

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN
KAMU ÇALIŞANLARININ SİBERKONDRI
DÜZEYİNE ETKİSİ: MALATYA İLİ ÖRNEĞİ
Elif ÖZEL

Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Sağlık Yönetimi Programı
TEMMUZ 2024

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
Yüksek Lisans Tezi

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN KAMU ÇALIŞANLARININ
SİBERKONDRI DÜZEYİNE ETKİSİ: MALATYA İLİ ÖRNEĞİ

Tez Yazarı
Elif ÖZEL

Danışman
Doç. Dr. Özcan DEMİR

TEMMUZ 2024
ELAZIĞ

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

Başlığı:	E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN KAMU ÇALIŞANLARININ SİBERKONDRİ DÜZEYİNE ETKİSİ: MALATYA İLİ ÖRNEĞİ
Yazarı:	Elif ÖZEL
Tez Öneri Tarihi:	08.12.2022
Savunma Tarihi:	05.07.2024

TEZ ONAYI

Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırlanan bu tez aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından değerlendirilmiş ve akademik dinleyicilere açık yapılan savunma sonucunda **OYBİRLİĞİ** ile kabul edilmiştir.

İmza

Danışman:	Doç. Dr. Özcan DEMİR Fırat Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Başkan:	Doç. Dr. Muhammet DÜŞÜKCAN Fırat Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Eray Ekin SEZGİN Munzur Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Üye:	
Üye:	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun/...../20..... tarihli toplantısında
tescillenmiştir.

Prof. Dr. Murat SUNKAR
Enstitü Müdürü

BEYAN

Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım “**E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN KAMU ÇALIŞANLARININ SİBERKONDRİ DÜZEYİNE ETKİSİ: MALATYA İLİ ÖRNEĞİ**” Başlıklı Yüksek Lisans Tezi’nin içindeki bütün bilgilerin doğru olduğunu, bilgilerin üretilmesi ve sunulmasında bilimsel etik kurallarına uygun davrandığımı, kullandığım bütün kaynakları atıf yaparak belirttiğimi, maddi ve manevi desteği olan tüm kurum/kuruluş ve kişileri belirttiğimi, burada sunduğum veri ve bilgileri unvan almak amacıyla daha önce hiçbir şekilde kullanmadığımı beyan ederim.

05.07.2024

Elif ÖZEL

ÖN SÖZ

Günümüzde teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesi, sağlık alanında da önemli değişimleri beraberinde getirmiştir. İnternet ve dijital platformlar, insanların sağlık bilgilerine erişimini ve paylaşımını büyük ölçüde kolaylaştırmıştır. Ancak, bu durum bazı olumsuz davranışsal sonuçları da doğurabilmektedir. Siberkondri bunlardan biridir.

“E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Kamu Çalışanlarının Siberkondri Düzeyine Etkisi” adlı tez çalışmasında, kamu kurumlarında çalışan personelin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin siberkondri düzeyine olan etkileri araştırılmıştır. Özellikle mesleki gereklilikleri nedeniyle kamu çalışanları, dijital teknolojileri yoğun biçimde kullanmaktadır. Bu durum, söz konusu çalışanların internetten sağlık bilgisi arama davranışını da etkileyebilir.

Günümüzde hastalıkların çoğalması, sağlık hizmetlerinin sayısının artması ve çeşitlenmesiyle beraber kişilerin sağlık hizmetlerine ve sağlık bilgilerine rahat ve hızlı bir şekilde ulaşma istekleri e-sağlık okuryazarlığı kavramının önemini artırmaktadır. Bu sebeple bu çalışma kamu personellerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Ayrıca e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin kamu personellerinin siberkondri düzeyine etkisini araştıran çalışmaların yetersiz olması da çalışmayı özgün kılmaktadır. Yapılan çalışmada kamu kurumlarının az sayıda personel ile nöbet usulü çalışması, anket yapılacak kamu kurumlarının birbirine uzak olması, katılımcıların anket sorularını yeterince okumadan ve düşünmeden cevaplandırması çalışmanın kısıtları arasındadır.

Araştırma süreci boyunca, bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, eksiklerimi giderme konusunda titizlikle yönlendiren, ilgi ve desteğiyle her daim yanımda olan, sonsuz sabrıyla ve hoşgörüsüyle destekleyen değerli danışmanım Doç. Dr. Özcan DEMİR’e,

Tezimin fikir aşamasında, konu seçiminde ve araştırma sürecinde yanımda olan ve desteğini esirgemeyen hocam Dr. Zülküf NARLIKAYA’ya,

Yüksek lisans eğitim dönemim ve tez araştırma süreci boyunca bana verdikleri değerli katkıları ve destekleri için sevgili arkadaşlarım Büşra BOZKURT’a ve Merve ALAN’a,

Hayatımın her anında olduğu gibi bu süreç boyunca da yanımda olan, sevgi ve desteklerini esirgemeyen, bana inanan ve güvenen, değerli aileme,

Araştırmam da anket çalışmasına verdikleri katkıdan dolayı Malatya Vergi Dairesi Başkanlığı, Malatya Defterdarlık, Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Malatya İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinde görev yapan idari sınıfta yer alan kamu çalışanlarına,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmalar Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunun 11/11/2022 tarih ve 21 sayılı izni ile gerçekleştirilmiştir.

Elif ÖZEL
ELAZIĞ 2024

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	I
ÖN SÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
EKLER LİSTESİ.....	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	X
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	2
1.3. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	3
2. MATERYAL VE METOT.....	4
2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	4
2.2. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....	4
2.2.1. Demografik Sorular.....	4
2.2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	4
2.2.3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği.....	5
2.3. Araştırmanın Modeli Ve Hipotezleri.....	5
2.4. Verilerin Analizi.....	6
2.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	7
3. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	8
3.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	8
3.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı.....	8
3.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri.....	9
3.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri.....	10
3.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	11
3.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi.....	11
3.1.6. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı.....	12
3.1.7. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları.....	13
3.2. E-Sağlık Okuryazarlığı.....	13
3.2.1. E-Sağlık Kavramı.....	14
3.2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı.....	15
3.2.3. E-Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri.....	17
3.2.4. E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve E-Sağlık Okurayazarlık Düzeyinin İlişkili Olduğu Faktörler.....	19
3.2.5. E-Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	20
3.3. Siberkondri.....	20
3.3.1. Siberkondri Kavramı.....	20
3.3.2. Siberkondri İle İlişkili Faktörler.....	21
3.3.3. Siberkondrinin Sağlık Üzerine Etkisi.....	22
3.3.3.1. Anksiyete ve Korku.....	22
3.3.3.2. Anksiyete ve Depresyon.....	23
3.3.3.3. Stres, Çatışma ve Anksiyete.....	23
3.3.3.4. Obsesif, Kompulsif Bozukluk.....	24
3.3.4. Siberkondrinin Önlenmesi.....	24
4. BULGULAR.....	26
4.1. Farklılık Testleri.....	28

4.2.	Ölçek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	50
4.3.	E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Siberkondri Düzeyine Etkisi	51
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	52
5.1.	Öneriler	61
KAYNAKLAR.....		63
ÖZ GEÇMİŞ		a



ÖZET

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN KAMU ÇALIŞANLARININ SİBERKONDRI DÜZEYİNE ETKİSİ: MALATYA İLİ ÖRNEĞİ

Elif ÖZEL

Yüksek Lisans Tezi

FIRAT ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimleri Enstitüsü

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

Sağlık Yönetimi Programı

Temmuz 2024, Sayfa: X+ 74

Günümüzde, sağlık sisteminin karmaşık yapıdaki sağlık bilgilerini anlamak, kullanmak ve sağlık hizmeti sunan veya üreten sunucular ile etkili bir iletişim kurulabilmesi için sağlık okuryazarlığı becerisine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bakımdan sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık becerilerine ek olarak sağlık hususlarını da bağlayan bilgileri de içeren bir kavram olarak görülmektedir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı; kişinin eğitim düzeyinden veya genel okuma becerisinden ayrı bir biçimde okumak, dinlemek, incelemek, kararlaştırmak ve bu kabiliyetlerin sağlık hususunda kullanabilmesi gibi becerileri de kapsamaktadır. Sağlığın daha da önem kazandığı son dönemlerde internette yer alan bilgi çeşitliliği, sağlık okuryazarlığının doğru şekilde icra edilmesinin değerini daha da artırmıştır. Bireylerin herhangi bir sağlık problemi ile ilgili önlemlerini, tanısını, tedavi yöntemlerini internette araştırması e-sağlık okuryazarlığını ortaya çıkarmıştır. İnternette sağlık bilgisi aramanın olumsuz bir sonucu olarak yeni dönemin hastalıklarından “siberkondri” kavramını gündeme getirmiştir. Mesleklerinden ötürü sürekli dijital teknolojileri ve interneti kullanan kamu çalışanlarının internette daha fazla sağlık bilgisi arama davranışında bulunabileceği varsayıldığında, bu çalışmada amaç e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin kamu çalışanlarının siberkondri düzeyine olan etkisi incelenmektedir.

Çalışmada kullanılacak olan veriler, 401 kişi üzerinde anket yöntemi elde edilmiştir. Bu çalışmada elde edilen veriler lisanlı SPSS 25 paket programı ile analiz edilmiştir. Güvenilirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden yararlanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmeleri nedeniyle t ve ANOVA testinden yararlanılmıştır. ANOVA testinde farklılık olması durumunda varyansların homojenliği varsayımı dikkate alınarak Tukey testi ile farklılıklar hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler arasında ilişkilere bakılırken pearson korelasyon testlerinden ve regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Çalışmada elde edilen analiz sonucuna göre, kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin siberkondri ciddiyet düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, E-Sağlık Okuryazarlığı, Siberkondri

ABSTRACTD

THE EFFECT OF E-HEALTH LITERACY LEVEL ON THE CYBERCHONDRIA LEVEL OF PUBLIC EMPLOYEES: THE CASE OF MALATYA PROVINCE

Elif ÖZEL

Master's Thesis

FIRAT UNIVERSITY

Graduate School of Social Sciences

DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT

Health Management Program

July, 2024, Page: X+ 74

Health literacy skills are needed in today's healthcare system to understand and use complex health information and to communicate effectively with providers who provide or produce healthcare. In this context, health literacy is thought to include knowledge about health issues as well as general literacy skills. Therefore, health literacy; It also includes a person's education level and general reading skills, as well as skills such as reading, listening, checking, decision-making, and applying these skills to health problems. As the importance of health has increased recently, the diversity of information available on the internet increases the value of health literacy. E-health literacy has been identified by people who research online the prevention, diagnosis and treatment of any health problem. As a negative result of searching for health information on the internet, the concept of "cyberchondria", one of the diseases of the new age, has come to the fore. When we examined the literature, we came across studies examining the relationship between digital literacy, e-Health literacy and cyberchondria from different perspectives. No study has been found examining the model discussed in this study. Assuming that public employees who constantly use digital technologies and the internet due to their profession may engage in more health information search behavior on the internet, this study examines the effect of the e-health literacy level on the cyberchondria level of public employees.

The data to be used in the study was obtained by survey method on 401 people. The data obtained in this study were analyzed with the licensed SPSS 25 package program. For reliability, the internal consistency coefficient Cronbach's Alpha test statistic was used. While examining the differences between groups, t and ANOVA tests were used since the variables came from normal distribution. In case of differences in the ANOVA test, differences were calculated with the Tukey test, taking into account the assumption of homogeneity of variances. Pearson correlation tests and regression analysis were used when examining the relationship between continuous variables.

According to the analysis results obtained in the study, it was seen that the e-health literacy levels of public employees had a significant effect on the severity levels of cyberchondria.

Keywords: Health, E-Health Literacy, Cyberchondria

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Modeli	5
Şekil 2. Sağlık okuryazarlığı çerçevesi	9
Şekil 3. Sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli	10
Şekil 4. E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli	18



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Verilerine İlişkin Bulgular	26
Tablo 2. Sağlık bilgisi özelliklerine ilişkin frekans dağılım tablosu	27
Tablo 3. Ölçek düzeylerine ilişkin frekans, normallik ve güvenilirlik sonuçları	28
Tablo 4. Ölçek düzeylerinin cinsiyetle karşılaştırılması	29
Tablo 5. Ölçek düzeylerinin yaş gruplarıyla karşılaştırılması.....	30
Tablo 6. Ölçek düzeylerinin medeni durumla karşılaştırılması.....	31
Tablo 7. Ölçek düzeylerinin eğitim durumu karşılaştırılması.....	32
Tablo 8. Ölçek düzeylerinin kronik hastalık durumları karşılaştırılması	33
Tablo 9. Ölçek düzeylerinin tanıli psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırılması	33
Tablo 10. Ölçek düzeylerinin sigara tüketme durumları karşılaştırılması	34
Tablo 11. Ölçek düzeylerinin ailede sağlık çalışanı olma durumları karşılaştırılması.....	35
Tablo 12. Ölçek düzeylerinin günlük internet kullanma süreleri karşılaştırılması	36
Tablo 13. Ölçek düzeylerinin internet kullanma durumları karşılaştırılması.....	37
Tablo 14. Ölçek düzeylerinin sağlık ile ilgili yayın takip etme durumları karşılaştırılması	38
Tablo 15. Ölçek düzeylerinin TV’ de sağlık ile ilgili yayın takip etme sıklık durumları karşılaştırılması	39
Tablo 16. Ölçek düzeylerinin internette sağlık bilgisi araştırma sıklık durumları karşılaştırılması	41
Tablo 17. Ölçek düzeylerinin internet sağlık bilgisi güvenli bulma durumları karşılaştırılması	43
Tablo 18. Ölçek düzeylerinin internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma durumları karşılaştırılması	44
Tablo 19. Ölçek düzeylerinin doktora gitmeden önce internette araştırma durumları karşılaştırılması.....	45
Tablo 20. Ölçek düzeylerinin doktora gittikten sonra internette araştırma durumları karşılaştırılması	46
Tablo 21. Ölçek düzeylerinin hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma durumları karşılaştırılması.....	47
Tablo 22. Ölçek düzeylerinin hekim önerisi dışı ilaç kullanma durumları karşılaştırılması	47
Tablo 23. Ölçek düzeylerinin internetteki sağlık bilgilerine göre sağlığa karar verme durumları karşılaştırılması	49
Tablo 24. Ölçek düzeyleri arası ilişki	50
Tablo 25. E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Siberkondri Düzeyine Etkisi	51

EKLER LİSTESİ

Ek- 1: Anket Formu.....	69
Ek- 2: E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.....	71
Ek- 3: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği.....	72
Ek- 4: Etik Kurul Kararı.....	74



SİMGELER VE KISALTMALAR

Simgeler

min	: minimum
maks	: maksimum
n	: birim sayısı
Ort.	: Ortalama
p	: anlamlılık değeri
r	: korelasyon katsayısı
SS	: Standart Sapma

Kısaltmalar

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	: Analysis of Variance
COVID-19	: Coronavirus Disease-19
ÇSBAD	: Çevrimiçi Sağlık Bilgisi Arama Davranışı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EHEALS	: E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
NCS	: Ulusal Ek Tanı Araştırması
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TV	: Televizyon
vb	: ve benzeri
vd	: ve diğerleri

1. GİRİŞ

Dijitalleşen dünyayla birlikte “okuryazarlık” terimi “dijital okuryazarlık” teriminin altında gelişmeye başlamıştır. Okuryazarlık kelimesinin bileşenlerinden olan “okur” sözcüğü; yazılı bir metni okumak biçiminde tanımlanırken dijital okuryazarlıkla beraber “dijital okur” şekline dönüşmüştür ve dijital ortamlarda üretilmiş olan verileri kavrayabilme şeklinde tanımlanmıştır. Öte yandan “yazar” kavramı da benzer şekilde “dijital yazar” şeklinde ifade edilmiştir ve söz konusu kelimeye tüm konular için dijital içerikler yaratabilmek anlamı verilmiştir.

Okuryazarlık terimi ilk olarak, yazılı bir metni okuyup ve anlamlandırmak şeklinde açıklanmaktadır. Okuryazarlık ifadesi geniş kapsamlı olarak ele alındığında ise; okuma ve yazmayla beraber kişilerin yaşamlarındaki her şeye anlam yüklemesi ve onları anlamlandırması olarak belirtilmektedir. İlerleyen zaman içerisinde teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte okuryazarlık terimi de daha çeşitli alanlara yayılmış ve değişimler geçirerek yeni türleri ortaya çıkmıştır. Okuryazarlık türlerinden olan medya okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık gibi ifadeler kişilerin yaşamında yer edinmiştir.

“Dijital okuryazarlık” kavramı; bireyin dijital ortamda üretilen verilere erişilebilmesi, söz konusu verilerden yararlanılabilmesi ve elde ettiği bilgilerden yenilerini üretip bunları paylaşabilmesi biçiminde izah edilmiştir. Dijital okuryazarlık; çoklu kaynak kullanarak veriler arasında ilişkiler kurup bilgilere erişmek ve bunu yaparken de yeterince işlevsel ve dijital kabiliyetlere sahip olmak demektir. Dijital okuryazarlığı olan bireyler dijital ortamlardan, internetten ve dijital teknolojilerden yararlanır iken bir problemle karşılaştıklarında, bu durumun kaynağını anlayıp doğru davranışlar sergileyerek problemi çözme kabiliyetine sahiptir.

Çağımızda artık internet üzerinden bir sağlık bilgisi kaynağı biçiminde yararlanılması halinde ciddi düzeyde artış vardır. Birçok kullanıcı, sağlıkla ve sağlık hizmetleriyle ilgili bilgileri elde edebilmek için internetten yardım almaktadır. İnterneti sağlıkla ilgili bilgileri elde etmek için kullanmanın; kolay erişim, zengin içeriğe sahip resimli ve görsel-işitsel sağlık kaynaklarının mevcudiyeti ve uzman görüşü alma olanağı vb. pek çok avantajı vardır. Ayrıca internetin anonim olması, kullanıcıların sağlık sorunlarını belirtmeleriyle öteki insanlar ile benzer durumlara dair deneyimlerini paylaşmalarına olanak vermektedir. İnternet; toplumsal etkileşimi geliştirme, yaşamdaki sorunlar ile daha iyi mücadelede bulunma, belli hastalıklarla ilgili daha fazla bilgilere ulaşma, ruhsal rahatlama ve sağlık bilgisi arayışında olanlar için klinik neticelerin iyileştirilmesi konusunda fırsat vermektedir.

Ancak bütün bu avantajlarından ayrı internette sağlık bilgisi araştırmanın negatif yanları da vardır. Birey sağlık endişesinin artmasıyla, internetten sağlık bilgisi aramaya daha çok yönelmektedir. Çevrimiçi sağlık bilgisi aramanın sağlık endişesi olan bireylerde belirsizlik ve kaygıyı artırdığı gözlemlenmektedir. Buna bağlı olarak ortaya çıkan yanlış anlama sonucunda, çevrimiçi sağlık aramalarında artış görülmekte ve bu da sağlık kaygısını yükseltmektedir. Bu durumu ifade etmek için de “çağın hastalığı” olarak tanımlanan “siberkondri” kavramı ön plana çıkmaktadır.

İnternet üzerindeki sağlık bilgileri aramaları genel olarak sağlık merkezlerine başvurular ile sonlanmakta ve hekim-hasta ilişkilerinde olumsuzluklara yol açmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinde harcamalar artmaktadır.

E-sağlık okuryazarlığına sahip olmak belli bir düzeyde beceri gerektirir. “E-sağlık okuryazarlığı” kavramı; elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi araştırma, bu bilgileri anlayarak

değerlendirme ve elde edilen bilgileri bir sağlık sorunu üzerine uygulama becerisi biçiminde izah edilmektedir.

Yeterli düzeyde e-sağlık okuryazarlığına sahip olmayan bir topluluk için medya ya da internet vasıtasıyla edinilmiş olan sağlık bilgileri olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Kişilerin kendileri için uygun olmayan tedavileri denemesi önemli sağlık problemlerine neden olabilmekte, sağlık endişelerini çoğaltmakta ve gereksiz sağlık kuruluşlarına başvurularının artmasına yol açabilmektedir.

1.1.Araştırmanın Amacı

Sağlık, bireylerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen kritik bir faktördür. Günümüzde, teknolojinin hızla ilerlemesi ve internet kullanımının yaygınlaşması, sağlık alanında da köklü değişikliklere yol açmıştır. "E-Sağlık" olarak adlandırılan bu dönüşüm, bireylerin sağlık bilgilerine daha kolay erişmesini ve sağlık hizmetlerini daha etkin kullanmasını sağlamaktadır.

Ancak, bu değişim beraberinde yeni sorunları da getirmiştir. Siberkondri olarak tanımlanan aşırı sağlık kaygısı ve internette kompulsif sağlık araştırmaları, bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle kamu çalışanlarının sağlık ve iş verimliliği üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir.

E-sağlık okuryazarlığı ve teknoloji kullanımı arasındaki ilişki dikkate alındığında, kişiler ne kadar çok teknoloji kullanırsa o teknolojiyi kullanmadaki yetenekleri de bir o kadar gelişecektir (Norman ve Skinner, 2006). Buna bağlı olarak teknolojiyi ve interneti sürekli kullanan kamu çalışanları, e-sağlık okuryazarlığı düzeyini ve siberkondri düzeyini ölçmek için ideal bir grup olarak hizmet edebilir.

Bu bağlamda çalışmanın temel amacı, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin, kamu çalışanlarının siberkondri düzeyine etkisinin değerlendirmek ve beraberinde getirdiği olumsuz etkileri azaltacak ne gibi önlemler alınacağını belirlemektir. Ayrıca, çalışmanın temel amacına ilave olarak kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile siberkondri düzeylerinin demografik özelliklere göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit edilmesi ise alt amaç olarak belirlenmiştir.

1.2.Araştırmanın Önemi

Günümüzde, teknolojinin hızlı gelişimi ve dijital dönüşümün etkisiyle, internet kullanımı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli ölçüde artış göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 16-74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranı 2021 yılında %85,0 iken 2023 yılında bu oran %87,1'e yükselmiştir. Cinsiyete göre bakıldığında ise erkeklerde internet kullanım oranı 2023 yılında %90,9 iken kadınlarda %83,3 olarak kaydedilmiştir (Tüik,2023).

Bu artan internet kullanımı, beraberinde insanların sağlık bilgilerine erişim alışkanlıklarını da değiştirmiştir. Kişiler, sağlık sorunları ve hastalıklarıyla ilgili bilgileri daha çok çevrimiçi kaynaklardan edinmeye başlamışlardır. Özellikle meslekleri gereği sürekli bilgisayar başında vakit geçiren kamu personellerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, onların siberkondri düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen bu çalışma, bu bağlamda önemli bir araştırma alanı olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca, günümüzde hastalıkların çeşitlenmesi ve sağlık hizmetlerinin sayısının artmasıyla birlikte, kişilerin mevcut sağlık durumlarını koruma ve geliştirme, aynı zamanda sağlık bilgilerine hızlı erişme istekleri de e-sağlık okuryazarlığının önemini artırmaktadır. Bu bağlamda, bu çalışma kamu personellerinin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri hakkında da önemli bilgiler sunmaktadır.

Öte yandan, e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri üzerindeki etkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunması, bu araştırmayı özgün ve önemli kılmaktadır.

Tüm bunların ışığında, kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, siberkondri düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesi, günümüzün teknoloji odaklı ve sağlık bilinçli dünyasında kritik bir konudur. Bu çalışmadan elde edilecek bulgular, hem teorik literatüre hem de kurumsal uygulamalara önemli katkılar sağlayabilecektir.

1.3.Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu araştırma, Ocak 2023- Haziran 2023 tarihleri arasında Malatya Vergi Dairesi Başkanlığı, Malatya Defterdarlık, Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Malatya İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinde görev yapan idari sınıfta yer alan kamu çalışanları ile sınırlıdır.

6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen deprem felaketinden dolayı Malatya ilindeki kamu kurumlarının az sayıda personel ile nöbet usulü çalışması anket yapılacak kamu çalışanlarına ulaşmadaki güçlükler arasında yer almaktadır. Aynı zamanda anket yapılacak kamu kurumlarının birbirine uzak olması, katılımcıların anket sorularını yeterince okumadan ve düşünmeden cevaplandırması da araştırmanın diğer kısıtları arasındadır.

2. MATERİYAL VE METOT

Bu bölümde çalışmanın amacına ulaşmak için veri toplama ve analiz süreçlerinde kullanılan materyal ve yöntemlere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2022-2023 yılında Malatya Vergi Dairesi Başkanlığı, Malatya Defterdarlık, Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Malatya İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinde görev yapan idari sınıfta yer alan 957 kamu çalışanı oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme ise, %95 güven düzeyinde ve %5 hata payı ile aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

Örneklem Büyüklüğü

$$n = N \cdot (t^2 \cdot p \cdot q) / (d^2 \cdot (N-1) + (t^2 \cdot p \cdot q))$$

Söz konusu formülde N, evren büyüklüğünü; t, güven düzeyini (1.96); p, olayın gerçekleşme olasılığını (0.5); q, olayın gerçekleşmeme olasılığını (0.5); ve d, kabul edilebilir hata payını (0.05) temsil etmektedir (Hayran, 2012: 72). Yapılan hesaplamalar sonucunda, evren büyüklüğü 957 olan bu çalışmanın örneklem büyüklüğü 275 olarak bulunmuştur. Araştırmada 401 kamu çalışanına anket uygulanmıştır.

2.2. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli olan veriler birincil veri kaynağı olan yapılandırılmış anket uygulaması ile toplanmıştır. Çalışmanın amacı ve anketin içeriği, katılımcılara kısa bir bilgilendirme formu ile anlatılarak anket soruları araştırmacı tarafından katılımcılara yüz yüze görüşmelerle iletilmiştir. Araştırmada veri toplama araçları olarak katılımcıların demografik özelliklerinin sorgulandığı anket formu ile e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin ölçüldüğü E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve siberkondri düzeylerinin belirlendiği Siberkondri Ciddiyet Ölçeği kullanılmıştır.

