profesyonelleri geçerli ve güvenilir evrimii sağlık bilgilerinin edinilmesi, değerlendirilmesi için sorumlu hale gelmektedir (Stellefson vd., 2011).

BÖLÜM 3: HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ

Siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgiler verilmesinin ardından bu bölümde, hasta-hekim ilişkisi, hasta-hekim iletişimi, hasta-hekim ilişkisinin ve iletişiminin öneminden bahsedilmekte; hasta-hekim ilişkisinde güven unsuruna değinilerek hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi üzerinde durulmaktadır.

3.1. Hasta-Hekim İlişkisi

Hasta-hekim ilişkisi, hasta ile hekim arasında gerçekleşen etkileşimlerin tümüdür ve çağdaş tıp etiğinin temellerinden birini oluşturur (Mahmud, 2009: 12). Bir çeşit işbirliği, ortaklık olarak da nitelendirilebilir (Atıcı, 2005: 27). Bu ilişki, sağaltım girişimlerinin de asıl dayanağıdır (Koch ve Turgut, 2004: 65). Hasta-hekim ilişkisinin yapısını anlayabilmenin yolu öncelikle tarafların rollerini tanımlamaktan geçer. Rol; bireyin ilişkideki kimliği doğrultusunda gerçekleştirdiği eylemlerin tümüdür. Hekimlik, hem bilgi ve beceriyi hem de toplumun bahsettiği yetkiyi kapsar. Bir meslek ya da eğitim olmaktan öte bir yaşam şeklidir (Oğuz, 1995: 60); ve bu konum hastalar ile ilişkiyi çok yönlü bir boyuta taşır (Atıcı, 2005: 25). Bu bağlamda hasta ile olan ilişkinin öncelikli belirleyicisi hekimin rolüdür (Oğuz, 1995: 60). Nitekim hasta ile hekim arasında mesleki eğitim ve beceriye bağlı olarak yaşanan bilgi asimetrisi, hastanın hekime karşı varoluşsal bir bağımlılık duymasına sebep olur (Koch ve Turgut, 2004: 65). Hasta ise hekim ile olan ilişkisinde kendi kimliğinden öte hastalığının getirisi olan davranışları yansıtacaktır. Bu anlamda hasta-hekim ilişkisinde hastanın rolü ile birlikte hastalığın ne olduğu belirleyicidir (Oğuz, 1995: 60).

Hasta-hekim etkileşim sürecine, ilişkideki tarafların bireysel özellikleriyle birlikte; toplumsal, psikolojik, etik, teknolojik, ekonomik ve kültürel unsurlar etki etmektedir. Bununla birlikte, ilişkinin ortaya çıktığı kültür ve zamanda geçerli olan hekim kavramı, hekimden beklentiler, hastalığa atfedilen anlam, tıbbi yöntemler, bütüncül (biyopsikososyal) yaklaşım, hekimle hasta arasındaki maddi ilişki, hasta, hekim ya da sistem bazlı durumlar, iletişim ve güven ilişkisiyi şekillendirmektedir (Atıcı, 2007a: 91; Koch ve Turgut, 2004: 65). Etmenlerdeki bu farklılık, tarihsel süreçte hasta-hekim rollerini değişime uğratmıştır (Akın, 2018: 4). Ortaçağda, hasta-hekim ilişkisi hekim otoritesine dayanmakta ve hekim, iyileştirici güçleri ile şifa veren üstün kişi

konumundadır (Oğuz, 1995: 60). Sanayileşme döneminde, aşırı uzmanlaşma sağlık alanında da etkili olmuş, hekim hastayı gelir sağlayan bir rant olarak görmüştür (Illich, 1995: 110). Fransız devrimiyle birlikte ise etkinlik-edilgenlik ilişki modelinden işbirliğine dayalı ilişki modeline geçiş yaşanmıştır (Szasz ve Hollander, 1956: 587). 19. yy. itibariyle yaşanan tıbbi gelişmeler sonucu hekimlerin tanı ve tedavide güce ulaşmış olmaları, toplumun tıbbi meslek erbabına saygı ve hayranlığını artırmış (Duffin, 1999: 52); 1970'lere kadar hekimler baskın, hastalar ise hekimler olmaksızın kendi sağlık kararlarında söz hakkı olmayan pasif hasta rolüne ulaşmışlardır (Elston, 1991: 61). Tıbbın bilimselleşmesi ve uzmanlaşmanın artması ile hasta bir bütün olarak görülmemiş; iletişimde tıbbi jargonlar ön plana çıkmış ve hasta-hekim ilişkisi sekteye uğramıştır (Thomas, 2006: 41-43). 1980'li yıllardan sonra ise yeni bir kamu düşünce tarzı oluşmuş, hastalar kendi sağlıkları üzerine mesuliyet almaya başlamış, hasta-hekim ilişkisi karşılıklı katılım temeline dayanarak yeni bir boyut kazanmıştır (Kennedy, 1981: 167). Günümüzde hastalar, hekimleri sorgulamakta, sağlık kararlarında katılımcı olmakta ve hekim ile ilişkileri, aktif rol alacağı bir ilişki şekline evrilmektedir (Lupton, 1997: 375). Yaşanan bu değişim; hastalık ve sağlık kavramlarına yüklenen anlamların farklılaşması, kişilerin sağlık hakkı konusunda bilgilerinin artması ve tıp alanındaki yoğun teknoloji kullanımının sonucudur (Örs, 1975: 226).

Hasta-hekim ilişkisinin sorgulanmaya başlandığı ilk zamandan itibaren hasta-hekim değerleri çerçevesinde, tıbbi kararların verilmesinde kimin rolünün etkin olacağı tartışılmaktadır. Bu süreçte “ideal hasta hekim ilişkisi nasıl olmalıdır?” sorusu gündeme gelmiş (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2221) ve çeşitli modellerle bu soru cevaplanmaya çalışılmıştır. Hasta-hekim ilişkisine yönelik yapının temelini atan Parsons'ın modeline göre; ilişkiyi oluşturan unsurlar hem hastanın hem de hekimin standardize edilmiş davranışlarıdır (Parsons, 1951: aktaran, West, 1984: 16). Rollerin birbirini tamamlaması için hasta iyileşme çabasında olmalı, hekim ise tüm bilgi ve becerisini kullanarak iyileştirme sorumluluğunu yerine getirmelidir. Tarafların birinde “problem” unsuru yer alırken diğer taraf “çözüm” unsuruna sahiptir (Parsons, 1951: aktaran, Özer, 2007: 8). Ancak model, dengeleme üzerinde durması, rol çatışmasını ele almaması sebebiyle eleştirilmiştir. Bu bağlamda ortaya çıkan Freidson'ın hasta-hekim ilişkisi modeli ise ilişkide tarafların çıkarlarının korunması adına çatışmaların yadsınamayacağını belirtmektedir. Parsons'ın modelinde hekim otoritesi vurgulanırken; Freidson, bireyin

hastalığı neticesinde beklentilerinin yüksek olacağını ancak hekimin tıbbi bilgisi ve diğer hastaların da ihtiyaçlarını karşılama gerekliliği sonucu aynı ciddiyette olamayacağını, bu sebeple çatışma yaşanabileceğini ve hekim otoritesinin sarsılabileceğini belirtmiştir (Freidson 1970: aktaran, Krupat, 1979: 611-612). Diğer bir model Szasz ve Hollander (1956: 585-592)'a aittir. Psikoanalitik temelli bu yaklaşımda üç tür ilişkiden söz edilmiştir:

1. Etkinlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki: Bu ilişki türünde hekim, hastadan “olur” almaksızın sağlık eylemlerinde bulunur ve bu eylemlerin gerçekleşmesinde “hastanın yararı, çıkarı için yapma” varsayımı söz konusudur. İlişkide, karar yetisi yerinde olmayan, bilinçsiz (koma veya genel anestezi hali vb.) bir hastaya müdahalede bulunuluyor gibi hekim etkin hasta ise edilgen konumdadır.
2. İşbirliği Temeline Dayanan İlişki: Yol gösterme çerçevesinde değerlendirilen bu ilişki türünde hasta, sağlığına kavuşması için ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin talimatlarına uyar. İlişkide hastanın bir nebze etkinliği olsa da tedaviye ilişkin sorumluluk bütünüyle hekime aittir. Akut veya enfeksiyon kaynaklı hastalıklarda bu ilişki türü ortaya çıkar.
3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki: Bu ilişki türünde ise tıbbi sürecin her aşamasında hasta ve hekim kararı ortaklaşadır. Ruhsal ve kronik hastalıkların tedavisinde olduğu gibi hastanın hekime yardımcı olduğu ilişki çeşidini tanımlar.

Araştırmacıların sunmuş olduğu bu modelin ardından ideal hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiğine dair sorunsal için Emanuel ve Emanuel (1992: 2221-2222) dört çeşit ilişki biçimi tanımlamıştır:

1. Paternalistik Model: Bu modelde hekim baskın, hasta ise pasif bir roledir. Hasta için en uygun kararın tercih edilmesinde nesnel ölçütlerin olduğu varsayılır. Bu ölçütler çerçevesinde ve hastanın sınırlı katılımı ile hekim hasta için “en iyi” tedavi yöntemini ve zamanını belirler, hasta çıkarını en üstte tutar, hastanın koruyucusu rolündedir. Yararlı olma ilkesi altına hasta özerkliğinin sınırlanması en büyük risktir.

2. Bilgilendirici Model: Paternalistik modelin aksine bu modelde, hekim hastaya hastalığın tanısı, tedavi yöntemleri, olası etkiler, alternatif çözümler gibi tüm teknik bilgiyi aktarır ve hastanın kararını uygular. Burada hekimin yetkinliği, bilgiyi eksiksiz iletmesi ve yetersizlik halinde konsültasyona başvurması gibi konular önem taşır. Hasta özerkliği, tıbbi kararın hastanın kontrolünde olmasıyla tam manada sağlanır. Ancak tedavi belirsizliği durumunda bu model risk taşır ve ideal ilişki sağlanmamış olur.
3. Açıklayıcı (Yorumlayıcı) Model: Bu ilişki modelinde hekim, bilgilendirici modelde olduğu gibi hastaya tüm bilgileri sunar. Ancak bu etkileşimde temel amaç, bilgilendirme sonucu verilen kararın hastanın değerlerine ve isteğine uygun olmasıdır. Bu sebeple hekimin rolü, hastanın kendisini tanımasını sağlamak, tedaviye ilişkin ne istediğini ortaya çıkarmak ve nihayetinde bu değerlerle örtüşen en uygun tıbbi yaklaşımın seçilmesi için destek olmaktır. Ancak hekimin kendi fikirlerini öne çıkarma ihtimali ve hastanın bu fikirleri kabul edecek pozisyonda oluşu bu etkileşimin riskidir.
4. Görüşmec (Uzlaşmacı) Model: Açıklayıcı modelde olan bilgilendirme ve karar-değer örtüşmesine ek olarak bu modelde hekim, kimi unsurlar üzerinde daha çok durur ve tıbbi uygulamaya dair önerilerde bulunur. Bu ilişki modelinde hasta ve hekim sağlığa ilişkin en uygun karar için bir arkadaş gibi tartışır. Hasta, fikir alışverişi ile sağlıkla ilgili değerleri ve bu değerlerin tıbbi bakımdaki önemini öğrenir. Hasta özerkliği, ahlaki öz gelişim ile bağlantılıdır. İlişkinin riski ise tartışılan tıbbi uygulamalar için yalnızca hekimin ahlaki değerinin önemsenmesi, hastanın fikrine dikkat edilmemesidir.

Sağlık hizmetlerinin etkin yürütülmesi ve hastanın hekim görüşmesinden hoşnut ayrılması, ilişki sürecinin nitelikli olmasına ve uygun modelin seçilmesine bağlıdır (Kalender ve Uludağ, 2004: 118). Paternalistik model, Hipokrat'ın adalet, iyilik, bilgelik çerçevesinde, doktorun hastası için en iyiyi bilmesi görüşünden doğmakta ancak günümüzde, bireylerin eğitim ve bilgi düzeyinin artması, hastalığına dair iletişim arzusu, sağlık hizmetlerinde tüketici hareketlerinin yaygınlaşması ve bireyselleşimin çoğalması sonucu eleştirilmektedir (Bellet, 1994: 928; Kalender ve Uludağ, 2004: 122). Ancak paternalizmi tamamen reddetmek imkânsız olup; sınırını doğru çizmek gerekmektedir (Atıcı, 2007b: 47). Hasta ve hekim etkileşimi için en ideal ilişki

modelinin ise bilinçli ve yeterliliği olan hasta kapsamında, karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki/görüşmeci model olduğu düşünülmektedir (Örs, 1975: 228). Hastanın da aktif katılımının olduğu hasta-hekim ilişkisi her ne kadar hasta hakkı kapsamında değerlendirilse de; hasta profilinin çeşitli olması, personel yetersizliğinin ve hasta yığılmasının baş göstermesi durumlarında görüşmeci model hasta yararını zedeleyebilmektedir. Bu bağlamda tek bir ideal ilişkiden söz etmek doğru olmamakta, hangi ilişki türünün uygun olduğu; hastanın kişilik yapısı, sosyo-kültürel seviyesi, tıbbi geçmişi, hastalığın özelliği, hastanın etkilenme derecesi, anlama kapasitesi, beklentisi gibi çeşitli parametrelere göre farklılaşabilmektedir. Bu anlamda hastaya göre ilişki modelinin belirlenmesi önemlidir (Akkoç ve Güldal, 2001: 75; Atıcı, 2007b: 49). Ancak genel olarak ideal bir ilişkide olması gereken unsurlar; sağlık kararlarında hastanın aktif katılımının sağlanması, hasta-hekim işbirliğinin tıbbi bakım sürecinin her aşamasında gerçekleşmesi ve taraflar arasında doğru bir iletişimin olması şeklinde özetlenebilir (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2221).

Hasta, hekim ile görüşme sürecinde iken hissettiği rahatsızlıkla, hekim ise saptadığı hastalıkla karşı karşıyadır. Duruma farklı açılardan bakılıyor olması ile ilişki karmaşık bir zeminde gerçekleşir (Yağbasan ve Çakar, 2006: 614). İyi bir hasta hekim ilişkisi, hastanın ihtiyaçlarını, algılamalarını, beklentilerini doğru tanımlamayı, duygu karmaşıklıklarını düzenlemeyi, bilgilendirmenin anlaşılmasını sağlamayı beraberinde getirir (Ha, Anat ve Longnecker, 2010: 39). Hasta-hekim ilişkisine etki eden engellerin aşılmasının yolu ise empatiden geçmekte (Bellet, 1994: 929; Dinççağ, 1999: 1), bu özveri çoğunlukla hekimden beklenmektedir. Ancak etkileşimin karşılıklı olması esasında hasta da; gereksiz ayrıntılardan kaçınma, tedaviye ilişkin sorumluluklarını yerine getirme, hekim tavsiyelerine uyma, sağlık durumunu eksiksiz aktarma gibi davranışlarla problemlerin azaltılmasına yardımcı olmalıdır (Kalender ve Uludağ, 2004: 125; Koch ve Turgut, 2004: 66).

Koch ve Turgut (2004: 65) hasta-hekim ilişkisine yönelik dört temel vazgeçilmez unsur olan; sabır, saygı, anlayış ve empatiye ilgiyi de eklemektedir. Nitekim hasta, hekimi, bilgi ve becerisiyle değerlendirme yetkinliğine sahip olmadığı için memnuniyet kriterini gösterilen ilgi, iletişim ve davranış biçimi oluşturacaktır. Kalender ve Uludağ (2004: 128)'ın yaptığı araştırmada katılımcılar, hasta-hekim ilişkisi bağlamında, güven ve bilgilendirme faktörlerini tıbbi destek faktörüne göre daha önemli görmektedir. Hasta-

hekim ilişkisinde tıbbi bakıma dair istenmeyen sonuçlarla karşılaşılması adına, hekimin hastasına dair özellikleri bilmesi, hastanın ise kaliteli bilgilendirilme için iletişiminin olumlu olması, hekime güvenmesi ve destek görmesi gerekir (Rourke, 1993: 685). Bu bağlamda, hasta hekim ilişkisinde iletişim ve güven kavramları kilit unsurlardır (Chandra, Mohammadnezhad ve Ward, 2018: 2).

3.2. Hasta-Hekim İletişimi

İletişim, ilişkileri yöneten ve kişiler arası etkileşimin özünü oluşturan en önemli sistemdir (Atilla, Oksay ve Erdem, 2012: 24; Uyer, 2000: 90). Bireyler, insanlık tarihinin başlangıcından bu yana çeşitli yöntemlerle kendisini ifade etmeye çalışmış; mağara duvarlarına yapılan çizimlerle başlayan bu çaba konuşma dilinin gelişimine dek sürmüştür (Ünal, 2016: 7). İletişim, olaylar, olgular nesneler ile ilgili değişimlerin aktarılması, benzer duygu ve deneyimlerin ifade edilmesi, yaşam içinde gerçekleştirilen yargı, tutum, düşünce, duygu, fikir bildirimlerinin tümüdür (Oskay, 2001: 9). Diğer bir ifade ile sahip olunan bilginin başkasına iletimi; fikir üretip paylaşma sanatı ve sürecidir (McPheat, 2010: 10-11). Kişilerin veya grupların herhangi bir sağlık amacına dair, sağlık merkezli kurdukları iletişim ise sağlık iletişimi olarak adlandırılmaktadır. Sağlık alanında gerçekleştirilen iletişim, iletişimin tanımında var olan işlevlerin ötesinde, davranışa yönelik sosyo-psikolojik etkileşimi kapsar. Farklı düzeylerde (kişilerarası iletişim, grup iletişimi, örgüt iletişimi, toplumsal iletişim) gerçekleşen bu kavramın (Yılmaz, 2005: 6) en çok karşılaşılanı ise kişilerarası iletişim düzeyinde yer alan (Atıcı, 2007a: 92) ve hasta hekim ilişkisinin temelini oluşturan hasta-hekim iletişimidir (Oğuz, 1995: 62). Hasta-hekim iletişimindeki amaç, nitelikli bir ilişkinin kurulması, bilgi alışverişinin sağlanması ve tedaviye ilişkin ortak kararın verilebilmesidir (Ong vd., 1995: 904). Etkili tıbbi bakımın sağlanması ile hasta ve hekimin fikir birliği arasında kuvvetli bir bağ vardır. İletişim becerisi; tıbbi öykünün alınmasında, hastalığın tanısı, prognozu, tedavisi hakkında bilgilendirmede, tedaviye teşvik danışmanlığında ve semptomların giderilmesinde yer alan tüm davranışlarda gereklidir (Ha, Anat ve Longnecker, 2010: 39-40). Hasta ile hekim arasında sağlanan iletişimsel başarı, hekimin hastanın sahip olduğu düşünce durumunu anlamasına, hastanın ise hekimin bilgilendirmesini doğru anlamlandırmasına bağlıdır (Başol, 2018: 78). Hekimlerin başarısı ise tıbbi bakım sürecinde doğru yöntemlerin ve mesleki becerinin

kullanılmasıyla birlikte; hastaya yaklaşım, ayrılan zaman, kullanılan dil ve uygulanan vücut dili gibi gerçekleştirilen iletişimsel başarıya paraleldir (Yağbasan ve Çakar, 2006: 615). Nitekim hekimliğin aynı zamanda iletişim sanatı olduğu vurgulanmaktadır (Atıcı, 2005: 38). Bu sanatın önemi ise riskli hastalıklara ve kronik rahatsızlıklara sahip olan bireylerde daha belirgindir (Atıcı, 2005: 40). Mahmud (2009: 13) da başarılı hekimi, hastası ile iyi iletişim kurabilen hekim olarak tanımlamış ve bu bağlamda etkin hasta-hekim iletişimini oluşturan üç seviyeyi tanımlamıştır:

1. Duygusal Düzlemde İletişim: Hekim ve hasta arasında karşılıklı ve hızlı bir uyum oluşması için hekim, hasta ve hasta yakınlarının şikâyetlerini, endişelerini sempatik bir kulakla dinlemelidir. Küçük şehirlerdeki hekimlerin yanında büyük şehirlerdeki hekimlere nispeten daha rahat olunması bu iletişim türünün sonucudur.
2. Kültürel Düzlemde İletişim: Hekim, hizmet sunduğu toplumun kültürel, sosyal ve tıbbi yapısının farkında olmalıdır. Böylelikle iletişim sürecinde esneklik daha çok sağlanabilir. Örneğin, tedavinin özü yardımlaşmaya dayanır anlayışı vardır ya da ilaçlar o yörenin bitkilerinden yapılır.
3. Entelektüel Düzlemde İletişim: Hekimlerin sosyo-ekonomik düzeylerinin genel manada yüksek oluşu ve gelişmiş eğitimleri, karşılaştıkları çok çeşitli hasta grubu ile aralarında entelektüel bir aralık oluşturabilir. Başarılı hekim bu aralığı kapatan, özgürce iletişim kuran ve hastasının güvenini kazanandır.

Oğuz (1995: 62), iletişimin temel iki unsurunu belirtmiştir. Bunlardan ilki etkin dinlemedir. Hastanın cümlelerini anlamak adına yinelemek, baş ile onaylamak, göz temasını ve duruşu iletişime uygun ayarlamak, sessizlik süreçlerine katlanmak etkin dinlemenin önemli öğeleridir. Diğer unsur ise soru sorma tekniğidir. Hastadan hekime aktarılan bilgi, iletişimin büyük bir parçasını oluşturur. Hastanın kendisini anlatmasına yardımcı olacak soruların sorulması, geribildirim alınması, kapı aralayıcı olarak nitelendirilen cesaret verici cümlelerin kurulması iletişimin diğer önemli yönüdür. Öyle ki tanı koymanın %70'i doğru geçen bir hasta-hekim görüşmesinin sonucudur (Akkoç ve Güldal, 2001: 75). Ancak bu görüşmelerin %69'unda, hastanın konuşmaya başladığı andan itibaren on sekizinci saniyede hekim tarafından sözün kesildiği ve bu hastaların sadece %2'sinin konuşmaya devam ettiği belirtilmektedir (Özer, 2007: 5).

Hasta ve hekim arasındaki iletişim süreci; hasta ve hekimin iletişim ve kavrama becerileri, bilgiyi kullanma biçimleri, psikolojik durumları, sosyo-kültürel ve ekonomik konumları, taraflar arasındaki güç dengesizliği, hasta mahremiyeti gibi unsurlardan etkilenebilir (Gözlü, 2018: 89). Çiftçioğlu ve Ordun (2010: 109-110), literatürün de doğrultusunda, bu faktörlerin taraflara bağlı olarak oluştuğunu; hekimi bekleme süresi, sağlık hizmeti veren hekim ve kurumun tıbbi yetkinliği gibi faktörlerin ise durumsal faktörler olarak iletişimi etkilediğini belirtmektedir. Hasta-hekim ilişkisinde sağlanan doğru iletişim, etik değerlerin ve hasta haklarının uygulanmasında da etkilidir. Öyle ki aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı yine doğru bir iletişimden geçmektedir (Atıcı 2005: 40). İyi bir iletişimin önündeki engeller ise hastanın sağlık kaygısı, gerçekçi olmayan beklentileri, taraflar arasında dava korkusu ve hekimlerin zaman kısıtı ile iş yükü olarak sıralanabilmektedir (Chandra, Mohammadnezhad ve Ward, 2018: 3).

