



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18 YAş ÜSTÜ BİREYLERDE SİBERKONDRİNİN
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI VE E-SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE OLASI İLİşKİSİ

Dr. Ayşe Hilal BAşHAN ASLANTAş

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2022



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18 YAş ÜSTÜ BİREYLERDE SİBERKONDRİNİN
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI VE E-SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE OLASI İLİşKİSİ

Dr. Ayşe Hilal BAşHAN ASLANTAş

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Murat ALTUNTAş

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2022

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği kliniğinde eğitimime başladığım günden beri desteğini hiç esirgemeyen, bilgi ve tecrübesiyle yolumu aydınlatan, ilgi ve alakasıyla hep yanımda olan tez danışmanım ve değerli hocam Doç.Dr. Murat Altuntaş'a,

Asistanlık sürecimi güzelleştiren, her istediğimde yardımına koşan, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum Dr.Tuçe Taşyürek, Dr.Muhammed Mustafa Taşyürek ve Dr.Tayfun Kahraman'a,

Klinikçe huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan, birbirimize destek olduğumuz tüm asistan arkadaşlarıma,

İlk stetoskopumu hediye ettiği günden bugüne elini hep sırtımda hissettiğim, ayak izlerini takip ettiğim sevgili amcam Doç.Dr. İbrahim Başhan'a,

Beni sevgi ve huzur dolu bir ailede büyütürken her türlü desteği veren, önümü açan çok kıymetli aileme; babam Mehmet Fatih Başhan'a, annem Müslimet Başhan'a, rahmetli ablam Betül Başhan'a ve canım ablam Nihal Akdemir'e,

Her zaman yanımda olan, elimi hiç bırakmayan, sevgisiyle tüm zorlukları kolaylaştıran biricik eşim Akif Aslantaş'a,

Sonsuz teşekkür ve sevgilerle...

Dr.Ayşe Hilal BAŐHAN ASLANTAŐ

İstanbul / 2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 SİBERKONDRİ	4
2.1.1 Siberkondrinin Tarihçesi	4
2.1.2 Siberkondrinin Tanımı	4
2.1.3 Siberkondrinin Tanısı ve Tedavisi	5
2.2 PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI (PİK).....	6
2.2.1 PİK'in Tanımı ve Tanı Kriterleri	6
2.2.2 PİK ve Komorbid Hastalıklar	7
2.2.3 PİK Tedavisi	8
2.3 ELEKTRONİK SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	8
2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi	8
2.3.2 E-Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	9
2.3.3 E-Sağlık Okuryazarlığının Önemi	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.1. ARAŞTIRMA ÖZELLİKLERİ.....	11
3.2. ARAŞTIRMA MERKEZİ	11
3.3. DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ.....	11

3.3.1 Dahil Edilme Kriterleri.....	11
3.3.2 Dahil Edilmeme Kriterleri	12
3.4. ARAŞTIRMA ANKET FORMU	12
3.4.1 Sosyodemografik Sorular	12
3.4.2 Problemlİ İnternet Kullanımı Ölçeği-Kısa Formu(PİKO-KF)	12
3.4.3 Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Formu	13
3.4.4 E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	13
3.5. ARAŞTIRMA EVRENİ	14
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	14
4. BULGULAR	15
4.1 TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	15
4.2 KULLANILAN ÖLÇEKLERE AİT KATSAYILAR VE İSTATİSTİKLER..	16
4.3 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖLÇEK SONUÇLARI İLE OLAN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ	17
4.4 SİBERKONDRI CİDDİYETİ İLE PİKO-KF İLİŞKİSİ	29
4.5 SİBERKONDRI CİDDİYETİ İLE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ	31
4.6 PİKO İLE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ	32
5. TARTIŞMA	33
5.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE ÖLÇEKLERE AİT SONUÇLAR ...	33
5.1.1 Cinsiyet.....	33
5.1.2 Yaş Grupları.....	34
5.1.3 Eğitim Düzeyi	35
5.1.4 Medeni Durum.....	36
5.1.5 Gelir durumu.....	37
5.1.6 Kronik hastalık durumu.....	37

5.1.7 Teknolojik alet varlığı	37
5.2 E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNE AİT BAĞIMSIZ SORULAR	38
5.3 SİBERKONDRI VE PİK İLİŞKİSİ	38
5.4 SİBERKONDRI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ	39
5.5 PİK VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
7. KAYNAKLAR.....	43
8. EKLER.....	Error! Bookmark not defined.
Ek 1: Çalışma Anketi	Error! Bookmark not defined.
Ek 2: Etik Kurul Karar Formu	Error! Bookmark not defined.
9.ÖZGEÇMİŞ.....	Error! Bookmark not defined.

KISALTMALAR

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CSS: Cyberchondria Severity Scale

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

E-SAĞLIK: Elektronik Sağlık

ICD: International Classification of Diseases

ORT±SS: Ortalama ± Standart Sapma

PIUQ: Problematic Internet Use Questionnaire

PIUQ-SF: Problematic Internet Use Questionnaire-Short Form

PİK: Problemlı İnternet Kullanımı

PİKO-KF: Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği-Kısa Formu

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SSRI: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri

SUAM: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1: Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu-Alt boyutları	13
Tablo 2: Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu'nun ve alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri	13
Tablo 3: Tanımlayıcı İstatistikler.....	15
Tablo 4: Güvenlik katsayıları ve ölçek genel bilgileri.....	16
Tablo 5: E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin bağımsız sorularına ait istatistikler	17
Tablo 6: Cinsiyete göre ölçeklere ait istatistikler	18
Tablo 7: Yaş gruplarına göre ölçeklere ait istatistikler	19
Tablo 8: Eğitim düzeyine göre ölçeklere ait istatistikler	21
Tablo 9: Medeni duruma göre ölçeklere ait istatistikler	23
Tablo 10: Gelir durumuna göre ölçeklere ait istatistikler	24
Tablo 11: Kronik hastalık varlığına göre ölçeklere ait istatistikler	25
Tablo 12: Akıllı telefon varlığına göre ölçeklere ait istatistikler	25
Tablo 13: Son 1 yıl içinde sağlık kuruluşuna yapılan başvuru sayısına göre ölçeklere ait istatistikler	26
Tablo 14: Dizüstü bilgisayar varlığına göre ölçeklere ait istatistikler	27
Tablo 15: Masaüstü bilgisayar varlığına göre ölçeklere ait istatistikler	28
Tablo 16: Tablet varlığına göre ölçeklere ait istatistikler	29
Tablo 17: Siberkondri Ciddiyeti ve PİKO ilişkisi	29
Tablo 18: Siberkondri Ciddiyeti ve E-Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	31
Tablo 19: PİKO ve E-Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi.....	32

ŒEKİL LİSTESİ

Sayfa No:

Œekil 1: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak (Lily) Modeli9



ÖZET

Amaç: Çalışmamızda; internetin sağlık ilişkili bilgi arama amaçlı sık kullanımıyla ortaya çıkan yeni sayılabilecek bir kavram olan siberkondrinin problemlili internet kullanımı (PİK) ve elektronik sağlık (e-sağlık) okuryazarlığı ile olası ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır. Araştırmamıza konu olan kavramların tanımlarına bakıldığında siberkondri; kişinin kendisinde olduğunu düşündüğü hastalıklar üzerine internette bilgi araması, tanı koymaya çalışması ve hatta tedavisini planlamasıdır. E-sağlık okuryazarlığı; sağlığa ilişkin bilgilerin elektronik kaynaklardan edinilmesi, anlaşılabilmesi, analiz edilebilmesi ve edinilen bilgilerle sağlık problemlerinin çözülebilmelidir. PİK ise; internet kullanımının kişinin psikolojisinde, sosyal hayatında, iş/okul yaşamında zorluklara sebep olmasıdır. Sonuçlarımız; siberkondriyak kişilere belki de en sık rastlama olasılığı olan ve hastaları biyopsikososyal açıdan değerlendirmekle yükümlü olan aile hekimlerinin farkındalığını arttırmak, yanlış sevkleri önlemek ve gereksiz sağlık harcamalarını azaltmak adına önemlidir.