2.2.1. Demografik Sorular

Araştırmacı tarafından ilgili literatürden faydalanılarak hazırlanmış olup çalışmanın amacına yönelik olarak katılımcıların demografik özelliklerini belirleyici 20 soru yer almaktadır.

2.2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Araştırmada kamu personellerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için e-sağlık okuryazarlık ölçeği tercih edilmiştir. Kanada Toronto Üniversitesi'nden Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner'in (2006) geliştirdiği E-Sağlık Okuryazarlık ölçeği Zekiye Tamer Gencer (2017) tarafından geçerlik ve güvenilirlik analizi yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,915 alfa değeri olarak hesaplanmıştır. Ölçek tek faktör ve 8 maddeden oluşmakta olup soruların değerlendirilmesinde 5'li Likert Tipi ölçek kullanılmıştır. "1- Hiç Katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Tamamen Katılıyorum" biçiminde hazırlanan ölçekte katılımcılar sorulardan en düşük 8, en yüksek 40 puan almaktadır. Ölçekten alınan puanın artmasıyla e-sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Çalışmamızda e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,962 şeklinde bulunmuştur.

2.2.3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

Çalışmaya katılan kamu çalışanlarının siberkondri düzeylerini belirlemek üzere siberkondri ciddiyet ölçeği tercih edilmiştir. Ölçek, McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirilmekte olup ölçeğin dil ve kapsam geçerliliğiyle Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini Süleyman Utku Uzun ve Mehmet Zencir (2016) yapmıştır.

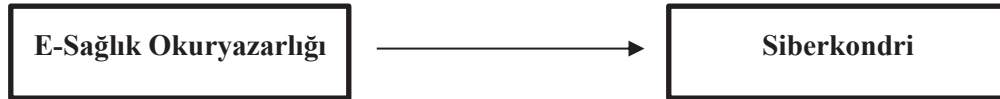
Siberkondri ciddiyet ölçeği, 33 sorudan oluşmakta olup 5’li Likert tipinde “(1- Hiçbir zaman, 2- Nadiren, 3- Bazen, 4- Genellikle, 5- Her Zaman) derecelendirilen bir ölçektir. Zorlantı (3,6,8,12,14,17,24,25. sorular), aşırı kaygı (5,7,10,20,22,23,29,31. sorular), aşırılık (1,2,11,13,18,19,21,30. sorular), içini rahatlatma (4,15,16,26,27,32. sorular) ve doktora güvensizlik (9,28,33. sorular)” olarak 5 alt ölçeği bulunmaktadır.

Siberkondri ciddiyet ölçeği sürekli bir ölçek olup ölçekten minimum 33 maksimum 165 puan alınabilmektedir. Sorulardan alınan puanlar toplanarak siberkondri düzeyi hesaplanır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça kişinin siberkondri seviyesi de artmaktadır.

Uzun ve Zencir tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenirlik testlerinde alt ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0,65 ile 0,86 (Zorlantı:0,85, Aşırı Kaygı:0,84, Aşırılık:0,86, İçini Rahatlatma:0,78, Doktora Güvensizlik:0,65) arasında değişmektedir ve bütün ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89 şeklinde bulunmuştur. Çalışmamızda alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0,89 ile 0,92 (Zorlantı:0,90, Aşırı Kaygı:0,89, Aşırılık:0,91, İçini Rahatlatma:0,92, Doktora Güvensizlik:0,91) arasında değişmekte olup bütün ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,936 olarak bulunmuştur.

2.3.Araştırmanın Modeli Ve Hipotezleri

Çalışmada temel araştırma yaklaşımlarından, nicel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırma; tanımlayıcı bir araştırma olup, ilişkisel araştırma tanımına uymaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni “siberkondri”, bağımsız değişkeni “e-sağlık okuryazarlığı”dır.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Literatür bulgularının, araştırmanın temel sorusunun “E-sağlık okuryazarlığı düzeyi kamu çalışanlarının siberkondri düzeyine etki eder mi?” ve yukarıda ifade edilen modelin çizdiği çerçevede araştırma sorularına uygun olarak geliştirilen hipotezler şöyledir:

H₁: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H₂: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H₃: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H₄: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H₅: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri kronik hastalığa göre farklılık göstermektedir.

H₆: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa göre farklılık göstermektedir.

H₇: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri sigara içme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₈: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ailede sağlık çalışanı olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₉: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri günlük internette geçirilen ortalama süreye göre farklılık göstermektedir.

H₁₀: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H₁₁: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H₁₂: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H₁₃: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H₁₄: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri kronik hastalığa göre farklılık göstermektedir.

H₁₅: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa göre farklılık göstermektedir.

H₁₆: : Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri sigara içme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₁₇: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri ailede sağlık çalışanı olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₁₈: Kamu çalışanlarının siberkondri düzeyleri günlük internette geçirilen ortalama süreye göre farklılık göstermektedir.

H₁₉: Kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin siberkondri düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

2.4.Verilerin Analizi

Bu araştırmada elde edilen veriler lisanlı SPSS 25 paket programıyla analize tabi tutulmuştur. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılır iken çarpıklık basıklık katsayılarından yararlanılmış olup, Tabachnik ve Fidell (2013)' e göre skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri -1.50 ile +1.50 arasındaysa normal dağılım olduğu kabul edilir olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan geldiği ifade edilmiştir.

Güvenilirlikle ilgili olarak iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden yararlanılmıştır ve Güvenirlik katsayısı $0,00 \leq \alpha < 0,40$ (güvenilir değil); $0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenilirlikte); $0,60 \leq \alpha < 0,80$ (oldukça güvenilir) ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ (yüksek derecede güvenilir) şeklinde saptanmıştır (Kalaycı, 2008). Dikkate alınarak güvenilirlik sonuçları verilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmelerinden dolayı t ve ANOVA testinden faydalanılmıştır. ANOVA testinde farklılık olması halinde varyansların homojenliği varsayımı dikkate alınıp Tukey testi ile farklılıklar hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler arasında ilişkilere bakılırken pearson korelasyon testlerinden ve regresyon analizinden faydalanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmıştır ve $p < 0,05$ olması halinde anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

2.5.Araştırmanın Etik Yönü

Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 11.11.2022 tarihinde alınan 21 nolu karar ile tez çalışmasının yürütülebilmesi için gerekli olan etik kurul onayı alınmıştır. Ardından araştırmanın yapılabilmesi için anket çalışmasının yapılacağı kamu kurumlarından gerekli olan yasal izinler alındıktan sonra anket çalışmasına başlanmıştır.



3. KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırmanın kuramsal çerçevesine ait bilgilere yer verilmiştir.

3.1.Sağlık Okuryazarlığı

Bu başlık altında sağlık okuryazarlığının kuramsal çerçevesine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Okuryazarlık sağlık üstünde merkezi bir etkiye sahiptir ve sağlığın belirleyicileri arasında da kritik bir rol oynamaktadır. Toplum içerisindeki düşük okuryazarlık seviyeleri hem doğrudan hem de dolaylı olarak çeşitli olumsuz sonuçlara yol açmaktayken, buna karşılık okuryazarlık seviyesindeki artış, bilhassa işlevsel okuryazarlık seviyesindeki artış, bireysel ve toplumsal sağlıkla ilgili pozitif etkilere sahiptir. Söz konusu ilişkiye duyulan ilgi zaman içerisinde sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin iletişim kapasitesi ile toplumun ve sağlık sisteminin taleplerine dayalı olarak şekillenen kompleks bir yapıdır (Nutbeam, 2008: 2072-2078).

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık ile ilişkili bilgilere erişebilme, bilgiyi anlama ve söz konusu bilgileri sağlığın iyileştirilmesi veya sürdürülmesi amacıyla kullanma motivasyonunu ve becerilerini belirleyen bilişsel ve sosyal yeteneklerin tümünü temsil etmektedir. Yani sağlık okuryazarlığı sadece broşür okumak ve randevu almaktan ibaret değildir. Kişilerin sağlık bilgilerine erişebilmesi ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanabilmesi, hasta-hekim ilişkisinde oldukça önemlidir. Hastanın, hekim tarafından kendisine verilen tıbbi bilgiyi anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve hekim ile işbirliği içerisinde tedaviye uygun davranışlar gösterebilmesi için sağlık okuryazarlığı becerilerinin gelişmiş olması gerekir (Nutbeam, 1998: 349-364).

Önemi giderek artan ve literatüre 1970’li yıllarda giren ve ilk olarak 1974’te, “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi” isimli makalede kavram olarak kullanılan sağlık okuryazarlığı, en genel tanımı ile sağlık bilgilerini okuma, anlama ve bunlara göre hareket edip karar verme yetisi şeklinde tanımlanmaktadır (Andrus vd., 2002; Çopurlar ve Kartal, 2016; Yılmaz ve Tiraki, 2016). Aynı zamanda bireylerin seçim yaparken bilinçli olmak, sağlıkla ilgili olası tehditleri gidermek ve yaşam kalitelerinde iyileştirmeler yapmak için sağlık bilgisi aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak amacıyla geniş bir kabiliyet ve yeterliliklerin toplamı şeklinde de adlandırılmaktadır (Zarcadoolas vd., 2005). Türkiye’de Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi sözlüğündeyse kişilerin, iyi sağlığı özendirecek ve sürdüreceği biçimde bilgilere erişme, bilgileri anlama ve kullanma becerisiyle motivasyonunu belirleyen zihinsel ve sosyal becerileri temsil eder biçiminde tanımlanmaktadır. DSÖ 2013 senesinde sağlık okuryazarlığını, genel okuryazarlıkla ilişkilidir ve bireylerin hayatları boyunca sağlık hizmetleriyle alakalı hususlarda karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, devam ettirmek ve geliştirmek, hayat kalitelerini artırmak üzere sağlıkla alakalı bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlıkla alakalı bilgilerle iletleri doğru algılamalarıyla anlamaları hususundaki istekleriyle kapasiteleridir biçiminde tanımlanmıştır (Çiler Erbağ, 2015).

Kişisel beceriler ve yetenekler ile sistemin talep ve karmaşıklığı uyum sağladığında bireylerin sağlık okuryazarlığına sahip olacağı düşünülmektedir. Bu durum daha iyi anlaşılabilmesi için şekil 2’de formülize edilmiştir.



Şekil 2. Sağlık okuryazarlığı çerçevesi (Parker, 2009)

Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşam şekillerinde ve koşullarında değişikliğe yol açarak hem bireysel hem de toplumsal sağlığı iyileştirme amacıyla kişisel beceri ve bilgi seviyesindeki artışı ifade etmektedir. Toplumsal açıdan sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bireylerin topluluk faaliyetlerinde etkili bir şekilde yer almalarını, devletlerin sağlıkta hakkaniyete karşı sorumluluklarını yerine getirmeye zorlanmasını ve bireylerin kendi sağlıkları üzerinde aktif rol almalarını sağlamaktadır. Ayrıca dezavantajlı toplumlarda sağlık eşitsizliklerinin azaltılması yönündeki gelişmeler sağlık okuryazarlığı ihtiyacının giderilmesiyle gerçekleştirileceği ileri sürülmektedir (DSÖ, 2022).

3.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

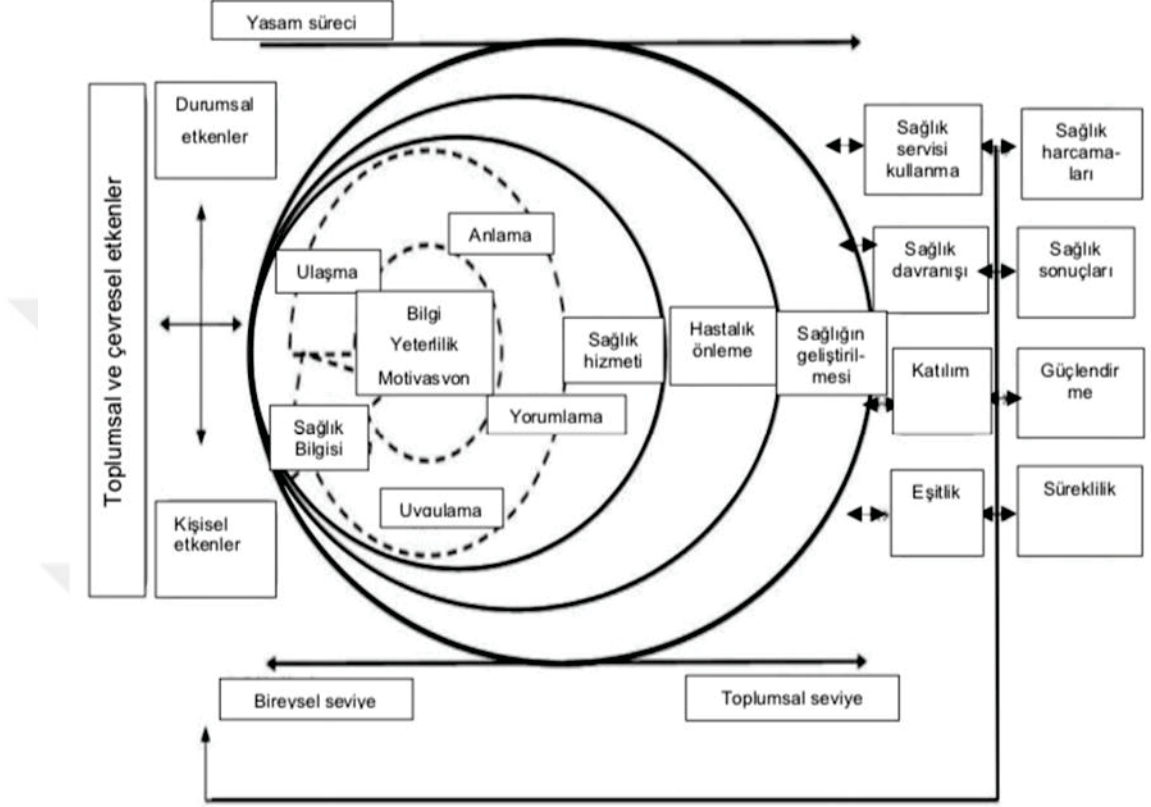
Sağlık okuryazarlığı kelimesinin kavram haline getirilmesi, bu husustaki verileri sınıflandırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılmak üzere gereklidir. Bunları yapar iken temel yapıları dikkate almak gerekir. Hastanın sağlık okuryazarlık becerileri üzerinde etkili olan etkenlerin anlaşılabilmesi gerekir, çünkü söz konusu becerilerin öz-yönetim uygulamalarına katılma hususundaki öz yeterliliği ciddi düzeyde etkileyebileceği saptanmıştır (Poureslami vd., 2021: 1-17).

Mevcut sağlık okuryazarlığı kavramının sınırlılığından dolayı sağlık okuryazarlığı kavramının iki geniş bileşeni içerecek biçimde tekrardan kavramsallaştırılması önerilmektedir. Bu öneriler, iyi geliştirilen bireysel düzeyde sağlık okuryazarlığıyla tanımlanmış olan halk sağlığı okuryazarlığıdır. Halk sağlığı okuryazarlığı; bireylerin ve grupların topluma fayda sunan toplumsal sağlıkla ilgili kararları almak üzere gereken bilgilere ulaşma, bu bilgileri işleme, anlama, değerlendirme ve bu çerçevede hareket etme derecesi şeklinde tanımlanabilir (Freedman vd., 2009: 446-451).

Freedman ve arkadaşları halk sağlığı okuryazarlığının 3 boyutunu tanımlamıştır. Bunlar “kavramsal temeller, kritik beceriler ve sivil yönelim” boyutudur. Kavramsal temeller; halk sağlığı ile ilgili sorunları kavramak ve bunlar ile alakalı olarak harekete geçmek üzere gerekli olan temel bilgileri içermektedir. Kritik beceriler boyutu; toplumun faydasına olan halk sağlığı ile ilgili kararları almak üzere gerekli olan bilgilere ulaşmak, bunları işlemek, değerlendirmek ve buna göre hareket etmek üzere gereken beceriler ile alakalıdır. Vatandaşlık yönelimi boyutu; toplumun, halk sağlığı okuryazarlığının merkezinde olmasını sağlamaktadır ve sivil katılımı ile sağlıkla ilgili sorunları incelemek üzere gereken beceriler ile kaynakları içermektedir (Freedman vd., 2009: 446-451).

Sorensen vd. (2012), mevcut modellerden çoğunun doğrulanmadığını görüp bu sahadaki eksiklikleri ortadan kaldırmak üzere hâlihazırdaki modellerin ana hatlarını içeren bütünsel bir model geliştirmiştir, buna göre sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını özetlemiştir, sağlık okuryazarlığıyla ilgili az veya çok etkisi bulunan ve bununla ilgili tüm etkenleri belirleyip ortaya koymuştur (Doyle ve Cafferkey, 2012: 20-24). Çekirdeğinde bilgi, yeterlilik ve motivasyon olan model 2012’de geliştirilmiştir ve “matriks modeli” şeklinde tanımlanmıştır. Çemberi ise, sağlık bilgisini arama bulma ve elde etme kabiliyeti şeklinde tanımlanmış olan “ulaşım”, elde edilen bilgileri kavrayabilme kabiliyeti şeklinde tanımlanmış olan “anlama”, elde edilen bilgileri yargılayarak değerlendirebilme kabiliyeti biçiminde tanımlanmış olan “yorumlama”, bunları sağlığı

devam ettirmek ve geliştirmek üzere kullanabilme kabiliyeti şeklinde tanımlanmış olan “uygulama” ile bunlara ilaveten 3 alanda belirlenmiş olan “sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi” bileşenleri teşkil etmektedir. Matriks tümüyle değerlendirildiği zaman sağlık okuryazarlığının; sağlık bilgilerine ulaşım, erişilen bilgileri anlama, bunları yorumlama ve bu çerçevede davranma şeklinde belirlenmiş olan dört bileşen ile sağlık hizmeti, hastalıkları önleme ve koruma, sağlığın geliştirilmesi biçiminde belirlenmiş olan üç ayrı sağlık etkinliği alanına etkide bulunduğu anlaşılmaktadır (Sorensen vd., 2015: 1053-1058).



Şekil 3. Sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli (Copurlar ve Kartal, 2016: 40)

Kişinin sağlık durumunun devamlılığıyla alakalı olarak söz konusu 3 etkinlik alanında başarılı olabilmesi çekirdekteki temel becerilere sahip olması ile geliştirdiği sağlık okuryazarlıkla sağlanır (Sorensen vd., 2015: 1053-1058).

3.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı kişilerin kişisel, zihinsel ve sosyal becerilerini göstermiş oldukları davranışlara dayalı olarak farklı seviyelerde ilerlemektedir (Nutbeam, 2000; Aslantekin, 2011; Yılmazel, 2014).

Nutbeam (2000)’a göre, sağlık okuryazarlığı üç düzeyde incelenmektedir:

- ❖ **İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı:** Basit okuma yazma becerileridir. Bu seviyedeki kişiler sağlıkla ilgili riskleri bilir, sağlık sistemini nasıl kullanacağını ya da temel sağlık eğitim materyallerini okuyup anlayabilir (Nutbeam, 2000; Ishikawa ve Kiuchi, 2010; Uğurlu, 2011; Tözün ve Sözmen, 2014; Yılmazel, 2014; Yıldırım ve Keser, 2015; Çiftçi, 2017).

- ❖ **Etkileşimli (İnteraktif) sağlık okuryazarlığı:** Bu seviye kişinin okuryazarlık, sosyal ve gelişmiş bilişsel kabiliyetlerini içerir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili aktivitelere dahil olma, sağlık ile alakalı iletileri anlama ve sağlık şartları değiştiği zaman eldeki bilgileri kullanabilmeyi gerektirir (Nutbeam, 2000; Ishikawa ve Kiuchi, 2010; Uğurlu, 2011; Tözün ve Sözmen, 2014; Yılmazel, 2014; Yıldırım ve Kevser, 2015; Çiftçi, 2017).
- ❖ **Eleştirel (Kritik) sağlık okuryazarlığı:** Bu seviyede sağlık ile alakalı bilgilerin eleştirel analizinde daha yüksek seviyede zihinsel ve sosyal becerilere sahip olması لازمdır. Kişi söz konusu becerilerle sağlıkla ilgili bilgileri analiz edebilmektedir, kendisi ile toplumun kapasitesini artırabilmektedir, sağlığın toplumsal, siyasi ve iktisadi durumları çerçevesinde hareket edebilmektedir, kavrayabilmektedir ve yorumlayabilmektedir (Nutbeam, 2000; Ishikawa ve Kiuchi, 2010; Uğurlu, 2011; Tözün ve Sözmen, 2014; Yılmazel, 2014; Çiftçi, 2017).

3.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek kolay değildir ve en etkili ölçüm ile alakalı bir düşünce birliği de bulunmamaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı seviyesi üzerinde etkili olan birçok etken vardır. Yaş, öğrenim seviyesi, gelir seviyesi, çalışma durumu, sağlık bilgisi seviyesi, demografik özellikler, kültürel etkenler, çevresel etkenler vb. pek çok değişken kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini etkilemektedir (Özkan vd., 2018: 142).

Gerçekleştirilen araştırmalarda ön plana çıkan ve sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisi negatif olan faktörlerden bir kısmı; ayrı sağlayıcılardan gelen tutarsız iletiler, danışma süresinin sınırlı olması, bilimsel bir dilin kullanılması, kültür farklılıklarının dikkate alınmaması şeklinde ifade edilmiştir (Heide, 2021: 179-193).

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin genellikle genç yaştaki insanlarda daha yüksekken ileri yaştakilerde daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca öğrenim seviyesi fazla olan kişilerde sağlık okuryazarlığı seviyelerinin öğrenim seviyesi düşük olanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Fakat öğrenim seviyesi fazla olan kişiler de yetersiz sağlık okuryazarlık seviyesi ile karşımıza çıkabilmektedir (Durusu Tanrıöver vd., 2014: 14-26).

Weiss (2003) tarafından okuryazarlık sağlığın en güçlü belirleyicisi olarak görülmektedir ve sağlık okuryazarlığı sınırlı seviyede olan kişilerin sağlık okuryazarlığı yeterli seviyede olan kişilerle karşılaştırıldığında sınırlı seviyede olanların daha kötü sağlık durumuna, daha kötü sağlık sonuçlarına, daha yüksek hastalık oranlarına ve daha yüksek sağlık bakım maliyetlerine sahip olduğu dile getirilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı genel olarak bireylerin yetenek düzeylerinin farklı etkenlerle etkileşime girmesi ile oluşmaktadır. Söz konusu faktörlerin içerisinde sağlık sistemi, toplumsal ve kültürel durum, eğitim sistemi vardır.

3.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Hastalar sağlık kuruluşlarına başvurdukları zaman yapabildikleriyle ve yapamadıkları ile sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin fikir verebilirler fakat bu her zaman kolay değildir. Bundan dolayı birçok ölçek üretilmiştir. Bunlardan bazıları aşağıdadır (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019: 126-131):

- ❖ Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS, Single Item Literacy Screen)

- ❖ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA, Test of Functional Health Literacy in Adults)
- ❖ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA, Short Test of Functional Health Literacy in Adults)
- ❖ Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
- ❖ Revize Edilmiş- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALMR, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised)
- ❖ Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz? (How confident are you filling out medical forms by yourself?)
- ❖ Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale)
- ❖ Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (HLSQMs, Health Literacy Screening Question Methodologies)
- ❖ E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHEALS, eHealth Literacy Scale)
- ❖ Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER, Medical Term Recognition Test)
- ❖ Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD, Literacy Assessment for Diabetes)
- ❖ Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS, Nutritional Literacy Scale)
- ❖ Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD, Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
- ❖ Slosson Sözlü Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test)
- ❖ Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS, Health Activities Literacy Scale)
- ❖ Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı (Health Literacy Skills Instrument)
- ❖ İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı (FCCHL, Functional Communicative and Critical Health Literacy)
- ❖ Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)
- ❖ Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019: 126-131)

3.1.6. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Son senelerde dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık okuryazarlığına verilmiş olan değer artmaktadır ve bu alanda önemli girişimlerde bulunulmuştur. Sağlık bakanlığıyla beraber farklı bakanlıklar, kimi yükseköğrenim kurumları koordineli ve iş birliğiyle hareket edip sağlık okuryazarlığını geliştirmek üzere çalışmalar planlamıştır (Çopurlar ve Kartal, 2016: 40).

Toplumlara sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla küresel eylem çağrısında bulunulmuştur (IUHPE, 2018). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusunda sorumluluk sadece sağlık hizmet sunucularının ve sağlık profesyonellerinin sorumluluğunda olmayıp devletten sivil toplum kuruluşlarına, eğitimcilerden medyaya, akademisyenlerden iş dünyasına varana kadar birçok sektörler arası yaklaşımda yer almaktadır (Akbulut, 2015).

Sağlık bakanlığıyla bağlı kurumların ana görevlerinden birisi birey ile toplumun sağlıklı alakalı bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ve bu hususta sorumluluk alıp sürece katılımlarını sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı’nın 2013-2017 senelerini içeren hedefleri çerçevesinde istenilen amaçlara ulaşabilmek üzere gerçekleştirilmesi öngörülen hedeflerden birisi de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesidir. Bunun için sağlık okuryazarlığı ölçekleri geliştirilmesine yönelik olarak farklı araştırmalar yapılmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016: 43-44).

3.1.7. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlık ile alakalı bilgileri okuma, anlama ve karar verme kabiliyetlerinin azlığı şeklinde ifade edilmektedir (Yılmazel, 2014).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler; kendi durumlarını sağlık çalışanına anlatma hususunda güçlük yaşamaktadır, korku, güvensizlik, utanma, çekingenlik ve öz saygı eksikliği vb. hisler deneyimlemektedir (Sezgin, 2013).