3.3. Hasta-Hekim İlişkisinin ve İletişiminin Önemi

Sağlık hizmetleri sunumunun etkin olması ve sağlığa ilişkin problemlerin çözülmesinde, hekimlerle hastalar arasındaki ilişki ve iletişimin niteliği başlıca faktördür (Kalender ve Uludağ 2004: 117). Tıbbın bilimsel ve teknolojik gelişimine rağmen klinik işlemlerin özünün hasta-hekim ilişki ve iletişiminin oluşturduğu savunulmaktadır (Gordon ve Edwards, 1995: 3). Doğru etkileşim, teşhis ve tedavi sürecinin başarıyla sonuçlanmasını, hasta memnuniyetini ve gereksiz zaman harcamalarının azaltılmasını sağlar (Kalender ve Uludağ, 2004: 117). Nitekim tedavinin temelini doğru bir tanı, tanının temelini ise doğru alınmış bir anamnez oluşturur; bu ise ancak hasta ile kurulan etkili bir iletişim ile mümkündür (Dinççağ, 1999: 19). Kaplan, Greenfield ve Ware (1989: 118-119)'ın yaptıkları araştırmada, hastaları ile daha iyi iletişim kuran, duygularını daha çok paylaşan, daha iyi bilgilendiren ve hastalarının sorularını daha çok yanıtlayan hekimlerin ölçülebilir kriterler doğrultusunda, gerçekleştirdikleri tedavilerde istatistiksel olarak daha çok başarılı oldukları ortaya konmuştur. Bu sonuç, iletişimin hastanın sağlık sonuçlarında farklılık yaratabileceğinin göstergesidir. Bununla birlikte iletişim; işbirliğinin sağlanmasını, bakım kalitesinin yükselmesini, maliyetin etkin kılınmasını ve memnuniyetle ayrılmış hastanelere daha çok talebin olmasını sağlar (Uyer, 2000: 91). Hekimin yönlendirdiği ilaçları almak, diyet, egzersiz programlarına riayet etmek gibi davranışı ve alışkanlığı etkileyen tavsiyelere uymak da yine hekimle kurulan ilişkiyle

doğru orantılıdır (Yılmaz, 2005: 13). Sağlık profesyoneli açısından ise ilişkide yer alan iyi iletişim, işlerin hızlanması, kolaylaşması, güvenli çalışma ile stresin azalması, mesleki memnuniyetin artması gibi etkiler ortaya çıkarır (Başol, 2018: 78). İlişki ve iletişimden hoşnut olmayan hastalar, tedaviye uyum göstermeme, alternatif tıba yönelme, hekimin bilgi ve becerisinden şüphe duyma, güvenmeme, yanlış tedavi sunulduğu/malpraktis düşüncesi ile dava yolunu seçme, hekim değiştirme gibi durumlar yaşamaktadır (Gordon ve Edwars, 1995: 8; Yağbasan ve Çakar, 2006: 615). İletişimdeki sıkıntılar, sağlıkta geri dönüşü olmayan zararlara sebebiyet verebileceği gibi toplum arasında hekime veya hastaneye karşı da olumsuz yargılar oluşmasına neden olabilir (Başol, 2018: 78). Ünal (2016: 75)'ın yaptığı çalışmada hasta-hekim iletişiminin hekim bağlılığı ve hastane bağlılığı üzerinde etkisinin olduğu, aynı zamanda iletişimden doğan hekim bağlılığının hastane bağlılığını daha da artırdığı ortaya konmuştur.

Günümüzde oluşan bilinçli hasta profili ile doğru, kapsamlı, anlaşılır bilgilerin sunulmasında hastalar talepkar olmakta ancak bilgilerin aktarılmasında hasta ve sağlık profesyonelleri arasında çeşitli iletişim problemleri ortaya çıkabilmektedir. Hekim ve hasta arasındaki bilgi asimetrisi, hekimliğin doğasında olan otorite gibi unsurlar, hastanın hekimden gelecek ilgi ve bilgilendirilme ihtiyacını artırmaktadır (Gülcemal, 2015: 17). Bilgilendirmenin hasta tarafından anlaşılmamasının önemli bir sebebi doktorların tıbbi terim ağırlıklı konuşmalarıdır (Özer, 2007: 6). Bununla birlikte, hastaya yeterli zamanın ayrılmaması, dinleme eksiklikleri ve bilgilendirmedeki yetersizlikler ilişkiyi ve iletişimi sekteye uğratmaktadır (Kalender ve Uludağ, 2004: 123). Bu faktörler hastada, çekinme, korku, utanma yaratarak soru sormayı engelleyebilmekte, görüşmelerin aceleye geldiği düşüncesi ile tatminsizliğe neden olmaktadır (Cırhinlioğlu, 2001: 75; Yağbasan ve Çakar, 2006: 611). Oysaki hekimden hastaya aktarılan bilgiler hastanın güven duygusunu güçlendirmekte, güven tedaviye uyumu, tedaviye uyum ise tedavinin başarısını getirmektedir (Atıcı, 2008: 133). Tüm bu değerlendirmeler neticesinde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin başat yapı taşı iletişim olarak görülmekte; bu da hasta-hekim ilişkisinin niteliği dolayısıyla ortaya çıkmaktadır (Kalender ve Uludağ, 2004: 118).

3.4. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen faktörlerden biri güvendir (Atıcı, 2005: 48). İlişkinin başarısı, ancak güven ve saygı ile mümkündür (Bellet, 1994: 929). Güvenin kavramsal anlamına ilişkin birçok tanım yapılmış; kimi araştırmacılar “bir kişinin, diğerinin onu hayal kırıklığına uğratma ihtimaline rağmen o davranışı seçmesi” şeklinde tanımlamış (Luhmann, 1979: 27); kimi araştırmacılar ise “bireyin diğer tarafın sözlerine, eylemlerine ve kararlarının doğru olduğuna yönelik inancı” olarak yorumlamıştır (McAllister, 1995: 25). Sağlık alanı perspektifinde ise güven; hekimin uygun tıbbi bakım ve tedavi sağlayacağına, hastanın yararını gözeterek hareket edeceğine dair hasta inancıdır (Thom ve Campbell, 1997: 169). Tıbbi uygulamaların insan hayatını konu alması, hekime duyulan güvenin değerini yansıtır (Atıcı, 2005: 48).

Güven unsuru; mesleki eğitim ve becerileri ile üstün konumda olan hekimler ile aynı bilgi düzeyine sahip olmayan ve hastalığı dolayısıyla duygu durumu değişebilen hastalar arasında kurulan ilişkide en önemli etkenlerden biridir (Gülcemal ve Keklik, 2016: 65). Nitekim hasta, her ne kadar bilgilendirilmiş olursa olsun tam anlamıyla özerk değildir (Kutlu, Çolakoğlu ve Özgüvenç, 2010: 141). Bilgi asimetrisinden dolayı eşit düzeyde olmaksızın kurulan hasta-hekim ilişkisinde güven duygusu önem taşıdığı gibi (Cusack Da, 2000: 1432); bilgi seviyesi yüksek hastalarda dahi gerekli sağlık hizmetini alma, doğru bilgiyi edinme, şahsi bilgileri saklamaya dair hekime karşı güven ihtiyacı doğar (Yılmaz, 2005: 23). Hastanın bedeni ve ruhsal durumunu, sırlarını, mahremiyetini hekim ile paylaşması ise kurulan ilişkide güvenin en önemli göstergelerindendir (Atıcı, 2007a: 92). Hekimin sahip olduğu mesleki yetkinlik, hastanın çıkarını gözetme, gizliliğin korunması hasta güvenini oluşturan dayanaklardır (Fiscella vd., 2004: 1049).

Hasta ile hekim arasında kurulan ilişkide güven faktörü, zaman içerisinde değişime uğramıştır. Bu değişimin kurulan ilişkiyi yeniden sorgulamaya sebep olduğunu belirten Oğuz (1995: 62-63) güvenin dönüşümünü şöyle açıklamaktadır:

- ✓ *Hipokratik (Babaca) Güven:* Hekimliğin mesleki olarak gelişiminin başında güven unsuru gizemli bir güce dayanmaktaydı. Nitekim tıbbi bilginin azlığı ve hekimin tedavi sınırlılığı ile hastalıklar yeterli ölçüde açıklanamamakta veya tedavinin gerçekleşmesi halinde iyileştirici etkenin ne olduğu bilinmemekteydi. Bu durum hekime gizil bir güç katmakta; hastanın çaresizlik duygusu ile birlikte

hekimden en iyi yapmasını beklemesi ve hekimin hastaya sundukları beklentiyi karşılamakta; dolayısıyla hekimin baba ya da yarı-tanrı figürü ile algılandığı bu model oluşmaktaydı. Hekimin bu yetkisi zamanla sorgulanamaz bir noktaya gelmiş, bilgi vermemek, anlaşılmayan bir dil ile konuşmak gizemin ötesinde hekimliğin öğelerinden biri olmuştur. Bilginin artışı ve bireylerin bilinçlenmesi ile bu durum törpülenmiş ve sorgulanabilir bir hal almış olsa da özel bir eğitim gerektiren hekimlik belli bir noktaya kadar denetlenebilmektedir.

- ✓ *Paylaşım ve Bilgi Aktarımına Dayalı Güven:* Bilgiye erişimin artması, eğitim seviyesinin yükselmesi, hasta haklarının gelişimi gibi etkenler ile birlikte 2. Dünya Savaşı'nda Nazi hekimlerinin bilgi gücünü kötüye kullanmasının saptanması yarı-tanrı hekim mitini yıkmıştır. Gücün bilgiye dayalı olduğunun anlaşılması ile hekimin hastayı sağlık kararlarını verebilecek kadar aydınlatması zorunlu tutulmuştur. Bilginin açıklanması ile hasta-hekim ilişkisinin statüden çıkıp anlaşmaya dönüşmesi beklenmektedir. Nitekim günümüzde güvenin dayanağı, hekimin en iyi yapacağının bilinmesinden öte çift yönlü bilgi aktarımı ile en uygun karara götüren bilginin verileceğine olan inançtır.

Hastanın hekime karşı güven duyması, sağaltımın gerçekleşmesinde, tedavinin başarılı sonuçlanmasında ilk koşuldur. Bu, hekimin mesleki yeterliliği ve yeteneği ile birlikte, insani özelliklerine de duyulan güveni kapsar (Koch ve Turgut, 2004: 65). Güven duymayan hasta, hekimlerin tavsiye ve önerilerine riayet etmemekte, tedaviyi yarıda kesmekte veya hiç başlamamaktadır. Bununla birlikte, hekim ve kuruma olan bağlılık da yine güven ilişkisi ile mümkündür (Karsavuran, Kaya ve Akturan, 2011: 210). Hizmet aldığı hekime güven duyan birey, benzer sağlık ihtiyaçları için yine aynı hekimi tercih edecektir (Ünal, 2016: 45). Güven duygusu ile hasta, tıbbi bakımı için hekimiyle iş birliğinde olacak (Atıcı, 2005: 50); sağlığını kendisi kadar düşünen bir hekim ile hareket etmesi, moral ve rahatlama sağlayacaktır. Hastanın psikolojik olarak kendini güvende hissetmesi, hastalığın seyrinde rol oynayacaktır.

Hasta-hekim ilişkisinde güven unsuru; hekim bilgilendirmesinin yeterliliği, iletişimin hasta merkezli olması, muayenenin etkinliği, görüşmenin süresi gibi unsurlardan etkilenmektedir (Fiscella vd., 2004: 1049). Öyle ki ilişkilerin süresi, diğer sosyal ilişkilerde de güvenin en iyi belirleyicisidir. Gezergün ve arkadaşlarının (2006: 136-137) yaptığı çalışmada katılımcılar, görüşme süreleri uzadıkça, hekimlerin teknik

Şekil 6’da belirtildiği üzere; hasta ve hasta yakınlarının güveni, sağlık sistemini de çevreleyen siyaset, ekonomi, hukuk ve bilimin etkisi altındadır. Sağlık sisteminin alt sistemlerini oluşturan; Sağlık Bakanlığı, SGK, hastaneler, hekim dışı sağlık personelleri ve tıbbi teknoloji ise kişilerarası güveni dolaylı olarak etkilemektedir. Bu bağlamda ortaya çıkan hasta-hekim güven ilişkisinin belirleyicileri sıralanmıştır. Gülcemal ve Keklik (2016: 69) ise yaptıkları literatür incelemesi sonucunda, hastanın hekime duyduğu güveni etkileyen faktörleri; medyanın etkisi, sosyal çevrenin etkisi, mahremiyetin korunması, hatalı teşhis ve tedavi yapılacağı algısı, teşhis ve tedavi sürecinde bilgilendirmenin etkisi, bilgi karmaşıklığının etkisi, hekimin performans ödemesi almak niyetiyle hastaya yaklaşımı, hekimin iletişim becerileri, hekimin mesleki tecrübesi başlıklarında toplamıştır.

Günümüzde, hastaların hekimlere karşı güven algısı gitgide zayıflamaktadır. Bu problemin oluşmasında, yığılmaların çok olması sebebiyle hekimin hastalarına yeterli zamanı ayıramaması ve hastalarda oluşan hekimin maddi kaygıyla hareket ettiği düşüncesi etkili olmaktadır (Atıcı, 2007a: 93). Hekim ihmali, yanlış ilaçların verilmesi, hatalı teşhis sonucu uygulanan tedaviler hakkındaki haberler de hastaların güven duygusunu sarsmaktadır (Ertong, 2011: 25; Gülcemal ve Keklik, 2016: 65). Bununla birlikte tıbbi bakımın geleneksel yapıdan uzaklaşması, bilinçli hastaların çoğalması ve hekimin yeterliliğine dair inancın değişimi de güveni zedeleyebilir. Hekimlerine yeteri kadar güven duymayan hastalar, muayenelerini yetersiz görüp uygulanan tedaviye ve yazılan ilaçlara şüphe ile yaklaşabilir. Aynı zamanda daha fazla tetkik isteme, sevk talep etme, doktor doktor dolaşma, farklı yoldan tıbbi bilgi edinimleri gibi usullerle hekimlerini doğrulamaya çalışabilirler (Thom vd., 2002: 476-477). Nitekim son zamanlarda bilgiye erişimin kolaylaşması ile bireyler, hastalık ve tedavilerine ilişkin daha çok bilgi sahibi olabilmektedir (Gülcemal, 2015: 40). Oysa güven, bilinçli şekilde gerçekleşir ve kaygıları azaltır (Yılmaz, 2005: 20).

3.4.1. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi

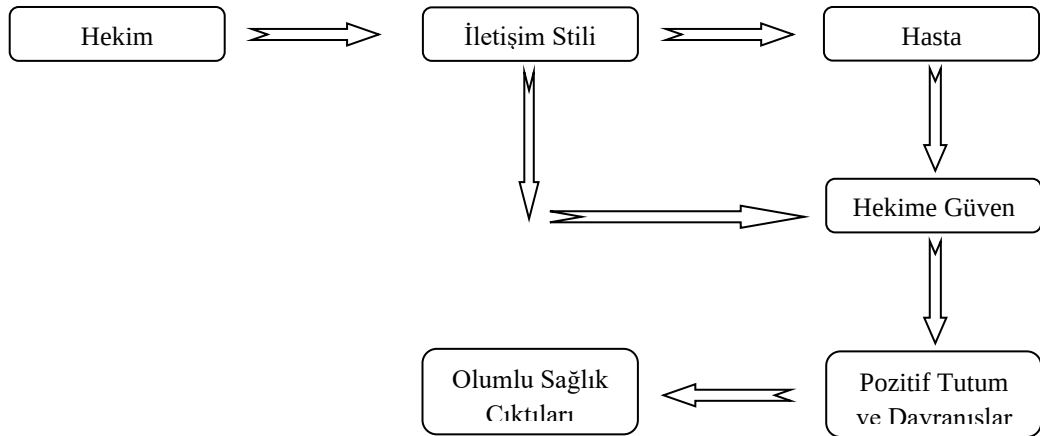
Sağlık alanında etkileşimin sürdürülmesi iletişimin gerçekleşmesi ile mümkündür (Gezergün vd., 2006: 130). Ancak etkin bir iletişim becerisi sayesinde hasta ve hekim arasında güvene dayalı ilişki kurulabilir (Hardoff ve Schonmann, 2001: 206; Street, 2003: 74). Hastanın hekimin bilgi ve yeteneklerinden şüphe duymaması yine iletişimin

doğru gerçekleşmesine bağlıdır (Atıcı, 2005: 40). Thom, Hall ve Pawlson (2004: 125) hastalarda güven yaratan doktor özelliklerini üç grupta toplamaktadır. Bunlar; mesleki yetkinliği içeren teknik yeterlik, iletişim ve ilişki kurmayı içeren kişilerarası yeterlik ve hekimlik görevine duyulan güvendir. Hasta, bilgi asimetrisinden dolayı teknik yeterliği değerlendirememekte; dinleme, anlama, bilgi sağlama, iletişim, önemseme unsurlarını ifade eden kişilerarası yetkinliğe odaklanmaktadır. Güven iletişimi bu aşamada ortaya çıkar. İletişim yeterli olmadığı takdirde güven ortamı sağlanamayacağından tıbbi problemler de rahatça konuşulamaz (Kutlu, Çolakoğlu ve Özgüvenç, 2010: 141). Hasta ve hekim diyalogu, iyileşme sürecinin birinci adımıdır (Yağbasan ve Çakar, 2006: 614).

Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi, tarafların karşılaştığı ilk anda başlar. Hekimin hastayı asık yüzle karşılaması, dinlememesi, yüzüne bakmaması, ses tonunun sert olması, hastanın sorularını yanıtsız bırakması ve empati kurmaması hem güveni hem de iletişimi zedeler (Dinççağ, 2003: aktaran, Karsavuran, Kaya ve Akturan, 2011: 194; Gülcemal, 2015: 28; Gültekin, 2016: 114). Nitekim hasta, hekimin güven oluşturan iletişimi sayesinde kendini özgürce ifade edebilecektir. Gültekin (2016: 112-113), tokalaşmanın hekimin hastasına ilk muayenesi olduğunu belirtmiş, konuşmanın hekim ile birlikte hastanın da oturuyorken gerçekleşmesinin, şikâyetler sunulurken göz teması, onaylayıcı tepkiler ile aktif dinleyişin sergilenmesinin önemini vurgulamıştır. Sözsüz iletişimin güven üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, hekimin hasta ile göz teması kurmasının ve güler yüzlü olmasının hastanın güvenini güçlendirdiği saptanmıştır (Hillen vd., 2015: 166). Thom ve Campbell (1997: 174)'in araştırmasında ise katılımcılar, hekime duydukları güvenin büyük bir çoğunluğunu hekimin hal ve hareketlerinin belirlediğini ifade etmişlerdir. Hekimlerin güven oluşturan davranışlarına ana hatlarıyla yer veren Hipokrat andının halen kullanımı da hekim davranışlarının her daim önemli olduğunu gözler önüne sermektedir (Rosser ve Kasperski, 2001: 329). Muayene esnasında hekimin sergilediği iletişim performansı da yine güvenin sağlanmasında rol oynar (Street, 2003: 74). Öyle ki muayene esnasında kurulan iletişim, hastanın en meraklı ve en endişeli zamanını tolere edebilir. Hastanın aklında kalan en küçük bir şüphe ya da yeterli şekilde giderilmeyen soru işaretleri güveni ve iletişimi sekteye uğratmaktadır (Dinççağ, 1999: 43). Güven iletişiminin sağlanması için; hastayı şikâyetlerini sunarken aktif dinlemek, hastaya uygun soruları sormak ve hastanın soru sormasına fırsat vermek, görüşme için acele etmeden yeterli

zamanı ayırmak, hastayı gerektiği şekilde bilgilendirmek, yargılayıcı olmamak, sözünü kesmemek, sevecen ve samimi iletişim kurmak gerekir (Atıcı, 2007a: 92; Dinççağ, 1999: 43; Uyer, 2000: 92). Düşük güven, hekimleri doğrulamanın bir yolu olarak görülen teşhis testleri ve tıbbi bilgi için hastanın daha fazla istekli olmasını beraberinde getirebilmektedir (Thom vd., 2002: 476). Güven iletişiminin sonuçları ise gerçekleştirilen tıbbi bakımda süreklilik ve başarı, hastanın memnuniyeti, tedaviye bağlılık ve sağlığı geliştirmedir (Fiscella vd., 2004: 1049).

Hekimin hastaya karşı güven veren iletişimi, hasta tarafından tıbbi bakım için pozitif tavır ve davranışın sergilenmesini sağlamakta, bu uyum hali de olumlu sağlık çıktıları ile sonuçlanmaktadır. Güvenin iletişim sürecindeki rolü Şekil 7’de belirtilmiştir (Berrios-Rivera vd., 2006: 386). Hillen ve arkadaşları (2014: 899) iletişimin güven üzerindeki etkisine dair yaptıkları çalışmada, hekimlerin iletişimdeki olumlu küçük bir tavrının dahi hastaların güvenini doğrudan artırabileceğini, güven kazanmak için duygusal destekleyici ifadelerin olgusal tıbbi bilgilerden daha etkili olabileceğini ifade etmektedir. Hekimin ameliyatla ilgili deneyimden bahsederek tıbbi yeterliliğini vurgulamasının ya da umudu sürdürmekle birlikte açıkça kapasitesinin sınırlarından bahsetmesinin güveni sağlayabileceği belirtilmektedir. Kanıtlar, güven iletişiminin hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirmeye katkıda bulunduğunu doğrulamaktadır (Chandra, Mohammadnezhad ve Ward, 2018: 5).



Şekil 7: Hasta ile İletişim Süreci

Kaynak: Berrios-Rivera vd., 2006: 386.

BÖLÜM 4: YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama aracı, veri toplama süreci, araştırma modeli ve hipotezleri, verilerin analizinde kullanılan yöntemler, araştırmanın kısıtları, ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğine ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

4.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini, Eskişehir ilinin Odunpazarı merkez ilçesinde ikamet eden, 18 yaşını tamamlamış, okuma-yazma bilen ve temel düzeyde internet kullanma yetkinliğine sahip bireyler oluşturmaktadır. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre Odunpazarı ilçesinin 2019 yılı toplam nüfusu 413.461'dir (TÜİK, 2020). Bu nüfusa erişmek zaman ve kaynak bakımından mümkün olmadığından çalışmada basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü, aşağıdaki formülден yararlanılarak hesaplanmıştır (Bal, 2001: 113-114; Karagöz, 2014: 152).

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}^1$$
$$n = \frac{413461 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(413461 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$
$$n = \frac{397087,944}{1034,6104} = 383,804 \cong 384$$

Formüle göre %95 güven düzeyinde evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü 384'tür. Çalışmada 407 bireyden veri toplanmış olup; kullanılamaz durumda olan ya da eksik doldurulan 12 anket çalışmaya dâhil edilmemiştir. Buna göre çalışmanın örnekleme 395 bireyden oluşmaktadır.

¹ Formülde;

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

4.2. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak üç farklı ölçek ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır (Ek-1). Ankete dair ayrıntılı bilgi aşağıda verilmiştir.

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) (Cyberchondria Severity Scale): Çalışmada, bireylerin siberkondri ciddiyetini ölçmek adına McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirilen; Türkçeye Uzun (2016) tarafından uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçekte, kişilerin internet üzerinden sağlık araştırmalarını nasıl yaptıkları, bu araştırmaların kendilerini ne düzeyde endişelendirdiği ve günlük aktivitelerini ne derece etkilediğine yönelik ifadeler bulunmaktadır. SCÖ, kompulsiyon (zorlantı), stres (kaygı), aşırılık, içini rahatlatma (güvence) ve güvensizlik olmak üzere 5 boyuttan oluşan; 5’li Likert tipinde (1=Hiç, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sıklıkla, 5=Her zaman) 33 ifade içeren bir ölçektir.

