

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

EDİRNE İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ GRUBU
KADINLARDA SİBERKONDRİNİN SÜREKLİ KAYGI
VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Mehmet Akif BAŞOĞLU

EDİRNE – 2018



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'e, Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, hem asistanlık eğitimimde hem tez çalışmamın yürütülmesi sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli eğitim ve tez hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e ve bütün çalışma arkadaşlarıma, sevgili eşime ve çalışmamın yapıldığı Edirne İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan personele,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
Sağlık.....	3
Sağlık Hakkı.....	3
Kadın Sağlığı.....	3
Kadın Sağlığının Önemi.....	4
Kadın Sağlığının Dönemleri Ve Karşılaşılan Riskler.....	4
Kadın Sağlığı Belirleyicileri.....	4
Kadınlarda 15-49 Yaş Döneminin İrdelenmesi Ve Önemi.....	5
Aile Hekimliğinde Kadın Sağlığı.....	6
Psikolojik İyi Oluş.....	7
Kendini Kabul (Self-Acceptance).....	8
Diğerleriyle Olumlu İlişkiler (Positive Relations With Others).....	8
Kişisel Gelişim (Personal Growth).....	9
Yaşam Amacı (Purpose İn Life).....	10
Çevresel Hâkimiyet (Enviromental Mastery).....	11
Özerklik (Autonomy).....	12
Kaygı.....	13
Kaygının Nedenleri.....	15
Kaygı Türleri.....	16
Durumluk Kaygı.....	16
Sürekli Kaygı.....	17
Kaygının Vücut Üzerindeki Belirtileri.....	18

Kaygı Ve Sağlık İlişkisi.....	19
Siberkondri.....	20
İnternette Kendi Kendine Tanı Koymanın Riskleri.....	22
İnternette Sağlık Bilgisi Aramanın Faydaları.....	23
İnternette Sağlık Bilgisi Aramanın Riskleri.....	23
Siberkondri Nasıl Azaltılabilir?.....	26
Önerilen Siteler.....	28
Aile Hekimliğinde Siberkondri.....	29
GEREÇ ve YÖNTEM.....	31
BULGULAR.....	35
TARTIŞMA.....	61
SONUÇ.....	80
ÖZET.....	85
SUMMARY.....	86
KAYNAKLAR.....	88
EKLER.....	103

SİMGİ VE KISALTMALAR

AAFP	:American Academy of Family Physicians
AAP	:American Academy of Pediatrics
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ALS	:Amyotrofik lateral skleroz
APA	:Amerikan Psikiyatri Birliği
DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
DSM	:Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EATSM	:Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi
HER:	:Hamilton Önerileri
HMKY	:Hasta Merkezli Klinik Yöntem
ISCO	:Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması
MDG	:Milenyum Gelişim Hedefleri
MND	:Motor Nöron Hastalığı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TNSA	:Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TOJDAC	:Turkish Online Journal of Design, Art and Communication
TSH	:Temel Sağlık Hizmetleri
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRK-İŞ	:Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
WONCA	: World Organization of National Colleges,
WWPWF	:WONCA Kadın ve Aile Hekimliği Çalışma Grubu

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgiye ulaşma kaynakları sağlık personeli, sosyal çevre, kitle iletişim araçları ve basılı yayınlar olarak sayılabilir. Günümüzde bilgi teknolojilerinin gelişimiyle daha önce ulaşılması zor olan bilgilere hızlı ve eşit koşullarda erişim olanağı sağlanmıştır. TÜİK verilerine göre Türkiye’de internet kullanan kişilerin %66,3’ünün sağlıkla ilgili konularda bilgi aradığı belirtilmektedir. Ancak bu yeni ve yaygın sağlık arama davranışının sonucu Taylor ve Asmundson tarafından “’internette tıbbi bilgi aramanın sağlık kaygısını şiddetlendirmesi”’ olarak açıklanan durum “’siberkondri’ olarak tanımlanmıştır (1).

Siberkondri kavramı, internetten sağlıkla ilgili aramaların kaygı artışını artıran etkilerini ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Terimin kökeni göz önüne alındığında (yani, dijital çağdaki hipokondrianın karşılığı olarak) siberkondrinin anormal bir davranış kalıbı ve duygusal durumu olduğu söylenebilir. İnternette sağlıkla ilgili araştırmalar ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkideki nedenselliğin yönü, kişiden kişiye değişebilir. Bazı durumlarda, belki de çoğunluk, artan bir sağlık kaygısı ve onu hafifletmeye teşebbüsü internetten sağlıkla ilgili araştırmaların ana nedenidir; ancak bu araştırmalar sadece daha çok sıkıntıya neden olur ve sağlık kaygısını daha da kötüleştirir. Öncelikle neyin meydana geldiğine bakılmaksızın çevrimiçi sağlıkla ilgili aramalarda, bu aramaları başlatmadan önce sağlık kaygısı seviyelerine kıyasla yüksek düzeyde sağlık kaygısı ile sonuçlanacağı unutulmamalıdır. Bu kaygılar dikkate alındığında, siberkondrinin sağlıkla ilgili kaygı düzeyinin artmasıyla ilişkili, sağlıkla ilgili bilgilere yönelik tekrarlanan çevrimiçi aramalar anlamına geldiği ve yüksek düzeyde sağlık kaygısı, sağlıkla ilgili bilgileri aramak için daha fazla İnternet kullanımı ile ilişkilendirilmiştir(2).

İnternet her zaman ilgili, doğru, çelişkili olmayan, muğlak olmayan veya güven veren bilgiler sunacak şekilde tasarlanmamıştır. İnternet çelişkili, belirsiz veya yanlış bilgi sunabilir, aynı zamanda dikkat dağıtıcı olabilir ve potansiyel olarak kaygı artışını artıran diğer bilgilere (ör. şimdiye kadar bilinmeyen hastalıklar veya sağlık riskleri hakkında bilgi) yol açabilir. Bazı insanlar internetin, sağlığa ilişkin endişeleri arttıran çevrimiçi sağlıkla ilgili aramalarda beklenen güvenceleri elde etmede başarısızlıkla birlikte, güvence arayışı için ideal bir yer

olmadığını fark edemeyebilir. Her şeyden önce, siberkondrili bireyler, internetin yalnızca sağlıkla ilgili bilgi edinmenin bir aracı olduğunu ve güvenceyi güvenilir bir şekilde ileten veya sağlık ile ilgili tüm sorular için cevaplar üreten bir araç olmadığını öğrenmelidir. Ayrıca, internet kendiliğinden teşhis için bir araç olmadığını bilmelidir. Siberkondrisi olan kişiler, çevrimiçi sağlık araştırmalarının bir sonucu olarak kişinin belirtileri hakkında biriken bilgilerin o semptomlara bir teşhis koymakla olmadığını öğrenmesinden fayda görürler. Sağlık kaygısı yüksek kişiler tarafından yapılan çevrimiçi sağlıkla ilgili araştırmaların bir hekime gitme olasılığı daha yüksek olduğu bulgusu, bu tür aramaların yeterli olmadığını önermektedir. Sonuç olarak, teşhis algoritmalarına sahip çevrimiçi "belirti denetleyicileri" kullanıldığında bile, internetten türetilen kendi kendini teşhis, çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaların amacı olmamalıdır. Genel nüfusta internetteki sağlık bilgileri gerçekten olumsuz etkilere sahip olabilir(2,3,4).

Sonuç olarak sosyodemografik değişkenler ve günlük internet kullanımı yanında, internette okunan bilgiler nedeniyle tedaviyi bırakma, hekim ve hastane seçimini etkileme, eczane dışı ilaç alımı gibi sağlık üzerine doğrudan etkileri olabilecek alanlarda siberkondri düzeyi yüksek olabilir. Siberkondri düzeyinin toplumun farklı sosyoekonomik düzeylerinde araştırılması gereklidir. Siberkondriye yönelik kavramsal bir fikir birliği beklemek ve siberkondriye yönelik tedaviler geliştirmek için onu daha iyi anlayabilmek sorumsuz olacaktır. Çevrimiçi sağlıkla ilgili aramalarda endişe duyan ya da sıkıntı çeken bireylere yardımcı olmak için alınabilecek tedbirler vardır. Günümüzde bu önlemler kanıta dayalı değildir, fakat randomize, kontrollü çalışmalarda test edilecek tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesinde temel oluşturabilirler. Son olarak, biz bu çalışmamızda Edirne’de yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda siberkondrinin sosyodemografik, sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır(5).

Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı ilk kez İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde vurgulanmıştır ve bildirgenin 25. maddesine göre sağlık hakkı "İrk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı" olarak tanımlanmıştır(6,7).

Kadın Sağlığı

Sağlık çok boyutlu ve kişiye has bir durumdur. Kadın sağlığı, kadının anne rahmine düşmesinden ölümüne kadar olan süreci kapsar. Kadın sağlığı, toplumların siyasal, sosyoekonomik, teknolojik ve eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkilidir(8,9).

Kadın sağlığı hizmetleri; kadının doğumdan ölümüne kadar, bütün yaş gruplarındaki kadınları etkileyen tüm faktörleri kapsamaktadır. Bu yaklaşımda doğumdan ölüme kadar kadının yaşamının tüm boyutları ile kapsamlı bir bütün olarak ele alınması; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adımı olmasını sağlanmasıdır. Kadının sağlık gelişiminin birçok faktörle alakalı olduğu, kadınların sağlıklarıyla ilgili mevcut durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise başlangıcı olduğu şiddetle vurgulanmaktadır(10,11,12,13).

Kadın sağlığı, kadının hayatındaki birçok faktörden etkilenir; ailesi, akrabalık ilişkileri, çalışma hayatı, dini inanışları ve yaşadığı toplumdan etkilenir. Son yıllarda yapılan çalışmalar kadınların sağlık ya da hastalık durumlarının erkeklerden farklı olarak cinsiyet ve eğitim gibi faktörlerden etkilendiğini desteklemektedir(10,14,15,16).

Dünya nüfusunun yaklaşık yarısına sahip olan kadınların, hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinde olması gerekmektedir. Kadın sağlığı değerlendirmesi yapılırken; acil bakım, sağlık bakımına ulaşım, anne ve yeni doğan

bebek ölümleri, erken evlilikler ve gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kadına özgü hastalıklar ve kanserler, yaşlanan kadının sağlığı, sigara, madde bağımlılığı, ruh sağlığı, kronik hastalıklar, beslenme, kadına yönelik şiddet, cinsel taciz ve tecavüz gibi konular bir bütün halinde ele alınmalıdır(13,15,17).

Türkiye’de kadın sağlığı ile ilgili değerlendirmelerde ülkenin coğrafi konumuna, yerleşim yerinin özelliklerine, incelenen grubun eğitim düzeyine göre büyük farklılıklar olduğu belirtilmiştir(10)

Kadın Sağlığının Önemi

Dünya nüfusun yaklaşık yarısını oluşturan kadınların, doğumundan başlayarak ruhsal, sosyal ve fiziksel anlamda tam olarak sağlıklı olması ve mevcut sağlıklarını koruyabilme imkânlarına sahip olmaları, onların toplum hayatına katılımları ve aktif bireyler olabilmelerini sağlayacak gerekli unsurlardan biridir. Bu alanda başarıya ulaşılabilmesi için doğumdan başlayarak kadın sağlığının, genel sağlık kavramı içerisinde farklı bir boyutta değerlendirilmesi gerekmektedir(10,16).

Biyolojik farklılığı olan kadın ve erkeğin farklı sağlık sorunlarını vardır. Kadın fizyolojisiyle oluşan gebelik, doğum, menopoz gibi durumlar ve bu durumların kendine has sorunları, sıkıntıları ve hastalıkları, kadın ve erkeğin sağlık ihtiyaçlarının farklı olmasına sebep olur(14).

Kadın Sağlığının Dönemleri ve Karşılaşılan Riskler

Kadının üreme fonksiyonu, düşük sosyoekonomik statüsü, korunmasız cinsel ilişki sonucu istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi durumlar kadınlara erkeklere göre ek riskler getirir. Biyolojik ve sosyal faktörlerin kadınların sağlığı üzerinde yaşam boyunca bir etkisi olmuştur. Bu nedenle kadınlar tüm yaşamları boyunca sağlıklarını bozabilecek nedenler açısından bir bütün olarak değerlendirilmelidir (17,18,19).

Türkiye nüfusunun yaklaşık %38’ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Bu yaş grubu, kadınların doğurgan çağları olması nedeniyle, sağlıklarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en çok tehdit altında bulunduğu dönemdir(20). Kadın sağlığı sorunları evrenseldir ve uluslararası toplum tarafından küresel düzeyde ele alınmaktadır(8).

Kadın Sağlığı Belirleyicileri

Kadın sağlığını tanımlama ve tanımlamada anne ölüm hızı, perinatal bebek ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı, yaşa özel doğurganlık hızı, toplam düşük hızı, isteyerek düşük hızı gibi birçok etken değerlendirilmektedir. Bunların yanında kadının toplumsal statüsü, bireysel

davranışlar ve psikolojik faktörler, biyolojik faktörler, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler, beslenme durumu, sağlık hizmetlerinin kullanımı, eğitim, evlilik durumu, doğurganlık durumu, gebelik yaşı, gebelik sayısı, kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb.) kadın sağlığının belirleyicisi olmakta ve kadının ailede ve toplumdaki yeri, kadının sağlık durumu, sağlık hizmetleri ile ilgili faktörlerin bileşkesi ile değerlendirilebilir(21,22,23).

Kadınlarda 15-49 Yaş Döneminin İrdelenmesi ve Önemi

Kadın yaşamında 15-49 yaş aralığı adölesan ve yetişkinlik dönemini kapsamaktadır. Üreme çağı olarak da adlandırılan bu dönem kadınların bedensel, ruhsal ve cinsel yönden tüm özelliklerinin olgunlaştığı ve üreme yeteneklerini kazandıkları dönemdir. Kadınlar üreme hormonlarındaki değişime bağlı olarak adet görme, gebelik, lohusalık ve premenopoz evrelerini yaşamaktadır. Psikososyal gelişim özellikleri olarak, kimlik kazanma, yaşam felsefesi oluşturma, yakın ilişkiler kurma, meslek seçimi, işe başlama, eş seçimi, sosyal bağlamda yaşam tarzını geliştirme, aile oluşturma, ebeveyn tutumu geliştirme, çocuk yetiştirme, aile ve işteki sorumluluklar, orta yaşın fizyolojik değişimine uyum sağlama, yaşlı anne-babaya bakım gibi birçok rol ve işlevleri yerine getirmektedirler. Hem fizyolojik değişimler hem de psikososyal roller 15-49 yaş dönemi kadınların yaşamını zorlaştırarak çözmek zorunda oldukları problemlerin artmasına neden olmakta yaşanan problemlerin etkin çözülememesi halinde de kadınların ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir(16,18,20).

Adölesan çağıdan başlayarak her dönemde daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duyan kadın için hizmet açığı erkeklere göre daha fazladır. Kadının yaşam döngüsünde en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş) ve yukarı yaş kadın nüfusu tüm kadın popülasyonun %71'ini oluşturmaktadır. Kadının bireysel ve toplumsal işlevlerini, aile ve iş yaşamına ilişkin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi için yeterli imkânlarla sahip olması gerekmektedir. Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için de öncelikle sağlıklı nesillere ihtiyacı vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi bu yaş grubundaki kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilir(8,10,18). Bu dönemin zorlukları karşısında kadının göstermiş olduğu sağlıkla ilgili olumsuz davranışlar daha sonraki yaşam tarzıyla ilgili hastalıkların oluşma riskini artırmaktadır. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık kurum ve kuruluşlarının temel amacı olduğu kadar, kişinin de kendi sorumluluğudur. Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir. Çünkü sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi önemlidir(24,25,26).

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, genel nüfusun sağlık düzeyinin yükselmesine önemli katkı sağlayacaktır. Doğurgan ağ olarak kabul edilen 15-49 yaş döneminde kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kendisi için olduğu kadar, ocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerinde de etkili olacaktır(26).

Aile Hekimliğinde Kadın Sağlığı

Aile hekimliği, hastaların biyolojik, psikolojik, sosyal ve varoluşsal sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için çalışan bütüncül bir bakım tarzıdır.

Kadın sağlığı hizmetlerinin sunumunda aile hekimliğinin yeri ve önemi, gerek Dünya Sağlık rgt(DSÖ) gerek WONCA Kadın ve Aile Hekimliği alışma Grubu (WWPWFM) tarafından ısrarla vurgulanmaktadır. Kadınların kendilerine yönelik sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanması ve bu hizmetlerden yararlanmalarının arttırılması, kadınların birçok yönden geliştirilmesine bağlıdır ve bu konuda en önemli rol sağlık personellerine, özellikle de aile hekimliğine düşmektedir(8,25,26).

WWPWFM tüm dünyadaki Aile Hekimlerinin klinik bakım, kadın sağlığı, eğitim, araştırma ve aile hekimliğinde liderlikle ilgili katkılarını geliştiren çalışmalar yapar. Son on yıl içinde WONCA bireyler ve onların ait olduğu toplumların sağlık durumunu belirlemede cinsiyeti anahtar bir belirteç olarak tanımak konusunda Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık rgt ve diğer uluslararası etkili kuruluşlara katılmıştır. Misyonu dünya insanların yaşam kalitesini geliştirmek olan WONCA, kadınların optimal sağlık ve yaşam kalitesine ulaşması için güçlendirilmelerinin kritik bir ihtiyaç olduğunu güçlü bir şekilde ilan eden, 2001 yılında Durban’da “Eylem için Pekin Platformunu” ve yine 2001 yılında Singapur’da “Milenyum Gelişim Hedeflerini (MDGs) desteklemiştir.(27,28)

Cinsiyet, tıptaki tüm konuları ve başlıkları etkiler ve sağlık sonuçlarını yönlendirir. Cinsiyet bir sağlık belirticidir ve sağlık ile hastalık tecrübelerini şekillendirir. Cinsiyet sıklıkla sağlık hizmeti için bir engel oluşturur. Erkeklerin ve kadınların değişen statüleri, hem eğitici veya öğrenen, hem de hasta veya sağlık hizmeti veren olarak sağlık hizmeti sistemindeki deneyimlerini etkiler. HER(Hamilton nerileri) bildirisinin temel nerisi doğrultusunda konferansın içeriğinden bağımsız olarak kadın sağlığı konuları teşvik edilmiştir(29,30,31).

Kadın sağlığının geliştirilmesi sağlığı olumsuz yönde etkileyecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit edilmesi, topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirme davranışlarıyla yer değiştirmesinde etkili olabilir. Bu nedenle kadınların sağlık davranışlarının incelenmesi ve eksik oldukları konularda desteklenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu araştırma, Edirne il merkezinde 15-49

yaş grubu kadınlarda siberkondrinin psikolojik iyi oluş ve sürekli kaygı ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ

Psikolojik iyi oluş kavramını Bradburn ilk kez “The Structure of Psychological Well-Being” isimli eserinde belirtmiştir. Bradburn, Aristo’nun genel mutluluk arayışını ve sağlık konularında ruhsal iyi olma durumunu, psikolojik iyi olma kavramı adı altında birleştirmeye çalışmıştır. Bu amaçla da yunanca mutluluk anlamına gelen “eudaemonia” kavramını psikolojik durum için kullanmıştır(32). Aristo Eudaimonia kavramını, insanın davranışlarıyla ulaşabileceği, başarabileceği en yüksek değerler olarak tanımlamıştır(33).

Günümüzde psikoloji araştırmalarında “psikolojik iyi oluş” kavramı Carol D.Ryff tarafından açıklanan tanımla kullanılmaktadır. Bu alanındaki önemli araştırmacılarından olan psikolog Ryff, psikolojik iyi oluşun pozitif psikoloji kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiş ve psikolojik iyi oluşu, kişinin hayat kaygısı ile bireysel ve sosyal ilişkileri arasındaki dengenin sağlanması için çabalanan gücün olması olarak belirtmiştir. Psikolojik iyi oluş kavramı ile olumlu-olumsuz duygulanım ve yaşam doyumunun basit bir birleşiminden çok, yaşam tutumlarından oluşan çok yönlü bir yapının anlatılması gerektiğini de ifade etmiştir(33,34).

Ryff, yaşam doyumu ve duygu temelli psikolojik iyi oluş kavramının pozitif işlev görme noktasını ihmal ettiğini savunarak psikolojik iyi oluş kavramını kuramsallaştırmıştır. Ryff kendi kuramını oluştururken kişilik ve gelişim kuramcılarının görüşlerini temel alarak altı boyutlu psikolojik iyi oluş modelini ortaya koymuştur. Psikolojik iyi oluş modelinde, Maslow’un kendini gerçekleştirme, Allport’un olgunlaşma, Rogers’ın tam fonksiyonel insan, Jung’ın bireyselleşme, fert olma, Erikson’un kişilik gelişimini, Buhler’in temel yaşam eğilimleri ve Neugarten’in kişiliğin değişimsel özelliklerini, Jahoda’nın ruhsal sağlık görüşleri ve Victor Frankl’ın insanın anlam arayışı (logoterapi) görüşlerinden faydalanmıştır(33).

Ryff, kuramını oluştururken birçok gelişim ve kişilik kuramcısının çalışmasını incelemiştir. Bu incelemelerin neticesinde kişilik ve gelişim kuramcılarının pozitif psikolojik işlevsel öğelerin benzer özelliklerine değindiklerini ifade etmiştir. Ryff’in yaklaşımı bu noktada bahsedilen kişilik ve gelişim kuramcılarının pozitif psikoloji öğelerinin psikolojik iyi oluş kavramı altında bütünleştirilmesini sağlamıştır(33,34).

Psikolojik iyi oluşun bileşenleri, psikolojik iyi oluş ölçeğinin kuramsal destekli boyutlarının geçerlik çalışmaları sonrasında, kişinin sahip olma durumuna göre alt boyutları

aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır. Yüksek puan ve düşük puan alan kişilerin genel özellikleri de aşağıda belirtilmiştir(33,35).

Kendini Kabul (self-acceptance)

Kendini kabul; kişinin kendisini ve kendi geçmişini olumlu değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu boyut; hem ruh sağlığı için hem de kendini gerçekleştirme, işlevsellik ve olgunluk için önemli bir özelliktir. Kişi yalnızca güçlü yönlerini değil güçsüz yönlerini de fark ve kabul etmelidir. Kendini gerçekleştirme, olgunluk, ruh sağlığı ve ideal düzeyde psikolojik işlevselliğin karakteristik özelliğidir. Yunan felsefecilerinin bireye yönelik “Kendini Bil” yöneltmesi, bireyin davranışlarını algılamasını, isteklendirme ve duygularını anlamalarını sağlamak amacıyla yapılmıştır(36). Birey, çok yönlü bir tanıma süreci sonunda kendine has özsaygı anlayışına sahip olmaktadır. Bireyin bu süreç sonunda kazandığı özsaygı anlayışı Jahoda’nın ruhsal sağlık anlayışının merkezi ögesi, Maslow’un kendini gerçekleştirme yaklaşımının belirgin bir özelliği, Rogers’ın ideal fonksiyon gösteren insan kavramının ve Allport’un olgunlaşma anlayışının da önemli bir unsuru olarak değerlendirilmektedir. Yaşam süreli kuramlar (Erikson, Neugarten) kişinin geçmiş yaşamı da dâhil olmak üzere kendini kabulün önemine vurgu yapmaktadırlar. Jung’ın bireyselleşme kuramı kişinin olumsuz, karanlık yanlarının da kişi tarafından kabul edilmesine daha çok vurgu yapmaktadır. Erikson’un benlik bütünlüğü formülasyonu ve Jung’ın bireyselleşme anlayışı kendine saygı boyutunun oldukça üstünde bir kendini kabul anlayışına sahiptir. Kendini kabul, uzun dönemli bir kendini değerlendirme, farkındalık gerektiren ve kişiliğin güçlü ve zayıf yönlerinin de kabulünü de içeren bir durumdur(33).

Yüksek Puan: Kendisi hakkında olumlu düşüncelere sahiptir. İyi ve kötü yönleri ile birlikte kendini tanıyıp kabul eder. Geçmişi hakkında olumlu düşüncelere sahiptir.

Düşük Puan: Kendi ile ilgili genel bir memnuniyetsizlik durumu hâkimdir. Geçmişte yaşanmış olaylar hakkında hayal kırıklığı hisseder. Kişisel yönleri ve özellikleri konusunda rahatsızlık duyar. Şu anda olduğu kişiden farklı bir kişi olabilme isteği içerisinde(33,34).

Diğerleriyle Olumlu ilişkiler (positive relations with others)

Psikolojik iyi olmanın diğerleriyle olumlu ilişkiler boyutu, diğer kişilerle güzel ilişkilere sahip olmak demektir(36). Diğer insanlarla olan ilişkilere güvenme, empati yapabilme, ilişkide doyum, yakın ilişkilerde bulunmaktan kaçınmama, diğerlerine yardımcı olma gibi özellikleri tanımlar. Kişiler arasında olmak, kuramcılar tarafından pozitif, iyi bir yaşamın en önemli özelliklerinden biri olarak gösterilmektedir. Aristo etik adlı kitabında arkadaşlık, muhabbet ve sevgi konularına diğer konulara nazaran daha fazla yer vermiştir. Jahoda, sevme yeteneğinin

ruhsal sağlığın merkezi bir özelliği olduğunu ifade etmiştir. Freud, sağlıklı insanı tanımlarken “sevebilen, sevilen ve üreten insan” şeklinde ifade etmiştir. Maslow ise güçlü empati duygularına sahip, kendinden başka insanları düşünme değerleri olan, insanlara karşı şefkatli, anlayışlı, muhabbet ve içten, samimi arkadaşlık duygularına sahip bir birey olarak ifade etmektedir. Allport’a göre insanlarla yakın ilişkiler kurabilmek ve bunu devam ettirmek bir olgunluk göstergesidir. Erikson ergenin gelişim evreleri kuramında “yakınlık” (intimacy) durumunu diğer insanlarla samimi, içten ilişkiler kurma olarak bir gelişim dönem ihtiyacı olarak belirtmektedir. Erikson diğer kişilere rehberlik etmek, onları yönlendirebilme (generativity) durumunu da önemli bir gelişim görevi olarak görür. Kişinin diğer insanlarla olan ilişkilerinin yönü ve niteliği gibi ögeler, nasıl bir yaşamsal iyi oluşu hedeflediği yönünde de kapsamlı bilgi vermektedir. Kültürel yönden bakıldığında da kültürler arası iyi oluş araştırmalarında diğerleriyle olumlu ilişkiler kurma boyutu kültürlere göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Jahoda’ya göre diğerlerini sevebiliyor olma, Maslow’un kendini gerçekleştirme, Allport’un olgunlaşma, Rogers’ın empati, Erikson’un gelişim evresindeki yetişkin dönem özellikleri, başkalarıyla olumlu ilişkiler kurabilme becerisi ile yakından ilişkilidir(34,36,37,38).

Yüksek Puan: Diğer insanlarla içten, samimi, en derin duygularla, doyum verici, güvenilir ilişkilere sahiptir. İnsanlarla bir arada iken kendini huzurlu ve rahat hisseder. Güçlü empati yeteneğine sahiptir. İnsan ilişkilerinde etkileyici ve ilgili tavırlara sahiptir. İnsan ilişkilerinin belirli bir denge (alma – verme) üzerine olduğunu bilir ve buna uygun şekilde hareket eder.

Düşük Puan: Diğer insanlarla olan ilişkilerinde uzak ve mesafeli tavırlar takınır. Genelde insanlara karşı zor ısınan bir yapısı vardır. Problemlerden dolayı kişilerle olan iletişimini aniden kesebilir, kişilere mesafe koyabilir, ilişkilerden hemen soğuyabilir. İnsan ilişkilerinde iletişime kapalı ve ilgisiz tavırlar gösterebilir. Toplum içinde kendini insanlardan izole edebilir ve iletişimi engelleyici tavırlar ortaya koyar. İnsanlarla iletişim kurmayı gerektiren konularda mesafeli ve isteksiz davranır(34).

Kişisel Gelişim (personal growth)

Psikolojik iyi oluş boyutları arasında Aristo’nun eudaimonia tanımına en yakın olanıdır. Kişisel gelişim; kişideki potansiyelin geliştirilmesi, bireyin büyüme ve gelişme becerisini sürdürebilmesidir. Kişinin gelişmesi için birey olarak mevcut potansiyelini ilerletmeye, geliştirmeye ve büyümeye devam ettirmesi gerekir. Kişisel gelişim kuramları, Maslow’un kendini gerçekleştirme kavramı, Rogers’ın işlevsel insan kavramı, başarılarla veya engellere

takılmadan yeni deneyime açık olma becerisi oluşturmıştır(33,34,35,37).

Bireyin sürekli sahip olduğu potansiyelini geliştirme süreci içinde olması, bireyselliğini kazanma sürecinin öncülüdür. Maslow'un ihtiyaçlar kuramı, genel olarak bireyin kişisel potansiyelini gerçekleştirmesini hedeflemektedir. Jahoda'nın pozitif ruhsal sağlık kuramı da, kendini geliştiren insan kişisel gelişimi içindir. Rogers insanın deneyimlere ve yeniliklere açık, devamlı bir olgunlaşma, ilerleme içinde ve karşılaştığı sorunlara karşı hemen çözüm arayışı içinde olduğunu belirtir. Buhler, Erikson, Neugarte, Jung yaşam amaçlı kuramları da bireyin sürekli kendini geliştirme içinde olması gerektiğini ve yaşamlarının farklı dönemlerinde çeşitli sorunlar ve sıkıntılarla karşılaşabileceğini ve bu sorunlara karşı hazırlıklı olması gerektiğini vurgulamışlardır(33,34,38).

Yüksek Puan: İnsan hayatı boyunca her gün kendini geliştirme, ilerletme hissine sahiptir. Kendini gelişen ve gelişme potansiyeline sahip bir insan olarak görür. Her zaman yeni deneyimlere, tecrübeler ve yeniliklere açıktır. Kendini bilir ve potansiyeli hakkında farkındalık ve yapabileceği inancına sahiptir. Kendini geliştirmek için her türlü imkânları kullanır ve bunun için yoğun emek verir. Kendi hakkındaki yorumlara, her türlü değişime açıktır.

Düşük Puan: Bu bireyler günlük yaşamlarında durağandırlar. Kendini geliştirme hissine ve ileri zamanlı programlı iş yapma istekleri çok zayıftır. Hayattan bıkmış, bitkin hayata karşı ilgisiz sıkılmış tavırlara sahiptir. Yeni davranışlar ve tutumlar geliştirmeye açık değildir. Psikolojik iyi oluşun bütün yönlerini de kapsayan kişisel gelişim, kendine en yakın anlamını Aristo'nun "Eudiamonia" kavramında bulmaktadır. "Eudiamonia" kavramı bireyselliğin kendini ispatı, göstergesi olarak yorumlanmaktadır(34).

Yaşam Amacı (purpose in life)

Hayat felsefesinde hedefleri, niyetleri ve istikametleri olan bireylerin yaşamlarını anlamlı ve amaçlı olarak sürdürdükleri görülmektedir. Kişinin yaşam amacına sahip olması, psikolojik olarak sağlıklı olmasını sağlamaktadır. Sartre'ın otantik (olduğu gibi görünme) yaşama algısı bu boyutu etkilemiştir. Yaşam amacı boyutu yaşanan olumlu ya da olumsuz her hadiseye yüklenen anlamlara vurgu yaparken; yaşanan olayların amacına vurgu yaparak bakış açısını yaşam amacının kuramsal yapısında etkili olmuştur. Bertrand Russell'in "iştah" kavramı mutluluk üzerine yapılan ilk araştırmadır. Ona göre aç birinin yemek ile olan ilişkisi neyse bireyin yaşamla ilişkisi de aynı şeydir. Psikolojik iyi oluş ve mutluluk doğru ilişkinin kurulması ile gerçekleşecektir(34,36).

Psikolojik iyi oluşun yaşam amacı boyutu Victor Frankl'ın "Anlam Arayışı"

kelimesinden esinlenerek oluşturulmuştur. Frankl'ın logoterapi kuramı bireylerin hayat boyunca karşılarına çıkan sorunlar, sıkıntılar ve sancılardan kendi yaşam anlamlarını ve amaçlarını bulmaları için tanımlanmıştır. Sartre'ye göre bireyin yaşamının amacını oluşturması ve hayat felsefesi oluşturması, kişinin kendini aşması ve otoriter anlayış düşüncelerine karşı bir meydan okumadır. Jahoda, bireyin yaşam amacına ve bir gayeye sahip olmasını ruhsal sağlık açısından önemli bir zorunluluk olarak görmüştür. Yaşam amacına sahip olmayan bireylerin psikolojik, ruhsal, kişisel ve sosyal yönleri ile bir boşluk içinde kalmış gibidirler. Allport olgunluğu tarif ederken, bireyin yaşam amacına ait açık bir anlayışının, niyetinin olması gerektiğini de vurgulamıştır. Sonuç olarak yaşam amacı, gayesi ve yaşamın gelişim teorileri, bireylerin gelişim dönemleri değiştikçe yaşam amaçlarının değişebileceğini ifade etmişlerdir. Bireylerin hayat tecrübelerinin psikolojik iyi oluşu etkilemesi üzerine olan çalışmalarda, yaş dönemlerine göre bireylerin farklı psikolojik iyi oluş unsurlarına değer verdiği görülmüştür. Orta yaş bireylerinin daha üretken tarzda hedefleri var iken, ileri yaşlarda olan bireylerin ise duygusal bütünleşme ve kazanılanları koruma şeklinde yaşam hedeflerinde değişiklik olabilmektedir(37,38).

Yüksek Puan: Yaşam amacına yönelik davranışlar sergiler. Şu anın ve geçmişin anlamlı ve değerli olduğunu düşünür. Yaşam amacına kaynaklık eden inançlarını ve tecrübelere sahiplenir, bunları korumak için çabalar. Hayatı boyunca belirli yaşam gayeleri mutlaka vardır ve bunlardan taviz vermezler.

Düşük Puan: Çok az düzeyde yaşamdan ve hayattan isteği ve arzuları vardır. Belirgin bir yön, hedef tayin edemezler. Geçmiş yaşamında belirgin bir amaç bulunmaz. Kendisine verilen yaşam hakkında genel bir görüşü, yaşam amacı, hedefi, gayesi ve inancı yoktur(34).

Çevresel Hâkimiyet (enviromental mastery)

Çevre hâkimiyeti kısaca kişinin kendi yaşamını, hayatını ve çevresini yönetme kapasitesidir. Bireylerin hayatları boyunca kendi psikolojik ihtiyaçlarına uygun olan çevreyi yapabilmesi ve bu çevreyi idare edebilmeleri psikolojik sağlık açısından çok önemlidir. Klinik psikolog Allport'un olgunluk kriterlerinden olan kendini geliştirme, çevre hâkimiyetinin ana unsurunu oluşturur. Öz yeterlik, öz-saygı, duygusal denge ve yaşam doyumu çevre hâkimiyeti için önemli özellikler olmasıyla birlikte kişinin ihtiyaçlarına veya kapasitesine uygun çevre bulması ya da oluşturması çevre hâkimiyeti için esas unsurdur(33,34,36).

Jahoda, psikolojik ruh sağlığı yerinde olan kişinin kendisine uygun ortamı seçebileceğini, uygun ortam oluşturabilecek kapasiteye sahip olduğunu ifade etmiştir. Özellikle 15-49 yaş grubu kadın bireylerin, karışık çevresel durumları kontrol edebilme ve bu durumları

yönlendirebilme konusunda yetenekli olmaları gerektiğinin üzerinde durulmuştur. Allport'un olgun birey kriterleri arasında yer alan "extend the self" kavramı ile kişiyi çevreleyen ortamlarda kişinin kendini ifade etmesi, ortaya koyması ve kendi özünde olmaya devam etmesi olarak ifade edilmiştir. Bireyin ortamlara aktif olarak katılması ve çevresel hâkimiyet kurması pozitif bir psikolojik ruhsal fonksiyonun göstergesidir. Bireyin ihtiyaçlarını bilerek yetkinlik inancına göre davranması çevresel hâkimiyet konusunda bir ön gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır(33,35,38).

Yüksek Puan: Çevresini yönetme kapasite ve yeteneğine sahiptir. Bu tür kişiler çevresine üstünlük kurabilir. Sosyal etkinliklerin karışık düzenlerini organize edebilir. Çevresindeki imkânları, fırsatları etkili bir şekilde değerlendirirler. Kişisel ihtiyaçlarına ve değerlerine uygun ortamları seçebilir ve oluşturabilirler.