Sağlık okuryazarlığı konusunda yetersiz olanlar, sağlık sistemine erişirken ve kullanır iken pek çok engel ile karşı karşıya kalabilmektedir. Mesela düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan kişilerin kontrol için ne zaman gelmeleri gerektiğini bilmedikleri, ilaçlarını doğru zamanda ve miktarda kullanamadıkları belirlenmektedir (Safeer ve Keenan, 2005).

Başta kronik rahatsızlıklar gelmek üzere pek çok rahatsızlığın görüldüğü 60 yaşın üzerindeki bireylerin sınırlı sağlık okuryazarlığının %80 olduğu, sağlık personeline yöneltilen soruların yanıtlanmasında güçlük yaşadıkları ve sağlık çalışanına rahatsızlıklarıyla alakalı sorular soramadıkları ifade edilmektedir (Safeer ve Keenan, 2005).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için seçilen temel bilgiye ulaşım yolları sağlık profesyoneli, tıp alan yazını, sağlık kitapları ile dergileri, internetle kitle iletişim vasıtaları (TV vb.)'dır (Tözün ve Sözman, 2015).

ABD'de yapılmış olan çalışmalar düşük sağlık okuryazarlığıyla ilaç kullanımına uyumun azlığı, hastalıklarla ilgili bilgi seviyesinin azlığı ve öz-bakım becerilerinin azlığı arasında ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur (Parker, 2000).

Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olması durumunda hem toplumsal hem de bireysel açıdan genel sağlık seviyesinde azalma, sağlık bakım maliyetlerinde artış, birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma oranında azalış, hastanede kalış süresinde artış, acil sağlık hizmetlerini gereksiz yere kullanım, kronik hastalıklarda bakım ya da hastalığı yönetmede sahip olunması gereken beceriler yönünden ve hastalık öz bakımında yetersizlik, bulgusal dönemlerde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunu anlamada gecikme gibi birtakım olumsuz durumlar oluşmaktadır (Tözün ve Sözman, 2015).

Hastaların yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu düşündüren davranışlar şöyledir:

- ❖ Okuma bilen birini yanında getirmesi,
- ❖ Randevuları unutması,
- ❖ Farklı bahanelerinin olması,
- ❖ İlacı uygun şekilde kullanmama,
- ❖ Tedaviye uyumsuzluk,
- ❖ Karar vermeyi geciktirme,
- ❖ Benzer insanları taklit etmek (Safeer ve Keenan, 2005; Uğurlu, 2011; Yılmazel, 2014; Tözün ve Sözman, 2015).

Yukarıda ifade edilen davranışlar hastaların sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi bakımından yol göstericidir (Uğurlu, 2011; Yılmazel, 2014).

3.2. E-Sağlık Okuryazarlığı

Bu başlık altında e-sağlık okuryazarlığı kavramının kuramsal çerçevesine ait bilgilere yer verilmiştir.

3.2.1. E-Sağlık Kavramı

İnternet, dünya çapındaki kurumsal ya da kişisel bilgisayar ağlarını birbirine bağlayan bir elektronik iletişim ağıdır (Merriam-Webster, 2022). Türk Dil Kurumu ise dilimizdeki karşılığını “Genel Ağ” yani birbirine bağlı bilgisayar ağlarının tümü olarak tanımlamıştır (Can vd., 2014: 487). Son yıllara bakıldığında zaman, bilişim ve iletişim teknolojilerinde ortaya çıkan değişimlerle, tüm sektörleri etkisi altına almıştır. Böylelikle birçok sektörde mekân ve zaman sınırı olmaksızın hizmet sunumu yapılmaya başlanmıştır (Kılıç, 2017: 204).

Günümüzde, sağlık bakımlarında oluşan teknoloji merkezli bu süratli dönüşümün genel ismi “E-Sağlık” olarak nitelendirilmektedir. Bunun yanında e-sağlık kavramı, içinde birbiriyle bağımlı birçok kavramı kapsayan bir “Çatı Kavram” şeklinde kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü ile eğitimi, bilgisi ve araştırması, sağlık ve sağlık ile alakalı alanları desteklemek üzere bilgi ve iletişim teknolojilerinin düşük maliyetli ve güvenli bir biçimde kullanılması şeklinde e-sağlığı tanımlamıştır (Toygar, 2018: 103).

Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı tanıma bakıldığında e-sağlık kavramı; bilgi ve iletişim teknolojilerinin bütün işlevlerinin bireylerle hastaların sağlığının iyileştirilmesiyle sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırarak, sağlık hizmetlerinde bulunan bütün bireylere kaliteli, verimli ve etkili hizmet sunumuna yönelik olarak kullanılması olarak tanımlanmıştır (Coşkun ve Bebiş, 2015: 378).

Eysenbach (2001)’de editörü olduğu Journal of Medicine Research dergisinde yayımladığı yazısında, e-sağlığın bir tanımını yapmış ve e-sağlığı en iyi tanımlayan 10 özelliği belirtmiştir. E-sağlık kavramında yer alan “E” harfi elektronik anlamının yanında e-sağlık kavramını belirten birçok “E” ‘yi de ifade etmektedir (Eysenbach, 2001: 1).

1. *Efficiency (Verimlilik)*

E-sağlığın faydalarından biri, sağlık bakım hizmetlerinde verimliliği yükseltmek ve bu sayede maliyetleri azaltmaktır. Maliyetleri azaltmanın muhtemel bir yoluysa sağlık kurumları arasında gelişmiş iletişim unsurları ve hasta katılımıyla, tekrarlayan ya da gereksiz tanı yahut tedavi müdahalelerinden vazgeçmektir.

2. *Enhancing Quality of Care (Bakım Kalitesinin Artırılması)*

Verimliliğin yükseltilmesi, sadece maliyetleri azaltmayı değil, aynı zamanda kaliteyi iyileştirmeyi barındırır. E-sağlık, farklı sağlayıcılar arasında mukayeselere izin vererek, hastaları kalite güvencesi için yeni uygulamalar yaratarak, hasta akışları en kaliteli sağlayıcılara yönlendirilip sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılabilir.

3. *Evidence Based (Kanıta Dayalı)*

E-sağlık etkisi, etkililiklerinin ve etkinliklerinin varsayılmaması, titiz bir bilimsel değerlendirme ile kanıta dayalı olmalıdır.

4. *Empowerment of Consumer and Patients (Tüketicilerin ve Hastaların Güçlendirilmesi)*

E-sağlık, tıp bilgi ilkelerini ve kişisel elektronik kayıtlarını tüketicilere internette ulaşılabilir vaziyete getirerek, hasta merkezli tıp için yeni yollar keşfedip ve kanıta dayalı hasta seçimine imkân tanır.

5. *Encouragement (Teşvik)*

Hasta ile sağlık profesyonelleri arasında kararların ortak bir şekilde alındığı bir iş birliği ile yeni bir ilişkinin ortaya çıkarılmasıdır.

6. Education (Eğitim)

Doktorların online kaynaklardan eğitimi ile bunun yanında hastalar için sağlık eğitiminin devamlılığının sağlanmasıdır.

7. Enabling information (Bilgi Sağlama)

Bilginin aktarılması ve iletişimin sağlık kuruluşları arasında standart bir şekilde sağlanmasıdır.

8. Extending the Scope of Healthcare (Sağlık Bakımı Kapsamının Genişletilmesi)

E-sağlık, tüketicilerin sağlık hizmetlerini küresel sağlayıcılardan online olarak kolayca almalarını sağlar. Bu hem coğrafi olarak hem de kavramsal olarak sağlık hizmetlerini almalarını belirtmektedir.

9. Ethics (Etik)

E-sağlık, hasta ile doktor ilişkisinde yeni biçimler ortaya çıkarır ve bu da online uzman uygulama, bilgilendirilmiş onam formları, mahremiyet ve eşitlik problemleri gibi ahlaki konulara yönelik yeni zorluklar ve tehditler ortaya çıkarır.

10. Equity (Eşitlik)

Sağlık hizmetlerini daha adaletli bir duruma getirmek e-sağlığın gayelerinden birisidir, fakat kullanım imkânları açısından sahip olanlar ve olmayanlar arasındaki uçurumu derinleştirmesi potansiyelini önemli bir tehdit unsuru barındırmaktadır. Parası, kabiliyeti, bilgisayar ve ağlara ulaşma imkânı olmayan kişiler, bilgisayarları etkin olarak kullanamazlar. Bu hasta topluluğu, siyasi faaliyetler herkes için eşit erişim sağlamadıkça, bilgi teknolojisinde ki gelişmelerden en az oranda yararlanacaklardır (Eysenbach, 2001: 1-2).

E-sağlık, öneminin artması ve geliştirilme çabaları nedeniyle araştırmacılar tarafından incelenen ve üzerinde çalışılan bir konu haline gelmiştir (Yılmaz vd., 2020).

Artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerini zorlamaktadır. Bu durumda sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edilmesi ile hastalıkların önlenmesi önem kazanmaktadır. Bu teşvikler, sağlık hizmetlerine daha aktif hasta katılımına yol açarak e-sağlık uygulamalarına bu süreçte önemli bir rol vermektedir. Ayrıca uzak ve kırsal alanlarda e-sağlık hizmetlerine erişim geleneksel sağlık hizmetlerine kıyasla daha kolaydır. Böylece, e-sağlık hizmetleri, kaliteli sağlık bilgilerine erişim ve eşitliğinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin üzerindeki yükün hafifletilmesine yardımcı olur. E-sağlık, ortak karar vermeyi sağlayarak, hastaları ve sağlık profesyonellerini güçlendirip sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırabilir. Dünya çapında artan internet erişimi ile hızlı teknolojik gelişmeler e-sağlığı herkes için uygun hale getirmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde cep telefonlarının artan kapsama alanı, yetersiz hizmet alan bölgelerdeki insanların sağlık bilgilerine ve diğer e-sağlık hizmetlerine erişmesine katkı sağlamaktadır (Wynn vd., 2020: 1).

3.2.2. E-Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, 21. Yüzyılda önemli bir sorun olarak görülmüş, bir halk sağlığı hedefi ve küresel sağlık hizmetleri açısından da ele alınmıştır. Tıp enstitüsü raporunda ele alınarak sağlık bilgilerini elde etme becerilerine yönelik stratejik bir planlama yapılmasının altı çizilmiştir. Böylelikle elektronik bir dünyada sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olma sağlık hizmetlerine ve tanımlamalarını anlayabilmek için kullanılmaya başlayan elektronik kaynaklarla birleştirilerek yeni bir bağlam olan e-sağlık okuryazarlığı kavramını anlayabilme ve genişletilmiş bir dizi beceri kazanabilmeye yönelik çalışmalara yönlendirmiştir (Norman ve Skinner, 2006: 2). Bireysel internet kullanımında yaşanan olağanüstü artış, İnterneti günlük hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline getirmiştir. İnternet, hekimler arasında ve hekim ve hasta iletişiminden, sağlık bilgileri sunan ve

danışma hizmeti veren sitelerden, tele tıp hizmetlerine kadar, sağlık alanında birçok konuda yaygın olarak kullanılarak önemli bir bilgi membaı şekline gelmiştir. Bu etken sağlık okuryazarlığına farklı bir boyut kazandırarak e-sağlık okuryazarlığının ortaya çıkmasına ve önemli bir hal almasına sebep olmuştur (Ulus ve Gürkan, 2011: 43; Deniz, 2020: 86). E-Sağlık ile meşgul olmak kendi başına bir beceri veya okuryazarlık gerektirmektedir. E-Sağlık okuryazarlığı kavramı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve ulaşılan bilgileri bir sağlık problemini ele alma ya da çözme hususunda uygulama kabiliyeti şeklinde tanımlanır (Cline, 2001).

Sağlıkla ilgili kararlar alabilmek, tıbbi bilginin sofistike ve sürekli değişen bilgiler olması nedeniyle zordur. Özellikle de tıbbi terimlere aşina olmayan kişiler için doğru bilgi kaynaklarına ulaşılması ve bilgilerin doğru şekilde yorumlanması daha da zor olmaktadır. Sağlıkla ilgili alınması gereken karar bazen elektrikli diş fırçası seçip seçmemek kadar sıradanken bazen de hayati bir karar olabilir ve yaşamla ölüm arasında fark yaratabilir. Bu nedenle, halkın sağlıkla ilgili bilgiye olan ilgisi yüksektir ve giderek büyümektedir. Sağlıkla ilgili bilgilerin nasıl bulunacağı sorusu, yalnızca akut veya ölümcül hastalıklar için değil, günlük hayatta karşılaşılabileceğimiz tüm sağlık problemleri için giderek daha önemli hale gelmektedir. Dijital bir toplumda vatandaş olarak hareket etmek, bilgiye nasıl ulaşılacağı ve çevrimiçi ortamda nasıl erişileceği, yorumlanacağı ve kullanılacağı konusunda özel becerilere sahip olmayı gerektirir. Dijital toplumda bilgi, dinamik ve belirsiz çevrimiçi altyapılarda düzenlenir ve farklı arama araçları ve motorları ve bunların işletim algoritmaları aracılığıyla kullanıcılara sunulur. Bu, dijital toplumun bilgiyi karmaşık bir şekilde çerçevelediği, değiştirdiği ve ürettiği anlamına gelir ve günümüzde bireyler sürekli değişen bu bilgi karmaşasını eleştirel olarak okuma ve güvenle gezinme becerilerine ihtiyaç duyarlar (Bardes, 2012 ; Sacristán, 2013).

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

“E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin elektronik kaynaklar ve bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerinde başarılı bir şekilde gezinmek için ihtiyaç duydukları özel ve analitik beceriler ile sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olma derecesi” olarak tanımlanmıştır. Yapılan çeşitli araştırmalar, artan çevrimiçi bilgi toplama ile İnternet'e ilişkin olumlu algıları ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Sarkar vd., 2016: 124). E-sağlık, bir sağlık sorununu çözmeye yönelik gerekli bilgileri elektronik ortamlarda arama, bulma, değerlendirme, entegre etme ve uygulama becerisi e-sağlık okuryazarlığını gerektirir. Bu bileşik beceri, insanların teknoloji ile çalışabilmelerini, medya ve bilim meseleleri hakkında eleştirel düşünebilmelerini ve karar vermek için gerekli bilgileri elde etmeye yarayan çok çeşitli bilgi araçları ve bilgi kaynakları arasında gezinebilmelerini de gerektirir. Bireylerin temel okuryazarlık becerileri arttıkça, yaş, gelir veya eğitimden bağımsız olarak sorunları çözmek için bilgi iletişim teknolojilerini etkin bir şekilde kullanma yeteneğine de geliştirir (Norman ve Skinner, 2006a: 2).

Diğer okuryazarlık biçimlerinden farklı olarak, e-sağlık okuryazarlığı, farklı okuryazarlık kabiliyetlerinin çeşitli taraflarını birleştirmekte ve bunlara e-sağlık tanıtımı ve bakımı uygulamaktadır. E-sağlık okuryazarlığı, bir kişinin sahip olduğu sağlık sorunu, eğitim durumu, e-sağlık ile karşılaşma anındaki sağlık durumu, bilgi arama motivasyonu ve kullanılan teknolojilerden

etkilenir. Diğer okuryazarlıklar gibi, e-sağlık okuryazarlığı da dinamik bir yapıdadır; yeni teknolojiler tanıtıldıkça ve kişisel, sosyal ve çevresel kesişimler değişime uğradıkça, zaman içinde gelişen süreç odaklı bir beceridir. Diğer okuryazarlık türleri gibi, e-sağlık okuryazarlığı da anlamın üretildiği yolları ortaya çıkarmaya çalışan ve doğası gereği düşünme ve eyleme biçimlerini organize eden söylemsel bir uygulamadır. Bireyleri güçlendirmeyi ve e- sağlık kaynakları vasıtasıyla bilgilendirilen sağlık kararlarına tam manada katılmaların sağlanmasıdır (Norman ve Skinner, 2006b: 2).

E-sağlık okuryazarlığı ve genel olarak teknoloji kullanımındaki ilişkide önemli bir bağlantının bulunduğu aşınadır. Kişi teknolojiyi ne denli çok kullanır ise o teknolojiyi bir araç olarak kullanma becerilerini geliştirme olasılığı da o kadar artar. Bu nedenle, bir nüfusun teknolojiye olan yüksek aşinalığı göz önüne alındığında, gençler e-sağlık okuryazarlığının bir ölçüsünü test etmek için ideal bir grup olarak hizmet edebilirler.

İnterneti verimli bir şekilde kullanmak için, kişilerin bilgiyi nasıl yönetecekleri ve bu sebeple nereden ve nasıl destek alabileceklerini bilmelidir. Yapılan başka bir çalışma, karmaşık site unsurlarının, düşük okuryazarlığı olan bireyler için bilgiye erişme ve faydalanma bakımından güçlük çıkardığını göstermektedir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığı, internetin bir sağlık bilgi kaynağı olarak verimli bir biçimde kullanımı hususunda önemlidir (Kalaça, 2012: 129).

3.2.3. E-Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri

Norman ve Skinner tarafından geliştirilen Lily Modeli (Zambak Modeli), 6 temel okuryazarlıktan ya da beceriden oluşmaktadır:

- Geleneksel Okuryazarlık
- Bilgi Okuryazarlığı
- Sağlık Okuryazarlığı
- Bilimsel Okuryazarlık
- Bilgisayar Okuryazarlığı
- Medya Okuryazarlığı (Norman ve Skinner, 2006a: 2).

Bu beceri ve okuryazarlık biçimlerini ifade etmek ve ilişkisini belirtmek için bir zambak modeli oluşturulmuştur;



Şekil 4. E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli (Norman ve Skinner, 2006b: 3)

Bu altı okuryazarlık türü, tüketicilerin e-sağlık deneyimlerini tam anlamıyla optimize etmek için gerekli olan temel becerileri oluşturmak amacıyla bir araya getirilir. Bu modele göre altı temel okuryazarlık türü, e-sağlık okuryazarlığını beslerken e-sağlık okuryazarlığı da bu temel okuryazarlık türlerini birbirine bağlamaktadır (Norman ve Skinner, 2006).

Lily Modeli altı temel okuryazarlığı iki ana gruba ayırmaktadır. Geleneksel okuryazarlık, bilgi okuryazarlığı ve medya okuryazarlığı analitik bileşeni oluştururken; sağlık okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlığı ise bağlam özgü bileşeni oluşturmaktadır. Analitik okuryazarlık konu veya bağlamdan bağımsız çeşitli bilgi kaynaklarına uygulanabilen becerileri içerirken, bağlam özgü okuryazarlık belirli konulara odaklanır ve daha spesifik duruma dayalı becerileri ifade eder. Bağlam özgü okuryazarlık becerileri çoğunlukla analitik okuryazarlık becerilerinden daha fazla uzmanlık isteyen bir eğitim gerektirir. Elektronik sağlık kaynaklarını etkili ve verimli kullanabilmek için hem analitik hem de bağlam özgü becerilere sahip olmak gereklidir (Norman ve Skinner, 2006).

- Geleneksel Okuryazarlık; yazılı metinleri okuma, anlama ile bir dili tutarlı bir şekilde konuşma ve yazma gibi temel okuryazarlık yeteneklerini içermektedir. Yazılı metinlerden anlam çıkarabilmek için temel okuma ve yazma becerilerine ihtiyaç vardır (Norman ve Skinner, 2006). Aynı zamanda matematiksel yetenekler, grafikler, ölçekler ve formlar gibi bilgi araçlarını anlama yeteneğini kapsamaktadır (Gilstad, 2014).

- Sağlık okuryazarlığı; kişilerin doğru sağlık kararları verebilmesine yönelik olarak gereken temel sağlık bilgilerini edinme, anlama ve kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Hanik ve Stellefson, 2011). Kişilerin sağlık sistemiyle etkileşimde bulunma ve kişisel sağlığını uygun şekilde yönetebilme becerilerini içeren önemli bir yetkinlik alanıdır (Norman ve Skinner, 2006).

- Bilgi okuryazarlığı; bilgi ihtiyaçlarını belirleme, bilgiyi bulma, değerlendirme ve bulunan bilgiyi bilgi üretimi amacıyla kullanma yetenekleriyle ilgilidir (Gilstad, 2014). Belirli bir konu ve uzmanlık alanıyla sınırlı olmamakla beraber diğer tüm okuryazarlık türlerini etkilemekte ve desteklemektedir (Kurbanoğlu, 2010). Gelişen teknolojiyle beraber artan bilgi kaynakları düşük

kalitedeki bilgileri yüksek kalitedeki bilgilerden ayırt edebilme yeteneğini gerektirmektedir. Özellikle elektronik kaynaklardan elde edilen sağlık bilgilerinin kaynağını, niteliğini ve kalitesini ayırt etmek önemlidir. Bu noktada bilgi okuryazarlığı kavramı önem kazanmaktadır. (Gençyürek Erdoğan, 2019).

- Bilimsel okuryazarlık; bilimsel akıl yürüterek sağlıkla ilgili araştırma sonuçlarını anlama, değerlendirme ve yorumlama yeteneğini ifade eder. Kişilerin, kendi sağlıkları ve hastalıklarının tedavisi hakkında karşılaştıkları sorulara sağlıklı kararlar alabilmek ve geçerli bilgilendirilmiş onay verebilmek için bilimsel okuryazarlığa sahip olmaları gerekmektedir (Gilstad, 2014).

- Medya okuryazarlığı; “insanların bilgiyi sosyal ve politik bir bağlama yerleştirmesine ve pazar yeri, izleyici ilişkileri ve medya biçimlerinin iletilen mesajı nasıl şekillendirdiği gibi konuları dikkate almasına olanak sağlayan bir beceri” olarak ifade edilir (Norman ve Skinner, 2006). Görsel ve işitsel bilgileri seçme, yorumlama, değerlendirme, bağlamlandırma ve anlamlandırma becerilerini içermektedir (Gilstad, 2014). Aynı zamanda çeşitli kaynakların gizliliğini ve güvenliğini değerlendirme yeteneğini de kapsamaktadır (Chan vd., 2009).

- Bilgisayar okuryazarlığı; problemleri çözmek için bilgisayar kullanma yeteneği olarak tanımlanır (Norman ve Skinner, 2006). Bu yetenekler, temel bilgilerden başlayarak bir tarayıcı penceresinin nasıl açılacağından bilgisayar uygulamaları geliştirmeye kadar geniş bir alanı içermektedir (Chan vd., 2009). Bilgisayar okuryazarlığı, kişilerin yeni teknolojilere ve yazılımlara adapte olma yeteneği ile dijital sağlık kaynaklarına hem kesin hem de göreceli bir erişim sağlama yeteneğini kapsar. Toplum içinde bilgisayarların neredeyse her yerde bulunması dikkate alındığında genellikle insanların bilgisayar kullanmayı bildikleri düşünülür. Fakat kaliteli bilgisayarlara ve güncel bilgi teknolojilerine erişim olmadan bilgisayar okuryazarlığı kazanmak neredeyse imkânsız durumdadır (Norman ve Skinner, 2006).

3.2.4. E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin İlişkili Olduğu Faktörler

E-Sağlık okuryazarlığı farklı düzeylerde ortaya çıkabilir. Daha düşük seviye, teknolojiyi ve interneti kullanabilme gibi teknik beceriler gerektirirken, daha yüksek seviye, mevcut bilgileri seçme ve eleştirel olarak değerlendirme becerisi gerektirir (Norman, 2006). Bu seviyelerin her biri, çevrimiçi sağlık bilgilerini bulma ve değerlendirme becerisine katkıda bulunur. Bu nedenle, herhangi bir eksiklik sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasına neden olabilir ve bireylerin yüksek kaliteli e-sağlık kaynaklarına erişimini engelleyebilir. E-Sağlık okuryazarlığı seviyesinin belirlenmesi, hizmetlerin ve bilgilerin özellikle hedef grubun ihtiyaçlarına göre uyarlanmasını sağlamaktadır. Bu doğrultuda Norman ve Skinner, kişilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini (eHEALS) geliştirmiştir (Chesser, 2016).

Pek çok araştırmacı e-sağlık okuryazarlığı kavramının ifade ettiği anlamla birlikte ilişkili olduğu bilgi ve becerileri araştırmıştır (Paige, 2018). Öncelikle e-sağlık okuryazarlığının sağlık okuryazarlığı, bilim okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, geleneksel okuryazarlık, bilgi okuryazarlığı ve medya okuryazarlığını içeren altı temel bilgi ve becerinin birleşmesiyle meydana geldiğinin bilinmesi gerekmektedir.

Bu bilgi ve becerilerin her biri, e-sağlık okuryazarı olmanın karmaşık bilgi ve yetkinlikler gerektirdiğini göstermektedir.

Temel bilgi ve becerilerin yanı sıra araştırılan sağlık konusu, kültürel değerler, normlar, kurallar ve yasal düzenlemeler de e-sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Gilstad, 2014). Ayrıca,

genel sağlık okuryazarlığı, bir kişinin mevcut sağlık sorunu, e-sağlık karşılaşması sırasındaki sağlık durumu, bilgi arama motivasyonu ve yaş, eğitim, gelir durumu gibi sosyodemografik faktörler e-sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Diğer okuryazarlıklar gibi, e-sağlık okuryazarlığı da durağan değildir; bunun yerine, yeni teknolojiler ortaya çıktığında ve bireysel, toplumsal ve çevresel bağlamlar değiştiğinde zaman içinde gelişen süreç merkezli bir beceridir (Norman, 2006).