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

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

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

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

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

Güvensizlik boyutuna ait ifadeler ters yönlü olmakla birlikte; ölçekten 33-165 arası puan alınabilmekte ve puanın yüksekliği siberkondri düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir (Uzun, 2016: 18). Özgün ölçek için Cronbach Alpha Değeri (α) 0,94’tür. İlgili alt ölçek güvenilirlikleri ise zorlantı: 0,95; kaygı: 0,92; aşırılık: 0,85; içini rahatlatma: 0,89; güvensizlik: 0,75 şeklindedir (McElroy ve Shevlin, 2014: 262). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında ise Cronbach Alpha Değeri (α) 0,89; zorlantı, kaygı, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik alt boyutları için değerler sırasıyla 0,85; 0,84; 0,86; 0,78; 0,65 olarak bulunmuştur (Uzun, 2016: 49). SCÖ’nün dil ve kapsam geçerliliği sonrası keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,90 ve Bartlett Küresellik Testi 5067,8; $p<0,001$ olarak bulunmuştur. Bu analizler sonucunda örneklem büyüklüğünün yeterli ve veri setinin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre; 5 faktörde

toplanan yapının açıkladığı toplam varyans miktarı %54,59'tur (Faktörlerin açıkladıkları varyans miktarları sırasıyla zorlantı için %14,7; kaygı için %12,6; aşırılık için %12,4; içini rahatlatma için %8,3; güvensizlik için %6,4'tür) (Uzun, 2016: 38-44). SCÖ'nün Türkçe formunun, bireylerin siberkondri düzeyini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konmuştur.

E-Sağlık Okuryazarlığı (E-SOY) Ölçeği (The eHealth Literacy Scale): Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için Norman ve Skinner (2006a) tarafından geliştirilen; Gencer (2017) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan "E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, bireylerin sağlığa ilişkin bilgi teknolojisini değerlendirmedeki algılanan becerilerine erişmek ve e-sağlık programları ile bireyler arasındaki uyumu belirlemeye yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. E-sağlık okuryazarlığı ölçeği, 5'li Likert tipli (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum), tek boyutlu olup 8 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan, e-sağlık okuryazarlığı düzeyine göre 8-40 puan arasında değişmektedir. Norman ve Skinner (2006a) tarafından yapılan orijinal çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha Değeri (α) 0,88 olarak bulunmuştur. Gencer (2017: 143) tarafından yapılan Türkçe uyarlama çalışmasında ise Cronbach Alpha Değeri (α) 0,915 olarak saptanmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,860 ve Bartlett Küresellik Testi 4810,443; $p=0,000$ olarak bulunmuştur. Bu analizler sonucunda örneklem büyüklüğünün yeterli ve veri setinin faktör analizi için uygun olduğu ifade edilmiştir. Ölçeğin keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi hesaplamalarına göre, orijinal çalışmada olduğu gibi tek boyutlu bir yapı gösterdiği saptanmış; açıklanan toplam varyansı %77,551 olarak bulunmuştur (Gencer, 2017: 139-140). E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının, bireylerin kendi algılamalarıyla değerlendirilmiş e-sağlık okuryazarlığı becerilerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konmuştur.

Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği: Çalışmada, bireylerin hekimlere yönelik güven iletişimi kanaatlerini ölçmek için Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği yapılan 22 ifadelik "Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, 5'li Likert yapıda (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) dizayn edilmiştir ve tek boyutludur. Ölçeğin Cronbach Alpha Değeri (α) 0,88 olarak saptanmıştır (Yılmaz,

2005: 37). Ölçeğin geçerlilik bulgularına Yılmaz (2005)'ın çalışmasında tam olarak ulaşılamadığı için bu çalışmada keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler: Anketin son bölümü katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, kronik rahatsızlığın varlığı şeklinde sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

4.3. Veri Toplama Süreci

Çalışma, Eskişehir ilinin merkez ilçelerinden olan Odunpazarı ilçesinde gerçekleştirilmiş olup; çalışmaya ait alan araştırması 15.01.2019-15.04.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce Sakarya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan çalışmanın etik ilkelere uygun olduğuna dair 27.11.2018 tarihli ve E.15308 sayılı onay alınmıştır (Ek-2). Araştırma kapsamına alınan bireyler çalışmanın amacına dair bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınarak gönüllülük neticesinde çalışmaya katılmışlardır. Bu süreçte toplam 407 anket toplanmış ancak veri temizleme sürecinde kullanılamaz durumda olan ya da eksik doldurulan 12 anket çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma, 395 anketten elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir.

4.4. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın en önemli kısıtı Eskişehir ili Odunpazarı merkez ilçesi ile sınırlı olmasıdır. Çalışmada, siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenebilmesi açısından temel düzeyde internet kullanma yetkinliği olmayan ve okuma-yazma bilmeyen bireyler araştırma kapsamının dışında tutulmuştur. Diğer bir kısıt, çalışmanın zaman ve maddi kaynakların sınırlı olması sebebiyle daha geniş bir örneklem grubunda yapılamamış olmasıdır. Bu haliyle çalışma, diğer illere ya da tüm Türkiye nüfusuna genellenemez.

4.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Güvenilirlik, bir test ya da ölçeğin benzer şartlar altında tekrar uygulandığında yine benzer sonuçları vermesidir (Coşkun vd., 2015: 124). Bir başka ifade ile güvenilirlik, ölçekte yer alan ifadelerin birbirleri ile tutarlı olup olmadığını; kullanılan ölçeğin ilgili sorunu ne derece yansıttığını ifade eder (Kalaycı, 2014: 403).

Çalışmada kullanılan “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği, E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği”nin güvenilirliğini test etmek amacı ile Cronbach Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Cronbach Alpha Katsayısı “0-1” arasında değer almakta ve bu değer 1’e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artmaktadır. Bu doğrultuda ölçek, $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise güvenilir değil; $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise güvenilirliği düşük; $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise oldukça güvenilir; $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmektedir (Kalaycı, 2014: 405). Ayrıntısı Tablo 4’te görüldüğü üzere, çalışmada kullanılan siberkondri ciddiyet ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,967; e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,947; ve hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,964 olarak bulunmuştur. Buna göre çalışmada kullanılan ölçekler yüksek derecede güvenilirdir. Bu bulgular, çalışmanın veri toplama aracı başlığında açıklanan ölçeklerin orijinal ve Türkçe çalışmalarında elde edilen değerlerle benzerlik göstermektedir.

Tablo 4: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Değeri
Siberkondri	33	0,967
İçini Rahatlatma	6	0,890
Kaygı	8	0,925
Aşırılık	8	0,951
Güvensizlik	3	0,900
Zorlantı	8	0,965
E-Sağlık Okuryazarlığı	8	0,947
Güven İletişimi	22	0,964

Ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirliği belirlendikten sonra geçerlilik analizi yapılmıştır. Geçerlilik, bir test ya da ölçeğin ölçmek istenilen şeyi ölçme derecesidir (Coşkun vd, 2015: 123). Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin Türkçe uyarlamaları yapıldığı için daha önceden keşfedilmiş ve araştırmada keşfedici (açımlayıcı) faktör analizi uygulanmamıştır. Yalnızca, hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeğinin geçerlilik analizi sonuçları Yılmaz (2005)’ın çalışmasından tam olarak ulaşılamadığı için bu çalışmada ölçeğin keşfedici faktör analizi yapılmıştır. Ardından, her üç ölçek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak uyum iyiliklerinin uygun olup olmadığı test edilmiştir.

Araştırmada, hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği keşfedici faktör analizine tabi tutulmuştur (Tablo 5). Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu 0,972 bulunmuştur. KMO değeri 1'e yaklaştıkça çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü mükemmele ulaşmakta; 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak kabul edilmektedir (Karagöz, 2014: 651). Bu sonuca göre araştırmanın örneklem büyüklüğünün mükemmel olduğu söylenebilir. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Bartlett küresellik testi (Kazazoğlu, 2013: 300) sonucu da anlamlıdır ($p=0,000$). Bu sonuç, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin faktör analizi sonucunda tek boyut altında toplandığı görülmektedir. Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %64,348 olarak bulunmuştur. Bu değer ile de ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli koşullara sahip olduğu söylenebilir.

Ölçekte, hastaların hekimler ile olan ilişkilerinde güven iletişimi kanaatlerini öngören 22 ifade yer almaktadır. Tüm ifadelerin faktör yüklerine bakıldığında ifadeler arasında oldukça yüksek bir korelasyon olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, “Eğer hekimim bana bir şey söylerse, o doğrudur” (0,841), “Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirdir” (0,832) ve “Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar” (0,832) ifadeleri en yüksek; “Hekimler, hastaların kişisel tıbbi bilgilerini konuyla ilgisi olmayan kimselerle paylaşmazlar” (0,758), “Hekimim ihtiyaç duyulduğunda beni hastaneye yatırır” (0,768) ve “Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverlerdir” (0,768) ifadeleri ise en düşük faktör yüklerini taşımaktadır.

Tablo 5: Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeğine Ait Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,972
	Approx. Chi-Square	8012,248
Bartlett's Test of Sphericity	df	231
	Sig.	0,000
Açıklanan Toplam Varyans		64,348
İfadeler (Özdeğer=14,157)		Faktör Yüğü
Eğer hekimim bana bir şey söyleirse, o doğrudur.		0,841
Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirlerdir.		0,832
Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.		0,832
Hekimim sağlığını benim kadar çok önemser.		0,826
Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söylemek konusunda tamamen dürüsttür.		0,819
Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez.		0,815
Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.		0,815
Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.		0,810
Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.		0,810
Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar aynı hekimi tercih ederim.		0,809
Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim.		0,808
Hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.		0,808
Hekimlerin tıbbi kararları genellikle doğrudur.		0,804
Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.		0,797
Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.		0,797
Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.		0,791
Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için her ne gerekiyorsa yaparlar.		0,780
Hekimim sosyal güvencem masrafları karşılamasa da uygun tıbbi kararlar verir.		0,778
Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.		0,774
Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.		0,768
Hekimim ihtiyaç duyulduğunda beni hastaneye yatırır.		0,768
Hekimler, hastaların hassas tıbbi bilgilerini konuyla ilgisi olmayan kimselerle paylaşmazlar.		0,758

Tablo 6'da ölçeklerin bazı uyum iyiliklerine ilişkin alt ve üst değerleri ve çalışmada kullanılan ölçeklerin uyum iyiliği değerleri görülmektedir. Bu değerler dikkate alındığında ölçeklere ilişkin sonuçların temel kriterleri sağladığı ve kullanılan ölçeklerin uyum iyiliklerinin uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 6: Bazı Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Siberkondri	E-Sağlık Okuryazarlığı	Güven İletişimi
X^2/sd	$0 \leq X^2/sd \leq 2$	$2 \leq X^2/sd \leq 4$	1,908	1,037	2,398
RMSA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,048	0,017	0,053
RMR	$0 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 < RMR \leq 0,10$	0,054	0,076	0,025
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,948	0,998	0,945
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,974	0,998	0,967
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,901	0,997	0,903
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,857	0,997	0,868

Kaynak: Meydan ve Şeşen, 2015: 37; Tezcan, 2008: 43.

4.6. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

İnternet, bilimsel kanıtlarla desteklenmeyen inançların ortaya çıkmasında ve yaygınlaştırılmasında önemli bir araçtır (Recupero, 2010: 18). Nitekim web siteleri her zaman doğru, yeterli, güncel, güvenilir bilgiler içermemekte; ticari amaçlar için yönlendirme yapabilmektedir (AlGhamdi ve Moussa, 2012: 364). Yanlış ve eksik bilgilerin bu yaygınlığına rağmen internet üzerinden sağlık bilgisi araştıran çoğu kullanıcı kaynağın geçerliliği, yayın tarihi gibi temel referansları kontrol etmemektedir (Eysenbach ve Köhler, 2002: 573). Oysaki güvenilir olmamakla birlikte miktarca fazla olan bilgiler, eleştirel değerlendirmedeki yetersizliklerinden dolayı kişilerin kafasını karıştırabilir, eksik veya yanlış enformasyon ile kendilerine hastalık tanısı koymalarına sebebiyet verebilir (Ahmad vd., 2006; Tekin vd., 2009: 34) ve sağlığa ilişkin belirsizliği artırmasıyla, özellikle belirsizliği tolere etmede zorluk çeken bireyler için siberkondriye zemin hazırlayabilir (Fergus, 2013: 735-736). Te Poel ve arkadaşları (2016: 33), sağlık endişesi ile internet üzerinden sağlık bilgisi araması yapan ve bu süreçte daha da kaygılı halen gelen bireylerin bu etkilenme durumunu iki ayrı olası sebep göstererek açıklamış ve ilkini; çevrimiçi bilgilerin miktar ve karmaşıklığına dayanan bunalmışlık olarak ifade etmiştir.

Bireylerin internet üzerinden edindikleri sağlık bilgilerinin olumsuz bir duruma sebebiyet vermemesi için internet, bilgi ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Çetin ve Özhanlı, 2018: 49). İnternet üzerinden edinilen tanı bilgileri arasında ayırım yapabilme yeteneğinin ancak sağlık okuryazarlığı ve

internet eğitimi ile aydınlatılabileceği düşünülmektedir (Başoğlu, 2018: 22-24). Çevrimiçi sağlık bilgilerinin eleştirel bir şekilde değerlendirilmesi ise e-sağlık okuryazarlığının kazanılması ile mümkündür (Starcevic ve Berle, 2015: 113). Filtrelenmemiş internet bilgilerinin geçerlilik değerlendirmesindeki eksiklikler, siberkondriye eğilimli birey için ayrıca bir risk olabilir (Davidson, 2009). Tüter (2019: 37)'in yapmış olduğu çalışmada çevrimiçi sağlık bilgilerine güvenen katılımcıların siberkondri düzeyleri güvenmeyenlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu bilgiler doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: E-sağlık okuryazarlığı siberkondri düzeyini etkiler.

İnternet üzerinde, kaynağı belli olmayan, eksik veya hatalı sağlık bilgilerinin bireylerin hastalıklarına dair endişelerini artırabileceği (Yılmaz, 2013: 96) ve bu doğrultuda, e-sağlık okuryazarlığı becerisi kazanılmamasının siberkondriyi ortaya çıkarabileceği öngörülmüştü. Diğer taraftan literatür incelendiğinde, internetten edinilen sağlık bilgisi ile güçlenen bir hasta profilinin ortaya çıktığı görülmektedir (Korp, 2006: 80; Tekin vd., 2009: 28). Bu güçlenme kimi zaman doktora meydan okuyan ve geleneksel hasta-hekim ilişkisini zedeleyen bir yapı olarak yorumlansa da çoğunlukla, internetten edindiği sağlık bilgileriyle bilinçli, hekim görüşmesine iyi hazırlanmış ve kritik sorular sorarak hekim ile iletişimini geliştiren hasta pozisyonunun oluşumunu sağlamaktadır (Ahmad vd., 2006; Korp, 2006: 80). Daha etkin ve aktif olan bu yeni hasta modeli ile sağlık çalışanlarıyla daha uyumlu bir hasta tavrı gündeme gelmektedir (Ekiz, 2017: 19).

ABD'de kanser hastaları ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların %92'si internetten edindikleri sağlık bilgisi ile karar süreçlerinde güçlü hissettiğini ve bu bilgilerin doktorlarla olan konuşmalarında anlamlı derecede kendilerine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Eysenbach, 2003: 365). Murray ve arkadaşları (2003: 1731)'nin çalışmasında ise katılımcılar, çevrimiçi sağlık araştırmalarının hekimle iletişimleri için daha fazla güven verdiğini, hekim tavsiyelerine uymak için teşvik ettiğini belirtmişlerdir. Bu yararlar ancak e-sağlık okuryazarlığı doğru yönetiliyorsa ortaya çıkabilir (Çizmecı ve Deniz, 2017: 74-75). Lee ve arkadaşları (2014) e-sağlık okuryazarlığını, doğru bilgilere ulaşmada önemli bir bariyer olarak tanımlamıştır. Ancak e-sağlık okuryazarlığı ile filtrelenmiş doğru, güncel, güvenilir sağlık bilgilerinin

bireye kazanım olabileceği; değerlendirme süzgecinden geçmiş bu bilgilerle hasta-hekim iletişiminin kuvvetlenebileceği düşünülmektedir. Yılmaz, Yavuz Çolak ve Ersoy (2009: 28)'un yapmış olduğu çalışmada, sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin hasta-hekim ilişkisini olumlu değerlendirdiği saptanmıştır. Christmann (2013: 32), hastalar ve hekimler ile görüşme tekniği kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada, çevrimiçi bilginin hasta-hekim ilişkisi üzerindeki etkisinin esas olarak bilginin kalitesiyle ve hastaların bilgileri değerlendirmesiyle belirlenebileceğini ifade etmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar, hekimleriyle pasif iletişim tarzını benimsemekte, sağlık bakımına ve karar alma süreçlerine katılamamaktadır (Gözlü: 2018: 200; Yılmaz, Yavuz Çolak ve Ersoy, 2009: 23). Bu bilgiler ışığında aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H3: E-sağlık okuryazarlığı ile güven iletişimi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: E-sağlık okuryazarlığı güven iletişimini etkiler.

Hayatımızda yer edinen birçok tıbbi bilgi kaynağı olsa da anekdotal klinik gözlemler, sağlık endişesi yaşayan bireylerin interneti giderek daha fazla kaynak olarak kullandığını göstermektedir (Muse vd., 2012: 189). Tıbbi ders kitapları, sağlık dergileri, hekimler gibi kaynaklara güvenmedeki bu denli kolay geçiş ve internetin basitçe herkes tarafından her an kullanılabilir olması (Starcevic ve Berle, 2015: 106) hekimlerin otoritesinde değişikliklerin yaşanmasına ve hasta-hekim ilişkisine yansıyabilmektedir (Eryiğit Günler, 2015: 35). Madalyonun diğer yüzüne bakıldığında ise hasta-hekim ilişkisinin ve iletişiminin yetersizliğinden dolayı internet üzerinden bilgi araştırmasına eğilim olacağı düşünülebilir. Kişileri internetten sağlık bilgisi aramaya sevk eden önemli bir faktörün, sağlık profesyonellerine karşı oluşan güven eksikliği olabileceği belirtilmektedir (Korp, 2006: 81-82). Nitekim hastanın hekim görüşmesinde edindiği bilgilerin yeterli gelmemesi, cevaplanmamış sorular nedeniyle beklentilerinin karşılanmaması, tatmin edici olmayan hasta-hekim iletişimi kaygıya neden olabilmekte (Kalender ve Uludağ, 2004: 123) ve tıbbi tanılarının doğrulanması için daha fazla internet kullanımını beraberinde getirebilmektedir (Hou ve Shim, 2010: 189). Benzer şekilde hasta, hekim ile olan iletişimde güvensizlik yaşadığında kendisine konan tanı ve tedaviden kuşku duyabilir, bu durum hastayı diğer kaynaklara ya da farklı doktorlara başvurarak sağlama yapmaya itebilir (Akkoç ve Güldal, 2001: 76; Tekin vd., 2009: 28).

Elçiyar ve Taşçı (2017: 238)'nin araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların %82,5'i muayeneden çıktıktan sonra doktorun söylediklerinin internette sağlamasını yapmaktadır. Hou ve Shim (2010: 194)'in yapmış olduğu çalışmada ise bireylerin hasta-hekim iletişimde algıladıkları hasta merkezliliğinin internette sağlık bilgisi arama oranlarını anlamlı ve negatif yönde etkilediği saptanmış ve iletişimden tatmin olmayan bireylerin internete yönelerek çevrimiçi sağlık bilgilerine güvenmeye motive olduğu belirtilmiştir. Hasta, hekimi ile kaliteli bir şekilde gerçekleştiremediği güven iletişiminin sonucunda internet üzerinden sağlık bilgisi arama davranışına yönelebilir ve zaten semptomlar sebebiyle endişeli iken tamamen kontrol edilemeyen çevrimiçi sağlık bilgileriyle karşılaşması durumunda daha da kaygılı hale gelerek siberkondriyi ortaya çıkarabilir. Bu bilgilerden yola çıkılarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H5: Güven iletişimi ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Güven iletişimi siberkondri düzeyini etkiler.

Sağlık profesyonelleri, kişilerin çevrimiçi sağlık bilgilerini yanlış yorumlayabileceğinden ya da ilgisiz veya kalitesiz bilgi yığını içinde kaybolabileceğinden endişe duymaktadır. Doğrudan bilgiye erişen birey, hekimin bilgi ve önerilerini atlayabilmektedir (Eysenbach ve Jadad, 2001). Hastalar, hekimle etkili bir iletişim ve güven sağlanmadığı zaman, bilgiyi farklı kaynaklarda arayıp yanlış değerlendirebilir. Bu durum, hastalar yetersiz e-sağlık okuryazarlığına sahipse farklı olumsuz sonuçlar doğurabilir (Silver, 2015). Bu bilgilerden hareketle aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

H7: E-sağlık okuryazarlığının siberkondri düzeyine etkisinde güven iletişiminin aracı rolü vardır.

Bireylerin cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, kronik rahatsızlığın varlığı gibi sosyo-demografik özelliklerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığını tespit etmek amacıyla incelenen alan yazınından ulaşılan bulgulara göre, kimi çalışmalarda farklılıkların tespit edildiği; kimi çalışmalarda ise farklılığa rastlanılmadığı belirtilmektedir. van Deursen ve van Dijk (2011)'in çalışmasında, bireylerin yaşına ve eğitim durumuna göre e-sağlık okuryazarlığında anlamlı farklılığın olduğu ancak cinsiyetin e-sağlık okuryazarlığında farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre yaş yükseldikçe, eğitim

seviyesi ise düştükçe bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi azalmaktadır. Bir başka çalışmada yaşın ve eğitim durumunun e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı farklılık oluşturduğu, kronik rahatsızlık varlığının ise anlamlı bir fark oluşturmadığı ifade edilmiştir (Tennant, 2013: 81-83). Tennant ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise cinsiyet, medeni durum ve sağlık durumunun sağlık okuryazarlığında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Park ve arkadaşlarının (2016: 73) çalışmasında, e-sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmuş, kadınların e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin siberkondri düzeyinde anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığı incelendiğinde farklı sonuçlara rastlanmıştır. Barke ve arkadaşlarının (2016: 598) çalışmasında, cinsiyetin siberkondri düzeyinde anlamlı farklılık oluşturduğu ve bu farklılığın siberkondrinin aşırılık ve içini rahatlatma alt boyutlarındaki farklılıktan kaynaklandığı belirtilmiştir. Araştırmaya göre kadınların siberkondri düzeyi erkeklere oranla daha yüksektir. Yaşın ise siberkondri düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmadığı, yalnızca güvensizlik alt boyutunda anlamlı farklılığın olduğu ifade edilmiştir. Altındış ve arkadaşlarının (2018: 363) çalışmasında ise bireylerin cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumlarının siberkondri düzeyinde anlamlı fark oluşturmadığı ancak yaşı 40 ve altı olanların yaşı 40 üstü olanlara göre ve kronik hastalığı olmayanların olanlara göre daha yüksek siberkondri puanı aldığı, grup ortalamaları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada da bireylerin cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (Tiritoğlu, 2019: 17).

Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi açısından sosyo-demografik özellikler karşılaştırıldığında; Hillen ve arkadaşlarının (2015: 167) çalışmasında, yaş ve eğitim düzeyi anlamlı farklılık yaratmış, daha yaşlı olan bireylerin genç bireylere ve eğitim seviyesi düşük olan bireylerin eğitim seviyesi daha ileri seviyede olan bireylere oranla hekime güven iletişimi kanaatleri yüksek bulunmuştur. Hastaların hekimlerden algıladıkları güven ve iletişim düzeyini inceleyen bir başka çalışmada da yaş ve eğitim düzeyi için benzer sonuçlar elde edilmiş; cinsiyetin hekime yönelik güven ve iletişimde anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (Haywood vd., 2010: 545). Çiftçioğlu ve Ordun (2010: 115)'un çalışmasında ise bireylerin yaş, eğitim durumu ve cinsiyetlerinin

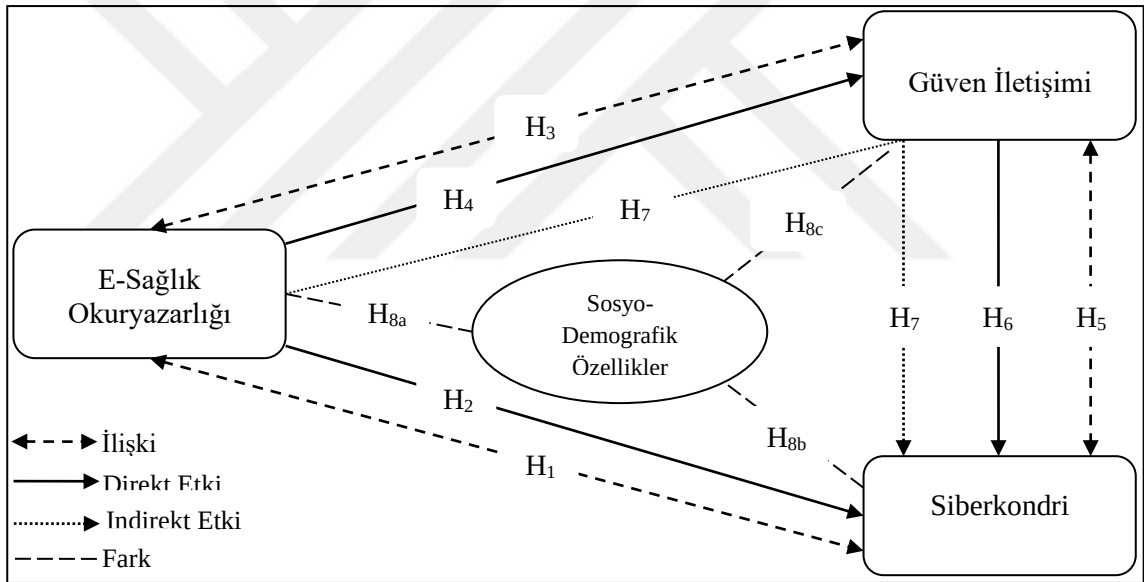
hekimlerle iletişim memnuniyetlerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmış; erkek bireylerin iletişim memnuniyetleri kadın bireylere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Yukarıda verilen açıklamalardan yola çıkılarak bireylerin cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve kronik rahatsızlığın varlığı gibi sosyo-demografik özelliklerinin e-sağlık okuryazarlığı, siberkondri ve güven iletişimi düzeyinde anlamlı bir fark oluşturabileceği öngörülmektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H_{8a}: Bireyin sosyo-demografik özellikleri e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılık oluşturur.

H_{8b}: Bireyin sosyo-demografik özellikleri siberkondri düzeyinde farklılık oluşturur.

H_{8c}: Bireyin sosyo-demografik özellikleri hekimle ilişkisindeki güven iletişimi düzeyinde farklılık oluşturur.



Şekil 8: Araştırma Modeli

4.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizi, bağımsız örneklem t-testi ve ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplarda bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Scheffe testinden faydalanılmıştır. Veriler %95 güven düzeyinde ($p=0,05$) analiz edilmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics ve AMOS 22 programından yararlanılmıştır.

BÖLÜM 5: BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen verilere ve istatistiksel analizlere yer verilmektedir.

5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 7’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan 395 bireyin 231’i (%58,5) kadın, 164’ü (%41,5) erkektir. Medeni duruma göre ise katılımcıların 225’i (%57,0) bekâr, 170’i (%43,0) evlidir. Buna göre, çalışmada oransal olarak kadınlar ve bekâr bireyler daha fazla olmakla birlikte; dengesiz bir dağılımın olmadığı söylenebilir. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, 101 kişinin (%25,6) 18-25 yaş aralığı ile en çok; 42 kişinin (%10,7) ise ≥ 56 yaş aralığı ile an az sayıda oldukları görülmektedir. Eğitim durumu incelendiğinde, çalışmaya katılanlar arasında en büyük grubu 184 kişi (%46,6) ile önlisans/lisans mezunları; en küçük grubu ise 48 kişi (%12,2) ile lisansüstü mezunlar oluşturmaktadır. Önlisans/lisans mezuniyet oranının yüksekliği için Eskişehir ilinin ‘üniversite başkenti’ özelliği dikkate alındığında, dağılımın kentin kültürüne ve toplumsal yapısına benzediği söylenebilir. Katılımcıların 323’ü (%81,8) kronik bir rahatsızlığa sahip değildir.

Tablo 7: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	231	58,5
	Erkek	164	41,5
Medeni Durum	Evli	170	43,0
	Bekâr	225	57,0
Yaş	18-25	101	25,6
	26-35	98	24,8
	36-45	91	23,0
	46-55	63	15,9
	≥ 56	42	10,7
Eğitim Durumu	İlköğretim/Ortaöğretim	55	13,9
	Lise	108	27,3
	Önlisans/Lisans	184	46,6
	Lisansüstü	48	12,2
Kronik Rahatsızlığın Varlığı	Var	72	18,2
	Yok	323	81,8

5.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 8’de siberkondri ve alt boyutları, e-sağlık okuryazarlığı, hasta hekim ilişkisinde güven iletişimine ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır. Tablo incelendiğinde görüleceği gibi, çalışmaya katılan bireylerin siberkondri ciddiye düzeyleri ($2,64 \pm 0,821$) (ortalama puan= $87,26 \pm 27,081$) ortanın biraz altında; e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ($3,47 \pm 0,918$) (ortalama puan= $27,77 \pm 7,346$) ortanın biraz üstünde; hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi kanaatleri ($3,18 \pm 0,795$) orta seviyelerdedir.

Siberkondri ciddiye ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, kaygı ($3,15 \pm 0,953$) (ortalama puan= $25,21 \pm 7,621$), içini rahatlatma ($2,88 \pm 0,966$) (ortalama puan= $17,25 \pm 5,797$) ve aşırılık ($2,69 \pm 1,077$) (ortalama puan= $21,54 \pm 8,620$) boyutlarına katılımın orta seviyede olduğu görülmektedir. Güvensizlik ($2,28 \pm 1,223$) (ortalama puan= $6,84 \pm 3,668$) ve zorlantı ($2,22 \pm 1,028$) (ortalama puan= $17,77 \pm 8,227$) boyutlarına ise katılım düşük seviyededir. Katılımcılar tüm ifadeleri minimum ‘1,00’ maksimum ‘5,00’ aralığında değerlendirmiştir.

Tablo 8: Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Minimum	Maksimum	Ortalama	S.S.
Siberkondri	1,00	5,00	2,64	0,821
İçini Rahatlatma	1,00	5,00	2,88	0,966
Kaygı	1,00	5,00	3,15	0,953
Aşırılık	1,00	5,00	2,69	1,077
Güvensizlik	1,00	5,00	2,28	1,223
Zorlantı	1,00	5,00	2,22	1,028
E-Sağlık Okuryazarlığı	1,00	5,00	3,47	0,918
Güven İletişimi	1,00	5,00	3,18	0,795

5.3. Siberkondri, E-Sağlık Okuryazarlığı ve Güven İletişimi Arasındaki İlişki

Araştırmada yer alan siberkondri ve alt boyutları, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi arasındaki ilişkileri analiz etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, her üç ölçek ve alt boyutlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri ($r=-0,305$; $p<0,01$) ve siberkondrinin alt boyutlarından aşırılık ($r=-0,248$; $p<0,01$), güvensizlik ($r=-0,311$; $p<0,01$), zorlantı ($r=-0,299$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunurken; içini rahatlatma ($r=-0,195$;

$p<0,01$), kaygı ($r=-0,111$; $p<0,05$) arasında ise negatif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. Benzer şekilde güven iletişimi ile siberkondri ($r=-0,472$; $p<0,01$) ve siberkondrinin alt boyutlarından kaygı ($r=-0,412$; $p<0,01$), güvensizlik ($r=-0,462$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde; içini rahatlatma ($r=-0,274$; $p<0,01$), aşırılık ($r=-0,353$; $p<0,01$) ve zorlantı ($r=-0,325$; $p<0,01$) arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı ile güven iletişimi ($r=0,372$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Siberkondrinin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında, güvensizlik hariç diğer alt boyutların birbirleri ile pozitif yönlü orta/güçlü düzeyde ilişki içinde olduğu görülmektedir. Güvensizlik alt boyutu ile diğer alt boyutlar arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. En yüksek ilişki düzeyi aşırılık ile içini rahatlatma ($r=0,753$; $p<0,01$) ve aşırılık ile zorlantı ($r=0,752$; $p<0,01$) arasında bulunmasına karşılık, en düşük ilişki düzeyi güvensizlik ile kaygı ($r=0,250$; $p<0,01$) ve güvensizlik ile içini rahatlatma ($r=0,288$; $p<0,01$) arasında saptanmıştır.

Bu bulgulardan hareketle; **H₁** (E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır), **H₃** (E-sağlık okuryazarlığı ile güven iletişimi arasında anlamlı bir ilişki vardır), **H₅** (Güven iletişimi ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır) hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 9: Siberkondri, E-Sağlık Okuryazarlığı ve Güven İletişimi Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7
Siberkondri (1)	1						
İçini Rahatlatma (2)	,821**	1					
Kaygı (3)	,772**	,659**	1				
Aşırılık (4)	,877**	,753**	,635**	1			
Güvensizlik (5)	,620**	,288**	,250**	,364**	1		
Zorlantı (6)	,847**	,623**	,572**	,752**	,402**	1	
E-Sağlık Okuryazarlığı (7)	-,305**	-,195**	-,111*	-,248**	-,311**	-,299**	1
Güven İletişimi (8)	-,472**	-,274**	-,412**	-,353**	-,462**	-,325**	,372**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5.4. E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi

Çalışmada, korelasyon analizi ile siberkondri ve alt boyutları, e-sağlık okuryazarlığı, ve güven iletişimi arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki olduğu ortaya konduktan sonra bu ilişkilerin etkilerini test etmek amacı ile regresyon modelleri geliştirilmiştir. İlk olarak e-sağlık okuryazarlığının siberkondrinin alt boyutlarına etkisi olup olmadığı test edilmiş; 5 adet regresyon modelinin özeti Tablo 10'da sunulmuştur. Görüldüğü üzere, e-sağlık okuryazarlığının siberkondrinin tüm alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($p<0,05$).

E-sağlık okuryazarlığının içini rahatlatma alt boyutuna olan etkisinin ölçümü için oluşturulan regresyon modeli anlamlı ($F=15,461$; $p=0,000$) olup e-sağlık okuryazarlığının içini rahatlatma alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,195$) bulunmaktadır. Bununla birlikte e-sağlık okuryazarlığı içini rahatlatma alt boyutunun %3,8'i gibi sınırlı bir kısmını açıklamaktadır.

E-sağlık okuryazarlığının kaygı alt boyutu üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model anlamlıdır ($F=4,906$; $p=0,027$) ve e-sağlık okuryazarlığının kaygı alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,111$) bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı kaygı alt boyutunun %1,2'si gibi cüzi bir kısmını açıklamaktadır.

E-sağlık okuryazarlığının aşırılık alt boyutuna olan etkisinin ölçümü için oluşturulan regresyon modeli anlamlıdır ($F=25,753$; $p=0,000$) ve e-sağlık okuryazarlığının aşırılık alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,248$) bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı aşırılık alt boyutunun %6,2'sini açıklamaktadır.

E-sağlık okuryazarlığının güvensizlik alt boyutu üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model anlamlı olup ($F=42,163$; $p=0,000$) e-sağlık okuryazarlığının güvensizlik alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,311$) bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı güvensizlik alt boyutunu %9,7 oranında açıklamaktadır.

Son olarak, e-sağlık okuryazarlığının zorlantı alt boyutu üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model de anlamlıdır ($F=38,723$; $p=0,000$) ve e-sağlık okuryazarlığının zorlantı alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,299$) bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı zorlantı alt boyutunun %9'unu açıklamaktadır.

Tablo 10: E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	R	R ²	F	p
		B	S.H.	β						
İçini Rahatlatma	(Sabit)	3,586	0,187		19,186	0,000	0,195	0,038	15,461	0,000
	E-SOY	-0,205	0,052	-0,195	-3,932	0,000				
Kaygı	(Sabit)	3,551	0,187		19,016	0,000	0,111	0,012	4,906	0,027
	E-SOY	-0,115	0,052	-0,111	-2,215	0,027				
Aşırılık	(Sabit)	3,703	0,206		17,986	0,000	0,248	0,062	25,753	0,000
	E-SOY	-0,291	0,057	-0,248	-5,075	0,000				
Güvensizlik	(Sabit)	3,720	0,229		16,230	0,000	0,311	0,097	42,163	0,000
	E-SOY	-0,414	0,064	-0,311	-6,493	0,000				
Zorlantı	(Sabit)	3,386	0,194		17,494	0,000	0,299	0,090	38,723	0,000
	E-SOY	-0,335	0,054	-0,299	-6,223	0,000				

5.5. Güven İletişiminin Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi

Güven iletişiminin siberkondrinin alt boyutlarına etkisi olup olmadığı test edilmiş; 5 adet regresyon modelinin özeti Tablo 11’de sunulmuştur. Modelde, güven iletişiminin siberkondrinin tüm alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi ($p < 0,05$) olduğu görülmektedir.

Güven iletişiminin içini rahatlatma alt boyutuna olan etkisinin ölçümü için oluşturulan regresyon modeli anlamlı ($F=31,852$; $p=0,000$) olup güven iletişiminin içini rahatlatma alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,274$) bulunmaktadır. Bununla birlikte güven iletişimi içini rahatlatma alt boyutunun %7,5’lik bir kısmını açıklamaktadır.

Güven iletişiminin kaygı alt boyutu üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model anlamlıdır ($F=80,439$; $p=0,000$) ve güven iletişiminin kaygı alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,412$) bulunmaktadır. Güven iletişimi kaygı alt boyutunu %17 oranında açıklamaktadır.

Güven iletişiminin aşırılık alt boyutuna olan etkisinin ölçümü için oluşturulan regresyon modeli anlamlıdır ($F=55,825$; $p=0,000$) ve güven iletişiminin aşırılık alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,353$) bulunmaktadır. Güven iletişimi aşırılık alt boyutunun %12,4’ünü açıklamaktadır.

Güven iletişiminin güvensizlik alt boyutu üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model anlamlı olup ($F=106,355$; $p=0,000$) güven iletişiminin güvensizlik alt

boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,462$) bulunmaktadır. Güven iletişimi güvensizlik alt boyutunu %21,3 oranında açıklamaktadır.

Son olarak, güven iletişiminin zorlantı alt boyutu üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model de anlamlıdır ($F=46,506$; $p=0,000$) ve güven iletişiminin zorlantı alt boyutu üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,325$) bulunmaktadır. Güven iletişimi zorlantı alt boyutunun %10,6'sını açıklamaktadır.

Tablo 11: Güven İletişiminin Siberkondrinin Alt Boyutlarına Etkisi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	R	R ²	F	p
		B	S.H.	β						
İçini Rahatlatma	(Sabit)	3,933	0,193		20,368	0,000	0,274	0,075	31,852	0,000
	Güven İl.	-0,333	0,059	-0,274	-5,644	0,000				
Kaygı	(Sabit)	4,720	0,180		26,172	0,000	0,412	0,170	80,439	0,000
	Güven İl.	-0,494	0,055	-0,412	-8,969	0,000				
Aşırılık	(Sabit)	4,211	0,210		20,101	0,000	0,353	0,124	55,825	0,000
	Güven İl.	-0,478	0,064	-0,353	-7,472	0,000				
Güvensizlik	(Sabit)	4,536	0,225		20,124	0,000	0,462	0,213	106,355	0,000
	Güven İl.	-0,710	0,069	-0,462	-10,313	0,000				
Zorlantı	(Sabit)	3,558	0,202		17,608	0,000	0,325	0,106	46,506	0,000
	Güven İl.	-0,421	0,062	-0,325	-6,820	0,000				

5.6. E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisi ve Bu Etkide Güven

İletişiminin Aracı Rolü

E-sağlık okuryazarlığının siberkondri ve güven iletişimi üzerindeki etkisini saptamak; e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolünü belirlemek amacıyla SPSS Process Macro 4. Model regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Tablo 12’de görüldüğü gibi, e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisini gösteren model istatistiksel açıdan anlamlıdır ($F=40,171$; $p=0,000$) ve e-sağlık okuryazarlığının siberkondri üzerinde negatif yönlü etkisi ($\beta=-0,272$) bulunmaktadır. Bununla birlikte, e-sağlık okuryazarlığının siberkondri ciddiyetinin yordanmasında %9,3’lük açıklayıcı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yani e-sağlık okuryazarlığı sınırlı olmakla birlikte siberkondriyi etkilemekte; e-sağlık okuryazarlığındaki olası bir artış siberkondri

ciddiyetinde azalış meydana getirebilmektedir. Bu bulgulardan hareketle; **H₂** (E-sağlık okuryazarlığı siberkondri düzeyini etkiler) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 12: E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R ²	F	p
Siber-kondri	Sabit	3,589	0,154	23,279	0,000	3,286	3,892	0,093	40,171	0,000
	E-SOY	-0,272	0,043	-6,338	0,000	-0,357	-0,188			

Tablo 13'te e-sağlık okuryazarlığının güven iletişimine etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan model görülmektedir. Model istatistiksel açıdan anlamlıdır (F=63,125; p=0,000) ve e-sağlık okuryazarlığının güven iletişimi üzerinde pozitif yönlü etkisi ($\beta=0,322$) bulunmaktadır. Modelde, e-sağlık okuryazarlığının güven iletişiminin yordanmasında %13,8'lik açıklayıcı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre e-sağlık okuryazarlığındaki olumlu bir değişimin, güçlü olmamakla birlikte, güven iletişimini olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir. Bu bulgulardan hareketle; **H₄** (E-sağlık okuryazarlığı güven iletişimini etkiler) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 13: E-Sağlık Okuryazarlığının Güven İletişimine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R ²	F	p
Güven İletişimi	Sabit	2,058	0,145	14,147	0,000	1,772	2,344	0,138	63,125	0,000
	E-SOY	0,322	0,040	7,945	0,000	0,242	0,402			

Tablo 14'te yer alan modelde e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminin siberkondri üzerindeki etkisi analiz edilmektedir. Analiz sonucuna göre model istatistiksel açıdan anlamlıdır (F=62,555; p=0,000). Hem e-sağlık okuryazarlığı ($\beta=-0,134$) hem de güven iletişimi ($\beta=-0,430$) siberkondriyi negatif yönde etkilemektedir. Modele göre e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminin siberkondriyi açıklamadaki yordayıcı etkisinin %24,2 olduğu görülmektedir. Bu bulgulardan hareketle; **H₆** (Güven iletişimi siberkondri düzeyini etkiler) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 14: E-Sağlık Okuryazarlığı ve Güven İletişiminin Siberkondriye Etkisi

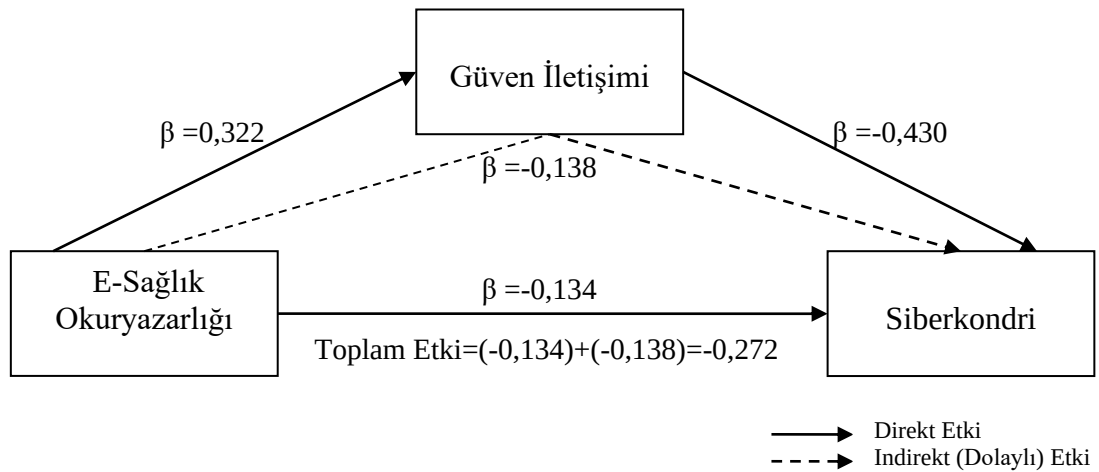
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R ²	F	p
Siber-kondri	Sabit	4,474	0,173	25,806	0,000	4,133	4,814	0,242	62,555	0,000
	E-SOY	-0,134	0,042	-3,160	0,002	-0,217	-0,051			
	Güven İL.	-0,430	0,049	-8,784	0,000	-0,526	-0,333			

Tablo 15’te görüldüğü üzere, analiz sonuçlarına göre, e-sağlık okuryazarlığının siberkondri üzerinde doğrudan etkisinin ($\beta=-0,134$) ve güven iletişiminin aracı rolündeki dolaylı etkisinin ($\beta=-0,138$) negatif yönlü olduğu saptanmıştır. Aracı rolden sağlanan dolaylı etki e-sağlık okuryazarlığının doğrudan etkisine eklendiğinde toplam etkinin [$\beta=(-0,134)+(-0,138)=-0,272$] negatif yönde arttığı görülmektedir. E-sağlık okuryazarlığının siberkondri üzerindeki toplam etkisi (doğrudan etki + dolaylı etki) negatif yönlü ($\beta=-0,272$) ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$). Bu durum, e-sağlık okuryazarlığının siberkondriyi negatif yönde etkilediğini; güven iletişimi ile birlikte bu etkinin negatif yönde daha da arttığını göstermektedir. Bu bulgulardan hareketle; **H7** (E-sağlık okuryazarlığının siberkondri düzeyine etkisinde güven iletişiminin aracı rolü vardır) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 15: E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisinde Güven İletişiminin Aracı Rolü

Direkt (Doğrudan) Etki		Etki	S.H.	t	p	LLCI	ULCI
E-Sağlık Okuryazarlığı	Siberkondri	-0,134	0,042	-3,160	0,002	-0,217	-0,051
Dolaylı Etki							
E-Sağlık Okuryazarlığı	Güven İletişimi						
	Siberkondri	-0,138	0,026			-0,193	-0,091
Toplam Etki		-0,272	0,043	-6,338	0,000	-0,357	-0,188

E-sağlık okuryazarlığının güven iletişimi ve siberkondri üzerindeki etkisi, güven iletişiminin siberkondri üzerindeki etkisi ve e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolüne dair bulgulardan yola çıkılarak oluşturulan model Şekil 9’da sunulmuştur.