Düşük Puan: Hayatın günlük rutin işlerini yürütmede zorlanırlar, çevresindeki koşulları geliştirmek ya da değiştirmek konusunda zor olduğunu düşünürler, çevresel fırsatların farkına varamazlar, dış dünyayı kontrol edebilme düşüncesi yetersizdir(34).

Özerklik (autonomy)

Özerklik kısaca bireyin toplum içinde bireyselliğini elde etmek için kişisel özerklik kazanması, sosyal baskıya rağmen duygu, düşünce ve davranışlarını kişisel standartlarına göre düzenlemesi ve özgür iradesini kullanabilme yeteneğidir. Maslow'un kendini gerçekleştirme kuramı, Rogers'ın içsel değerlere odaklanılması görüşü, Jung'un kolektif inançların, gelenek ve göreneklerin duygu, düşünce ve davranışları yönetmede belirleyici olmaması özerklik boyutunun kuramsal temeline katkı sağlayan esaslar olarak belirtilmiştir(35,36,39).

Yüksek Puan: Birey, hayatında kendi kendine karar verebilir; hür, özgür ve dış etkenlerden bağımsızdır. Düşüncelerine, duygu ve davranışlarına yönelik gelen dış baskılara karşı direnç gösterebilir. Düşüncelerine, duygu ve davranışlarına belirli tarzda davranması yönünde gelen sosyal baskıları uygun şekilde karşılar ve kendine uygun değerlendirmeyi yapabilir. Davranışlarını kendi hür iradesi ile ayarlar, kendini kendine has kişisel standartları ile değerlendirir.

Düşük Puan: Başkalarının beklentileri, duygu, düşünce, davranışları ile ilgilenir ve onların değerleri ile hareket eder. Önemli bir karar vermede kendi yargılarından ziyade başkalarının yargılarına güvenerek hareket eder. Belirli tarzda davranma ve düşünmeye yönelik sosyal baskılara boyun eğer.

Ruhsal ve duygusal yönden tam sağlıklı olma durumu psikolojik iyi oluşun önemli bir ölçütü ve göstergesidir. Bireylerin ruhsal ve duygusal olarak yüksek seviyede fonksiyon

göstermeleri sayesinde kronik stres rahatsızlıkları, duygusal bozukluklar gibi durumlar en aza inebilecektir. Günümüzde sağlık uzmanları ruh, beden, zihin etkileşimli rahatsızlıkları kabul ederek, psikolojik iyi oluş durumunu birçok sağlık alanında kullanmaya başlamışlardır(35,39).

Psikolojik iyi oluş kavramı, genel olarak bütün kavramlarıyla birlikte değerlendirildiğinde, bireyin kendine ve yaşamına dair olumlu bir bakışa sahip olmasını, kendini sürekli bir geliştirme, ilerleme içinde hissederek yaşamının anlamlı olduğuna inanmasını, yaşama amacı doğrultusunda hareket etmesini, bu süreç içinde diğer insanlarla olumlu ve faydalı ilişkiler kurmasını, kendine amaçlarına ve gelişimine uygun özerk kararlar alabilmesini içeren işlevsel bir kavramdır. Freud, iç salgı bezlerinin tarifinde “Ruhsal Salgılar” ifadesini kullanarak, fizyolojik sistemimizin psikolojimizi etkilediği ve ondan da etkilendiğini ifade etmiştir. Ryff ve Singer’in araştırmalarına göre bireyin yüksek seviyede psikolojik iyi oluşa sahip olmasında, nöroendokrin düzeninin, kardiyovasküler sistemin ve bağışıklık fonksiyonlarının büyük önemi bulunmaktadır. Psikolojik iyi oluş psikolojik, sosyal ve fizyolojik olarak bireyi etkileyen ve birey merkezli etkileme oluşturan çok yönlü bir kavramdır (33,40,41,42).

KAYGI

Kaygı kişilerde korku, stres, tehdit ya da risk anında beliren, yaşam ile ilgili endişe ve huzursuzluk içeren ve fiziksel uyarılarda ortaya çıkan ruh hali durumu olarak tanımlanmıştır(43).

Kaygı; kişi dünyaya geldiği andan itibaren başlar ve normal düzeyde bulunur. Ölüm, felaket, sıkıntı, yaşlılık, hastalık, yalnız kalma korkusu, doğal afet, sınanma gibi durumlarda kaygının olması normal olarak kabul edilmektedir. Normal düzeyde kaygı kişinin kendini geliştirmesi için gereklidir. Daha başarılı olmak için kişiyi kamçılar; başarıya ulaşmasına ve daha üretken olmasına yardımcı olur, belli bir noktaya kadar kaygının performansı arttırdığı ve kişiyi motive ettiği belirtilmiştir(44,45).

İnsanlığın başlangıcından beri mevcut olan, en temel duygulardan biri olarak gösterilen kaygı, nedeni çoğu zaman açıklanamayan, sıkıntı hisleri ile karışmış, üzüntü, gerginlik, endişe, korku, panik ve huzursuzluk gibi kişide gerilim ve baskıya neden olan duygusal belirtilerdir (46).Diğer bir tanıma göre kaygı, kişinin bir tehlike geleceği korkusu hissetmesi ve yeterlik, kontrol, benlik saygısı gibi güdülerin, istenilen durum olmaması sonucu sarsılması olarak tanımlanmıştır(47). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)’nin kaygı tanımı ise, dış ortamdan bağımlı ya da bağımsız bir şekilde kişiliğin bilinçli kısmında meydana gelen tehlike sinyali ve kötü bir eylem veya durum olacağını düşünmekten kaynaklı, öğrenme ve genelleme yolu ile

oluşan, huzursuzluk, mutsuzluk, korku, panik, iç sıkıntısı nöbeti olarak da açıklanır(43).

Genelde korku ve kaygı karıştırılan kelimeler olmasına rağmen, aslında literatürdeki bilgilere bakıldığında zaman korku ve kaygı oldukça farklı özelliklere sahiptirler. Korku bir duygu hali iken kaygı bir his değil ruh halidir. Korku oluşturan durumlar genellikle bellidir ve güvenliği tehlikeye sokan gerçek bir tehdit nesnesi bulunmaktadır. Buna karşın kaygı halinin nedeni bu kadar açık belli değildir, içten gelen, geleceğe yönelik bir duygudur. Bir ‘iç çatışma’ ya da ‘dürtü çatışması’ olarak tanımlayabileceğimiz kaygıyı, gerçekle bir alakası olmadığı için açıklamak daha zordur(44,48).

Son yıllarda literatür incelendiğinde kaygı olgusunun psikolojide en çok incelenen konulardan biri olduğu görülmekte ve özellikle de kaygının dinamikleri ve psikolojik açıdan önemi konularında çalışmalar hız kazanmıştır(44). İlk yazılarında Freud, kaygının tehlike algısıyla beraber oluştuğunu savunmuştur(45). Morgan ise kaygıyı insan doğasındaki ana duygulardan biri olarak görmüş ve korku, öfke, üzüntü gibi duygularla karışabilecek karmaşık bir yapıya sahip olduğunu belirtmiştir. Beck’e göre kaygı, önemli çevresel, biyolojik, duyuşal ve bilişsel bileşenleri olan karmaşık biyopsikososyal bir tepkidir(49,50,51).

Kaygı belirtileri; bilişsel, duyuşal, davranışsal ve fizyolojik olabilir. Bunlar kişide endişe, gerginlik, güvensizlik, korku, panik, şaşkınlık, tedirginlik, bedensel olarak ağız kuruluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı, güçsüzlük, halsizlik, iştahsızlık, tansiyon düşmesi ya da yükselmesi, kas gerginliği, mide-bağırsak yakınmaları, solunum sayısında artma, terleme, titreme ve uykusuzluk gibi belirtiler olarak kendini gösterebilir(43,48).

Spielberg’e göre yirminci yüzyıl “kaygı çağı” olarak adlandırılmıştır. Kaygı veya endişe, tehlikeler ile başa çıkmak için insanlık boyunca kullanılan en temel insan duygularından biridir. İngilizcede “anxiety” kelimesiyle ifade edilen bu sözcüğün Türkçe karşılığı dilimize “endişe” olarak geçmiştir. Bu kavramı psikoloji uzmanları Türkçe’ye kaygı olarak çevirerek çalışma alanında kullanmaktadırlar(52).

Normal kaygı mantıklı, hatta her insanın yaşamının devamı için gereklidir. Kaygı bozukluğu ise, bireyin psiko-sosyal uyum ve işlevlerini bozacak seviyede ve zamanda olması anlamında bir ruhsal bozukluğa karşılık gelmektedir. Kaygı bozukluklarında, bireylerin gerçek bir tehlikeyle karşı karşıya olmadıkları zamanlarda bunaltı ve çeşitli sıkıntılar ile karşı karşıya oldukları bilinmektedir. Bireyler, kaygı anlarında sanki kötü bir olay olacaktıymışçasına bir sıkıntı içerisinde girerler. Gelecekte neler yaşanacağını bilememek insanlar için en temel kaygı sebebidir(53).

Lewis 1970'li yıllarda yaptığı araştırma sonucunda kaygının özelliklerini şöyle adlandırılmaktadır(54):

1. Uygun olmayan, elem veren bir duygulanım durumudur.
2. Gelecek ile ilgili endişeleri içerir.
3. Duygulanım durumu öznel olarak algılanır.
4. Rahatsızlık verir.
5. Bedensel rahatsızlıkların oluşmasına neden olur.

Karşımıza çıkan hadiseler karşısında duygularımızın niteliğini ve yoğunluğunu belirleyen ise, o hadisenin kendilerinden çok, bireyin onlara yüklediği anlamdır. Örneğin mutluluk, bize güzel bir haber verilmesiyle; sinirlilik, hakkımızın verilmemesiyle; korku, hasta olacak duygusu ile karşı karşıya kalmamız ile hüznün ve çöküntü, sevdiklerimizin ayrılığı ile sevinç istediğimiz üniversiteyi kazanmak ile ilişki içinde olacaktır. Kişi karşılaştığı olaya, bedensel bir tehdit anlamı yüklüyorsa, kendisini korkutuyor, benliğine bir tehdit anlamı yüklüyorsa kendini kaygılandırıyor demektir. Her türlü duygu hali gibi, kaygı da inançlarımızın bir ürünüdür. Korku ve kaygıyı birbirinden ayıran, olaya verilen anlamların niteliğine bağlı olduğuna göre, birey bir olay karşısında kendini hem korkutup hem de endişelendirebilir. O halde duygusal tepkilerimizin oluşumları fikirlerimize bağlı olduğuna göre, duygu halimizi değiştirmek de, olaylar hakkındaki değerlendirmelerimizi ve onlara yüklediğimiz anlamları farklılaştırmaya bağlı olacaktır(55).

Kaygının Nedenleri

Temeli çocukluğa kadar dayanabilen kaygıya, çocukluk döneminde bireyin ebeveynleri tarafından ihmal edilmesi, reddedici olunması, küçük düşürücü, kendini ezik düşürücü hareketlere maruz kalması, aile içindeki ebeveyn tartışmalar, ergenlik dönemindeki sorunlar neden olabilmektedir ve çocuklukta bireyin bakım verenlerinin kaygılı tutumundan da çocuk etkilenebilir(43,49). Annenin genel ruh hali, bakışları, ses tonu çocuğu da etkisi altına alır ve çocuk bu kaygılı durum ile başka durum ve kişileri bağlantılandırıp kaygı duymaya başlar(39).

Yetişkin bireylerde ise kaygı sebepleri olarak, süper egoya bağlı oluşan çatışmalar, hayatı tehdit eden tehlikeler ve yaralanmalar olarak sayılmaktadır. Birde bireyin benlik duygusunda çelişki yaşaması ve çatışma içerisinde bırakılmış olması yalnızlık ve kaygının ortaya çıkışına neden olmaktadır(50).

Kaygı Türleri

Freud'dan başlayıp halen devam eden bireylerin kaygıyı algılamalarında farklı açıklama girişimleri olmuştur(53). Ancak bu alandaki en önemli kavramsal gelişme olarak görülen kaygının tanımı ve ölçülmesi ile ilgili olarak Cathell ve Scheier'in yaptığı faktör analizi çalışması kaygıyı, durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere farklı özellikleri taşıyan iki kaygı çeşidi olarak sınıflandırılmıştır(43,53).

Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı, kişinin stresli durumlar karşısında hissettiği uyarılma duygusu olup, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesi olup sıkıntı, endişe ve gerginlik ile karakterize durum olarak ifade edilebilmektedir(53). Durumluk kaygı bireyin içinde bulunduğu durum sonucu hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma sonucu bireyler gerilim ve huzursuzluk yaşarlar(52). Stres kaynağı olan tehlike veya tehdit ortadan kalkınca kaygı seviyesinde düşme olur(51).

Spielberg, durumluk kaygının özelliklerini şöyle sıralamıştır(43,56):

- Bireyin içinde bulunduğu durumu, tehdit eden, tehlike oluşturacak biçimde algılamasından kaynaklanır.
- Bu durum elem veren bir duygu durumunu ortaya çıkarır.
- Bu duygulanım durumu algılanır, anlaşılır ve duyumsanır.
- Bu süreç içinde bilinç uyanık ve haberdardır.
- Sinir sistemi işlevinde değişimler olduğunu gösteren belirtiler ortaya çıkar.

Durumluk kaygının önemli bir özelliği, zamanla dalgalı bir değişim göstermesidir. Sakinlik ve durgunluk, durumluk kaygının olmadığını işaret ederken; gerilim, endişe ve sinirlilik orta düzeyleri gösterir. Yoğun korku, felaket düşünceleri ve organize olmamış panik davranışları çok yüksek durumluk kaygı düzeyi anlamına gelmektedir(52).

Öner ve Le Compte, durumluk kaygı ve sürekli kaygının aralarındaki benzerlik ve farklılıkları fiziksel bir örnekle açıklamışlardır. Durumluk kaygıyı kinetik enerjiye, sürekli kaygıyı da potansiyel enerjiye benzetmişlerdir. Bu benzerliği de şu şekilde açıklamışlar ve durumluk kaygıyı kinetik enerji gibi, belirli bir zaman kesiminde ortaya çıkan olay ya da

reaksiyon olarak açıklarken; sürekli kaygıyı potansiyel enerji gibi belirli bir tepki gösterme yatkınlığı olarak ifade etmişlerdir(57,58).

Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı, kişinin kaygı içinde olan bir yaşantıya yatkınlığı olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, bireyin içinde bulunduğu durumu ve günlük yaşantısını stres olarak yorumlama veya stres olarak algılama eğilimine yol açmaktadır. Kişinin yaşadığı mevcut durumların kişi tarafından tehlikeli ve kendisini tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan mutsuzluk sürekli kaygıdır. Bu şekilde kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin çok kolay bir şekilde kırıldıkları ve umutsuzluğa düştükleri görülmektedir. Kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin durumluk kaygıyı da diğer kaygı türlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar (53,59).

Sürekli kaygısı olan kişiler, stres meydana getiren hadiseleri tehlikeli bir durum olarak algılamaktadırlar. Bu kişilerde stres oluşturan tehditlere karşı, durumluk duygusal tepkilerin yoğunluğunun artması ve süreklilik kazanması durumu söz konusudur. Aynı zamanda sürekli kaygı, kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Sürekli kaygısı yüksek olan bireyler, düşük olanlara göre stres oluşturan durumları ya çok tehlikeli ya da tehdit edici olarak algılamakta ve buna göre tepkide bulunma eğilimi göstermektedirler(43,53).

İnsanların bir kısmı sürekli olarak bir huzursuzluk ve endişe içinde hayatlarını devam ettirirler. Bu tür insanlar genelde mutsuz, bitkin, hayattan bezmiş ve sürekli bir tehlike veya felaket olacakmış endişesi içindedirler. Bu tür kaygı doğrudan dışarıdan gelebilecek tehlikelerden bağımsız olarak içten de kaynaklanır. Kısacası sürekli kaygı da bir kişilik özelliğidir. Birey öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumu stresli yorumlaması sonucu kaygı duyar. Klinik psikolog ve psikiyatrlarına başvuran hastaların çoğu sürekli kaygı belirtilerinden şikâyetçi olmuşlardır. Sürekli kaygı bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığını ifade eder yani kişinin içinde bulunduğu durumları genelde stresli olarak algılama eğiliminde oldukları da söylenebilir(43,52).

Spielberg, sürekli kaygının özelliklerini şu şekilde sıralamıştır:

- Bu kaygı türü, durumluk kaygıya oranla durağan ve sürekli dir.
- Bu tip kaygının şiddeti ve devam etme süresi kişilik yapısına göre değişkenlik gösterir.
- Kişilik yapısının kaygıya yatkın olması, sürekli kaygı düzeyini etkiler.

- Sürekli kaygı düzeyinin bireyden bireye değişkenlik göstermesi, tehdit eden, tehlikeli durumun algılanmasını ve yorumlanmasını değiştirir(43).

Kaygının Vücut Üzerindeki Belirtileri

İnsan, biyopsikososyal bir varlıktır. Kaygı, fizik ve sosyal çevreden gelen, direkt hastalığa neden olmayan ancak insan vücudunun direncini azalttığı için fiziksel ve ruhsal hastalıklara zemin hazırlayan bir durumdur. Kaygı ve stresin kalp rahatsızlıklarına yol açtığı, hatta psikolojik stresin miyokard iskemisi yaparak, aritmi oluşumunu başlatarak, trombositleri aktive ederek ve kan viskozitesini artırarak ani ölüme yol açtığı belirtilmiştir. Kaygının kalp ritmi üzerine etkisi geçmişte sinüs taşikardisi, atriyal ve ventriküler erken atım şeklinde belirtilmekteydi. Bugün artık masum görülen etkiler dışında sürekli kaygının koroner kalp hastalığı oluşumuna katkıda bulunarak ikincil yolla da ani ölüm oluşumuna neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca sürekli kaygının koroner kalp hastalığına gelişimine katkısı yaşamsal davranışları etkileyerek (sigara ve alkol tüketimi gibi) plak rüptürü, vazospazm ya da tromboz yapıcı ölümcül koroner olayları tetikleyerek de olmaktadır(57).

Sindirim sistemi etkilerine baktığımızda psikolojik etkenlerle gastrointestinal sistem arasında ilişki vardır. Belirli birtakım duygusal etkenlerin iştahı ve yemeyi, yutmayı, sindirim sistemini ve boşaltımı etkilediği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda stresin gastrointestinal ülserleri tetiklediği açıkça ortaya konmuştur. Bunların yanı sıra stresin ülseratif kolit ve irritabl barsak sendromlarına neden olduğu bilinmektedir(53).

Solunum sistemine etkisine baktığımızda kaygının, panik bozukluk ile solunum sistemi hastalıkları arasında ilişkiye rastlanmıştır. Astım hastalığına sahip olanların %6,5'inde panik bozukluk tanısı da bulunmaktadır. Astım, bronşit, amfizem ya da alerji gibi solunum yolu hastalıkları panik bozukluk olan kişilerde, olmayan kişilere göre yaklaşık üç kat daha sık görülmektedir(58).

Psikosomatik deri hastalıkları, gerek hastalığın oluşumunda gerekse tekrarında ruhsal etkenlerin başta geldiği veya en azından rol oynadığı hastalıklardır. 2004 yılında dermatolojik hastalar arasında yapılan vaka kontrol tarzı çalışmada dermatolojik hastaların kaygı skorlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur(60). Bununla birlikte çoğunlukla kaygıyla beraber görülen psikolojik stres deri fizyolojisi ve patolojisini etkilemektedir. Ayrıca stres tepkisi inflamatuvar, otoimmün ve alerjik birçok hastalığı da tetikleyebilmektedir(59). Literatür bilgilerinden anlaşıldığı gibi kaygı problemleri birçok sağlık sorununa zemin hazırlamaktadır. Ancak sağlık sorunlarının da kaygıya yol açtığı yapılan çalışmalarla bilinen bir gerçektir. (60,61,62)

Kaygı ve Sağlık İlişkisi

İnsan; aklıyla, düşünmesiyle ve olaylara karşı vermiş olduğu tepkisiyle biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlıktır. Bu bakımdan insan yaşamı boyunca gerek dışarıdan, gerekse içeriden gelen etkiler altında kalmakta ve bu şekilde hayatını idame ettirmektedir. İnsan hayatının devamı içinde iç dengesini ve canlılığının devam edebilmesi, iç ile dış ortam arasındaki dengenin devamının mümkün olması ile sağlanabilmektedir. Kaygı, bu dengenin bozulmasına etki eden faktörlerden biridir. Bireyin hayatı boyunca birbiriyle dengeli bir ilişki ve etkileşim içinde bulunan bu üç boyut, dışarıdan veya içeriden gelen uyaranlar neticesinde bozulabilmektedir(63).

Kaygı en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %30'u kaygı problemi yaşamakta ve bu duruma çare aramakta olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında her yıl 15,7 milyon kişi bu sıkıntıyı yaşarken en az 30 milyon kişide hayatlarında en az bir defa bu problemle karşı karşıya kalmaktadırlar(54). Batı ülkelerinde ise kaygı bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranları %13,6 ile %28,8 arasında değişmektedir(64,65,66)

2001-2003 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaşından büyük 9282 kişi üzerinde yapılan araştırmada her üç vakadan biri hafif kaygı bozukluğu olarak nitelendirilmesine rağmen popülasyonun %14'ünde orta seviye veya ciddi kaygı bozukluğu tespit edilmiştir(56). Amerika'da kaygı bozukluğundan 18 yaş ve daha büyük 40 milyon (nüfusun %18'i) kişinin etkilendiği tahmin edilmektedir(53,56). Epidemiyolojik çalışmalar, normal popülasyonda, psikiyatrik tedaviye başvuranlara göre kaygı bozukluklarının fazla olmasının nedenini bir "buzdağı etkisi" olarak açıklamakta ve psikiyatrların sadece buzdağının üst kısmında kalan kaygı bozukluklarını görebildiğini ifade etmektedirler(53,67).

Basit bir psikolojik durum olarak nitelendirilen ve toplumda yaygınlığı girerek artan kaygının bireylerin sağlık sorunu algısını değiştirerek sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerini etkileyerek sağlık hizmet kaynaklarının gereksiz veya fazla kullanımına neden olduğu değerlendirilmektedir. Çağımızın sorunu olan kaygı ve stresin sağlık hizmet kaynaklarını gereksiz olarak tüketmelerinin yanında, insanlardaki birçok hastalıklara zemin hazırlayan bir etken olarak her geçen gün önemi artmaktadır(53,68).

Kişinin vücudu kaygı veren durumla ilk karşılaştığında kişide durumluk kaygı düzeyi yükselir, sempatik sistem çalışmaya başlar ve kandaki adrenalin düzeyini yükselir. Bu alarm döneminde kişinin durumluk kaygı düzeyinin yükselmesine bağlı olarak kişide karamsarlık, öfke, korku, sinirlilik, endişe hali artar. Eğer stres ortadan kalkmaz ve devam ederse direnç

devresine geçilir. Direnç döneminde sürekli kaygı düzeyinin yükselmesi ise endişe, karamsarlık, öfke, sinirlilik ve endişe belirtilerinin devam etmesine neden olur. Bu belirtilerin devam etmesi, durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik gibi duygulanım değişikliklerini oluşturur. Stresin çok güçlü ya da kronik olması durumunda direnç dönemi kırılır; çeşitli fiziksel ve ruhsal hastalıkların görüldüğü tükenmişlik ve sonrasında hastalık sürecine girilir(69,70,71,72).

Tüm bu bilgilerin ışığında, DSÖ'nün yapmış olduğu sağlık tanımına da baktığımızda; “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil; beden, ruhen ve sosyal yönden bireyin tam bir iyilik hali içinde olmasıdır” ifadesi organizmada dengeyi bozabilecek her endişe ve kaygı etkeninin bireyin sağlığını etkilediğini göstermektedir(73,74).

SİBERKONDRI

Dünyada ve ülkemizde İnternet kullanımı ergenlik çağındayken ve genç yetişkinlerde en yüksek seviyededir. Bu yaş grubu interneti öncelikle sosyal medya, eğlence, sağlık bilgisi ve mesleki gelişim için kullanmaktadır. Bu da internetin, 15-49 yaş grubu kadınlar için hayatlarının vazgeçilmez unsurlarından biri olmasını sağlamaktadır(75).

İnternet, sağlıkla ilgili önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir ve insanlara büyük miktarda sağlık bilgisine erişim olanağı sağlamaktadır. Sağlık bilgileri internet kullanıcıları tarafından yaygın bir şekilde kullanılmaktadır(76,77).

Sağlıkla ilgili internet kullanımı son yıllarda belirgin bir artış gösterdi; TÜİK verilerine göre internet kullananların %66,3'ü sağlıkla ilgili bilgi aramış ve 2009'da dünya çapında 12,5 milyon kişinin sağlıkla ilgili internet aramaları yaptığı tespit edilmiş(78). Avrupalıların % 50'si ve Amerikalıların % 72'si geçen yıl interneti sağlık bilgisi için kullanmış. Bu tür kaynakların görünür değerine rağmen, İnternet, sağlık ve hastalıkla ilgili potansiyel olarak endişe verici bilgiler için zengin bir kaynaktır, özellikle de sağlık konusunda endişesi olan ve sağlık okuryazarlığı düşük olan insanlarda şüphelerini ve korkularını artırma potansiyeline sahiptir(78,79). Aynı zamanda, sağlık bilgileri çoğunlukla dağınık, kalitesiz ve kanıta dayanmayan bilgi içermektedir, bu tür sağlık bilgileri de bazı kullanıcıları rahatsız edebilir(79).

Sağlık kaygısı, bir kişinin kişisel sağlığı ile ilgili olarak hissettiği sıkıntı ya da kaygıları yansıtır ve bedensel duyuların yanlış yorumlanması nedeniyle aşırı derecede sağlık kaygısı uyandıran insanlar genellikle ciddi bir hastalık veya tıbbi duruma sahip olduklarına inanmaktadırlar. İnternette sağlık bilgisi araması nedeniyle artan sağlık kaygısına 'siberkondri' denir. Siberkondri genellikle sağlık kaygısıyla beslenen ve bu kaygıyı daha da arttıran çevrimiçi sağlıkla ilgili bilgi araması olarak tanımlanır(75,80,81).

Siberkondri kavramı, terimin kökenine bakıldığında dijital çağdaki hipokondriyanın karşılığıdır. Siberkondrinin anormal bir davranış kalıbı ve duygusal durumu olduğu söylenebilir. Siberkondrinin çeşitli tanımları önerilmiş ve hepsi sağlıkla ilgili bilgi için aşırı veya tekrarlanan çevrimiçi aramalar ve sağlıkla ilgili endişeler içermektedir(82).

Sağlık kaygısı bulunan insanlar, internet ortamında buldukları sağlık bilgilerine dayanarak kaygılarının daha da arttığını belirtirler. Sağlık kaygısı yaşayan bireyler sağlıkla ilgili bilgileri çevrimiçi olarak daha sık ararlar, ancak buldukları çevrimiçi sağlık bilgisi, mevcut kaygı seviyelerini artırabilir; bu, karşılıklı etkilenen bir süreçtir ve siberkondik hastaları kısır döngüye sokabilir. Bu nedenle, sağlık endişesinin, zamanla çevrimiçi sağlık bilgisi arama ile etkilenip etkilenmediği ya da tam tersi olduğu bilinmemektedir. Bilişsel bir davranışsal perspektiften bakıldığında, bu durumdaki sağlık kaygısı artışının, artan çevrimiçi sağlık bilgisi aramalarına neden olabileceğini düşünebiliriz. Bununla birlikte, çevrimiçi sağlık bilgisi araması, sağlık kaygısı artışlarını tetikleyebilir. Bu durumda, bireyler sağlıkla ilgili kaygı artışıyla beslenmeyen internetten sağlık bilgisi arayabilir. Ancak, çevrimiçi olduklarında bilginin bolluğu olumsuz, yanlış veya kalitesiz bir sonuç olabilir ve bir sonuç olarak sağlık kaygısı artabilir(76,77,83,84).

Siberkondrinin mantığı, yüksek veya klinik düzeyde sağlık kaygısı olan bireylerle ilgilidir. Bununla birlikte, kanıta dayanmayan veya kalite eksikliği ve olumsuz bilgilerin bolluğu gibi çevrimiçi sağlık bilgisinin dezavantajları, klinik dışı kaygı düzeyleri olan bireylerde sağlık kaygısını arttırabilir. Bu nedenle, çevrimiçi sağlık bilgisi araması, daha önce klinik olarak endişe uyandırmayan bireylerde bile endişe uyandıran inançların ortaya çıkmasına neden olabilir. Siberkondrinin, klinik sağlık kaygısı yaşayan bireylerin bir özelliği olmaktan ziyade, klinik dışı kaygı düzeyleri olan bireylerde ortaya çıkabileceğini göstermektedir(84,85,86,87).

Siberkondri fiziksel sağlıkla ilgili endişeleri ile karakterize olduğu göz önüne alındığında, sağlık kaygısı ile olan ilişkisi çok kez araştırılmıştır. Sağlık kaygısı, organik patolojinin yokluğunda fiziksel sağlıkla ilgili aşırı endişelerle karakterize edilen zihinsel sağlık durumudur(87). Siberkondri, kaygıyı artıran belirtilerin gerçekten iyi huylu ve zararsız olduğuna kendilerini inandırmak ve rahatlatmak için, internette aşırı sağlık bilgisi arayan bireylerin sağlık kaygılarıyla ilgilidir. Sağlık kaygısı olan kişilerde özellikle aşırılık ve sıkıntı boyutları ile ilişki gösterdiği belirtilmiştir(73,87,88,89,90).

Siberkondrinin günlük işleyişi, yaşam kalitesini ve sağlık hizmetlerinden faydalanma üzerindeki sağlık kaygısı dışında, bağımsız bir halk sağlığı yükü olma boyutunu inceleyen çok

az çalışma vardır. Sağlık kaygısı ve sağlıkla ilgili internet kullanımı artmış depresif belirtiler, fonksiyonel bozukluk ve günlük aktivitelerde azalma ile ilişkili bulunmuştur(79). Ayrıca, yapılan çalışmalar sağlık kaygısı ve/veya siberkondriye sahip bireylerin, internet ortamında kaygı artıran sağlık bilgileri ile ilgili güvence sağladıktan sonra sağlık hizmetleri kaynaklarını daha fazla kullandıkları belirtilmiştir(79,90). Siberkondri kişinin günlük rutin işlerini sürdürmesini engelleyebileceği gibi hem tıbbi hem de zihinsel sağlık hizmetlerini kullanmasının yanı sıra önemli bir halk sağlığı yükü olabilir(91,92).

Her geçen gün artan sayıda kişi yalnızca internete erişmekle kalmıyor aynı zamanda sağlıkla ilgili şikâyetleri ve hastalıkları araştırmak için de interneti kullanmaktadır. Columbia Üniversitesi Tıp Merkezi'nde yürütülen güncel bir araştırmada, 2006 yılında tüm dünyada İnternet kullanıcılarının en az bir sağlık konusuyla ilgili bilgi aradığını ve "sağlık arayanların yaklaşık üçte ikisinin tüm Amerikalı İnternet kullanıcılarının (113 milyon) olduğunu ortaya koymuştur. Pew İnternet ve Amerikan Yaşam Projesi çevrimiçi sağlık araştırmaları çalışmasıyla, tüm sağlık araştırmacılarının % 25'inin buldukları bilgi nedeni ile "sıkıntı" hissettiğini, %18'inin çevrimiçi bulduğu bilgiler nedeni ile "kafasının karıştığını" ve % 10'unun "ciddi korku" hissettiğini tespit etmiştir(81,82).

İnternetten Kendi Kendine Tanı Koymanın Riskleri

İnternet, bilgiye erişim sağlamaktadır; ancak sağlık ile ilgili bilgi arayan kişiler arasında, yanlış yorumlanabileceği, güvenilmez olduğu veya her ikisinin de olabileceği konusunda bir endişe mevcuttur. Hastalar interneti bir doktor yerine kullanıp, kendi kendine tanı koyma aracı olarak kullanması başlı başına bir endişe kaynağıdır. Sağlık bilgileri, insanlara ev ortamında hastaneye gitmeden, sağlık ve hastalık durumlarını daha iyi tanıma imkânı tanıyan internette bol miktarda bulunur. Ne yazık ki, herkes internet veri tabanlarından kendi potansiyel teşhislerini araştırmaya nitelikli değildir. Bazı insanlar yanlış teşhis koyma ve bunun sonucunda kendilerini yanlış tedavi etmeye çalışabilirler. Mesela hem sağlık okuryazarlığında hem de bilgisayar teknolojisinde düşük eğitime sahip bireyler, yanlış yola sapma potansiyeline sahiptirler. Kanıta dayalı tıp yaklaşımına kıyasla her zaman etkili veya güvenli değildir.

İnsanlar, sorunlarına veya rahatsızlıklarına cevap bulmayı her zaman arzulamıştır. Örneğin; Boğaz ağrısı çeken bir kişi internet arama motorlarında sorularına cevap bulabilir ve memnuniyet duyabilir veya artan bir endişe ile karşılaşabilir. Copelton ve Valle, kendi kendine teşhis koyan kişilerin daha sonrasında doktorlarını ziyaret edebileceğini ve bu nedenle şikâyetleri hakkında hekiminin söyleyecekleri ile ilgili bilgilerinin çakışıp daha fazla kafa karışıklığına yol açabileceğini belirtmiştir. Daha ileri araştırmalarda, internetin kendi kendine

teşhis uygulayan bireylerin daha sonra profesyonel tıbbi tedavi arayışında olup olmadıklarını öğrenmek için umut verici olduğunu göstermiştir. Kendi kendine tıbbi bir meslek mensubu tarafından belirlenmiş olup olmadığına bakılmaksızın teşhis koymak, bireye rahatlama da getirebilmektedir(93,94,95).

İnternette Sağlık Bilgisi Aramanın Faydaları

İdeal olarak, WebMD, Pubmed, Mayo Clinic ve diğer belirti arama motorları gibi internet siteleri, şüpheli semptomların ciddi bir problemi gösterip gösteremeyeceğini veya desteklenip desteklenmediğini belirleyebilir(80). İnternette belirti aramak, bir doktor ziyaretine hazırlanırken faydalı olabilir. Bir kişiyi, doktor muayenesine adım atmadan önce neler olup bittiği hakkında bir fikir edinmesi için ön bilgi oluşturup onu sakinleştirebilir. Bir kişiye kendi sağlığı hakkında bilgi verebilir. İnsanlar, internet üzerinden, doktorlarını görmeden olası koşulları anlamak, soru sormak istediklerini ve doktorun sağlığı hakkında ne dile getirdiklerini daha iyi anlamak için interneti kullanabilir(80,94).

Bir doktor hastasına hastalığı ile ilgili bilgi aktarımı konusunda çok fazla bilgi vermezse, bu kişi hastalığı hakkında daha fazla bilgi edinmek için interneti kullanabilir. Bir bilgisayara erişimi olan herkes bilgiye erişebilir ve internet kullanıcılarının sayısı arttıkça sağlık bilgilerine daha fazla erişim olur. İnternet giderek büyümekte olan dünyamıza birçok avantaj sağlamıştır ve bu durum onlardan biridir. Daha fazla kişi sağlık bilgilerine eriştikten sonra tıbbi müdahale gerektirebilecek riskleri veya olası müdahaleleri tanımlayabilir(95,96).

İnsanlar belirtilerini bir belirti denetleyicisine yazabilir ve sonuçların bir listesini elde edebilir, internet sayesinde insanların durumlarının ne olması konusunda hafif bir kavrayış elde etmesine yardımcı olabilir. İnternet kullanıcılarının 2006 yılındaki bir araştırmasına göre, % 73'ü interneti, sağlık tavsiyesi, destek veya randevu için hazırlık amacıyla kullanıldığını tespit edilmiştir. Bu da hasta farkındalığını, katılımını ve hekim-hasta iletişimini büyük ölçüde arttırabilecek potansiyele sahiptir(80,97).