Gereç-Yöntem: Araştırmamız tek merkezli, gözlemsel, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. 01.06-30.06.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği kliniğine bağlı Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan 271 kişi çalışmaya alınmıştır. Katılımcılara, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılmış; Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Formu, PİK Ölçeği-Kısa Formu, E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form uygulanmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği ve alt boyutlarıyla; PİK Ölçeği ile alt boyutları arasında ve e-sağlık okuryazarlığı ölçeği arasında istatistiksel anlamlılık ilişkisi saptanmıştır. Buna göre siberkondri ciddiyeti; PİK ve e-sağlık okuryazarlığı puanları arttıkça artmaktadır. PİK Ölçeği ile e-sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel anlamlılık ilişkisi saptanmıştır. PİK puanı yüksek olanların e-sağlık okuryazarlığı puanları da yüksektir. Sosyodemografik verilerde; 18-30 yaş grubundakilerde PİK, siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı puanlarının, lisans eğitim düzeyinde olan kişilerde ise siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı puanlarının daha

yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Genç yaş grubu ve lisans eğitim düzeyi siberkondri açısından en riskli gruptur. Siberkondrinin PİK arttıkça artması; internet kullanımını üzerine uygun düzenlemelerin yapılmasının ve bilinçli kullanımın, siberkondri üzerinde de olumlu etkiler yapacağını göstermektedir. E-sağlık okuryazarlığı arttıkça siberkondrinin de artması; bu katılımcıların daha çok sağlık ilişkili internet araması yapmasından kaynaklanabilir. Kanaatimizce; çevrimiçi sağlık kaynaklarında filtrelemenin ve doğru bilginin yaygınlaşmasının, e-sağlık okuryazarlığının artmasının uzun vadede olumlu etkileri olacaktır.

Anahtar kelimeler: Siberkondri, Problemlı İnternet Kullanımı, E-Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

Objective: In this study, it is aimed to reveal the possible relationship of cyberchondria, a phenomenon that can be considered as new that occurs with the frequent use of the internet for health related information seeking, with problematic internet use and electronic health literacy. When the concepts that are the subject of our research are defined; cyberchondria is the search of information on the internet about the diseases that the person thinks they have, and trying to diagnose and treat them. Electronic health literacy is obtaining, understanding and analyzing health-related information from electronic sources and solving health problems with the information obtained. Problematic internet use is that internet use causes difficulties in a person's psychology, social life, work/school life. Our results are important in order to increase the awareness of family physicians, who are perhaps the most likely to encounter cyberchondriacs and who are responsible for biopsychosocial evaluation of patients, to prevent false referrals and to reduce unnecessary health expenses.

Method: Our research is a single-center, observational, descriptive, cross-sectional study. Between 01.06-30.06.2022, 271 people who applied to Esenler Education Family Health Center affiliated to Health Sciences University Istanbul Bağcılar Training and Research Hospital Family Medicine Clinic and met the inclusion criteria were included in the study. Three scales which Turkish validity and reliability were done; Cyberchondria Severity Scale-Short Form, Problematic Internet Usage Scale-Short Form, E-Health Literacy Scale and sociodemographic form which is created by us were applied to the participants. The results were evaluated at the significance level of $p < 0.05$.

Results: A statistically significant relationship was found between the Cyberchondria Severity Scale and its sub-dimensions, the Problematic Internet Use Scale and its sub-dimensions, and the E-health literacy scale. Accordingly, the severity of cyberchondria increases as problematic internet use and e-health literacy scores increase. A statistically significant relationship was found between the Problematic Internet Use Scale and E-health literacy. Those with high problematic internet use scores also have high e-health literacy scores. In the sociodemographic

data, it was seen that the problematic internet use, cyberchondria and e-health literacy scores were higher in the 18-30 age group, and the cyberchondria and e-health literacy scores were higher in those with college graduation.

Conclusion: Young age group and being a college graduate level are the most risky group in terms of cyberchondria. The increase in cyberchondria as problematic internet use increases shows that making appropriate regulations on internet use and conscious use will also have positive effects on cyberchondria. The increase in cyberchondria as e-health literacy increases may be due to the fact that these participants make more health-related internet searches. In our opinion, filtering and dissemination of accurate information in online health resources and increasing e-health literacy will have positive effects in the long run.

Key words: Cyberchondria, Problematic Internet Use, E-Health Literacy

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Teknolojinin hızla geliştiği günümüzde internet kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. 2021 yılı itibarıyla toplam internet kullanıcısı sayısının 4.9 milyara ulaştığı tahmin edilmektedir (1). İnternetin bu sıklıkta kullanımı sonucunda; her alandan bilgiyi elde etmek için önemli bir kaynak haline gelmiştir. Bu bilgi arayışı içinde; sağlık ilişkili aramalar da önemli bir yer tutmaktadır. 2003 yılında yapılan bir araştırmada toplam internet aramalarının %4.5'ini sağlık ilişkili aramaların oluşturduğu tespit edilmiştir (2). 2001 yılında Amerika'da yapılan başka bir çalışmada ise 60.000 katılımcının %40'ının sağlık ilişkili aramaları için interneti kullandığı tespit edilmiştir (3). Geçmiş yıllara ait bu veriler değerlendirildiğinde günümüzdeki sayıların çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye verilerini incelediğimizde ise; Türkiye İstatistik Kurumu'nun(TÜİK) Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre 2021 yılında hanelerin %92,0'nın evden internete erişim imkanına sahip olduğu gözlenmektedir. Aynı çalışmada internet kullanım oranı 2021 yılında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %82,6 olarak belirlenmiştir (4). Ayrıca son üç ay içinde internet kullanan bireylerin interneti kişisel kullanma amaçları incelendiğinde kişilerin %69,6'sının sağlıkla ilgili konularda (yaralanma, hastalık, beslenme vb.) arama yaptığı tespit edilmiştir (5).

İnternet üzerinden sağlık ilişkili bilgiye ulaşımın avantajları arasında hızlı, ucuz ve kolay ulaşım sayılabilir. Ayrıca bilgilendirici yazılı metinler, e-mail, sohbet odaları gibi değişik formatlarda birçok seçenek sunmaktadır (6). Bununla birlikte; internet kullanımının kişinin anonim olmasına, kendi sorunlarına ilişkin bilgiye ulaşmasına, medikal problemlerini anlamasına yardımcı olduğu ve kimi zaman da toplumsal moral ve destek edinmesini sağladığı söylenebilir (7).

Sağlığa ilişkin bilgilerin internet üzerinden edinilmesinin avantajları olduğu gibi dezavantajları da vardır. Bu dezavantajların başında; internet üzerinden sağlık aramaları yapmanın tetiklediği sağlık anksiyetesi, bir diğer deyişle 'siberkondri' sayılabilir (8). Siberkondri; kişinin kendisinde olduğunu düşündüğü hastalıklar üzerine internette bilgi ve tedavi şekilleri üzerine arayışa girmesi, tanı koymaya veya tedavi etmeye çalışması üzerine uğraşması durumudur (9). Yaklaşık 20 yıllık bir geçmişe

sahip olan bu kavram; internet kullanımının ve internet bağımlılığının artması, problemleri internet kullanımının yaygınlaşmasıyla daha çok gündeme gelmekte ve literatürde kendine yer bulmaktadır.

Problemleri internet kullanımı (PİK); internet kullanımının kişinin psikolojisinde, sosyal hayatında, iş/okul yaşamında zorluklara sebep olmasıdır (10). İnternete ulaşımın kolaylaşması, akıllı telefonların yaygınlaşması ile kişilerin internete istediği yerde istediği zaman bağlanabilmesi; PİK üzerine daha fazla çalışma yapılmasına neden olmuştur. Literatürdeki çalışmalarda PİK'in farklı komorbiditelerle ilişkili olabileceği ortaya konulmuştur. Alkol veya kumar bağımlılığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, depresyon, sosyal anksiyete bozukluğu bu komorbiditeler arasında sayılabilir (11). Siberkondri ve PİK arasındaki ilişki üzerine yapılmış çalışmalar sınırlı olsa da 2017 yılını ait bir çalışmada siberkondri ve PİK arasında anlamlılık ilişkisi bulunmuştur (12). Bu ilişki üzerine ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Siberkondri ve internet üzerinden sağlığa ilişkin bilgiye ulaşım söz konusu olduğunda akla gelen bir diğer önemli kavram ise elektronik sağlık (e-sağlık) okuryazarlığıdır. Sağlık Bakanlığınca e-sağlık kavramı; kişilerin sağlığının iyileştirilmesinde bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının kullanılması, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılması, sağlık sektöründeki bütün ortaklara kaliteli, verimli ve etkili hizmetlerin sunumu için kullanılması şeklinde tanımlanır (13). E-sağlık okuryazarlığı ise sağlığa ilişkin bilgilerin elektronik kaynaklardan edinilebilmesi, araştırılabilmesi, anlaşılabilmesi ve edinilen bilgilerle sağlık problemlerinin çözülebilmesi üzerine olan beceri olarak ifade edilebilir (14). İstanbul'da yapılan bir çalışmada katılımcıların siberkondri düzeyi orta seviyede bulunurken e-sağlık okuryazarlığı seviyesi sorunlu/sınırlı düzeyde tespit edilmiştir (9). Bununla birlikte e-sağlık okuryazarlığı seviyesi yükseldikçe siberkondri düzeyinin azaldığı gösterilmiştir.