Şekil 9: Regresyon Bulgularına Ait Özet Model

5.7. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Bulguları

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır.

Tablo 16’da katılımcıların cinsiyetinin siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi düzeylerinde bir fark oluşturup oluşturmadığını gösteren analiz sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre bireyin cinsiyeti, siberkondri ve alt boyutları ile e-sağlık okuryazarlığında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, güven iletişiminde cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($p<0,05$). Bu farklılık erkek katılımcıların ($3,28\pm0,819$) kadın katılımcılara ($3,10\pm0,769$) göre güven iletişimi değerlendirmelerinin daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 16: Cinsiyete Göre Fark Analizi Sonuçları

	Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	p
Siberkondri	Kadın	231	2,67	0,830	0,752	0,453
	Erkek	164	2,61	0,809		
İçini Rahatlatma	Kadın	231	2,85	1,016	-0,638	0,524
	Erkek	164	2,91	0,892		
Kaygı	Kadın	231	3,21	0,984	1,436	0,152
	Erkek	164	3,07	0,902		
Aşırılık	Kadın	231	2,77	1,098	1,672	0,095
	Erkek	164	2,58	1,041		
Güvensizlik	Kadın	231	2,34	1,229	1,233	0,218
	Erkek	164	2,19	1,212		
Zorlantı	Kadın	231	2,18	1,013	-0,953	0,341
	Erkek	164	2,28	1,049		
E-Sağlık Okuryazarlığı	Kadın	231	3,39	0,916	-1,958	0,051
	Erkek	164	3,58	0,914		
Güven İletişimi	Kadın	231	3,10	0,769	-2,273	0,024
	Erkek	164	3,28	0,819		

Katılımcıların medeni durumlarına göre siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi düzeylerinde bir farklılık olup olmadığı Tablo 17’de sunulmaktadır. Tablo incelendiğinde, katılımcıların medeni durumlarının her üç değişken için de istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu görülmektedir ($p<0,05$). Medeni durumu bekâr olan katılımcıların ($2,80\pm0,808$) evli olan katılımcılara ($2,43\pm0,790$) göre siberkondri

ciddiyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Siberkondrinin alt boyutları incelendiğinde de benzer şekilde, bekâr bireylerin içini rahatlatma, kaygı, aşırılık, güvensizlik, zorlantı alt boyutlarına katılımı evli bireylere göre daha yüksektir. Buna karşın, yine ortalama değerler üzerinden bakıldığında görüleceği gibi, bekâr katılımcıların ($3,37 \pm 0,874$) evli katılımcılara ($3,60 \pm 0,961$) göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ayrıca, bekâr katılımcıların ($3,04 \pm 0,770$) evli katılımcılara ($3,35 \pm 0,795$) göre güven iletişimi düzeyleri daha düşük seviyededir. Tüm değişkenler için tablo incelendiğinde, bekâr bireylerin siberkondri gibi olumsuz bir duruma daha fazla; e-sağlık okuryazarlığı, güven iletişimi gibi olumlu durumlara daha az katılım gösterdiği söylenebilir.

Tablo 17: Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları

	Medeni Durum	n	Ort.	S.S.	t	p
Siberkondri	Evli	170	2,43	0,790	-4,614	0,000
	Bekâr	225	2,80	0,808		
İçini Rahatlatma	Evli	170	2,63	0,951	-4,413	0,000
	Bekâr	225	3,06	0,939		
Kaygı	Evli	170	2,91	0,997	-4,333	0,001
	Bekâr	225	3,33	0,878		
Aşırılık	Evli	170	2,50	1,083	-3,136	0,002
	Bekâr	225	2,84	1,052		
Güvensizlik	Evli	170	2,09	1,192	-2,746	0,006
	Bekâr	225	2,43	1,228		
Zorlantı	Evli	170	2,02	0,957	-3,515	0,000
	Bekâr	225	2,37	1,055		
E-Sağlık Okuryazarlığı	Evli	170	3,60	0,961	2,446	0,015
	Bekâr	225	3,37	0,874		
Güven İletişimi	Evli	170	3,35	0,795	3,837	0,000
	Bekâr	225	3,04	0,770		

Tablo 18’de çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarının siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi düzeylerinde bir fark oluşturup oluşturmadığını gösteren analiz sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaş grupları e-sağlık okuryazarlığında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ($p > 0,05$). Buna karşılık, yaş gruplarına göre siberkondri ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Scheffe analizi sonuçlarına göre siberkondri düzeyindeki fark, 18-25 yaş

grubu ($2,89 \pm 0,759$) katılımcılar ile 46-55 yaş grubu ($2,43 \pm 0,737$) ve ≥ 56 yaş grubu ($2,21 \pm 0,588$) katılımcılardan; 26-35 yaş grubu ($2,81 \pm 0,954$) katılımcılar ile de ≥ 56 yaş grubu ($2,21 \pm 0,588$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır. 18-25 yaş grubu katılımcıların siberkondri düzeyleri 46-55 yaş grubu ve ≥ 56 yaş grubu katılımcılardan; 26-35 yaş grubu katılımcıların siberkondri düzeyleri ≥ 56 yaş grubu katılımcılardan daha yüksektir. Siberkondrinin alt boyutları incelendiğinde içini rahatlatma alt boyutundaki fark, ≥ 56 yaş grubu ($2,46 \pm 0,867$) katılımcılar ile 18-25 yaş grubu ($3,07 \pm 0,860$) ve 26-35 yaş grubu ($3,06 \pm 1,086$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ($p < 0,05$). Kaygı alt boyutundaki fark, 18-25 yaş grubu ($3,43 \pm 0,727$) katılımcılar ile 36-45 yaş grubu ($2,98 \pm 0,930$) ve ≥ 56 yaş grubu ($2,83 \pm 0,912$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ($p < 0,05$). Aşırılık alt boyutundaki fark, benzer şekilde 18-25 yaş grubu ($2,95 \pm 1,070$) katılımcılar ile ≥ 56 yaş grubu ($2,28 \pm 0,830$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ($p < 0,05$). Güvensizlik alt boyutundaki fark ise 18-25 yaş grubu ($2,59 \pm 1,229$) katılımcılar ile 46-55 yaş grubu ($1,94 \pm 0,967$) ve ≥ 56 yaş grubu ($1,74 \pm 0,781$) katılımcılardan; 26-35 yaş grubu ($2,59 \pm 1,443$) katılımcılar ile de 46-55 yaş grubu ($1,94 \pm 0,967$) ve ≥ 56 yaş grubu ($1,74 \pm 0,781$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ($p < 0,05$). Son olarak zorlantı alt boyutundaki fark, ≥ 56 yaş grubu ($1,73 \pm 0,871$) katılımcılar ile 18-25 yaş grubu ($2,40 \pm 1,099$) ve 26-35 yaş grubu ($2,37 \pm 1,169$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ($p < 0,05$). Yaş grubu ilerledikçe siberkondri ve alt boyutları ortalamalarında azalma eğilimi olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre, bireylerin yaşları yükseldikçe siberkondri ciddiyetlerinin azaldığı söylenebilir.

Analiz sonuçlarına göre, güven iletişimi düzeyinde de katılımcıların yaş gruplarına göre istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Güven iletişiminde fark, 18-25 yaş grubu ($2,95 \pm 0,741$) katılımcılar ile 36-45 yaş grubu ($3,29 \pm 0,754$), 46-55 yaş grubu ($3,32 \pm 0,842$) ve ≥ 56 yaş grubu ($3,39 \pm 0,729$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır. 18-25 yaş grubu katılımcıların güven iletişimi düzeyleri 36-45 yaş grubu, 46-55 yaş grubu ve ≥ 56 yaş grubu katılımcılardan daha düşük seviyededir. Ortalamalar incelendiğinde, katılımcıların yaşları ilerledikçe hekimle olan ilişkilerinde algıladıkları güven iletişimlerinin arttığı ifade edilebilir.

Tablo 18: Yaşa Göre Fark Analizi Sonuçları

	Yaş	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
Siberkondri	18-25 yaş	101	2,89	0,759	8,091	0,000	1-4 p=0,014 1-5 p=0,000 2-5 p=0,002
	26-35 yaş	98	2,81	0,954			
	36-45 yaş	91	2,54	0,755			
	46-55 yaş	63	2,43	0,737			
	≥56 yaş	42	2,21	0,588			
İçini Rahatlatma	18-25 yaş	101	3,07	0,860	4,939	0,001	1-5 p=0,017 2-5 p=0,020
	26-35 yaş	98	3,06	1,086			
	36-45 yaş	91	2,80	0,895			
	46-55 yaş	63	2,66	0,970			
	≥56 yaş	42	2,46	0,867			
Kaygı	18-25 yaş	101	3,43	0,727	5,188	0,000	1-3 p=0,028 1-5 p=0,016
	26-35 yaş	98	3,27	1,060			
	36-45 yaş	91	2,98	0,930			
	46-55 yaş	63	2,98	1,028			
	≥56 yaş	42	2,83	0,912			
Aşırılık	18-25 yaş	101	2,95	1,070	3,943	0,004	1-5 p=0,018
	26-35 yaş	98	2,75	1,203			
	36-45 yaş	91	2,68	0,970			
	46-55 yaş	63	2,46	1,076			
	≥56 yaş	42	2,28	0,830			
Güvensizlik	18-25 yaş	101	2,59	1,229	7,475	0,000	1-4 p=0,021 1-5 p=0,005 2-4 p=0,021 2-5 p=0,005
	26-35 yaş	98	2,59	1,443			
	36-45 yaş	91	2,09	1,110			
	46-55 yaş	63	1,94	0,967			
	≥56 yaş	42	1,74	0,781			
Zorlantı	18-25 yaş	101	2,40	1,099	3,929	0,004	1-5 p=0,014 2-5 p=0,023
	26-35 yaş	98	2,37	1,169			
	36-45 yaş	91	2,16	0,908			
	46-55 yaş	63	2,12	0,823			
	≥56 yaş	42	1,73	0,871			
E-Sağlık Okuryazarlığı	18-25 yaş	101	3,37	0,815	1,353	0,250	
	26-35 yaş	98	3,37	1,015			
	36-45 yaş	91	3,61	0,774			
	46-55 yaş	63	3,49	1,039			
	≥56 yaş	42	3,59	0,992			
Güven İletişimi	18-25 yaş	101	2,95	0,741	4,021	0,003	1-3 p=0,025 1-4 p=0,026 1-5 p=0,020
	26-35 yaş	98	3,12	0,832			
	36-45 yaş	91	3,29	0,754			
	46-55 yaş	63	3,32	0,842			
	≥56 yaş	42	3,39	0,729			

Katılımcıların eğitim durumlarına göre siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi düzeylerinde bir farklılık olup olmadığı Tablo 19'da sunulmaktadır. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların eğitim durumları e-sağlık okuryazarlığında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre siberkondri ve alt boyutlarından içini rahatlatma, kaygı, aşırılık, güvensizlik boyutlarında farklılığın olduğu ($p<0,05$); zorlantı boyutunda ise farklılığın olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir. Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Scheffe analizi sonuçlarına göre siberkondri düzeyindeki fark, ilköğretim mezunları ($2,33\pm0,735$) ile önlisans/lisans ($2,77\pm0,821$) ve lisansüstü mezunlardan ($2,91\pm0,872$); lise mezunları ($2,47\pm0,762$) ile yine önlisans/lisans ($2,77\pm0,821$) ve lisansüstü mezunlardan ($2,91\pm0,872$) kaynaklanmaktadır. İlköğretim mezunlarının siberkondri düzeyleri önlisans/lisans ve lisansüstü mezunlardan; lise mezunlarının siberkondri düzeyleri önlisans/lisans ve lisansüstü mezunlardan daha düşüktür.

Siberkondrinin alt boyutları incelendiğinde, içini rahatlatma alt boyutundaki fark, ilköğretim mezunları ($2,40\pm0,916$) ile önlisans/lisans ($3,04\pm0,969$) ve lisansüstü mezunlardan ($3,17\pm0,898$); lise mezunları ($2,71\pm0,907$) ile önlisans/lisans ($3,04\pm0,969$) ve lisansüstü mezunlardan ($3,17\pm0,898$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Kaygı alt boyutundaki fark, ilköğretim mezunları ($2,81\pm1,025$) ile önlisans/lisans ($3,33\pm0,918$) ve lisansüstü mezunlardan ($3,34\pm0,883$); lise mezunları ($2,94\pm0,923$) ile önlisans/lisans mezunlarından ($3,33\pm0,918$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Aşırılık alt boyutundaki fark, ilköğretim mezunları ($2,43\pm1,029$) ile önlisans/lisans ($2,81\pm1,092$) ve lisansüstü mezunlardan ($2,91\pm1,207$); lise mezunları ($2,53\pm0,977$) ile önlisans/lisans ($2,81\pm1,092$) ve lisansüstü mezunlardan ($2,91\pm1,207$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Güvensizlik alt boyutundaki fark ilköğretim mezunları ($1,88\pm1,035$) ile önlisans/lisans ($2,41\pm1,250$) ve lisansüstü mezunlardan ($2,65\pm1,304$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Katılımcıların eğitim seviyeleri yükseldikçe siberkondri ciddiye düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Analiz sonuçlarına göre, güven iletişimi düzeyinde de katılımcıların eğitim durumlarına göre istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Güven iletişiminde fark, ilköğretim mezunları ($3,36\pm0,798$) ile lisansüstü mezunlardan ($2,81\pm0,672$); lise mezunları ($3,41\pm0,765$) ile önlisans/lisans ($3,07\pm0,790$) ve lisansüstü mezunlardan ($2,81\pm0,672$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). İlköğretim mezunlarının güven iletişimi

düzeyleri lisansüstü mezunlardan; lise mezunlarının güven iletişimi düzeyleri önlisans/lisans ve lisansüstü mezunlardan daha yüksek seviyededir. Ortalamalar incelendiğinde, katılımcıların eğitim seviyeleri yükseldikçe hekimle olan ilişkilerinde algıladıkları güven iletişimlerinin düştüğü ifade edilebilir.

Tablo 19: Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları

	Eğitim Durumu	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
Siberkondri	İlköğretim	55	2,33	0,735	7,780	0,000	1-3 p=0,005
	Lise	108	2,47	0,762			1-4 p=0,004
	Önlisans/Lisans	184	2,77	0,821			2-3 p=0,025
	Lisansüstü	48	2,91	0,872			2-4 p=0,021
İçini Rahatlatma	İlköğretim	55	2,40	0,916	9,336	0,000	1-3 p=0,000
	Lise	108	2,71	0,907			1-4 p=0,001
	Önlisans/Lisans	184	3,04	0,969			2-3 p=0,039
	Lisansüstü	48	3,17	0,898			2-4 p=0,044
Kaygı	İlköğretim	55	2,81	1,025	7,212	0,001	1-3 p=0,005
	Lise	108	2,94	0,923			1-4 p=0,041
	Önlisans/Lisans	184	3,33	0,918			2-3 p=0,008
	Lisansüstü	48	3,34	0,883			
Aşırılık	İlköğretim	55	2,43	1,029	3,287	0,021	1-3 p=0,024
	Lise	108	2,53	0,977			1-4 p=0,023
	Önlisans/Lisans	184	2,81	1,092			2-3 p=0,034
	Lisansüstü	48	2,91	1,207			2-4 p=0,039
Güvensizlik	İlköğretim	55	1,88	1,035	5,214	0,002	1-3 p=0,040
	Lise	108	2,09	1,154			1-4 p=0,015
	Önlisans/Lisans	184	2,41	1,250			
	Lisansüstü	48	2,65	1,304			
Zorlantı	İlköğretim	55	2,11	0,970	1,673	0,172	
	Lise	108	2,10	0,920			
	Önlisans/Lisans	184	2,27	1,086			
	Lisansüstü	48	2,45	1,072			
E-Sağlık Okuryazarlığı	İlköğretim	55	3,26	1,194	1,784	0,150	
	Lise	108	3,60	0,839			
	Önlisans/Lisans	184	3,44	0,869			
	Lisansüstü	48	3,53	0,891			
Güven İletişimi	İlköğretim	55	3,36	0,798	9,093	0,000	1-4 p=0,005
	Lise	108	3,41	0,765			2-3 p=0,004
	Önlisans/Lisans	184	3,07	0,790			2-4 p=0,000
	Lisansüstü	48	2,81	0,672			

Tablo 20’de katılımcıların kronik rahatsızlık varlığının siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi düzeylerinde bir fark oluşturup oluşturmadığını gösteren analiz sonuçları görülmektedir. Bu sonuçlara göre, kronik rahatsızlığın varlığı

siberkondri ve alt boyutları, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 20: Kronik Rahatsızlığın Varlığına Göre Fark Analizi Sonuçları

	Kronik Rahatsızlık	n	Ort.	S.S.	t	p
Siberkondri	Var	72	2,67	0,952	0,247	0,805
	Yok	323	2,64	0,790		
İçini Rahatlatma	Var	72	2,80	1,038	-0,747	0,456
	Yok	323	2,89	0,950		
Kaygı	Var	72	3,15	0,970	0,001	0,999
	Yok	323	3,15	0,950		
Aşırılık	Var	72	2,68	1,109	-0,121	0,904
	Yok	323	2,69	1,072		
Güvensizlik	Var	72	2,31	1,305	0,224	0,823
	Yok	323	2,27	1,206		
Zorlantı	Var	72	2,40	1,080	1,676	0,094
	Yok	323	2,18	1,014		
E-Sağlık Okuryazarlığı	Var	72	3,30	1,038	-1,619	0,109
	Yok	323	3,51	0,886		
Güven İletişimi	Var	72	3,11	0,874	-0,720	0,472
	Yok	323	3,19	0,777		

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri esas alındığında, değişkenlerde oluşabilecek farklılıklara ilişkin hipotez sonuçları Tablo 21’de görülmektedir. Yapılan fark analizi sonuçlarına göre; **H_{8a}** (Bireyin sosyo-demografik özellikleri e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılık oluşturur) hipotezi medeni durum bakımından; **H_{8b}** (Bireyin sosyo-demografik özellikleri siberkondri düzeyinde farklılık oluşturur) hipotezi medeni durum, yaş ve eğitim durumu bakımından; **H_{8c}** (Bireyin sosyo-demografik özellikleri hekimle ilişkisindeki güven iletişimi düzeyinde farklılık oluşturur) hipotezi ise cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 21: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Hipotez Testi Sonuçları

	H _{8a}	H _{8b}	H _{8c}
Cinsiyet	-	-	+
Medeni Durum	+	+	+
Yaş	-	+	+
Eğitim Durumu	-	+	+
Kronik Rahatsızlığın Varlığı	-	-	-

+ fark vardır; - fark yoktur anlamına gelmektedir.

TARTIşMA VE SONUÇ

İnternetin günlük yaşantıdaki kullanımının artması ile birlikte, bilgi edinme amacı ile başvuru kaynakları arasında da giderek yerini sağlamlaştırdığı görülmektedir. Bilgi sahibi olunması istenen konuların başında, şüphesiz insan hayatı üzerinde etkisi en önemli olan sağlık/hastalık konusu gelir. Bireyler, kendisinin veya yakınlarının algıladığı bir belirti ile karşı karşıya kaldığında bu belirtinin nedenleri, çözüm yolları, başkalarının da karşılaşma ihtimali gibi kafalarında soru işareti yaratan konuların aydınlatılması için araştırma yapmakta ve bu araştırma yoğunlukla; ulaşımı kolay, daha az maliyetli ve gizliliğe imkân verebilecek ‘internet’ üzerinden yapılmaktadır. Ancak internetin; etkileşime açık olması, uzman olmayan kişilerin de bilgi adı altında düşüncelerini paylaşmasına fırsat vermesi, bilgi çokluğu nedeni ile geçerlilik ve güvenilirlik denetimlerinin oldukça sınırlı olması, daha ciddi ve nadir hastalıklara yönlendirmesi, web adreslerini listelerken daha üstte yer alan sitelerin güvenilirlik ile değil tıklanma oranına göre sıralaması gibi özellikleri dikkat çekmektedir.

Diğer taraftan; resmi, güvenilir, kaynağı ve tarihi belli olan bilgiler ise internetin hemen herkes tarafından ve her an kolaylıkla kullanılabiliyor olmasından dolayı bireyin sağlığı hakkında bilgilenmesini sağlamakta, pasif hasta modelinden aktif hasta modeline evrilmeye imkân vermekte, hekim ziyaretlerinde bilgi alma, soru sorma, verilen bilgiyi anlama ve doğrulama gibi niteliklerle hasta-hekim iletişimine katkı sağlamaktadır. Çevrimiçi sağlık bilgilerinin olumlu ve olumsuz bu çift yönlü etkisinde e-sağlık okuryazarlığı önem taşımaktadır. Nitekim e-sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgisini bulma, anlama, analiz etme, değerlendirme, kullanma yeteneğidir (Norman ve Skinner, 2006b). E-sağlık okuryazarlığının olması durumunda kaliteli ve kalitesiz evrimii sağlık bilgilerinin ayrışması muhtemeldir. Bu beceriye sahip olmayan birey, merak veya endişe ile başladığı evrimii sağlık bilgisi araştırma yolculuğunda niteliksiz bilgilerle karşılaştığı zaman, bu bilgileri e-sağlık okuryazarlığı filtresinden geçiremeyeceği için asılsız tanılar koyabilir, tekrarlayan ve aşırılaşan araştırmalar ile kaygı düzeyi artabilir ve bu döngü tekrarlayabilir. Öyle ki Barke ve arkadaşları (2016: 596) siberkondrinin, olumsuz sonuçlara karşı sağlık bilgisi edinmek için yapılan araştırmaların devamı niteliğinde olduğunu bildirmektedir. Buna göre, e-sağlık okuryazarlığına sahip olmayan bireyin siberkondri ciddiyeti daha yüksek olabilir.

Bir başka açıdan, e-sağlık okuryazarlığına sahip birey, karşılaştığı çevrimiçi sağlık bilgilerinin değerlendirmesini yapabilmekte ve ilgili, güvenilir bilgileri ayıklayarak literatürdeki karşılığıyla güçlenebilmektedir. Bu güçlenme bir bakıma; hasta-hekim ilişkisinde hekim otoritesine meydan okuma gibi görünse de diğer taraftan, hekim görüşmesi öncesi doğru şekilde bilgilenen hastanın; sağlığını yönetme, tedavi süreçlerine katılma, hastalığı hakkında temel bilgiye ve minimum terminolojiye hakim olma, hekimin ikaz ve önerilerini anlayıp uygulama hususlarında hasta-hekim iletişimini ve güvenini kuvvetlendirebilir. Nitekim sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesiyle hastaların kaygı seviyelerinin azalacağı ve hekim-hasta ilişkilerinin gelişebileceği vurgulanmaktadır (Tüter, 2019: 10-11). Bu doğrultuda, e-sağlık okuryazarlığının hasta-hekim arasındaki güven iletişimine katkı sağlaması olasıdır.