İnternette Sağlık Bilgisi Aramanın Riskleri

Ne yazık ki, internette kendi kendine teşhisi hakkında, faydalarından çok daha olumsuz sonuçlar verdiğini gösteren araştırmalar mevcuttur. İnternet ile bir bilgisayara erişimi olan ve internet sitelerini düzenleme imkânı olan herkes, internette görüntülenen sağlık bilgilerini ekleyebilir(97), fakat orada bulunan bilgilerin ne kadar doğru olduğu bilinmemektedir. Bazı internet sitelerinin insanların sağlıklarıyla ilgili yanlış bilgiler verdiği ve bu onlara yardım etmekten ziyade onların endişesini artırdığı saptanmıştır. Sağlıkla ilgili arama motorları, bir tıp sağlığı profesyoneli tarafından sağlanan materyal ile kanıta dayalı tıbbi geliştirenler arasında

ayrım yapmamaktadır(97,98). İnternette sağlık bilgisi isteyenler, onlara sunulan bilgileri doğru bir şekilde anlayamayabilir ve birinci basamak Aile Sağlığı Merkezini ziyaret etmek yerine onlara zarar verebilecek tedavileri deneyebilir(95). Viagra (bazılarına utanç verici görünebilir) gibi ilaçlar çevrimiçi satın alınabilir. Maalesef "çevrimiçi alımlar; aşırı tüketim, tehlikeli ürünler, tıbbi etkileşimler vb. nedeniyle insanların sağlığına tehdit oluşturabilecek düzeydedir." (95,98).

Herhangi bir internet kullanıcısının parmak ucunda, tıbbî bilginin geniş bir veri tabanına yol açan sağlığa ilişkin bilgi içeren 70 binden fazla internet sitesi vardır(95). Hangisinin doğru olduğunu ve hangi bilginin kişiyi yanıltabileceğini belirlemek zordur. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü'nden yetkili bir sözcü, 'internetten sağlık bilgisi almaya çalışmak, bir tuvaletten su içmek gibidir çünkü suyun kaynağının ne olduğunu bile bilmiyorsunuz' diye sağlık bilgisi arayanlara uyarıda bulunmuştur(93,95). ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü'nün yaptığı çalışmada internetteki sağlık bilgilerinin yarısından fazlasının sağlıklı olduğunu tespit edilmiştir ve internet sitelerinin sadece yüzde dokuzunun tıbbi anlamda doğru bilgi sunduğunu bulmuşlardır(80,95). İnternette, tedavi hakkında çok fazla bilgi sunulmaktadır. Bir kişi sorunun ne olabileceğini bilse bile, çevrimiçi sunulan tedavi seçenekleri doğru veya güvenli olmayabilir. Tıbbi alanda çalışmayan ve tıbbi alanı bilmeyen insanlar, gerçekleri ve fikirleri ayırmada zorlanıyor olabilirler. Bireyler, internette bilgilerle yanlış yönlendirilebilirler ve gerçek ile kurgu arasında ayrım yapmakta zorluk çekebilirler. Böyle yapan bireylerin en uygun sağlık durumuna dönebilmesi, teşhis ve tedavi altına alınmaları gerekir. Çevrimiçi tıbbi bilgi arayan bireyler arasında, hem arama süresi hem de sağlık kaygısı, daha fazla işlevsel bozukluk yapabilir(80,87,95).

İnternetteki baş ağrısı araması sizi beyin tümörü gibi ciddi bir duruma veya sinüzit gibi ciddi olmayan bir duruma götürebilir. Olası iki teşhis arasında ayrım yapabilme yeteneği, bireyin kaygı düzeyleri, sağlık okuryazarlığı ve internet eğitimi ile aydınlatılabilir. Beyin tümörleri, 50.000' 1'den az görülmektedir(yüzde 0.002). Yani, beyin tümöründen ziyade sinüzitten kaynaklanan daha fazla baş ağrısı vardır, ancak kanıtlar internet sitelerinde daha az görülen tanıların daha sık gösterildiğini göstermektedir. Horvitz ve White'un araştırması, bir internet aramasında "baş ağrısı" nedeniyle yapılan aramaların yüzde 25'inin olası bir sebep olarak beyin tümörünü göstermektedir. Yaygın belirtilerden yanlış teşhislere ve tedavilere kadar yapılan ilerlemeler internetin zengin bilgiyle olan tehlikesidir. Bunun sonucu sağlık hizmetinde gereksiz kaygılara ve sağlık faturalarında artışa neden olabilir. Başka bir çalışmada Stephen Hawking'in motor nöron hastalığının (MND) formu olan ALS de benzer şekilde çok

az bulunur; MND her 14.000 kişiden birinde görülür (yüzde 0.007). Ancak kas seğirmesini arama motoruna yazınca kullanıcısına MND gibi nadir görülen hastalığı da ilk sonuçlardan biri olarak göstermektedir. Asıl korkulan ise; internet sitelerine giren ve bulgularına uyan bir sonuç bulanların sonradan doktorlarına gitmemesidir(79,80,87).

Sağlık kaygısı ve siberkondri arasındaki ilişkinin yöneliminde henüz bir fikir birliği yoktur(90). Örneğin, sağlık kaygısı, sağlıkla ilgili bilgi için İnternet araştırmalarının öncülü olabilir ve İnternet aramaları, mevcut sağlık kaygısını daha da kötüleştirebilir ve devam ettirebilir. Buna ek olarak, internet, sağlıkla ilgili bilgileri başka nedenlerle (örn. merak ve tıbbi sorular) aramaları, sağlık endişesinin arttığının öncüsü olabilir. Önceki araştırmalar, çevrimiçi tıbbi bilgi aramalarının artan depresyon ve işlevsel bozukluk ile ilişkili olduğunu ve siberkondrinin artmış sağlık kullanımı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir(80,87,91).

Sağlık bilgilerinin aranması için harcanan zamanın tekrarlanması ve uzun sürmesi, kaygı düzeyini sürekli kılabilir ve kötüleştirebilir ve böylece kısır bir döngü oluşturabilir(99). Ayrıca, siberkondrinin iş verimliliğinde bir azalmaya yol açtığı tespit edilmiştir(95).

İngiltere'de uzmanlık kliniklerine devam eden hastaların%19,8'inde, Avustralyalıların %3,4'ünde ve Amerikalıların %4,9'una hipokondriazis tanısı konmuştur. Tanı olarak hipokondriyazis kendisi DSM-5'den çıkartılmış olsa da, sağlık kaygısı hem hastalık kaygı bozukluğu hem de somatik semptom bozukluğunun merkezi bir özelliğini oluşturmaktadır. Hipokondriak hastalarda hastalığın gerçek varlığına bakılmaksızın hastalıkla ilgili endişe, artan kaygı, yardım arama davranışının ve bildirilen somatik belirtilerin sayısının arttığı bulunmuştur. Siberkondri'nin hipokondriak hastalarda daha fazla bulunduğu göz önüne alındığında siberkondik hasta sayısının yüksek olduğunu göstermektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada hipokondriak hastaların, gereksiz testler, ilaçlar ve daha birçok gereksiz tedavi için yılda yaklaşık 20 milyar dolar harcadığı tespit edilmiştir(87).

İnternette belirti araması yapmaktan kaçınma ve uzun süreli araştırmalar orta-ciddi sağlık kaygısı olan hastalar için kritik görünmektedir. Genel olarak, internette mevcut geniş tıbbi bilgi kaynağı, hastalık kaygısı yüksek kişiler için düşük maliyetli bir bilgi kaynağı kullanmak için cazip gibi görünmektedir(99,100).

Pew İnternet Project tarafından yapılan bir Amerikan araştırmasında, sağlığımız hakkında bilgi aramak için interneti kullananların yaklaşık yüzde 75'inin bu bilginin kaynağını ya da tarihini kontrol etmediği tespit edilmiştir(81).

Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Sağlık Bilgi Ulusal Eğilimler Araştırması verilerine dayanan bir araştırmaya göre, internetten sağlık bilgisi kullananların %68'inin internette

karşılaştığı ilk siteyi kaynak olarak kullandığı ve yalnızca %16'sının sağlık bilgisi için kaynak olarak bir doktor veya sağlık hizmeti sitesini kullandığı tespit edilmiştir(81,101,102)

Siberkondri nasıl azaltılabilir?

Siberkondri gelişmesini azaltmak için çeşitli çalışmalar yapıp farklı konular ele alınmıştır. Bu çalışmalar çevrimiçi sağlık bilgilerinin ve çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaların sonuçlarının sunulma biçimlerini içerir. Örneğin, çevrimiçi sağlık bilgilerinin açık, anlaşılır ve kullanıcının anlayacağı tarzda sunulması, hastanın muhtemel semptomları ve teşhisleri arasındaki ilişkilerdeki gerçek olasılıklara dayalı olarak çevrimiçi arama sonuçlarının sıralanması gibi, sağlık kaygısının yanlış yorumlanmasını ve kaygıyı azaltabilir(90). Bu önlemlere rağmen, siberkondri riski tamamen ortadan kaldırılamaz. Ciddi ve hayatı tehdit eden hastalıklarla ilgili bilgilerin aktarılma biçimi ne olursa olsun, bu tür bilgilerin kaygı verici veya korku oluşturuca yönü her zaman devam edecektir. Ayrıca, farklı çevrimiçi sağlık bilgisi kaynakları arasındaki anlaşmazlıklar da çözümü engellemektedir(80,90,103).

Yapılan çalışmalarda siberkondriye yönelik tedavi yaklaşımları iki ana hedefe sahip olmalıdır(100). İnsanların interneti sağlıkla ilgili endişelerini artırmadan, sağlıkla ilgili amaçlarla kullanmalarını sağlama ve sağlıkla ilgili amaçlar için çevrimiçi olarak harcanan zamanı azaltarak diğer faaliyetlerin ihmal edilmeden ve kişinin rutin günlük işlerinin etkilenmeden sürdürebilmesini sağlamak(105). Bireylerin sağlıkla ilgili internette karşılaştığı sağlık bilgilerinin kişiye tehdit oluşturmadığını veya kaygı verici olmadığını, eğer bu bilgileri doğru yönettikleri konusunda emin olduklarında ve yönettikleri takdirde kapsamlı ve gerekli çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaları yapmayı kontrol edebilir(90,104,105).

Siberkondrinin tedavisi hipokondriazisli bireylerin kapsamlı tedavisinin bir parçası olmalıdır. Bu hastalarda kaygı artışı ve sürdürülme faktörlerini ele alma çabaları yapılmalıdır. Siberkondrianın hizmet ettiği fonksiyonu (örneğin güvence arayışı) ve sonuçlarını (örneğin çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaları gerçekleştirmek için harcanan zamanın sonucu ve buna bağlı sıkıntı) ele alınmalıdır(81,90).

Spesifik faktörlerden bağımsız olarak, siberkondriya ilişkin psikolojik eğitim, tedavinin önemli bir parçası gibi görünmektedir. Bu, çeşitli konularda odaklanan çevrimiçi sağlık bilgisi okuryazarlığının geliştirilmesini içererek; kişinin internetten neler yapabileceğini ve yapamayacağını tespit etmesini; güvenilir ve güvenilir olmayan çevrimiçi sağlık bilgileri kaynakları arasında ayırım yapmasını ve çevrimiçi sağlık araştırmalarının sonuçlarının doğru şekilde değerlendirmesini sağlamaktadır(80,104,105).

Siberkondrili bireyler, internet'in yalnızca sağlıkla ilgili bilgi edinme aracı olduğunu ve

güvenilirliği şüpheli olabileceğini ve sağlıkla ilgili tüm soruların yanıtlarını içeren çok yönlü bir araç olmadığını bilmelidir. Ayrıca, internetin kendisine teşhis aracı olarak görmemelidir. Siberkondrili bireyler, çevrimiçi sağlık aramaları sonucunda kişinin belirtileri hakkında biriken bilgilerin o semptomları açıklayan bir teşhis koymakla bir ilgisi olmadığını öğrenmelidir. Sağlık kaygı düzeyinin yüksek olduğu bireylerin çevrimiçi sağlıkla ilgili araştırma yapanlarının çoğunun sonrasında hekime başvurmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak, teşhis algoritmalarına sahip çevrimiçi "belirti denetleyicileri" kullanıldığında bile, internetten kendi kendini teşhis koymak, çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaların amacı olmamalıdır(90,106,107,108,109).

Hangi sağlık sitelerinin güvenilir olduğunu ve hangilerinin olmadığını bilmek, görüldüğü kadar basit değildir. İnternette sağlık bilgisi sağlayan sitelerin yazarlarının isimlerini ve kimlik bilgilerini açıkça ifade eden, maddi çıkarları olmayan ve içeriğini sıkça güncelleştiren ve bilimsel kanıt sağlayan saygın akademik, tıbbi veya bilimsel kuruluşlara ve kaynaklara ait siteler kişilere faydalı olabilir(90). Bu siteler, internete karşı ön yargılı ve güvensiz olan kişiler için destek sağlayabilir, hastalar tarafından yürütülen destek gruplarının sitelerinde ve ilgili tartışma forumlarında ve bülten panolarından daha fazla güvenebilirler ve bu şekilde internetten faydalanabilirler. Yoksa internetten sağlık bilgisi aramak hipokondriasisli ve sağlık kaygı düzeyinin yüksek olduğu birçok birey için kesinlikle bir sorundur. Çoğu zaman, çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaları gerçekleştiren kişiler, sorgularına cevap bulmaya çalıştıklarında çeşitli sağlık bilgileri kaynaklarını karşılaştırırlar. Bu kaynaklar arasında bir tutarsızlık varsa, kime güveneceğini bilemez hale gelir ve genellikle siberkondrili kişilerin sıkıntısı haline gelir. Bu nedenle, bu tür bireyler inandırıcı ve güvenilir olmayan kaynaklardan (mümkün olduğu kadar) bilgi aramamalıdır. Güven meselesini daha kapsamlı bir şekilde ele almayı da önemsemesi gerekmektedir(109).

Sağlık ve hastalık gibi karmaşık bir alanda farklı görüşler ve anlaşmazlıklar istisna dışında bir kural olup, siberkondriye sahip kişilerin bunları kabul etmesi zor olabilir. Bu nedenle, çevrimiçi sağlık araştırmalarının sonuçlarını anlamaya çalıştıklarında, bu karmaşıklığı ve farklı sağlık bilgileri kaynakları arasındaki uyumsuzluğu hesaba katmaları öğretilmelidir. Bu çaba, ortaya çıkan belirsizlik artışını tolere etme kapasitesini gerektirir, ancak aynı zamanda eleştirel ve gerçekçi düşünmeyi de teşvik eder. Sonuçta, böyle bir düşünce, basit ancak birinin semptomları üzerinde korkunç sonuçlara varmasından daha iyi sonuçlara yol açar(109).

İnternette sağlık ile ilgili kaynak kullanırken, özellikle de bir çevrimiçi belirti denetleyicisi kullanırken, hastalar her zaman güvenilir bir kaynaktan sağlık bilgisi almalıdır. Aşağıdaki belirti denetleyicileri sağlık bilgilerinin geçerli, güvenilir ve yetkili internet

kaynaklarından alınmıştır. Ticari amaç gütmeyen sağlık kaynakları daha yetkili olma eğilimindedir. Hastalar, kendilerini teşhis etmek için bu belirti kontrollerini kullandıktan sonra mutlaka, kaygılarını kendi aile hekimlerine getirmelidir(79,82).

Bir belirti denetleyicisi tarafından ortaya çıkan sonuçlar, doktorların düşünmedikleri bir şeyi düşünmesine yardımcı olabilir. Aile hekimleri zamandan kazanmak ve istişareleri daha verimli hale getirmek için hastalarını ofis ziyaretlerinden önce internetteki güvenilir siteleri kullanmaları için teşvik ediyorlar. Hastaları olası teşhisler hakkında güvenilir bilgi edinmek, durumlarını araştırmak ve doğrudan bir hekimine bağlamak için daha kolay hale getiren yeni ve geliştirilmiş belirti denetleyicilerine yönlendirilebilirler(79,82,86,103).

Önerilen siteler:

familydoctor.org:

American Academy of Family Physicians (AAFP) tüketici sağlığı internet sitesinden sağlık bilgisi temin edebilir. Tüm bilgiler AAFP doktorları ve hasta eğitimcileri tarafından yazılmış ve denetlenmiştir. Kullanıcılar, sınırlı bir belirti listesinden bir belirti (örneğin, yüz şişmesi, ishal, öksürük) üzerine tıklayarak sorgularını başlatabilirler. Symptom denetleyicisi daha sonra, olası teşhislerin sayısını sağlayan bir dizi soru ile kullanıcıyı yönlendiren akış çizelgelerini kullanarak hastalığı hakkında bilgi sahibi olabilir.

healthychildren.org:

Bu belirti denetleyicisi American Academy of Pediatrics (AAP) 'in tüketici sağlığı internet sitesinden sağlık bilgisi sağlamaktadır. Kullanıcılara, çocuğun semptomların olduğu seçenekler sunulur. Buradan belirli semptomlar görüntülenir ve bunlardan birine tıklayarak kullanıcılarının olası eğitimci sağlık bilgisinin yanında muhtemel nedenlerin bir listesine götürür ve kullanıcılarına A-Z'ye sağlık bilgisine erişmesine olanak sağlar.

symptomchecker.isabelhealthcare.com,

Yaklaşık 6.000 hastalığı kapsayan bu site, kullanıcıdan yaşını, cinsiyetini, gebelik durumunu ve coğrafi konumunu girmesini ister ve ardından kullanıcının doğal dilde bir arama kutusuna belirtiler girmesine izin verir. Bireysel sorgulamanın sonuçları muhtemel teşhislerin hangisinin daha sık olduğu ve acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç olup olmadığını göstermektedir. Bir diğer kullanışlı özellik, sonuçların aynı zamanda hangi tıp uzmanlığını kapsadığını da göstermesidir.

itriagehealth.com

Bu internet sitesi, 2008'de iki acil tıp hekimi tarafından kurulan bir sağlık teknoloğisi şirketi olan itriage'den geliyor. Kullanıcılar, semptomlarını yazdıktan sonra olası teşhis listesi görür. A-Z'ye belirti listesi de mevcuttur; bu sayede kullanıcılar olası teşhislere ulaşrlar. İçerik doktorlar tarafından yazılır ve "Harvard Tıp Okulu tarafından gözden geçirildi" rapor edilir, ancak bu açıklamanın ötesinde ayrıntılı bilgi verilmemektedir.

mayoclinic.com;

Bu belirti denetleyicisi, kullanıcıları sınırlı sayıda semptom (örn., Baş dönmesi, hırıltılı solunum, boğaz ağrısı) listesine girerek başlar. En alakalı semptomları seçtikten sonra kullanıcılara semptomların olası nedenlerini azaltmaya yardımcı olacak bir dizi soru ile karşılaştırır. Oradan olası teşhislerin bir listesi görüntülenir ve kullanıcılar Mayo Clinic'in kapsamlı çevrimiçi hasta eğitim materyallerinden ek bilgi almak için her tanıyı tıklatabilir. A-Z'ye semptomların listesi de mevcuttur.

symptoms.webmd.com:

Bu belirti denetleyicisi, kullanıcıların cinsiyet ve yaşlarını girmeleri ve daha sonra belirtilerin görüldüğü vücut bölümünü seçmeleri istenir. Kullanıcılar daha sonra olası belirtilerini seçer ve olası teşhisleri azaltmak için bir dizi soruya cevap verirler. Her bir tanı sayfasının altındaki bir atıf, sayfayı ne zaman ve kimin en son ne zaman güncellediğini ve bilgilerin nereden alındığını gösterir. Sayfa girişleri doktorlar tarafından gözden geçirilmekte ve içerik Medline Plus, FamilyDoctor.org ve WebMD üyesi Medscape gibi kaynaklardan alınmaktadır

Aile Hekimliğinde Siberkondri

Aile hekimi sağlık hizmetinin en temelinde yer alır ve kişilere sağlıkla ilgili bütün konularda danışmanlık verir. Yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceğı, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini ve sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, devamlılık gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunar. Aile hekimi yönlendirici, destekleyici hizmeti basamaklardan bağımsız şekilde sunar. Planlama, sağlanacak yarar ve maliyet göz önüne alınarak hastayla birlikte yapılır, bu anlamda birey adına savunuculuk yapan aile hekimi aynı zamanda bireyin sağlık avukatıdır. Aile hekimliği sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır. Bireylere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alarak, bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak

değerlendirir. Bu nedenle bireye biopsikososyal yönden yaklaşım sağlamaktadır.

Hastanın duygularının, beklentilerinin, fikirlerinin ve problemin kişinin işlevselliğine etkisinin değerlendirildiği, hekimin kişiyi ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak algıladığı, hastayla hastalığın yönetimi konusunda ortak bir zemin oluşturduğu, her görüşmeyi hasta ile ilişkisini geliştirmek için kullandığı, tüm bunlar uygulanırken kaynaklar, ekip ve imkânlar gibi durumlar açısından da gerçekçi olunması gereken, kısacası, sağlık sorununa hem hekimin bakış açısıyla, hem de başvuran bireyin bakış açısıyla yaklaşılmasını sağlayan Hasta Merkezli Klinik Yöntem (HMKY), aile hekiminin uyguladığı bir modeldir. Rahatsızlıkları bir hekim tarafından henüz sınıflandırılmamış; ayrışmamış hastaların yönetiminde HMKY uygulanırken hastayla etkili iletişim kurularak, hekimi hipotezlere götürecek ipuçları detaylı olarak toplanmalı, hastayla ortak zemin oluşturularak, konulan tanıya veya tanısal karara uygun bakım planı tasarlanmalı ve takiplerde kişi yeniden değerlendirilmelidir.

Aile hekimleri, 15-49 yaş grubu kadınları ele aldığında 15-18 yaş grubu kadınların ebeveynleriyle, 18-49 yaş grubu kadınların ise kendileri ile istişarelerde bulunurlar. Aile hekimleri, sağlığıyla ilgili sorular içeren 15-49 yaş grubu kadınların şikâyetleri hakkında bilgi almak için genellikle İnternet'e yöneldiğini aklında tutarlar. Aile hekimleri hastalarıyla ortak çalışır ve içeri girmeden hastalarının önce internette araştırma yapacaklarını akılda tutarlar. Aile hekimleri doğru ve güvenilir internet sitelerinde hastalarına rehberlik eder ve kendilerini hastaların yerine koyarak hastalarının duygularını ve endişelerini daha iyi anlarlar. Aile hekimleri hastalık kaygısı olan kişilerin, hastalıkla ilgili bilgi için İnternet'i kullanmaktan kaçınmaları konusunda dikkatli olmalıdır. Aile hekimleri hastalarına çevrimiçi arama avantajları arasında bilgi, yetkilendirme, özerklik ve kişisel sorumlulukları ile dezavantajları olan, artan korku ve olası yanlış sağlık bilgisi, yanlış teşhis ve uygunsuz kendi kendine tedavi etme durumlarını anlatır. Aynı zamanda güven azalması, yetki ve etkinlik yaşayabilecek olan hastalarına bu belirtilere karşı bilgi verir. Bununla birlikte, yeni ve daha işbirlikçi bir danışma tarzı geliştirir. Eğitim ve sağlık okuryazarlığı eksikliği var olması sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanılamamasına yol açmaktadır. Aile hekimleri sağlık eğitiminde etkin rol oynayabilecek bilgi ve birikime sahiptirler.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş grubundaki kadınlarda siberkondrinin sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmıştır.

Çalışma evreni Edirne şehir merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadınlardır. Yapılan güç analizinde Edirne il merkezindeki 20 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 15-49 yaş arası nüfusun, %50 prevalans %1 fark %95 güvenilirlikle anlamlı bulmak ve $d=0,05$ için örneklemin en az 384 katılımcıdan oluşması gerektiği saptandı. Evreni temsil edecek örneklem DSÖ tarafından önerilen 30 küme örnekleme yöntemi ile belirlendi. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenen 47 Aile Hekimliği biriminin şehir merkezindeki nüfus ve coğrafi alanları kümeleri oluşturuldu. Nüfusu en az kümeden başlanıp, her kümeden nüfuslara göre ağırlıklı sayılarda katılımcı örnekleme dâhil edildi. Buna göre çalışmaya dâhil edilecek birey sayısı 550 olarak saptandı. Daha sonra her kümeden seçim kriterlerine uygun belirlenen sayıda kadın seçildi. Araştırmacı tarafından gönüllülerin yaşam ya da çalışma yerlerinde yapılan yüz yüze görüşmelerde anketler yine araştırmacı tarafından dolduruldu. Katılımcıların kimlik bilgileri toplanmadı. Çalışmaya katılmak istemeyen kadınların yerine aynı bölgeden belirlenmiş kriterlere uygun başka gönüllüler seçildi. Kabul edilme oranının belirlenebilmesi için reddedenlerin sayısı kaydedildi. Çalışmanın veri toplama aşaması 01.01.2018-01.03.2018'de yürütüldü.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

1. Edirne şehir merkezinde yaşayan, 15-49 yaş arasında kadın olması.
2. Araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve sözlü onay vermesi.
3. İletişimi engelleyecek bir problemin olmaması.
4. İnternet kullanıyor olması

Araştırmamızda Edirne şehir merkezinde toplam 550 kadına çalışma hakkında bilgi verildi, yapılan görüşmelerden sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 422 kişi çalışmaya dâhil edildi.

Veri Toplama Aracı

Çalışmada veriler, bu çalışma için araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket kullanılarak toplandı. Anket, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren 22 soruluk demografik bilgi formu ile siberkondri düzeyini değerlendiren 33 soruluk siberkondri ciddiye ölçeği, kaygı düzeyini belirleyen 40 soruluk sürekli kaygı ve durumluluk kaygı ölçeği ve 84 soruluk psikolojik iyi oluş ölçeğini içeren toplam 179 soru içermektedir. Sorular ulusal ve uluslararası diğer çalışmalarla karşılaştırılabilir özellikte oluşturulmuştur.

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ)

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) kişilerin siberkondri durumlarının değerlendirilmesi için McElroy ve Shevlin tarafından 2014'te geliştirilmiştir. Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Süleyman Utku UZUN tarafından 2016 yılında yapıldı. Ölçek 33 önermeden oluşan 5'li Likert tipinde (1-Hiçbir zaman, 2- Nadiren, 3-Bazen, 4-Genellikle, 5- Her zaman) ve 5 alt ölçekten oluşan bir ölçektir:

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

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

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

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

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

5. Faktörü oluşturan sorular ters puanlanmaktadır.

Ölçek kategorik değil sürekli bir ölçektir. Kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanlar toplanarak kişinin toplam siberkondri puanı hesaplanmaktadır. Alınan puan ne kadar yüksekse siberkondri düzeyi de o kadar yüksek demektir.

Psikolojik İyi Olma Ölçekleri (PİÖÖ):

Ryff tarafından 1989 yılında geliştirilen ve Cenkseven tarafından 2004'te Türkçe 'ye uyarlanan ölçekte 84 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 84, en yüksek puan ise 504'tür. Toplam puandaki yükselme psikolojik iyi oluşun arttığını gösterir. Ölçek psikolojik iyi oluşun 6 boyutunu ölçmek için geliştirilmiştir: 1)özerklik-bağımsızlık, kişisel

kararlılık, 2) çevresel üstünlük- kişinin hayatını yönetebilmesi, 3) kişisel gelişim- yeni deneyimlere açık olmak, 4) başkalarıyla iyi ilişkiler – ilişkilerinden doyum alabilme, 5) yaşam amaçları- kişinin yaşamının anlamlı olduğuna inanması, 6) kendini kabul- kendine ve geçmişine karşı olumlu tutumlara sahip olma. Ölçekteki 6 faktörün her biri 14 maddeden oluşmaktadır.

Cenkseven (2004), 475 üniversite öğrencisi üzerinde yürüttüğü çalışmada, 84 madde ile ölçekten elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyonlarına bakmış ve korelasyonların .25 ile .57 arasında değiştiğini belirlemiştir. Alt ölçekler için korelasyon değerleri diğerleriyle olumlu ilişkiler .42-.70, otonomi .38-.69, çevresel hakimiyet .32-.63, kişisel gelişim .38-.61, yaşam amacı .30-.58 ve kendini kabul .37-.63 olarak saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı ile ilgili yapılan hesaplamalar sonucu iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa) diğerleriyle olumlu ilişkiler .83, otonomi .78, çevresel hakimiyet .77, kişisel gelişim .74, yaşam amacı .76, kendini kabul .79. Ölçeğin toplam iç tutarlık katsayısı ise .93 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerin test tekrar test güvenilirliği sonuçları ise, diğerleriyle olumlu ilişkiler .74, çevresel hakimiyet .77 özerklik .77, kişisel gelişim .74, yaşam amacı .75, kendini kabul .76. ayrıca toplam puan test-tekrar test korelasyon katsayısı .84 olarak saptanmıştır.

Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1985'te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir.

a. Güvenirliği : test tekrar test güvenilirliği yöntemiyle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu hesaplanmış sürekli kaygı ölçeği için .71 ile .86 , durumluk kaygı ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık ve test homojenliği Kuder Richardson 20 formülüyle hesaplanmış , durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .87 , sürekli kaygı ölçeği için .94 ile .96 arasında bulunmuştur.

b. Geçerliği : Yapı geçerliği ve ölçüt bağımlı geçerlik yöntemleriyle araştırılmış. Sürekli kaygı ölçeği ile diğer kaygı ölçekleri arasındaki korelasyon katsayıları kız öğrenciler için .52 ile .80 ; erkek öğrenciler için .58 ile .79 bulunmuştur.

Formdaki sorulardan en az 3 tanesine cevap verilmemişse doldurulmuş form geçerliliğini kaybeder ve puanlama yapılmaz. Sürekli kaygı ölçeğinde tersine çevrilmiş ifadelerin sayısı 7'dir ve bu sayılar 1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19. sorularından oluşmaktadır.

Elle puanlama: Direk ve tersine çevrilmiş anlamların hepsi için farklı iki cevap bölümü

düzenlenir. Bu şekilde bir cevap bölümünde doğrudan anlamların 2. cevap bölümünde tersine çevrilmiş anlamların toplam değerleri toplanır. Doğru kabul edilen anlamlar için oluşturulan genel ağırlıklı puandan ters anlamların genel ağırlıklı puan çıkartılır. Bu sonuca daha önce hesaplanmış ve değişmeyecek olan başka bir değer eklenir. Sürekli kaygı ölçeği için değişmeyecek değer 35'dir. En sonunda oluşan puan kişinin sürekli kaygı puanıdır. Cevaplama sonucunda oluşacak puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasındadır. Büyük puan olması yüksek kaygının olduğunu, küçük puan olması düşük kaygının olduğunu gösterir. Puanlar yüzdelik anlamında yorumlanırken de yukarıdaki açıklamalar geçerlidir. Yani yüzdeliğin düşük olması (1, 5, 10) kaygının düşük olduğunu göstermektedir. Uygulamalarda oluşan ortalama puan durumu 36 ile 41 arasında değişkenlik göstermektedir.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, Trakya Üniversitesi Hastanesi ve Ayşekadın polikliniklerine çeşitli sebeplerle başvurmuş, çalışma evreni dışından gelen farklı sosyoekonomik düzeylerden 20 kadınla deneme uygulaması yapıldı. Anketler yüz yüze görüşülerek dolduruldu, görüşme süresi ortalama 15 dakika sürdü. Gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verildi. Araştırmada uygulanan anket Ek-A'de verilmiştir.

İzinler

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek-B). Çalışmamız için Edirne İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Sağlık Bakanlığından gerekli yazılı izinler alınmıştır.(Ek-C-D)

İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistica 20,0 kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı genel olarak $p < 0,05$ değeri kabul edildi ve analizlerden sonra mutlak p değerleri verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov-Smirnov test ile incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare ve korelasyon testleri kullanıldı. Katılımcılara anket uygulanırken sorulan çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistik analizler için yeniden gruplandırıldı (hane halkı geliri, yaş, internet ve sosyal medya kullanım saati).

BULGULAR

Çalışmamız Edirne il merkezinde aile sağlığı merkezlerinde uygulanmıştır. Çalışma kriterlerine uyan 422 kişiye sosyodemografik veri anketi, siberkondri ciddiye, sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ölçekleri uygulandı.

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Çalışmaya katılan 422 kişinin yaş ortalaması $33,72 \pm 10,057$ (minimum 15, maksimum 49) ayrıca ortanca değer 35 olarak hesaplandı. Katılımcıların yaşları kategorize edildiğinde en fazla 35-39 yaş grubunda olduğu gözlemlendi (Tablo1).

Tablo 1. Katılımcıların yaş aralığına göre dağılımı

Katılımcı Yaşları	Sayısı(n)	Oranı(%)
15-19 yaş	52	12,3
20-24 yaş	45	10,7
25-29 yaş	57	13,5
30-34 yaş	49	11,6
35-39 yaş	76	18,0
40-44 yaş	70	16,6
45-49 yaş	73	17,3
Total	422	100,0

n:Kişi sayısı

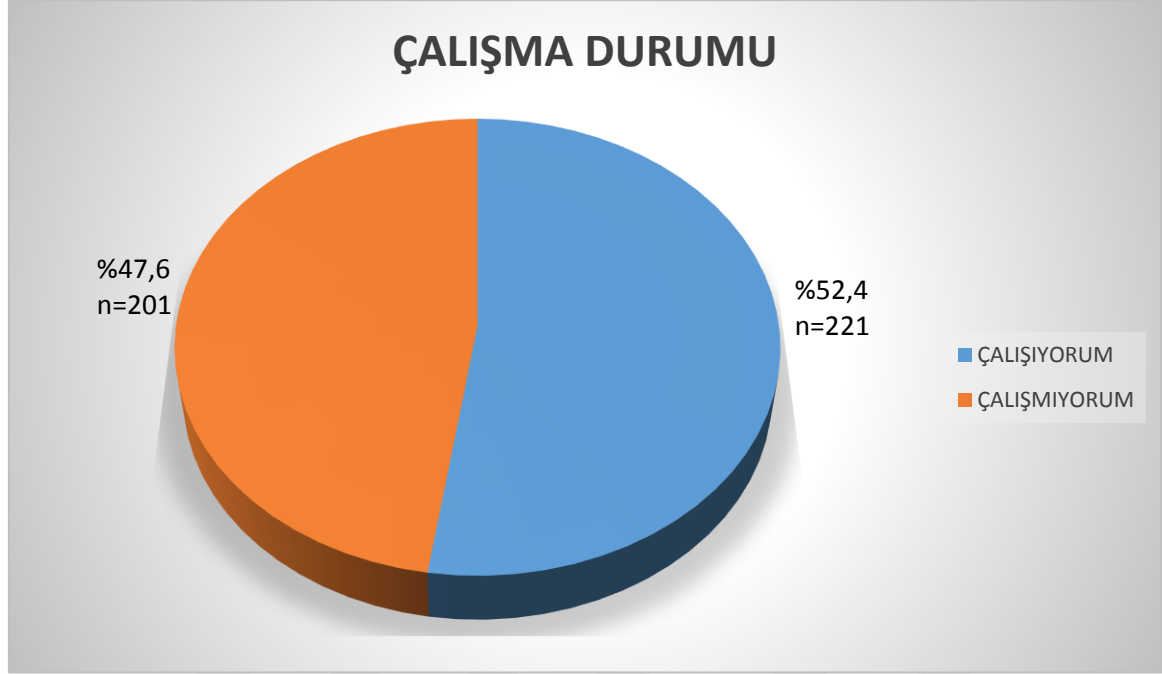
Katılımcıların medeni durumları %57,3'ü (n=242) evli, %39,8'i (n=168) bekar, %1,9'u (n=8) boşanmış, %0,7'si (n=3) eşinden ayrı ve %0,2'si (n=1) dul olarak tespit edildi.(Tablo 2)

Tablo2. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı

Medeni durum	Sayısı(n)	Oranı(%)
Evli	242	57,3
Bekar	168	39,8
Boşanmış	8	1,9
Eşinden ayrı yaşıyor	3	0,7
Dul	1	0,2
Total	422	100,0

n:Kişi sayısı

Katılımcıların çalışma durumu sorgulandığında %52,4'ü (n=221) çalışmadığını, %47,6'sı (n=201) çalıştığı öğrenildi (şekil 1).