3.2.5. E-Sağlık Okuryazarlığının Önemi

E-sağlık okuryazarlığı, 21. yüzyıl için bir halk sağlığı hedefi olarak tanımlanmıştır (Norman, 2006). Hem sağlık profesyonellerinin hem de halkın sürekli bilgi ürettiği, paylaştığı ve tükettiği medya ve dijital cihazlar çağında, bireyler sağlık kararları verirken hangi bilgilerin güvenilir olduğunu e-sağlık okuryazarlığı becerileri sayesinde fark ederler. E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin online sağlık bilgisi arama davranışı, sağlık bilgisi, sağlık davranışı geliştirme niyeti, motivasyonu, sağlıkla ilgili karar vermeleri, kişisel sağlık sonuçları ve halk sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Demografik özelliklerin ve genel sağlık özelliklerinin kontrol edildiği bir araştırma, bireylerin sağlık davranışlarının en güçlü belirleyicisinin e-sağlık okuryazarlığı olduğunu göstermektedir. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık bilgisi arama davranışlarının yaşamlarındaki etkisi artar. E-sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması, daha bilinçli sağlık kararlarına ve daha olumlu sağlık davranışı geliştirmeye yardımcı olmaktadır (Kim, 2017).

3.3.Siberkondri

Bu başlık altında siberkondri kavramına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.3.1. Siberkondri Kavramı

“Siber” ve “hipokondriyazis” kelimelerinden türetilen siberkondri kavramı, “sağlık hakkındaki endişe veya kaygı tarafından tetiklenen ve sadece bu tür sıkıntı veya kaygıyı artıran, internette sağlıkla ilgili bilgilerin aşırı ya da tekrarlı bir şekilde araştırılması” şeklinde tanımlanmıştır (Starcevic ve Berle, 2013: 206). Kendi bedenlerindeki küçük belirtileri internette araştırarak kendilerinde ciddi hastalıklar olduğunu düşünen ve bu yüzden kaygı yaşayan kişilere ise siberkondriyak denir (Deniz, 2020).

İnternette erişilen sağlık bilgilerinin çelişkili, belirsiz ve yanlış olması veya kişilerin hiç bilmediği hastalık ve sağlık bilgilerine de ulaşabilmesi nedeniyle internette yapılmış olan araştırmalar kişilerin sağlık konusundaki korkularıyla kaygılarını arttırmakta ve rahatlamak için internette sürekli aramalar yapmasına yol açmaktadır (Starcevic, 2017).

Sağlık bilgisi aramak için interneti kullanmanın olumsuz yönleri de vardır. Bireyin sağlık endişesi ne kadar çok ise o kadar sıkça internette sağlık bilgisi aramaya eğilimli olmakta ve aramadan sonra da sıkıntısı artmaktadır (Baumgartner, 2011). Çevrimiçi olarak sağlık bilgisi aramanın bir kısır döngü şeklinde sağlık anksiyetesi yaşayan kişiler arasındaki endişeleri ve belirsizliği arttırdığı gözlemlenmektedir. Ayrıca, söz konusu yanlış anlama, online olarak sağlık çalışmalarında yaygın şekilde görülmektedir ve sağlık anksiyetesi besleyebilmektedir (Baumgartner, 2011).

White ve Horvitz (2009), 515 Microsoft çalışanıyla internet sağlık aramasından alınan günlükleri kullanarak ve bir anket uygulayarak bir araştırma yapmıştır. Sorular, online sağlık arama davranışı ile elde edilen bilgilerin sağlık sorunları konusundaki etkileriyle alakalıdır. Katılımcılar

düşük seviyelerde sağlık kaygısı göstermişler, ancak her beş kişiden birinde web aramasından sonra sağlık endişelerinin arttığı kaydedilmiştir. Endişelerinin artmasının, sağlık kaygısı düzeylerinde ve ek doktor ziyaretlerinde geçici veya uzun vadeli artışlara neden olabileceği teyit edilmiştir. Yanıt verenlerin büyük bir kısmı internet teknolojisini hastalıkların bir listesine bakarak ve durumlarının hangisine daha uygun olduğuna karar verip ayırıcı teşhis aracı şeklinde kullanmıştır. Yanıt verenlerin yarısından fazlası, çoğu zaman veya bazen web'deki neticelerin sırasını belli bir hastalığa sahip olma olasılığının bir yansıması olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bulunabilirlik önyargısı ve temel oran ihmali gibi yargı ikilemleri siberkondrinin önemli yönleri olarak kabul edilir. Bulunabilirlik önyargısı, belirli olaylara yeniden ve yoğun şekilde maruz kalınması nedeniyle bir şeyin olacağına dair değerlendirilen olasılıktaki artıştır. Temel oran ihmali, olayı destekleyen kanıtların görüntülenmesi nedeniyle bir şeyin olma ihtimalinin düşük olduğunu göz ardı etmekle ilişkilidir (Ivanova, 2020).

Sağlıkla ilgili internet araştırmaları, sıklıkla sağlık merkezi başvurularıyla sonlanmakta ve doktor-hasta ilişkisinde bozulmalara yol açabilmektedir. Sağlık anksiyetesi olan kişiler sık sık güvence almak isteğiyle doktorlara başvururlar. Çoğu zaman endişeleri dinmez ve daha fazla araştırılma umuduyla tekrar tekrar farklı sağlık uzmanlarına başvururlar. Bu durum da sağlık hizmetlerinde daha ileri boyutta (örneğin “doktor doktor gezme”) harcamalara neden olabilmektedir ve sağlık hizmetleri üzerinde gereksiz bir yük oluşturmaktadır (White, 2009; Keller, 2008). Fink ve arkadaşları, şiddetli sağlık endişesi olan hastalar arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde %41-78'lik bir artış saptamıştır. Peter Tyrer ve arkadaşları tarafından Kuzey Nottinghamshire, King's Mill Hastanesi'nde kardiyoloji, endokrin, gastroenteroloji ve göğüs hastalıkları kliniklerinde 2006-2008 döneminde ve 2008-2010 döneminde yapılan çalışmada sağlık kaygısı prevalansında artış gözlenmiştir (2006-2008 döneminde %14.9'dan 2008-2010'da %19.9'a yükselmiştir). Bu artışın nedeni olarak rahatsızlık verici semptomları yorumlamak için internetin aşırı kullanımı ve buna bağlı olarak siberkondri düzeyindeki artış ileri sürülmüştür (Tyrer vd., 2019). Bu nedenle, siberkondri düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

3.3.2. Siberkondri İle İlişkili Faktörler

Siberkondri ile ilişkili kaygıyı artıran ve çevrimiçi sağlık aramalarının tekrarlanmasına sebep olan pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Zheng vd. (2021) tarafından yapılan bir sistematik derleme çalışmasında siberkondri ile ilişkili faktörler: kişilik özellikleri, bilgi faktörleri ve psikolojik risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Kişilik özellikleriyle ilgili yapılan araştırmalar, nevrozluğun ve düşük benlik saygısının sağlık anksiyetesi ve siberkondriyle olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (Tyrer, 2019).

Siberkondriyi etkileyen bilgi faktörleriyle ilgili olarak, çevrimiçi ortamdaki bilgilerin çokluğu ve bilgi yüklemesi ile çevrimiçi bilgilerin güvenilirliği üzerinde durulmaktadır. Bir görüşe göre, aşırı bilgi yüklemesi sıkıntı ve kaygı oluşturmakta; özellikle internetteki çelişkili veya belirsiz sağlık bilgilerinin çokluğu, bilgilerin yönetilmesini zorlaştırmakta ve siberkondriyi teşvik etmektedir (Starcevic, 2013; Singh, 2016). Bununla birlikte, internet kullanıcıları -web arama motorlarının sonuç sıralamasına bağlı olarak- mortalitesi ve morbiditesi yüksek ancak nadir görülen korkutucu hastalıklarla karşılaşmakta, kendi kendilerine teşhis koyarak anksiyetelerini artırmakta ve semptomları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak için ÇSBAD'yi sürdürmektedir. Çevrimiçi bilgilerin güvenilirliği faktörüne gelince, internette güvenilir ve güvenilir olmayan bilgi kaynaklarını ayırt etmenin zor olması, denetlenmeyen web sitelerinin içeriğindeki tutarsızlıklar, internetin her

zaman ilgili, doğru ve güvenilir bilgiyi sağlama taahhüdü vermemesi gibi sebepler çevrimiçi sağlık bilgisi arayanlarda kafa karışıklığına ve kaygıya sebep olabilmekte ve siberkondriyi teşvik etmektedir (Zheng, 2021).

3.3.3. Siberkondrinin Sağlık Üzerine Etkisi

Siberkondri kavramı, Microsoft'ta çalışmakta olan iki araştırmacı tarafından ele alınmıştır. Söz konusu araştırma, web ortamında gerçekleştirilen aramaların nitelikleri üzerine bilgi aktarmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. White ve Horvitz (2009) yapmış oldukları araştırmada iki temel hedef yer almaktadır. Bunlar;

- Siberkondri kavramını bir kalıba yerleştirmek ve sağlık hususundaki kaygıların çoğalmasına olan etkilerini araştırmak.
- Siberkondri unsurunun gelecekte insanların yaşamına ilişkin ortaya çıkabilecek olan zararı araştırmak (White ve Horvitz, 2009:3).

Araştırma, arama motorları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. 500'ün üzerinde Microsoft çalışanı, internette araştırmada bulunanların arama kayıtlarıyla etkileşim günlüklerine erişimine izin vermenin yanında araştırma kapsamındaki sorularını da yanıtlamıştır. Gerçekleştirilen çalışma neticesinde, yapılmış olan web aramaları; semptomlara ilişkin olmakta ve kişilerin ciddi derecede üstelik olumsuz etki meydana getirecek sayfalara yönlendirildikleri de ayrıca gözlenmektedir. Elde edilen karmaşık hastalık bilgileri de kullanıcıların anksiyetelerini arttırmakta ve detaylı bir araştırmada bulunmalarına yol açmaktadır. Araştırmaya dâhil olan çalışanların yarısından çoğu web araştırmalarının sosyal durumlarına olumsuz bir biçimde etki ettiğini belirtmişlerdir (White ve Horvitz, 2009).

Diğer taraftan Hipokondriyak'ta ise; kişilerin sık sık sağlık kurumlarına başvurması, sürekli tahlil yaptırması ve ameliyat olması hem bireyi manevi yönden yormakta hem de sağlık masraflarını da yukarıya çekmektedir. Araştırmacılar sağlık kaygılarını fiziksel gerçekler yönünden ele almaktadır. Asgari seviyelerde bulunan sağlık kaygısı, yaşamın sürekliliği bakımından gerekli görülmektedir. Sağlık kaygısı; kontrol edilmesi muhtemel hastalık semptomlarının yanlış değerlendirilmesi sonucu kaygıyı arttırmasıyla sağlık güvencesinin bulunmasına rağmen istenmeyen durumların meydana gelmesine yol açmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004:56).

3.3.3.1. Anksiyete ve Korku

Anksiyete; gelecekte ortaya çıkabilecek durumlara ilişkin endişe, gündelik olaylara karşı bir tepki biçiminde ifade edilmektedir. Anksiyete bozukluklarının asıl sebebi genetik ve çevresel etkenlerdir. Anksiyete; henüz varlığı netleşmemiş hususlara yönelik bireyin hâlihazırda bekliyor olması ve bu olay ortaya çıktığında da hangi önlem ve tedbirleri alacağını hesap ederek kaygıyı arttırmasıyla karakterize bir olgudur (Nutbeam, 2017:212).

Örnek olarak; kişide böcek fobisi bulunabilir ancak her an bir böcek karşı karşıya geleceği düşüncesinde olmaz. Yalnızca böceği gördüğü zaman bir korkuya kapılarak yaşadığı durum karşısında tepkisini sergiler. Anksiyete haline örnek olarak da bireyin bir topluluk içerisinde kendini ifade edememesi halinde yaşamış olduğu kaygı gösterilebilmektedir. Mesela kişi böcek ile karşı karşıya geldiğinde böceğin kişiye fiziksel yönden zararının dokunması söz konusu olabilir. Bu nedenle kişinin böcekten korkma konusunda haklı bir sebebi bulunmaktadır. Diğer taraftan, bir topluluk karşısında kendini ifade edememe halinde hayati veya kişiye zarar getirecek ciddi bir durum söz konusu olmamaktadır. Kişi topluluk karşısında konuşma gerçekleştirilmesine de her an hazırda

bulunup endişe taşıyabilmektedir. Anksiyetenin tanımlanabilmesi birey açısından oldukça güçtür zira ifadesi mümkün olmayan o ana ilişkin var olmayan genel bir endişe ve kaygı durumu bulunmaktadır. Buradan yola çıkarak, korku anlık olmakta ve akut gelişim göstermektedir. Bununla birlikte anksiyete, bireyin bütün yaşamını ele geçirmekte ve kronik bir tablo yaratılmasına yol açmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004:59).

3.3.3.2. Anksiyete ve Depresyon

Birçok klinik tabloda anksiyete ile depresyon birlikte seyretmekte ve bireyin ruhsal durumu söz konusu iki rahatsızlıkta birbirine paralel olmaktadır. Söz konusu iki temel psikiyatrik problem arasında bulunan bağlantı iki açıdan ele alınmaktadır: Bunlardan ilki; semptomlar bakımından benzerlik ve ayrımlar, bundan kaynaklı da tanı ve ayırt edici problemlerdir. İkincisi, söz konusu iki ayrı tanı grubunun tanısallıktan birlikteliğidir (Hart ve Björqvinnsson, 2010:127).

Anksiyete bozukluklarının kapsamında; sosyal fobi, özgül fobi, agorafobi, panik atak, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve madde kullanımı bulunmaktadır. Ayırıcı tanı bakımından bilhassa panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu ciddi bir öneme sahiptir (Norr vd., 2014:405).

Anksiyete ve depresyon bilhassa Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna başvuruda bulunan hastalarda sıkça bir arada görülmektedir. ABD’de psikolojik rahatsızlıkların epidemiyolojisine yönelik yapılmış olan büyük çaptaki bir çalışma olan Ulusal Ek Tanı Araştırması’nda (NCS) majör depresyonu bulunan hastaların %58’inde ikincil bir anksiyete bozukluğunun var olduğu aynı zamanda herhangi bir anksiyete bozukluğuna sahip hastaların da %68’inde ek teşhis şeklinde majör depresyon belirlenmiştir (Kessler, vd., 1996:22).

3.3.3.3. Stres, Çatışma ve Anksiyete

İçinde bulunduğumuz zamanda bir durum, konu veya olayı stres faktörü şeklinde ele almak, olayın yapısı ve bireyin bu olayla baş edebilme kapasitesine göre değişiklik göstermektedir. Bireyin durumları algılama, düşünme ve bilinçaltı duygu durumuna göre davranış sergileme eylemleri ego kapsamında yer almaktadır. Ego uygun biçimde görevini yapıyorsa iç ve dış dünyalar arasında bir denge oluşturulmuş anlamına gelmektedir (Anandkumar, 2015:214). Ego görevini yapamıyorsa ve gelişmekte olan içsel ve dışsal dengesizlik durumu gereğinden daha uzun devam ederse kişide kronik anksiyeteye rastlanma ihtimali artmaktadır. Bu değişken durum, dış ortamda bulunan zorluklar, bireyin arzularıyla inançları arasındaki uyumsuzluk olsun her şartta bu durumlar içsel çatışmaya neden olmaktadır. Dış ortamdan kaynaklanan içsel çatışmalar genel olarak kişilerarası çatışmalar şeklinde adlandırılmaktadır. Kişide içsel ve dışsal çatışmalar aynı anda bulunabilmektedir (Hart ve Björqvinnsson, 2010:130).

Gerçekleştirilen araştırmalar bireylerin, psikolojik ve fizyolojik yönden vücutlarında ortaya çıkan değişimlerin pek azının farkında olduklarını göstermiştir. Vakalar akut stres altında fizyolojik değişimleri doğru biçimde tahmin etmiş ancak bu değişimlerin derecesini tespit etmeden yetersiz kalmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu görülen kişilerde de hastalık başarılı bir şekilde tedavi edildiğinde somatik bulgular psikolojik açıdan değerlendirilmiştir. Anksiyete konusunda gelişim gösteren hastalar fiziksel bulgulardan yüksek tansiyon ve taşikardi gibi durumlara daha az maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Bootzin vd., 1991:71).

3.3.3.4. Obsesif, Kompulsif Bozukluk

İçinde bulunduğumuz zamanda hızla ilerlemekte olan teknolojiyle beraber yaşam da hız kazanmış ve insanlar türlü konulardaki takıntılar ile mücadelede bulunmak durumunda kalmışlardır. Yinelenen düşüncelerin sosyal yaşam üzerinde etkili olması ve bireyin aktivitelerini sınırlandıracak seviyeye ulaşmasıyla Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) olarak ifade edilen bir ruhsal problem meydana gelmiştir. OKB; takıntılı düşünce, fikir ve dürtülerle kompulsiyon olarak ifade edilen tekrarlayan davranışlar ve zihinsel faaliyetlerden meydana gelen bir ruhsal hastalık şeklinde açıklanmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004:82).

Başka bir örnek de Covid-19 salgını boyunca insanların kişisel temizlik kurallarına daha fazla uyması hastalığın bulaşmasının önlenmesi açısından önem teşkil etmektedir. Ortaya çıkan bu salgınla beraber insanlar; yinelenen biçimde ellerini yıkamakta, temizlik yapmakta, bağışıklık sistemlerinin güçlü olduğunu bilseler bile ilave vitaminler almaktadırlar. Söz konusu durum kısa dönemde bireye kazanım sağlamak ve fiziksel yönden sağlıklarının desteklenmesi ve geliştirilmesine katkı sunmaktadır. Ancak uzun vadede sıklıkla el yıkamaktan kaynaklı egzama, cilt hastalıkları, deri bütünlüğünün bozulmasına bağlı bakteri ve virüslere açık hale gelme gibi bir durum ortaya çıkabilmektedir. Bunun yanı sıra, ilave vitaminlerin kullanılması vücutta, vitamin ve mineral dengesinin ve kan değerlerinin bozulmasına neden olabilmektedir. Kısa dönemde tekrar edilen davranışlar kazanım olarak görülse de bu davranışlar uzun dönemde psikolojik ve fizyolojik problemleri de beraberinde getirebilmektedir (Haque, 2020:46-47).

3.3.4. Siberkondrinin Önlenmesi

İleriki zamanlarda daha da yaygın bir hal alacağı tahmin edilen siberkondri, çağın hastalığı olarak kabul edilmektedir. Siberkondri, yalnızca internet ortamında hastalık ve tedavilerin araştırılması rahatsızlığı biçiminde düşünülmemelidir. Siberkondri, sağlık konusundaki her çeşit kaygı, korku ve endişeyi önlemek amacıyla takıntılı olarak çevrimiçi araştırmada bulunmayı içine almaktadır (Singh ve Brown, 2016:5).

Siberkondriyak bir bireyin başvuruda bulunduğu doktor, bu kişiyi çok iyi analiz edebilmelidir. Doktorun, bireyi ruhsal ve fiziksel açıdan ayrıntılı olarak değerlendirip kişiye açık uçlu sorular yönelterek çevrimiçi sağlık araştırmasında bulunmasının sebebinin çok iyi öğrenmesi gerekmektedir. 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında yaşanan yoğunluktan dolayı çoğunlukla doktor, hastasına gerektiği kadar zaman ayıramamaktadır. Böyle bir durum karşısında siberkondriyak birey yeterince anlaşılmadığı, doktorun kendisiyle gerektiği kadar ilgilenmediği düşüncesiyle çevrimiçi araştırmalarını daha da arttırmaktadır. Aslında doktor bu kişiye tanı koymuş ve kişinin tedavi sürecini planlamıştır. Bu noktada devreye aile hekimleri girmelidir. Zira bireyin sosyoekonomik düzeyini, ailesine ilişkin bilgilerini, kullanmış olduğu ilaçlarını, yaşını, geçirmiş olduğu hastalıklarını, kişiye uygulanan bütün tanı ve tedavilerini e-nabız vasıtasıyla ayrıntılı bir şekilde görebilmekte ve bireye ilişkin ayrıntılı veriler elde edebilmektedir. Bu husus da aile hekimine, tanı koyma aşamasında fayda sağlamaktadır (Altınışık, 2021:1).

Farmakolojik tedavi şeklinin uygulanma kuralları, kişilerin sağlıklarına ilişkin yaptırmış oldukları bütün laboratuvar vb. neticelerin değerlendirilmesi, risk içeren unsurların belirtilerek toplumdaki sağlık bilincinin artırılması ile sağlık okuryazarlığı ilişkilendirilmektedir (Utma, 2019:228). Siberkondrinin önüne geçilmesinde sağlık okuryazarlığının gelişiminin sağlanması,

ileriki zamanlardaki nesillere sağlıkla alakalı bilgileri kavrayıp yorumlama hususunda kolaylık sağlayacaktır.

Siberkondrinin önlenmesi konusunda kişilerin üstlerine düşen görevler şöyledir (Singh ve Brown, 2016:7; Nutbeam, 2017:218):

Farkındalık; kişinin sağlıkla ilgili kaygıları ve endişelerinin başka insanlardan daha fazla düzeyde olduğunun bilincinde olması bu konudaki en önemli koşuldur.

Kabullenme; kişi doktor doktor gezecek bir durumun olmadığını ve bunun genellikle psikolojik bir sorun olduğunu kabul etmesi gerekmektedir. Tedbir hayat kurtarabilir ancak tedbir almak endişesi psikolojik açıdan sağlıkta bozulmalara neden olmaktadır.

Özdenetim geliştirme; doktorun anlattıkları karşısında güven duymaya ilişkin özdenetim geliştirilmeli, doktorun önermiş olduğu tanı ve tedaviye direnmeksizin uyum sağlanmalıdır. Eğer konulan teşhisten sonra alınan ilaçların şikâyetleri bitirmediği düşünülüyorsa o vakit tekrardan bir doktora başvurulmalıdır. Sadece yapılmış olan araştırmalar çerçevesinde bireyin kendi kendine koymuş olduğu teşhisi onaylatmak amacıyla doktor doktor gezmesi, zaman kaybına, ruhsal sağlık üstüne negatif etkiye ve maddi açıdan zararlara neden olacaktır.

Psikolojik destek almak; eğer kişinin çevrimiçi sağlık araştırmalarında artış gözleniyorsa, hiçbir doktorun kendisini anlamadığını ve özellikle kendisine doğru olmayan bir teşhis koyduğunu düşünüyorsa, bir ruh sağlığı uzmanından yardım alması gerekmektedir. Bu aşamada uygulanacak olan tedavi ile terapilere yönelik kişinin kendisini motive etmesi ve bu motivasyon yardımıyla yaşamını devam ettirmesi büyük bir önem taşımaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde anket yöntemiyle elde edilen verilerin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Aşağıdaki tabloda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Verilerine İlişkin Bulgular

Değişken	Kategori	n	%
Yaş	18-29	139	34,66
	30-39	115	28,68
	40-49	82	20,45
	50+	65	16,21
Cinsiyet	Kadın	236	58,85
	Erkek	165	41,15
Medeni Durum	Evli	234	58,35
	Bekâr	159	39,65
	Diğer	8	2,00
Eğitim Durumu	Lise	40	9,98
	Ön lisans	62	15,46
	Lisans	245	61,10
	Yüksek Lisans	45	11,22
	Doktora	9	2,24
Kronik Hastalık	Evet	52	12,97
	Hayır	349	87,03
Tanımlı Psikiyatrik Hastalık	Evet	15	3,74
	Hayır	386	96,26
Sigara Tüketme	Evet	117	29,18
	Hayır	284	70,82
Ailede Sağlık Çalışanı	Evet	148	36,91
	Hayır	253	63,09
Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme	Hiçbir zaman	39	9,73
	Nadiren	110	27,43
	Bazen	163	40,65
	Sıklıkla	65	16,21
	Her zaman	24	5,99
	Hiçbir zaman	35	8,73
	Nadiren	111	27,68
TV' de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık	Bazen	174	43,39
	Sıklıkla	66	16,46
	Her zaman	15	3,74
	Evet	399	99,50
İnternet Kullanma	Hayır	2	0,50
	0-1 Saat	52	12,97
	2-3 Saat	183	45,64
	4-5 Saat	120	29,93
	6 Saat +	46	11,47

Tablo 1'e bakıldığında en büyük yaş grubu 18-29 yaş aralığındadır (34.66%), ardından 30-39 yaş aralığı (28.68%) gelmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu kadındır (%58.85).

Katılımcıların çoğunluğu evlidir (%58.35), bekâr olanlar ise %39.65'tir. Katılımcıların büyük çoğunluğu lisans mezunudur (%61.10). Katılımcıların %12.97'si kronik hastalığa sahiptir, %3.74'ü tanımlı psikiyatrik hastalığa sahiptir. Katılımcıların %29.18'i sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %36.91'i ailelerinde sağlık çalışanına sahiptir. Katılımcıların çoğunluğu sağlık ile ilgili yayınları bazen takip etmektedir (%40.65). Katılımcıların büyük çoğunluğu TV'de sağlık ile ilgili yayınları bazen takip etmektedir (%43.39). Katılımcıların %99.50'si internet kullanmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu günde 2-3 saat arası internet kullanmaktadır (%45.64).