Tüm bunlarla birlikte bireyler, hekimlerini doğrulamak, kontrol etmek vb. amaçlarla konulan tanıyı, seçilen tedavi yöntemini ya da eksik kalan bir bilgiyi internet üzerinden araştırabilmektedir. Bu araştırma; hekimin eksik, karışık ya da yetersiz bilgi vermesi, hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığının teyit edilmemesi veya bunun için yeterli zamanın ayrılamıyor olması, bilgi belirsizliği yaşayan hastanın sorularına tatmin edici olmayan dönütlerin yapılması ya da çelişkide bırakabilecek bir beden dilinin kullanımı gibi güven iletişiminin kurulmasını engelleyebilecek unsurlardan dolayı gerçekleşebilir. Kim ve Southwell (2010: 12), görüşmeden memnun olmayan, bilgi alma arzusu yerine getirilmeyen, hekimine karşı güven problemi olan hastaların hayal kırıklığı yaşayarak ek sağlık bilgileri için başka bir kaynağa yöneldiklerini, bu sebeple doktor-hasta iletişiminin algılanan kalitesinin bir sonucu olarak bireylerin internette bilgi arama davranışlarını incelemenin önemli olduğunu ifade etmektedir. Hastalar, hekimler ile olan iletişimlerinde anlaşılmadıklarını düşünmesi sonucu kendilerine konan tanı ve tedaviden kuşku duyabilmektedir (Akkoç ve Güldal, 2001: 76). Nitekim hekim görüşmesinin sonuçlarından emin olamayan birey, interneti doktor yerine kullanarak sağlık bilgisi araştırması yapabilir ve kendi kendine tanı koyabilir. Bu durum, siberkondrinin oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir.

Bu düşüncelerden hareketle gerçekleştirilen çalışmada, e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolünün ortaya konması hedeflenmiştir. Ayrıca çalışmada, bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminde bir fark oluşturup oluşturmadığı da ele alınmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların siberkondri düzeyleri orta seviyenin biraz altındadır. Konuya ilişkin diğer çalışmalar incelendiğinde, siberkondri puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir (Fergus ve Russell, 2016: 90; Norr vd., 2015: 61; Uzun ve Özdemir, 2017: 527). Bu açıdan bakıldığında, katılımcıların siberkondri düzeyi genel literatür ortalamasından yüksek durumdadır. Sağlıkla ilgili internet kullanımının gün geçtikçe artması, bireylerin siberkondri düzeyinin gitgide daha yüksek bulunmasına sebep olabilir. Elçiyar ve Taşçı (2017: 239)'nın ve Başoğlu (2018: 50)'nun çalışmaları gibi araştırma sonucunu destekleyen ya da katılımcıların siberkondri düzeyini daha yüksek tespit eden (Tüter, 2019: 32) çalışmalar mevcuttur. Siberkondrinin alt boyutları da genel olarak ölçeğe uygun şekilde orta düzeylerde görülmektedir. Alt boyutlarda en yüksek katılım kaygı boyutunda bulunmuştur. Bu boyutu sırasıyla içini rahatlatma, aşırılık, güvensizlik ve zorlantı takip etmektedir. Siberkondriye dair araştırmalar incelendiğinde, alt boyutların farklı şekillerde sıralandığı; ortak nokta olarak zorlantı boyutuna katılımın daha az olduğu gözlenmektedir (Elçiyar ve Taşçı, 2017: 239-242; Selvi vd., 2018: 244; Tüter, 2019: 29-31). Buna göre çalışmaya katılan bireyler, internet üzerinden sağlık bilgisi araştırması yaptıklarında, olumsuz duygusal ve fizyolojik tepkiyi ifade eden kaygıyı yoğunlukla hissetmekte; ancak bu bilgilerin günlük hayat aktivitelerini kesintiye uğratacağını ifade eden zorlantıyı daha seyrek yaşamaktadırlar.

Sonuçlara bakıldığında, katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri orta seviyenin biraz üstündedir. Konuya ilişkin yerli ve yabancı diğer araştırmalar incelendiğinde benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir (Park vd., 2016: 72; Şengül vd., 2017: 1281; Tennant vd., 2015).

Sonuçlara göre, katılımcıların güven iletişimi düzeyleri orta seviyelerdedir. Bazı çalışmalarda katılımcıların güven iletişimi düzeyleri bu çalışmaya oranla daha yüksek bulunmuştur (Erigüç ve Koca, 2014: 419; Karsavuran, Kaya ve Akturan, 2011: 203; Thom vd., 2002: 478). Hillen ve arkadaşları (2015: 166), Haywood ve arkadaşları (2010: 545), Akbolat ve arkadaşları (2017: 615) tarafından yapılan araştırmalarda ise katılımcıların güven ve iletişim düzeyleri çalışmayı destekler nitelikte orta seviyelerdedir.

Araştırmanın bir diğer sonucuna göre, e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Benzer sonuç, e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondrinin alt boyutları arasında da görülmektedir. Güven iletişimi ile siberkondri arasında ilişki olup olmadığı incelendiğinde ise negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde, güven iletişimi ile siberkondrinin alt boyutlarından kaygı ve güvensizlik arasında negatif yönlü, orta düzeyde ilişki bulunurken; içini rahatlatma, aşırılık ve zorlantı alt boyutları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı ile güven iletişimi arasında ise pozitif yönlü, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre; bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe ya da hekimler ile ilişkilerinde güven iletişimi kanaatleri arttıkça siberkondri düzeylerinin ters yönde değişime uğrayacağı; diğer taraftan, e-sağlık okuryazarlığındaki olası bir artışın hekim ile gerçekleştirdikleri güven iletişimlerini de artıracığı söylenebilir.

Siberkondrinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde içini rahatlatma, kaygı, aşırılık ve zorlantı boyutları arasında pozitif yönlü, güçlü veya güçlüye yakın düzeyde ilişkiler bulunmaktadır. Buna göre, çevrimiçi sağlık bilgisi araştırması yapan bireylerin yaşadığı bu durumlardan birisinin olası bir artışıyla diğerlerinin de artacağı söylenebilir. Boyutları oluşturan bu olumsuz duygu, tepki ve davranışların birbirini beslediği düşünülmektedir. Güvensizlik alt boyutu ile diğer alt boyutlar arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. Bu doğrultuda, bireyin internet üzerinden sağlık bilgisi araştırmasında içini rahatlatma, kaygı, aşırılık, zorlantı durumu ne kadar yüksek olsa da hekimin bilgisine karşı duyduğu güveni çok fazla değiştirmedeği söylenebilir. Konuya ilişkin diğer araştırmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir (McElroy ve Shevlin, 2014: 263; Norr vd., 2015: 61; Selvi vd., 2018: 245).

Çalışmanın sonuçlarına göre, e-sağlık okuryazarlığının siberkondri ve siberkondrinin tüm alt boyutları üzerinde negatif yönlü etkisi; güven iletişimi üzerinde ise pozitif yönlü etkisi bulunmaktadır. Diğer bir sonuca göre, hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi siberkondri ve siberkondrinin tüm alt boyutlarını negatif yönde etkilemektedir. Aynı zamanda, e-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolü olduğu saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde; siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminin ayrı ayrı farklı değişkenlerle ilişkilerini inceleyen çalışmaların az miktarda olduğu görülmektedir. Çalışmayı oluşturan bu değişkenlerin birbirleri üzerinde etkisi olup olmadığını inceleyen bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Ancak sonuçları destekleyebilecek farklı çalışmalar mevcuttur.

E-sağlık okuryazarlığının, sağlık okuryazarlığının uzantısı olduğu belirtilmektedir (Luo vd., 2018). Esasen sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığını oluşturan altı bileşenden de biridir. Gözlü (2018: 198) çalışmasında, sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişimi arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu ve sağlık okuryazarlığının hekim-hasta iletişimini pozitif yönde etkilediğini belirtmektedir. Akbolat ve arkadaşlarının (2016: 359) çalışmasında ise hasta-hekim ilişkisine eleştirel sağlık okuryazarlığının olumsuz, fonksiyonel sağlık okuryazarlığının olumlu etkisinin bulunduğu; iletişimsel sağlık okuryazarlığının ise anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığa sahip olan hastaların hekimler ile olan iletişimlerinin kalitesini daha düşük algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır (Kripalani vd., 2010: 272). Bu sonuçlar, çalışmada saptanan e-sağlık okuryazarlığı ile güven iletişimi arasındaki pozitif yönlü ilişkiyi ve e-sağlık okuryazarlığının güven iletişimi üzerindeki etkisini desteklemektedir.

E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasında ilişki olup olmadığını inceleyen araştırmalara rastlanmış ancak bu çalışmalarda ilişkilerin etkileri test edilmemiştir. Söz konusu araştırmalarda, e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasında ilişki bulunmuştur; fakat çalışma sonucunun zıttı şekilde bu ilişkinin pozitif yönde olduğu saptanmıştır (Beydağ ve Güldür, 2019: 375; Deniz, 2020: 92). Araştırmacı, bu durumun internette geçirilen süre ile ilişkili olabileceğini düşünmektedir (Deniz, 2020: 92). İnternet kullanım deneyimi e-sağlık okuryazarlığını geliştirebilir. Ancak bu beceriye sahip olan bireylerin, tanıma uygun şekilde, doğru ve güvenilir çevrimiçi sağlık bilgi kaynaklarına ulaşarak ve bu bilgilerin değerlendirmesini yaparak kendisinde kaygı uyandıran ya da aslı olmayan teşhis bilgilerini ayırt edebileceği düşünülmektedir. Literatürde, sağlık okuryazarlığı artırılarak bireylerin sağlık kaygılarının azaltılabileceği (Tüter, 2019: 10), çevrimiçi sağlık bilgilerini değerlendirme yetkinliği olmayan kişilerin kendilerine gerçek dışı tanı koyabileceği belirtilmiştir (Cole, 2014: 10). Siberkondriye yönelik olası tedavi yaklaşımlarından birinin sağlık okuryazarlığı olabileceği ifade

edilmektedir (Güleşen, 2019: 2). Kaygının siberkondrinin alt boyutlarından biri olduğu göz önüne alındığında, Beyoğlu (2019: 69)'nın araştırması çalışmanın sonucunu destekleyebilir. Araştırmacı, kaygı ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde ilişki olduğunu, birisinde yaşanacak bir artışın diğerini azaltacağını belirtmektedir. E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasındaki ilişkiye dair var olan araştırmaların sonucu, çalışmanın sonucuyla farklılık göstermektedir. Sınırlı olan çalışma sayısı artırıldığında daha net/genelleştirilebilir sonuçların ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Hasta-hekim iletişimi ile siberkondri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir (Turkiewicz, 2012: 46). Bir başka çalışmada ise hekime rahat bir şekilde soru sormadığını belirten kişilerin siberkondri düzeyleri rahatça soru sorabilenlere göre daha yüksektir (Tüter, 2019: 43). Tustin (2010: 12)'in çalışmasında, hekim görüşmesinin kalitesinden ve hekimin empati becerisinden duyulan memnuniyet ile interneti birincil kaynak olarak görme ve bu bilgilere güvenme arasında negatif yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Rains (2007: 676)'in çalışmasında, hekimle iletişimde güvenin sağlık bilgisi için interneti kullanmaya negatif yönlü etkisi olduğu belirtilmektedir. McManus ve arkadaşları (2014: 6-7) ise siberkondriye dair nitel araştırmasında, sağlık profesyonellerine duyulan güvensizliğin ilave kaynak olarak internet kullanımına neden olduğunu belirtmiş ve bir katılımcının şu ifadesine yer vermiştir: “Belki de hekimi görmeye başlamadan önce bunu bulmaya çalışabilirim, özellikle de onun [hekimin] ona [belirtiye] tam olarak dikkat etmediğini hissediyorum... Sanırım bu yüzden sağlığım hakkında başka kaynaklardan gelen güvenceye ihtiyacım var”. Bu sonuçlar, çalışmada saptanan güven iletişimi ile siberkondri arasındaki negatif yönlü ilişkiyi ve güven iletişiminin siberkondri üzerindeki etkisini desteklemektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların cinsiyetleri ve kronik rahatsızlığın varlığı siberkondri ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktadır. Kimi araştırmalarda, cinsiyetin siberkondri düzeyinde anlamlı farklılık yarattığı ve kadınların siberkondri düzeylerinin daha yüksek tespit edildiği belirtilmektedir (Ertaş, Kırac ve Ünal, 2020: 1752; Tüter, 2019: 32; Uzun, 2016: 55). Elçiyar ve Taşçı (2017: 239)'nın çalışmasında ise sonuçlara benzer şekilde, cinsiyetin siberkondri ve tüm alt boyutları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Farklı araştırmalar da bu sonucu desteklemektedir (Batıgün vd., 2018: 9; Deniz, 2020: 90). Literatürde, kronik rahatsızlığa sahip bireylerin internet üzerinden sağlık bilgisi araştırmada daha aktif

olduğu belirtilmiştir (Harris Interactive, 2001: 6). Ancak kronik rahatsızlığa sahip olan bireylerin, hastalıklarını benimseyerek süregelen tedavilerine uygun davranışta bulunabileceği, hastalığa sahip olmayan bireylerin ise alışık olmadığı olası bir belirtiden dolayı daha kolay endişeye kapılabileceği düşünülebilir. Çalışmaya paralel olarak, kronik rahatsızlığın varlığının siberkondri düzeyinde farklılık oluşturmadığı sonucuna erişen araştırmalar mevcuttur (Ertaş, Kırac ve Ünal, 2020: 1754; Uzun, 2016: 56).

Katılımcıların medeni durumuna göre siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Bekâr bireylerin evli bireylere oranla siberkondri ve alt boyutlarına katılımı daha yüksektir. Bekâr bireylerin çoğunlukla daha genç olduğu ihtimali ile interneti daha çok kullanabileceği düşünülmektedir. Yaşın ve eğitim durumunun da siberkondri ve alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmış; yaş düştükçe eğitim seviyesi ise yükseldikçe siberkondri düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Özellikle 18-25 yaş grubundaki bireyler ≥ 56 yaş grubundaki bireylere oranla siberkondri ve tüm alt boyutlarına daha fazla katılım göstermiştir. Siberkondrinin gençlerde daha sık görülmesi, bu neslin internet kullanım oranının yüksek olmasıyla ve internetten anonim şekilde tıbbi bilgiye erişimi tercih etmesiyle açıklanmaktadır (Lewis, 2006: 530). Eğitim durumu açısından bakıldığında ise genel olarak önlisans/lisans ve lisansüstü mezunların ilköğretim ve lise mezunlarına oranla siberkondri düzeyi daha yüksektir. Eğitim durumu, yalnızca zorlantı alt boyutunda anlamlı fark oluşturmamaktadır. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık uzmanları haricinde farklı bilgi kaynaklarının daha çok farkında olabileceği ve bu bilgilere daha kolay erişebileceği dolayısıyla siberkondriye zemin oluşturabileceği düşünülmektedir. Farklı araştırmaların sonuçları da çalışmanın sonuçları ile örtüşmektedir (Güleşen, 2019: 31; Tüter, 2019: 33-35; Uzun, 2016: 55).

Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların cinsiyeti e-sağlık okuryazarlığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır. Bazı araştırmalarda erkeklerin kadınlara göre (Norman ve Skinner, 2006a); bazı araştırmalarda ise kadınların erkeklere göre e-sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Deniz, 2020: 90; Park vd., 2016: 75). Farklı araştırmalar ise çalışmanın sonucu desteklemektedir (Paige, Krieger ve Stellefson, 2017: 56; Şengül vd., 2017: 1281; Witten ve Humphry, 2018: 54). Çalışmanın bir diğer sonucuna göre, medeni durum ile e-sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Evli bireylerin bekâr bireylere

oranla e-sağlık okuryazarlığına katılımı daha yüksektir. Evli bireylerin kendileri ile birlikte eş ve çocukları için de çevrimiçi temel sağlık bilgisi arama yönelimleri olduğu ve bu durumun e-sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirebileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların yaşları ve eğitim durumları e-sağlık okuryazarlığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır. Kimi çalışmada, yaşın ve eğitim durumunun e-sağlık okuryazarlığında anlamlı farklılık oluşturduğu, yaşın düştükçe eğitim seviyesinin ise yükseldikçe e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Paige, Krieger ve Stellefson, 2017: 56; Tennant, 2013: 77; Witten ve Humphry, 2018: 54). Bu sonuçlar; e-sağlık okuryazarlığının internet kullanım deneyimi ile birlikte hareket eden bir beceri olabileceği (Park vd., 2016: 75) ve dolayısıyla daha yaşlı kesimin daha az internet tecrübesi ile yeni beceriler öğrenmede zorluk yaşayabileceği; eğitim seviyesi yüksek bireylerin ise çevrimiçi bilgiyi yorumlamada stratejik becerilere daha çok sahip olabileceği şeklinde açıklanmaktadır (Çakır Turgut, 2010: 60; van Deursen ve van Dijk, 2011). Ancak bunun aksine, eğitim seviyesinin internet becerilerine ilave bir katkı sağlamadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Park vd., 2016: 75). Yaşın ve eğitim durumunun e-sağlık okuryazarlığı üzerinde farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşan araştırmalar çalışmayı desteklemektedir (Çizmeci ve Deniz, 2017: 79-80; Deniz, 2020: 90; Norman ve Skinner, 2006a; Park vd., 2016: 75; Richtering vd., 2017). Aynı zamanda çalışmada, anlamlı fark oluşturmamakla birlikte en yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olanların 36-45 yaş grubundaki bireyler olduğu görülmektedir. Benzer sonuca ulaşan bir çalışmada, daha genç yetişkinlerin genellikle diğer yaş gruplarından daha sağlıklı olmaları dolayısıyla düşük kaliteli sağlık bilgilerine karşı daha az savunmasızlık algıladıkları; daha yaşlı bireylerin ise sağlık endişesi ile çevrimiçi sağlık bilgilerini değerlendiremedikleri belirtilmiştir (Ye, 2010: 41-43).

Diğer bir sonuca göre, kronik rahatsızlığın varlığı ile e-sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Kronik rahatsızlığın varlığı, sağlık bilgileri için internet kullanımını teşvik ediyor gibi görünse de araştırmalar farklı sonuçlar vermektedir (Tennant, 2013: 83). Çizmeci ve Deniz (2017: 78)'in yaptığı araştırmada, diyabet hastalarının sağlıklı bireylerden daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Tennant, (2013: 77), Tennant ve arkadaşları (2015), Denktaş (2019: 26) ise çalışmalarında kronik rahatsızlığın varlığının

e-sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuçlar, çalışma sonuçları ile örtüşmektedir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin hekimlere karşı güven iletişimi kanaatlerinde anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı incelendiğinde, kronik rahatsızlığın varlığı dışındaki tüm özelliklerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu görülmektedir. Bu sonuca göre; erkeklerin kadınlara, evli bireylerin bekâr bireylere oranla güven iletişimi kanaatleri daha yüksektir. Karsavuran, Kaya ve Akturan (2011: 205) ile Çiftçioğlu ve Ordun (2010: 115)'un çalışmalarında da erkeklerin güven düzeyleri kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Uludağ (2011: 185-186)'ın araştırmasında ise evli bireylerin bekâr bireylere göre hekim ile ilişkide iletişim düzeyleri daha yüksek bulunmuş; bu sonuçla, evli bireylerin eşi ve çocukları için en iyiye karar verecek olan hekimin yaklaşımına daha fazla değer yükleyebileceklerine işaret edilmiştir.

Yaşın ve eğitim durumunun güven iletişimi düzeyinde oluşturduğu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı incelendiğinde, siberkondrinin tam tersi yönünde sonuçlandığı görülmektedir. Buna göre, bireylerin hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi kanaatleri yaş yükseldikçe artmaktadır. 18-25 yaş grubundaki bireylerin 36-45 yaş, 46-55 yaş ve ≥ 56 yaş grubundaki bireylere göre güven iletişimi kanaatleri daha düşüktür. Eğitim durumuna göre, ilköğretim mezunlarının lisansüstü mezunlara; lise mezunlarının ise daha ileri mezuniyet derecesine sahip olanlara göre güven iletişimi kanaatleri daha yüksek bulunmuştur. Genel manada, eğitim durumu yükseldikçe bireylerin hekimlerle ilişkilerinde güven iletişimi kanaatlerinin düştüğü söylenebilir. Bu sonuçlar, literatürle paralellik göstermektedir. Hillen ve arkadaşları (2015: 168), daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin eğitim düzeyi yüksek olan bireylere göre hekim ile ilişkilerinde daha az eleştirel ve sorgulayıcı duruş sergileyeceğini belirtmektedir. Ayrıca bu sonuç, eğitim durumu daha ileri düzeyde olan kişilerin hastalıklarıyla ilgili daha çok araştırma yapmalarından ve hekimden beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir (Akın, 2018: 55; Haywood vd., 2010: 547). Çalışmalar bu sonucu desteklemektedir (Erigüç ve Koca, 2014: 420; Hillen vd., 2014: 899).

Benzer şekilde, genç bireylerin daha ileri yaştaki bireylere göre beklentilerinin yüksek olması, yaşlı bireylerin geçmiş ile kıyaslama yaparak günümüz sağlık hizmetlerini

yeterli görüp tatminkâr olmaları (Akın, 2018: 54) ve yaş ilerledikçe hekim ziyaretlerinin çoğalması sonucu iletişim ve güven seviyesinin yükseldiği düşünülebilir (Ertong, 2011: 156). Karsavuran, Kaya ve Akturan (2011: 206)'ın, Hillen ve arkadaşlarının (2014: 899), Gezergün ve arkadaşlarının (2006: 134) araştırmalarının sonucu da çalışmanın sonucuyla örtüşmektedir. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin hekimlere karşı güven iletişimi kanaatinde farklılık yaratmadığı çalışmalar da mevcuttur (Akın, 2018: 37-47; Ertong, 2011: 122; Gülcemal ve Keklik, 2016: 78).