Şekil 1. Katılımcıların çalışma durumuna göre dağılımları

Anketimize çalışıyorum cevabını veren katılımcıların meslekleri sorgulandığında 29 meslek grubuna dağıldığı görüldü. Meslek gruplarının (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması - ISCO 08) TÜİK verilerine göre sınıflandırıldığında en fazla bulunan meslek olarak hizmet işçileri bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların meslek grubuna göre dağılımları

Çalışıyorsanız mesleğiniz	Sayısı (n)	Oran(%)
Hizmet işçileri	22	5,2
Hemşire	10	2,4
Eğitim hizmetleri	28	6,6
Mühendis	6	1,4
Fizyoterapist	2	0,5
Öğretmen	17	4,0
Veri hazırlama	2	0,5
İş kadını	4	0,9
Öğretim görevlisi	3	0,7
Ebe	5	1,2
Kuran Kursu Görevlisi	3	0,7
Teknisyen	4	0,9
Büro görevlisi	5	1,2

Muhasebe görevlisi	3	0,7
Tıbbi sekreter	13	3,1
Hasta bakıcı	3	0,7
Satış elemanı	11	2,6
Eczacı	3	0,7
Doktor	4	0,9
Kuaför	5	1,2
Mimar	2	0,5
Muhasebe	9	2,1
Avukat	6	1,4
Bankacı	6	1,4
Terzi	6	1,4
Psikolog	3	0,7
Araştırma görevlisi	10	2,4
Temizlik personeli	6	1,4
Makine teknisyeni	2	0,5
Total	201	47,6

n:Kişi sayısı

Katılımcıların sosyal güvencesi sorgulandığında 422 kişiden %6,2'sinin (n=26) sosyal güvencesi yok, %54,3'ünün (n=229) SSK, %8,5'inin (n=36) Bağkur, %30,5'inin (n=129) Emekli Sandığı, %0,5'inin (n=2) Yeşil kart oldukları belirtildi. Katılımcıların sosyal güvenceleri tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların sosyal güvencelerine göre dağılımları

Sosyal Güvence	Sayı (n)	Oran(%)
Yok	26	6,2
SSK	229	54,3
Bağkur	36	8,5
Emekli Sandığı	129	30,5
Yeşil kart	2	0,5
Total	422	100,0

n:Kişi sayısı

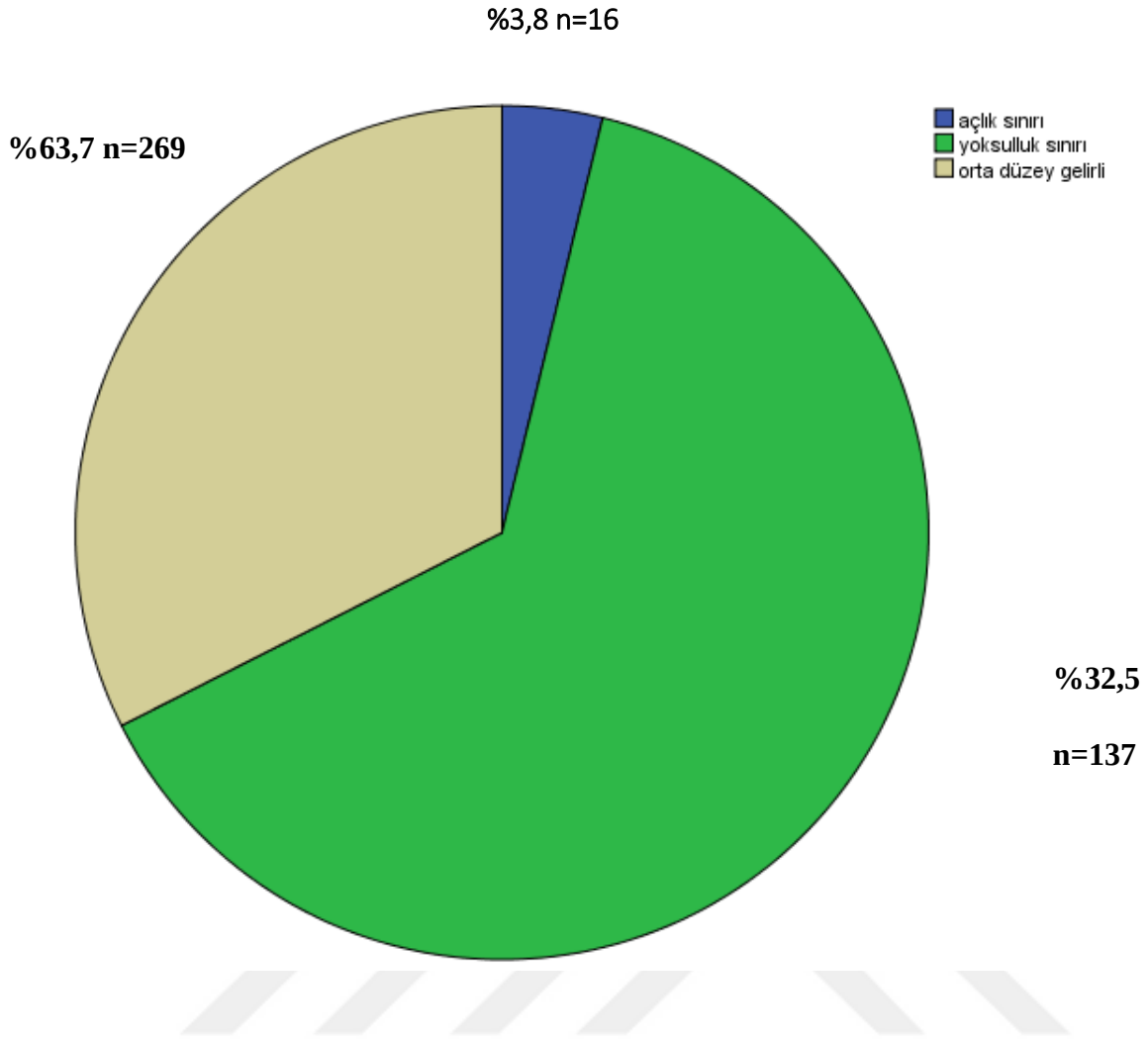
Anketimize katılan katılımcıların kendilerine ait gelir kaynağı sorgulandığında %52,6'sının (n=222) olmadığı, %47,4'ünün (n=200) olduğu öğrenildi.



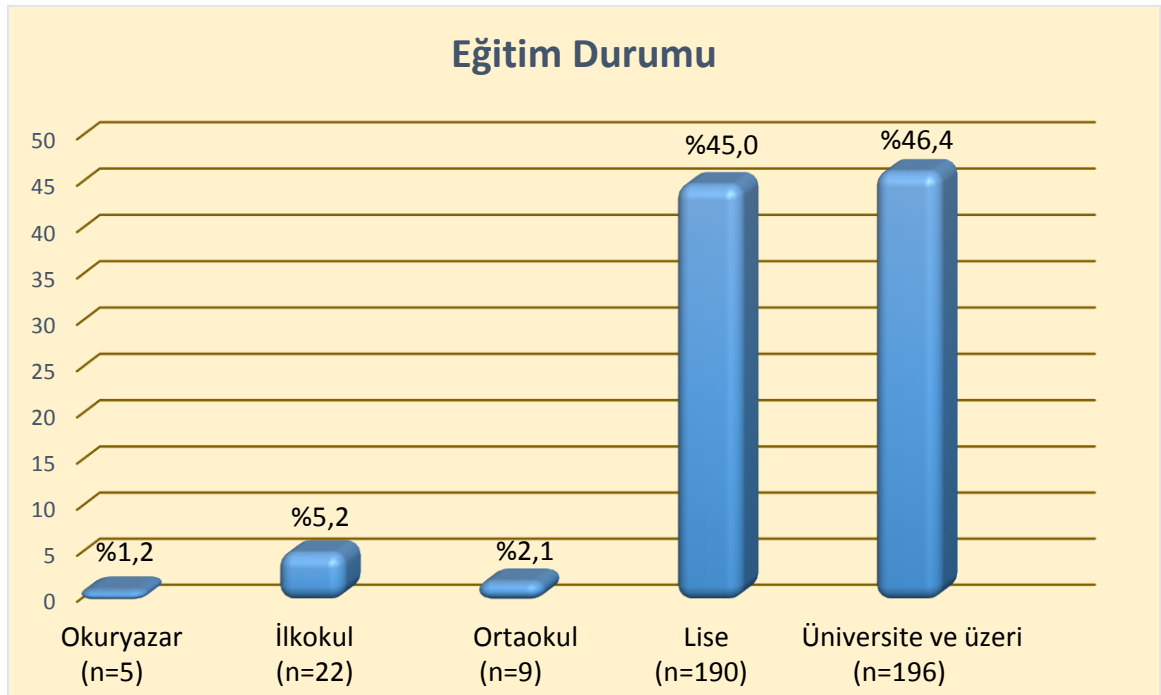
Şekil 2. Katılımcıların kendilerine ait gelir durumuna göre dağılımları

Katılımcıların kendine ait gelirlerinin miktarı sorgulandığında, kendine ait geliri olan 201 kişinin aylık geliri 1000 lira ile 8500 lira arasında değiştiği görüldü. Katılımcıların gelir miktarı modu ise 3000 TL olarak hesaplandı.

Katılımcıların hane halkının toplam aylık geliri düzeyi TÜRK-İŞ araştırmasının Aralık 2017 ayı sonucuna göre değerlendirildi. Bu veriler ışığında çalışmaya alınan ailelerin aylık geliri 1.608,13 TL'nin altı olanlar açlık sınırı, 1.608,13 TL -5.238,22 TL arası yoksulluk sınırı ve 5.238,22 TL üzeri orta düzey geliri olarak kategorize edildi. Katılımcıların %3,8'i (n=16) açlık sınırında, %63,7 si(n=269) yoksulluk sınırında ve %32,5'i (n=137) orta düzey gelirli olarak bulunmuştur (Şekil 3).



Şekil 3. Katılımcıların hane halkının aylık gelirine göre dağılımı



Şekil 4. Katılımcıların eğitim durumları

Katılımcıların eğitim durumları sorgulandığında 5 kişi (%1,2) okuryazar , 22 kişi (%5,2) ilkokul, 9 kişi (%2,1) ortaokul, 190 kişi (%45,0) lise ve 196 kişi (%46,4) üniversite ve üzeri mezunu olduklarını bulundu (Şekil 4).

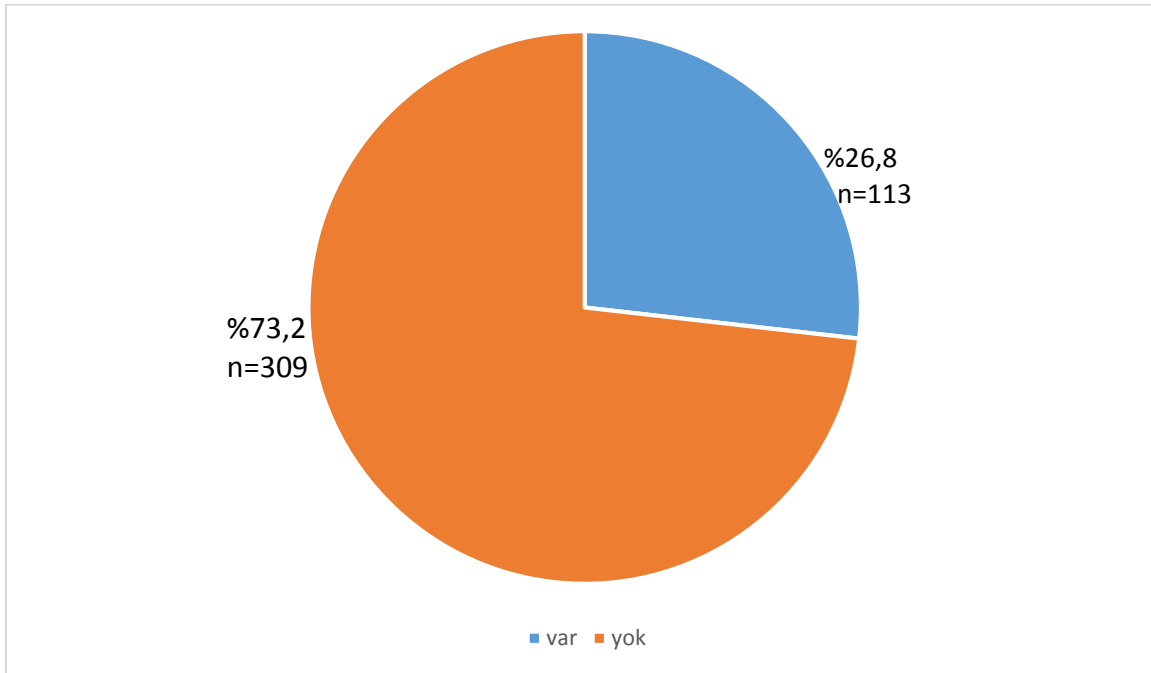
Katılımcıların sağlık durumları sorgulandığında %6,4'ü (n=27) mükemmel, %76,6'sı (n=323) iyi, %15,6'sı (n=66) orta, %1,2'si (n=5) kötü ve %0,2'si (n=1) çok kötü olarak değerlendirdiği görüldü. Katılımcıların sağlık durumu değerlendirme sorusuna verdikleri cevaplar Tablo 5'da gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sağlık durumunu değerlendirmesine göre dağılımları

Sağlık durumu değerlendirme	Sayı (n)	Oran(%)
Mükemmel	27	6,4
İyi	323	76,6
Orta	66	15,6
Kötü	5	1,2
Çok kötü	1	0,2
Total	422	100,0

n:kişi sayısı

Katılımcıların bilinen hastalık var mı sorusuna %73,2'si (n=309) yok, %26,8'i (n=113) var yanıtını verdi (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların hastalık durumu

Hastalığı bulunan 113 katılımcımızdan 7 katılımcımızın 3 hastalığı, 10 katılımcımızın 2 hastalığa ve 102 katılımcımızın birer hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılarımızda en çok görülen hastalık olarak hipotiroidi ve astım tespit edilmiştir(Tablo6).

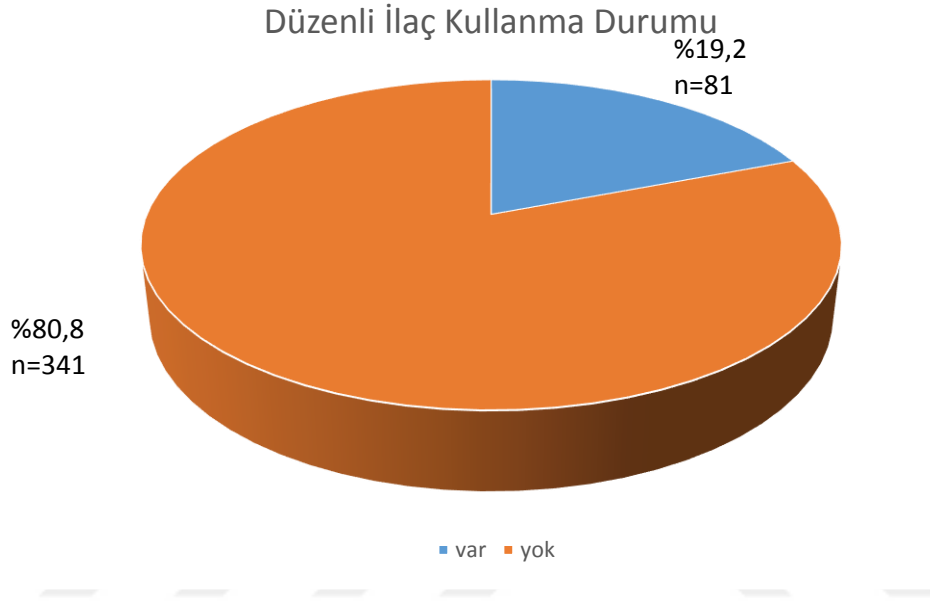
Tablo 6. Katılımcıların hastalık isimlerine göre dağılımı

Hastalık isimleri	Sayı (n)	Oran (n)
Hipotiroidi	16	11,2
Astım	16	11,2
Anemi	12	8,4
Depresyon	3	2,1
Varis	3	2,1
Aritmi	4	2,7
Polikistik over sendromu	2	1,3
Peptik ülser	2	1,3
Talassemi minör	1	0,7
Ansiyete bozukluğu	1	0,7
Guatr	4	2,7
Akut eklem romatizması	1	0,7
Tiroid ca	1	0,7
Hereditör fruktoz intoleransı	1	0,7
Hepatit b	1	0,7
Arnold cheri sendromu	1	0,7
Bronşit	1	0,7
İnflamatuvar Barsak Hastalığı	1	0,7
Fibromyalji	1	0,7
Migren	3	2,1
Miyop	2	1,3
Ankilozan spondilit	5	3,5
Püstüler psöriazis	1	0,7
Alopesi areata	1	0,7
Trigeminal nevralji	1	0,7
Over yetmezliği	1	0,7
Vertigo	1	0,7
Meme ca	1	0,7
Gastrit	6	4,2
Hashimoto	6	4,2
Diabet	9	6,3
FMF	2	1,3
Bel fıtığı	7	4,9
Hiperprolaktinemi	1	0,7
Endometriozis	1	0,7
Hipofiz yetmezliği	1	0,7
Hipertansiyon	13	9,1
Allerji	6	4,2

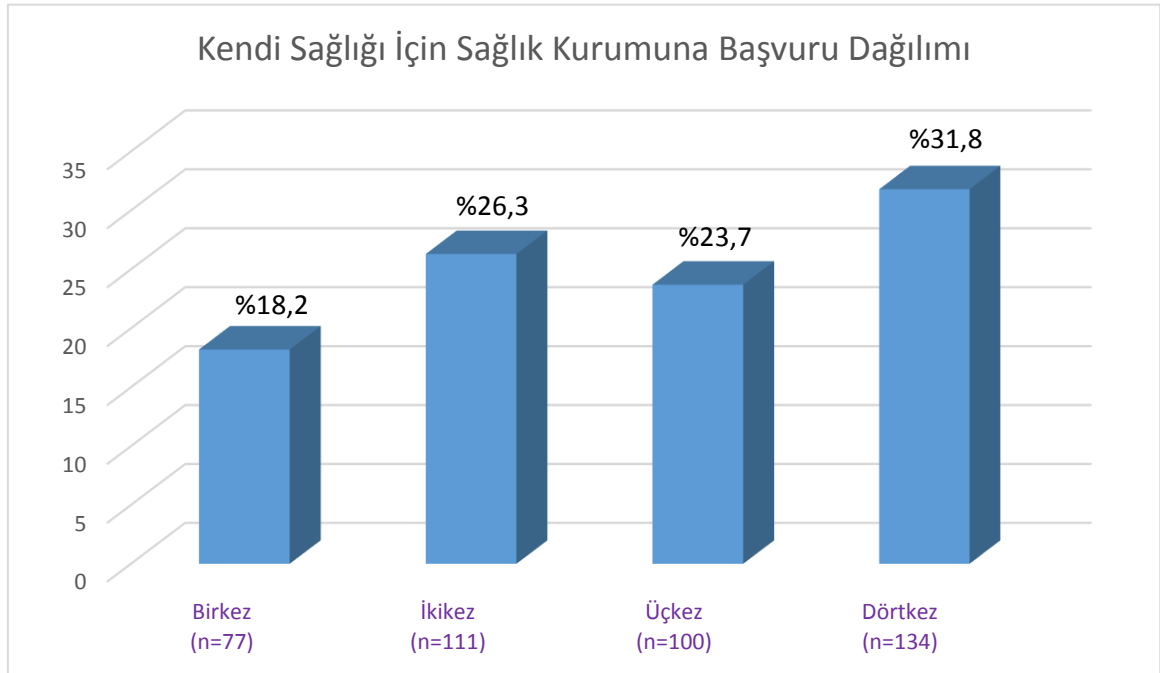
Epilepsi	1	0,7
İnsülin direnci	1	0,7
Total	143	100

n:kişi sayısı

Katılımcıların kullandıkları düzenli ilaç olup olmadığı sorgulandığında %80,2'sinin (n=341) olmadığı , %19,8'sinin (n=81) olduğu tespit edilmiştir(Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumuna göre dağılımı



Şekil 7. Katılımcıların kendi sağlık durumu için sağlık kurumuna başvurma durumlarının dağılımı

Katılımcıların kendi sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuruları %18'si (n=77) bir kez, %26,3'ü (n=111) iki kez, %23,7'si (n=100) üç kez ve %31,8'i (n=134) dört ve üzeri kez başvurduğu tespit edildi(Şekil7).

Katılımcıların yakınlarının sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvurusu %17,1'i (n=72) bir kez, %23,7'si (n=100) iki kez, %20,4'ü (n=86) üç kez ve %38,8'i (n=164) dört ve üzerinde başvurduğunu belirtmişti (Tablo7)

Tablo 7. Katılımcıların yakınlarının sağlığı için sağlık kurumuna başvuru dağılımı

Yakınlarınızın sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvurma sayısı	Sayı (n)	Oran (n)
Bir kez	72	17,1
İki kez	100	23,7
Üç kez	86	20,4
Dört kez ve üstü	164	38,8
Total	422	100,0

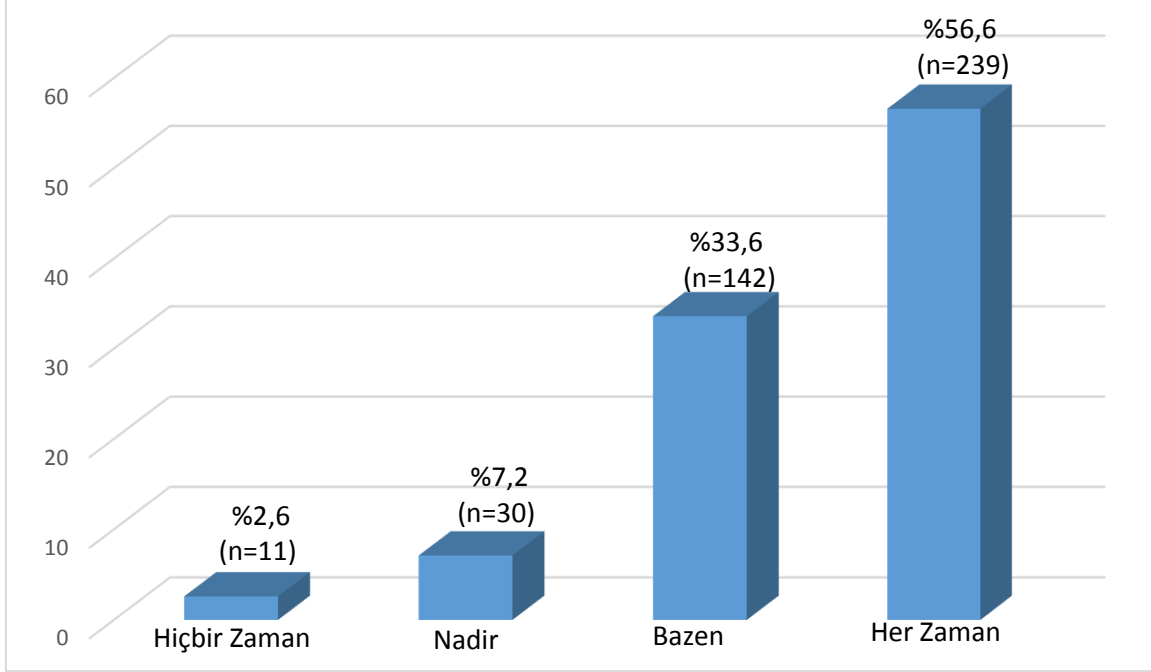
n:kişi sayısı

Periyodik sağlık muayenesi düzenli yapılma sorusuna katılımcıların %64,5'i (n=272) hayır cevabını verirken %35,5'i (n=150) evet yanıtını verdi (Şekil 8).

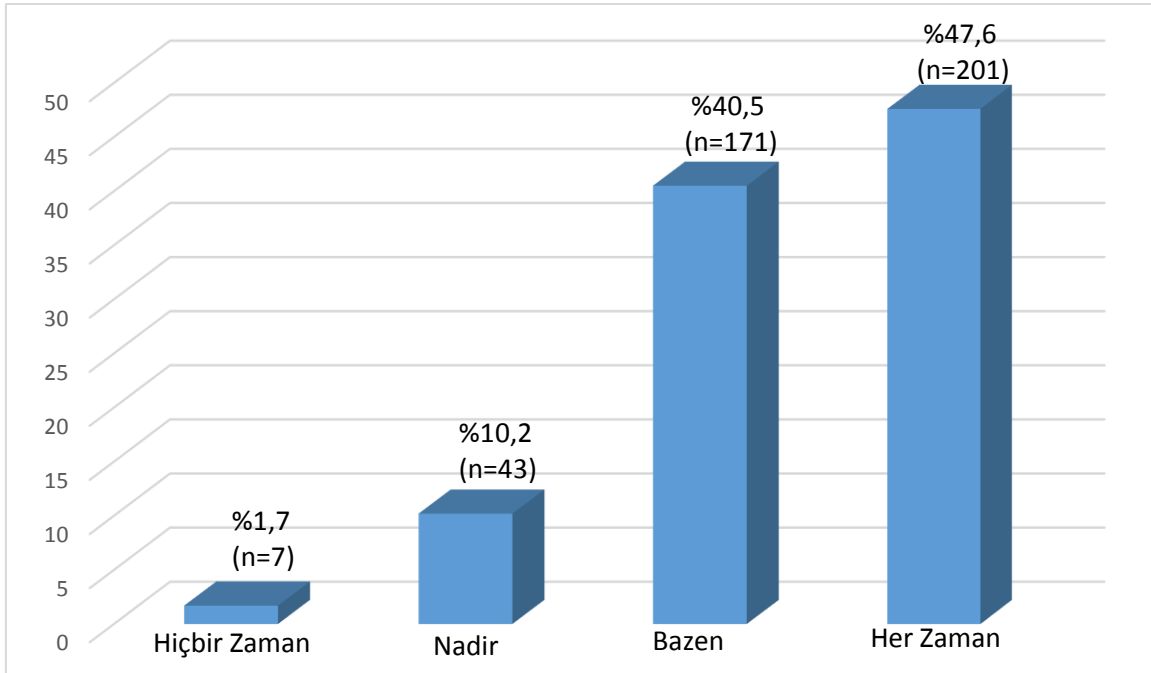


Şekil 8. Katılımcıların düzenli sağlık muayenesi dağılımı

Katılımcıların, doktorunuza durumunuz ile ilgili olarak rahat soru sorabilme sorusuna %2,6'sı (n=11) hiçbir zaman, %7,2'si (n=30) nadir, %33,6'sı (n=142) bazen ve %56,6'sı (n=239) her zaman cevabını verdiği görülmüştür (şekil 9).



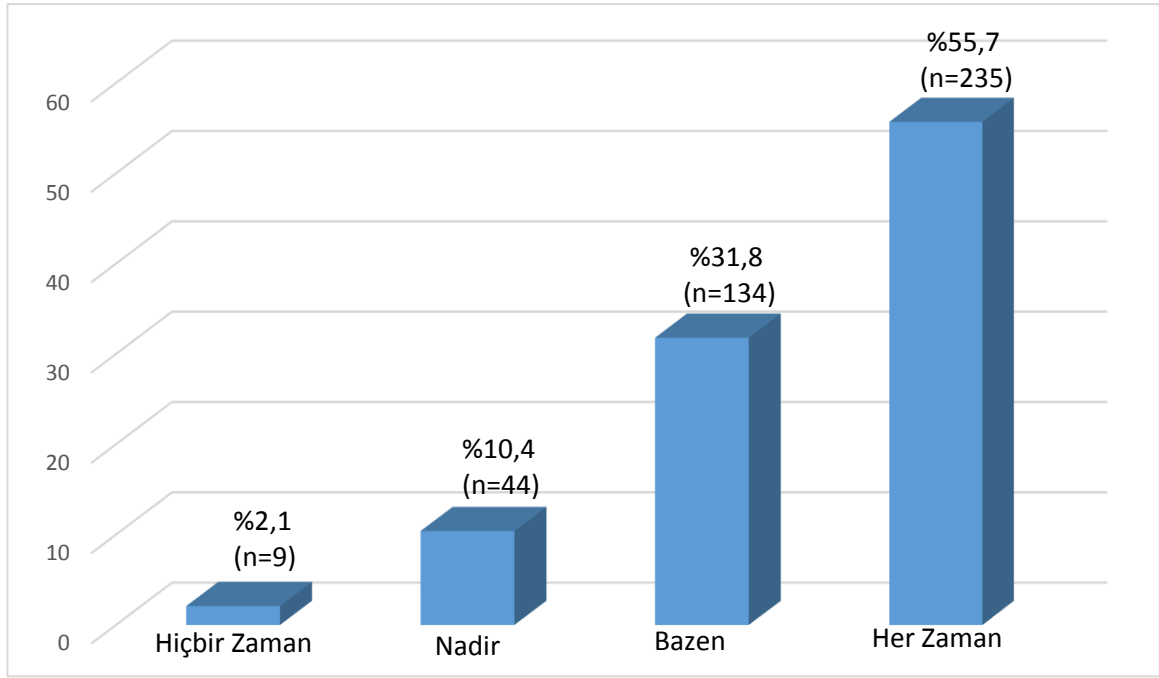
Şekil 9. Katılımcıların doktorunuza rahat soru sorma durumu dağılımı



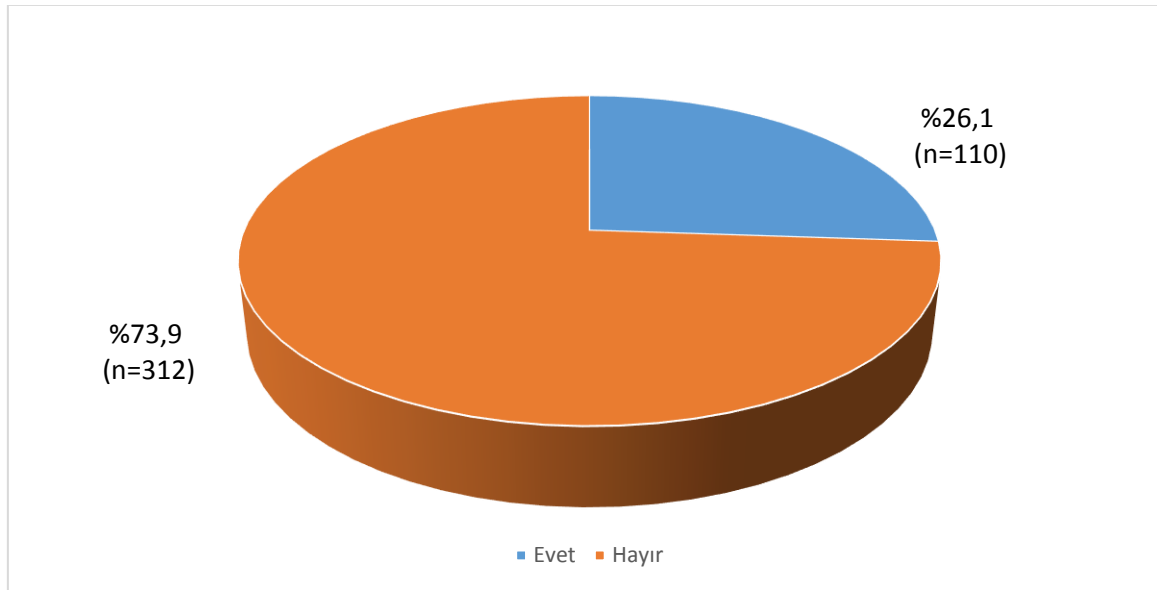
Şekil 10. Katılımcıların doktorunun sağlık/hastalığınız ile ilgili istediğiniz bilgi verme durumu

Katılımcıların; doktorunuza başvurduğunuzda, doktorunuz sağlık/hastalığınız ile ilgili istediğiniz bilgileri verme sorusuna %1,7'si (n=7) hiçbir zaman, %10,2'si (n=43) nadir, %40,5'i (n=171) bazen ve %47,6'sı (n=201) her zaman cevabını verdiği görülmüştür (Şekil 10).

Katılımcıların; sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb.) kolayca ulaşabilme sorusuna %2,1'i (n=9) hiçbir zaman, %10,4'ü (n=44) nadir, %31,8'i (n=134) ve %55,7'si (n=235) her zaman cevabını verdiği görülmüştür (Şekil 11).



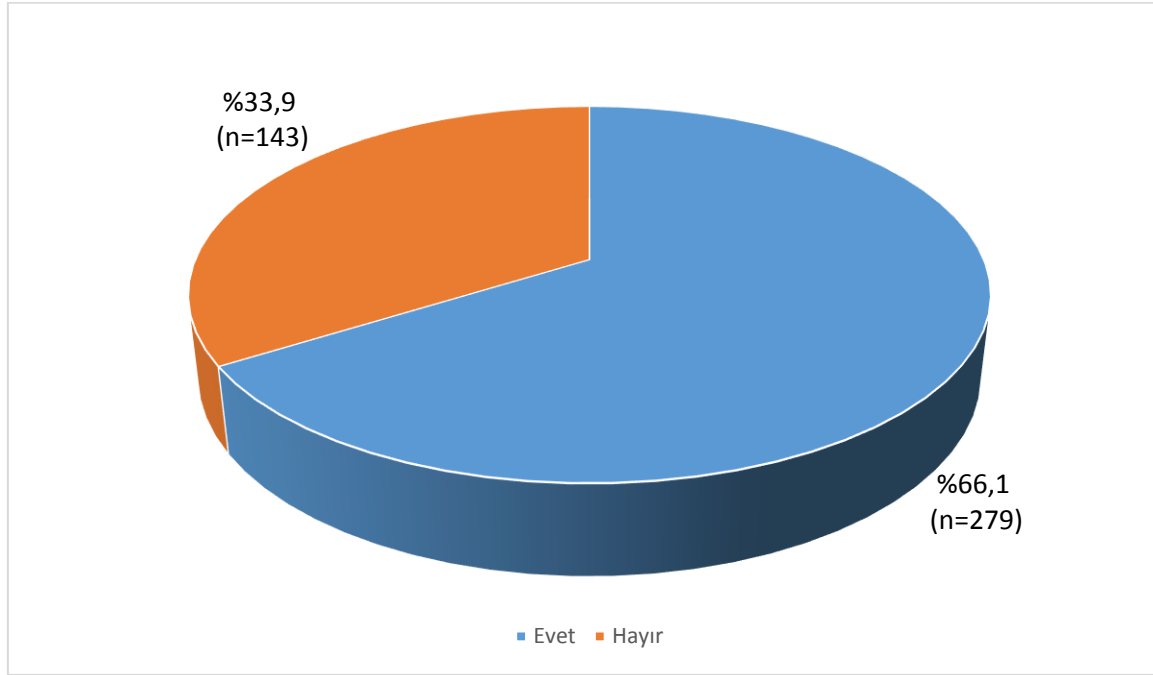
Şekil 11. Katılımcıların sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmesinin dağılımı



Şekil 12. Katılımcıların hekiminin yazdığı ilacı internetten sonra bırakma dağılımı

Katılımcıların doktoru tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bırakma sorusuna %26,1'i (n=110) evet ve %73,9'u (n=312) hayır cevabını verdiği görülmüştür (Şekil 12).

Katılımcıların hekime başvurusunda ve/veya hastane seçiminde interneti kullanma sorusuna %33,9'u (n=143) hayır, %66,1'i (n=279) evet yanıtını verdiği görülmüştür (Şekil 13).