Aşağıdaki tabloda katılımcıların sağlık bilgisi özelliklerine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık bilgisi özelliklerine ilişkin frekans dağılım tablosu

Değişken	Kategori	n	%
İnternet Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklık	Hiçbir zaman	18	4,49
	Nadiren	99	24,69
	Bazen	181	45,14
	Sıklıkla	82	20,45
	Her zaman	21	5,24
İnternet Sağlık Bilgisi Güvenli Bulma	Evet	153	38,15
	Hayır	153	38,15
	Fikrim Yok	95	23,69
İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma	Evet	309	77,06
	Hayır	92	22,94
Doktora Gitmeden Önce İnternette Araştırma	Evet	316	78,80
	Hayır	85	21,20
Doktora Gittikten Sonra İnternette Araştırma	Evet	298	74,31
	Hayır	103	25,69
Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma	Evet	110	27,43
	Hayır	291	72,57
Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma	Evet	144	35,91
	Hayır	257	64,09
İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme	Hiçbir zaman	164	40,90
	Nadiren	122	30,42
	Bazen	100	24,94
	Sıklıkla	11	2,74
	Her zaman	4	1,00

Tablo 2'ye bakıldığında katılımcıların büyük bir kısmı internet üzerinden sağlık bilgisi araştırmaktadır. En yaygın sıklık "bazen"dir (%45.14). Katılımcılar, internet üzerinden aldıkları sağlık bilgilerine güven konusunda bölünmüştür. Bir kısım (%38.15) bu bilgileri güvenli bulurken, bir diğer kısım (%38.15) güvenli bulmamaktadır. Ayrıca, katılımcıların önemli bir kısmı (%23.69) bu konuda bir görüş belirlemediğini ifade etmektedir. Katılımcıların çoğunluğu (%77.06) internet üzerinden sağlık bilgisi araştırma amacını bilgilendirme olarak belirtmektedir. Katılımcıların büyük bir kısmı doktora gitmeden önce (%78.80) ve doktora gittikten sonra (%74.31) internet üzerinden sağlık bilgisi araştırmaktadır. Katılımcıların bir kısmı hekim dışı tıbbi tetkik yaptırmaktadır (%27.43) ve hekim önerisi dışında ilaç kullanmaktadır (%35.91). Katılımcıların büyük bir kısmı, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlıklarıyla ilgili kararlar vermediğini ifade etmektedir (%40.90). Ancak, bazı katılımcılar bu bilgilere dayanarak kararlar aldıklarını belirtmektedir.

Aşağıdaki tabloda katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlık düzeyleri ile Siberkondri ve alt boyutları olan Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma ve Doktora Güvensizlik ölçeklerinin kamu çalışanları tarafından değerlendirilmesine yönelik sonuçları verilmiştir.

Tablo 3. Ölçek düzeylerine ilişkin frekans, normallik ve güvenirlik sonuçları

Değişken	Ort	Min.	Maks	SS	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,10	8,00	40,00	8,24	-0,651	-0,399	0,962
Zorlantı	14,69	8,00	40,00	7,57	1,178	0,763	0,901
Aşırı Kaygı	18,98	8,00	40,00	7,84	0,474	-0,559	0,899
Aşırılık	22,93	8,00	40,00	7,45	-0,093	-0,568	0,912
İçini Rahatlatma	14,95	6,00	29,00	6,08	0,297	-0,852	0,922
Doktora Güvensizlik	7,40	3,00	15,00	3,49	0,521	-0,662	0,918
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	78,95	33,00	153,00	23,77	0,523	0,005	0,936

Tablo 3'e bakıldığında e-Sağlık okuryazarlık ölçek düzeylerinin 8-40 değerleri arasında $26,10 \pm 8,24$ ortalama ile dağılım gösterdiği görülmektedir. Zorlantı düzeylerinin 8-40 değerleri arasında $14,69 \pm 7,57$ ortalama, aşırı kaygı düzeylerinin 8-40 değerleri arasında $18,98 \pm 7,84$ ortalama, aşırılık düzeylerinin 8-40 değerleri arasında $22,93 \pm 7,45$ ortalama, içini rahatlatma düzeylerinin 6-29 değerleri arasında $14,95 \pm 6,08$ ortalama, doktora güvensizlik düzeylerinin 3-15 değerleri arasında $7,40 \pm 3,49$ ortalama ve Siberkondri ciddiyet ölçek düzeylerinin 33-153 değerleri arasında $78,95 \pm 23,77$ ortalama ile dağıldığı görülmektedir.

Ölçek düzeylerinin normalliğine yönelik olarak çarpıklık-basıklık katsayılarından faydalanılmıştır. Tabachnik ve Fidell (2013)' e göre skewness (çarpıklık) ile kurtosis (basıklık) değerleri -1.50 ile +1.50 arasındaysa normal dağılım olduğu kabul edilmektedir. Varsayım çerçevesinde ölçek seviyelerinin normal dağılıma sahip olduğu karşılaştırma ve ilişki testlerinde parametrik tekniklerin uygulanacağı görülmektedir.

Ölçeklerin güvenirliğine yönelik olarak iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden faydalanılmıştır. Güvenirlik katsayısı $0,00 \leq \alpha < 0,40$ (güvenilir değil); $0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenirlikte); $0,60 \leq \alpha < 0,80$ (oldukça güvenirlik) ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ (yüksek derecede güvenirlik) şeklinde saptanmıştır (Kalaycı, 2008). Varsayım çerçevesinde ölçek düzeylerinin yüksek derecede güvenirlik olduğu görülmüştür.

4.1. Farklılık Testleri

Aşağıdaki tablolarda kamu çalışanlarının E-Sağlık Okuryazarlık ve Siberkondri düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Tablo 4. Ölçek düzeylerinin cinsiyetle karşılaştırılması

Değişken	Cinsiyet				t testi	
	Kadın		Erkek			
	Ort.	SS	Ort.	SS	t	p
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,35	8,10	25,74	8,45	0,727	0,468
Zorlantı	14,97	7,87	14,29	7,12	0,890	0,374
Aşırı Kaygı	19,69	8,28	17,95	7,06	2,259	0,024*
Aşırılık	23,60	7,26	21,98	7,64	2,147	0,032*
İçini Rahatlatma	15,17	6,22	14,64	5,89	0,854	0,394
Doktora Güvensizlik	7,18	3,45	7,70	3,54	-1,472	0,142
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	80,61	24,68	76,57	22,26	1,681	0,094

* $p < 0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 4'e bakıldığında cinsiyet arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.727$, $p=0.468$). Elde edilen analiz sonucuna göre, H_1 hipotezi red edilmektedir.

Zorlantı puanları arasında cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.890$, $p=0.374$). Aşırı Kaygı puanları, cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t=2.259$, $p=0.024$). Kadınların aşırı kaygı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Aşırılık puanları arasında cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=2.147$, $p=0.032$). Kadınların aşırılık düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. İçini Rahatlatma puanları arasında cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.854$, $p=0.394$). Doktora Güvensizlik puanları arasında cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-1.472$, $p=0.142$). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları arasında cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır, ancak p değeri ($p=0.094$) yaklaşık olarak sınırda bir değerdir. Daha büyük bir örneklemle bu fark belirgin hale gelebilir. Elde edilen analiz sonucuna göre, H_{10} hipotezi red edilmektedir.

Tablo 5. Ölçek düzeylerinin yaş gruplarıyla karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Yaş		ANOVA		
		Ort	SS	F	P	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	18-29 ⁽¹⁾	25,49	8,60	4,241	0,006*	3>4
	30-39 ⁽²⁾	26,50	7,87			
	40-49 ⁽³⁾	28,39	7,09			
	50+ ⁽⁴⁾	23,80	8,83			
Zorlantı	18-29 ⁽¹⁾	15,48	7,95	0,96	0,411	-
	30-39 ⁽²⁾	14,56	7,61			
	40-49 ⁽³⁾	13,76	7,19			
	50+ ⁽⁴⁾	14,43	7,10			
Aşırı Kaygı	18-29 ⁽¹⁾	20,19	8,26	1,78	0,15	-
	30-39 ⁽²⁾	18,53	7,60			
	40-49 ⁽³⁾	18,27	7,95			
	50+ ⁽⁴⁾	18,05	7,02			
Aşırılık	18-29 ⁽¹⁾	24,07	7,54	3,522	0,015*	1>4
	30-39 ⁽²⁾	22,60	6,93			
	40-49 ⁽³⁾	23,35	8,06			
	50+ ⁽⁴⁾	20,55	6,90			
İçini Rahatlatma	18-29 ⁽¹⁾	16,04	6,16	2,585	0,053	-
	30-39 ⁽²⁾	14,78	5,97			
	40-49 ⁽³⁾	14,10	6,09			
	50+ ⁽⁴⁾	14,02	5,88			
Doktora Güvensizlik	18-29 ⁽¹⁾	7,15	3,47	1,669	0,173	-
	30-39 ⁽²⁾	7,70	3,31			
	40-49 ⁽³⁾	6,91	3,32			
	50+ ⁽⁴⁾	7,98	3,99			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	18-29 ⁽¹⁾	82,94	24,40	2,271	0,08	-
	30-39 ⁽²⁾	78,17	23,43			
	40-49 ⁽³⁾	76,39	24,57			
	50+ ⁽⁴⁾	75,03	21,12			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 5'e bakıldığında yaş grupları arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F=4.241$, $p=0.006$). Post-hoc test sonuçlarına göre 3. yaş grubu (40-49) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek puan almaktadır. Elde edilen analiz sonucuna göre, H_2 hipotezi kabul edilmektedir.

Zorlantı puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=0.96$, $p=0.411$). Aşırı Kaygı puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=1.78$, $p=0.15$). Aşırılık puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F=3.522$, $p=0.015$). Post-hoc test sonuçlarına göre 1. yaş grubu (18-29) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek puan almaktadır, özellikle 4. yaş grubu (50+) ile karşılaştırıldığında. İçini Rahatlatma puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=2.585$, $p=0.053$). P değeri sınırda olup daha büyük bir örneklemle bu fark belirgin hale gelebilir. Doktora Güvensizlik puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=1.669$, $p=0.173$). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=2.271$, $p=0.08$). P değeri sınırda olup daha büyük bir örneklemle bu fark belirgin hale gelebilir. Elde edilen analiz sonucuna göre, H_{11} hipotezi red edilmektedir.

Tablo 6. Ölçek düzeylerinin medeni durumla karşılaştırması

Değişken	Kategori	Medeni Durum		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	Evli	26,29	8,37	0,605	0,547	-
	Bekâr	25,96	8,14			
	Diğer	23,13	6,53			
Zorlantı	Evli	14,87	7,58	0,149	0,862	-
	Bekâr	14,45	7,55			
	Diğer	14,38	8,73			
Aşırı Kaygı	Evli	18,75	7,54	0,334	0,716	-
	Bekâr	19,23	8,12			
	Diğer	20,50	11,39			
Aşırılık	Evli	22,71	7,29	0,759	0,469	-
	Bekâr	23,37	7,56			
	Diğer	20,63	9,90			
İçini Rahatlatma	Evli	14,56	5,87	1,215	0,298	-
	Bekâr	15,53	6,31			
	Diğer	15,13	7,34			
Doktora Güvensizlik	Evli	7,45	3,38	0,891	0,411	-
	Bekâr	7,25	3,62			
	Diğer	8,88	4,22			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	Evli	78,33	23,44	0,189	0,828	-
	Bekâr	79,83	24,07			
	Diğer	79,50	29,65			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 6'ya bakıldığında medeni duruma göre e-sağlık okuryazarlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,605$, $p = 0,547$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_3 hipotezi red edilmektedir.

Medeni duruma göre zorlantı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,149$, $p = 0,862$). Medeni duruma göre aşırı kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,334$, $p = 0,716$). Medeni duruma göre aşırılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,759$, $p = 0,469$). Medeni duruma göre içini rahatlatma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,215$, $p = 0,298$). Medeni duruma göre doktora güvensizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,891$, $p = 0,411$). Medeni duruma göre siberkondri ciddiyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,189$, $p = 0,828$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_{12} hipotezi red edilmektedir.

Tablo 7. Ölçek düzeylerinin eğitim durumu karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Eğitim Durumu		ANOVA		
		Ort.	SS	F	P	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	Lise ⁽¹⁾	26,00	7,59	0,716	0,581	-
	Ön lisans ⁽²⁾	26,13	8,69			
	Lisans ⁽³⁾	25,93	8,21			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	26,13	8,37			
	Doktora ⁽⁵⁾	30,67	8,50			
Zorlanti	Lise ⁽¹⁾	16,78	8,28	1,298	0,27	-
	Ön lisans ⁽²⁾	14,31	7,72			
	Lisans ⁽³⁾	14,76	7,56			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	13,51	6,07			
	Doktora ⁽⁵⁾	12,33	9,76			
Aşırı Kaygı	Lise ⁽¹⁾	20,05	7,99	0,893	0,468	-
	Ön lisans ⁽²⁾	19,47	8,93			
	Lisans ⁽³⁾	19,01	7,62			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	17,82	6,94			
	Doktora ⁽⁵⁾	15,67	9,50			
Aşırılık	Lise ⁽¹⁾	23,68	7,27	0,184	0,947	-
	Ön lisans ⁽²⁾	22,79	9,20			
	Lisans ⁽³⁾	22,97	7,19			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	22,47	6,34			
	Doktora ⁽⁵⁾	22,00	8,26			
İçini Rahatlatma	Lise ⁽¹⁾	16,05	5,63	0,92	0,452	-
	Ön lisans ⁽²⁾	15,16	6,66			
	Lisans ⁽³⁾	15,00	6,02			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	13,76	5,55			
	Doktora ⁽⁵⁾	13,44	8,03			
Doktora Güvensizlik	Lise ⁽¹⁾	7,45	3,21	0,23	0,921	-
	Ön lisans ⁽²⁾	7,08	3,59			
	Lisans ⁽³⁾	7,43	3,47			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	7,67	3,71			
	Doktora ⁽⁵⁾	7,00	4,15			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	Lise ⁽¹⁾	84,00	23,58	1,022	0,396	-
	Ön lisans ⁽²⁾	78,81	26,58			
	Lisans ⁽³⁾	79,16	23,45			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	75,22	19,59			
	Doktora ⁽⁵⁾	70,44	31,25			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 7'ye bakıldığında eğitim düzeylerine göre; E-Sağlık okuryazarlık ölçek ve Siberkondri ciddiye ölçek alt boyut ve toplam boyut düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_4 ve H_{13} hipotezleri red edilmektedir.

Tablo 8. Ölçek düzeylerinin kronik hastalık durumları karşılaştırılması

Değişken	Kronik Hastalık				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,52	7,27	26,03	8,39	0,395	0,693
Zorlantı	14,96	8,53	14,65	7,43	0,274	0,785
Aşırı Kaygı	20,15	7,81	18,80	7,84	1,162	0,246
Aşırılık	23,48	7,10	22,85	7,51	0,568	0,570
İçini Rahatlatma	15,27	6,17	14,91	6,08	0,405	0,688
Doktora Güvensizlik	7,29	3,69	7,41	3,47	-0,239	0,811
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	81,15	24,84	78,62	23,62	0,716	0,474

* $p < 0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 8'e bakıldığında kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.395$, $p=0.693$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_5 hipotezi red edilmektedir.

Kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Zorlantı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.274$, $p=0.785$). Kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Aşırı Kaygı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=1.162$, $p=0.246$). Kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Aşırılık puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.568$, $p=0.570$). Kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında İçini Rahatlatma puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.405$, $p=0.688$). Kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Doktora Güvensizlik puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.239$, $p=0.811$). Kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.716$, $p=0.474$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_{14} hipotezi red edilmektedir.

Tablo 9. Ölçek düzeylerinin tanıli psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırılması

Değişken	Tanılı Psikiyatrik Hastalık				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	24,33	9,44	26,17	8,20	-0,845	0,399
Zorlantı	19,67	9,57	14,50	7,43	2,612	0,009*
Aşırı Kaygı	23,67	8,66	18,79	7,76	2,375	0,018*
Aşırılık	24,87	8,15	22,86	7,42	1,025	0,306
İçini Rahatlatma	18,00	6,77	14,83	6,03	1,985	0,048*
Doktora Güvensizlik	8,20	4,06	7,37	3,47	0,908	0,364
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	94,40	26,90	78,35	23,47	2,584	0,010*

* $p < 0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 9'a bakıldığında tanıli psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.845$, $p=0.399$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_6 hipotezi red edilmektedir.

Tanıli psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Zorlantı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=2.612$, $p=0.009$). Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar, Zorlantı puanları

açısından daha yüksek bir düzeye sahiptir. Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Aşırı Kaygı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=2.375$, $p=0.018$). Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar, Aşırı Kaygı puanları açısından daha yüksek bir düzeye sahiptir. Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Aşırılık puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=1.025$, $p=0.306$). Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında İçini Rahatlatma puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=1.985$, $p=0.048$). Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar, İçini Rahatlatma puanları açısından daha yüksek bir düzeye sahiptir. Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Doktora Güvensizlik puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.908$, $p=0.364$). Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=2.584$, $p=0.010$). Tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları açısından daha yüksek bir düzeye sahiptir. Elde edilen analiz sonucuna göre H_{15} hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 10. Ölçek düzeylerinin sigara tüketme durumları karşılaştırılması

Değişken	Sigara Tüketme				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	24,97	8,68	26,56	8,02	-1,769	0,078
Zorlantı	14,54	7,51	14,76	7,60	-0,263	0,793
Aşırı Kaygı	18,60	7,86	19,13	7,84	-0,617	0,538
Aşırılık	22,03	7,97	23,31	7,21	-1,503	0,134
İçini Rahatlatma	14,56	6,24	15,12	6,02	-0,839	0,402
Doktora Güvensizlik	7,63	3,74	7,30	3,39	0,868	0,386
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	77,35	24,46	79,61	23,49	-0,865	0,388

* $p<0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 10'a bakıldığında sigara içenler ile içmeyenler arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-1.769$, $p=0.078$). Ancak p değeri 0.05'e yaklaşmakta olduğu için, daha büyük bir örneklemle bu fark belirginleşebilir. Elde edilen analiz sonucuna göre H_7 hipotezi red edilmektedir.

Sigara içenler ile içmeyenler arasında Zorlantı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.263$, $p=0.793$). Sigara içenler ile içmeyenler arasında Aşırı Kaygı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.617$, $p=0.538$). Sigara içenler ile içmeyenler arasında Aşırılık puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-1.503$, $p=0.134$). Sigara içenler ile içmeyenler arasında İçini Rahatlatma puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.839$, $p=0.402$). Sigara içenler ile içmeyenler arasında Doktora Güvensizlik puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.868$, $p=0.386$). Sigara içenler ile içmeyenler arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.865$, $p=0.388$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_{16} hipotezi red edilmektedir.

Tablo 11. Ölçek düzeylerinin ailede sağlık çalışanı olma durumları karşılaştırılması

Değişken	Ailede Sağlık Çalışanı				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,56	8,44	25,83	8,13	0,861	0,390
Zorlantı	13,72	7,15	15,26	7,76	-1,984	0,048*
Aşırı Kaygı	17,95	7,58	19,58	7,94	-2,018	0,042*
Aşırılık	22,53	7,44	23,17	7,46	-0,820	0,413
İçini Rahatlatma	14,37	5,91	15,29	6,17	-1,465	0,144
Doktora Güvensizlik	7,38	3,69	7,41	3,38	-0,079	0,937
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	75,95	22,42	80,71	24,40	-1,943	0,053

* $p < 0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 11'e bakıldığında ailede sağlık çalışanı olanlar ile olmayanlar arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0.861$, $p=0.390$). Elde edilen analiz sonucuna göre H_8 hipotezi red edilmektedir.

Ailede sağlık çalışanı olanlar ile olmayanlar arasında Zorlantı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=-1.984$, $p=0.048$). Ailede sağlık çalışanı olanlar, Zorlantı puanları açısından daha düşük bir düzeye sahiptir. Ailede sağlık çalışanı olanlar ile olmayanlar arasında Aşırı Kaygı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=-2.018$, $p=0.042$). Ailede sağlık çalışanı olanlar, Aşırı Kaygı puanları açısından daha düşük bir düzeye sahiptir. Ailede sağlık çalışanı olanlar ile olmayanlar arasında Aşırılık puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.820$, $p=0.413$). Ailede sağlık çalışanı olanlar ile olmayanlar arasında İçini Rahatlatma puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-1.465$, $p=0.144$). Ailede sağlık çalışanı olanlar ile olmayanlar arasında Doktora Güvensizlik puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-0.079$, $p=0.937$). Ailede sağlık çalışanı olanlar ile olmayanlar arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-1.943$, $p=0.053$). Ancak p değeri 0.05'e yaklaşmakta olduğu için, daha büyük bir örneklemle bu fark belirginleşebilir. Elde edilen analiz sonucuna göre H_{17} hipotezi red edilmektedir.

Tablo 12. Ölçek düzeylerinin günlük internet kullanma süreleri karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Günlük İnternet Kullanma Süre		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	0-1 Saat ⁽¹⁾	25,25	7,99	0,328	0,805	-
	2-3 Saat ⁽²⁾	26,27	8,19			
	4-5 Saat ⁽³⁾	25,94	7,79			
	6 Saat + ⁽⁴⁾	26,78	9,90			
Zorlantı	0-1 Saat ⁽¹⁾	13,90	8,01	0,459	0,711	-
	2-3 Saat ⁽²⁾	14,83	7,31			
	4-5 Saat ⁽³⁾	15,10	7,86			
	6 Saat + ⁽⁴⁾	13,98	7,46			
Aşırı Kaygı	0-1 Saat ⁽¹⁾	16,58	7,55	2,559	0,055	-
	2-3 Saat ⁽²⁾	18,81	7,62			
	4-5 Saat ⁽³⁾	19,71	7,98			
	6 Saat + ⁽⁴⁾	20,43	8,27			
Aşırılık	0-1 Saat ⁽¹⁾	20,54	8,20	2,898	0,035*	1<3
	2-3 Saat ⁽²⁾	22,70	6,82			
	4-5 Saat ⁽³⁾	24,00	7,35			
	6 Saat + ⁽⁴⁾	23,76	8,68			
İçini Rahatlatma	0-1 Saat ⁽¹⁾	13,56	6,22	1,671	0,173	-
	2-3 Saat ⁽²⁾	14,77	6,07			
	4-5 Saat ⁽³⁾	15,73	5,78			
	6 Saat + ⁽⁴⁾	15,24	6,61			
Doktora Güvensizlik	0-1 Saat ⁽¹⁾	7,62	4,03	0,269	0,848	-
	2-3 Saat ⁽²⁾	7,49	3,39			
	4-5 Saat ⁽³⁾	7,18	3,36			
	6 Saat + ⁽⁴⁾	7,37	3,65			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	0-1 Saat ⁽¹⁾	72,19	24,01	2,064	0,104	-
	2-3 Saat ⁽²⁾	78,60	23,19			
	4-5 Saat ⁽³⁾	81,72	23,72			
	6 Saat + ⁽⁴⁾	80,78	25,08			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 12'ye bakıldığında Günlük İnternet Kullanma Süresi kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.328$, $p=0.805$). Bu, günlük internet kullanma süresinin E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Elde edilen analiz sonucuna göre H_0 hipotezi red edilmektedir.

Günlük İnternet Kullanma Süresi kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.459$, $p=0.711$). Bu, günlük internet kullanma süresinin Zorlantı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Günlük İnternet Kullanma Süresi kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2.559$, $p=0.055$). Ancak, p değeri 0.05'e oldukça yakın olduğu için bu durum dikkat çekicidir. Daha büyük bir örneklemin bu farkı belirginleştirebileceği düşünülmelidir. Günlük İnternet Kullanma Süresi kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=2.898$, $p=0.035$). Post hoc test sonuçlarına göre, 0-1 saat ile 4-5 saat arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Bu, günlük internet kullanma süresinin Aşırılık düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Günlük İnternet Kullanma Süresi kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1.671$, $p=0.173$). Bu, günlük internet kullanma süresinin İçini Rahatlatma düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin

olmadığını göstermektedir. Günlük İnternet Kullanma Süresi kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.269$, $p=0.848$). Bu, günlük internet kullanma süresinin Doktora Güvensizlik düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Günlük İnternet Kullanma Süresi kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2.064$, $p=0.104$). Bu, günlük internet kullanma süresinin Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Elde edilen analiz sonucuna göre H_{18} hipotezi red edilmektedir.

Tablo 13. Ölçek düzeylerinin internet kullanma durumları karşılaştırılması

Değişken	İnternet Kullanma				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,14	8,23	18,00	8,49	1,395	0,164
Zorlantı	14,65	7,56	24,00	1,41	-1,748	0,081
Aşırı Kaygı	18,97	7,85	19,50	6,36	-0,095	0,925
Aşırılık	22,94	7,45	21,50	9,19	0,220	0,786
İçini Rahatlatma	14,93	6,08	19,00	5,66	-0,943	0,346
Doktora Güvensizlik	7,40	3,50	7,50	0,71	-0,042	0,967
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	78,89	23,78	91,50	23,33	-0,748	0,455

* $p<0,05$; t =bağımsız örneklemeler t testi

Tablo 13'e bakıldığında İnternet Kullanma durumu (Evet/Hayır) arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.395$, $p=0.164$). Bu, internet kullanma durumunun E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

İnternet Kullanma durumu (Evet/Hayır) arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-1.748$, $p=0.081$). Ancak, p değeri 0.05'e oldukça yakın olduğu için bu durum dikkat çekicidir. Daha büyük bir örneklemin bu farkı belirginleştirebileceği düşünülmelidir. İnternet Kullanma durumu (Evet/Hayır) arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0.095$, $p=0.925$). Bu, internet kullanma durumunun Aşırı Kaygı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. İnternet Kullanma durumu (Evet/Hayır) arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.220$, $p=0.786$). İnternet kullanma durumunun Aşırılık düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmektedir. İnternet Kullanma durumu (Evet/Hayır) arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0.943$, $p=0.346$). Bu, internet kullanma durumunun İçini Rahatlatma düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. İnternet Kullanma durumu (Evet/Hayır) arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0.042$, $p=0.967$). Bu, internet kullanma durumunun Doktora Güvensizlik düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. İnternet Kullanma durumu (Evet/Hayır) arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0.748$, $p=0.455$). Bu, internet kullanma durumunun Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 14. Ölçek düzeylerinin sağlık ile ilgili yayın takip etme durumları karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	20,77	9,15	7,291	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	25,18	7,69			1<3
	Bazen ⁽³⁾	26,55	7,62			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	28,97	7,95			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	28,08	9,87			
Zorlantı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	13,08	5,86	1,78	0,132	
	Nadiren ⁽²⁾	14,82	8,01			
	Bazen ⁽³⁾	14,65	7,31			-
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	14,28	7,51			
	Her zaman ⁽⁵⁾	18,17	9,22			
Aşırı Kaygı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	18,95	7,84	0,484	0,747	
	Nadiren ⁽²⁾	19,17	8,12			
	Bazen ⁽³⁾	19,06	7,34			-
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	17,94	7,89			
	Her zaman ⁽⁵⁾	20,33	9,86			
Aşırılık	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	19,74	7,00	2,528	0,040*	1<3
	Nadiren ⁽²⁾	22,59	7,11			
	Bazen ⁽³⁾	23,44	7,17			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	23,46	8,00			
	Her zaman ⁽⁵⁾	24,79	8,99			
İçini Rahatlatma	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	13,62	6,01	0,596	0,666	
	Nadiren ⁽²⁾	15,34	6,24			
	Bazen ⁽³⁾	14,99	5,67			-
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	14,89	6,63			
	Her zaman ⁽⁵⁾	15,25	6,86			
Doktora Güvensizlik	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	7,26	3,70	0,217	0,929	
	Nadiren ⁽²⁾	7,35	3,48			
	Bazen ⁽³⁾	7,29	3,39			-
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	7,69	3,70			
	Her zaman ⁽⁵⁾	7,71	3,56			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	72,64	21,90	1,293	0,272	
	Nadiren ⁽²⁾	79,27	24,80			
	Bazen ⁽³⁾	79,44	22,09			-
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	78,26	24,44			
	Her zaman ⁽⁵⁾	86,25	29,83			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 14'e bakıldığında Sağlık İle İlgili Yayın Takip Etme kategorileri ile E-Sağlık Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=7.291$, $p=0.001$). Post-hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" kategorisi ile diğer kategoriler arasında farklılıklar bulunmaktadır ($1<2$, $1<3$, $1<4$, $1<5$).

Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme kategorileri ile Zorlantı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=1.78$, $p=0.132$). Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme kategorileri ile Aşırı Kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=0.484$, $p=0.747$). Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme kategorileri ile Aşırılık puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark vardır ($F=2.528$, $p=0.040$). Post-hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" kategorisi ile "Bazen" kategorisi arasında farklılık bulunmaktadır ($1<3$). Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme kategorileri ile İçini Rahatlatma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=0.596$, $p=0.666$). Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme kategorileri ile Doktora Güvensizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=0.217$, $p=0.929$). Sağlık ile İlgili Yayın Takip Etme kategorileri ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=1.293$, $p=0.272$).

Tablo 15. Ölçek düzeylerinin TV’ de sağlık ile ilgili yayın takip etme sıklık durumları karşılaştırılması

Değişken	Kategori	TV’ de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	21,83	8,96	4,599	0,001*	1<2 1<3
	Nadiren ⁽²⁾	24,94	7,75			
	Bazen ⁽³⁾	26,88	7,87			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	28,27	8,31			
	Her zaman ⁽⁵⁾	26,00	10,13			
Zorlantı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	12,40	6,04	4,227	0,002*	5>1 5>2 5>3 5>4
	Nadiren ⁽²⁾	15,22	7,77			
	Bazen ⁽³⁾	14,17	7,14			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	14,88	7,90			
	Her zaman ⁽⁵⁾	21,40	9,33			
Aşırı Kaygı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	18,06	8,54	0,74	0,565	-
	Nadiren ⁽²⁾	19,27	7,21			
	Bazen ⁽³⁾	18,67	7,62			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	19,12	8,57			
	Her zaman ⁽⁵⁾	21,87	9,98			
Aşırılık	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	20,26	7,72	2,114	0,078	-
	Nadiren ⁽²⁾	22,59	7,20			
	Bazen ⁽³⁾	23,10	7,18			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	23,79	7,71			
	Her zaman ⁽⁵⁾	26,07	9,34			
İçini Rahatlatma	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	13,20	6,33	1,181	0,319	-
	Nadiren ⁽²⁾	15,28	5,89			
	Bazen ⁽³⁾	14,94	5,99			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	14,92	6,38			
	Her zaman ⁽⁵⁾	16,87	6,49			
Doktora Güvensizlik	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	7,37	3,84	0,784	0,536	-
	Nadiren ⁽²⁾	7,72	3,52			
	Bazen ⁽³⁾	7,31	3,47			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	6,91	3,40			
	Her zaman ⁽⁵⁾	8,20	3,23			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	71,29	23,48	2,657	0,033*	1<5
	Nadiren ⁽²⁾	80,07	23,08			
	Bazen ⁽³⁾	78,19	22,49			
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	79,62	25,53			
	Her zaman ⁽⁵⁾	94,40	30,36			

* $p<0,05$; $F=Anova$ testi, $Fark=Tukey$ testi

Tablo 15’e bakıldığında TV’de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık kategorileri ile E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=4.599$, $p=0.001$). Post-

hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" kategorisi ile diğer kategoriler arasında farklılıklar bulunmaktadır ($1 < 2$, $1 < 3$).

TV'de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık kategorileri ile Zorlantı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=4.227$, $p=0.002$). Post-hoc test sonuçlarına göre, "Her zaman" kategorisi ile diğer kategoriler arasında farklılıklar bulunmaktadır ($5 > 1$, $5 > 2$, $5 > 3$, $5 > 4$). TV'de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık kategorileri ile Aşırı Kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=0.74$, $p=0.565$). TV'de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık kategorileri ile Aşırılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=2.114$, $p=0.078$). TV'de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık kategorileri ile İçini Rahatlatma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=1.181$, $p=0.319$). TV'de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık kategorileri ile Doktora Güvensizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F=0.784$, $p=0.536$). TV'de Sağlık ile İlgili Yayın Takip Sıklık kategorileri ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=2.657$, $p=0.033$). Post-hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" kategorisi ile "Her zaman" kategorisi arasında farklılık bulunmaktadır ($1 < 5$).

Tablo 16. Ölçek düzeylerinin internetten sağlık bilgisi araştırma sıklık durumları karşılaştırılması

Değişken	Kategori	İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklık		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	15,94	8,40	18,69	0,010*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	22,71	7,67			1<3
	Bazen ⁽³⁾	27,07	7,62			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	29,61	6,89			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	28,67	8,91			
Zorlantı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	11,33	5,34	3,389	0,010*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	15,36	8,36			1<3
	Bazen ⁽³⁾	13,72	6,69			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	15,98	7,77			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	17,81	9,73			
Aşırı Kaygı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	15,06	6,96	3,107	0,015*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	19,38	8,65			1<3
	Bazen ⁽³⁾	18,13	6,81			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	20,66	8,17			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	21,10	9,84			
Aşırılık	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	15,94	6,18	10,01	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	21,45	7,29			1<3
	Bazen ⁽³⁾	22,72	6,85			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	26,01	7,09			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	25,67	9,45			
İçini Rahatlatma	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	11,33	5,71	3,383	0,010*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	14,55	6,23			1<3
	Bazen ⁽³⁾	14,70	5,65			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	16,48	6,28			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	16,24	7,09			
Doktora Güvensizlik	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	9,00	4,39	3,175	0,014*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	7,54	3,59			1<3
	Bazen ⁽³⁾	7,62	3,49			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	6,33	2,91			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	7,57	3,61			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	62,67	19,68	5,025	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	78,28	26,20			1<3
	Bazen ⁽³⁾	76,90	20,51			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	85,45	23,95			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	88,38	30,80			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 16'ya bakıldığında İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklığı kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=18.69$, $p=0.010$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Bu, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığının E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorları üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir.

İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklığı kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3.389$, $p=0.010$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Bu, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığının Zorlantı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklığı kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3.107$, $p=0.015$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bu, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığının Aşırı Kaygı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklığı kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=10.01$, $p=0.001$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bu, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığının Aşırılık düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklığı kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3.383$, $p=0.010$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bu, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığının İçini Rahatlatma düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklığı kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3.175$, $p=0.014$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bu, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığının Doktora Güvensizlik düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. İnternetten Sağlık Bilgisi Araştırma Sıklığı kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5.025$, $p=0.001$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Hiçbir zaman" ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bu, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığının Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorları üzerinde belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir.

Tablo 17. Ölçek düzeylerinin internet sağlık bilgisi güvenli bulma durumları karşılaştırılması

Değişken	Kategori	İnternet Sağlık Bilgisi Güvenli Bulma		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	Evet ⁽¹⁾	28,46	7,59	10,75	0,001*	1>2
	Hayır ⁽²⁾	24,45	8,68			1>3
	Fikrim Yok ⁽³⁾	24,95	7,70			
Zorlantı	Evet ⁽¹⁾	15,61	7,37	2,266	0,105	-
	Hayır ⁽²⁾	13,78	7,63			
	Fikrim Yok ⁽³⁾	14,68	7,68			
Aşırı Kaygı	Evet ⁽¹⁾	19,79	7,27	1,708	0,183	-
	Hayır ⁽²⁾	18,14	8,43			
	Fikrim Yok ⁽³⁾	19,01	7,68			
Aşırılık	Evet ⁽¹⁾	24,54	6,74	6,46	0,002*	1>2
	Hayır ⁽²⁾	21,55	7,83			
	Fikrim Yok ⁽³⁾	22,58	7,49			
İçini Rahatlatma	Evet ⁽¹⁾	15,96	5,67	3,935	0,020*	1>2
	Hayır ⁽²⁾	14,03	6,38			
	Fikrim Yok ⁽³⁾	14,81	6,04			
Doktora Güvensizlik	Evet ⁽¹⁾	7,49	3,19	0,229	0,796	-
	Hayır ⁽²⁾	7,43	3,81			
	Fikrim Yok ⁽³⁾	7,19	3,45			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	Evet ⁽¹⁾	83,39	22,16	4,999	0,007*	1>2
	Hayır ⁽²⁾	74,93	24,63			
	Fikrim Yok ⁽³⁾	78,27	23,87			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 17'ye bakıldığında İnternetteki Sağlık Bilgilerini Güvenli Bulma kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=10.75$, $p=0.001$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Evet" kategorisi ile diğer kategoriler arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Bu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorlarının, internetteki sağlık bilgisi güvenliğini etkileyebileceğini göstermektedir.

İnternetteki Sağlık Bilgilerini Güvenli Bulma kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2.266$, $p=0.105$). Bu, Zorlantı düzeyinin, internetteki sağlık bilgisi güvenliğini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerini Güvenli Bulma kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1.708$, $p=0.183$). Bu, Aşırı Kaygı düzeyinin, internetteki sağlık bilgisi güvenliğini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerini Güvenli Bulma kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=6.46$, $p=0.002$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Evet" kategorisi ile "Hayır" kategorisi arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Bu, Aşırılık düzeyinin, internetteki sağlık bilgisi güvenliğini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerini Güvenli Bulma kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3.935$, $p=0.020$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Evet" kategorisi ile "Hayır" kategorisi arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Bu, İçini Rahatlatma düzeyinin, internetteki sağlık bilgisi güvenliğini

etkileyebileceğini göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerini Güvenli Bulma kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.229$, $p=0.796$). Bu, Doktora Güvensizlik düzeyinin, internetteki sağlık bilgisi güvenini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternet Sağlık Bilgilerini Güvenli Bulma kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.999$, $p=0.007$). Post hoc test sonuçlarına göre, "Evet" kategorisi ile "Hayır" kategorisi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorlarının, internetteki sağlık bilgisi güvenini etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 18. Ölçek düzeylerinin internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma durumları karşılaştırılması

Değişken	İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,87	7,96	23,49	8,68	3,346	0,001*
Zorlantı	15,01	7,53	13,64	7,64	1,521	0,129
Aşırı Kaygı	19,22	7,52	18,16	8,82	1,039	0,301
Aşırılık	23,72	7,02	20,27	8,23	3,650	0,001*
İçini Rahatlatma	15,25	5,85	13,96	6,73	1,664	0,098
Doktora Güvensizlik	7,32	3,31	7,65	4,05	-0,718	0,474
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	80,52	22,83	73,68	26,13	2,435	0,015*

* $p<0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 18'e bakıldığında internetteki Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3.346$, $p=0.001$). Bu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorlarının, internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir.

İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.521$, $p=0.129$). Bu, Zorlantı düzeyinin, internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.039$, $p=0.301$). Bu, Aşırı Kaygı düzeyinin, internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3.650$, $p=0.001$). Bu, Aşırılık düzeyinin, internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.664$, $p=0.098$). Bu, İçini Rahatlatma düzeyinin, internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla Kullanma kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0.718$, $p=0.474$). Bu, Doktora Güvensizlik düzeyinin, internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternet Sağlık Bilgisi Bilgilendirme Amacıyla

Kullanma kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.435$, $p=0.015$). Bu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorlarının, internet sağlık bilgisi bilgilendirme amacıyla kullanma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 19. Ölçek düzeylerinin doktora gitmeden önce internette araştırma durumları karşılaştırılması

Değişken	Doktora Gitmeden Önce İnternette Araştırma				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,35	8,07	25,15	8,85	1,191	0,235
Zorlantı	15,29	7,79	12,46	6,23	3,519	0,001*
Aşırı Kaygı	20,19	7,88	14,45	5,80	7,467	0,001*
Aşırılık	24,40	6,93	17,48	6,79	8,303	0,001*
İçini Rahatlatma	15,91	5,99	11,41	5,05	6,989	0,001*
Doktora Güvensizlik	7,28	3,28	7,81	4,18	-1,076	0,284
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	83,08	23,21	63,61	19,17	7,105	0,001*

* $p<0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 19'a bakıldığında İnternette Araştırma kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.191$, $p=0.235$). Bu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorlarının, doktora gitmeden önce internette araştırma yapma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir.

İnternette Araştırma kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3.519$, $p=0.001$). Bu, Zorlantı düzeyinin, doktora gitmeden önce internette araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=7.467$, $p=0.001$). Bu, Aşırı Kaygı düzeyinin, doktora gitmeden önce internette araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=8.303$, $p=0.001$). Bu, Aşırılık düzeyinin, doktora gitmeden önce internette araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=6.989$, $p=0.001$). Bu, İçini Rahatlatma düzeyinin, doktora gitmeden önce internette araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-1.076$, $p=0.284$). Bu, Doktora Güvensizlik düzeyinin, doktora gitmeden önce internette araştırma yapma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=7.105$, $p=0.001$). Bu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorlarının, doktora gitmeden önce internette araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 20. Ölçek düzeylerinin doktora gittikten sonra internette araştırma durumları karşılaştırılması

Değişken	Doktora Gittikten Sonra İnternette Araştırma				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,50	8,07	24,93	8,65	1,668	0,096
Zorlantı	15,34	7,83	12,82	6,44	3,239	0,001*
Aşırı Kaygı	19,76	7,88	16,71	7,29	3,449	0,001*
Aşırılık	24,27	7,15	19,07	6,96	6,405	0,001*
İçini Rahatlatma	15,72	5,95	12,73	5,93	4,403	0,001*
Doktora Güvensizlik	7,33	3,35	7,58	3,89	-0,583	0,561
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	82,42	23,40	68,90	22,01	5,132	0,001*

* $p < 0,05$; $t = \text{bağımsız örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 20'ye bakıldığında İnternette Araştırma kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.668$, $p=0.096$). Bu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorlarının, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir.

İnternette Araştırma kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3.239$, $p=0.001$). Bu, Zorlantı düzeyinin, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3.449$, $p=0.001$). Bu, Aşırı Kaygı düzeyinin, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=6.405$, $p=0.001$). Bu, Aşırılık düzeyinin, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=4.403$, $p=0.001$). Bu, İçini Rahatlatma düzeyinin, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0.583$, $p=0.561$). Bu, Doktora Güvensizlik düzeyinin, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. İnternette Araştırma kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=5.132$, $p=0.001$). Bu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorlarının, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 21. Ölçek düzeylerinin hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma durumları karşılaştırılması

Değişken	Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	27,93	8,13	25,41	8,19	2,756	0,006*
Zorlanti	14,90	7,85	14,62	7,47	0,336	0,737
Aşırı Kaygı	19,80	7,92	18,66	7,80	1,296	0,196
Aşırılık	24,15	7,54	22,47	7,37	2,027	0,043*
İçini Rahatlatma	16,03	6,32	14,55	5,95	2,186	0,029*
Doktora Güvensizlik	6,77	3,18	7,63	3,58	-2,209	0,028*
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	81,65	24,54	77,93	23,43	1,403	0,162

* $p < 0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 21'e bakıldığında Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.756$, $p=0.006$). Bu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorlarının, hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olabileceğini göstermektedir.

Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma kategorileri arasında Zorlanti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.336$, $p=0.737$). Bu, Zorlanti düzeyinin, hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.296$, $p=0.196$). Bu, Aşırı Kaygı düzeyinin, hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir. Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.027$, $p=0.043$). Bu, Aşırılık düzeyinin, hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.186$, $p=0.029$). Bu, İçini Rahatlatma düzeyinin, hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-2.209$, $p=0.028$). Bu, Doktora Güvensizlik düzeyinin, hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. Hekim Dışı Tıbbi Tetkik Yaptırma kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.403$, $p=0.162$). Bu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorlarının, hekim dışı tıbbi tetkik yaptırma eğilimini etkileyen önemli bir faktör olmadığını göstermektedir.

Tablo 22. Ölçek düzeylerinin hekim önerisi dışı ilaç kullanma durumları karşılaştırılması

Değişken	Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma				t testi	
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	26,55	8,24	25,84	8,25	0,821	0,412
Zorlanti	15,55	7,42	14,21	7,63	1,698	0,090
Aşırı Kaygı	20,13	7,77	18,33	7,82	2,209	0,028*
Aşırılık	24,19	7,42	22,23	7,39	2,556	0,011*
İçini Rahatlatma	16,08	6,10	14,32	5,99	2,793	0,005*
Doktora Güvensizlik	7,40	3,25	7,39	3,63	0,028	0,978
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	83,35	23,24	76,49	23,75	2,797	0,005*

* $p < 0,05$; t =bağımsız örneklem t testi

Tablo 22'ye bakıldığında Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.821$, $p=0.412$). Bu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorlarının, hekim önerisi dışı ilaç kullanma eğilimini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir.

Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.698$, $p=0.090$). Bu, Zorlantı düzeyinin, hekim önerisi dışı ilaç kullanma eğilimini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir. Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma kategorileri arasında Aşırı Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.209$, $p=0.028$). Bu, Aşırı Kaygı düzeyinin, hekim önerisi dışı ilaç kullanma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.556$, $p=0.011$). Bu, Aşırılık düzeyinin, hekim önerisi dışı ilaç kullanma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.793$, $p=0.005$). Bu, İçini Rahatlatma düzeyinin, hekim önerisi dışı ilaç kullanma eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.028$, $p=0.978$). Bu, Doktora Güvensizlik düzeyinin, hekim önerisi dışı ilaç kullanma eğilimini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir. Hekim Önerisi Dışı İlaç Kullanma kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.797$, $p=0.005$).

Tablo 23. Ölçek düzeylerinin internetteki sağlık bilgilerine göre sağlığa karar verme durumları karşılaştırılması

Değişken	Kategori	İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	25,38	8,89	12,51	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	25,69	7,83			1<3
	Bazen ⁽³⁾	27,42	7,46			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	27,91	8,55			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	30,00	9,09			
Zorlantı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	12,94	7,08	4,463	0,002*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	13,95	6,50			1<3
	Bazen ⁽³⁾	17,64	7,77			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	19,73	11,07			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	21,75	13,07			
Aşırı Kaygı	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	16,73	7,51	9,785	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	18,11	7,06			1<3
	Bazen ⁽³⁾	22,68	7,26			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	25,64	7,71			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	26,50	13,38			
Aşırılık	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	21,13	7,84	26,25	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	22,08	6,83			1<3
	Bazen ⁽³⁾	26,02	6,09			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	29,09	6,16			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	28,75	11,00			
İçini Rahatlatma	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	13,21	5,98	12,54	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	14,44	5,82			1<3
	Bazen ⁽³⁾	17,52	5,23			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	21,00	4,88			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	21,00	7,87			
Doktora Güvensizlik	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	7,12	3,85	6,254	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	8,02	3,46			1<3
	Bazen ⁽³⁾	7,31	2,94			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	5,82	1,99			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	6,25	3,20			
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	Hiçbir zaman ⁽¹⁾	71,13	23,23	13,53	0,001*	1<2
	Nadiren ⁽²⁾	76,61	20,75			1<3
	Bazen ⁽³⁾	91,17	20,33			1<4
	Sıklıkla ⁽⁴⁾	101,27	25,24			1<5
	Her zaman ⁽⁵⁾	104,25	40,70			

* $p < 0,05$; $F = \text{Anova testi}$, $Fark = \text{Tukey testi}$

Tablo 23'e bakıldığında İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme kategorileri arasında E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=12.51$, $p<0.001$). Bu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği skorlarının, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlığa karar verme eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir.

İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme kategorileri arasında Zorlantı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.463$, $p=0.002$). Bu, Zorlantı düzeyinin, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlığa karar verme eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme kategorileri arasında Aşırı

Kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9.785$, $p<0.001$). Bu, Aşırı Kaygı düzeyinin, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlığa karar verme eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme kategorileri arasında Aşırılık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=26.25$, $p<0.001$). Bu, Aşırılık düzeyinin, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlığa karar verme eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme kategorileri arasında İçini Rahatlatma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=12.54$, $p<0.001$). Bu, İçini Rahatlatma düzeyinin, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlığa karar verme eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme kategorileri arasında Doktora Güvensizlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=6.254$, $p<0.001$). Bu, Doktora Güvensizlik düzeyinin, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlığa karar verme eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir. İnternetteki Sağlık Bilgilerine Göre Sağlığa Karar Verme kategorileri arasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=13.53$, $p<0.001$). Bu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği skorlarının, internetteki sağlık bilgilerine dayanarak sağlığa karar verme eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir.

4.2. Ölçek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşağıdaki tabloda araştırmada kullanılmış olan ölçekler arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 24. Ölçek düzeyleri arası ilişki

Değişken	İstatistik	E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek
Zorlanti	R	-0,032
	P	0,525
Aşırı Kaygı	R	0,064
	P	0,199
Aşırılık	R	,371**
	P	0,001*
İçini Rahatlatma	r	,206**
	p	0,001*
Doktora Güvensizlik	r	-,364**
	p	0,001*
Siberkondri Ciddiyet Ölçek	r	,127*
	p	0,011*

* $p<0,05$; r =korelasyon katsayısı

Tablo 24'e bakıldığında e-sağlık okuryazarlık ölçek düzeyleriyle zorlanti ve aşırı kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$). Aşırılık düzeyleriyle aynı yönlü gücü orta ($r=0,371$), içini rahatlatma düzeyleriyle aynı yönlü gücü düşük ($r=0,206$), doktora güvensizlik düzeyleriyle ters yönlü gücü orta ($r=-0,364$) ve Siberkondri ciddiyyet ölçek düzeyleriyle aynı yönlü gücü zayıf ($r=0,127$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). E-Sağlık okuryazarlık ölçek düzeyleri arttıkça aşırılık, içini rahatlatma ve Siberkondri ciddiyyet düzeyleri artmakta, doktora güvensizlik düzeyleri azalmaktadır.

4.3. E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Siberkondri Düzeyine Etkisi

Tablo 25. E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Siberkondri Düzeyine Etkisi

Değişken	B	Sh	Beta	t	p	R2	F	p
Sabit	69,418	3,919		17,714	0,000			
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek	0,365	0,143	0,127	2,550	0,011	0,020	6,505	0,011*

Bağımlı Değişken: Siberkondri Ciddiyet Ölçek

Tablo 25'e bakıldığında regresyon analizine göre, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğindeki her bir birimlik artış, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanlarında 0,365 birimlik bir artışa neden olmaktadır ($B = 0,365$, $p = 0,011$). Sabit katsayı, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanlarının 69,418 olduğunu göstermektedir ($B = 69,418$, $p < 0,001$). Modelin açıklama gücü düşüktür ve bağımlı değişkendeki varyansın yalnızca %2'sini açıklamaktadır ($R^2 = 0,020$). Regresyon modelinin genel anlamlılığı ise $F = 6,505$ ve $p = 0,011$ ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen analiz sonucuna göre, H_{19} hipotezi kabul edilmektedir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

İnternet çalışma hayatından sosyal hayata kadar neredeyse yaşamın her alanında yer almaktadır. Bununla birlikte zamanın önemi ve kıymeti de günden güne artmaktadır. Zamanlarını etkin kullanmak adına bireyler gündelik hayatta interneti çeşitli alanlarda çeşitli amaçlarla kullanmaktadır. Bunlardan birisi de sağlık bilgisi arama eylemidir. Sağlık bilgisi elde etmenin en hızlı ve kolay yöntemi olarak internet herhangi bir hastalık konusunda fikir edinmek, benzer hastalığa sahip olan bireylerin deneyimlerinden faydalanmak, sosyal destek sağlamak, alanda en iyi hekim arayışında bulunmak gibi çeşitli konularda bireylere fayda sağlamaktadır. Sağlıkla ilgili internet araştırmaları, sıklıkla sağlık merkezi başvurularıyla sonlanmakta ve doktor-hasta ilişkisinde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu durum da sağlık hizmetlerinde daha ileri boyutta (örneğin “doktor doktor gezme”) harcamalara neden olabilmektedir (Keller, 2008). Bu nedenle, siberkondri düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

E-sağlık ile meşgul olmak kendi başına bir beceri veya okuryazarlık gerektirmektedir. E-Sağlık okuryazarlığı kavramı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve elde edilen bilgileri bir sağlık sorununu ele alma veya çözme konusunda uygulama yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Norman, 2006). Yeterli seviyede sağlık okuryazarlığı olmayan bir toplum için medya ya da internet yoluyla iletilen sağlık bilgileri olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Kişilerin kendileri için uygun olmayan tedavileri deneyerek mevcut sağlık problemlerini artırmalarına, sağlık kaygılarının artmasına ve gereksiz poliklinik başvurularının artmasına neden olabilmektedir.