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- İnternet üzerinden yapılan sağlık bilgisi araştırmalarının bireyi güçlendirmedeki faydalarının yanı sıra kaygı oluşumu, gereksiz sağlık hizmeti veya yanlış ilaç kullanımı, tedaviyi yarıda kesme veya tedaviye uyum göstermeme gibi olumsuz durumlara yol açması olasıdır. Bu nedenle bilgi teknolojisi, sağlık, eğitim gibi farklı disiplinlerdeki uzmanların ortaklığı ile internette sağlık bilgisine dair güvenilir sayfaların (kimlikleri açık, maddi çıkarı olmayan, bilimsel kanıta dayalı) oluşturulması; Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda bir mekanizma kurulması ve web sitelerindeki doğru, tam, güncel olmayan bilgilerin taranarak düzenlenmesi; sağlık bilgisine yer veren sitelerin denetlenmesi; sağlığa dair yanıltıcı bilgi bulunan platformlar için caydırıcı hukuki yaptırımların uygulanması ve çevrimiçi sağlık bilgilerinin toplumla paylaşılmasındaki sınırların uzmanlar tarafından yeniden ele alınması;
- E-sağlık okuryazarlığı düzeyindeki artışla siberkondri ciddiyetinin azalabileceği, güven iletişimi kanaatlerinin ise artabileceği sonucu doğrultusunda, toplumun e-sağlık okuryazarlığı becerisini geliştirmek ve iyileştirmek için Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, akademik topluluklar ve sivil toplum örgütleri gibi paydaşların işbirliğiyle farkındalık çalışmalarının yapılması; sağlık kurumlarının web sitelerinde bu beceriyi artırmaya yönelik bilgilere yer verilmesi; özellikle yeni medyanın sağlık bilgilerinin kalitesini yükseltme ve bu bilgileri sorgulama noktasında destekleyici olması; sağlık yönetimi, hastalıktan korunma ve bilgi edinimi için uygun sitelerin teşvik edilmesi; bilinçli yapılan çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmalarının bireyleri güçlendirebileceğine dair kamu spotlarının hazırlanması;

- Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi kanaatindeki artışın siberkondri ciddiyetini azaltabileceği sonucu doğrultusunda, hekimlerin kaygıyı ve belirsizliği dindirmesi adına, hastaların gereksinim duyduğu sağlık bilgisini açık ve anlaşılır şekilde aktarması; dikkatli bir dinleyici olunması; hastaya rahat soru sorabilme, kendini ifade edebilme, karar verme süreçlerine katılabilme imkânının ve zamanının verilmesi; etkili iletişim ve ilgili davranış ile güven ortamının sağlanması; sağlık bilgisine erişebilecekleri doğru ve güvenilir kaynaklar için danışmanlık yapmaları; internetin tanı koyma aracı olarak kullanılmaması konusunda hastaları bilgilendirmeleri; sağlığına dair yanlış yaklaşımlarda bulunan, olumsuz yönlenebilen ve yaşam kalitesini düşüren hastaların ilgili uzmanlara (psikolog, psikiyatri vb.) sevk edilmesi;
- Sağlık alanındaki eğitim kademelerinde müfredata siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı alanında eklemeler yapılması; hekimlere iletişim becerilerinin geliştirilmesi için mezuniyet öncesi ve sonrası periyodik olarak eğitim ve seminerlerin verilmesi; sağlık okuryazarlığı faaliyetlerine e-sağlık okuryazarlığı da dâhil edilerek güncellenmesi ve ulusal boyutta değerlendirme için projelerin yürütülmesi;
- E-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminin siberkondriyi açıklama oranı göz önüne alındığında, siberkondriyi ortaya çıkarabilecek ya da belirtilerini şiddetlendirebilecek diğer faktörlerin saptanması için ve siberkondrinin sebep olabileceği sağlık problemlerinin ve potansiyel ekonomik/sosyal maliyetlerin ortaya konması adına bu alanda daha fazla çalışma yapılması;
- İnternet kullanımının ve kullanıcı aralığının her geçen gün artması dolayısıyla siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişimi düzeyini belirlemek, bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerine dair daha genellenebilir sonuçlar ortaya koymak ve ayrıca sosyo-demografik faktörlerin değişkenlerde oluşturduğu farklılıkları daha net anlamlandırmak için farklı bölgelerde ve daha geniş örneklem gruplarında çalışılması;
- Bu araştırmada, siberkondri, e-sağlık okuryazarlığı ve güven iletişiminin bireylerin kendi algı ve kanaatlerine dayalı olarak ölçülmesi sebebiyle gelecek çalışmalarda gözlem, görüşme gibi teknikleri kullanarak veya E-SOY becerisini test ile ölçerek elde edilen verilerle çıkarımlar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ahmad, F., Hudak, P., Bercovitz, K., & Hollenberg, E. (2006). Are physicians ready for patients with internet-based health information?. *Journal of Medical Internet Research*, 8(3), 1-8, e22.
- Aiken, M., & Kirwan, G. (2014). The psychology of cyberchondria and “cyberchondria by proxy”. İçinde A. Power & G. Kirwan (Eds.), *Cyberpsychology and new media: A thematic reader* (ss. 158-169). London: Psychology Press.
- Aiken, M., Kirwan, G., Berry, M., & O’Boyle, C.A. (2012). The age of cyberchondria. *Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal*, 5(1), 71-74.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362.
- Akbolat, M., Karakaya, F., Uğan, Ç., & Durmuş, A. (2017). The effect of trust communication in patient-physician relationship on satisfaction and compliance to treatment. *International Journal of Health Medicine and Current Research*, 2(4), 610-619.
- Akın, F. (2018). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde hasta-hekim ilişki düzeyinin ölçülmesi ve bu ilişki düzeyinin bireylerin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir.
- Akkoç, N., & Güldal, D. (2001). Kliniğe giriş: Kavram ve uygulamalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(1), 75-78.
- Akkoyunlu, B., & Yılmaz, M. (2005). Öğretmen adaylarının bilgi okuryazarlık düzeyleri ile internet kullanım sıklıkları ve internet kullanım amaçları. *Eurasian Journal of Educational Research*, 19(1), 1-14.
- Aktan, C.C., & Tunç, M. (1998). Bilgi toplumu ve Türkiye. *Yeni Türkiye Dergisi*, 4(9), 118-134.
- ALA (American Library Association). (1989). *Presidential committee on information literacy: Final report*. Erişim adresi: <http://www.ala.org/ala/mgrps/divs/acrl/publications/whitepapers/presidential.cfm> (Erişim tarihi: 14/02/2019).
- AlGhamdi, K.M., & Moussa, N.A. (2012). Internet use by the public to search for health-related information. *International Journal of Medical Informatics*, 81(6), 363-373.

- Altındış, S., İnci, M.B., Aslan, F.G., & Altındış, M. (2018). Üniversite çalışanlarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 359-370.
- Anderson, J.G., Rainey, M.R., & Eysenbach, G. (2003). The impact of CyberHealthcare on the physician-patient relationship. *Journal of Medical Systems*, 27(1), 67-84.
- APA (American Psychiatric Association). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Arklan, Ü., & Taşdemir, E. (2008). Bilgi toplumu ve iletişim: Bilginin yayılması sürecinde kitle iletişim araçları ve internet. *Selçuk İletişim Dergisi*, 5(3), 67-80.
- Aslantekin, F., & Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334.
- Aşkar, P., & Mazman, S.G. (2013). Çevrimiçi Bilgi Arama Stratejileri Envanteri'nin Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 38(168), 167-182.
- Atıcı, E. (2005). *Erişkin lösemili hastalarda hasta-hekim ilişkisinin tıp etiği ilkeleri açısından incelenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Uludağ Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- Atıcı, E. (2007a). Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(2), 91-96.
- Atıcı, E. (2007b). Hasta-hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 45-50.
- Atıcı, E. (2008). Kanserin tıp etiği bağlamında değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 16(3), 127-138.
- Atilla, G., Oksay, A., & Erdem, R. (2012). Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2(43), 23-37.
- Avrupa Komisyonu. (2019). *eHealth: Digital Health and Care*, European Commission, Erişim adresi: https://ec.europa.eu/health/ehealth/overview_en (Erişim tarihi: 12/01/2019).
- Ay, K., & Seferoğlu, S.S. (2017). Lisansüstü öğrencilerin çevrim-içi bilgi arama stratejilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 25(1), 51-66.
- Bahadır Yılmaz, E., Ayvat, İ., & Şiran, B. (2018). Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(1), 11-17.
- Baker, D.W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.

- Baker, L., Wagner, T.H., Singer, S., & Bundorf, M.K. (2003). Use of the internet and e-mail for health care information: Results from a national survey. *The Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2400-2406.
- Bal, H. (2001). *Bilimsel araştırma yöntem ve teknikleri*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi, SDÜ yayın No:20.
- Balay, R. (2004). Küreselleşme, bilgi toplumu ve eğitim. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(2), 61-82.
- Balçık, P.Y., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B.K. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 595-605.
- Barrett, M.J. (2000). *Why doctors hate the net-The Forrester Report*. Erişim adresi: <http://www.forrester.com/ER/Research/Report/0,1338,9114,FF.html> (Erişim tarihi: 14/11/2018).
- Bass, S.B., Ruzek, S.B., & Gordon, T.F. (2006). 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. *Journal of Health Communication*, 11(2), 219-236.
- Başaran, M. (2005). Sınıf öğretmeni adaylarının bilgi okuryazarlıklarının değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(3), 163-177.
- Başoğlu, M.A. (2018). *Edirne il merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda siberkondrinin sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Edirne.
- Başol, E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 76-93.
- Batıgün, A.D., Gör, N., Kömürcü, B., & Şenkal Ertürk, İ. (2018). Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ): Geliştirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(2), 1-14.
- Baumgartner, S.E., & Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 14(10), 613-618.
- Bautista, J.R. (2015). From solving a health problem to achieving quality of life: Redefining eHealth literacy. *Journal of Literacy and Technology*, 16(2), 33-54.
- BBC News. (2001). "Cyberchondria" hits web users, BBC, Erişim adresi: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1274438.stm> (Erişim tarihi: 02/12/2018).

- Bellet, P.S. (1994). How should physicians approach problems of their patients?. *Pediatrics*, 94(6), 928-930.
- Belling, C. (2006). Hypochondriac hermeneutics: Medicine and the anxiety of interpretation. *Literature and Medicine*, 25(2), 376-401.
- Berger, M., Wagner, T.H., & Baker, L.C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1821-1827.
- Berrios-Rivera, J.P., Street, R.L., Garcia, M.G., Kallen, M.A., Richardson, M.N., Janssen, N.M., ... Suarez-Almazor, M.E. (2006). Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, 55(3), 385-393.
- Beydağ, K.D., & Güldür, A. (2019, Nisan). *İnternetten sağlık arama davranışı olan gebelerin sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeyi*. 3. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, Trabzon.
- Beyoğlu, M.M. (2019). *Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Van.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Bodie, G.D., & Dutta, M.J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly Journal*, 25(1-2), 175-203.
- Boot, C.R., & Meijman, F.J. (2010). The public and the internet: Multifaceted drives for seeking health information. *Health Informatics Journal*, 16(2), 145-156.
- Brosan, L., Hogan, B., Flight, E., Freyland, J., Kult, F., Lightning, E., & Heeswyk, R. (2010). *Coping with anxiety*. UK: Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).
- Can, A.B., Sönmez, E., Özer, F., Ayva, G., Bacı, H., Kaya, H.E., ... Aslan, D. (2014). Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36(4), 486-494.
- Cesur, B., Özdemir, A., & Yurtsal, Z.B. (2015). Health literacy and promotion of health. İçinde R. Efe, M. Ayışığı, Ö. Düzbakar & M. Arslan (Eds.), *Turkey at the beginning of 21st century: Past and present* (ss. 625-631). Sofia: St. Kliment Ohridski University Press.
- Chan, C.V., Matthews, L.A., & Kaufman, D.R. (2009). A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth literacy. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive*, 2009(2009), 86-90.

- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor-patient relationship: A literature review. *Journal of Healthcare Communications*, 3(36), 1-6.
- Chesser, A., Burke, A., Reyes, J., & Rohrberg, T. (2016). Navigating the digital divide: A systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States. *Informatics for Health and Social Care Journal*, 41(1), 1-19.
- Chew, L.D., Bradley, K.A., & Boyko, E.J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 36(8), 588-594.
- Christmann, S. (2013). *The impact of online health information on the doctor-patient relationship: Findings from a qualitative study*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). London School of Economics and Political Science/ The University of London, London.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). Sivas'ta hekim-hasta ilişkileri-II. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 49-79.
- Cole, A.W. (2014). *College student lay health information mediary behavior: An examination of eHealth literacy and unrequested health advice*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). The University of Wisconsin-Milwaukee, USA.
- Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri-SPSS uygulamalı* (8. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 391-408.
- Cusack, D.A. (2000). Breakdown of trust between doctor and patient. *The Lancet*, 356(9239), 1431-1432.
- Çakır Turgut, E. (2010). *Online health information seeking habits of middle aged and older people: A case study*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). The Graduate School of Informatics/The Middle East Technical University, Ankara.
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., & Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.
- Çelik, G., & Çekiç, O. (2014). Türkçe öğretmen adaylarının görsel okuryazarlık becerileri hakkındaki görüşleri. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 10(4), 840-862.
- Çetin, İ., & Özhanlı, Y. (2018). Cerrahi hastalarının sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanım özellikleri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 44-49.

- Çiftçioğlu, A., & Ordun, G. (2010). Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişiminden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik bir araştırma. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi*, 9(34), 109-118.
- Çizmeçi, E., & Deniz, S. (2017). Chronically searching online: E-health literacy of diabetes patients and healthy individuals in Turkey. *Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi*, 5(15), 71-86.
- Çopurlar, C.K., & Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 40-45.
- Davidson, B. (2009). *Cyberchondria*, Scribd, Erişim adresi: <https://tr.scribd.com/document/70667677/Cyberchondria> (Erişim tarihi: 08/09/2018).
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B., & Bairnsfather, L.E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Demir, Y., & Gözümlü, S. (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler: Web destekli sağlık eğitimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4), 196-203.
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan&İnsan*, 7(24), 84-96.
- Denktaş, K. (2019). *Kırsal kesimde ilköğretim son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlığı*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Dinççağ, A. (1999). *Hasta ile iletişim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Doherty-Torstrick, E.R., Walton, K.E., & Fallon, B.A. (2016). Cyberchondria: Parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390-400.
- DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. (2019). *E-health*, WHO Regional Office for Europe, Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/e-health/e-health-readmore> (Erişim tarihi: 12/01/2019).
- Duffin, J. (1999). *History of medicine: A scandalously short introduction*. London: Macmillan Press.
- Dura, C. (1990). *Bilgi toplumu*. Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları.
- Dülger, İ. (1987). *21.yy. 'da hedef alınan toplum*. Ankara: DPT Yayını.
- Ekiz, P. (2017). *Sağlıkla ilgili bilgilere erişimde internetin rolü*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Elçiyar, K., & Taşçı, D. (2017). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 231-244.
- Elston, M.A. (1991). The politics of professional power: Medicine in a changing health service. İçinde J. Gabe, M. Calnan & M. Bury (Eds.), *The sociology of the health service* (ss. 58-88). London: Routledge.
- Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician patient relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226.
- Erdal, M., & S. Saygılı (2007). *İnternet sağlık sektöründe gizlilik ve etik standartlar, Bilgi Yönetimi, Erişim* adresi: http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=159 (Erişim tarihi: 11/10/2018).
- Erigüç, G., & Koca, G.Ş. (2014, Eylül). *Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi: Hastaların değerlendirmeleri üzerine bir araştırma*. 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Lefke.
- Erkan, H. (1998). *Bilgi toplumu ve ekonomik gelişme*. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Ertaş, H., Kırac, R., & Ünal, S. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin siberkondri düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(23), 1746-1764.
- Ertong, G. (2011). *Sağlık sisteminde hekim-hasta ilişkisi ve güven unsuru*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Eryiğit Günler, O. (2015). Bilgi toplumunda internetin önemi ve sağlık üzerindeki etkileri. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 17(29), 33-40.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1-2, e20.
- Eysenbach, G. (2003). The impact of the internet on cancer outcomes. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 53(6), 356-371.
- Eysenbach, G., & Jadad, A.R. (2001). Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the internet age. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1-11, e19.
- Eysenbach, G., & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324(7337), 573-577.

- Fergus, T.A. (2013). Cyberchondria and intolerance of uncertainty: Examining when individuals experience health anxiety in response to internet searches for medical information. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 16(10), 735-739.
- Fergus, T.A., & Russell, L.H. (2016). Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive-compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 88-94.
- Fergus, T.A., & Spada, M.M. (2017). Cyberchondria: Examining relations with problematic internet use and metacognitive beliefs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1322-1330.
- Filiz, E. (2015). *Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C.G., Duberstein, P., McDaniel, S.H., & Epstein, R.M. (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians?. *Medical Care*, 42(11), 1049-1055.
- Fox, S. (2006). *Online health search 2006*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project.
- Fox, S., & Duggan, M. (2013). *Health online 2013*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project.
- Fox, S., & Rainie, L. (2000). *The online health care revolution: How the web helps Americans take better care of themselves*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project.
- Fox, S., & Rainie, L. (2002). *Vital decisions: A pew internet health report*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project.
- Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, D.L., Tuchman, A.M., & Wallston, K.A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.
- Geçer, A., & İra, N. (2014). Web Ortamında Bilgi Arama ve Yorumlama Stratejileri Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (38), 134-147.
- Gencer, T.Z. (2017). Norman ve Skinner'ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin kültürel uyarlaması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İÜ İletişim Fakültesi Dergisi*, 1(52), 131-145.
- Gerber, B.S., & Eiser, A.R. (2001). The patient-physician relationship in the internet age: Future prospects and the research agenda. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1-6, e15.

- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C., & Bayer, E. (2006). Hastaların bakış açısıyla hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi: Bir eğitim hastanesi örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 129-144.
- Gilstad, H. (2014, Mayıs). *Toward a comprehensive model of eHealth literacy*. Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics (PAHI 2014), Trondheim Norway.
- Gordon, T., & Edwards, S. (1995). *Doktor hasta işbirliği*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Gözlü, K. (2018). *Sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Aile sağlığı merkezleri örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Griebel, L., Enwald, H., Gilstad, H., Pohl, A.L., Moreland, J., & Sedlmayr, M. (2018). eHealth literacy research-quo vadis?. *Informatics for Health and Social Care*, 43(4), 427-442.
- Gülcemal, E. (2015). *Hekim-hasta ilişkisinde güven faktörünün incelenmesi: Isparta ili örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Gülcemal, E., & Keklik, B. (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Güleşen, A. (2019). *Kalp hastası kadınlarda siberkondri düzeyi ve etkileyen faktörler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gültekin, E. (2016). Etik açıdan doğru hekim-hasta iletişimi nasıl olmalıdır?. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 24(3), 111-115.
- Gürol, M. (1995, Ekim). *Bilgi toplumunun eğitim sistemi ve bu sisteme eğitimcilerin yetiştirilmesi*. 1.Sistem Mühendisliği ve Savunma Uygulamaları Sempozyumu, Ankara.
- Güven, D.Y., Bulut, H., & Öztürk, S. (2018). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*, 7(2), 400-409.
- Ha, J.F., Anat, D.S., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Habertürk. (2016). *Siberkondria nedir?*, Habertürk, Erişim adresi: <https://www.haberturk.com/saglik/haber/1266633-siberkondria-nedir#> (Erişim tarihi: 02/12/2018).
- Harding, K.J., Skritskaya, N., Doherty, E., & Fallon, B.A. (2008). Advances in understanding illness anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 311-317.

- Hardoff, D., & Schonmann, S. (2001). Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Medical Education*, 35(3), 206-210.
- Harris Interactive. (2001). The increasing impact of eHealth on consumer behavior. *Health Care News*, 1(21), 1-9.
- Hart, J., & Björgvinsson, T. (2010). Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(2), 122-140.
- Hastalığımlı Bul. (2013). Erişim adresi: <http://telematicsforchild.wixsite.com/hastaligimibul/sorgulama> (Erişim tarihi: 19/10/2018).
- Hastalık Belirtileri Tarama Testi. (2011). Erişim adresi: <http://www.diagnoscope.com/> (Erişim tarihi: 19/10/2018).
- Haywood, C., Lanzkron, S., Ratanawongsa, N., Bediasko, S.M., Lattimer, L., Powe, N.R., & Beach, M.C. (2010). The association of provider communication with trust among adults with sickle cell disease. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), 543-548.
- Hesse, B.W., Nelson, D.E., Kreps, G.L., Croyle, R.T., Arora, N.K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: The impact of the internet and its implications for health care providers: Findings from the first health information national trends survey. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), 2618-2624.
- Hillen, M.A., de Haes, H.C.J.M., Stalpers, L.J.A., Klinkenbijn, J.H.G., Eddes, E.H., Butow, P.N., ... Smets, E.M.A. (2014). How can communication by oncologists enhance patients' trust? An experimental study. *Annals of Oncology*, 25(4), 896-901.
- Hillen, M.A., de Haes, H.C.J.M., van Tienhoven, G., Bijker, N., van Laarhoven, H.W.M., Vermeulen, D.M., & Smets, F.M.A. (2015). All eyes on the patient: The influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast Cancer Research Treatment*, 153(1), 161-171.
- Hocaoğlu, Ç. (2015). Farklı bir hipokondriyazis: Bir vaka sunumu. *Journal of Mood Disorders*, 5(1), 36-39.
- HON (Health on the Net Foundation). (2018). *HONcode: Principles*, Health on the Net, Erişim adresi: <https://www.hon.ch/HONcode/Patients/Conduct.html> (Erişim tarihi: 10/12/2018).
- Hou, J., & Shim, M. (2010). The role of provider-patient communication and trust in online sources in internet use for health-related activities. *Journal of Health Communication*, 15(3), 186-199.

- İlgaz, A., & Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.
- Illich, I. (1995). *Sağlığın gaspı (medikal nemesis)*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Independent News. (2009). *Cyberchondria: The perils of internet self-diagnosis*, Independent, Erişim adresi: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/cyberchondria-the-perils-of-internet-self-diagnosis-1623649.html> (Erişim tarihi: 02/12/2018).
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (6. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kalender, A., & Uludağ, A. (2004). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde doktor-hasta ilişkisinin rolü. *Amme İdaresi Dergisi*, 37(4), 117-132.
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009, Ekim). *Promoting health and development: Closing the implementation gap*. 7. Global Conference on Health Promotion, Nairobi Kenya.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., & Ware, J.E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3), 110-127.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karapınar, Ö.K., Aslan, S., & Utku, Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 43-51.
- Karsavuran, S., Kaya, S., & Akturan, S. (2011). Hasta-hekim iletişimde güven: Bir genel cerrahi polikliniği örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2), 185-212.
- Kazazoğlu, S. (2013). Türkçe ve İngilizce derslerine yönelik tutumun akademik başarıya etkisi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 38(170), 294-307.
- Keller, G.L., Padala, P.R., & Petty, F. (2008). Clinical pearls to manage cyberchondriacs. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(1), 75-76.
- Kellner, D. (2001). New technologies/New literacies: Reconstructing education for the new millennium. *International Journal of Technology and Design Education*, 11(1), 67-81.
- Kemp, S. (2018). *Digital in 2018: world's internet users pass the 4 billion mark*. Erişim adresi: <https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018> (Erişim tarihi: 04/01/2019).
- Kennedy, I. (1981). *The unmasking of medicine*. London: George Allen & Unwin.

- Kılıç, T. (2017). E-sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.
- Kim, S., & Southwell, B. (2010). *Driven to the internet? Satisfaction with physician patient communication as a predictor of consumers' online information seeking*. Conference Papers-International Communication Association, Singapur.
- Koch, E., & Turgut, T. (2004). Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: Bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 64-69.
- Korkut, E., & Akkoyunlu, B. (2008). Yabancı dil öğretmen adaylarının bilgi ve bilgisayar okuryazarlık öz-yeterlikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(34), 178-188.
- Korp, P. (2006). Health on the internet: Implications for health promotion. *Health Education Research*, 21(1), 78-86.
- Koszegi, B. (2003). Health anxiety and patient behavior. *Journal of Health Economics*, 22(6), 1073-1084.
- Koza, M. (2008). *Bilgi yönetimi: Bilgiyi doğru kullanmak*. İstanbul: Kum Saati Yayınları.
- Kripalani, S., Jacobson, T.A., Mugalla, I.C., Cawthon, C.R., Niesner, K.J., & Vaccarino, V. (2010). Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5(5), 269-275.
- Krupat, E. (1979). The doctor-patient relationship: A social psychological analysis. *Education for Health Administration*, 18(8), 609-616.
- Kurbanoğlu, S. (2010). Bilgi okuryazarlığı: Kavramsal bir analiz. *Türk Kütüphaneciliği*, 24(4), 723-747.
- Kurudayıoğlu, M., & Tüzel, S. (2010). 21. yüzyıl okuryazarlık Türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları Dergisi*, 15(28), 283-298.
- Kurulgan, M., & Argan, M. (2007). Anadolu Üniversitesi öğrencilerinin internet üzerinden bilgi arama davranışları. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 291-304.
- Kutlu, M., Çolakoğlu, N., & Özgüvenç, Z.P. (2010). Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(2), 127-143.