Şekil 13. Katılımcıların hekime başvurusunda interneti kullanma dağılımı

Katılımcıların sosyal medya haricinde günlük ortalama kaç saat internet kullanma sorusuna verdikleri yanıtlardan minimum 0 maksimum 10, ortalama 2.14 ± 1.837 saat internet kullandıkları görülmüştür. En sık internet kullanma saati olarak (mod) 1 saat olarak bulunmuştur. En çok günlük internet kullanımı olarak 10 saat olarak tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Sosyal medya hariç internet kullanımı

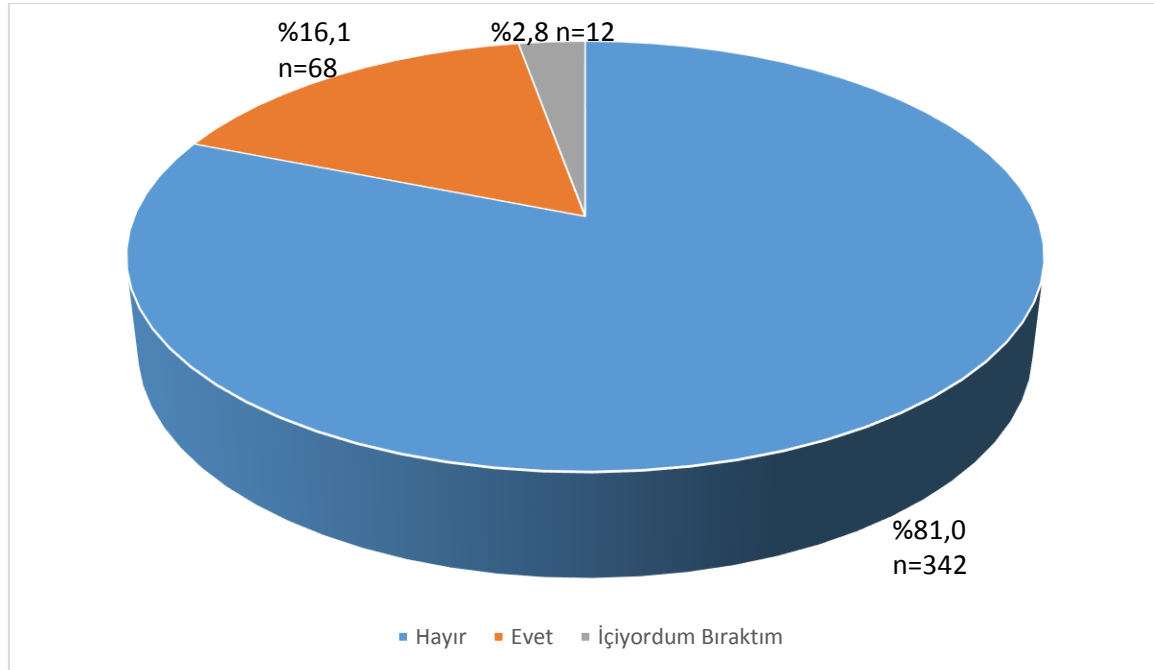
Sosyal medya haricinde günlük ortalama kaç saat internet kullanıyorsunuz?	Sayı (n)	Oran (%)
Kullanmıyorum	13	3,1
1 saat	197	46,6
2 saat	105	24,9
3 saat	40	9,5
4 saat	25	5,9
5 saat	20	4,8
6 saat	8	1,9
8 saat	6	1,4
10 saat	8	1,9
Total	422	100

Katılımcıların; günlük ortalama kaç saat sosyal medya (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) kullanma sorusuna verdiği cevaplara bakıldığında 132 kişi ile en çok 1 saat (%31,3) sosyal medya kullandığı ve 6 kişinin (%1,4) hiç sosyal medya kullanmadığı tespit edilmiştir. Ortalama sosyal medya kullanma $2,69 \pm 2,027$ saat ve en fazla kullanma ise 12 saat olarak tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Sosyal medya kullanım saati dağılımı

Günlük ortalama kaç saat sosyal medya (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) kullanıyorsunuz	Sayı (n)	Oran (%)
Kullanmıyorum	6	1,4
1 saat	132	31,3
2 saat	112	26,5
3 saat	64	15,2
4 saat	52	12,3
5 saat	21	5,0
6 saat	14	3,3
7 saat	2	0,5
8 saat	9	2,1
10 saat	8	1,9
12 saat	2	0,5
Total	422	100

n:kişi



Şekil 14. Katılımcıların sigara kullanma dağılımı

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına bakıldığında %81,0'ının (n=342) kullanmadığı, %16,2 'inin (n=68) kullandığı ve %2,8'inin (n=12) içiyorken bıraktığı tespit edilmiştir (Şekil 14).

Sigara içen katılımcıların günlük paket miktarına bakıldığında %88,2'sinin (n=60) günde 1 paket ve %11,8'inin (n=8) günde 2 paket olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Sigara içen katılımcıların günlük paket miktarı dağılımı

Sigara içen katılımcıların günlük paket miktarı	Sayı (n)	Oran (%)	Total Oranı (%)
Günlük 1 paket	60	14,4	88,2
Günlük 2 paket	8	1,8	11,8
Total	68	16,2	100

n:kişi

Sigara içen katılımcıların kaç yıldır içtiğine bakıldığında minimum 1 yıl ve maksimum 35 yıldır içtiği tespit edilmiştir. En sık içilme yılı olarak 2 ve 4 yıl (n=10) olarak tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Sigara içen katılımcıların içme yılı dağılımı

Sigara içen katılımcıların kaç yıldır içtiği	Sayı (n)	Oran (%)	Total Oranı (%)
1 yıldır	7	1,7	10,2
2 yıldır	10	2,4	14,7
3 yıldır	8	1,9	11,7
4 yıldır	10	2,4	14,7
5 yıldır	6	1,4	8,8
6 yıldır	2	0,5	2,9
7 yıldır	2	0,5	2,9
8 yıldır	2	0,5	2,9
10 yıldır	7	1,7	10,3
12 yıldır	1	0,2	1,5
15 yıldır	3	0,7	4,4
16 yıldır	1	0,2	1,5
20 yıldır	5	1,2	7,4
25 yıldır	1	0,2	1,5
27 yıldır	2	0,5	2,9
35 yıldır	1	0,2	1,5
Total	68	16,2	100

n:kişi sayısı

Sigara içmeyi bırakanların günlük paket miktarına bakıldığında %83,3'ünün (n=10) günde 1 paket içip bıraktığı ve %16,7'sinin (n=2) günde 2 paket içip bıraktığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Sigara içmeyi bırakanların günlük paket miktarı dağılımı

Sigara içmeyi bırakanların günlük paket miktarı	Sayı (n)	Oran (%)	Total Oranı (%)
1 paket	10	2,3	83,3
2 paket	2	0,5	16,7
Total	11	2,8	100

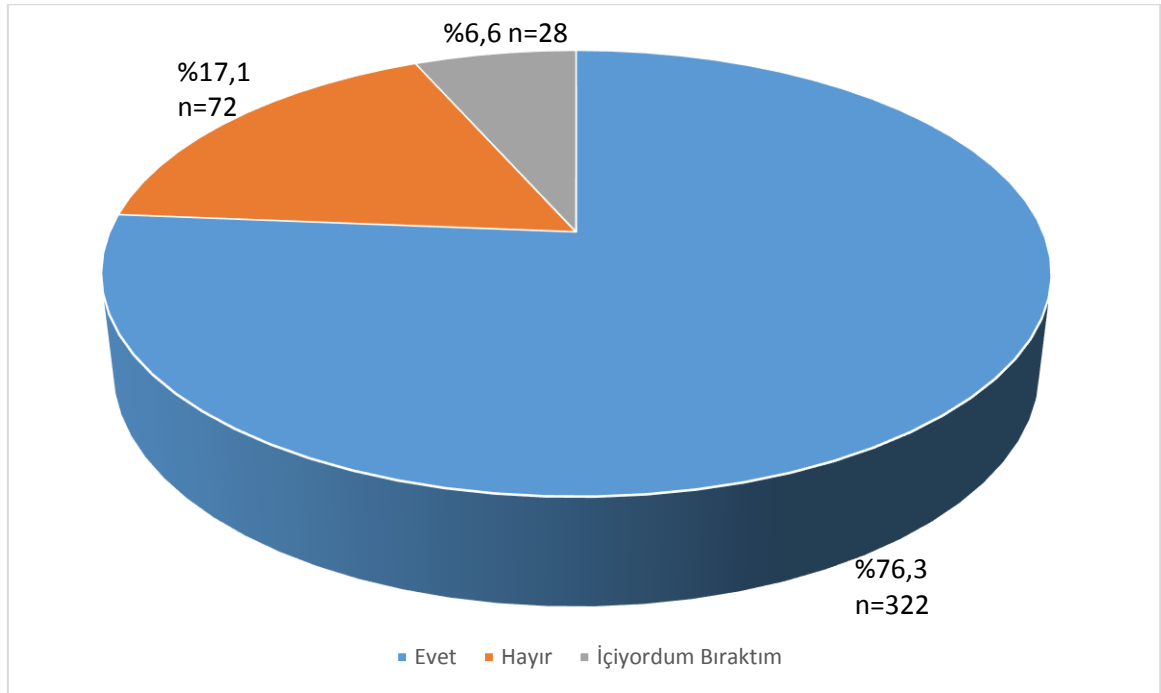
n:kişi sayısı

Sigara içmeyi bırakanların içme yılı miktarına bakıldığında minimum 1 yıl ve maksimum 16 yıl olarak tespit edilmiştir. En fazla içme yılı olarak 5 yıl tespit edilmiştir (Tablo13).

Tablo 13. Sigara içmeyi bırakanların içme yılı miktarı dağılımı

Sigara içmeyi bırakanların içme yılı miktarı	Sayı (n)	Oran (%)	Total Oranı (%)
1 yıl	1	0,2	8,3
3 yıl	2	0,5	16,7
5 yıl	3	0,8	25,0
6 yıl	1	0,2	8,3
8 yıl	1	0,2	8,3
9 yıl	1	0,2	8,3
10 yıl	1	0,2	8,3
12 yıl	1	0,2	8,3
16 yıl	1	0,2	8,3
Total	12	2,8	100

n:kişi sayısı



Şekil 15. Katılımcıların alkol kullanma dağılımı

Katılımcıların alkol kullanma durumuna bakıldığında %76,3'ünün (n=322) kullanmadığı, %17,1'inin (n=72) kullandığı ve %6,6'sının (n=2) içiyorken bıraktığı tespit edilmiştir. Katılımcıların alkol kullanma durumu dağılımı şekil 15'te gösterilmiştir.

Katılımcıların alkol tüketim miktarlarına bakıldığında, alkol tüketen 72 kişinin %62,5'inin (n=45) günde 1 kadeh, %5,5'inin (n=4) günde 2 kadeh, %4,3'ünün (n=3) haftada 2-3 kadeh içtiği ve %27,7'sinin (n=20) sosyal içici olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Alkol tüketim miktarı dağılımı

Tüketim miktarı	Sayı (n)	Oran (%)	Total Oranı (%)
Günde 1 kadeh	45	11	62,5
Günde 2 kadeh	4	0,9	5,5
Haftada 2-3 kadeh	3	0,7	4,3
Sosyal içici	20	4,5	27,7
Total	72	17,1	100

n:kişi

Katılımcılardan alkol kullanırken bırakan 28 kişinin %10,7'si (n=3) haftada 1-2 kez, %32,1'inin (n=9) haftada 2-3 kez, %28,5'inin (n=8) ayda 1-2 kez, %17,8'inin (n=5) ayda 2-3 kez ve %10,7'sinin (n=3) yılda 1-2 kez alkol içtiği tespit edilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Alkol bırakanların alkol kullanma miktarı dağılımı

İçme miktarı	Sayı (n)	Oran (%)	Total Oranı (%)
Haftada 1-2 kez	3	0,7	10,7
Haftada 2-3 kez	9	2,1	32,1
Ayda 1-2 kez	8	5,6	28,5
Ayda 2-3 kez	5	3,5	17,8
Yılda 1-2 kez	3	0,7	10,7
Total	28	6,6	100

n:kişi

Katılımcıların siberkondri ciddiye ölçeği puanları hesaplandığında; ölçekten alınan maksimum puan 143, minimum puan 33 olarak hesaplandı. Ortalama puan 89,42 standart sapması $\pm 21,688$ ve mod 88 olarak hesaplandı. Katılımcılardan 221 (%52,4) kişinin siberkondri ciddiye puanı yüksek, 201 (%47,6) kişinin siberkondri ciddiye puanı düşük olarak hesaplandı (Tablo 16).

Tablo 16. Siberkondri ciddiye puanı

Siberkondri ciddiye puanı	Sayı (n)	Oran (%)
Yüksek	221	52,4
Düşük	201	47,6

n:kişi sayısı

Katılımcıların psikolojik iyi oluş ölçeği puanları hesaplandığında; ölçekten alınan maksimum puan 448, minimum puan 204 olarak hesaplandı. Ortalama puan 324,26 standart sapması $\pm 35,944$ ve mod 326 olarak hesaplandı. Katılımcılardan 225 (%53,3) kişinin psikolojik iyi oluş puanı yüksek, 197 (%46,7) kişinin psikolojik iyi oluş puanı düşük olarak hesaplandı (Tablo 17).

Tablo 17. Psikolojik iyi oluş puanı

Psikolojik iyi oluş puanı	Sayı (n)	Oran (%)
Yüksek	225	53,3
Düşük	197	46,7

n:kişi sayısı

Katılımcıların sürekli kaygı ölçeği puanları hesaplandığında; ölçekten alınan maksimum puan 131, minimum puan 30 olarak hesaplandı. Ortalama puan 44,34 standart sapması $\pm 8,791$ ve mod 48 olarak hesaplandı. Katılımcılardan 200 (%47,4) kişinin sürekli kaygı puanı yüksek, 222 (%52,6) kişinin sürekli kaygı puanı düşük olarak hesaplandı (Tablo 18).

Tablo 18. Sürekli Kaygı Puanı

Sürekli kaygı puanı	Sayı (n)	Oran (%)
Yüksek	200	47,4
Düşük	222	52,6

n:kişi sayısı

Tablo 19: Katılımcıların sigara kullanması ile siberkondri düzeyinin karşılaştırılması

Sigara kullanma durumu	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Hayır	182	43,1	160	37,9	342	17,1	P=0,768 Pearson $\chi^2=527$
Evet	33	7,8	35	8,3	68	16,1	
İçiyordum Bıraktım	6	1,4	6	1,4	12	2,8	
Total	221	52,4	201	47,6	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.(P=0,768 Pearson $\chi^2=527$) (Tablo 19).

Katılımcıların medeni durumları ile siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı ilişki bulunamamıştır (P=0,821; Pearson $\chi^2=534$).

Katılımcıların çalışma durumları ile siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak değerlendirildiğinde olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P=0,886$; Pearson $\chi^2=422$).

Katılımcıların meslekleri ile siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak değerlendirildiğinde olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P=0,110$; Pearson $\chi^2=1,407$).

Tablo 20. Katılımcıların yılda ortalama başvuru sayısı ile siberkondri düzeylerinin karşılaştırılması

Yılda ortalama başvuru	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Birkez	48	11,4	24	5,7	72	17,1	P=0,003 Pearson $\chi^2=13,949$
İkikez	53	12,6	47	11,1	100	23,7	
Üçkez	32	7,6	54	12,8	86	20,4	
Dört ve üzeri	88	20,9	76	18,0	164	38,9	
Total	221	52,4	201	47,6	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Yakınlarınızın sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvurma sayısı ile siberkondri düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulgular bulundu. (Pearson $\chi^2=13,949$; $P=0,003$) Yakınlarınızın sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı, siberkondri düzeyi düşük olanlarda düşük iken, siberkondri düzeyi yüksek olanlarda başvurma sayısı daha yüksek bulundu (Tablo 20).

Katılımcıların sosyal güvenceleri ile siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak değerlendirildiğinde olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P=0,247$; Pearson $\chi^2=5,144$).

Katılımcıların eğitim düzeyi ile siberkondri düzeyi ile istatistiksel olarak değerlendirildiğinde olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($P=0,589$; Pearson $\chi^2=2,815$)

Katılımcıların sağlık durumları ile siberkondri düzeyi ile istatistiksel olarak değerlendirildiğinde olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($P=0,596$; Pearson $\chi^2=2,777$)

Katılımcıların kendilerine ait gelir kaynağı ile siberkondri düzeyi ile istatistiksel olarak değerlendirildiğinde olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($P=0,806$; Pearson $\chi^2=61$)

Tablo 21. Katılımcıların durumluluk kaygı düzeyleri ile siberkondri düzeyleri karşılaştırılması

Durumluluk kaygı	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Düşük	117	27,7	63	14,9	180	42,7	P=<0,001 Pearson $\chi^2=20,074$
Yüksek	104	24,6	138	32,7	242	57,3	
Total	221	52,4	201	47,6	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Katılımcıların durumluluk kaygı düzeyi ile siberkondri düzeyleri değerlendirildiğinde aralarında anlamlı ilişki bulundu.($P=<0,001$;Pearson $\chi^2=20,074$) Durumluluk kaygı düzeyleri düşük olanlarda siberkondri düzeyleri düşük iken, durumluluk kaygı düzeyi yüksek olanlarda siberkondri düzeyi yüksek bulundu. İstatistiksel veriler Tablo 21’de gösterilmiştir.

Katılımcıların medeni durumları ile sürekli kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde aralarında anlamlı ilişki bulundu.($P=<0,001$;Pearson $\chi^2=21,793$) Katılımcılardan medeni durumu evli, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayanların sürekli kaygı düzeyleri yüksek iken; bekar ve dul olanların sürekli kaygı düzeyleri düşük bulunmuştur.

Katılımcıların kendi sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama kaç kez başvurusu ile siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunamamıştır.($P=0,409$; $\chi^2=2,892$)

Katılımcıların periyodik sağlık muayeneleri ile siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunamamıştır.($P=0,182$; $\chi^2=1,781$)

Katılımcıların hekimine durumu ile ilgili rahat soru sorabilmesi ile siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($P=0,789$; $\chi^2=1,053$)

Katılımcıların çalışma durumu ile sürekli kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde aralarında anlamlı ilişki bulundu.($P=0,004$;Pearson $\chi^2=8,278$) katılımcılardan çalışanların kaygı düzeyleri çalışmayanlara göre daha yüksek bulundu. Çalışmayanların kaygı düzeyleri de çalışanlara göre daha düşük bulundu.

Katılımcıların gelir kaynağı ile sürekli kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde aralarında anlamlı ilişki bulundu.($P=0,029$;Pearson $\chi^2=4,793$) Katılımcılardan kendine ait gelir kaynağı olanların sürekli kaygı düzeyi yüksek, olmayanların sürekli kaygı düzeyi düşük bulunmuştur.

Tablo 22.Katılımcıların hekimin bilgi vermesi ile siberkondri düzeyinin karşılaştırılması

Hekiminiz bilgi vermesi	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Hiçbir Zaman	2	0,5	5	1,2	7	1,7	P=0,026 Pearson $\chi^2=9,228$
Nadir	21	5,0	22	5,2	43	10,2	
Bazen	104	24,6	67	15,9	171	40,5	
Herzaman	94	22,3	107	25,4	201	47,6	
Total	221	52,4	201	47,6	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Katılımcıların, hekimine başvurduğunda, hekiminin sağlık/hastalığı ile ilgili istediği bilgileri vermesi ile siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. (P=0,026;Pearson $\chi^2=9,228$) Hekiminin istediği bilgiyi vermesi arttıkça siberkondri düzeyi de artmaktadır (Tablo 22).

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesinde aralarında anlamlı ilişki bulundu.(P=0,005;Pearson $\chi^2=14,987$) Katılımcılardan eğitim düzeyi okuryazar ve lise olanların sürekli kaygı düzeyleri düşük iken ilkokul, ortaokul ve üniversite ve üzeri olanlarda sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur

Katılımcıların, sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb...) kolayca ulaşabilmesi ile siberkondri ciddiyet düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,384; Pearson $\chi^2=3,051$)

Katılımcıların, hekimi tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bırakma durumu ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. (P=0,033;Pearson $\chi^2=4,549$) Hekimi tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğu bilgiler nedeniyle bırakanlarda siberkondri düzeyi yüksek iken, bırakmayanlarda siberkondri düzeyi düşük bulunmuştur.

Katılımcıların, hekime başvurularında ve/veya hastane seçiminde interneti kullanması ile siberkondri ciddiyet düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,208; Pearson $\chi^2=1,584$)

Tablo 23. Katılımcıların alkol kullanımı ile siberkondri düzeylerinin karşılaştırılması

Alkol kullanma durumu	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Hayır	180	42,7	142	33,6	322	76,3	P=0,027 Pearson $\chi^2=7251$
Evet	28	6,6	44	10,4	72	17,0	
İçiyordum Bıraktım	13	3,1	15	3,6	28	6,7	
Total	221	52,4	201	47,6	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulgular elde edildi (Tablo 23). Alkol kullanmayanlarda siberkondri düzeyi, kullananlara göre daha düşük bulundu.

Tablo 24. Katılımcıların sürekli kaygı ile siberkondri düzeylerinin karşılaştırılması

Sürekli kaygı	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Düşük	133	31,5	89	21,1	222	52,6	P=0,001 Pearson $\chi^2=10,677$
Yüksek	88	20,9	112	26,5	200	47,4	
Total	221	52,4	201	47,6	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ile siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (P=0,001 ; Pearson $\chi^2=10,677$). Sürekli kaygı düzeyi düştükçe siberkondri düzeyi düşerken, sürekli kaygı düzeyi arttıkça siberkondri düzeyi de arttığı saptanmıştır (Tablo 24).

Katılımcıların sağlık durumu ile sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. (P=0,048; Pearson $\chi^2=9,565$). Sağlık durumu mükemmel olanlarda sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmuşken; iyi, orta ve kötü olanların sürekli kaygı düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumu ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,165 ; Pearson $\chi^2=1,930$)

Katılımcıların hastalıkları ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,892; Pearson $\chi^2=18$)

Katılımcıların kullandığı ilaçlar ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,400 ; Pearson $\chi^2=637$)

Katılımcıların, kendi sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvurusu ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,214 ; Pearson $\chi^2=1,247$)

Katılımcıların, doktorunuza başvurunuzda doktorunuz sağlık/hastalığınız ile ilgili istediğiniz bilgileri vermesi ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,426 ; Pearson $\chi^2=589$)

Katılımcıların, sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb.) kolayca ulaşabilme durumu ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,138 ; Pearson $\chi^2=710$)

Katılımcıların, doktoru tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bırakma durumu ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,734 ; Pearson $\chi^2=116$)

Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi ile sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmıştır. Periyodik sağlık muayenesi yapılmayanlarda sürekli kaygı düzeyi düşük iken periyodik sağlık muayenesi yapılanlarda sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur. (P=<0,001; Pearson $\chi^2=13,307$)

Katılımcıların, doktoruna durumu ile ilgili olarak rahat soru sorabilme ile sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. (P=0,004; $\chi^2=16,518$).

Katılımcıların, hekime başvuruda ve/veya hastane seçiminde interneti kullanma durumu ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,282 ; Pearson $\chi^2=1,159$)

Katılımcıların, sigara kullanma durumu ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,936 ; Pearson $\chi^2=131$)

Katılımcıların, alkol kullanma durumu ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır; alkol kullanmayanlarda sürekli kaygı düzeyi düşük iken alkol kullananlarda sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. (P=0,045 ; Pearson $\chi^2=6,220$)

Katılımcıların sosyal güvencesi ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,617 Pearson $\chi^2=2,656$)

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,632 Pearson $\chi^2=2,570$)

Katılımcıların sağlık durumu değerlendirmesi ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,732 Pearson $\chi^2=2,021$)

Katılımcıların kendi sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,180 Pearson $\chi^2=4,892$)

Katılımcıların yakınlarının sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. (p=0,034; Pearson $\chi^2=8,643$) Yakınlarının sağlığı için başvuru sayısı üç ve dört kez olanlarda psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksekken, bir kez ve iki kez olanlarda psikolojik iyi oluş düzeyleri düşük çıkmıştır.

Katılımcıların doktoruna durumu ile ilgili olarak rahat soru sorabilme durumu ile psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,153 Pearson $\chi^2=5,273$)

Katılımcıların, periyodik sağlık muayenesinin düzenli yapılması ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.(P=0,034; Pearson $\chi^2=8,643$). Periyodik sağlık muayenesi düzenli yapılmayanların psikolojik iyi oluş düzeyleri düşük iken, düzenli yapılanların psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo 46).

Katılımcıların, doktorunuza başvurduğunuzda, doktorunuz sağlık/hastalığınız ile ilgili istediğiniz bilgileri veriyor mu sorusu ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. (P=0,784; Pearson $\chi^2=1,071$)

Katılımcıların, sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb...) kolayca ulaşabiliyor musunuz sorusu ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. (P=0,003; Pearson $\chi^2=14,141$) Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşım arttıkça psikolojik iyi oluş düzeyleri artmakta, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşım azaldıkça psikolojik iyi oluş düzeyleri azalmakta olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların doktoru tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bırakma ile psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($P=0,601$ Pearson $\chi^2=273$)

Tablo 25. Katılımcıların siberkondri ile psikolojik iyi oluş düzeylerinin karşılaştırılması

Siberkondri düzeyi	Psikolojik iyi oluş düşük		Psikolojik iyi oluş yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Düşük	125	29,6	96	22,7	221	52,4	P=<0,001 Pearson $\chi^2=18,192$
Yüksek	72	17,1	129	30,6	201	47,6	
Toplam	197	46,7	225	53,3	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Katılımcıların, siberkondri düzeyleri ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($P=<0,001$; Pearson $\chi^2=18,192$) Psikolojik iyi oluş düzeyi arttıkça siberkondri düzeyi artarken, psikolojik iyi oluş düzeyi azaldıkça siberkondri düzeyi azalmaktadır (Tablo 25).

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($P=0,621$ Pearson $\chi^2=954$)

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($P=0,432$ Pearson $\chi^2=1,678$)

Katılımcıların, sürekli kaygı düzeyleri ile psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($p=<0,001$; Pearson $\chi^2=11,515$) sürekli kaygı düzeyi arttıkça psikolojik iyi oluş düzeyi artarken, sürekli kaygı düzeyi azaldıkça psikolojik iyi oluş düzeyi azalmaktadır.

Katılımcıların, hane gelir durumu ile siberkondri düzeyleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanamamıştır. ($P=0,780$;Pearson $\chi^2=479$)

Katılımcıların, hane gelir durumu ile psikolojik iyi oluş düzeyleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanamamıştır. ($P=0,180$;Pearson $\chi^2=1,796$)

Katılımcıların, durumluluk kaygı düzeyleri ile psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($P=<0,001$; Pearson $\chi^2=6,549$) Durumluluk kaygı düzeyi arttıkça psikolojik iyi oluş düzeyi artarken, durumluluk kaygı düzeyi azaldıkça psikolojik iyi oluş düzeyi azalmaktadır.

Katılımcıların, hane gelir durumu ile durumluluk kaygı düzeyleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanamamıştır.($P=0,231$;Pearson $\chi^2=2,930$)

Katılımcıların, hane gelir durumu ile sürekli kaygı düzeyleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanamamıştır.($P=0,406$;Pearson $\chi^2=1,802$)

Katılımcıların yaşları ile sürekli kaygı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($P=0,230$;Pearson $\chi^2=2,112$)

Katılımcıların yaşları ile psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($P=0,566$;Pearson $\chi^2=899$)

Katılımcıların yaşları ile siberkondri ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($P=0,932$;Pearson $\chi^2=199$)

Katılımcıların günlük ortalama sosyal medya kullanım (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) saati ile psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($P=0,685$;Pearson $\chi^2=799$)

Katılımcıların günlük ortalama sosyal medya kullanım (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) saati ile sürekli kaygı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($P=0,145$;Pearson $\chi^2=1,799$)

Katılımcıların sosyal medya hariç internet kullanım saati ile sürekli kaygı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($P=0,092$;Pearson $\chi^2=1,799$)

Katılımcıların sosyal medya hariç internet kullanım saati ile psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($P=0,074$;Pearson $\chi^2=2,149$)

Katılımcıların sosyal medya hariç internet kullanım saati ile siberkondri düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır.($P<0,001$;Pearson $\chi^2=38,949$) (Tablo 26). Sosyal medya hariç internet kullanım saati arttıkça siberkondri düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.

Tablo 26. Sosyal medya hariç internet kullanım saati ile siberkondri düzeylerinin karşılaştırılması

Sosyal Medya Hariç İnternet Kullanım Saati	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Bir saat	138	62,5	72	35,9	210	49,8	P<0,001 Pearson $\chi^2=38,949$
İki saat	47	21,3	58	28,9	105	24,9	
Üç saat	8	3,6	32	16,0	40	9,5	
Dört saat	12	5,5	13	6,4	25	6,0	
Beş saat	6	2,7	14	6,9	20	4,6	
Altı saat ve üstü	10	4,5	12	5,9	22	5,2	
Total	221	100	201	100	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Tablo 27. Sosyal medya kullanım saati ile siberkondri düzeylerinin karşılaştırılması

Sosyal Medya Kullanım Saati	Siberkondri düşük		Siberkondri yüksek		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Bir saat	107	48,4	50	24,8	157	37,2	P<0,001 Pearson $\chi^2=33,724$
İki saat	43	19,5	50	24,8	93	22,1	
Üç saat	35	15,9	29	14,5	64	15,2	
Dört saat	15	6,7	37	18,5	52	12,3	
Beş saat	8	3,6	13	6,4	21	4,9	
Altı saat ve üstü	13	5,9	22	11,0	35	8,3	
Total	221	100	201	100	422	100	

*Ki-kare istatistiksel analiz

Katılımcıların sosyal medya kullanım (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) saati ile siberkondri ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır. (P<0,001; Pearson $\chi^2=33,724$) (Tablo 27). Sosyal medya kullanım saati arttıkça siberkondri düzeylerinin de arttığı saptandı.

TARTIŞMA

Siberkondriyle ilgili yapılan çalışmalar son yıllarda artmış olsa da yine de yetersiz kalmaktadır. Kadınların siberkondri durumlarının ve nedenlerinin araştırıldığı çalışmalar; kadınların yaşadıkları sorunları erken dönemde belirleyerek erken dönemde müdahale yapılmasını sağlayacaktır. Kesitsel tanımlayıcı desendeki çalışmamız ile Edirne il merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda siberkondrinin, sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Edirne il merkezindeki 47 Aile Hekimliği biriminin şehir merkezindeki nüfus ve coğrafi alanları ve kümeleri oluşturuldu, her kümeden nüfuslara göre ağırlıklı sayılarda katılımcı örnekleme dâhil edilerek tüm evreni doğru bir şekilde yansıtmak amaçlandı. Daha sonra her kümeden seçim kriterlerine uygun belirlenen sayıda kadın rastlantısal olarak seçildi ve toplam 422 gönüllü kadınla görüşüldü. Hedeflenen analizler için güvenilir toplum temelli verilere ulaşılabilmesi sağlandı.

Kadınların siberkondri, kaygı ve psikolojik durumlarını etkileyen sosyokültürel faktörlerin tanımlanması ve düzeltilmesi belli bazı hastalıklarından primer koruma olanağını da oluşturacaktır. Çalışmamızın bu yönde uygun girişimler için fikir sağlayacağı kanaatindeyiz. İleriki yıllarda diğer araştırmacıların düzenleyeceği yeni araştırmalarla konuya süreklilik sağlanabileceği gibi bu konudaki zaman içindeki değişikliklerin de izlenmesi mümkün olacaktır.

Marmara bölgesine bağlı Trakya'nın önemli kentlerinden biri olan Edirne'nin sosyokültürel özellikleri açısından Türkiye'nin diğer bölgelerinden ayrılabilceği düşünülerek, bulgularımızı tüm Türkiye için genellemeden önce dikkatli davranılmalıdır. Trakya bölgesinde kadınların siberkondri durumunu inceleyen daha önce yapılmış bir çalışmaya ulaşamamıştır. Edirne il merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda siberkondrinin, sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

Psikolojik hizmetlerin temel amacı, sadece psikolojik sorun yaşayanlara, yardım etmek değildir. Hâlihazırda sorun yaşamayan insanların yaşamlarını daha iyi bir düzeye getirmek de, psikolojik yardım sunan mesleklerin misyonları arasında yerini almıştır. İnsanın güçlü ve olumlu yönlerinin keşfedilmesi, çok sayıda insanın yaşamını zenginleştirmeye ve yaşam doyumunu artırmaya katkı sağlamaktadır(110).

Çalışmaya katılan 422 kişinin yaş ortalaması $33,72 \pm 10,057$ (minimum 15, maksimum 49) ayrıca ortanca değer 35 olarak hesaplandı. Genç yetişkin ve orta yaş grubunun olması genel internet kullanımı yönünden bu grup için beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %57,3'ü (n=242) evli, %39,8'i (n=168) bekâr, %1,9'u (n=8) boşanmış, %0,7'si (n=3) eşinden ayrı yaşıyor ve %0,2'si (n=1) dul olarak tespit edildi. Utku Uzun ve ark.(111)'nin üniversite son sınıf öğrencilerinde siberkondri düzeyini belirlemek için yapmış oldukları çalışmada %98,6'sı bekâr olarak tespit edilmiş. Örneklemimizdeki boşanmışlık oranlarının düşük oluşu Türk kültüründe evliliğin bozulmasının nadir olduğunu gösterse de evli kadınların oranı Türkiye ortalamasından (%68,3) düşüktü(114,115). Örneklemimizdeki bekârlık oranı da Türkiye ortalamasından (27,5) yüksekti(114,115). Ancak bu oranlar, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'te evlenmiş kadın örnekleminin seçilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sonuçlar, Edirne'nin sosyokültürel açıdan Türkiye ortalamasından farklılaştığını düşündürmektedir. Katılımcıların medeni durum değişkeninin, sürekli kaygı durumunu anlamlı derecede yordadığı tespit edilmiştir. Katılımcılardan medeni durumu evli, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayanların sürekli kaygı düzeyleri yüksek iken; bekâr ve dul olanların sürekli kaygı düzeyleri düşük bulunmuştur. Uğrak U. ve ark.(116)'nin yapmış olduğu çalışmada dul, evli ve boşanmış katılımcıların bekâr katılımcılara göre sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumu ile siberkondri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların çalışma durumu sorgulandığında %52,4'ü (n=221) çalışmadığını, %47,6'sı (n=201) çalıştığı öğrenildi. TNSA 2013 verilerine göre Batı Marmara bölgesinde 15-

49 yaş grubu kadınların çalışma oranı %36,6 olarak bulunmuştur. Örneklemimizin TNSA 2013 verilerinden yüksek çıkması örneklemin sadece şehir merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlara yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Edirne’de aynı yaş grubuna Tülay ve ark.(112)’nin yapmış olduğu çalışmada kadınların çalışma oranı %47,9 olarak bulunmuştur. Örneklemimizdeki çalışan kadın oranıyla benzer olduğu görülmektedir. Katılımcıların meslekleri sorgulandığında 29 meslek grubuna dağıldığı görüldü. Katılımcıların en fazla işçi olduğu görüldü.

Katılımcıların sosyal güvencesi sorgulandığında 422 kişiden %6,2’sinin (n=26) sosyal güvencesi yok, %54,3’ünün (n=229) SSK, %8,5’inin (n=36) Bağkur, %30,5’inin (n=129) Emekli Sandığı, %0,5’inin (n=2) Yeşil kart oldukları belirtildi. Tülay ve ark.(112)’nin yapmış olduğu çalışmada %6,0’sının sosyal güvencesi yoktu. Sosyal güvencesi olanların çoğu ise SSK, emekli sandığı ve bağ kur (%45,7, %27,6 ve %11,5) idi, Edirne’ de aynı yaş grubu ile yapılan bu çalışmadaki oranlar da bizim bulgularla uyumludur. Buna ek olarak 2012’den itibaren Genel Sağlık Sigortası, ülkeye özel bir uygulama olarak herhangi bir sağlık güvencesi sisteminden yararlanmayanların katılımının zorunlu olduğu bir hizmet olarak başlaması ile sosyal güvencesi olmayan kişi sayısı önceki çalışmalara göre azalmıştır.