Siberkondrinin bahsetmiş olduğumuz her iki kavramla da ayrı ayrı ilişkisi üzerine çalışmalar olsa da hem siberkondrinin literatüre yeni giren bir kavram olması hem de tanı kriterlerinin oluşum aşamasında olması ve ölçeklerle taranması gibi kısıtlamalar, yeni çalışmaların gerekliliğini doğurmuştur.

İçinde bulunduğumuz teknoloji çağında problemlili internet kullanımının azaltılması, toplumdaki e-sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda bilinçli internet kullanımı olan toplumların dezenformasyonlardan korunabildikleri gösterilmiştir (9). Çalışmamızla 18 yaş ve üzeri bireylerin siberkondri ciddiyetinin problemlili internet kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı ile olası ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu olası ilişkiyi ortaya koymak da soruna çözüm yolları bulmak adına alternatifler oluşturacak ve literatüre katkı sağlayacaktır.

Siberkondri ve onun problemlili internet kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı ile olası ilişkisini, kişiyi biyopsikososyal açıdan ele alan aile hekimliği disiplini gözünden incelemek önemlidir. Sağlık sisteminin her üç basamağında da hasta gören, birinci basamakta gerek kolay ulaşılabilirlik gerekse kişinin hem hastalık hem de sağlıklılık halinin takibini yapmasıyla siberkondriyak kişilere belki de en sık rastlama olasılığı olan bu uzmanlık dalında çalışan hekimlerin farkındalığını arttırmak; gereksiz sevkleri ve medikal harcamaları azaltmak, hastaların anksiyetesini kontrol altına almak adına önem arz etmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 SİBERKONDRI

2.1.1 Siberkondrinin Tarihçesi

Geçmişi çok da eski olmayan ‘siberkondri’ kelimesinin ilk kez 1996 yılında Business Wire isimli şirketin bir haber makalesinde geçtiği görülmektedir (15). Bu kullanımın ardından uluslararası ünlü birçok dergi ve gazetede terime yer verilmiştir. Ancak bilimsel makalelerde kullanıma başlanması 2000 yılında olmuştur. The Medical Journal of Australia dergisinde “Healthcare on the Internet: Buyers Beware” isimli makalenin yayınlanmasıyla akademik dünyada kullanılmaya başlandığı kabul edilen ‘siberkondri’ terimi hakkında günümüz itibarıyla yayınlanmış binlerce makale bulunmaktadır (15).

Artmış popülerliği ve literatürdeki geçerliliğine rağmen siberkondri henüz Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM) kendine yer bulamamıştır. Siberkondrinin; hipokondri ve sağlık anksiyetesinin bir alt formu olarak değerlendirilmesi üzerine yaygın fikirler olmasına rağmen henüz tam anlamıyla bir fikir birliği oluşmamıştır (16).

2.1.2 Siberkondrinin Tanımı

Siberkondri kelimesi köklerine ayrılarak incelendiğinde siber ve hipokondri terimlerinden üretildiği görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında hipokondrinin internet ve bilgisayar kullanımı ile ilişkili formu olarak değerlendirilebilir (17).

Oxford İngilizce sözlükte siberkondriyak kelimesinin tanımı; ‘internet üzerinden takıntılı bir biçimde sağlık ilişkili bilgi arayan ve tipik olarak semptomlarıyla uyumlu (gerçek veya hayali) hastalıklar bulan kişi’ olarak yapılmaktadır (15). Collins Sözlüğü’nde ise siberkondrinin karşılığı olarak ‘kişinin sağlık ilişkili ve tıbbi internet sayfalarını ziyareti sonucu sağlığına dair geliştirdiği temelsiz endişe’ tanımı görülmektedir (18).

Literatür incelendiğinde siberkondriyi tanımlamak için iki ana yaklaşım olduğu görülür. İlki, sağlık kaygısı ile bağlantıyı vurgular ve siberkondriyi, sağlık kaygısı veya sıkıntısındaki artışla ilişkili aşırı ve/veya tekrarlayan bir çevrimiçi sağlık araştırması modeli olarak kavramsallaştırır.

İkinci yaklaşım siberkondriyi daha geniş bir yaklaşımla ele alır. Bu yaklaşıma göre siberkondri; sendrom benzeri bir durum olarak değerlendirilir, çok boyutludur. Bir boyutuyla kaygıyı, bir diğer boyutuyla ise kompülsiyonu kapsar. Birkaç bileşenden oluşur: tekrarlayıcı ve zaman alıcı çevrimiçi sağlık aramaları, çevrimiçi sağlık aramaları ile ilişkili anksiyete benzeri olumsuz duygudurum, çevrimiçi sağlık aramalarına harcanan vakit yüzünden diğer aktivitelerin kısıtlanması ve artmış stres ile anksiyete sonucu bir hekime başvurmak şeklinde olmak üzere (19).

Bir başka bakış açısıyla siberkondrinin dört farklı öğeden oluştuğu söylenebilir: kompülsiyon, strese artış, aşırılık ve güvence arayışında artma (20). Tanı kriterleri bulunmayan bu medikal durumun tespitinde kullanılan, geçerlilik ve güvenilirliği olan ölçekler de bu dört öğe üzerine yapılandırılmıştır.

Siberkondri mental bir hastalık olarak değerlendirilmemelidir. Doğru ifadeyle siberkondri; sağlık anksiyetesi ve hipokondriden kaynaklanan bir davranış biçimidir (17). DSM-V’te artık hipokondri yerine hastalık anksiyetesi bozukluğu veya somatik semptom bozukluğu terimleri kullanılması önerilmiştir. ICD-11 tanılarında da hipokondrinin kaldırılması beklenmektedir. Bu durumda ileride siberkondri; güvence arama davranışını tanı kriterlerinde barındıran hastalık anksiyetesi bozukluğu veya somatik semptom bozukluğu çatısında değerlendirilebilir (17).

2.1.3 Siberkondrinin Tanısı ve Tedavisi

Birçok bilim insanı tarafından geçerli bir tanı olarak kabul edilse de siberkondri için henüz tanı kriterleri bulunmamaktadır ve DSM-V’te kendine henüz yer bulamamıştır. Kişilerin değerlendirmesinde McElroy tarafından geliştirilmiş olan ‘Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği’ 33 sorudan oluşmuş ve 2014’te yayınlanmıştır (21). 2019’da ölçeğin alternatif kısa versiyonu da yine McElroy tarafından oluşturulmuş ve 12 soruluk ‘Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Form’ yayınlanmıştır (22). Bizim çalışmamızda da Söyle ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış bu kısa form kullanılmıştır (23). Ölçek 4 faktör üzerinden değerlendirme yapmaktadır. Bunlar; aşırılık, endişe, güvence arama ve zorlanmadır.

Tedavi modelleri incelendiğinde siberkondri için belirlenmiş net sonuçlara ulaşmak mümkün değildir. Tanımlanmış bir farmakolojik tedavi yoktur. Tedavinin aslını psikoeğitim oluşturmaktadır (24).

Psikoeğitim bireysel faktörlerden bağımsız olarak tedavinin temelini oluşturmaktadır. Psikoeğitimle kazandırılmaya çalışılan ana davranış biçimi; çevrimiçi sağlık bilgisi ediniminde belirli sınırlar çizmektir. İnternetin neye yarayıp neye yaramadığını öğrenmek, kaliteli ve kalitesiz çevrimiçi sağlık kaynaklarını ayırt etmek, çevrimiçi sağlık aramalarının sonuçlarını eleştirel olarak değerlendirmek gibi sınırlar çerçevesinde bilgi edinme davranışını hastalara kazandırmak amaçlanır (25).

Siberkondriyi tedavi ederken asıl amaç, bu davranışı sergileyen kişilerin çevrimiçi sağlık bilgilerini ve/veya genel olarak sağlıkla ilgili bilgilerini, gereksiz yere alarına geçirmeden yönetebilmesi olacaktır (17).