- Küçükdurmaz, F., Aytekin, M.N., Tuncay, İ., & Çen, C. (2013). Sağlıkla ilgili Türkçe web sitelerindeki bilgilerin kalitesi üzerine bir pilot çalışma: Menisküs yırtığı. *Nobel Medicus*, 9(2), 114-117.
- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J.D., & Emmerton, L. (2014). Dr Google and the consumer: A qualitative study exploring the navigational needs and online health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), 1-14, e262.
- Lewis, T. (2006). Seeking health information on the internet: Lifestyle choice or bad attack of cyberchondria?. *Media, Culture and Society*, 28(4), 521-539.
- Leykin, Y., Muñoz, R.F., & Contreras, O. (2012). Are consumers of internet health information “cyberchondriacs”? Characteristics of 24,965 users of a depression screening site. *Depression and Anxiety*, 29(1), 71-77.
- Loos, A. (2013). Cyberchondria: Too much information for the health anxious patient?. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 17(4), 439-445.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power: Two works by Niklas Luhmann*. New York: John Wiley & Sons.
- Luo, Y.F., Yang, S.C., Chen, A.S., & Chiang, C.H. (2018). Associations of eHealth literacy with health services utilization among college students: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), 1-9, e283.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45(3), 373-381.
- MacStravic, S. (2000). The downside of patient empowerment. *Health Forum Journal*, 43(1), 30-31.
- Mahmud, A. (2009). Doctor-patient relationship, pulse. *Medical Journal of Apollo Hospitals Dhaka*, 3(1), 12-14.
- Manav, F. (2011). Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.
- Markoff, J. (2008, 24 Kasım). Microsoft examines causes of ‘cyberchondria’. *The New York Times*. Erişim adresi: <https://www.nytimes.com/2008/11/25/technology/internet/25symptoms.html> (Erişim tarihi: 26/08/2018).
- Mathes, B.M., Norr, A.M., Allan, N.P., Albanese, B.J., & Schmidt, N.B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research*, 261, 204-211.
- McAllister, D.J. (1995). Affect and cognition based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of Management Journal*, 38(1), 24-59.

- McDaid, D., & Park, A. (2010). *Online health: Untangling the web*. London: BUPA.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259-265.
- McManus, F., Leung, C., Muse, K., & Williams, J.M. (2014). Understanding 'cyberchondria': An interpretive phenomenological analysis of the purpose, methods and impact of seeking health information online for those with health anxiety. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7(21), 1-13.
- McMullan, M. (2006). Patients using the internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 24-28.
- McPheat, S. (2010). *MTD training: Effective communication skills*. MTD Training & Ventus Publishing. Erişim adresi: <http://promeng.eu/downloads/training-materials/ebooks/soft-skills/effective-communication-skills.pdf> (Erişim tarihi: 22/09/2018).
- Meydan, C.H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal eşitlik modellemesi-AMOS uygulamaları* (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Monkman, H., & Kushniruk, A.W. (2015). eHealth literacy issues, constructs, models, and methods for health information technology design and evaluation. *Knowledge Management & E-Learning*, 7(4), 541-549.
- Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., White, M., ... Turner, R. (2003). The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: Patient perceptions. *Archives of Internal Medicine*, 163(14), 1727-1734.
- Muse, K., McManus, F., Leung, B., Meghreblian, C.B., & Williams, J.M. (2012). Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 189-196.
- Nicholas, D., Huntington, P., Gunter, B., Withey, R., & Russell, C. (2003). The British and their use of the web for health information and advice: A survey. *Aslib Proceedings*, 55(5/6), 261-276.
- Norman, C.D. (2011). eHealth literacy 2.0: Problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 1-4, e125.
- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006a). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), 1-7, e27.
- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006b). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-10, e9.

- Norr, A.M., Allan, N.P., Boffa, J.W., & Raines, A.M. (2015). Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): Replication and extension with bifactor modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 58-64.
- Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- OECD. (2013). *PISA 2015: Draft science framework*. Paris: OECD Publishing.
- Oğuz, N.Y. (1995). Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 3(2-3), 59-65.
- Ong, L.M.L., de Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Oskay, Ü. (2001). *İletişimin ABC'si*. İstanbul: Der Yayınevi.
- Önal, H.İ. (2007). Medya okuryazarlığı: Kütüphanelerde yeni çalışma alanı. *Türk Kütüphaneciliği*, 21(3), 335-359.
- Örs, Y. (1975). Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. *Tıp Dünyası*, 48(6), 224-230.
- Özden, Y. (2002). *Eğitimde dönüşüm: Eğitimde yeni değerler* (4. Baskı). Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Özer, O. (2007). *Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalarla yapılan anket çalışması ile hasta-hekim iletişiminin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.
- Özer, Ö., Şantaş, F., & Budak, F. (2012). Sağlık web sitelerinin kullanım düzeylerinin incelenmesi: Örnek bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1(4), 128-140.
- Özkul, H. (2018). *Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan bireylerin ve sağlıklı bireylerin stresle başa çıkma becerileri ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Paige, S.R., Krieger, J.L., & Stellefson, M.L. (2017). The influence of eHealth literacy on perceived trust in online health communication channels and sources. *Journal of Health Communication*, 22(1), 53-65.

- Palacı, H., Yarar, O., Kuru, İ., & Gülhan, Y. (2016, Ekim). *Doktor Google: İnternette sağlık bilgisi kaynakları ve sağlık okur yazarlığının önemi*. Tıp Teknolojileri Kongresi, Biyomedikal ve Klinik Mühendisliği Derneği, Antalya.
- Park, H., Cormier, E., Gordon, G., & Baeg, J.H. (2016). Identifying health consumers' eHealth literacy to decrease disparities in accessing eHealth information. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 34(2), 71-76.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss JR, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Parker, R.M., Ratzan, C.S., & Lurie, N. (2003). Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs*, 22(4), 147-153.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159.
- Plotnik, R. (2009). *Psikolojiye giriş*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 502-512.
- Rains, S.A. (2007). Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: Findings from the health information national trends survey. *Journal of Health Communication*, 12(7), 667-680.
- Ratzan, S.C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214.
- Ratzan, S.C., & Parker, R.M. (2000). Introduction. İçinde C.R. Selden, M. Zorn, S. Ratzan & R.M. Parker (Eds.), *National library of medicine current bibliographies in medicine: health literacy* (ss. v-vii). Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Recupero, P.R. (2010). The mental status examination in the age of the internet. *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*, 38(1), 15-26.
- Richtering, S.S., Hyun, K., Neubeck, L., Coorey, G., Chalmers, J., Usherwood, T., ... Redfern, J. (2017). eHealth literacy: Predictors in a population with moderate-to-high cardiovascular risk. *JMIR Human Factors*, 4(1), 1-9, e4.
- Rogers, W.A. (2002). Is there a moral duty for doctors to trust patients?. *Journal of Medical Ethics*, 28(2) 77-80.
- Rosser, W.W., & Kasperski, J. (2001). The benefits of a trusting physician-patient relationship. *Journal of Family Practice*, 50(4), 329-330.

- Rourke, K.O. (1993). Trust and physician-patient relationship. *American Journal of Kidney Diseases*, 21(6), 684-685.
- RTÜK. (2016). *Medya okuryazarlığı nedir?*, Medya Okuryazarlığı, Erişim adresi: https://www.medyaokuryazarligi.gov.tr/menu_goster.php?Guid=B7AA7732-1593-4B32-BDE5-D76E64C2A5FA&MenuId=2 (Erişim tarihi: 13/01/2019).
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2019). *2019-2023 stratejik planı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Saygılı, S., & Erdal, M. (2001). Yeni teknolojilerin sağlık sektöründeki etkileri ve internet kullanımı. *Güncel Eczacılık*, (98), 15-18.
- Selvi, Y., Turan, S.G., Sayin, A.A., Boysan, M., & Kandeger, A. (2018). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. *Sleep and Hypnosis*, 20(4), 241-246.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. İçinde İ. Çınarlı & H. Yücel (Eds.), *İletişim* (ss. 73-91). İstanbul: Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını Sağlık İletişimi Özel Sayı: 3.
- Silver, M.P. (2015). Patient perspectives on online health information and communication with doctors: A qualitative study of patients 50 years old and over. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1), 1-15, e19.
- Solmaz, B., & Yılmaz, R.A. (2012). Medya okuryazarlığı araştırması ve Selçuk Üniversitesi'nde bir uygulama. *Selçuk İletişim*, 7(3), 56-61.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2015). Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "New" psychopathologies for the 21st century?. *Official Journal of the World Psychiatric Association*, 14(1), 97-100.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2015). Cyberchondria: An old phenomenon in a new guise?. İçinde E. Aboujaoude & V. Starcevic (Eds.), *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise* (ss. 106-117). New York: Oxford University Press.

- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E.A. (2011). eHealth literacy among college students: A systematic review with implications for eHealth education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 1-12, e102.
- Street, R.L. (2003). Communication in medical encounters: An ecological perspective. İçinde T.L. Thompson, A.M. Dorsey & K.I. Miller (Eds.), *Handbook of health communication* (ss. 63-89). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Szasz, T.S., & Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592.
- Şahin, C., & Say, Ö. (2010). İlköğretim öğrencilerinin bilimsel okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(11), 223-240.
- Şengül, H., Çınar, F., Çapar, H., Bulut, A., & Çakmak, C. (2017). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve internet kullanımına yönelik tutumları: Bir vakıf üniversitesi örneği. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 4(12), 1277-1287.
- Taylor, H. (2002). *Cyberchondriacs update*. United States: The Harris Poll.
- Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 112-123.
- TDK. (2019). *Güncel Türkçe sözlük*. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 13/12/2019).
- Te Poel, F., Baumgartner, S.E., Hartmann, T., & Tanis, M. (2016). The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 32-40.
- Tekin, A. (2007). *Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri: Burdur örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Tekin, A., Kaya, E., Demirel, M., & Yazıcı, S.Ö. (2009). Güçlendirme bağlamında internetin hasta-hekim ilişkilerine etkisi. *Selçuk İletişim*, 6(1), 23-36.
- Tennant, B. (2013). *eHealth literacy and social media use for health information among older adults*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). The Graduate School of the University of Florida, Florida.
- Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., & Alber, J. (2015). eHealth literacy and web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), 1-16, e70.

- Tezcan, C. (2008). *Yapısal eşitlik modelleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Thom, D.H., & Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: An exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 169-176.
- Thom, D.H., Hall, M.A., & Pawlson, L.G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124-132.
- Thom, D.H., Kravitz, R.L., Bell, R.A., & Krupat, E. (2002). Patient trust in the physician: Relationship to patient requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483.
- Thomas, K.T. (2006). *Health communication*. New York: Springer Science-Business Media Inc.
- Tiritoğlu, S. (2019). *Diyetisyene başvuran bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri ile siberkondri ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tones, K. (2002). Health literacy: New wine in old bottles?. *Health Education Research*, 17(3), 287-290.
- Tosun, B., Özdemir, S., Tosun, U., Ataç, E., & Cebeci, G. (2015). Determination of attitudes of healthcare professionals regarding health information on the internet. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(3), 247-251.
- Toygar, Ş.A. (2018). E-sağlık uygulamaları. *Yasama Dergisi*, (37), 101-123.
- Tözün, M., & Sözmen, M.K. (2015). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*, (2), 48-54.
- TRT Haber. (2016). *İnternet çağı hastalığı "siberkondria"*, TRT Haber, Erişim adresi: <https://www.trthaber.com/haber/bilim-teknoloji/internet-cagi-hastaligi-siberkondria-231646.html> (Erişim tarihi: 02/12/2018).
- Tsai, M.J. (2009). Online Information Searching Strategy Inventory (OISSI): A quick version and a complete version. *Computers & Education*, 53(2), 473-483.
- Turgut, H. (2005). *Yapılandırmacı tasarım uygulamasının fen bilgisi öğretmen adaylarının bilimsel okuryazarlık yeterliklerinden bilimin doğası ve bilim-teknoloji-toplum ilişkisi boyutlarının gelişimine etkisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Yıldız Teknik Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Turkiewicz, K. (2012). *The impact of cyberchondria on doctor-patient communication*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). The University of Wisconsin-Milwaukee, USA.
- Tustin, N. (2010). The role of patient satisfaction in online health information seeking. *Journal of Health Communication*, 15(1), 3-17.

- TÜİK. (2019). *Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması, 2019*. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30574> (Erişim tarihi: 12/01/2020).
- TÜİK. (2019). *Son üç ay içinde internet kullanan bireylerin interneti kişisel kullanma amaçları*. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 (Erişim tarihi: 12/01/2020).
- TÜİK. (2020). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi*. Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> (Erişim tarihi 15/03/2020).
- Tüter, M. (2019). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- Uçak, N.Ö. (1997). Bilgi gereksinimi ve bilgi arama davranışı. *Refereed Papers Türk Kütüphaneciliği*, 11(4), 315-325.
- Uçak, N.Ö., & Al, U. (2000). İnternette bilgi arama davranışları. *Refereed Papers Türk Kütüphaneciliği*, 14(3), 317-331.
- Uçak, N.Ö., & Güzeldere, Ş.O. (2006). Bilişsel yapının ve işlemlerin bilgi arama davranışı üzerine etkisi. *Türk Kütüphaneciliği*, 20(1), 7-28.
- Uludağ, A. (2011). *Doktor-hasta iletişimi açısından hastanelerde hekim seçme uygulaması: Karşılaştırmalı bir çalışma*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- UNESCO. (2004). *The plurality of literacy and its implications for policies and programmes*. Education Sector Position Paper. Paris: UNESCO.
- Uyer, G. (2000). Hemşire-hasta iletişimi ve iletişimin hasta yönünden önemi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 8(2), 90-94.
- Uzun, S.U. (2016). *Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Denizli.
- Uzun, S.U., & Özdemir, C. (2017, Mart). *Bir üniversite son sınıf öğrencilerinde siberkondri düzeyi ve etkileyen faktörler*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya.
- Ünal, Ö. (2016). *Hasta hekim iletişiminin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Ünalın, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Valley, P. (2001, 27 Nisan). New disorder, cyberchondria, sweeps the internet. *NZ Herald*. Erişim adresi: https://www.nzherald.co.nz/technology/news/article.cfm?c_id=5&objectid=185422 (Erişim tarihi: 21/09/2018).
- van der Vaart, R., Drossaert, C.H., de Heus, M., Taal, E., & van de Laar, M.A. (2013). Measuring actual eHealth literacy among patients with rheumatic diseases: A qualitative analysis of problems encountered using Health 1.0 and health 2.0 applications. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), 1-17, e27.
- van Deursen, A.J., & van Dijk, J.A. (2011). Internet skills performance tests: Are people ready for eHealth?. *Journal of Medical Internet Research*, 13(2), 1-11, e35.
- Weiss, B.D., Mays, M.D., Martz, W., Castro, K.M., DeWalt, D.A., Pignone, M.P., & Hale, F.A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- West, C. (1984). *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- White, R.W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), 1-37.
- Witten, N.S.K., & Humphry, J. (2018). The electronic health literacy and utilization of technology for health in a remote Hawaiian community: Lana'i. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 77(3), 51-59.
- WHO (World Health Organization). (2013). European health literacy survey. İçinde I. Kickbusch, L.N. Pelikan, F. Apfel & A.D. Tsouros (Eds.), *Health literacy: The solid facts* (ss. 4-6). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Xie, B. (2011). Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 1-19, e90.
- Yağbasan, M., & Çakar, F. (2006). Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (15), 609-629.
- Yanık, C. (2010). Öğretmen adaylarının bilgisayar okuryazarlık algıları ile internet kullanımına yönelik tutumları arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39(39), 371-382.
- Yaşın, B., & Özen, H. (2011). Gender differences in the use of internet for health information search. *Ege Akademik Bakış*, 11(2), 220-240.
- Ye, Y. (2010). Correlates of consumer trust in online health information: Findings from the health information national trends survey. *Journal of Health Communication*, 16(1), 34-49.

- Yılmaz, A.A. (2005). *Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Yılmaz, E. (2013). Türkiye’de hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (3), 93-108.
- Yılmaz, F., Yavuz Çolak, M., & Ersoy, K. (2009). Sağlık okuryazarlığının ve hasta hekim iletişimi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 19(1), 22-30.
- Yılmaz, Ö. (2017). *Yetişkinlerde anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler: Sağlık kaygısı, kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve aleksitimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Yirmibeşoğlu, E., Öztürk, A.S., Erkal, H.Ş., & Egehan, İ. (2005). Kanser hastalarının bilgi arayışında internet kullanımı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2), 125-128.
- Yolal, M., & Kozak, R. (2008). Bilgiye erişim aracı olarak öğrencilerin internete yaklaşımı. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (20), 115-128.
- Yozgat, U. (1998). *Yönetim bilişim sistemleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2006). *Advancing health literacy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zülfikar, H. (2014). Hastaların internet kullanımı ve elektronik ortamdaki sağlık bilgilerine erişim davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 46-52.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma “E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisinde Güven İletişiminin Aracı Rolü” başlıklı, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı’nda yürütülmekte olan bir yüksek lisans tezi için veri toplamak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup; katılımcılara ait bilgiler üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. İfadelerin tamamını lütfen eksiksiz yanıtlayınız.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Kübra ÖZTÜRK

Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tez Danışmanı

Lütfen yandaki ölçeği kullanarak sizin için uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Bu ifadelerin herkes için ortak ve doğru bir yanıtı yoktur. Yalnızca anketi dolduran kişilerin kendi yargılarının öğrenilmesi amaçlanmaktadır.	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
1. Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum fark edersem bunu internette araştırırım.					
2. Aynı hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette birçok kez aratırım.					
3. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, Facebook/Twitter/diğer sosyal ağlarda harcadığım zamanı engeller.					
4. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, hekimime başvurmama neden olur.					
5. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra rahatlayamam.					
6. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, diğer çalışmalarımı engeller.					
7. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra tedirginliğim artar.					
8. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette yaptığım boş zaman aktivitelerimi (örn: film izlemek...vs) engeller.					
9. Aile hekimimin/uzman doktorun görüşünü, internette yaptığım araştırmalardan daha fazla ciddiye alırım.					
10. Hastalık belirtilerimin/şikâyetlerimin, nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta bulunduğunu internette okuduğumda paniğe kapılırım.					
11. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, o hastalığı olan kişilerin tıbbi durumlarını, hastalık belirtilerini ve deneyimlerini tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					
12. Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, işimi engeller.					
13. Aynı sağlık durumuyla ilgili farklı internet sayfalarını okurum.					

14.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi engeller (örn: ailemle/arkadaşlarımla geçirdiğim zamanı azaltır).					
15.	İnternette edindiğim tıbbi bilgileri, aile hekimimle/sağlık çalışanlarıyla görüşürüm.					
16.	İnternette okuduğum, ihtiyacımın olabileceği tanı yöntemini (biyopsi, BT, MR, özel kan testi...vs) aile hekimime/uzman doktora öneririm.					
17.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette haber/spor/eğlence ile ilgili yazıları okumamı engeller.					
18.	Hastalık belirtilerim/şikâyetlerim ile ilgili olarak aynı internet sayfasını birçok kez okurum.					
19.	Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi arama motoruna girdiğimde; sonuç sayfasındaki sıralamanın, hastalık yaygınlığına göre olduğunu ve daha üstte yer alanların en olası tanı olduğunu düşünürüm.					
20.	Ciddi bir hastalık hakkında internette bilgi okuyuncaya kadar iyi olduğumu düşünürüm.					
21.	Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim.					
22.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissederim.					
23.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim.					
24.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi (Skype, WhatsApp, Messenger, Viber) engeller/yavaşlatır.					
25.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller.					
26.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvuramama neden olur.					
27.	Sağlık sorunlarım ile ilgili internette edindiğim bilgileri aile hekimimle konuşmak beni rahatlatır.					
28.	Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim.					
29.	İnternette araştırdığım hastalık belirtilerim/şikâyetlerim hakkındaki kaygılarımı gidermekte güçlük çekerim.					
30.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					
31.	Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım.					
32.	“Eğer internette hastalık belirtim/şikâyetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm.					
33.	Aile hekimim/uzman doktor internette elde ettiğim bilgileri “önemseme” derse endişem gider.					

Lütfen yandaki ölçeği kullanarak sizin için uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Bu ifadelerin herkes için ortak ve doğru bir yanıtı yoktur. Yalnızca anketi dolduran kişilerin kendi yargılarının öğrenilmesi amaçlanmaktadır.		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.	İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.					
2.	İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.					
3.	İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.					

4.	Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.					
5.	İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
6.	İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.					
7.	İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.					
8.	Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum.					

Lütfen yandaki ölçeği kullanarak sizin için uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Bu ifadelerin herkes için ortak ve doğru bir yanıtı yoktur. Yalnızca anketi dolduran kişilerin kendi yargılarının öğrenilmesi amaçlanmaktadır.		Hiç	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen	Katılıyorum
1.	Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için her ne gerekiyorsa yaparlar.							
2.	Hekimlerin tıbbi kararları genellikle doğrudur.							
3.	Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.							
4.	Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirdir.							
5.	Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez.							
6.	Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söylemek konusunda tamamen dürüsttür.							
7.	Hekimler, hastaların hassas tıbbi bilgilerini konuyla ilgisi olmayan kimselerle paylaşmazlar.							
8.	Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.							
9.	Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.							
10.	Hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.							
11.	Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.							
12.	Eğer hekimim bana bir şey söylerse, o doğrudur.							
13.	Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.							
14.	Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim.							
15.	Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.							
16.	Hekimim sağlığımı benim kadar çok önemser.							
17.	Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.							
18.	Hekimim ihtiyaç duyulduğunda beni hastaneye yatırır.							
19.	Hekimim sosyal güvencem masrafları karşılamasa da uygun tıbbi kararlar verir.							
20.	Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.							
21.	Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.							
22.	Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar aynı hekimi tercih ederim.							

KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyetiniz?				
☐ Kadın	☐ Erkek			
Medeni durumunuz?				
☐ Evli	☐ Bekar			
Yaşınız?				
☐ 18-25 yaş	☐ 26-35 yaş	☐ 36-45 yaş	☐ 46-55 yaş	☐ ≥56 yaş
Eğitim durumunuz?				
☐ İlköğretim	☐ Lise	☐ Önlisans/Lisans	☐ Lisansüstü	
Kronik bir rahatsızlığınız var mı?				
☐ Var	☐ Yok			

Anket bitmiştir. Eklemek istedikleriniz varsa, lütfen yazınız.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Ek- 2 Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/11/2018-E.15308



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.99/
Konu : 06/38 Kübra ÖZTÜRK

Sayın Kübra ÖZTÜRK

İlgi : Kübra ÖZTÜRK 31/10/2018 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 07.11.2018 tarihli ve 06 sayılı toplantısında alınan "38" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

38. Kübra ÖZTÜRK'ün "Sberkondri, Hasta – Hekim İlişkisinde Güven İletişimi ve E-Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Kübra ÖZTÜRK'ün "Sberkondri, Hasta – Hekim İlişkisinde Güven İletişimi ve E-Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6P41PYE>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağı :www.sakarya.edu.tr



ÖZGEÇMİŞ

Kübra ÖZTÜRK, ilköğretimini Edirne Şehit Asım İlköğretim Okulu’nda, ortaöğretimini Eskişehir İsmet İnönü İlköğretim Okulunda bitirmesinin ardından, Lise öğretimini ise Eskişehir 19 Mayıs Anadolu Lisesi’nde tamamladı. Lisans eğitimini Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü’nde tamamladı. 2017 senesinde Acıbadem Eskişehir Hastanesi’nde, Hasta Kabul Yetkilisi olarak görev yaptı.