Katılımcıların hane halkının toplam aylık geliri düzeyi TÜRK-İŞ araştırmasının Aralık 2017 ayı sonucuna göre değerlendirildi(117). Bu veriler ışığında çalışmaya alınan ailelerin aylık geliri 1.608,13 TL’nin altı olanlar açlık sınırı, 1.608,13 TL -5.238,22 TL arası yoksulluk sınırı ve 5.238,22 TL üzeri orta düzey geliri olarak kategorize edildi. Katılımcıların %3,8’i (n=16) açlık sınırında, %63,7 si(n=269) yoksulluk sınırında ve %32,5’i (n=137) orta düzey gelirli olarak bulunmuştur. Batı Marmara bölgesi, ülkenin en kalabalık, en sanayileşmiş ve sosyo-ekonomik olarak en gelişmiş bölgelerinden biridir. Dünya Bankası’na göre Türkiye, üst-orta gelirli bir ülkedir. Katılımcıların gelir kaynağı ile sürekli kaygı düzeyleri yordandığında; kendine ait gelir kaynağı olanların sürekli kaygı düzeyi yüksek iken olmayanların sürekli kaygı düzeyi düşük bulunmuştur. Bu durum beklemediğimiz bir bulgudur. Bu durumun toplumsal değer yargılarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Saime Yiğitoğlu’nun kadınlarda yapmış olduğu çalışmada gelir durumu az olan grubun en yüksek, gelir durumu fazla olan grubun ise en düşük düzeyde sürekli kaygı gösterdiği görülmüştür. Bulgulardan hareketle gelir durumunun sürekli kaygı üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisinin olduğu, gelirin düşük olmasının getirdiği zorlukların bireylerin sürekli kaygı düzeylerini etkileyebileceği düşünülmektedir, Sertbaş (1998), Çucu (2001) çalışmalarında geliri giderine göre yüksek olan grupta en düşük düzeyde kaygı görüldüğünü saptamıştır(118,119). Araştırma bulgularının literatürle farklılık olduğu

görülmektedir. Ancak, kaygı düzeyi ile ekonomik durum arasında bir ilişki bulamayan çalışmalarda bulunmaktadır (113,120,121). İsa ve ark.(122)'nin yapmış olduğu çalışmada yüksek Sosyo-ekonomik düzeydeki üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi oluş puanlarının, düşük Sosyo-ekonomik düzeydeki üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi oluş puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sosyo-ekonomik durum ile psikolojik iyi oluş ve siberkondri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların eğitim durumları sorgulandığında 5 kişi (%1,2) okuryazar, 22 kişi (%5,2) ilkokul, 9 kişi (%2,1) ortaokul, 190 kişi (%45,0) lise ve 196 kişi (%46,4) üniversite ve üzeri mezunu olduklarını belirtti. Gökçe ve ark.(1)'nin Manisa'da yapmış oldukları siberkondri çalışmasında %17,6'sı eğitimsiz bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre Batı Marmara bölgesinde ortalama eğitim düzeylerinin Türkiye ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Bu oranın yüksekliği çalışmamızın Türkiye'de okuryazarlığının en yüksek olduğu Marmara bölgesinde yapılması ve sadece kentsel alanda yapılarak kentsel alanda okuryazar oranının daha yüksek olması ile açıklanabilir. TNSA 2013(115) verilerine bakıldığında da bizim örneklemimizdeki kadınların eğitim durumlarının daha iyi olduğu görülmektedir. Bu şehrimiz ve ülkemiz için olumlu bir sonuçtur. Bu bulgu çalışma kapsamındaki hastaların genel eğitim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. İnternette sağlık bilgisi aramanın önemli bir bileşeni olan eğitim durumunun yüksek olması siberkondriye ilişkin bulgularda da olumlu yansımaları etki etmiştir. Kadının statüsünü, yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu etkileyen bir diğer unsur da eğitimidir. Araştırmamızda okur-yazar olmama durumu kadınlarda %1,2'dir. Edirne'de 2007 yılında Can (123)'in yaptığı çalışmadaki oranlarla (kadınlarda %2,7) paralellik göstermektedir. Edirne'de 2001 yılında yapılan çalışmada ise bu oran kadınlarda %7,2, 2002 yılında yapılan çalışmada da kadınlarda %3,5, olarak bulunmuştur(124,125).

Katılımcıların sağlık durumlarını %6,4'ünün (n=27) mükemmel, %76,6'sının (n=323) iyi, %15,6'sının (n=66) orta, %1,2'sinin (n=5) kötü ve %0,2'sinin (n=1) çok kötü olarak değerlendirdiği görüldü. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık istatistikleri yıllığında yer alan genel sağlık durumu değerlendirilmesi verilerine göre; kadınların %55,5'i sağlıklarını çok iyi/iyi olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Kentte yaşayanların ise, kadınların %58'inin, genel sağlık durumlarını çok iyi/iyi olarak değerlendirdikleri rapor edilmiştir. Ziyafet Uğurlu(127)'nin yapmış olduğu çalışmada hastaların sağlık durumlarını %67,7'sinin iyi olarak değerlendirdiği, sadece %2,9'unun mükemmel ve %11,2'sinin çok iyi değerlendirdiği belirlenmişken, hastaların %18,1'inin sağlıklarını kötü ve çok kötü olarak değerlendirdikleri

belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda sağlık durumu değerlendirmesi genel olarak daha iyi olarak bulunmuştur. Edirne'nin TÜİK temel sağlık göstergelerinde değişimi ele alındığında sağlık hizmetlerinde Türkiye ortalamasının üstünde bulunmuştur (131). Yaşam standartlarının yüksek bulunması, her türlü sağlık imkânlarına kolay ulaşım olması genel olarak sağlık durumunun yüksek olmasını sağlayabilir. Ülkemizde sağlık hizmetleri sektörü son yıllarda önemli gelişmeler kat etmesi de etki etmiş olabilir.

Katılımcıların bilinen hastalık sorusuna %73,2'si (n=309) yok, %26,8'i (n=113) var yanıtını verdi. Hastalığı bulunan 113 katılımcımızdan 7 katılımcımızın 3 hastalığa, 10 katılımcımızın 2 hastalığa ve 102 katılımcımızın birer hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılarımızda en çok görülen hastalık olarak hipotiroidi ve astım tespit edilmiştir. Utku Uzun ve ark.(111)'nin yapmış oldukları siberkondri çalışmasında kronik hastalığı olanlar %5,2 olarak bulunmuştur. Esra Gündüz(128)'ün 15-49 yaş grubunda yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık oranı %17,4 olarak bulunmuştur. Bülent Kandemir(129)'in Edirne'de yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık oranı %40,6 olarak bulunmuştur. Cem Çetin(130)'in Edirne'de 20 yaş ve üstünde yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık oranı %44,3 olarak bulunmuştur. Ahmet Arslan(131)'in Edirne'de yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık oranı %17 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ortalama yaşam beklentisinin her geçen gün artması ve dolayısıyla kronik hastalık yükünün artması çalışmamızda kronik hastalık oranının yüksek çıkmasını açıklamaktadır.

Katılımcıların %80,2'sinin (n=341) düzenli ilaç kullanmadığı, %19,2'sinin (n=81) kullandığı görülmüştür. İlaç kullanan 81 Katılımcılardan 7 kişi 3 ilaç, 8 kişi 2 ilaç, 68 kişinin ise birer ilaç kullandığı tespit edildi. En çok kullanılan ilaç ise levotiron (n=13) olarak bulundu Esra Gündüz'ün Adana'da 15-49 yaş gruba yapmış olduğu çalışmada katılımcılardan % 16,6'sı düzenli ilaç kullandığı, Cem Çetin'in yaptığı çalışmada %77,8'i hastalıkları ile ilgili en az bir ilaç kullanmaktaydı. Ahmet Arslan'ın Edirne'de yapmış olduğu çalışmada düzenli ilaç kullanımı %7 olarak bulunmuştur ve çalışmasında en sık kullanılan ilaç levotirondur ki bu sonuç bizim çalışmamızla uyumluluk arz etmektedir. Siberkondrinin gereksiz ilaç kullanımı gibi sağlık faturalarını artırdığı saptanmıştır (87). Siberkondri düzeyi yüksek hastaların gereksiz ilaç kullanımı nedeni ile ilaç kullanma oranı yüksek olabilir ya da kullanılması gereken ilacı internette okuduğu bilgilerle bırakmasından dolayı ilaç kullanma oranı düşük de olabilir. Her iki durumda ekonomik maliyetleri, sağlık yönetimini geciktirebileceği ve şikâyetlerinin devam etmesine neden olabileceği, iş verimliliğinde azalmaya yol açabileceği ve daha birçok gereksiz tedaviye neden olacağı beklenmektedir. Sibel ve ark.(132)'nin yaptığı çalışmada ülkemizde

kamu sağlık harcamalarının %40'ını ilaçlar oluşturmaktadır.

Katılımcıların kendi sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuruları %18'si (n=77) bir kez, %26,3'ü (n=111) iki kez, %23,7'si (n=100) üç kez ve %31,8'i (n=134) dört ve üzeri kez başvurduğu tespit edildi. Fatih Mutlu Poyraz ve ark.(136)'nın yapmış olduğu çalışmada % 14,8'inin bir kez başvurduğu, % 16,3'ünün iki kez başvurduğu, % 8,3'ünün üç kez başvurduğu, % 6,8'inin dört kez başvurduğu, % 5,4'ünün beş kez başvurduğu, % 16,5'inin de altı ve daha fazla kez başvurduğu saptanmıştır. 2011 yılında Türkiye'de kişi başına düşen yıllık poliklinik başvuru sayısı 8,2 olmuştur. Bu rakam aynı yılın Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülke ortalaması olan 6,4'ün çok üzerindedir (126). 2001 yılında Amerika Sağlık Hizmetleri Strateji Geliştirme Merkezi'nin yaptığı çalışmaya göre düşük sağlık okuryazarlığının internet gibi iletişim araçlarında sağlık bilgisi aramasını artırdığı saptanmıştır (133,135,136). Mustafa İlhan ve ark.(134)'nın yaptığı çalışmada sağlık kuruluşuna yıllık başvuru sayısı kadınlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha fazla bulunmuştur. Katılımcıların yakınlarının sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvurusu %17,1'i (n=72) bir kez, %23,7'si (n=100) iki kez, %20,4'ü (n=86) üç kez ve %38,8'i (n=164) dört ve üzerinde başvurduğunu belirtmiştir. Yakınlarınızın sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvurma sayısı ile siberkondri ölçeği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yakınlarının sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı, siberkondri düzeyi düşük olanlarda düşük iken, siberkondri düzeyi yüksek olanlarda başvurma sayısı daha yüksek bulundu. Uğur Uğrak ve ark.(137)'nin yapmış olduğu çalışmada kaygı düzeyi yüksek bireylerin sağlık kurumuna daha fazla başvurduğu saptanmıştır. Çalışmamız genç orta yaş grubunda olduğu için kendilerinden ziyade yakınları için sağlık kurumuna başvurması beklenmektedir. Sağlık kaygı düzeyi yüksek bireylerin sağlık sorunları için daha sık sağlık kurumuna başvurması beklediğimiz bulgudur; bunun için bizim çalışmamızda siberkondri düzeyi yüksek bireyler yakınları için daha fazla sağlık kurumuna başvurmuş denebilir. Katılımcıların yakınlarının sağlığı için bir sağlık kuruluşuna başvurması ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yakınlarının sağlığı için başvuru sayısı arttıkça psikolojik iyi oluş düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bu beklenen bir bulgudur. Başvurduğu sağlık kurumundan memnuniyet düzeyi arttıkça hastaların başvuru sayısı ve yakınlarına tavsiye etmesi artmaktadır (138,139). Bizim çalışmamız da bu durumu desteklemektedir.

Katılımcıların, doktorunuz tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı, internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bırakma sorusuna %26,1'i (n=110) evet ve %73,9'u (n=312)

hayır cevabını verdiği görülmüştür. Gökçe ve ark.(1)'nin Manisa'da yapmış oldukları siberkondri çalışmasında bu oran %19,4 olarak bulunmuştur. Pew Internet ve Amerikan Yaşam Projesi çevrimiçi sağlık araştırmaları çalışmasıyla, tüm sağlık araştırmacılarının % 25'inin buldukları bilgi nedeni ile "sıkıntı" hissettiğini, %18'inin çevrimiçi bulduğu bilgiler nedeni ile "kafasının karıştığını" ve % 10'unun "ciddi korku" hissettiğini tespit etmiştir (81,92). Akılcı ilaç kullanımı politikasının ve sağlık okuryazarlığının günden güne artması ve çalışmamızda eğitim düzeyinin yüksek olmasından dolayı bizim çalışmamızda bu oranın düşük çıkması beklenmekteydi(140). İnternet, bilgiye erişim sağlamaktadır; ancak sağlık ile ilgili bilgi arayan kişiler arasında, yanlış yorumlanabileceği, güvenilirmez olduğu veya her ikisinin de olabileceği konusunda bir endişe mevcuttur. Her geçen gün internette sağlık bilgi sitelerinin artması bu endişeyi daha da artırmaktadır. Bizim çalışmamızda yanlış bilgi veren sitelerin her geçen gün artması nedeni ile hekimin yazdığı reçeteyi bırakma oranı daha da yüksek çıkmış olabilir. Şimdiye kadar yapılan pek çok araştırmada da belirtildiği gibi, internet ve sosyal medya, insanların yaşam tarzları üzerinde sadece sosyal olarak değil, aynı zamanda tıbbi konularda da önemli etkilere sahiptir. İnternet kaynaklarına olan ilgi hızla arttığı için, internet arama sonuçlarından elde edilen güvenilirmez bilgilere, özellikle de siberkondriye dayanarak, insanların sağlık kaygılarını yaşama konusunda daha fazla risk altında olduğu görülmektedir. Katılımcıların ilaçlarla ilgili bilgileri internet ortamında araştırması normal olarak görülmektedir. Ancak internet ortamındaki hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilerin güvenilirliğinin ve doğruluğunun araştırılması ve sorgulanması gerekmektedir. Katılımcıların bilgi kaynağı olarak interneti kullanması bilgi ve teknoloji çağında beklendik bir davranıştır. Artan teknoloji ile hastalar kendi tedavileri ile büyük ölçüde ilgilenmeye başlamışlardır ve tedaviyi araştırmaktan, reçetelenmiş tedavi şeklini kabul etmede son kararı vermeye kadar birçok yönden son karar verici olarak kabul edilmektedirler. Hastaların doğru karar verebilmesini kolaylaştırmak için, hastayı tedavi ve ilaç kullanımı hakkında bilgilendirmek ve potansiyel risk ve yararları tolere edebilmesi için desteklemek önemlidir. Katılımcıların, hekimi tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğu bilgiler nedeniyle bırakması ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekimi tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğu bilgiler nedeniyle bırakanlarda siberkondri düzeyi yüksek iken, bırakmayanlarda siberkondri düzeyi düşük bulunmuştur. Bu bizim beklediğimiz bir bulgudur. Hastaların interneti bir doktor yerine kullanıp, kendi kendine tanı koyma aracı olarak kullanması başlı başına bir endişe kaynağıdır. Hem sağlık okuryazarlığında hem de bilgisayar teknolojisinde düşük eğitime sahip bireyler, yanlış yola sapma potansiyeline sahiptirler.

Hastaların internetten kendi kendine tanı koyması kanıta dayalı tıp yaklaşımına kıyasla etkili veya güvenli değildir. Copelton ve Valle yaptıkları çalışmada internette okuduğu bilgilerle hekiminin söylediği bilgilerin çakışıp daha fazla kafa karışıklığına yol açabileceğini belirtmiştir. Bu durumda hastanın internette okuduğu bilgilerle reçeteyi bırakmasına yol açmaktadır. Bazı internet sitelerinin insanların sağlıklarıyla ilgili yanlış bilgiler verdiği ve bu onlara yardım etmekten ziyade onların endişesini artırması da kişilerin reçeteyi bırakmasına yol açmaktadır(97,98). İnternette, tedavi hakkında çok fazla bilgi sunulmaktadır. Tıbbi alanda çalışmayan ve tıbbi alanı bilmeyen insanlar, gerçekleri ve fikirleri ayırmada zorlanıyor olabilirler. Bireyler, internette bilgilerle yanlış yönlendirilebilirler ve gerçek ile kurgu arasında ayırım yapmakta zorluk çekebilirler. Böyle yapan bireylerin en uygun sağlık durumuna dönmeleri ve teşhis ve tedavi altına alınmaları gerekir. Asıl korkulan ise; internette okuduğu bilgiler nedeni ile hekimine danışmadan ilacı bırakmasıdır. Bir doktor hastasına reçete ettiği ilacı hakkında yeterince bilgi vermezse, bu kişi ilacı hakkında daha fazla bilgi edinmek için interneti kullanabilir. İnternette ilaç hakkında bilgi aramak, ilacını kullanmadan önce ilaç hakkında bir fikir edinmesi için ön bilgi oluşturup faydalı olabilir. İlacının kendisi hakkında ne gibi faydalar sağlayacağını daha iyi anlamak için interneti kullanabilir. İlacın tıbbi müdahale gerektirebilecek riskleri, yan etkileri ve olası müdahalelerini tanımlayabilir, insanların durumlarının ne olması konusunda hafif bir kavrayış elde etmesine yardımcı olabilir.

Katılımcıların, doktorunuza durumunuz ile ilgili olarak rahat soru sorma durumuna %2,6'sı (n=11) hiçbir zaman, %7,2'si (n=30) nadir, %33,6'sı (n=142) bazen ve %56,6'sı (n=239) her zaman cevabını verdiği görülmüştür. Ziyafet Uğurlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada rahat soru sorabilme durumuna katılımcıların %51,7'si her zaman, % 24,1'i bazen %10,3'ü nadir, 13,8'i hiçbir zaman cevabını vermiştir(131). Bizim çalışmamızda hastanın hekime rahat sorma oranı daha yüksek bulunmuştur. Aile hekimliğinde; sağlık sorununa hem hekimin bakış açısıyla, hem de başvuran bireyin bakış açısıyla yaklaşılmasını sağlayan Hasta Merkezli Klinik Yöntem (HMKY) uygulamasının her geçen gün artmasından dolayı hasta ve doktor memnuniyetinin artması ve bu durumun hastanın hekimine karşı daha rahat soru sormasını artırmasından dolayı ve doktor merkezli görüşmeden hasta merkezli görüşmeye geçilmesinden dolayı da bizim çalışmamızda bu oran yüksek çıkmış olabilir (142). Hasta hekim iletişim becerilerinin artması sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekânların gelişmesi, sağlık ile ilgili hakların korunmasındaki düzenlemeler, hakların korunması ile ilgili kamuoyu bilgilendirilmesinin artması da hastanın hekimine rahat soru sorma oranını arttırmış olabilir (142). Hasta hekim ilişkisinin gelişmesi için en önemli noktalardan birisi de hastanın rahat soru

sorabilmesidir. Bu nedenle, hastaların soru sormalarını sağlamak için, yöntemler bulunması gereklidir ve bazı hastaların soru sormakta neden isteksiz olduklarını anlamak gerekmektedir. Yapılan çalışmalara göre hastaların çoğu onlara soru sormak ya da huzursuzluk duydukları konuları konuşmak cesaretini bulamayıp; kendilerine söylenenleri de pek anlamamaktadırlar. Hasta-hekim arasındaki paylaşım ve iletişim arttıkça hastalar bu durumdan tedavilerinden doğabilecek risklerle daha kolay başa çıkılması ve arzulanan tedavi sonuçlarının başarılmaması gibi ek faydalar sağlayacaklardır. Hekim ve hastalar arasındaki doğru iletişim hekime danışan hastanın memnuniyetinin artışı ile sonuçlanır. Memnuniyet, tedavi rejimlerinde uyumu sağlamak açısından önemlidir. Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte bireylerin sağlık ve hastalık bilgisi edinebilecekleri kaynakların sayısı artmış ve kullanımı kolaylaşmıştır. Bu durum, sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin durumunu daha da kötüleştirebilmektedir. Özellikle hekimine rahat sorma durumu düzeyi düşük olan kişilerde, hekimine sormadığı soruları internetten arama yapacağı düşünülerek önemli mesajların atlanmaması yönünden dikkatli olunmalıdır. Katılımcıların, doktoruna durumu ile ilgili olarak rahat soru sorabilme ile sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların hekimine durumu ile ilgili rahat soru sorabilmesi ile siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların; doktorunuza başvurduğunuzda, doktorunuz sağlık/hastalığınız ile ilgili istediğiniz bilgileri veriyor mu sorusuna %1,7'si (n=7) hiçbir zaman, %10,2'si (n=43) nadir, %40,5'i (n=171) bazen ve %47,6'sının (n=201) her zaman cevabını verdiği görülmüştür. Adem Genç(143)'in yapmış olduğu çalışmada hekimin verdiği bilgiler %39 orta, %19 yetersiz, %32 iyi, %10,0 çok iyi olarak saptanmıştır. Yine Fatih Mutlupoyraz ve ark.(144)'nın yapmış oldukları çalışmada çalışmaya katılan hastaların, “Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi” sorusuna verdikleri puanların 2008 yılındaki ortalaması $3,82 \pm 1,24$ (n=291), 2009 yılındaki ortalaması $4,62 \pm 0,80$ (n=291) olup 2008 ve 2009 yılları karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Hekimlerin yalnızca teşhis için hasta ile iletişim kurmaları değil, hastaya hastalığın teşhis ve tedavi sürecine ilişkin de bilgi verilmesinin hastaların memnuniyetini oluşturan önemli bir parametredir. Hekimin hastasına istediği bilgileri vermesi, hastaların psikolojik gerginliklerinin azaltılmasında ve olumlu tedavi sonuçlarının elde edilmesinde oldukça önemli bir faktördür. Günümüzde hekimlerin giderek daha fazla bilim, teknoloji ve sağlık ekonomisi konularına odaklanmalarının beraberinde hasta-hekim ilişkisine getirdiği tehlike, hastaların durumlarını anlamayan ya da hastanın beklediği şevkati gösteremeyen hekimlerin yetişmesine neden olmaktadır (144). Hasta odaklı tedavide

hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir, kafalarındaki her türlü soruyu sormaları için sağlık personeli (eczacı, hekim, hemşire, vb.) tarafından cesaretlendirilir, yakınmaları ve sağlığı hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastanın hastalığı ile ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir, hastalığın hastanın yaşamında ne tür değişiklikler meydana getirdiği, onun için ne anlam taşıdığı öğrenilmeye çalışılır. Doğru karar verebilmeyi kolaylaştırmak için, hastayı tedavi ve ilaç kullanımı hakkında bilgilendirmek ve potansiyel risk ve yararları tolere edebilmesi için desteklemek gereklidir. Hasta ile hekim arasındaki iletişimin gelişmesi her iki grup için de yarar sağlamaktadır. Hasta açısından bakıldığında, hastaların tıbbi bakım ve tedavilerini anlamalarını ve anımsamalarını arttırmanın yanı sıra hastanın tatmini ve uyumu da artmaktadır. Bu da hastanın hastalıklarından daha çabuk ve daha kolay bir şekilde kurtulması anlamına gelebilir. Hekim açısından ise, hastaların artan tatmini, hekime olan güvenin artmasına neden olacaktır. Katılımcıların, hekimine başvurduğunda, hekiminin sağlık/hastalığı ile ilgili istediği bilgileri vermesi ile siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekimin istediği bilgileri her zaman verenlerde siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur. Siberkondri düzeyi yüksek olan kişilerin hekime daha fazla soru sorması beklenen bir bulgudur. Daha fazla soru ile daha fazla artan sağlık kaygısı sonucu hastaların bu bilgilerle yetinmeyip internetten sağlık bilgisi araması beklenen bir bulgudur. İnternetten bulduğu yeni bilgilerle hastanın artmış sağlık kaygısı daha da artar ve hasta kısır döngüye girer. Bu kısır döngüden dolayı hekimin istediği bilgileri veren hastalarda siberkondri düzeyi yüksek çıkmış olabilir. Bu sonuçlar hastaların hekimiyle görüşmesinden sonra hekimler hastalarının internette araştırma yapacağını aklında tutmalıdırlar. Hastaların, hekimin verdiği bilgilerle tatmin olmamaya ve hastalıklarıyla ve sağlık sorunlarıyla ilgili internetten daha detaylı araştırmalar yapmaya başlamış olduklarını göstermektedir. Hekimler doğru ve güvenilir internet sitelerinde hastalarına rehberlik ederek ve kendilerini hastaların yerine koyarak hastalarının duygularını ve endişelerini daha iyi anlamaktadırlar(141).

Katılımcıların periyodik sağlık muayenesinin düzenli yapılma durumu sorgulandığında %64,5'i (n=272) hayır cevabını verirken %35,5'i (n=150) evet yanıtını verdi. Utku Uzun ve arkadaşlarının yapmış oldukları siberkondri çalışmasında sağlık muayenesi olanların oranı %43,7 olarak bulunmuştur(111). İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası tarafından yapılan çalışmada sağlık taraması yaptırdıklarını ifade edenlerin oranı %19,9 olarak bildirilmiştir(123). Periyodik muayenede hastalıklardan korunma ve sağlığın korunması temel hedeftir. Bu amaçla yaş grubuna ya da bireye özgü olarak ortaya çıkan risklerin taranması, koruyucu önlemlerin alınması, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Aile Hekimliği hasta hekim

ilişkisinin sürekliliğinin ön planda olduğu, özellikle sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri öncelikli olarak ele alan bir disiplindir. Bu nedenle Aile Hekimliği periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının odağında yer almaktadır. Aile Hekimliği polikliniğinin amacına uygun ve hedeflenmiş bir sonucu olarak hastaların periyodik muayeneleri düzenli olacak ve böylelikle hastalıkların ilerlemesine mani olunması hedeflenmektedir. Belirli bir nüfusa hizmet veren aile hekimi hastalarını tanıdığı, sürekli takip ettiği ve kaydettiği için hastasının durumuna daha hakim olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların, periyodik sağlık muayenesinin düzenli yapılması ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Periyodik sağlık muayenesi düzenli yapılmayanların psikolojik iyi oluş düzeyleri düşük iken, düzenli yapılanların psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksek bulunmuştur. Kadınların düzenli sağlık muayenesi yaptırması kendine olan güveni ve hayata olan bağlılığını daha fazla artırıp, yaşam kalitesini artırmaktadır; bu durum kişiye psikolojik olarak rahatlama sağlamaktadır. Özellikle 15-49 yaş kadınlarda en sık görülen kanser türleri arasında yer alan ve erken teşhis edildiğinde tedavisi mümkün olan hastalıklar, düzenli periyodik muayene sayesinde korkulu rüya olmaktan çıkmasından dolayı düzenli muayene yapılanların psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksek çıkmıştır denilebilir.

Katılımcıların, sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb.) kolayca ulaşabilme sorusuna %2,1'i (n=9) hiçbir zaman, %10,4'ü (n=44) nadir, %31,8'i (n=134) ve %55,7'si (n=235) her zaman cevabını verdiği görülmüştür. Aksakoğlu'nun Ankara Yenikent'te yapmış olduğu çalışmada, bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine (sağlık ocağı) ulaşım olanakları yönünden %27,1'i "çok iyi", %44,8'i "iyi", %28,1'i kötü olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (145). Kapaklı(146)'nın İstanbul'da yapmış olduğu bir çalışmada, sağlık ocağının ulaşılabilirliğini bireylerin %0,3'ü kötü, %4,1'i iyi, %47'si mükemmel ve çok iyi yanıtını verdikleri, Yücel ve ark.(147)'nin Şanlıurfa'da yapmış oldukları bir çalışmada, bireylerin sağlık ocağının ulaşılabilirliğini %18,4'ü yetersiz bulduklarını ifade ettikleri, Ersoy ve ark.(148)'nin Kırıkkale'de yapmış oldukları çalışmada, hastaların %88,5'inin sağlık ocağına ulaşımın rahat olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Sağlık ocağının ulaşılabilirliği, memnuniyeti etkilediği gibi yapılan çalışmalarda sağlık hizmeti kullanmayı belirleyen temel etmenlerden biri olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşım arttıkça psikolojik iyi oluş düzeyleri artmakta, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşım azaldıkça psikolojik iyi oluş düzeyleri azalmakta olduğu saptanmıştır. Sağlık ocağının ulaşılabilirliği, memnuniyeti etkilediği hastanın

memnuniyetinin artması ile psikolojik olarak kendini daha rahat hissetmesine yol açtığı görülmüştür. Kadın ve sağlık alanında belirtilmesi gereken bir diğer önemli faktör toplumsal yapının kendisidir. Ülkemizde giderek azalmakla birlikte kent merkezlerinden kırsal alanlara, batıdan doğuya gidildikçe varlığını koruyan geleneksel yaşam biçimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde bir engel teşkil etmeye devam etmektedir.

Katılımcıların; hekime başvurunuzda ve/veya hastane seçiminizde interneti kullanma sorusuna %33,9'u (n=143) hayır, %66,1'i (n=279) evet yanıtını verdiği görülmüştür. Benzer şekilde Gökçe ve ark.(1)'nin Manisa'da yapmış oldukları siberkondri çalışmasında %25,7 'si hastane ve doktor seçiminde interneti kullandığı tespit edilmiş. Emre ve ark.(149)'nın yaptığı çalışmada hekim ve hastane seçiminde sosyal medyayı katılımcıların yarısından fazlasının hekim seçiminde %52,4, hastane seçiminde %52,8'inin yararlandığı ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızda bu oran daha yüksek bulunmuştur; internet kullanımının ve internetten sağlık bilgisi aramasının yaygınlığının günden güne hızla artması ve çalışmamamızın daha genç yaşta olması Edirne'de internete erişiminin daha kolay ve yaygın olması, araştırmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun lisans ve lisansüstü eğitim almış olmaları söz konusu oranların yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Bu sonuçlar, internetin sağlık hizmeti almadan önce hekim/hastane seçiminde en sık başvurulacak bilgi kaynakları arasında olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi veren çeşitli siteler oluşturulmuştur. Bu sitelerden yararlanan sağlık hizmeti tüketicileri hekim, hastane ya da sağlık hizmetiyle ilgili bilgilere ulaşabilmektedir. Paylaşım ve iletişim temeline dayanan internet ve sosyal medya, eğitimden ticarete, sağlıktan eğlenceye kadar farklı konularda kullanım alanı bulmuştur. İnternet sayesinde kişiler bilgi, düşünce veya deneyim paylaşımında bulunabilmektedir. Bu bağlamda, hem sağlık hizmetini talep eden hastalar hem de sağlık hizmetini sunan doktor ve sağlık kuruluşları amaçlarına uygun olarak internetten etkin bir biçimde yararlanmaya başlamışlardır. Araştırma sonuçları internetin sağlık hizmeti kullanım davranışlarında etkili bir kanal olduğunu göstermektedir. İnternetten sağlık bilgisi arayan bireyler, bilgiye kısa yoldan ulaşabilecekleri internet, sosyal medya gibi kaynakları kullanmayı tercih etmektedirler. Ayrıca, bu bilgi kaynakları aracılığıyla, sağlık/hastalık durumuyla ilgili bilgiye erişmeye çalışırken çok fazla zaman harcamaktadırlar. Bu durum, hastanın hekime başvurusunu engellemekte, olumsuz sağlık bilgisine ulaşmasını kolaylaştırmakta ve sağlık kaygısı düzeyini daha da artırmaktadır.

Katılımcıların, sosyal medya haricinde günlük ortalama internet kullanımı sorusuna verdikleri yanıtlardan minimum 0 maksimum 10 saat internet kullandıkları görülmüştür. En sık internet kullanma saati olarak (mod) 1 saat olarak bulunmuştur. Ortalama internet kullanımı 2.14 ± 1.837 saat olarak tespit edilmiştir. Utku Uzun ve ark.(111)'nin yapmış oldukları siberkondri çalışmasında günde internette geçirilen süre ortalaması 3.4 ± 2.5 saat olarak tespit edilmiştir. Gökçe ve ark.(1)'nin Manisa da yapmış oldukları siberkondri çalışmasında, internette geçirilen sürenin günde 2 saatten fazla olarak bulunmuştur(1). Cam Escoferry ve ark.(150)'nin yaptığı çalışmada ortalama 2,49 saat, Esra Şişman ve ark.(151)'nin yaptığı çalışmada %28,60'ının 1-2 saat, ve Hatice Hilal ve ark.(152)'nin yapmış olduğu çalışmada %71,0'ı 3 saat ve üzeri internet kullandığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamız diğer çalışmalarla benzer bulgulara ulaşılmıştır. Katılımcıların sosyal medya hariç internet kullanım saati ile siberkondri ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sosyal medya hariç internet kullanım saati arttıkça siberkondri düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. We Are Social ekibinin yaptığı araştırmaya göre internet kullananların yüzde 87'si her gün düzenli olarak internete giriyor ve sosyal medya harici 3 saat 45 dakikasını internette harcıyor. Dünya çapında 2017 yılında yapılan araştırmada dünya nüfusunun yaklaşık % 50'si yani 3,77 milyar kişi internet kullanıcısı ve % 37'si yaklaşık 2,8 milyar kişi sosyal medya kullanıcısı olduğu tespit edilmiştir. Dünya genelinin yarısından fazlasının internet kullanıyor olması, internetten sağlık bilgisi açısından siberkondrinin önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmalar, günümüzde internetin de önemli bir bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için internetin % 60-80 oranında kullanıldığı bildirilmektedir (153). Hastaların her geçen gün daha da bilinçlenmesi, beraberinde daha fazla bilgi arama ihtiyacını da getirmektedir. Bu bilgi ihtiyacını anında karşılayabilen en önemli araçlardan biri artık internet olarak belirtilmektedir. USA Today'de yayınlanan bir araştırmaya göre; kişilerin internette aradıkları temel sağlık bilgileri kapsamında, %62,1'inin bir hastalığı araştırmak için, %11,6'sının ilaç ve etkileşimleri ile ilgili bilgi edinmek için, %3,7'sinin hekim veya hastane aramak için ve %2,3'ünün çevrimiçi tıbbi destek aramak için interneti kullandığı belirtilmektedir(154). İnternetin ortaya çıkması ve sağlıkla ilgili sunabildiği bilgilerin yaygınlaşmasıyla kişiler sadece kitle iletişim araçlarının kendilerine sundukları ve hekimin verdiği bilgilerle internetten daha detaylı araştırmalar yapmaya başlamıştır.

Katılımcıların; günlük ortalama kaç saat sosyal medya (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) kullanımı sorgulandığında 132 kişi ile en çok 1 saat (%31,3) sosyal medya kullandığı ve 6 kişinin (%1,4) hiç sosyal medya kullanmadığı

tespit edilmiştir. Ortalama sosyal medya kullanma saati $2,69 \pm 2,027$, en fazla ise 12 saat olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın verilerin Türkiye ortalamasından yüksek çıkmasının sebebi olarak, Edirne gibi batı şehirlerinde internete erişiminin daha kolay ve yaygın olması, araştırmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun lisans ve lisansüstü eğitim almış olmaları söz konusu oranların yüksek çıkmasına neden olabilir. Katılımcıların sosyal medya kullanım (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) saati ile siberkondri ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sosyal medya kullanım saati arttıkça siberkondri düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Bilgi edinme kapsamında sağlıkla ilgili bilgiler de yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre bilgi edinmek amacıyla sosyal medya kullanımının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yer ve zaman sınırlaması olmadan içerik oluşturmaya, iletişim kurmaya, bilgi, fikir ve tecrübe paylaşımına imkân veren bu araçların kullanımı her geçen gün artmakta ve artmaya devam etmektedir. Mano ve ark. tarafından internet kullanan 1406 kişi ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise katılımcıların %45'inin sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için sosyal medyayı kullandığı tespit edilmiştir (155). Yapılan çalışmalar, sosyal medyanın sağlık ile ilgili konularda tercih edilen önemli bir referans kaynağı olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %29,9'u hekim, %29,4'ü hastane seçiminde sosyal medyayı kullandıklarını belirtmişlerdir. Hekim ve hastane seçiminde katılımcıların yarısından fazlasının sosyal medyadan yararlandığı ortaya çıkmaktadır. Araştırma sonuçlarından yola çıkarak, sosyal medyanın sağlık hizmetleri açısından önemli bir iletişim ortamı olduğunu söylemek anlamlı olacaktır. Kadın sağlığının geliştirilmesinde çok etkili olabilecek medyanın doğru şekilde kullanımının desteklenmesi, sosyal medyada sağlık bilgilerinin kalitesinin ve doğruluğunun artırılması konularında hem sağlık hem de medya çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Şimdiye kadar yapılan pek çok araştırmada da belirtildiği gibi, internet ve sosyal medya, insanların yaşam tarzları üzerinde sadece sosyal olarak değil, aynı zamanda tıbbi konularda da önemli etkilere sahiptir.