Siberkondrinin önlenmesi ve yönetiminde asıl amaç çevrimiçi sağlık aramasının engellenmesi değildir. Çünkü 21. yüzyılda sağlığa ilişkin bilgiye erişilmesinin en önemli kaynaklarından biri internettir (19). Çevrimiçi sağlık bilgi araştırmasından uzak durmak yerine siberkondri yönetiminde 2 ana amaç olmalıdır:

1. İnsanların yüksek bir sağlık kaygısı yaşamadan interneti sağlıkla ilgili amaçlar için kullanmalarını sağlamak
2. Diğer faaliyetlerin ihmal edilmemesi ve işlevselliğin gelişebilmesi için sağlıkla ilgili amaçlar için çevrimiçi olarak harcanan süreyi azaltmak (25)

Alt başlığı olarak değerlendirildiği sağlık anksiyetesi ve hipokondrinin yönetiminde kullanılan tedavi rejimlerinin siberkondride de kullanılabileceği söylenmektedir.

2.2 PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI (PİK)

2.2.1 PİK'in Tanımı ve Tanı Kriterleri

PİK, bir bireyin internet kullanımını kontrol edememesi sonucu; sıkıntı duygularına ve günlük aktivitelerin işlevsel olarak bozulmasına yol açmasıdır (26). PİK; yıllar içinde literatürde birçok farklı isimle anılmıştır. Bilgisayar bağımlılığı, internet bağımlılığı, internetomani ve patolojik internet kullanımı bu isimlere örnek olarak verilebilir (26).

İlk olarak 1995 yılında Goldberg tarafından 'internetin aşırı kullanımı sonucu oluşan davranışlar ve dürtü kontrolünü içeren bir patoloji, bir hastalık' olarak tanımlanmıştır (27). Young tarafından 1998 yılında DSM-IV'te bulunan patolojik

kumar bağımlılığı tanı kriterlerine benzer bir şekilde internet bağımlılığına dair kriterler geliştirmiştir (28). Aşağıda belirtilen 8 kriterden 5'ine verilen olumlu yanıt internet bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir.

1. İnternet ile aşırı meşgul olduğunuzu hissediyor musunuz?
2. Tatmine ulaşmak için internette geçirmeniz gereken zaman gün geçtikçe artıyor mu?
3. İnternet kullanımınızı durdurmak, kontrol etmek veya azaltmak için tekrarlayan girişimleriniz oldu mu?
4. İnternet kullanımını azalttığınızda veya durdurduğunuzda depresif, yorgun, huzursuz hissettiniz mi?
5. Çevrimiçi olma süreniz planladığınızdan uzun sürüyor mu?
6. İnternet yüzünden önemli bir ilişki, iş, eğitim veya kariyer fırsatını riske/tehlikeye attınız mı?
7. Aile bireylerinize, terapistinize veya diğer kişilere internet kullanımınızı gizlemek için yalan söylediniz mi?
8. İnterneti problemlerinizi kaçmak veya modunuzu yükseltmek için kullanıyor musunuz?

DSM-V'te internet oyun bağımlılığına dair tanı kriterleri yayınlanmıştır ve bu konularda daha detaylı klinik çalışmalar yapılması gereği açıklanmıştır. Ancak yapılmış birçok yayına rağmen DSM-V'te genel olarak internet bağımlılığına dair tanı kriterlerinin olmaması çalışmacıları tanıya götürecek bazı kriterler oluşturmaya yönlendirmiştir (29).

Araştırmamızda kullandığımız Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Göktaş ve ark. tarafından yapılmış 'Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği-Kısa Formu (PİKO-KF)' da bu çalışmalar sonucu doğmuş kriterlerden biridir (30).

2.2.2 PİK ve Komorbid Hastalıklar

PİK'in birçok komorbiditeyle ilişkisi tespit edilmiştir. 2016 yılında Güney Kore'de yapılmış geniş kapsamlı bir çalışmada PİK'in; nikotin bağımlılığı, alkol bağımlılığı, majör depresyon, distimik bozukluk, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, spesifik fobiler, kumar bağımlılığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve intihar düşünceleri ile birliktelik gösterebileceği belirtilmiştir. Yine aynı

çalışmanın sonuçlarına göre intihar düşünceleri; beraberinde psikiyatrik başka hastalık olsun veya olmasın PİK tanısı alanlarda artmıştır (31).

2000 yılında yapılmış başka bir çalışmada ise PİK ile takip edilen hastalarda sosyal hayatta sorunlar (boşanma vb.), davranışları üzerinde belirgin kişisel sıkıntı, eğitim ve meslek hayatında sıkıntılar (üniversite eğitimini tamamlayamama, işten atılma vb.), yoğun internet kullanımına bağlı borçlanma, adli sorunlar tespit edilmiştir (32).

2.2.3 PİK Tedavisi

PİK tedavisine dair çalışmalarda farklı ilaç tedavileri denenmiştir. Tedavi seçiminde birliktelik gösterdiği komorbiditelerin de göz önüne alınması gerekmektedir. Tedavi seçenekleri arasında SSRI grubu (sitalopram, sertralin, fluvoksamin, fluoksetin), antipsikotik ilaçlar (klozapin, ketiyapin), benzodiazepin grubu (klonazepam), naltrekson, metilfenidat, bupropion göze çarpmaktadır (11,31).

Farmakolojik tedavinin yanı sıra psikoterapi de tedavi rejiminin bir parçasıdır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) psikoterapide en önde gelen seçeneklerden biridir. Kombine tedavi uygulamalarında ise; psikoterapik yöntemlerin birlikte kullanımı, psikoterapi+farmakolojik tedavi, psikoterapi+elektroakupunktur tedavisi görülmektedir (33). Özellikle çocuk ve adölesan vakalarda ailenin bilinçlendirilmesi ve çocuğun internet kullanımına olan yaklaşımlarının geliştirilmesi önemlidir (11).

2.3 ELEKTRONİK SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgileri edinme, okuma, anlama ve kullanma ve tıbbi bakım hakkında bilinçli kararlar verme yeteneğidir (34). 1995 yılında Williams ve ark. tarafından 2659 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; hastaların %41.6'sının ilacı aç karnına alma direktiflerini anlamadığı, %26'sının bir sonraki randevu tarihlerinin bilgisini kavrayamadığı, %59.5'inin standardize bilgilendirilmiş onam belgesini okuduğunda algılayamadığı belirlenmiştir (35).

Toplum sağlığı açısından oldukça önemli bir konudur. Yapılmış çalışmalar; düşük düzeyde sağlık okuryazarlığının hastane yatışlarında, acil başvurularında ve

mortalitede artışla, mamografi çekimi ve influenza aşılması gibi durumlarla ise azalmayla ilişkili olduğunu göstermiştir (36).

2.3.2 E-Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

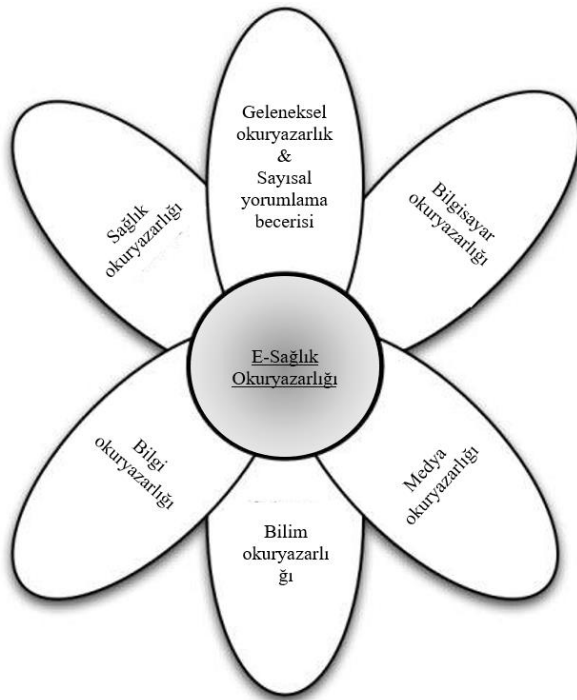
Nispeten yeni bir kavram olan e-sağlık “sağlık ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek veya etkinleştirmek için ortaya çıkan bilgi ve iletişim teknolojisinin kullanımı” anlamına gelir (37).

Sağlık Bakanlığınca ise bu kavram; kişilerin sağlığının iyileştirilmesinde bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının kullanılması, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılması, sağlık sektöründeki bütün ortaklara kaliteli, verimli ve etkili hizmetlerin sunumu için kullanılması şeklinde tanımlanır (13).

Üzerine birçok tanımlama yapılmış e-sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve kazanılan bilgileri bir sağlık sorununu ele almak veya çözmek için uygulama yeteneği olarak tanımlanır (38).