Dijital dönemin başladığı günümüzde, bireylerin dijital beceri durumları, e-sağlık okuryazarlığı ve internetten edindiği sağlık bilgilerinin yarattığı psikolojik etkiler araştırılmaya değer yeni kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple bu çalışmanın temel amacı, mesleklerinden ötürü sürekli bilgisayar ve internet başında vakit geçiren kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin siberkondri düzeyine olan etkisini incelemek ve aynı zamanda bazı demografik değişkenlerin kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeyi üzerinde etkili olup olmadığını değerlendirmektir. Çalışmamız Malatya Vergi Dairesi Başkanlığı, Malatya Defterdarlık, Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Malatya İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinde görev alan kamu çalışanları üzerinde yapılmıştır. Çalışmamıza katılan 401 katılımcıdan 20 sorudan oluşan sosyo-demografik özelliklerinin belirlendiği anket formu, e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlendiği E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve siberkondri düzeylerinin ölçüldüğü Siberkondri Ciddiyet Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Bu bağlamda bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir:

Araştırma sonucuna göre cinsiyet ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği karşılaştırıldığında kadınların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanı erkeklere oranla daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum cinsiyetin e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında bu sonucu destekleyen çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlar veren çalışmalar da bulunmaktadır. Yüksel ve Deniz (2019) tarafından yapılan çalışmaya göre kadınların erkeklere oranla daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Aynı zamanda Paige ve arkadaşları (2017) ile Neter ve Brainin (2012) tarafından yapılan çalışmalarda da e-sağlık okuryazarlığı cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Ertaş ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan araştırmaya göre ise cinsiyet ile e-sağlık okuryazarlığı arasındaki fark anlamlı olup kadınların e-sağlık okuryazarlığı seviyesi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamıza göre cinsiyet ile siberkondri ciddiyet ölçeği karşılaştırıldığında

kadınların siberkondri ciddiyet ölçek puanı erkeklere oranla daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum cinsiyetin siberkondri düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir. Bu sonuca paralel olarak Doğanığit ve Keçelilgil (2022) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı fark görülmezken, Göde ve Öztürk (2023) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı fark bulunup kadınların erkeklere oranla daha fazla siberkondri davranışına sahip olduğu görülmüştür. Araştırmamıza göre, cinsiyet ile aşırı kaygı ve aşırılık alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup kadınların aşırı kaygı ve aşırılık puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak kadınların erkeklere oranla strese daha duyarlı olma, depresyon ve anksiyete bozukluklarına daha eğilimli olmaları gösterilebilir. Aynı zamanda toplumsal cinsiyet rolleri ve beklentiler de kadınlarda kaygı düzeyini artıran faktörler arasında gösterilebilir. Kadınlardaki kaygı durumunun daha yüksek olması kadınları sağlık ile ilgili konularda da daha dikkatli ve özenli olmaya yönlendirirken aynı zamanda sağlık konularında aşırı bilgi arayışlarına da yol açabilir.

Araştırma sonucuna göre yaş ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu durum yaşı e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir. Araştırmamıza göre 40-49 yaş grubundaki katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer yaş grubuna oranla daha yüksek çıktığı görülürken, 50 ve üstü yaş grubundaki katılımcıların en düşük e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu durum orta yaş grubundaki kişilerin sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için daha güçlü bir motivasyona sahip olmaları ile açıklanabilirken, yaşı ilerlemesiyle birlikte artan sağlık problemleri, kronik hastalıklar, teknoloji kullanım zorluğu, azalan bilişsel yetiler ve motivasyon düşüklüğü gibi faktörler, 50 yaş ve üzeri bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha düşük seviyelerde olmasının nedenleri arasında gösterilebilir. Ancak literatür araştırmalarına bakıldığında yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin, düşük e-sağlık okuryazarlığına sahip kişilere oranla daha genç olduğu bulunmuştur (Neter ve Brainin, 2012; Richtering vd., 2017). Araştırma sonucuna göre yaş ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Ancak daha büyük bir örneklemede bu farkın belirginleşebileceği görülmektedir. Deniz (2020) tarafından yapılan çalışmaya göre, yaş ile siberkondri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, Mansur ve Cigerci (2022) tarafından yapılan araştırmada, 18-26 yaş aralığındaki bireylerin diğer yaş aralıklarına oranla daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda Uzun (2016) tarafından yapılan araştırmaya göre, 35 yaş ve altı katılımcıların siberkondri düzeylerinin 35 yaş üstü katılımcılara oranla daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar dikkate alındığında yaş arttıkça siberkondri düzeyinin azaldığı görülmektedir. Çalışmamıza göre yaş ile zorlantı, aşırı kaygı ve içini rahatlatma alt ölçek puanları karşılaştırıldığında 18-29 yaş grubunun diğer gruplara oranla daha yüksek puan aldığı görülürken aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Aşırılık alt ölçek puanı ile yaş karşılaştırıldığında ise aralarında anlamlı bir fark bulunmuş olup, 18-29 yaş grubunun diğer yaş gruplarına oranla özellikle de 50 yaş ve üstü gruba oranla daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bunun nedenleri arasında genç yetişkinlerin aşırı teknoloji kullanımı, sağlık konularına olan ilgileri, endişe ve kaygılarıyla beraber sağlık konularındaki tecrübesizlikleri, semptomları aşırı yorumlama ve abartma eğilimi göstermeleri söylenebilir.

Araştırma sonucuna göre, medeni durum ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği, siberkondri ciddiyet ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, medeni durumun e-sağlık okuryazarlık düzeyini ve siberkondri ciddiyet düzeyini etkilemediğini göstermektedir. Ancak çalışmamıza bakıldığında evli olan katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanlarının bekâr ve diğer katılımcılara oranla daha yüksek olduğu görülürken, siberkondri ciddiyet ölçek puanlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızı destekleyen araştırmalar olduğu gibi desteklemeyen araştırmaların da olduğu görülmektedir. Deniz (2020) tarafından yapılan araştırmaya göre, medeni durum ile e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Tosun ve Hoşgör (2021) tarafından yapılan araştırmaya göre, medeni durum ile e-sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, bekâr katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda Yüksel ve Deniz (2019) ve Aktürk (2018) tarafından yapılan çalışmalarda da medeni durum ile e-sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Mansur ve Cigerci (2022)'nin yaptığı araştırmaya göre, medeni durum ile siberkondri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş olup bekâr katılımcıların daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza göre, eğitim düzeyleri ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği, siberkondri ciddiyet ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, eğitim düzeyinin e-sağlık okuryazarlık düzeyini ve siberkondri ciddiyet düzeyini etkilemediğini göstermektedir. Ancak çalışmamıza bakıldığında doktora seviyesindeki katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanının diğer eğitim düzeylerine oranla daha yüksek olduğu görülürken, siberkondri ciddiyet ölçek puanının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Genel olarak bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça e- sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı (Tennant vd., 2015; Neter ve Brainin, 2012; Richtering vd., 2017; James ve Harville, 2016), siberkondri düzeyinin ise azaldığı görülmektedir (Deniz, 2020; Santoro vd., 2022). Bu durum eğitim seviyesi yüksek kişilerin internet ortamındaki sağlık bilgilerine kolay erişebilmeleri, okuduklarını anlayabilmeleri ve doğru yorumlayabilmeleri ve aşırı kaygıya kapılmamaları ile açıklanabilir.

Araştırmamıza göre, kronik hastalığa sahip olup olmama durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği, siberkondri ciddiyet ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, kronik hastalığa sahip olup olmama durumu e-sağlık okuryazarlık düzeyini ve siberkondri ciddiyet düzeyini etkilememektedir. Bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında, kronik hastalığa sahip olan kişilerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha düşük (Tosun ve Hoşgör, 2021) siberkondri düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmektedir (Neter ve Brainin, 2012; Aydın Kartal ve Kaya, 2021). Ancak literatürde, kronik hastalığı bulunanlarda siberkondri düzeyinin daha düşük olduğu çalışmalarda mevcuttur (Altındış vd., 2018; Tüter,2019).

Araştırma sonucuna göre, tanıli psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama durumu e-sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilememektedir. Araştırmamıza göre, tanıli psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama durumu ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama durumu siberkondri ciddiyet düzeyini etkilememektedir. Tanılı psikiyatrik hastalığa sahip olan katılımcıların siberkondri ciddiyet düzeyleri tanıli psikiyatrik hastalığa sahip olmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamıza paralel olarak Özbay (2023) tarafından yapılan araştırmaya göre, tanıli psikiyatrik hastalığı olanların siberkondri düzeyleri

tanılı psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Literatüre bakıldığında, katılımcıların psikiyatrik hastalığa sahip olma durumları ile siberkondri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermeyen çalışmalarda mevcuttur (Bacı, 2022; Altındış vd., 2018). Araştırmamıza göre, tanılı psikiyatrik hastalığa sahip olanlar ile olmayanlar arasında aşırılık ve doktora güvensizlik alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken; zorlanti, aşırı kaygı ve içini rahatlatma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Bu sonuca tanılı psikiyatrik hastalığa sahip olan katılımcıların zorlanti, aşırı kaygı ve içini rahatlatma alt ölçek puanlarının tanılı psikiyatrik hastalığa sahip olmayan katılımcılara oranla daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum, psikiyatrik hastalığa sahip katılımcıların korku ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olması ve hastalık belirtilerini genel olarak daha fazla abartmaları ve içselleştirmeleri ile açıklanabilir. Buna bağlı olarak, bu kişilerin kendilerini rahatlatma adına internetten daha fazla sağlık bilgisi araştırmaları bu oranların daha yüksek çıkmasına neden olabilir.

Araştırma sonucuna göre, sigara içenler ile içmeyenler arasında e-sağlık okuryazarlık ölçeği, siberkondri ciddiyet ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, sigara içip içmeme durumu e-sağlık okuryazarlık düzeyini ve siberkondri ciddiyet düzeyini etkilememektedir. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, sigara içme durumu ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulmayan araştırmaların olduğu görülmektedir (Gültekin, 2023; Uzun, 2016; Uysal Toraman vd., 2024; Özbay, 2023). Kartal ve Kaya (2021) tarafında yapılan araştırmaya göre ise, sigara kullanan kişilerin siberkondri düzeylerinin sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucuna göre, ailede sağlık çalışanı olma durumu ile e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak daha büyük bir örneklemede siberkondri ciddiyet ölçeği açısından bu farkın belirginleşebileceği söylenebilir. Literatüre bakıldığında, Nakas (2017) tarafından yapılan araştırmaya göre, ailede sağlık çalışanı olma durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı zamanda, Gültekin (2023) tarafından aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan araştırmada bizlere, ailede sağlık çalışanı olma durumu ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında anlamlı bir farkın olmadığını göstermiştir. Araştırma sonucuna göre, ailede sağlık çalışanı bulunan katılımcıların zorlanti ve aşırı kaygı alt ölçek puanlarının ailede sağlık çalışanı bulunmayan katılımcılara oranla daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak, ailelerinde sağlık çalışanı bulunan kişilerin, sağlık ile ilgili konularda daha fazla bilgi, deneyim ve farkındalık sahibi olmaları ve sağlık problemlerini değerlendirmede objektif bakış açısına sahip olmaları gösterilebilir. Bu durum kişilerin hastalık belirtilerini abartma ve obsesif şekilde takip etme eğilimlerini mümkün olabildiğince önlediğinden aşırı kaygı ve endişe düzeylerinin de düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma sonucuna göre, günlük internet kullanım süresi ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre günlük internet kullanım süresi, e-sağlık okuryazarlık düzeyini ve siberkondri ciddiyet düzeyini etkilememektedir. Bizim çalışmamıza paralel olarak Tubaishat ve Habiballah (2016)'ın yaptığı araştırmaya göre, internet kullanım sıklığının e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği görülmektedir. Bunun yanında internet kullanım süresi arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (Richtering vd., 2017; Choi ve Dinitto, 2013; Tosun ve Hoşgör, 2021). Araştırma sonucuna göre, günlük internet kullanım süresi ile aşırılık alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, günlük internet kullanım süresi 4-5 saat olan katılımcıların aşırılık düzeyinin, günlük internet kullanım süresi 1 saatten az

olanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, internette daha fazla zaman geçiren katılımcıların, internet üzerinden sağlık konularında çok fazla bilgiye erişmelerinin bu kişileri abartılı ve kontrolsüz bilgi arayışına yönlendirmesi ile açıklanabilir.

Araştırmamızda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin siberkondri düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde, e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin siberkondri düzeyi üzerinde etkili olduğu görülmektedir. E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri ciddiyet düzeyi arasında aynı yönlü gücü zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Araştırmamıza göre, e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin katılımcıların siberkondri varyansının %2'sini açıkladığı görülmektedir. Bu durumda, siberkondri düzeyinin %2'sinin e-sağlık okuryazarlığından kaynaklandığı bu araştırmada ortaya koyulmuştur. Buna göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça düşükte olsa siberkondri düzeyi de artmaktadır. Araştırma sonucuna göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile zorlanti ve aşırı kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ancak e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aşırılık düzeyleri arasında aynı yönlü gücü orta, içini rahatlatma düzeyleriyle aynı yönlü gücü düşük ve doktora güvensizlik düzeyleriyle ters yönlü gücü orta istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça aşırılık ve içini rahatlatma düzeyleri artmakta, doktora güvensizlik düzeyleri ise azalmaktadır. Bizim çalışmamızın sonucuna paralel olarak, Deniz (2020) tarafından İstanbul'da ikamet eden ve 18 yaşını doldurmuş kişiler üzerinde yapılan araştırmada ve Mansur ve Cigerci (2022) tarafından Türkiye'de internet kullanabilen 18 yaş ve üzerindeki kişilere yapılan araştırma sonucunda da e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, sağlık konularında daha fazla bilgi arama ve değerlendirme eğilimindedirler. Ancak, bazen bu bilgileri abartılı bir şekilde yorumlayarak veya yanlış anlamlandırarak, gereksiz sağlık kaygıları oluşturabilirler. Bu durum, siberkondri belirtilerinin düşük de olsa artmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda e-sağlık okuryazarlık ve siberkondri düzeylerinin; internet kullanma durumu, sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı, televizyonda sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı, internette sağlık bilgisi araştırma sıklığı, internetteki sağlık bilgilerini güvenli bulma durumu, interneti sağlık konularında bilgilendirme amacıyla kullanma durumu, doktora gitmeden önce internetten araştırma yapma, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma, son bir yılda hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırma, son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma ve internetteki sağlık bilgilerine göre sağlıkla ilgili karar alma durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analizler yapılmıştır.

Araştırma sonucuna göre katılımcıların internet kullanma durumları ile ölçekler ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum kamu çalışanlarının, internet kullanımı açısından benzer bir profile sahip olması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma sonucuna göre, sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sağlık ile ilgili yayınları ne sıklıkla takip edersiniz sorusuna "hiçbir zaman" yanıtını veren katılımcıların, e-sağlık okuryazarlık düzeyi diğer seçeneklere oranla daha düşük bulunmuştur. Bu durum, sağlık yayınlarını hiçbir zaman takip etmeyen katılımcıların, sağlık bilgilerine olan erişim, farkındalık, eğitim ve güven eksiklikleri ile ilişkilendirilebilir. Araştırma sonucuna göre, sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, sağlık yayınlarını takip etme sıklığı siberkondri düzeyini etkilememektedir. Araştırma sonucuna göre, sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı ile zorlanti, aşırı kaygı, içini rahatlatma ve

doktora güvensizlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, aşırılık alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, sağlık ile ilgili yayınları “hiçbir zaman” takip etmeyen katılımcıların aşırılık puanı “bazen” takip eden katılımcılara oranla daha düşük bulunmuştur. Bu durum, sağlık ile ilgili yayınları takip etmeyen katılımcıların, aşırı derecede sağlık bilgisi arayışına ve endişesine girmemeleri ile ilişkilendirilebilir. Öte yandan, sağlık ile ilgili yayınları bazen takip eden katılımcılar, sağlık konularındaki bilgi eksikliklerini gidermeye çalışırken, aşırı derecede sağlık bilgisi edinme eğilimine girebilmektedir. Bu eğilim, katılımcıların siberkondri aşırılık puanlarının yüksek çıkmasına yol açmış olabilir.

Araştırma sonucuna göre, televizyonda sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, televizyonda sağlık ile ilgili yayınları “hiçbir zaman” takip etmeyen katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer yanıtla göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum televizyon gibi geleneksel medya kanallarından sağlık yayınları takip etmeyen katılımcıların, e-sağlık teknolojileri, uygulamaları ve kaynakları hakkında yeterli farkındalığa ve bilgiye sahip olmamaları ile açıklanabilir. Araştırma sonucuna göre, televizyonda sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre televizyonda sağlık ile ilgili yayınları “hiçbir zaman” takip etmeyen katılımcıların siberkondri ciddiyet düzeyi “her zaman” takip eden katılımcılara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Uzun (2016) tarafından yapılan araştırmaya göre, televizyondan sağlık ile ilgili yayınları takip edenlerin daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu görülürken, Özbay (2023), Güleşen ve Beydağ (2020) tarafından yapılan araştırmalarda ise televizyondan sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Araştırmamıza göre, televizyonda sağlık ile ilgili yayınları takip etme sıklığı ile zorlantı alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, televizyonda sağlık ile ilgili yayınları “her zaman” takip eden katılımcıların zorlantı düzeyleri diğer tüm seçeneklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, sağlık içeriklerini sürekli takip eden katılımcıların, sağlık konularına aşırı odaklanmaları ve bu konularda kompulsif davranışlar sergilemeleri ile açıklanabilirken, sağlık yayınlarını takip etmeyen ve sağlık konularına ilgi duymayan katılımcılar da ise tam tersi sonuçlar ile açıklanabilir.

Araştırma sonucuna göre, katılımcıların internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığı ile e-sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, internetten sağlık bilgisi araştırması “hiçbir zaman” yapmayan katılımcıların daha düşük e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu durum katılımcıların, internette yer alan sağlık bilgilerine olan güvensizlikleri ile internet ve dijital teknolojileri sağlık amaçlı kullanma deneyimlerinin sınırlı olmasıyla açıklanabilir. Bu sonuç bizlere internet üzerinden yapılan sağlık bilgisi araştırmalarının artmasının katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyini de artırdığını göstermektedir. Araştırma sonucuna göre, internetten sağlık bilgisi araştırma sıklığı ile siberkondri ciddiyet ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, internetten sağlık bilgisi araştırması “hiçbir zaman” yapmayan katılımcıların, “her zaman” yapan katılımcılara oranla siberkondri düzeyinin ve zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak, Bacı (2022) tarafından yapılan araştırmaya göre, interneti sağlık ile ilgili konular nedeniyle sıklıkla kullananların daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. İnternet ortamında geçirilen aşırı zaman, internette bulunan çelişkili, güvenilir olmayan bilgilerin

neden olduğu kaygı, sağlık konusunda doktorlara gúvensizlik gibi faktórlar, siberkondri oluşumunu tetiklemektedir. Bu bağlamda, internetten sağlık bilgisi araştırması yapmama, katılımcıların bu tür siberkondri riskine maruz kalmamalarına ve dolayısıyla siberkondri belirtilerinin daha az görúlmesine yol açmış olabilir.

Araştırma sonucuna göre, internetteki sağlık bilgilerini güvenli bulma durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, internetteki sağlık bilgilerini güvenli bulan katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip katılımcıların, internetteki sağlık bilgilerini daha eleştirel ve sistematik bir şekilde değerlendirebilme yeteneğine sahip olması ile ilişkilendirilebilir. Bu sayede, güvenilir ve geğerli bilgileri ayırt edebilirler. Araştırma sonucuna göre, internetteki sağlık bilgilerini güvenli bulma durumu ile siberkondri ciddiyeť ölçeği, aşırılık ve ićini rahatlatma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, internetteki sağlık bilgilerini güvenli bulan katılımcıların siberkondri düzeyi ile aşırılık ve ićini rahatlatma düzeylerinin güvenli bulmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Teken (2023) tarafından yapılan araştırmaya bakıldığında, internetteki sağlık bilgilerini güvenli bulanların siberkondri düzeylerinin güvenli bulmayanlara oranla daha yüksek olduğu görúlmüřtür. Kamu alışanlarının, internetteki sağlık bilgilerini güvenli bulmaları, onların sağlık konularında daha fazla internet kullanımına yönelmelerine neden olabilir. Bu durum, aşırı bilgi edinme ve gereksiz endişe oluşturma eğilimini de beraberinde getirerek, aşırılık, ićini rahatlatma ve siberkondri düzeylerini yükseltmiş olabilir.

Araştırma sonucuna göre, interneti sağlık konularında bilgilendirme amacıyla kullanma durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, interneti sağlık konularında bilgilendirme amacıyla kullanılması gerektiğini düşünen katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, interneti sağlık bilgisi edinmek ićin kullanan bireylerin, sağlık konularında diğital kaynakları daha etkin kullanmaları ve internetteki kesin, kaliteli ve güvenilir sağlık bilgilerini ayırt edebilmeleri ile açıklanabilir. Araştırma sonucuna göre, interneti sağlık konularında bilgilendirme amacıyla kullanma durumu ile siberkondri ciddiyeť ölçeği ve aşırılık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, interneti sağlık konularında bilgilendirme amacıyla kullanılması gerektiğini düşünen katılımcıların siberkondri ve aşırılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnterneti aktif bir şekilde sağlık konularında kullanmak, katılımcıların gereksiz endişe ve korkular yaşamasına, semptomları aşırı yorumlayarak sağlık problemleri olduğuna inanmasına neden olabilir. Bu durum katılımcıların siberkondri düzeylerinin daha yüksek çıkması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma sonucuna göre, doktora gitmeden önce internetten araştırma yapma durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, doktora gitmeden önce internetten araştırma yapma durumu e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkilememektedir. Araştırma sonucuna göre, doktora gitmeden önce internetten araştırma yapma durumu ile siberkondri ciddiyeť ölçeği, zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve ićini rahatlatma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, doktora gitmeden önce internetten araştırma yapan katılımcıların siberkondri düzeylerinin ve zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve ićini rahatlatma düzeylerinin doktora gitmeden önce internetten araştırma yapmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, doktora gitmeden önce internetten araştırma yapanların yapmayanlara oranla daha yüksek siberkondri düzeyine sahip

olduğu görülmektedir (Bacı, 2022; Hiçyılmaz, 2022). Bu durum, katılımcıların sağlık konularındaki endişe ve kaygılarının artması, internetin hızlı ve kolay erişilebilir bir bilgi kaynağı olması, sağlık konularındaki bilgi eksikliklerini giderme arzusu gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir. Katılımcıların bu faktörlere bağlı olarak gereksiz derecede bilgi toplama ve sağlık semptomlarını aşırı değerlendirme eğilimleri siberkondri düzeylerini yükseltmiş olabilir.

Araştırma sonucuna göre, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapıp yapmama durumu e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkilememektedir. Bu durum, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin, doktora gitme durumundan ziyade kişisel özellikler, eğitim düzeyi, deneyimler gibi faktörlerden daha çok etkilenmeleri ile ilişkilendirilebilir. Araştırma sonucuna göre, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapma durumu ile siberkondri ciddiyet ölçeği ve zorlanti, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapan katılımcıların siberkondri düzeylerinin ve zorlanti, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma düzeylerinin doktora gittikten sonra internetten araştırma yapmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bacı (2022) tarafından yapılan araştırmaya göre, doktora gittikten sonra internetten araştırma yapanların daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, sağlık profesyonelleri tarafından yeterli bilgilendirmenin yapılmaması, sağlık bilgisi ihtiyacının devam etmesi, hatalı bilgi edinimi, e-sağlık okuryazarlığı eksikliği gibi faktörlerle açıklanabilir. Bu faktörler katılımcıları, sağlık sorunlarında endişe ve kaygıya sürüklerken beraberinde hem içlerini rahatlatmak adına bilgi edinmek adına aşırıya kaçan sağlık bilgisi araştırma davranışına yönlendirmiş olabilir.

Araştırma sonucuna göre, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırma durumu ile e-sağlık okuryazarlığı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptıran katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, tetkik yaptıran katılımcıların sağlık konusundaki kaygıları, artan merak ve bilgi arayışları ile açıklanabilir. Katılımcıların sağlık durumları hakkında daha fazla kontrol sahibi olmak istemeleri, endişelerini gidermek için daha fazla sağlık bilgisine ulaşma ihtiyacı, e-sağlık kaynaklarını daha etkin kullanmalarına ve e-sağlık okuryazarlık becerilerini geliştirmelerine yol açmış olabilir. Araştırma sonucuna göre, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırma durumu ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırma durumu siberkondri düzeyini etkilememektedir. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, genel olarak hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptıran katılımcıların siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Uzun, 2016; Özbay, 2023; Güzel ve Özer, 2021). Ancak hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırma durumu ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Altındış vd., 2018; Güleşen ve Beydağ, 2020). Araştırma sonucuna göre, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırma durumu ile aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptıran katılımcıların aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik düzeyleri, hekim önerisi dışında tıbbi tetkik yaptırmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, katılımcıların sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmak istemeleri, bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olması, sağlık sorunları hakkında duydukları endişe ve kaygı ile kişilik özellikleri gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir.