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına bakıldığında %81'inin (n=342) kullanmadığı, %16,2'sinin (n=68) kullandığı ve %2,8'inin (n=12) bıraktığı tespit edilmiştir. Utku Uzun ve ark. Üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları siberkondri çalışmasında sigara içenlerin oranı %34,4 olarak bulunmuştur. Tülay (112)'in Edirne'de 15-49 yaş grubu kadınlarda yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %60,5'i hiç sigara içmemekte, %33,6'sı halen sigara kullanmakta, %5,8'inin ise sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir. Eker(126)'in 2006 yılında ve Öner(156)'in 2002 yılında Edirne'de yaptığı tez çalışmasında erişkinlerin sigara içme oranı %43,1 ve %42,4 olarak tespit edilmiştir. Türkiye genelinde 2004 yılında yapılan bir araştırmada

da bu oran kadınlarında %19,9 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sigara içme oranı hem Türkiye ortalamasından hem de Edirne’de yapılan önceki çalışmalardan düşük çıkması, çalışmamızın sadece Edirne il merkezini kapsaması ve ülkemizde sigara bırakma oranının artmasından kaynaklanıyor olabilir. Tüm televizyon kanallarında tütün kullanımının zararları ile ilgili programları yayınlanmasının, Ulusal Tütün Kontrol Programlarının yaygınlaşmasının artması ve sigara karşıtı kampanyaların ve kişisel sağlık ile ilgili kaygıların artması ve hekim tavsiyeleri sayesinde ülkemizde sigara kullanımı azalmaktadır. Yapılan çalışmalara göre öğrenim düzeyi arttıkça sigara kullanımı sıklığı azalmaktadır (157,158). Bu sebeplerden dolayı da bizim çalışmamızda sigara kullanım oranının azalması beklenen bir bulgudur.

Katılımcıların alkol kullanma durumuna bakıldığında %76,3’ünün (n=322) kullanmadığı, %17,1’inin (n=72) kullandığı ve %6,6’sının (n=2) içerken bıraktığı tespit edilmiştir. 2016 TÜİK verilerine göre 15-49 yaş grubu alkol kullanma oranı %19,2 ve daha önce kullanıp bırakma oranı %26,0 olarak bulunmuştur. Eker’in 2006 yılındaki çalışmasında da Edirne’de erişkinlerde alkol kullanım oranı %31,2 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda alkol kullanma oranının düşük çıkması çalışmanın sadece kadınlara yapılması ve çalışmaların yapıldığı yer nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Literatüre baktığımızda kadınların alkol kullanma oranı erkeklerden daha düşüktür (159). Alkol kullanma durumu ile siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulgular elde edildi. Alkol kullanmayanlarda siberkondri düzeyi, kullananlara göre daha düşük bulundu. Kişilerin sağlık kaygı duyarlılığı nedeni ile yaşadığı korku ya da sağlık kaygısından kaynaklanan içsel yaşantılardan yada olumsuz sağlık sonuçlarından kaçınmak için alkol kullanmasının artması nedeni ile siberkondri hastalarında alkol kullanımı yüksek çıkmış olabilir(159,160). Çakmak ŞS. ve ark. yaptığı çalışmada kaygı düzeyi yüksek olanların alkol kullanma düzeyi de yüksek bulunmuştur. Tuğrul Gökçe ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kaygı düzeyinin artışı alkol ve madde kullanımında artışa göstermekte olduğu tespit edilmiştir(159). Bu çalışmalarda bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Katılımcılardan 221 (%52,4) kişinin siberkondri puanı yüksek, 201 (%47,6) kişinin siberkondri puanı düşük olarak hesaplandı. Ortalama puan $89,42 \pm 21,688$ ve mod 88 olarak hesaplandı. Gökçe ve ark.(1)’nin Manisa’da yapmış olduğu çalışmada siberkondri puanı $74,0 \pm 18,0$ ve Utku ve ark.(111)’nin üniversite son sınıf öğrencilerine yaptığı çalışmada siberkondri puanı ortalama $79,4 \pm 16,9$ olarak bulunmuş. Bizim çalışmamızda siberkondri puanı daha yüksek bulunmuştur. 15-49 yaş grubu kadınların daha fazla biyopsikososyal değişimin üstesinden gelmeleri ve daha fazla zihinsel sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalması

durumu(75), bu yaş grubunun sağlık sitelerine daha fazla erişmesini ve genellikle belirli bir hastalık, tıbbi tedavi veya diyet, beslenme, vitaminler, beslenme takviyeleri hakkında daha fazla bilgi aramaları, kaygı bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmesi(162) sağlıkla ilgili internet kullanımı son yıllarda belirgin bir artış göstermesi(78) çalışmamızda siberkondri puanının yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. Sağlık ile ilgili bilgi arama amacıyla internete girme oranı, TÜİK 2013 verilerine göre kırsal kesimde %46,2, il ve ilçe merkezlerinde ise %62,4'dir(162). Çalışmamızda kent merkezinde yapılması da bizim çalışmamızda bu oranın yüksek çıkmasının sebebidir. Her geçen gün gelişen teknoloji ile birlikte internet kullanımının artması nadir görülen bir hastalık ya da durumun tüm semptomlarının araştırabilmesi ve hastalarda sağlık kaygı durumu ortaya çıkarabilmesi de siberkondri puanının her geçen gün artmasına; siberkondrinin giderek daha da yaygın hale gelmesine sebep olmaktadır. Ayrıca Stephania Buck'un yaptığı çalışmada kadınların başlıca endişelerinden biri mahremiyettir (164). Ancak yaptığı çalışmada internetten sağlık bilgisi arayan kadınların % 43'ü, internette sağlık araması yaparak mahremiyet noktasında rahatlatıldıklarını tespit etmiştir. Bizim çalışmamızın 15-49 yaş grubu kadınlarda ve Türk toplumunda yapılması nedeniyle mahremiyet açısından siberkondri puanının yüksek çıkması beklenen bulgulardan biridir. Hamilelik, doğum gibi kadına has durumlarla; çocuk bakımı durumlarının kadınlarda siberkondri düzeyini yükseltmesi beklenen bulgulardan biridir. Bu açıdan çalışmamızda internet ve sosyal medya kullananlarla siberkondri düzeyi arasında anlamlı ilişki çıkması beklediğimiz bir bulgudur.

Katılımcıların psikolojik iyi oluş ölçeği puanları hesaplandığında ortalama puan $324,26 \pm 35,944$ ve mod 326 olarak hesaplandı. Katılımcılardan 225 (%53,3) kişinin psikolojik iyi oluş puanı yüksek, 197 (%46,7) kişinin psikolojik iyi oluş puanı düşük olarak hesaplandı. Katılımcıların, siberkondri düzeyleri ile psikoloji iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Psikolojik iyi oluş düzeyi arttıkça siberkondri düzeyi artarken, psikolojik iyi oluş düzeyi azaldıkça siberkondri düzeyi azalmaktadır. Haluk Zülfikar'ın yaptığı çalışmada internetteki sağlık bilgileri kişilerin daha sağlıklı yaşam yolları hakkında bilgi alarak sağlıklı yaşamlarını artırmak, hasta olan yakınlarına destek sağlamak, hastalıkların önlenmesi, farkındalık sağlamak, doktorla iletişime geçmek, duygusal ve sosyal destek almak, deneyim paylaşmak, tavsiye almak, sağlık eğitimi alanında eğitilenin pasif konumdan çıkıp katılım ve etkileşim sağlamak, salgın hastalıkların resmi kaynaklar tarafından yayınlanmadan önce hastalık eğilimlerini göstermesi açısından da etkili bir araç olmak, (örneğin bir grup araştırmacı grip hastalığının yayılmasını twitter verilerini inceleyerek araştırmıştır), internet eş zamanlı bilgi sağladığı için salgın ve tehdit gibi durumlarda ihtiyaçları

belirlemek ve karşılamak, organize olmak ve önlemler almak, internet ve sosyal medyanın bulunduğu zaman ve mekân serbestliği gibi faktörlerin kişilerde memnuniyet oluşturarak psikolojik olarak rahatlattığı tespit edilmiştir(162). İnternet kullanımı ve sosyal paylaşım ağlarının ortaya çıkıp yaygınlaşması, yaşam kalitesinin yükseltilmesine, tedaviye uyumun sağlanması bağlamında hasta ve yakınlarını güçlendirme potansiyeline ve tedavi için gerekli olan homojen bilgi paylaşımının sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Bütün bu olumlu sonuçlar kişilerde psikolojik olarak daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Yine aynı çalışmada hastalığını ve tedavisini detaylıca öğrenen hastaların, daha az fiziksel ve duygusal problem yaşadığı, sorunlarını daha iyi yönetebildiği belirlenmiştir. Bu nedenlerden dolayı psikolojik olarak kendini daha iyi hisseden kişilerin daha fazla internetten sağlık bilgisi aramış olmasından dolayı bizim çalışmamızda psikolojik iyi oluş düzeyi yüksek olanların siberkondri düzeyi yüksek bulunmuş olabilir. Bazı hastaların internetten elde ettikleri bilgilerin karar süreçlerini güçlendirdiğini ve doktorlarla görüşmelerinde kendilerine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. İnternet üzerinden bilgiye erişebilme seçeneği, tüm insanların ve özellikle hastaların sağlıklarını yönetmede kendilerini daha etkin kılabilme imkanı sağlamaktadır. Böylelikle bireyler daha fazla bilgiyle karar verebilme ve sağlıkla ilgili davranışlarını yönetebilme, geliştirebilme imkânından faydalanabilmektedirler. Dolayısıyla hastaların internet üzerinden bilgi toplama girişimlerinin devamlılık arz eder bir yapıda olduğu düşünülmektedir. Bu durumda bu hastalar internet aracılığı hastalık yönetiminde daha başarılı olabilecekleri tespit edilmiştir(162).

İnternet üzerinden elde edilen sağlık bilgisinin kendilerinin diyet yapabilme, stres yönetimi, egzersiz yapma gibi konularda düşünme tarzlarını değiştirdiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. İnternet üzerinden elde edilen sağlık bilgilerinin karar süreçleri üzerinde kendilerini güçlendirdiğini ve doktorla konuşmada kendilerine anlamlı derecede yardımcı olduğunu belirtmişlerdir, sağlıkla ilgili karar süreçlerinde çok daha etkin kullanabildiği saptanmıştır.

Günümüz internet dünyasındaki sosyal ve bilgi paylaşımı siteleri ve ağları, hastalara bilgi ve tecrübelerini paylaşma ve sosyalleşme imkanı sağlamaktadır. Bu şekliyle internet, söz konusu hastalar ile benzer yapı ve şartlardaki hastaların, sağlık ihtiyaç ve hizmetlerini kolaylaştırıcı yeni ve güçlü bir araç olarak ortaya çıkmaktadır. Önceden pasif bilgi alıcısı konumunda olan hastalar, yapısal değişimle aktif bilgi tüketicilerine dönüşerek, hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkilerinde farklılaşmaların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Daha aktif ve etkin bu yeni hasta modeli, tedavi sürecinde uzmanla kol kola hareket eden bir hasta tavrının

ortaya çıkmasını mümkün kılmıştır. Zaman yetersizliğinden kendisine verilemeyen eksik bilgileri internet üzerinden tamamlayabilen, doktor tarafından söylenemeyen kötü bilgilere erişebilen bu hasta profili hastaların internet ve sosyal ağlarını kullanarak doğru bilgiye erişimi ve bu bilgiyi doğru kullanımı ile sağlıklı sosyalleşebilmesi ve barışık bir yaşam sürmesi de mümkün olabilmektedir(162,163). Gerçekte çok içe dönük biri internetle kendine güven duygusunu destekleyecek arkadaşlar edinebilir, psikolojik olarak kendini daha iyi hissedebilir. Mesela kanser hastası olan ergenler; ruhsal ve fiziksel olarak toplumdan uzaklaşarak izole yaşamaya başlamakta ve hastalıkları ile ilgili bilgilere de internet üzerinden erişmeyi tercih etmektedirler. Psikolojik açıdan güçlü olmayan, kaygı, depresyon sorunu olup alkol ve uyuşturucu eğilimi olan erişkinlerin, yansıra ergen hastaların, interneti sosyalleşme, paylaşma ve rahatlama aracı olarak tercih etmeleri söz konusu olmaktadır(161,162).

Bizim çalışmamız, psikolojik iyi oluş ile siberkondrinin karşılaştırıldığı literatürdeki ilk çalışmadır. Psikolojik iyi oluş alt grubundan öz kabul ile siberkondri düzeyleri aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların öz kabul düzeyi yüksek olanlarda siberkondri düzeyleri düşük iken, öz kabul düzeyi düşük olanlarda siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur. Psikolojik iyi oluş ölçeği alt gruplarından olumlu ilişkiler ile sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Olumlu ilişkiler düzeyi düşük olanlarda sürekli kaygı düzeyleri düşük iken, olumlu ilişkiler düzeyi yüksek olanlarda sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur. Psikolojik iyi oluş ölçeği alt gruplarından çevresel hâkimiyet ile sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır; çevresel hakimiyet düzeyi düşük olanlarda sürekli kaygı düzeyleri düşük iken, çevresel hakimiyet düzeyi yüksek olanlarda sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur. Katılımcıların yaşları ile psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Katılımcıların günlük ortalama kaç saat sosyal medya (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) kullanımı ile psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Katılımcıların sürekli kaygı ölçeği ortalama puanı $44,34 \pm 8,791$ ve mod 48 olarak hesaplanmıştır. Katılımcılardan 200 (%47,4) kişinin sürekli kaygı puanı yüksek, 222 (%52,6) kişinin sürekli kaygı puanı düşük olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ile siberkondri düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Sürekli kaygı düzeyi düştükçe siberkondri düzeyi düşerken, sürekli kaygı düzeyi arttıkça siberkondri düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Bu bizim beklediğimiz bir bulgudur. Kanıta dayanmayan veya

kalite eksikliği ve olumsuz bilgilerin bolluğu gibi çevrimiçi sağlık bilgisinin yüksek kaygı düzeyleri olan bireylerde sağlık kaygısını arttırabileceğinden ve bu kişilerde kaygıyı arttıran belirtilerin gerçekten iyi huylu ve zararsız olduğuna kendilerini inandırmak ve rahatlatmak için, internette aşırı sağlık bilgisi aramalarından dolayı bizim çalışmamızda yüksek bulunmuş olabilir. Ayrıca, yapılan çalışmalar sağlık kaygısı ve/veya siberkondriye sahip bireylerin, internet ortamında kaygı arttıran sağlık bilgileri ile ilgili güvence sağladıktan sonra sağlık hizmetleri kaynaklarını daha fazla kullandıkları belirtilmiştir(79). Bu bulgular bize diğerlerinden daha fazla endişeli olan bireylerin, sağlık bilgileri için daha fazla çevrimiçi arama yaptıklarını göstererek, Fam to Poel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla benzer bulundu(4). Bu çalışmamız, çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı ve sağlık kaygısının, insanlar arası düzeyde, kesitsel olarak ilişkili olduğunu göstererek daha önceki bulguları güçlendirmektedir. İnternet mükemmel bir sağlık bilgi kaynağı olabilse de, gereksiz kaygı için de bir yol olabileceği, bunun da kaygı düzeyini artırabileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (79,99). Sağlık bilgilerinin aranması için harcanan zamanın tekrarlanması ve uzun sürmesi, kaygı düzeyini sürekli kılabilir ve kötüleştirebilir; böylece kısır bir döngü oluşturabilir(95).

SONUÇLAR

Edirne il merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda siberkondrinin, sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Katılımcıların siberkondri ciddiyet ölçeği puanları hesaplandığında ölçekten alınan maximum puan 143, minimum puan 33, ortalama puan $89,42 \pm 21,688$ ve mod 88 olarak hesaplanmıştır.
2. Katılımcılardan %52,4'ünün siberkondri puanı yüksek, %47,6'sının siberkondri puanı düşük olarak hesaplanmıştır.
3. Yakınlarının sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı, siberkondri düzeyi düşük olanlarda düşük iken, siberkondri düzeyi yüksek olanlarda başvurma sayısı daha yüksek bulunmuştur.
4. Hekimi tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğu bilgiler nedeniyle bırakanlarda siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur.
5. Hekimin istediği bilgileri her zaman verenlerde siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur.
6. Alkol kullanmayanlarda siberkondri düzeyi, kullananlara göre daha düşük bulunmuştur.
7. Psikolojik iyi oluş düzeyi arttıkça siberkondri düzeyi artarken, psikolojik iyi oluş düzeyi azaldıkça siberkondri düzeyi azalmaktaydı.
8. Sürekli kaygı düzeyi düştükçe siberkondri düzeyi düşerken, sürekli kaygı düzeyi arttıkça siberkondri düzeyinin de arttığı bulunmuştur.
9. Çalışmamızın sonucunda, Edirne il merkezinde 15-49 yaş kadınlarda siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur.
10. TNSA 2013(115) verilerine bakıldığında da bizim örneklemimizdeki kadınların eğitim durumlarının daha iyi olduğu görülmektedir. Bu şehrimiz ve ülkemiz için olumlu bir sonuçtur. Bu bulgu çalışma kapsamındaki hastaların genel eğitim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. İnternette sağlık bilgisi aramanın önemli bir bileşeni olan eğitim durumunun yüksek olması siberkondriye ilişkin bulgularda da olumlu yansımalara etki edeceği düşünülmüştür.
11. Siberkondri düzeyi yüksek hastaların gereksiz ilaç kullanımı nedeni ile ilaç kullanma oranı yüksek olabilir ya da kullanılması gereken ilacı internette okuduğu bilgilerle bırakmasından dolayı ilaç kullanma oranı düşük de olabilir. Her iki durumda ekonomik

- maliyetleri, sağlık yönetimini geciktirebileceği ve Şikâyetlerinin devam etmesine neden olabileceği, iş verimliliğinde azalmaya yol açabileceği ve daha birçok gereksiz tedaviye neden olacağı beklenmektedir.
12. İnternet kaynaklarına olan ilgi hızla arttığı için, internet arama sonuçlarından elde edilen güvenilmez bilgilere, özellikle de siberkondriye dayanarak, insanların sağlık kaygılarını yaşama konusunda daha fazla risk altında olduğu düşünülmüştür.
 13. Katılımcıların ilaçlarla ilgili bilgileri internet ortamında araştırması normal olarak görülmektedir. Ancak internet ortamındaki hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilerin güvenirliğinin ve doğruluğunun araştırılması ve sorgulanması gerektiği düşünülmüştür.
 14. Hastaların doğru karar verebilmesini kolaylaştırmak için, hastayı tedavi ve ilaç kullanımı hakkında bilgilendirmek ve potansiyel risk ve yararları tolere edebilmesi için desteklemenin önemli olduğu düşünülmüştür.
 15. Bireyler, internette bilgilerle yanlış yönlendirilebilirler ve gerçek ile kurgu arasında ayırım yapmakta zorluk çekebilirler. Böyle yapan bireylerin en uygun sağlık durumuna dönmeleri ve teşhis ve tedavi altına alınmaları gerektiği dŐnld.
 16. Hekimine rahat sorma durumu düzeyi düşük olan kişilerde, hekimine sormadığı soruları internetten arama yapacağı düşünülerek önemli mesajların atlanmaması yönünden dikkatli olunması gerektiği düşünülmüştür.
 17. Araştırma sonuçları internetin sağlık hizmeti kullanım davranışlarında etkili bir kanal olduğunu göstermektedir.
 18. Bu sonuçlar hastaların hekimiyle görüşmesinden sonra hekimler hastalarının internette araştırma yapacağını aklında tutmaladırlar. Hastaların, hekimin verdiği bilgilerle tatmin olmayıp ve hastalıklarıyla ve sağlık sorunlarıyla ilgili internetten daha detaylı araştırmalar yapabileceğini göstermektedir.
 19. Elde edilen sonuçlara göre bilgi edinmek amacıyla sosyal medya kullanımının yüksek olduğu belirlenmiştir ve sosyal medyanın sağlık ile ilgili konularda tercih edilen önemli bir referans kaynağı olduğunu göstermektedir.
 20. Kadın sağlığının geliştirilmesinde çok etkili olabilecek medyanın doğru Şekilde kullanımın desteklenmesi, sosyal medyada sağlık bilgilerinin kalitesinin ve doğruluğunun artırılması konularında hem sağlık hem de medya çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

21. Her geçen gün gelişen teknoloji ile birlikte internet kullanımının artması nadir görülen bir hastalık ya da durumun tüm semptomlarının araştırabilmesi ve hastalarda sağlık kaygı durumu ortaya çıkarabilmesi de siberkondri puanının her geçen gün artmasına; siberkondrinin giderek daha da yaygın hale gelmesine sebep olabileceğini düşündürdü.
22. Siberkondri kişinin günlük rutin işlerini sürdürmesini engelleyebileceği gibi hem tıbbi hem de zihinsel sağlık hizmetlerini kullanmasının yanı sıra önemli bir halk sağlığı yükü olabileceği düşünülmüştür.
23. Özellikle 15-49 yaş grubu kadınlar gibi internetin en sık kullanım yaşında olanlardan psikolojik açıdan savunmasız olabilecek, risklerin ve potansiyel zararın farkında olamayacak ve tehlikeleri atlatmayı ve yardım aramayı başaramayacak olan kişilerin mutlaka internet kullanım eğitimi alması gerektiği ve interneti daha güvenli hale getirmeye yardımcı olmak için bilgi teknolojisi uzmanları gibi diğer disiplinler uzmanlarla işbirliği yapılarak; İnternet kullanıcıları, güvenilir ve güvenilmeyen web sitelerini ayırt etmeyi kolaylaştırır ve siberkondrili 15-49 yaş grubu kadınların güvenlik açığının sömürülmesi en aza indirilirse, internetteki sağlıkla ilgili bilgilerde kesinlikle olumlu bir gelişme olacağı düşünülmüştür.
24. Aile hekimleri, sağlığıyla ilgili sorular içeren 15-49 yaş grubu kadınların semptomları hakkında bilgi almak için genellikle İnternet'e yöneldiğini aklında tutması gerektiği ve Aile hekimleri, bu tür davranışlara başvurma riski yüksek olan hastaları taraması gerektiği düşünülmüştür.
25. Aile hekimleri hastalarıyla çalışmalı ve içeri girmeden hastalarının önce internette araştırma yapacaklarını akılda tutmalı ve Aile hekimleri doğru ve güvenilir web sitelerinde hastalarına rehberlik etmeli ve kendilerini hastaların yerine koyması; böylece dışarıda hastalarının duygularını ve endişelerini daha iyi anlayabilmesi için gerekmektedir. Aile Hekimleri hastalık kaygısı olan kişilerin, hastalıkla ilgili bilgi için İnternet'i kullanmaktan kaçınmaları konusunda dikkatli olmalıdır. Bu nedenle, hem hastalar hem de aile hekimlerinin sağlık kaygılarına katkıda bulunan faktörleri anlamaları bir önceliktir.
26. Aile hekimleri, çevrimiçi bilgi alan 15-49 yaş kadınların, bunlardan da özellikle 15-18 yaş kadınların ebeveynleriyle 18-49 yaş grubu kadınların ise kendileri ile istişarelerde bulunabilir.

27. Hastalar kendi bakış açısına göre, kendi kendine teşhis etmekten ve kendilerini tedavi etmek yerine doğru tanı ve tedaviye sahip olmak yerine önce aile hekimi görmelidir ve hekimin önereceği güvenilir sitelerde bulunabilirler.
28. İnsanlar sadece sağlık koşullarını yönetmek ve hastalıklar sırasında sosyal destek almak için değil, aynı zamanda hastalıktan korunmak için önleyici yardım almak için İnternet'i kullanması için uygun siteler teşvik edilmeli.
29. Bireyler, internette bilgilerle yanlış yönlendirilebilirler ve gerçek ile kurgu arasında ayırım yapmakta zorluk çekebilirler. Böyle yapan bireylerin en uygun sağlık durumuna dönmeleri ve teşhis ve tedavi altına alınmaları gerekir. Asıl korkulan ise; internette okuduğu bilgiler nedeni ile hekimine danışmadan ilacı bırakmasıdır. Bir doktor hastasına reçete ettiği ilacı hakkında yeterince bilgi vermezse, bu kişi ilacı hakkında daha fazla bilgi edinmek için interneti kullanabilir. İlacın tıbbi müdahale gerektirebilecek riskleri, yan etkileri ve olası müdahalelerini tanımlayabilir, insanların durumlarının ne olması konusunda hafif bir kavrayış elde etmesine yardımcı olabilir.
30. Siberkondrinin yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunu olduğunun bilinmesi gerektiği, siberkondrinin toplumdaki sıklığını azaltmaya yönelik sağlık çalışanlarına ve halka siberkondri risk faktörleri ve yaşam kalitesi hakkında eğitim ve tarama programlarının planlanması ve geliştirilmesi, siberkondrinin her yaşta görüldüğü konusunda hastaların farkındalıklarının artırılması için doktor, ebe ve hemşireler tarafından bilgilendirilmesi, siberkondri sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi için farklı bölge ve örneklem gruplarında çalışılması önerilmektedir.
31. Sağlık bilgisi ile ilgili bilgi veren web siteleri bilgi eksikliklerini tamamlamalı, içerdikleri yanlış bilgiler düzeltilmeli ve en önemlisi en son yayınlanan bilimsel kaynaklara göre bilgilerini güncelleştirmelidirler. Site yöneticilerinin amaçları topluma daha bilimsel bilgiler vermek ve toplumun eğitim seviyesini yükseltmek olmalıdır.
32. İnternet siteleri ilaçlarla ilgili bilgiler veriyor olsalar da; insanların bu konuyla ilgili aile hekimleriyle yüzyüze görüşerek; kullanacakları ilaçları seçmelerinin daha uygun olduğu görülmüştür. Çünkü siteler doğru bilgiler veriyor olsalar bile sağlık okuryazarlığı eksik olan kişileri sağlıksız bir yola taşıyabilir gereksiz ilaç kullanımı veya gereksiz ilaç bırakma ya yol açabilir..
33. Doktorların yoğunluğu, hastasına yeteri vakit ayıramama gibi sonuçları beraberinde getirmektedir. Hasta merkezli iletişim yoksunluğu bu sürecin sonucunda ortaya çıkmakta ve bireyler internete yönelebilmektedir Bireyler sağlıkla ilgili uzman

- görüşmelerinden memnun kalmadıklarında veya sağlık hizmeti sunanlar ihtiyaçlarını karşılamadığında kendilerini bilgilendirmek ve güçlendirmek için internete başvurabilirler .
34. Çalışmamızın sonucunda, toplumda siberkondri ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu ve tıp fakültesi eğitiminde bu konuyla ilgili derslerin eklenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
35. Tıp fakültesi Öğrencilerinin güvenilir sağlık bilgisine erişimi, sağlık personeli aracılığıyla verilecek danışmanlık hizmetleriyle ve sanal ortamdaki bilgilerin güvenilirliğinin artırılmasıyla sağlanabilir.
36. Çalışmamızın sonucunda, toplumda siberkondri ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu ve tıp fakültesi eğitiminde bu konuyla ilgili derslerin eklenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
37. Tıp fakültesi Öğrencilerinin güvenilir sağlık bilgisine erişimi, sağlık personeli aracılığıyla verilecek danışmanlık hizmetleriyle ve sanal ortamdaki bilgilerin güvenilirliğinin artırılmasıyla sağlanabilir.
38. siberkondri düzeyinin toplumun farklı sosyoekonomik düzeylerinde araştırılması gereklidir. Toplumun sağlık alanında bilgi kaynağı olarak kolay ulaştığı ancak denetimsiz olan bu alanda bilgilere hangi doğrulukta olduğu diğer çalışmaların konusu olmalıdır.
39. siberkondrinin belirgin bir halk sağlığı yükü oluşturabilecek bir dizi klinik semptom olarak tanımlanması için daha fazla destek sağlanmalıdır. Gelecekteki araştırmalar semptomları tedavi edip / veya önleyebilecek yolları belirlemelidir.
40. Kadınların siberkondri, kaygı ve psikolojik durumlarını etkileyen sosyokültürel faktörlerin tanımlanması ve düzeltilmesi belli bazı hastalıklardan primer koruma olanağını da oluşturacaktır. Çalışmamızın bu yönde uygun girişimler için fikir sağlayacağı kanaatindeyiz. İleriki yıllarda diğer araştırmacıların düzenleyeceği yeni araştırmalarla konuya süreklilik sağlanabileceği gibi bu konudaki zaman içindeki değişikliklerin de izlenmesi mümkün olacaktır.

ÖZET

Çalışmamızın amacı, Edirne’de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda siberkondri düzeyinin sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisini saptamayı araştırmaktır.

Kesitsel tanımlayıcı desendeki çalışmamızda, Edirne şehir merkezinde yaşayan 422 kadına sosyodemografik bilgi formu, siberkondri ciddiyet, sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ölçekleri uygulanmıştır.

Çalışmaya katılanların %57,3’ü evli, %52,4’ü çalışmıyordu, %6,2’sinin sosyal güvencesi yoktu, 3,8’i açlık sınırında, %1,2’si okuryazardı. Katılımcıların %0,2’si çok kötü sağlık durumu ve %26,8’inin bilinen hastalığı vardı. Katılımcıların %16,2’si sigara ve %17,1’i alkol kullanıyordu. Katılımcıların %19,2’si düzenli ilaç kullanıyordu, %35,5’i düzenli sağlık muayenesi yaptırıyordu. Katılımcıların %55,7’si her zaman sağlık kurumuna kolay ulaşıyordu, %26,1’inin reçeteyi internette okuduktan sonra bırakıyordu ve %66,1’inin hekime başvuruda interneti kullanıyordu. Katılımcıların günlük internet kullanma saati ortalama 2.14 ± 1.837 saat idi ve sosyal medya kullanma saati 2.69 ± 2.027 saat idi.

Katılımcıların siberkondri düzeyini artıran faktörler sürekli kaygı, psikolojik iyi oluş, yakınlarının sağlığı için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru sayısı, hekimin istediği bilgileri her zaman vermek, alkol kullanmak ve hekimi tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğu bilgiler nedeniyle bırakmak idi.

İnternet kullanımı ergenlik çağındayken ve genç yetişkinlerde en yüksek seviyededir. Siberkondri farkındalığının artırılması, sağlıkla ilgili internet kullanımının kapsamı, nedenleri ve sonuçları, sağlıkla ilgili bilgilerin seçiciliğine dikkati ve algılanması, hem çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaların sağlık kaygısını nasıl artırdığını hem de sağlık kaygısını artıran faktörlerin tespiti, sağlık kaygısının internetin sağlık bilgileri için kullanımını nasıl etkilediğini ve siberkondri hastalarında; siberkondriyi yönetebilmeyi sağlayabilmek açısından çalışmamız ileriki çalışmalara temel oluşturabilecek bir önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Kadın, psikolojik iyi oluş, siberkondri, sürekli kaygı

INVESTIGATION OF CYBERCHONDRIA'S CONNECTION WITH TRAIT ANXIETY AND PSYCHOLOGICAL WELL BEING IN WOMEN 15-49 YEARS IN EDİRNE PROVINCE CENTER

SUMMARY

The aim of our study is to determine the level of cyberchondria and its intercourse with the trait anxiety and psychological well being on 15-49 years old women living in Edirne.

In our cross-sectional descriptive pattern study; sociodemographic information form, cyberchondria severity, trait anxiety, and psychological well being criterions were implemented to the 422 women living in Edirne province center.

Of those involved in the study, 57.3% were married, 52.4% were unemployed, 6.2% did not have social security, 3.2% were on the poverty line, %1.2 % were literate. 0.2% of the participants had terrible health condition and 26.8% of them had a disease that is known. 16,2 % of the participants were smoking and 17.1% were using alcohol. 19.2 % of the participants were taking medication regularly, 35.5% of them were going to periodic health examination. %55.7% of the participants were always had easy access to the health institutions, %26.1% of them were leaving the recipe after readin it, and 66.1% of them were using internet for doctoral counseling. The daily internet use of the participants was $2.14 \pm 1,837$ hour average, and the daily use of social media was $2,69 \pm 2,027$ hour.

Factors that increase the level of paticipants' cyberchondition were trait anxiety, psychological well being, the average applicaiton number they did on health institutions for the health of a relative, to give the information that the doctor requires, using alcohol and to stop taking the medication prescribed by the the doctor because of the information from the internet. Factors that increase the level of ppsychological well being were the number of application for a relatives' health condition, periodic health examination and easy access to health services. Factors that increase the level of trait anxiety were the average application number they did on health institution for a relatives' health, marital status, working status, own revenue source, educational level, state of health, periodic health examination, being comfortable about asking questions to the doctor and alcohol use status.

Use of internet level is the highest in adolescence and young adults. How to increase awareness of cybercondria, the extent of health-related internet use, its causes and consequences, the attention and perception of health-related information selection, how to

increase health care anxiety for online health-related searches as well as the factors that increase health anxiety, how health care affects the use of the internet for health information, patients; In terms of being able to manage the cybercondria, our work is important to create a basis for future work.

Key words: Woman, psychological well being, cyberchondria, trait anxiety



KAYNAKLAR

1. Esen Gökçe PDE. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi'nde (EATSM) seçilen aile sağlığı birimlerinde yetişkinlerde siberkondri düzeyi ve ilişkili değişkenler. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Antalya, Türkiye. 2017:536
2. Starcevic V. Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2017;86(3):129-33.
3. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry* 2015;14(1):97-100.
4. Te Poel F, Baumgartner SE, Hartmann T, Tanis M. The curious case of cyberchondria: a longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *Journal of Anxiety Disorders* 2016;43:32-40.
5. Cangöl S. Lalapaşa Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
6. Birleşmiş Milletler [internet]. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi [erişim tarihi: 20.03.2018]. https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html.
7. Demircan T, Gök F, Beydağ D. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3: 1-18.
8. Çalmaz A. Tunceli Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık, Sosyal Ve Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
9. Köşgeroğlu N, Açıkgöz A, Ayrancı U. Kadın sağlığı. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2004;14(3):9-13.
10. Erten H. Bir Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Kadın Sağlığı Hemşireliği Eğitim Ve Danışmanlık Biriminin Oluşturulması ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
11. Akın A, Sevcen F. Türkiye'de kadın sağlığının düzeyi ve aile planlaması. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri* 2006;2(13):1-14.

12. Türk Tabipleri Birliği [internet]. Türkiye’de toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık [erişim tarihi: 21.03.2018]. http://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=667237c4-9232-11e7-b66d-1540034f819c.
13. Taşkın L. Aile planlaması. İçinde: L Taşkın, editör. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 10. baskı. Ankara; Sistem Ofset Matbaacılık;2011.p.527-545.
14. Akın A, Esin , elik K. Kadın sağlığı hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa’da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı. Akın A (Editör). Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın’da. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. s.17-32.
15. Sezgin B, Akın A. Adölesan dönemi üreme sağlığı. Toplum ve Hekim Dergisi 1998; 8(3- 4):27-31.
16. şahin D. Gebelerin Anne Sütü Sağma Teknikleri Ve Saklama Koşulları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Zonguldak:Bölent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2017.
17. Altun T. Kadının statüsü ve kadın sağlığı. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2000;21(4):4.
18. Altınel T. Edirne şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum Ve Etkileyen Faktörler (Tez). Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
19. Özvarış řB. Toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. Hacettepe Tıp Dergisi 2008;39:168-74.
20. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de kadının durumu. Ankara: Afşaroğlu Matbaası 2011:1-44.
21. Akın A, Bahar Özvarış ř. Dünyada ve Türkiye’de kadın sağlığının durumu. Güler , Akın L. (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara:Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006:188-96.
22. Saydam Karaca B, Bozkurt Demirel Ö, Hadımlı Pelik A, Can Öztürk H, Soğukpınar H. Riskli gebelerde öz-bakım gücünün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2007;15 (3):131-9.

23. Özdemir L, Ayvaz A, Poyraz Ö. Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(1): 10-14.
24. Yol E. Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği Ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
25. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine, 4rd ed. New York: Oxford University Press; 2017.99-101.
26. Cihan FG, Haphap M. Wonca bilimsel toplantıları için cinsiyet eşitliği standartları. Türk Aile Hek Derg 2014;18(4):199-203.
27. Gündüz E. Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
28. Erol N, Kılıc C, Ulusoy M, Kececi M, Simsek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd, 2001; 34-42
29. Sadıkoğlu G, Aslan D, Bilgel N. Aile hekimliğinde Ana Sağlığına Genel Yaklaşım. Nazan Bilgel (Editör). Aile Hekimliği'nde. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi; 2006. s.273-301.
30. Kılıçaslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri (tez). Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
31. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. T.B.M.M. kadının statüsünü araştırma komisyonu raporu. 2. Baskı. Ankara: Cem Web-Ofset; 2003:16-22.
32. Bradburn, NM. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Publishing Company; 1969:139-140.
33. Ryff, CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of Happiness Studies 2008;9:13-39.
34. Demirtaş SK. Türkçe Öğretmenlerinin Öğretmen Liderliği Becerileri Sergilemelerine Yönelik Algılarının Çeşitli Değişkenler Bakımından İncelenmesi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2016.