Norman ve arkadaşları tarafından e-sağlık okuryazarlığının kapsamını daha iyi ortaya koymak adına ‘zambak modeli’ oluşturulmuştur. Şekil

1: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak (Lily) Modeli



Bu metafora göre yapraklar (okuryazarlık alt başlıkları) kökü besler, kök (e-sağlık okuryazarlığı) ise yaprakları birbirine bağlar. 6 alt başlık tanımlanmıştır: geleneksel okuryazarlık ve sayısal yorumlama becerisi, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve bilim okuryazarlığı. Bu alt başlıklar iki ana grupta sınıflandırılabilir: analitik (geleneksel okuryazarlık, bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı) ve bağlama özel (sağlık okuryazarlığı, bilim okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı). Analitik bileşen, konu veya bağlamdan bağımsız olarak çok çeşitli bilgi kaynaklarına uygulanabilen becerileri içerirken bağlama özel bileşen daha durum spesifik becerileri içerir (38).

2.3.3 E-Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Çağın değişimi ve teknolojinin gelişimi ile toplumsal dinamiklerde yaşanan gelişmelerin yansımaları her alanda görüldüğü gibi sağlık alanında da görülmektedir. İnternet kullanımı ve internet üzerinden ulaşılan bilginin kapsamı her geçen gün artmaktadır. Geniş kapsamlı bakıldığında kişilerin sağlık ve hastalık kavramları konusunda internet araştırmaları yapmalarındaki artışla beraber söz konusu kullanım hasta-hekim ilişkilerinin şeklini de değiştirmektedir. Tüm bunların sonucu olarak tıbbi bilgi küreselleşmekte ve genişlemektedir (39).

Yakın zamanda Covid-19 pandemisi sebebiyle yaşadığımız karantina dönemlerinde hastanelerin poliklinik hizmetlerinin sekteye uğraması ve sosyal izolasyon kuralları, sokağa çıkma yasakları sonucu sağlık hizmetine ulaşımın zorlaşması kişileri internet üzerinden sağlık bilgisi almaya itmiştir. Bu dönem; e-sağlık okuryazarlığı, tele-tıp uygulamaları, online sağlık danışmanlığı hizmeti gibi birçok kavramı bir daha gündeme getirmiştir.

İnternet ortamı geniş kapsamda bilgi içermesiyle birlikte ne yazık ki bilgilerin doğruluğu üzerine bir filtre içermemektedir. Bu durumda doğru veya yanlış her türlü bilgiye ulaşım imkânı mevcuttur. İşte e-sağlık okuryazarlığının önemi burada devreye girmektedir. Kişinin bilgi havuzunun içinden yanlış bilgileri ayıklaması, gerekli analizleri yapıp kendisi için gereken bilgileri değerlendirmesi ve işleme koyması gereklidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA ÖZELLİKLERİ

Araştırmamız tek merkezli tanımlayıcı, kesitsel olarak tasarlanmış olup araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.04.2022 tarihli 124 karar numarasıyla onay alınmıştır. Araştırmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM), Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 01.06.2022-30.06.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri kişilere Söyler S., Biçer İ., Çavmak D. tarafından Türk toplumu için geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan 'Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Formu' (1), problemlili internet kullanımının değerlendirilmesi için Göktaş S. ve arkadaşları tarafından Türk toplumu için geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan 'Problemlili İnternet Kullanımı Ölçeği-Kısa Formu' (2), e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi için Gencer Z. tarafından Türk toplumu için geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan 'E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği' (3) ve tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form uygulanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA MERKEZİ

Araştırma merkezimiz Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM), Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'dir.

3.3. DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ

3.3.1 Dahil Edilme Kriterleri

1. SBÜ İstanbul Bağcılar SUAM, Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 18 yaş ve üzeri kişiler
2. T.C. vatandaşı olan kişiler,
3. Çalışmaya katılım için gönüllü olan kişiler,
4. Akli melekeleri yerinde kişiler

3.3.2 Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmayan kişiler,
2. 18 yaş altı hasta popülasyonu,
3. T.C. vatandaşı olmayan kişiler,
4. Akli melekeleri yerinde olmayan kişiler

3.4. ARAŞTIRMA ANKET FORMU

Çalışmamıza katılan kişilerden; 8 adet sosyodemografik soruyu, 6 sorudan oluşan Problemlili İnternet Kullanımı Ölçeği-Kısa formunu, 12 sorudan oluşan Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği- Kısa formunu ve 10 sorudan oluşan E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini cevaplamaları istenmiştir. Böylece anket formu toplam 36 sorudan oluşmuştur (Ek-1).

3.4.1 Sosyodemografik Sorular

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, bilinen kronik hastalık varlığı, son 1 yıl içinde hastaneye başvuru sayısı, sahibi olunan teknolojik cihaz çeşidini sorgulayan 8 sorudan oluşan kısımdır.

3.4.2 Problemlili İnternet Kullanımı Ölçeği-Kısa Formu(PİKO-KF)

Problemlili İnternet Kullanım Ölçeği'nin (Problematic Internet Use Questionnaire-PIUQ) geliştirilmesi ilk kez 2011 yılında Koronczi ve ark. tarafından yapılmıştır (40). 18 ve 9 soruluk versiyonlarla literatüre girmiştir. Daha sonra 2016 yılında Demetrovics ve ark. tarafından kısa form olan PİKO-KF(PIUQ-SF) yayınlanmıştır (41). Göktaş ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması bu ölçek formu üzerinden yapılmıştır (30). PİKÖ-KF; Likert tipinde, 6 sorudan oluşan bir ölçektir. 'Hiç' cevabı 1 puan, 'her zaman/nerdeyse her zaman' cevabı 5 puan değerindedir. Ölçekten alınan puan 6 ile 30 arasında değişmekte olup puan arttıkça internetin problemlili kullanımı artmaktadır. Ölçek takıntı (madde 2 ve 6; internet hakkında takıntılı düşünme ve internet kullanılmadığı zamanlarda zihinsel rahatsızlıklar olması), ihmal (madde 1 ve 5; internet kullanımı yüzünden temel ihtiyaçların ve günlük faaliyetlerin bile ihmal edilmesi) ve kontrol bozukluğu (madde 3 ve 4; internet kullanımının kontrolünde bozukluk) olmak üzere 3 alt alana sahiptir.

3.4.3 Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Formu

2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği (Cyberchondria Severity Scale -CSS) literatüre kazandırılmıştır (21). Daha sonra 2019 yılında yine McElroy ve ark. tarafından Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Formu geliştirilmiştir (22). Türk toplumu için geçerlilik-güvenilirlik çalışması ise Söyler ve ark. tarafından 2021 yılında yapılmıştır (23). Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Kısa Formu 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçek değerlendirilmesi genel puan üzerinden yapıp değerlendirme aşamasında ters soru bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 60, minimum puan 12 ,ortanca puan ise 36'dır. 12-24 puan arası çok düşük düzey, 24-36 düşük düzey, 36-48 arası orta düzey, 48-60 arası yüksek siberkondri ciddiyeti şeklinde değerlendirilmektedir. 4 farklı alt boyutu bulunmaktadır. Tablo 1'de alt boyutlar, açıklamaları ve önerme numaraları, Tablo 2'de ise ölçeğin ve boyutlarının Cronbach Alpha değerleri gösterilmiştir.

Tablo 1: Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu-Alt boyutları

Faktör Adı	Açıklama	Önerme Numaraları
Aşırılık	Online araştırmanın sürekli ve tekrarlı bir hal alması	1,3,6
Endişe	Online araştırma kaynaklı doğan endişe/anksiyete	4,8,9
Güvence arama	Bireyleri profesyonel tıbbi öneri/başvuru almaya yönlendiren araştırma	5,11,12
Zorlanma	Yaşamın farklı boyutlarını etkileyen düzeyde araştırma	2,7,10

Tablo 2: Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu'nun ve alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri

F1	0.830
F2	0.782
F3	0.650
F4	0.763
Genel Ölçek	0.862

3.4.4 E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

2006 yılında Norman ve Skinner tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2017 yılında Gencer tarafından yapılmıştır (14, 42). Toplam 10 sorudan oluşan ölçek; 2 adet açık uçlu sorudan sonra 8 maddeden oluşan Likert tipi ölçekle sorular tamamlanmaktadır. "1:kesinlikle katılmıyorum, 2:

katılmıyorum, 3:kararsızım, 4:katılıyorum, 5:kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplanan ölçekten alınabilecek minimum puan 8, maksimum puan ise 40’tır. Alınan puan arttıkça, e-sağlık okuryazarlık seviyesinin arttığı kabul edilmektedir.