Araştırma sonucuna göre, hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre, hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkilememektedir. Bu durum, daha çok katılımcıların sağlık kararlarına yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkili olması ile açıklanabilir. E-sağlık okuryazarlığı, katılımcıların sağlık bilgisini doğru şekilde anlamaları ve değerlendirmeleri ile ilişkiliyken; hekim önerisi dışında ilaç kullanma davranışı, daha çok kişisel tercihler, inanışlar ve alışkanlıklar gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir. Aile, arkadaş çevresi ve toplumsal normlar, ilaç kullanımı konusunda önemli bir rol oynayabilir. Bu nedenle, e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış olabilir. Araştırma sonucuna göre, hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ile siberkondri ciddiyet ölçeği ve aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, hekim önerisi dışında ilaç kullanan katılımcıların siberkondri düzeylerinin ve aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma düzeylerinin hekim önerisi dışında ilaç kullanmayan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, bu sonucu destekleyen çalışmalar olduğu desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur. Uzun (2016), Teken (2023), Özbay (2023) ve Yılmaz vd., (2021) tarafından yapılan çalışmalar incelendiğinde, hekim önerisi dışında ilaç kullanan kişilerin siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Altındiş vd., 2018; Güleşen ve Beydağ, 2020).

Araştırma sonucuna göre, internetteki sağlık bilgilerine göre sağlıkla ilgili karar alma durumu ile e-sağlık okuryazarlığı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, internetteki sağlık bilgilerine göre sağlığınıza ilgili karar alırsınız sorusuna “her zaman” yanıtını veren katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer seçenekleri işaretleyen katılımcılara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, katılımcıların sağlık bilgilerine erişme, anlama ve değerlendirme konusunda daha yetkin olmaları, sağlık konularına yönelik farkındalık ve bilinç düzeylerinin daha gelişmiş olması ile açıklanabilir. Araştırma sonucuna göre, internetteki sağlık bilgilerine göre sağlıkla ilgili karar alma durumu ile siberkondri ciddiyet ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre, internetteki sağlık bilgilerine göre sağlığınıza ilgili karar alırsınız sorusuna “hiçbir zaman” yanıtını veren katılımcıların siberkondri düzeylerinin ve alt ölçek düzeylerinin diğer yanıtlara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, katılımcıların internetteki sağlık bilgilerine güvenmemeleri, internet bilgilerini olduğu gibi kabul etmek yerine daha bilinçli ve eleştirel değerlendirmeleri ile açıklanabilir. Öte yandan, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olması da, internetteki sağlık bilgilerini daha seçici ve rasyonel değerlendirmelerine neden olmuş ve siberkondri düzeylerinin düşük kalmasına katkıda bulunmuş olabilir. Güleşen ve Beydağ (2020)’ın yaptığı çalışmaya göre, internetteki sağlık bilgilerine göre sağlığı ile karar alan katılımcıların siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan analizler sonucunda, araştırmamızda geliştirilen 19 hipotezin 3 tanesi kabul edilmiş olup 16 tanesi red edilmiştir.

- Araştırmamızda cinsiyet ile e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumda H_1 ve H_{10} hipotezleri red edilmiştir.

- Araştırmamızda yaş ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre, 3. yaş grubu (40-49) diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Bu durumda H_2 hipotezi kabul edilmektedir.
- Araştırmamızda yaş ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durumda H_{11} hipotezi red edilmektedir.
- Araştırmamızda medeni durum ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu durumda H_3 ve H_{12} hipotezleri red edilmektedir.
- Araştırmamızda eğitim düzeyi ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu durumda H_4 ve H_{13} hipotezleri red edilmektedir.
- Araştırmamızda kronik hastalık durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumda H_5 ve H_{14} hipotezleri red edilmektedir.
- Araştırmamızda tanısı konulmuş psikiyatrik hastalık durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durumda H_6 hipotezi red edilmektedir.
- Araştırmamızda tanısı konulmuş psikiyatrik hastalık durumu ile siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olan katılımcılar daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu durumda H_{15} hipotezi kabul edilmektedir.
- Araştırmamızda sigara içme durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumda H_7 ve H_{16} hipotezleri red edilmektedir.
- Araştırmamızda ailede sağlık çalışanı olma durumu ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumda H_8 ve H_{17} hipotezleri red edilmektedir.
- Araştırmamızda günlük internette geçirilen ortalama süre ile e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve siberkondri ciddiyet ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumda H_9 ve H_{18} hipotezleri red edilmektedir.
- Araştırmamıza göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin siberkondri düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğindeki her bir birimlik artış, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanlarında 0,365 birimlik bir artışa neden olmaktadır. Bu durumda, H_{19} hipotezi kabul edilmiştir.

5.1. Öneriler

Tez çalışması kapsamında elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir:

Bu çalışmaya göre, kamu çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerini artırmak ve siberkondri düzeylerini azaltmak için kamu kurumlarında hizmet içi eğitimler ve farkındalık çalışmaları düzenlenebilir. Bu eğitimlerde güvenilir çevrimiçi sağlık kaynakları kullanımı, ilaç bilgisi, doğru teşhis ve tedavi yöntemleri gibi konulara yer verilebilir.

Kamu çalışanlarının e-sağlık konularında danışabilecekleri bilgi ve destek hatları kurulabilir.

Kurum içerisinde e-sağlık okuryazarlığı konusunda uzmanlaşmış personel görevlendirilebilir.

Kamu kurumlarında e-sağlık okuryazarlığı sertifika programları düzenlenebilir ve kamu çalışanlarının bu programlara katılmaları özendirilebilir.

Çalışanların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça ortaya çıkabilecek siberkondri sorunları için, kurum içi psikolojik destek ve rehberlik hizmetleri sunulmalıdır. Danışmanlık hizmetleriyle, aşırı sağlık kaygısı ve stres yönetimi konusunda çalışanlara yardımcı olunabilir ve uzman psikologlar tarafından bireysel veya grup terapileri uygulanabilir.

Çalışanlara yönelik stres yönetimi, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme gibi konularda bilgilendirici programlar sunulabilir. Bu sayede, sağlık kaygılarının tetikleyicisi olan stres ve sağlık sorunları önlenebilir.



KAYNAKLAR

- Akbulut, Y. (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. *İçinde: F. Yıldırım & A. Keser (Ed.), Sağlık Okuryazarlığı*, 113-132.
- Aktaş, H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.
- Aktürk, Ü. (2018). Bir aile sağlığı bölgesindeki 18-49 yaş arası kadınların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 52-58.
- 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.
- Altınışik, D. (2021). "İnternet Çağının Hastalığı: Siberkondri". <https://www.bilimvetekno.com/intemet-caginin-hastaligi-siberkondri/risim> Erişim Tarihi: 03.02.2024).
- Anandkumar, S. (2015). Effect of pain neuroscience education and dry needling on chronic elbow pain as a result of cyberchondria: a case report. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(3), 207-213.
- Andrus, M. R., and Roth, M. T. (2002). Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22(3), 282-302.
- Aslantekin, F. (2011). *Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler: Tıp II Diyabetli Hasta Örneği*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Avaner, T. ve Fedai, R. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(Kayfor 15 Özel Sayısı), 1533-1542.
- Aydın Kartal, Y. ve Kaya, L. (2021). Covid-19 Salgınında Ebelik Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 541-555.
- Bacı, H. (2022). *Erişkinlerde Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Faktörler*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Bardes, C. L. (2012). Defining "patient-centered medicine". Vol. 366, New England Journal of Medicine. Massachussetts Medical Society, 782-783.
- Baumgartner, S. E., and Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 14(10), 613-618.
- Bootzin, R., Bower, G., Crocker, J. and Hall, E. (1991). *Psychology Today (An Introduction)*, New York.: Mc Graw Hill Pbc.
- Broder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., ... and Wills, J. (2018). IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Global Health Promotion*, 25(4), 79-88. <https://doi.org/10.1177/1757975918814421>
- Can, A., Sönmez, E., Özer, F., Ayva, G., Bacı, H., Kaya, H., ... & Aslan, D. (2014). Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36(4), 486-494.
- Chan, C. V., Matthews, L. A. and Kaufman, D. R. (2009). A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth Literacy. AMIA... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium, 2009, 86-90.
- Chesser, A., Burke, A., Reyes, J. and Rohrborg, 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* [Internet]. 24 Şubat 2016 [a.yer 14 Temmuz 2023];41(1):1-19. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25710808/>
- Choi, N. G. and DiNitto, D. M. (2013). The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use. *Journal of medical Internet research*, 15(5), e93.
- Cline, R. J. W. and Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health education research*, 16(6), 671-692.
- Coşkun, S., ve Bebiş, H. (2015). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(4), 378-384.
- Çiftçi, F. (2017). *Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı*

Durumunun Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa.

- Çopurlar, C. K. and Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96.
- Diviani, N., Van Den Putte, B., Giani, S. and Van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e112.
- Doğanyığıt, P. B. ve Keçeligil, H. T. (2022). Covid-19 pandemi sürecinde bireylerin sağlık kaygılarının siberkondri üzerindeki etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 355-362.
- Doyle, G., Cafferkey, K., Fullam, J. (2012). The European health literacy survey: results from Ireland. Dublin Univ Coll Dublin. 20-24.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F.N., Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, *Sağlık-Sen Yayınları*, Ankara, 64-65.
- Erbağ, Çiler, G. (2015). Health literacy as the main determinant of health. Ankara University Faculty of Health Sciences, 3, 1-14.
- Ertaş, H., Kırar, R. ve Demir, R. N. (2019). Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sakarya Üniversitesi, 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 557-570.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2), 1-2.
- Fink, P., Ørnboel, E. and Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PloS one*, 5(3), e9873.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M. and Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 446-451.
- Gencer, Z. T. (2017). Norman ve Skinner'ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi İstanbul University Faculty of Communication Journal*, (52), 131-145.
- Gençyürek Erdoğan, M. (2019). *E-Sağlık Okuryazarlığı: Dijital Mecralarda Sağlık Reklamları*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.
- Genelgesi, B. (2003). E-Dönüşüm Türkiye Projesi Kısa Dönem Eylem Planı, Başbakanlık Genelgesi, 2003/48, 4 Aralık 2003.
- Gilstad, H. (2014). Toward a Comprehensive Model of eHealth Literacy. In *PAHI*, 63-72.
- Göde, A. ve Öztürk, Y. E. (2023). Üniversite Öğrencilerinin Siberkondri Düzeylerinin Sağlık Kaygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4, 1-17.
- Güleşen, A. ve Beydağ, K. D. (2020). Cryberchondria level in women with heart disease and affecting factors. *Archives of health science and research*, 7(1), 1-7.
- Gültekin, İ. E. (2023). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyleri ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Çanakkale.
- Güzel, S. ve Özer, Z. (2021). Kalp hastalarında siberkondria düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(27), 36-46.
- Hanik, B. and Stellefson, M. (2011). E-Health literacy competencies among undergraduate health education students: a preliminary study. *International Electronic Journal of Health Education*, 14, 46-58.
- Hayran, O. (2012). Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Heide, I., Poureslami, I., Shum, J., Goldstein, R., Gupta, S., Aaron, S., ... and Canadian Airways Health Literacy Study Group. (2021). Factors affecting health literacy as related to asthma and COPD management: learning from patient and health care professional viewpoints. HLRP: Health Literacy Research and

Practice, 5(3), e179-e193.

Haque, M. (2020). Handwashing in Averting Infectious Diseases: Relevance to COVID-19. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 27, 34-45.

Hart, J. and 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.

Hiçyakmaz, E. (2022). *Bireylerde Dijital Okuryazarlığın E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisinde Siberkondri Ciddiyetinin Aracı Rolü*. İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

[https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastırması-2023-49407](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastırması-2023-49407)

Ishikawa, H. and Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial medicine*, 4(18), 1-5.

Ivanova, E. . (2020). Internet addiction and cyberchondria - Their relationship with Well-Being. *Journal of Education Culture and Society*, 4(1), 57-70. <https://doi.org/10.15503/jecs20131.57.70>

James, D. C. and Harville, C. II. (2016). eHealth Literacy, Online Help-Seeking Behavior, and Willingness to Participate in mHealth Chronic Disease Research Among African Americans, Florida, 2014-2015. *Preventing chronic disease*, 13, E156. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160210>

Kalaça, S. (2012). Sağlık okuryazarlığı ve internet. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Bursa: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 126-131.

Kalaycı, Ş. (2008). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Karkalis, G. I., and Koutsouris, D. D. (2006). E-health and the Web 2.0. *Institute Of Elektrical And Electronics Engineers*, 1-4.

Kartal, Y. A. ve Kaya, L. (2021). Covid-19 Salgınında Ebelik Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 541-555.

Keller, G. L, Padala P. R, and Petty, F. (2008). Clinical Pearls to Manage Cyberchondriacs. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 10(1), 75-76.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., and Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 30(1), 17-30.

Kılıç, T. (2017). E-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217.

Kim, S.H. and Son, Y. J. (2017). Relationships between ehealth literacy and health behaviorsin Korean adults. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 35(2), 84- 90. Erişim adresi: https://journals.lww.com/cinjournal/Fulltext/2017/02000/Relationships_Between_eHealth_Literacy_and_Health.5.aspx

Kurbanoglu, S. (2010). Bilgi okuryazarlığı: Kavramsal bir analiz. *Türk kütüphaneciliği*, 24(4), 723-747.

Mansur, F. ve Çiğerci, K. (2022). Siberkondri ve E-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 11-21.

McElroy, E. and Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 259-265.

Merriam-Webster. (2022). Internet. In *Merriam-Webster.com dictionary*. from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/Internet> Erişim Tarihi: 03.02.2024

Nakas, D. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Neter, E. ve Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, 14(1), e19.

Norman, C. D. and Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e507.

- Norman, C. D. and Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research*, 8(2), e506.
- Norr, A. M., Capron, D. W., & Schmidt, N. B. (2014). Medical information seeking: impact on risk for anxiety psychopathology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(3), 402-407.
- Nutbeam, D. and Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- 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.
- Nutbeam, D. (2017). "Health Literacy as a Population Strategy for Health Promotion", *Japanese J. Heal. Educ. Promot.*, 25(3), 210-222.
- Okyay, P. ve Abacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), 43-44.
- Özbay, Ş. (2023). *Üniversite Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Özkan, S., Uğraş Dikmen, A., Baran Aksanal, F., Çalışkan, D., Tüzün, H., Taşçı, Ö. ve Ceylan Ünal, S. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, 1-142.
- Paige, S. R., Krieger, J. L. and Stelfox, 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.
- Paige, S. R., Stelfox, M., Krieger, J. L., Anderson-Lewis, C., Cheong, J. and Stopka, C. (2018). Proposing a transactional model of eHealth literacy: concept analysis. *Journal of medical Internet research*, 20(10), e10175.
- Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health promotion international*, 15(4), 277-283.
- Parker, R. (2009). Measuring health literacy: what? So what? Now what? In Hernandez L, ed. *Measures of health literacy: workshop summary*, Roundtable on Health Literacy. Washington, DC, National Academies Press, 91-98. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45386/>
- Poureslami, I., Tregobov, N., Shum, J., McMillan, A., Akhtar, A., Kassay, S., ... and FitzGerald, J. M. (2021). A conceptual model of functional health literacy to improve chronic airway disease outcomes. *BMC Public Health*, 21, 1-16.
- Richtering, S. S., Hyun, K., Neubeck, L., Coorey, G., Chalmers, J., Usherwood, T., ... and Redfern, J. (2017). eHealth literacy: predictors in a population with moderate-to-high cardiovascular risk. *JMIR human factors*, 4(1), e6217.
- Sacristán, J. A. (2013). Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC medical informatics and decision making*, 13(1), 6.
- Safeer, R. S. and Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *American family physician*, 72(3), 463-468.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. T.C Sağlık Bakanlığı (749), Ankara.
- Santoro, G., Starcevic, V., Scalone, A., Cavallo, J., Musetti, A. and Schimmenti, A. (2022). The doctor is in (ternet): the mediating role of health anxiety in the relationship between somatic symptoms and cyberchondria. *Journal of personalized medicine*, 12(9), 1490.
- Sarıyar, S. ve Kılıç, H. F. (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 126-131.
- Sarkar, M., Sanders, L. M., Kelleher, K. J., and Chisolm, D. J. (2016). Psychosocial health, e-health literacy, and perceptions of e-health as predictors and moderators of e-health use among caregivers of children with special healthcare needs. *Telemedicine and e-Health*, 22(2), 123-131.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 73-92.

- Singh, K., Fox, J. R., and Brown, R. J. (2016). Health anxiety and Internet use: A thematic analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 10(2):4. Erişim adresi: <https://cyberpsychology.eu/article/view/6177>
- Singh, K. and Brown, R. J. (2016). From headache to tumour: An examination of health anxiety, health-related Internet use and 'query escalation'. *Journal of Health Psychology*, 21(9), 1-13.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... and Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 129-133.
- Starcevic, V. and Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert review of neurotherapeutics*, 13(2), 205-213. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23368807/>
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Taylor, S. and Asmundson, G. J. G. (2004), *Treating Health Anxiety: a Cognitive-Behavioral Approach*, New York: Guilford Press.
- Teken, M. T. (2023). *Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarda Siberkondri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya.
- Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S. and 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), e70.
- Tosun, N. ve Hoşgör, H. (2021). E-sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(2), 82-102.
- Toygar, Ş. A. (2018). E-sağlık uygulamaları. *Yasama Dergisi*, (37), 101-123.
- Tözün, M. ve Sözmén, M. K. (2015). Halk sağlığı bakış açısı ile sağlık okuryazarlığı sağlık Halk Sağlığı Perspektifinde Okuryazarlık. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 48-54.
- Tubaishat, A. and Habiballah, L. (2016). eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 42, 47-52.
- Tüter, M. (2019). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D. and Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 566-569.
- Uğurlu, Z. (2011). *Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara.
- Ulus, T. ve Gürgan, M. (2011). Sağlık alanında internet kullanımı ve halk sağlığı. *Bozok Tıp Dergisi* 1 (2), 43-46.
- Utma, S. (2019). Sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık haberlerini doğru okumak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (5), 223-231.
- Uysal Toraman, A., Kalkim, A. ve Korkmaz, E. K. (2024). Coronavirus anxiety and cyberchondria among teachers during the COVID-19 pandemic: An online survey: Coronavirus anxiety and cyberchondria. *Current Psychology*, 43(14), 13219-13225.
- Uzun, S. U. (2016). *Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler*. Pamukkale Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Denizli.
- Weiss, B.D. r(2003). Health literacy. Elder Care A Resource for Interprofessional Providers, Erişim tarihi, 26 Ekim 2021. Erişim adresi, <https://po.goe.org/sites/derault/nles/Health%20Literacy%20-%202016.pdf>

- White, R. W. and Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37.
- Wynn, R., Gabarron, E., Johnsen, J. A. K. and Traver, V. (2020). Special issue on e-health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 1-6.
- Yıldırım, F. ve Keser, A. (2015). Sağlık Okuryazarlığı. İçinde: Çiler Erdağ G (ed.). Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. 1. basım, Ankara Üniversitesi Basımevi: Ankara, 1-14.
- Yılmaz, A., Saygılı, M. ve Kaya, M. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (31), 148-157.
- Yılmaz, M. ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yılmaz, Y., Erdoğan, A. ve Bahadır, E. (2021). Investigation of the relationships between cybercondria, anxiety sensitivity, somatosensory amplification, and intolerance to uncertainty (tur). *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24.
- Yılmazel, G. (2014). *Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Kayseri.
- Yüksel, O. ve Deniz, S. (2019). Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *In 2nd International Conference on Data Science and Applications (ICONDATA'19)*.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.
- Zheng, H., Sin, S. C. J., Kim, H. K. and Theng, Y. L. (2021). Cyberchondria: a systematic review. *Internet Research*, 31(2), 677-698.

EKLER

Ek- 1: Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin kamu personelinin siberkondri düzeyine etkilerini ölçmek için hazırlanmıştır. Aşağıda yer alan anket formundaki bilgilerden Doç. Dr. Özcan DEMİR danışmanlığında, yüksek lisans tezi olarak “E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Kamu Personelinin Siberkondri Düzeyine Etkilerini” ölçmek amacıyla yararlanılacaktır. Anket soruları genel olarak değerlendirileceği için adınız istenmeyecektir. Anketten elde edilen bilgiler bu araştırma dışında kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu nedenle vereceğiniz bilgilerin doğruluğu oldukça önemlidir. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; demografik sorular yer alırken, ikinci bölümde, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği anket soruları, üçüncü bölümde ise, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği anket soruları bulunmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve herhangi bir zarar görmeyeceksiniz. Çalışmaya katılmama veya uygulamanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
a) Kadın () b) Erkek ()
3. Medeni Durumunuz:
a) Evli b) Bekar () c) Diğer ()
4. Eğitim Durumunuz:
a) İlköğretim () b) Ortaöğretim () c) Lise () d) Önlisans ()
e) Lisans () f) Yüksek Lisans () g) Doktora ()
5. Kronik hastalığınız var mı?
a) Evet () b) Hayır ()
6. Tanısı konulmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı?
a) Evet () b) Hayır ()
7. Sigara içiyor musunuz?
a) Evet () b) Hayır ()
8. Ailede sağlık çalışanı var mı?
a) Evet () b) Hayır ()
9. Sağlık ile ilgili yayınları ne sıklıkla takip edersiniz.
a) Hiçbir zaman () b) Nadiren () c) Bazen () d) Sıklıkla () e) Her Zaman ()
10. Televizyonda sağlık ile ilgili yayınları ne sıklıkla takip edersiniz.
a) Hiçbir zaman () b) Nadiren () c) Bazen () d) Sıklıkla () e) Her Zaman ()
11. İnternet kullanıyor musunuz?
a) Evet () b) Hayır ()
12. Günlük internette geçirdiğiniz ortalama süre?
a) 0-1 saat () b) 2-3 saat () c) 4-5 saat () d) 6 saat ve daha fazlası
13. İnternette sağlık bilgisi araştırması ne sıklıkla yaparsınız.
a) Hiçbir zaman () b) Nadiren () c) Bazen () d) Sıklıkla () e) Her Zaman ()
14. İnternetteki sağlık bilgilerini güvenli buluyor musunuz?
a) Evet () b) Hayır () c) Fikrim yok ()
15. İnternet sağlık konularında bilgilendirme amacıyla kullanılmalı mı?
a) Evet () b) Hayır ()
16. Doktora gitmeden önce internette araştırma yapar mısınız?
a) Evet () b) Hayır ()
17. Doktora gittikten sonra internette araştırma yapar mısınız?
a) Evet () b) Hayır ()
18. Son 1 yılda hekim önerisi dışında kendi isteğinizle tıbbi tetkik yaptırınız mı?
a) Evet () b) Hayır ()

19. Son 1 yılda hekim önerisi dışında kendi isteğinizle ilaç kullandınız mı?

a) Evet () b) Hayır ()

20. İnternetteki sağlık bilgilerine göre sağlığınıza ilgili karar alırmısınız?

a) Hiçbir zaman () b) Nadiren () c) Bazen () d) Sıklıkla () e) Her Zaman ()



Ek- 2: E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

1. Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar **faydalı** olduğunu düşünüyorsunuz?

()Hiç yararlı değil ()Yararlı değil () Fikrim yok () Yararlı ()Çok Yararlı

2. İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar **önemli**?

() Hiç Önemli değil ()Önemli değil ()Fikrim yok ()Önemli () Çok Önemli

3.Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.					
İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.					
İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.					
Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.					
İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim					
İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.					
Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum.					

Ek- 3: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

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

21- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim.					
22- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissedirim.					
23- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim.					
24- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi (Skype, WhatsApp, Messenger, Viber) engeller/yavaşlatır.					
25- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller.					
26-Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur.					
27- Sağlık sorunlarım ile ilgili internetten edindiğim bilgileri aile hekimiyile konuşmak beni rahatlatır.					
28- Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim.					
29- İnternette araştırdığım hastalık belirtilerim/şikâyetlerim hakkındaki kaygılarımı gidermekte güçlük çekerim.					
30- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					
31- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım.					
32-“Eğer internette hastalık belirtim/şikâyetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm.					
33- Aile hekimim/uzman doktor internetten elde ettiğim bilgileri ‘önemseme’ derse endişem gider.					

Ek- 4: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.11.2022-12346



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARARLARI

Oturum Tarihi
11.11.2022

Oturum Saati
13:00

Oturum Sayısı
2022/23

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu 11.11.2022 tarihinde saat 13:00'da Kurul Başkanı Prof. Dr. Mehmet Nuri GÖMLEKSİZ başkanlığında, aşağıda imzaları bulunan kurul üyelerinin katılımıyla toplanarak gündemdeki konuları görüşmüş ve aşağıdaki kararları almıştır.

Karar 21: Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Özcan DEMİR'in sorumlu araştırmacı olduğu ve yüksek lisans öğrencisi Elif ÖZEL'e ait, "**E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Kamu Çalışanlarının Siberkondri Düzeyine Etkisi: Malatya İli Örneği**" başlıklı çalışma etik Kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Kurul Üyeleri:

Prof. Dr. Mehmet Nuri GÖMLEKSİZ

Prof. Dr. Sebahattin DEVECİOĞLU

Prof. Dr. Süleyman İLHAN

Prof. Dr. Kenan PEKER

Prof. Dr. İrfan EMRE

Prof. Dr. Taner YILDIRIM

Prof. Dr. Rifat BİLGİN

Doç. Dr. Haki PEŞMAN (İzinli)

Doç. Dr. Yunus Emre KARAKAYA

Doç. Dr. Ayşe Ülkü KAN

Doç. Dr. Serkan BİÇER

Prof. Dr. Mehmet Nuri GÖMLEKSİZ
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Sebahattin DEVECİOĞLU

Prof. Dr. Süleyman İLHAN

Prof. Dr. Kenan PEKER

Prof. Dr. Taner YILDIRIM

Prof. Dr. Rifat BİLGİN

Doç. Dr. Yunus Emre KARAKAYA

Doç. Dr. Ayşe Ülkü KAN

Doç. Dr. Serkan BİÇER

Prof. Dr. İrfan EMRE

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.