35. Hamurcu H. Ergenlerin Yetkinlik İnançları Ve Psikolojik İyi Oluşlarını Yordamda Psikolojik İhtiyaçlar (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
36. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995;69(4):719-27.
37. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;57(6):1069-81.
38. Ryff CD, Heidrich SM. Experience and well-being: explorations on domains of life and how they matter. *International Journal of Behavioral Development* 1998;20(2):193-206.
39. Ryff, C. D. & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implication for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
40. Ryan RM, Deci EL. The darker and brighter sides of human existence: basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry* 2000;11(4):319-84.
41. Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
42. Ryan, R. M., E. L., Deci (2000a). "Self-Determination Theory and The Facilitation Of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being". *American Psychologist*, 55, 68-78.
43. Çeçen D. Yetişkinlerde Bağlanma Stilleri İle Benlik Saygısı Ve Sürekli Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
44. İlkin M. Farklı Spor Kulüplerinde Düzenli Fiziksel Aktivite Yapan Down Sendromlu Bireylerin Ailelerinin Yaşam Memnuniyeti Ve Sürekli Kaygı Durumları (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
45. Kıratlı, D. Depremzede Olan ve Olmayan Gençlerin Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2001
46. Göller, L. Ergenlerin Akılcı Olmayan İnançları ile Depresyon-Umutluluk Düzeyleri ve Algıladıkları Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.

47. Deniz M. Üniversite öğrencilerin karar verme stratejileri ve sosyal beceri düzeylerinin TA-baskın ben durumları ve bazı özlük niteliklerine göre karşılaştırmalı olarak incelenmesi (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2002.
48. Günaydın H. Psikolojik Danışmanların Ve Danışman Adaylarının Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalarının Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi (tez). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2016.
49. Gülcü NE. Panik bozukluğuna eşlik eden yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda bağlanma biçimleri, mizaç, çocukluk travmaları ve erken yaşam olayları (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi;
50. Sargın N. Lise I ve Lise III Sınıf Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenip Karşılaştırılması (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1990.
51. Deniz BÖ Ergenlerde Duygusal Öz-Yeterlilik Ve Sürekli Kaygı İlişkisinin İncelenmesi (tez) İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2015.
52. Tunay Ş. Depresyon ve Kaygı Belirtilerinde Örtüşen ve Ayrışan Özelliklerin Endişe Olgusu Açısından İncelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
53. Aslanoğlu E. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
54. Tanrıverdi B. İstanbul ili, Küçükçekmece İlçesi'nde Engelli Çocuğa Sahip Anne Ve Babaların Durumluluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Ebeveyn Stilleri Arasındaki İlişki (tez). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
55. Arslan Ç. Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Kaygı Ve Kişisel Kararsızlık Düzeylerinin İncelenmesi (tez). Konya: Selçuk Üniveristesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
56. Kesler R, Chui W. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication (NCSR). Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):617-27.
57. Karaca G. Hiperhidrozlu hastaların anksiyete düzeylerinin sağlıklılarla karşılaştırılması. Türkderm Dergisi 2007;41:51-3.

58. Güz H. Bir grup dermatolojik hastalarda aleksitimi, depresyon ve anksiyete. *Düşünen Adam Dergisi* 2000;13:161-5.
59. Müftüoğlu M., Strok hastalarında depresyon, anksiyete ve aleksitimi bulgularının araştırılması. *Düşünen Adam Dergisi* 1995;8(2):24-6.
60. Gener G. Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1999;2:254-60.
61. Palti C. Üniversiteye Hazırlanan Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Yükseköğretime Geçiş Sınavı Öncesi Ve Sonrasında Benlik Saygısı, Sınav Kaygısı Ve Durumluk – Sürekli Kaygı Düzeyleri (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.
62. Türsen Ü. Stres, hormonlar ve deri. *Dermatoloji Akademi Dergisi* 2011;2(2):308-19.
63. Ataman E. Stres Veren Yaşam Olayları Karşısında Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyini Belirlemedeki Rolü (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
64. Pektaş E. Üniversite öğrencilerinin algıladıkları ebeveyn kabul - reddi ile depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
65. Vural M. Anksiyete Bozukluğunun Ani Ölüm Yapma Potansiyeli, *Anatol J Cardiol*, 7 s. 179-183, 2007
66. Canbaz S. Samsun Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çırakların Sosyodemografik, Çalışma Yaşamı Özelliklerinin Ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Samsun: 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2001.
67. Lépine JP. The Epidemiology Of Anxiety Disorders: Prevalence And Societal Costs, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(14) s.4-8 2002
68. Özyurt, Ö. Hafif Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Algıladıkları Aile İşleyişi ve Aile Yaşam Kalitesinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2011.
69. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, 1. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi,1997:278

70. Çardak M. Affedicilik yönelimli psiko-eğitim programının affetme eğilimi, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş, sürekli kaygı ve öfke üzerindeki etkisinin incelenmesi (tez). Sakarya:Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2012.
71. Adkins, K. K. Parker, W. D. “Perfectionism and Suicidal Preoccupation”, Başaran, İ. E. Yönetimde İnsan İlişkileri, Gül Yayınevi;1992: 64(2), ss.529-543.
72. Engür M. Elit Sporcularda Başarı Motivasyonunun, Durumluk Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002
73. Öztaş B. Stres Nörofizyolojisi: Stres ve Hastalıkları. (Ed. Tahran N). İstanbul,Medikal Tıp Kitapevi;1990;ss 15-26.
74. Tural Ü, Panik Bozukluğu ve Solunum Sistemi Düzensizlikleri, Klinik Psikiyatri,11(Ek 2), s.12-15, 2008.
75. Alpaslan AH. Cyberchondria and adolescents. The International journal of social psychiatry 2016.
76. Fergus, T. A. Cyberchondria and intolerance of uncertainty: Examining when individuals experience health anxiety in response to Internet searches for medical information. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 2013;16:735–39.
77. Bennett, G. G. & Glasgow, R. E. The delivery of public health interventions via the Internet: Actualizing their potential. Annual Review of Public Health 2009;30:273–92
78. White RW, Horvitz E. Predicting escalations of medical queries based on web page structure and content. Proceedings of the 33rd International ACM SIGIR Conference on Research and Development in Information Retrieval; SIGIR '10; Jul 19-23, 2010; Geneva. 2010;16:769–70.
79. White RW. Horvitz E. Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search 2008;11:26
80. Pew Internet and American Life Project online health search 2006. Accessed January 2018.
81. Lewis T. Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? Media Culture Society journal citation reports 2006;28(4):521–39.

82. Fergus, T. A., Russell L. H. Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive – Compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *J Anxiety Disord* 2016;38;88–94,
83. McElroy E., Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord*;2014: 28, 259–65
84. Starcevic V., Berle D. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*;2013;13, 205–13
85. Doherty-Torstrick E. R., Walton K. E., Fallon B. A. Cyberchondria: Parsing health anxiety from online behavior. *Int J Psychosom* :2016;57,390–00.
86. Fergus TA, Spada MM. Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clin Psychol Psychother*;2017;24(6):1322-30.
- 87: Fergus TA. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *J Affect Disord*;2015;184;305-09.
- 88: Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *International journal of behavioral medicine*; 2016;23(5):595-05.
- 89: Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA. Advances in understanding illness anxiety. *Curr Psychiatry Rep* :2008;10:311-17.
- 90: Copelton, D., & Valle, G. "You don't need a prescription to go gluten-free": The scientific self-diagnosis of celiac disease. *Soc Sci Med*; 2009;623-31.
- 91: Luger T. M., Houston T. K., & Suly J. Older adult experience of online diagnosis: Results from a scenario- based think-aloud protocol *Journal of Medical*; 2014:105-07
- 92: Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. Consumer health information seeking on the internet: The state of the art. *Health Education Research: Theory & Practice*; 2001;16(6), 671-92.
- 93: Sillence E, Briggs P, Harris P, Fishwick L. Changes in online health usage over the last 5 years. In: *CHI '06 extended abstracts on human factors in computing systems – CHI '06*. New York, USA; ACM Press, 2006: 1331.

- 94: Hardy, M. Doctor in the house: The Internet as a source of lay health knowledge and the challenge of expertise. *Sociol Health Illn*; 1999;21(6), 820-35.
- 95: Benigeri, M., & Pluye, P. Shortcomings of health information on the Internet. *Health Promotion International*; 2003;18(4), 381-86.
- 96: Norr AM, Allan NP, Boffa JW, Raines AM, Schmidt NB. Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. *J Anxiety Disord*; 2015;31:58-64.
- 97: C. Escoffery, K.R. Miner, D.D. Adame, S. Butler, L. McCormick, E. Mendell Internet use for health information among college students *Am Coll Health*; 2005;pp. 183-88
- 98: J. Powell, N. Inglis, J. Ronnie, et al. The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study *J Med Internet Res*; 2011;13(1),144-48
- 99: J.E. Volkman, T.M. Luger, K.L. Harvey, et al. The National Cancer Institute's Health Information National Trends Survey [HINTS]: a national cross-sectional analysis of talking to your doctor and other healthcare providers for health information *BMC Fam Pract* 2014;15:70-4
- 100: Landro , Laura . A better online diagnosis before the doctor visit. *Wall St J* , July 2013
- 101: White RW, Horvitz E: Experiences with Web search on medical concerns and self diagnosis; in *Proceedings from the American Medical Informatics Association Annual Symposium 2009*;pp 696-99.
- 102: Starcevic V, Berle D: Cyberchondria: an old phenomenon in a new guise? in Aboujaoude E, Starcevic V (eds): *Mental Health in the Digital Age: Grave Dangers, Great Promise*. New York, Oxford University Press, 2015, pp 106-17.
- 103: Baumgartner SE, Hartmann T: The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011;14:613-18.
- 104: Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JM: Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anxiety Disord* 2012;26:189-196.

- 105: Eastin MS, Guinsler NM: Worried and wired: effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors. *Cyberpsychol Behav* 2006;9:494-498.
- 106: Singh K, Brown RJ: Health-related Internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety Stress Coping* 2014;27:542-554.
- 107: Guo Y, Kuroki T, Yamashiro S, Koizumi S: Illness behaviour and patient satisfaction as correlates of self-referral in Japan. *am Pract Res J* 2002;19:326-332.
- 108: McManus F, Leung C, Muse K, Williams JMG: Understanding “cyberchondria:” an interpretative phenomenological analysis of the purpose, methods and impact of seeking health information online for those with health anxiety. *Cogn Behav Ther* 2014;7:e21.
- 109: Von Scheele C, Nordgren L, Kempf V, Hetta J, Hallborg A: A study of so-called hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 2010;54: 50-56.
110. Kararımak, Ö.ve Siviş Çetinkaya, R. Modernizmden Postmodernizme Geçiş ve Pozitif Psikoloji Türk; Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi; 2008:Cilt 3, Sayı 30 sayfa 102-115
111. Uzun SU. Özdemir C. Akbay B. Zencir M. Bir Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Antalya, Türkiye. 2017:527
112. Tülay A. Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum Ve Etkileyen Faktörler (tez) Edirne; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
113. Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y, Güler R. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 2(2): 10- 15. Şimşek Z, Ak D, Altındag A, Gunes M.. J Public Health. in press 2008.
114. DİE, Türkiye’de kadın bilgi ağı. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 2002. <http://www.die.gov.tr/tkba/istatistikler1.htm> 20,04,2018 10:45
115. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

116. Uğrak U. Cihangiroğlu N. Uzuntarla Y. Teke A. Hastaların Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Acil Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi, Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi 2016;13(7);18-24
117. TÜRK-İŞ (2017). Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Aralık 2017 Açlık Ve Yoksulluk Sınırı 26 Aralık 2017, (Çevrimiçi): <http://www.turkis.org.tr/Aralik-2017-Aclik-Ve-Yoksulluk-Siniri-d11671>
118. Sertbaş, G. (1998). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 1-3,12-15,27-33, 122-136
119. Çucu, N.Ö. (2001). Adölesan Gebelerin Kaygı Düzeylerinin ve Prenatal Risk Faktörlerinin İncelenmesi (tez) İzmir:Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı;16-21, 35- 40, 43-44, 172-177, 183-190
120. Özgül F. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,; 2003;ss 3-24
121. Akgün A, Gönen S, Aydın M. İlköğretim Fen ve Matematik Öğretmenliği Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2007;20;283-299
122. İsa Yücel İ. Üniversite Öğrencilerinin Muhafazakâr Yaşam Tarzları İle Psikolojik İyi Oluşlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı; 2011
123. Enes Can F. Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007
124. Eker E. Edirne ili Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi (tez). Edirne: T.Ü. Tıp Fakültesi; 2006.
125. Yalçın BM. Edirne ilinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.

126. Uğurcan S. Özden Aksu S. Suphi V. Serdar Selçuk K. Ethem E. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2017, Cilt 2, Sayı 3, 1-12
127. Ziyafet U. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
128. Esra G. Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2012.
129. Bülent K. Edirne ili merkezinde yaşayan 18 yaş üstü popülasyonda ortostatik özellikli baş ağrısı prevalansı (tez). Edirne:Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2010.
130. Cem Ç. Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinansı etkileyen faktörler (tez). Edirne:Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2010.
131. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü;Ankara 26 Aralık 2014
132. Sibel K. Annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:4
133. Don N. Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century Health Promotion International, Volume 15, Issue 3, 1 September 2000, Pages 259–267 doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
134. Mustafa İ, Hakan T, Sefer A, F. Nur A. Seçil Ö. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle

Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 25, Sayı 3, Eylül 2006 http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2006/sayi_3/baslik6.pdf

135. Ahmet A. Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler Edirne:Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2012

136. Fatih M. Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması Adana;Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2010

137. Uğrak U. Cihangiroğlu N. Uzuntarla Y. Teke A. Hastaların Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Acil Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü

138. Taşlıyan M. Akyüz M. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 12 (19): 61-66, 2010

139. Özcan M. Özkaynak V. Toktaş İ. Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri Dicle Tıp Dergisi, 2008 Cilt: 35, Sayı: 2, (96-101)

140. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni Cilt 2; Sayı 9; Eylül 2015 <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/farmakoloji-ozel-dergisi/1304-4257/tr-index.html>

141. Stewart, Brown, Weston, McWhinney, Freeman;Patient-Centered Medicine:Transforming the Clinical Method Thousand Oaks:Sage Publications, 1995

142. Oğuz Y. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi Türkiye klinikleri J Med ETHHİCS 1995;(2):59-65 Deontoloji AD. Ankara:Ankara üniversitesi tıp fakültesi,

143. Akıllı, A. Genç, M. (2007). Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. Malatya:İnönü Üniversitesi Tıp Fak. Derg, 14(2): 95-99.

144. Aydem Ç. Ordun G. Hastaların Hekimlerin Kendileri İle Kurdukları İletişiminden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma Temmuz 2010.109-118. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/165734>

145. Aksakoğlu G. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin Seçtiği Sağlık Kuruluşları ve Bu Seçimi Etkileyen Etmenler Üzerine Bir

İnceleme, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara:Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 1979.

146. Kapaklı E, Kök Z, Salgar K, Emin N, Başaran E, Yaylı F. Moda Sağlık Ocağı'na başvuranların verilen hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri. STED 2005;14 (3): 55-61

147. Yücel HA, Özalper MH. T.C. Sağlık Bakanlığı, Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü, ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi Kapsamında Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarından Hizmet Alanların Memnuniyeti Anketi Değerlendirme Raporu. Şanlıurfa, 2004

148. Ersoy F, Edirne T, Yıldırım C. Birinci basamakta hasta memnuniyeti. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul, 27-28 Eylül 2001:366-70.

149. Tengilioğlu E. Hastane ve hekim tercihinde sosyal medya kullanımının etkisi: Ankara ili örneği Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Ankara;2014

150. Escoferry C. İnternet Use for Health Information Among College Students Pages 183-188 | Published online: 06 Aug 2010 Journal of American College Health Volume 53, 2005 - Issue 4: doi.org/10.3200/JACH.53.4.183-188

151. Eren Şişman E. Sosyal Medya Kullanım Amaçları Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Bazı Kişisel Değişkenlere Göre İncelenmesi Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 29(4), 230-243 [Ekim 2014]

152. Ülkü HH. Oktav T. Abbak M. Sağlık Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Amaçları Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 5, Sayı: 61, Aralık 2017, s. 384-396

153. Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions A review of the evidence.2006; http://www.health.org.uk/sites/health/files/PatientFocusedInterventions_ReviewOfTheEvidence.pdf

154. Networking Health Prescriptions for the Internet National Research Council (US) Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000

155. Mano R. Social media and online health services: A health empowerment perspective to online health information, Computers in Human Behavior.3: 404-412 DOI:10.1016/j.chb.2014.07.032

156. Öner L. Edirne'de Hiperkolesterolemi Prevalansı ve Kardiyovasküler Risklerin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
157. İkinci S. Akdur R. Sosyokültürel Faktörler Ve Sigara Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı:Ankara ;2017
158. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 No;948 Ankara,;2014
159. Gökçe T, Dünder C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.Samsun İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 15 (1) 25-28 (2008)
160. Çakmak ŞS. Ayvaşık BH Üniversite Öğrencilerinde Alkol Kullanma Nedenleri ile Kaygı Duyarlılığı Arasındaki İlişki Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Türk Psikoloji Dergisi 2007, 22 (60), 91-107
161. Başaran Mh. Sporcularda Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyleri lin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenleri Anabilim Dalı Konya;2008
162. Zülfikar H. Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi (2014) Cilt 22 - Sayı 1: 46-52 ISSN 2147-4923 Derleme Yazısı
163. Görkemli N. Sağlık İletişiminde İnternet Kullanımı Üzerine Bir Araştırma The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication - TOJDAC January 2017 Volume 7 Issue 1
164. Buck, Stephanie, "What Doctors Think About Your Online Health Searches," Mashable.com, June 15, 2012, <http://mashable.com/2012/06/15/online-medical-searches/#m5q8QKSQaSqH>

EKLER



**EDİRNE İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA SİBERKONDRİ’NİN
SÜREKLİ KAYGI VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

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

ARŞ. GÖR. DR. MEHMET AKİF BAŞOĞLU

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. ÖNDER SEZER

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Tıpta Uzmanlık Tezi Ebeveyn Onam Formu

Sayın ebeveyn; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondrinin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinin İncelenmesi” amacıyla yapılacak bir araştırmaya dair çocuklarınıza sorulmak üzere aşağıdaki sorular hazırlanmıştır. Sizin ve çocuğunuzun rızası dâhilinde araştırmacı tarafından çocuğunuzun görüşleri alınacaktır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşılmayacaktır. Katılımcıların isimleri alınmayacaktır. Çocuğunuzun formu doldurması, izniniz olduğu anlamına gelecektir. Verilen bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgileriyle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

**EDİRNE İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA SİBERKONDRI’NİN,
SÜREKLİ KAYGI VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

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

ARŞ. GÖR. DR. MEHMET AKİF BAŞOĞLU

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “ Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondrinin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş ile İlişkisinin İncelenmesi” amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Yaşınız.....

2-Medeni durumunuz:

- | | | |
|-------------------------|----------|-------------|
| 1. Evli | 2. Bekar | 3. Boşanmış |
| 4. Eşinden ayrı yaşıyor | 5. Dul | |

3-Çalışma durumunuz:

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. Çalışmıyorum | 2. Çalışıyorum |
|-----------------|----------------|

Çalışıyorsanız mesleğiniz:.....

4-Sosyal güvenceniz:

- | | | |
|------------------|--------------|----------|
| 1.Yok | 2.SSK | 3.Bağkur |
| 4.Emekli sandığı | 5. Yeşilkart | |

5-Kendinize ait bir gelir kaynağınız:

- 1.Yok
- 2.Var (varsa miktarı):.....

6- Hane halkının toplam aylık geliri ne kadar? (aynı evde yaşayan tüm bireylerin geliri toplamı).....

7-Eğitim düzeyiniz:

- | | | |
|--------------------|--------------|-----------------------|
| 1.Okur-yazar değil | 2.Okur-yazar | 3.İlkokul |
| 4.Ortaokul | 5.Lise | 6.Üniversite ve üzeri |

8-Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- | | | | | |
|------------|--------|--------|---------|------------|
| 1.Mükemmel | 2. iyi | 3.orta | 4. kötü | 5.çok kötü |
|------------|--------|--------|---------|------------|

9-Bilinen hastalığınız / hastalıklarınız var mı?

- 1.Yok
- 2.Var (varsa isimlerini belirtiniz).....

10-Düzenli kullandığınız ilaç / ilaçlar var mı?

- 1.Yok
- 2.Var (varsa isimlerini belirtiniz).....

11-Kendi sağlığınız için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

- 1.(1)kez 2.(2)kez 3.(3)kez 4.(4)kez ve üstü

12-Yakınlarınızın sağlığı için (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

- 1.(1) kez 2.(2) kez 3.(3) kez 4.(4)kez ve üstü

13-Periyodik sağlık muayeneniz düzenli yapılıyor mu?

1.Hayır

2.Evet

14-Doktorunuza durumunuz ile ilgili olarak rahat soru sorabiliyormusunuz?

- 1.Hiçbir zaman 2.Nadir 3. Bazen 4. Her zaman

15.Doktorunuza başvurduğunuzda, doktorunuz sağlık/hastalığınız ile ilgili istediğiniz bilgileri veriyor mu?

- 1.Hiçbir zaman 2.Nadir 3. Bazen 4. Her zaman

16. Sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb...) kolayca ulaşabiliyor musunuz?

- 1.Hiçbir zaman 2.Nadir 3. Bazen 4. Her zaman

17-Doktorunuz tarafından reçete edilen bir ilacı kullanmayı internette okuduğunuz bilgiler nedeniyle bıraktığınız oldu mu?

1.Hayır

2.Evet

18-Hekime başvurunuzda ve/veya hastane seçiminizde interneti kullanıyor musunuz?

1.Hayır

2.Evet

19- Sosyal medya haricinde günlük ortalama kaç saat internet kullanıyorsunuz?.....

20-Günlük ortalama kaç saat sosyal medya (Facebook, Twitter, Skype, WhatsApp, Instagram, Messenger, Viber vb.) kullanıyorsunuz?.....

21- Sigara kullanıyor musunuz?

1.Hayır

2.Evet :

Günde kaç paket içiyorsunuz?:.....

Kaç yıldır içiyorsunuz?:.....

3. İçiyordum bıraktım

Günde kaç paket içiyordunuz?:.....

Kaç yıl içtiniz?:.....

22-Alkol kullanıyor musunuz?

1.Hayır

2.Evet (günlük tüketim miktarınız:.....)

3.İçiyordum bıraktım (ne kadar içtiniz?.....)

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.

	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
23- Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum fark edersem bunu internette araştırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24- Aynı hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette birçok kez araştırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, Facebook/Twitter/diğer sosyal ağlarda harcadığım zamanı engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, aile hekimime başvuramama neden olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra rahatlayamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, diğer çalışmalarımı engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra tedirginliğim artar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette yaptığım boş zaman aktivitelerimi (Ör: film izlemek...vs) engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31- Aile hekimimin/uzman doktorun görüşünü, internette yaptığım araştırmalardan daha fazla ciddiye alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32- Hastalık belirtilerimin/şikâyetlerimin, nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta bulunduğunu internette okuduğumda paniğe kapılırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, o hastalığı olan kişilerin tıbbi durumlarını, hastalık belirtilerini ve deneyimlerini tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, işimi engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

	HIÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
35- Aynı sağlık durumuyla ilgili farklı internet sayfalarını okurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36-Hastalık belirtilerini /şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi engeller (Ör: ailemle/arkadaşlarımla geçirdiğim zamanı azaltır).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37-İnternette edindiğim tıbbi bilgileri, aile hekimimle/sağlık çalışanlarıyla görüşürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38- İnternette okuduğum, ihtiyacımın olabileceği tanı yöntemini (biyopsi, BT, MR, özel kan testi...vs) aile hekimime/uzman doktora öneririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39- Hastalık belirtilerini/shikâyetlerimi internette araştırmak, internette haber / spor / eğlence ile ilgili yazıları okumamı engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40- Hastalık belirtilerim/shikâyetlerim ile ilgili olarak aynı internet sayfasını birçok kez okurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41- Hastalık belirtilerimi/shikâyetlerimi arama motoruna girdiğimde; sonuç sayfasındaki sıralamanın, hastalık yaygınlığına göre olduğunu ve daha üstte yer alanların en olası tanı olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42- Ciddi bir hastalık hakkında internette bilgi okuyuncuya kadar iyi olduğumu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43- Hastalık belirtilerimi/shikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44- Hastalık belirtilerini/shikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45- Hastalık belirtilerini/shikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46- Hastalık belirtilerini/shikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi (Skype,WhatsApp,Messenger,Viber) engeller/yavaşlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
47- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48-Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
49- Sağlık sorunlarım ile ilgili internetten edindiğim bilgileri aile hekimiyile konuşmak beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50- Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51- İnternette araştırdığım hastalık belirtilerim/şikâyetlerim hakkındaki kaygılarımı gidermekte güçlük çekerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
53- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
54-“Eğer internette hastalık belirtim/şikâyetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
55- Aile hekimim/uzman doktor internetten elde ettiğim bilgileri ‘önemseme’ derse endişem gider.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
56.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
57.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
58.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
59.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
60.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
61.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
62.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
63.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
64.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
65.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
66.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
67.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
68.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
69.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
70.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
71.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
72.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
73.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
74.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
75.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
76.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
77.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
78.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
79.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
80.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
81.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
82.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
83.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
84.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
85.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)

		HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
86.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
87.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
88.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
89.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
90.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
91.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
92.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
93.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
94.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
95.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kendiniz ve yaşamınız hakkında hissettiklerinizle ilgili bir dizi ifade yer almaktadır. Lütfen doğru veya yanlış cevap olmadığını unutmayınız. Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.

Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.

	HİÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILIYORUM	BİRAZ KATILIYORUM	TAMAMEN KATILIYORUM
96. İnsanların çoğu beni sevgi dolu ve şefkatli biri olarak görür	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
97. Bazen etrafımdaki insanlara daha fazla benzemek için düşünce ve davranış tarzımı değiştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
98. Genellikle yaşadığım durumlardan sorumlu olduğumu hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
99. Ufkumu genişletecek aktivitelerle ilgilenmiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
100. Geçmişte yaptıklarımı ve gelecekte yapacaklarımı düşündüğümde kendimi iyi hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
101. Yaşamımı gözden geçirdiğimde, yaşamımdaki olayların sonuçlanış şeklinden memnunluk duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
102. Yakın arkadaşlıkları devam ettirmek benim için zor ve başarısızlıkla sonuçlanan bir süreçtir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
103. Bir çok insanın görüşlerinin tersi olduğu zaman bile görüşlerimi ifade etmekten korkmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	HİÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILYORUM	BİRAZ KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
104. Günlük yaşamın talepleri karşısında genellikle kendimi mutsuz hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
105. Genellikle her geçen gün kendimle ilgili daha fazla şey öğrendiğimi hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
106. İçinde bulunduğum günü yaşarım ve geleceği gerçekten düşünmem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
107. Genellikle kendimi güvenli ve olumlu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
108. Sorunlarımı paylaşabileceğim az sayıda yakın arkadaşım olmasından dolayı çoğunlukla kendimi yalnız hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
109. Kararlarım genellikle başkalarının kararlarından etkilenmez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
110. Etrafımdaki insanlarla ve içinde bulunduğum toplumla çok uyumlu değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
111. Yeni şeyleri denemekten hoşlanan biriyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
112. Gelecek bana hemen hemen her zaman problemler getireceğinden içinde yaşadığım ana odaklanmayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
113. Tanıdığım birçok kişinin yaşamdan benim elde ettiğimden daha çok şey elde ettiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
114. Aile üyeleri ya da arkadaşlarla kişisel ve karşılıklı konuşmalar yapmaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	HIÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILYORUM	BİRAZ KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
115. Diğer insanların benimle ilgili düşünceleri hakkında endişe duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
116. Günlük yaşamımdaki sorumlulukların çoğunun üstesinden gelmekte oldukça başarılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
117. Yaptığım şeylerde yeni yolları denemeyi istemem. Yaşamım bu şekilde güzeldir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
118. Yaşamımın yönünü ve amacını belirledim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
119. Fırsat olursa kendimle ilgili değiştirmeyi düşündüğüm bir çok şey var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
120. Yakın arkadaşlarım problemleri hakkında benimle konuştuklarında iyi bir dinleyici olmak benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
121. Benim için kendi mutluluğum başkalarının beni onaylayıp onaylamamasından daha önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
122. Sık sık sorumluluklarımın altında ezildiğimi hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
123. Kendim ve yaşam hakkındaki düşüncelerime meydan okuyan yeni deneyimler yaşamamın önemli olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
124. Günlük etkinliklerim bana sık sık dikkate değmez ve önemsiz gibi görünür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
125. Kişiliğimin pek çok yönünden hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	HIÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILYORUM	BİRAZ KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
126. Konuşmaya ihtiyacım olduğunda çevremde beni dinlemek isteyen çok insan yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
127. Güçlü fikirleri olan insanlardan etkilenmeye yatkınım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
128. Yaşadığım durumdan mutsuz olsaydım, onu değiştirmek için etkili önlemler alırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
129. Bir birey olarak yıllardır gerçekten ilerleme kaydetmediğimi düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
130. Yaşamda başarmaya çalıştığım şeylerle ilgili olarak akılcı davranma yetisine sahip değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
131. Geçmişte bazı hatalar yaptım, ancak her şeyin olabilecek en iyi şekilde sonuçlandığını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
132. Arkadaşıklıktan çok şey öğrendiğimi düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
133. İnsanlar bana yapmak istemediğim şeyleri nadiren yaptırabilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
134. Bireysel ve mali işlerimi yürütmede genellikle başarılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
135. Bence insan her yaşta olgunlaşmaya ve gelişmeye devam edebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
136. Eskiden kendim için amaçlar koyardım, fakat şimdi bu zaman kaybı gibi görünüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	HİÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILYORUM	BİRAZ KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
137. Bir çok yönden yaşamımdaki kazançlarıma ilişkin hayal kırıklığı hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
138. Diğer insanların çoğunun benden daha fazla arkadaşı olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
139. Benim için başkalarıyla uyusmak ilkelerimle tek başına ayakta durmaktan daha önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
140. Hergün yapmak zorunda olduğum şeylere yetişememek bende gerginlik yaratır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
141. Zamanla, beni daha güçlü ve yetenekli kılan bir yaşam anlayışına sahip oldum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
142. Gelecek için planlar yapmaktan ve onları gerçekleştirmeye çalışmaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
143. Bir çok açıdan kim olduğumla ve sürdürdüğüm yaşamla gurur duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
144. İnsanlar beni zamanını başkalarıyla paylaşmada istekli, verici bir kişi olarak tanımlarlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
145. Genel fikirlere ters düşse bile kendi görüşlerime güvenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
146. Yapılması gerekenleri yapabilmek için zamanımı planlama konusunda başarılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
147. Zamanla bir birey olarak çok geliştiğimi düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	HİÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILIYORUM	BİRAZ KATILIYORUM	TAMAMEN KATILIYORUM
148. Kendim için yaptığım planları gerçekleştirmede etkinimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
149. Bir çok insanın yaşam biçimine imrenirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
150. Başkalarıyla çok sıcak ve güvenli ilişkilerim olmadı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
151. Tartışmalı konularla ilgili düşüncelerimi ifade etmek benim için güçtür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
152. Günlük yaşamım hareketlidir, fakat herşeye yetişmek bana mutluluk verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
153. Daha önceden alıştığım tarzdan farklı olan ve değişmemi gerektiren yeni durumlarda bulunmaktan hoşlanmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
154. Bazı insanlar yaşamları boyunca amaçsız gezinirler, fakat ben onlardan biri değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
155. Kendime ilişkin düşüncelerim muhtemelen çoğu insanın kendisi hakkında hissettiği kadar olumlu değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
156. Arkadaşlıklar konusunda kendimi genellikle dışardan bakan birisiymiş gibi hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
157. Eğer ailem veya arkadaşlarım kararlarımı katılmıyorsa genellikle fikrimi değiştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
158. Günlük yaşam aktivitelerimi planlamayı denediğim zaman hüsrana uğrarım, çünkü yapmayı tasarladığım şeyleri asla tamamlayamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	HIÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILYORUM	BİRAZ KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
159. Benim için yaşam devam eden bir öğrenme, değişme ve büyüme sürecidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
160. Bazen kendimi yaşamda yapılabilecek her şeyi yapmış gibi hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
161. Çoğu sabah, yaşam tarzım konusunda umutsuzluk duygusuyla uyanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
162. Arkadaşlarıma güvenilebileceğimi biliyorum, onlar da bana güvenilebileceklerini bilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
163. Belirli bir biçimde düşünmemi veya davranmamı gerektirecek sosyal baskılara boyun eğen biri değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
164. İhtiyacım olan etkinlik ve ilişkileri bulma çabalarımda oldukça başarılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
165. Yıllar geçtikçe görüşlerimin nasıl değiştiğini ve olgunlaştığını görmekten hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
166. Yaşamdaki amaçlarım benim için hayal kırıklığı yaratmaktan çok doyum kaynağı olmuştur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
167. Geçmişim iniş çıkışlarla doludur, fakat genellikle geçmişimi değiştirmeyi istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
168. Başkalarıyla konuşurken onlara gerçekten açılmakta zorlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
169. Yaşamımda yaptığım seçimlerin başkaları tarafından nasıl değerlendirildiğini önemserim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

	HIÇ KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILMIYORUM	ÇOK AZ KATILYORUM	BİRAZ KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
170. Yaşamımı beni tatmin edecek biçimde düzenlemekte zorlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
171. Yaşamımda büyük gelişmeler ya da değişiklikler yapmayı denemekten uzun zaman önce vazgeçtim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
172. Yaşamda neyi başardığımı düşünmeyi doyum verici bulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
173. Kendimi arkadaşlarım ve tanıdıklarım ile karşılaştırdığımda kim olduğumla ilgili olarak kendimi iyi hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
174. Ben ve arkadaşlarım sorunlarımızı birbirimizle paylaşıyoruz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
175. Kendimi başkalarının önem verdiği değerlerle değil, kendi önem verdiğim şeylerle değerlendiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
176. Zevklerime uygun bir ev ve yaşam tarzı oluşturabildim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
177. Bence “Yaşlı bir köpeğe yeni numaralar öğretilemez” özdeyişi doğrudur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
178. Bir sonuç değerlendirmesi yaptığımda, yaşamımda çok fazla kazançlarım olduğundan emin değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
179. Herkesin zayıf olduğu yönler vardır, fakat benim payıma daha fazlası düşmüş gibi görünüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

ANKETİMİZE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARASTIRMA BASVURUSU ONAYIBASVIRU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/233				
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondri'nin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş ile İlişisinin İncelenmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Önder SEZER				
	ARASTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARASTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/06					
	Tarih: 06.09.2017					
Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Mehmet Akif BAŞOĞLU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcutan oy birliği ile karar verilmiştir.						
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi				
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ulfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugul KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan UMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretim. Sınan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Ünvan a.
Değerli Yrd.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TOPLUM
SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
17/11/2017 15:54 - 49654233 - 604.02 - E.1388



00054639632

Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yrd. Doç.
Önder SEZER)

EDİRNE VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 23/10/2017 tarihli ve 59873402-772.02-1733 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Önder SEZER sorumluluğunda, Araştırma Görevlisi Dr. Mehmet Akif BAŞOĞLU tarafından yapılmak istenen "Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondri'nin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinin İncelenmesi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Bu çerçevede araştırmacının kendi imkânları ile kişilere ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Bakan a.
Genel Müdür

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892

Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU

Unvan:TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fd59c0aa-d9f2-4d7c-89a3-88bda7f3e37 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Sayı : 59873402/772.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yrd. Doç.
Önder SEZER)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Önder SEZER sorumluluğunda, Araştırma Görevlisi Dr. Mehmet Akif BAŞOĞLU tarafından yapılmak istenen "Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondri'nin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinin İncelenmesi" konulu araştırma için Bakanlığımıza görüş sorulmuş ve alınan cevabi yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.A.Muhsin KIŞIOĞLU
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

Araştırma İzin Talebi (Yrd. Doç. Önder SEZER)_Ustyazi