3.5. ARAŞTIRMA EVRENİ

Çalışmamıza 01.06.2022-30.06.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği kliniğine bağlı Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran dahil edilme kriterlerini sağlayan tüm hastaların araştırma kapsamına alınması planlanmıştır. Belirtilen tarih aralığında kriterleri karşılayan 383 adet hasta başvurmuş, 271 tanesi çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş ve anket formlarını tamamlamıştır.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışmada istatistiksel analizler IBM SPSS 21 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, çeyreklikler, sıklık ve yüzde dağılımları) yanı sıra Shapiro – Wilk normallik testi ile değişkenlerin dağılımına bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U Test, çoklu grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki Spearman Rho Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Ölçeğe verilen cevapların güvenilirliği ise Cronbach’s alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Tablo 3: Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
Yaş	18-30	77	28,4
	30-45	95	35,1
	45-60	53	19,6
	60+	46	17,0
Cinsiyet	Kadın	151	55,7
	Erkek	120	44,3
Eğitim düzeyi	Okuryazar	3	1,1
	İlköğretim	24	8,9
	Ortaöğretim/lise	60	22,1
	Lisans	151	55,7
	Yüksek lisans ve üzeri	33	12,2
Medeni durum	Bekar	71	26,2
	Evli	185	68,3
	Boşanmış/eşi vefat	15	5,5
Gelir düzeyi	Asgari ücret altı	28	10,3
	Asgari ücret	59	21,8
	Asgari Ücret ile 2 katına kadar	89	32,8
	Asgari ücretin 2-3 katına kadar	45	16,6
	Asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası	50	18,5
Kronik hastalık	Hayır	211	77,9
	Evet	60	22,1
Son 1 yıl içinde kaç kez bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz (Son 1 yıl içinde bir sağlık kuruluşuna olan başvuru sayısı diyelim!)	0-1	91	33,6
	2-5	130	48,0
	6-9	32	11,8
	10+	18	6,6
Akıllı telefon sahipliği	Yok	4	1,5
	Var	267	98,5
Dizüstü bilgisayar sahipliği	Yok	116	42,8
	Var	155	57,2
Masaüstü bilgisayar sahipliği	Yok	205	75,6
	Var	66	24,4
Tablet sahipliği	Yok	192	70,8
	Var	79	29,2
Teknolojik cihaz yokluğu	Yok	270	99,6
	Var	1	0,4

Tanımlayıcı istatistikler Tablo-3'te belirtildiği gibidir. Katılımcıların %55.7'si (n=151) kadın, %44.3'ü (n=120) erkektir. Yaş grubu sıralamasında en çok %35.1 (n=95) ile 30-45 yaş arası katılımcı görülürken en az %17 (n=46) ile 60 yaş üstü katılımcı anketi tamamlamıştır. Katılımcıların %98.5'inde (n=267) akıllı telefon bulunmaktadır. %22.1'i (n=60) bir kronik hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Bir sağlık kuruluşuna son 1 yılda yapılan başvuru sayısının sorgulandığı soruda; '2-5' seçeneği %48 (130) oranıyla en çok tercih edilen yanıt olmuştur.

4.2 KULLANILAN ÖLÇEKLERE AİT KATSAYILAR VE İSTATİSTİKLER

Tablo-4'te ölçeklere dair genel bilgileri ve güvenirlik katsayıları yer almaktadır. PİKO-KF 3 ayrı alt boyutta incelenmektedir. Bu alt boyutlar; takıntı, ihmal ve kontrol bozukluğudur. Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği ise 4 farklı alt boyuta sahiptir. Bunlar; aşırılık, endişe, güvence ve zorlamadır. E-Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutu bulunmamaktadır.

Tablo 4: Güvenlik katsayıları ve ölçek genel bilgileri

	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Cronbach's Alpha
PİKO	11,07±4,19	10 [8-14]	6-27	0,814
-İhmal	4,25±1,8	4 [3-5]	2-9	0,628
-Kontrol Bozukluğu	3,57±1,59	3 [2-5]	2-10	0,537
-Takıntı	3,25±1,52	3 [2-4]	2-10	0,627
SİBERKONDRİ	25,52±9,68	24 [17-32]	12-53	0,897
-Endişe	6,69±3,28	6 [4-9]	3-15	0,811
-Güvence	6,06±2,92	6 [3-8]	3-15	0,750
-Zorlama	4,4±2,08	3 [3-5]	3-13	0,727
-Aşırılık	8,37±3,47	8 [6-11]	3-15	0,850
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	25,89±8,31	28 [21-32]	8-40	0,953

Tablo-5'te görüldüğü gibi E-Sağlık Okuryazarlığı ölçeğine ait bağımsız sorulardan; 'Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?' sorusuna cevaben en yüksek oranda %61.3 (n=166) 'Yararlı-4 puan' cevabı verilmiştir. 'İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?' sorusuna da aynı şekilde en yüksek oranda 'Önemli-4 puan' cevabı %60.9 (n=165) oranında verilmiştir.

Tablo 5: E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin bağımsız sorularına ait istatistikler

		n	%
Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?	Hiç yararlı değil	11	4,1
	Yararlı değil	43	15,9
	Fikrim yok	44	16,2
	Yararlı	166	61,3
	Çok yararlı	7	2,6
İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?	Hiç önemli değil	7	2,6
	Önemli değil	40	14,8
	Fikrim yok	27	10,0
	Önemli	165	60,9
	Çok önemli	32	11,8

4.3 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖLÇEK SONUÇLARI İLE OLAN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ

Tablo-6'da cinsiyete göre ölçeklere ait istatistikler verilmiştir. Cinsiyete göre yapılan kıyaslamada ölçekler ve alt boyutları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo-7'de yaş gruplarına göre 3 ayrı ölçeğin bulguları yer almaktadır.

Yaş gruplarına göre PİKO-KF'ye ait olan sonuçlarda; PİKO-KF puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile diğer bütün gruplar ve 30-45 ile 45-60 yaş grupları arasındadır.

Alt boyutlar incelendiğinde;

-Takıntı puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile 45-60 yaş grupları arasındadır.

-İhmal puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile diğer bütün gruplar arasındadır.

-Kontrol bozukluğu puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile 45-60, 30-45 ile 45-60, 18-30 ile 60+ yaş grupları arasındadır.

Yaş gruplarına Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği'ne ait olan sonuçlarda; siberkondri ciddiyeti puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile 45-60, 18-30 ile 60+, 30-45 ile 60+ yaş grupları arasındadır. Alt boyutlar incelendiğinde;

-Aşırılık puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile 45-60, 18-30 ile 60+, 30-45 ile 60+ yaş grupları arasındadır.

-Endişe puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile 60+ yaş grupları arasındadır.

-Güvence puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile 60+ yaş grupları arasındadır.

Yaş gruplarına göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne ait olan sonuçlarda anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark 18-30 ile 60+ yaş grupları arasındadır.

Tablo 6: Cinsiyete göre ölçeklere ait istatistikler

	Kadın			Erkek			P
	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	10,94±4,15	10 [8-13]	6-24	11,23±4,24	10 [8-14]	6-27	0,567
-İhmal	4,16±1,78	4 [3-5]	2-9	4,36±1,82	4 [3-6]	2-9	0,364
-Kontrol Bozukluğu	3,54±1,58	3 [2-5]	2-8	3,62±1,61	3 [2-5]	2-10	0,688
-Takıntı	3,25±1,61	3 [2-4]	2-10	3,26±1,41	3 [2-4]	2-8	0,591
SİBERKONDRI	26,16±9,59	24 [18-33]	12-52	24,73±9,77	23 [16,25-31,75]	12-53	0,181
-Endişe	7,07±3,55	6 [4-10]	3-15	6,22±2,84	6 [4-8]	3-15	0,098
-Güvence	6,14±2,95	6 [3-8]	3-15	5,97±2,9	5,5 [3-8]	3-14	0,617
-Zorlama	4,25±1,87	3 [3-5]	3-11	4,59±2,3	4 [3-5]	3-13	0,246
-Aşırılık	8,7±3,52	9 [6-12]	3-15	7,95±3,37	8 [5-10]	3-15	0,087
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	26,58±7,9	29 [23-32]	8-40	25,03±8,74	27 [17,25-32]	8-40	0,133

p:Mann Whitney U test

Tablo 7: Yaş gruplarına göre ölçeklere ait istatistikler

Yaş	18-30			30-45			45-60			60+			p
	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PIKO	12,83±4,23	13 [9-16]	6-23	10,99±3,84	11 [8-14]	6-24	9,36±3,44	9 [6,5-11,5]	6-20	10,26±4,6	9 [7-13,25]	6-27	<0,001
-İhmal	4,97±1,74	5 [4-6]	2-9	4,25±1,71	4 [3-5]	2-9	3,58±1,57	3 [2-4]	2-8	3,78±1,91	3 [2,75-4,25]	2-9	<0,001
-Kontrol Bozukluğu	4,13±1,63	4 [3-5]	2-8	3,62±1,56	3 [2-5]	2-8	2,85±1,1	2 [2-4]	2-6	3,37±1,74	3 [2-4,25]	2-10	<0,001
-Takıntı	3,73±1,76	3 [2-5]	2-10	3,12±1,38	3 [2-4]	2-8	2,92±1,4	2 [2-4]	2-8	3,11±1,35	3 [2-4]	2-8	0,014
SİBERKONDRİ	27,56±8,7	28 [21,5-33]	12-50	26,76±9,75	24 [19-35]	12-52	23,53±9,53	21 [16-30]	12-49	21,87±10,09	18 [14-27]	12-53	<0,001
-Endişe	7,29±3,52	7 [4-10]	3-15	6,99±3,18	7 [4-9]	3-15	6,09±3,22	5 [3-7,5]	3-14	5,76±2,87	5 [3-7]	3-15	0,018
-Güvence	6,49±2,74	6 [4-8]	3-12	6,33±3,08	6 [4-9]	3-15	5,62±2,84	5 [3-8]	3-14	5,3±2,86	4 [3-6,5]	3-13	0,026
-Zorlama	4,53±2,14	4 [3-5]	3-12	4,53±2,13	3 [3-6]	3-11	4,13±1,74	3 [3-4]	3-11	4,24±2,23	3 [3-5]	3-13	0,470
-Aşırılık	9,25±3,09	9 [7-12]	3-15	8,92±3,59	8 [6-12]	3-15	7,68±3,29	7 [5-10]	3-15	6,57±3,3	6 [3,75-9]	3-15	<0,001
E-SAĞLIK OKURYAZAR	28,13±	30 [24,5-32]	8-40	26,54±7,53	28 [23-32]	8-40	24,98±8,57	27 [16-32]	8-38	21,87±9,46	24 [13,75-32]	8-40	0,006

p:Kruskal Wallis test

Tablo-8’de eğitim düzeylerine göre ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır.

Eğitim düzeylerine göre PİKO-KF’ye ait olan sonuçlarda;

1. PİKO-KF puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark ilköğretim ile lisans, ortaöğretim/lise ile lisans grupları arasındadır.
2. Takıntı puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark okuryazar ile lisans, ortaöğretim/lise ile lisans grupları arasındadır.
3. İhmal puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark ilköğretim ile lisans grupları arasındadır.
4. Kontrol bozukluğu puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark ilköğretim ile lisans grupları arasındadır.

Eğitim düzeylerine göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği’ne ait sonuçlarda;

1. Siberkondri ciddiye ti puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark okuryazar ile lisans, ilköğretim ile lisans grupları arasındadır.
2. Aşırılık puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark okuryazar ile lisans, ilköğretim ile lisans grupları arasındadır.
3. Endişe puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark ilköğretim ile lisans grupları arasındadır.
4. Güvence puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark okuryazar ile lisans, ilköğretim ile lisans grupları arasındadır.

Eğitim düzeylerine göre E-Sağlık Okuryazarlığı puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark ilköğretim ile lisans grupları arasındadır.

Tablo 8: Eğitim düzeyine göre ölçeklere ait istatistikler

	Okuryazar			İlköğretim			Ortaöğretim/lise			Lisans			Yüksek lisans ve üzeri			p
	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	6,33±0,58	6 [6-]	6-7	8,88±2,98	8 [6,25-10]	6-15	10,1±4,06	9 [7-11,75]	6-27	11,91±4,22	11 [8-15]	6-24	11±4,12	11 [7-14]	6-20	<0,001
-İhmal	2,33±0,58	2 [2-]	2-3	3,29±1,43	3 [2-4]	2-8	3,87±1,55	3,5 [3-5]	2-9	4,63±1,87	4 [3-6]	2-9	4,06±1,71	4 [2,5-5,5]	2-8	<0,001
-Kontrol Bozukluğu	2±0	2 [2-2]	2-2	2,71±1,3	2 [2-3]	2-7	3,23±1,59	3 [2-4]	2-10	3,83±1,58	4 [2-5]	2-8	3,76±1,54	4 [2-5]	2-6	<0,001
-Takıntı	2±0	2 [2-2]	2-2	2,88±1,19	2 [2-3,75]	2-6	3±1,69	2 [2-3,75]	2-10	3,45±1,53	3 [2-4]	2-8	3,18±1,33	3 [2-4]	2-6	0,016
SİBERKON DRİ	13±1,73	12 [12-]	12-15	20,33±9,59	17 [13-23,75]	12-46	24,18±8,5	23 [17,25-28,75]	12-53	27,36±9,33	27 [20-33]	12-52	24,48±11,28	22 [15-36,5]	12-47	<0,001
-Endişe	3,67±1,15	3 [3-]	3-5	5,25±2,86	4 [3-7]	3-13	6,4±3,23	6 [4-7]	3-15	7,17±3,25	7 [4-10]	3-15	6,36±3,47	5 [3-10]	3-13	0,004
-Güvence	3±0	3 [3-3]	3-3	5,13±2,85	4,5 [3-6]	3-12	5,8±2,81	5 [3-7]	3-15	6,45±2,88	6 [4-8]	3-15	5,73±3,21	4 [3-8,5]	3-13	0,011
-Zorlama	3±0	3 [3-3]	3-3	4,04±1,78	3 [3-4,75]	3-10	3,95±1,72	3 [3-4]	3-13	4,58±2,13	4 [3-6]	3-12	4,79±2,55	4 [3-5,5]	3-11	0,113
-Aşırılık	3,33±0,58	3 [3-]	3-4	5,92±3,01	5 [4-8]	3-14	8,03±3	7,5 [6-10]	3-15	9,16±3,37	9 [6-12]	3-15	7,61±3,82	7 [4-10,5]	3-15	<0,001
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	14,33±10,97	8 [8-]	8-27	20±9,37	16,5 [11,25-28]	8-36	24,55±8,56	27 [16,25-31,75]	8-40	27,46±7,29	30 [24-32]	8-40	26,48±8,54	28 [23-32]	8-40	0,001

p:Kruskal Wallis test

Tablo-9’da medeni duruma göre ölçeklere ait istatistikler bulunmaktadır.

Medeni duruma göre PİKO-KF’ye ait olan sonuçlarda;

1. PİKO-KF puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark bekar ile diğer gruplar arasındadır.
2. Takıntı puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark bekar ile diğer gruplar arasındadır.
3. İhmal puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark bekar ile diğer gruplar arasındadır.
4. Kontrol bozukluğu puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark bekar ile boşanmış/eşi vefat grupları arasındadır.

Medeni duruma göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği’ne ait sonuçlarda;

1. Aşırılık puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark bekar ile diğer gruplar arasındadır.

Tablo-10’da gelir durumuna göre ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır. Gelir durumu gruplarına göre e-sağlık okuryazarlığı puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bu fark asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası ile asgari ücret ve asgari ücret altı grupları arasındadır.

Tablo-11’de kronik hastalık varlığına göre ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır. Kronik hastalık varlığına göre kontrol bozukluğu, PİKO-KF ve aşırılık puanları farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 9:Medeni duruma göre ölçeklere ait istatistikler

	Bekar			Evli			Boşanmış/eşi vefat			p
	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	12,55±4,04	12 [9-16]	6-23	10,69±4,13	10 [7-13]	6-27	8,8±3,69	8 [6-9]	6-20	<0,001
-İhmal	4,75±1,68	5 [4-6]	2-9	4,11±1,8	4 [3-5]	2-9	3,53±1,85	3 [2-4]	2-9	0,001
-Kontrol Bozukluğu	3,99±1,65	4 [2-5]	2-8	3,49±1,56	3 [2-5]	2-10	2,6±1,12	2 [2-3]	2-6	0,003
-Takıntı	3,82±1,71	4 [2-5]	2-10	3,08±1,42	3 [2-4]	2-8	2,67±1,05	2 [2-3]	2-5	0,001
SİBERK ONDRİ	27,25±8,83	28 [20-33]	12-48	25,11±10,01	23 [17-32]	12-53	22,47±8,46	21 [15-29]	13-40	0,057
-Endişe	7,2±3,8	6 [4-10]	3-15	6,56±3,07	6 [4-8]	3-15	5,87±3	5 [4-6]	3-14	0,431
-Güvence	6,63±2,71	6 [5-9]	3-12	5,89±3	5 [3-8]	3-15	5,53±2,61	5 [3-8]	3-11	0,051
-Zorlama	4,24±1,84	4 [3-5]	3-12	4,5±2,2	3 [3-5]	3-13	4±1,46	3 [3-5]	3-8	0,891
-Aşırılık	9,18±3,18	9 [7-12]	3-15	8,16±3,56	7 [5-11]	3-15	7,07±3,03	7 [4-10]	3-13	0,023
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	26,75±7,8	28 [24-32]	8-40	25,92±8,33	28 [20,5-32]	8-40	21,47±9,46	22 [12-31]	8-36	0,179

p:Kruskal Wallis test

Tablo 10: Gelir durumuna göre ölçeklere ait istatistikler

	Asgari ücret altı			Asgari ücret			Asgari Ücret ile 2 katına kadar			Asgari ücretin 2-3 katına kadar			Asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası			P
	Ort±S	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±S	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±S	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±S	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±S	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	11,11 ±4,61	9,5 [7,25-14,5]	6-23	11,24 ±4,5	10 [8-14]	6-27	11,11 ±4,2	10 [8-14]	6-24	11,56 ±3,76	11 [8-14]	6-20	10,34 ±3,97	9 [7-12,25]	6-24	,53 9
-İhmal	3,96± 1,71	3,5 [3-4,75]	2-9	4,34± 1,86	4 [3-5]	2-9	4,21± 1,86	4 [3-5]	2-9	4,4±1, 67	4 [3-5,5]	2-8	4,22± 1,8	4 [3-6]	2-9	0,7 98
-Kontrol Bozukluğu	3,61± 1,89	3 [2-5]	2-8	3,53± 1,64	3 [2-5]	2-10	3,7±1, 56	3 [2-5]	2-8	3,84± 1,58	4 [2-5]	2-7	3,14± 1,36	3 [2-4]	2-7	0,1 80
-Takıntı	3,54± 1,86	3 [2-4,75]	2-10	3,37± 1,76	3 [2-4]	2-8	3,2±1, 45	3 [2-4]	2-8	3,31± 1,24	3 [2-4]	2-6	2,98± 1,38	2 [2-4]	2-8	0,4 77
SİBERKONDRİ	25,25 ±9,97	24,5 [15-34,5]	12-46	24,78 ±9,98	23 [17-30]	12-53	25,84 ±9,82	24 [17,5-32]	12-50	25,33 ±9,22	23 [18,5-30]	12-52	26,16 ±9,61	24 [17,75-34]	12-48	0,9 12
-Endişe	7,14± 3,93	6 [4-10]	3-15	6,1±3, 07	5 [4-8]	3-15	6,82± 3,22	6 [4-9]	3-15	6,53± 3,17	6 [4-7,5]	3-14	7,04± 3,34	6,5 [4,75-9,25]	3-15	0,5 37
-Güvence	5,93± 3,11	5 [3-9]	3-12	6,22± 2,89	6 [3-8]	3-13	5,94± 2,94	5 [3-8]	3-14	5,93± 2,57	6 [4-7]	3-15	6,28± 3,19	5,5 [3-9]	3-15	0,9 43
-Zorlama	4,18± 1,39	4 [3-4,75]	3-7	4,59± 2,44	3 [3-6]	3-13	4,27± 2,1	3 [3-5]	3-12	4,49± 1,96	4 [3-5]	3-11	4,46± 2,03	3 [3-6]	3-10	0,7 48
-Aşırılık	8±3,9 5	8 [4-11]	3-15	7,86± 3,35	8 [6-10]	3-15	8,81± 3,53	9 [6-12]	3-15	8,38± 3,52	8 [5-12]	3-15	8,38± 3,21	8 [6-10,25]	3-15	0,6 00
E-SAĞLIK OKURYA ZARLIĞI	22,36 ±9,69	24 [13-28]	8-40	23,1± 9,06	26 [14-31]	8-40	27,13 ±7,24	30 [24-32]	8-39	26,38 ±8,07	28 [20,5-32]	8-40	28,52 ±7,2	30,5 [25,75-32]	9-40	0,0 02

p:Kruskal Wallis test

Tablo 11: Kronik hastalık varlığına göre ölçeklere ait istatistikler

Kronik hastalık	Yok			Var			p
	Ort±SS	Medyan [%25- %75]	Min- Maks	Ort±SS	Medyan [%25- %75]	Min- Maks	
PİKO	11,33±4,24	11 [8-14]	6-27	10,17±3,92	9 [7-13]	6-20	0,039
-İhmal	4,35±1,83	4 [3-6]	2-9	3,88±1,65	3 [3-5]	2-9	0,073
-Kontrol Bozukluğu	3,68±1,63	3 [2-5]	2-10	3,18±1,37	3 [2-4]	2-6	0,037
-Takıntı	3,29±1,53	3 [2-4]	2-10	3,1±1,49	2 [2-4]	2-8	0,235
SİBERKONDRI	25,94±9,69	24 [18-32]	12-53	24,07±9,58	22 [16-31,75]	12-46	0,152
-Aşırılık	8,69±3,52	9 [6-12]	3-15	7,23±3,06	7 [5-10]	3-14	0,006
-Güvence	6,12±2,91	6 [3-8]	3-15	5,85±2,96	5 [3-8]	3-15	0,436
-Zorlama	4,43±2,18	3 [3-5]	3-13	4,3±1,67	4 [3-5,75]	3-9	0,747
-Endişe	6,69±3,27	6 [4-8]	3-15	6,68±3,34	6 [4-9,75]	3-15	0,926
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	25,81±8,2	28 [20-32]	8-40	26,2±8,73	28 [22-32]	8-40	0,622

p:Mann Whitney U test

Tablo 12: Akıllı telefon varlığına göre ölçeklere ait istatistikler

Akıllı telefon	Yok			Var			p
	Ort±SS	Medyan [%25- %75]	Min- Maks	Ort±SS	Medyan [%25- %75]	Min- Maks	
PİKO	8,5±2,08	8,5 [6,5-10,5]	6-11	11,11±4,2	10 [8-14]	6-27	0,221
-İhmal	2,75±0,5	3 [2,25-3]	2-3	4,27±1,8	4 [3-5]	2-9	0,064
-Kontrol Bozukluğu	3±1,41	2,5 [2-4,5]	2-5	3,58±1,59	3 [2-5]	2-10	0,479
-Takıntı	2,75±0,5	3 [2,25-3]	2-3	3,26±1,53	3 [2-4]	2-10	0,802
SİBERKONDRI	23,25±9,22	23,5 [14,25-32]	12-34	25,56±9,7	24 [17-32]	12-53	0,681
-Endişe	6,25±3,2	6,5 [3,25-9]	3-9	6,7±3,28	6 [4-9]	3-15	0,841
-Güvence	5,25±2,87	4,5 [3-8,25]	3-9	6,07±2,93	6 [3-8]	3-15	0,561
-Zorlama	5±1,83	5 [3,25-6,75]	3-7	4,39±2,08	3 [3-5]	3-13	0,288
-Aşırılık	6,75±3,3	7 [3,5-9,75]	3-10	8,39±3,47	8 [6-11]	3-15	0,384
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	19,5±10,47	20 [9,75-28,75]	9-29	25,99±8,26	28 [22-32]	8-40	0,163

p:Mann Whitney U test

Tablo 13: Son 1 yıl içinde sağlık kuruluşuna yapılan başvuru sayısına göre ölçeklere ait istatistikler

Son 1 yıl içinde kaç kez bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz?	0-1			2-5			6-9			10+			p
	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	11,26±4,11	11 [8-15]	6-20	11,03±4,32	10 [7,75-13,25]	6-27	11,72±4,55	11,5 [7-14,75]	6-24	9,22±2,29	8,5 [7,75-10,25]	6-14	0,299
-İhmal	4,41±1,78	4 [3-6]	2-9	4,21±1,91	4 [3-5]	2-9	4,28±1,63	4 [3-5]	2-9	3,67±1,24	3 [3-4]	2-6	0,419
-Kontrol Bozukluğu	3,58±1,54	3 [2-5]	2-8	3,62±1,67	3 [2-5]	2-10	3,78±1,52	4 [2-5]	2-7	2,78±1,17	2 [2-3]	2-6	0,139
-Takıntı	3,27±1,48	3 [2-4]	2-8	3,2±1,49	3 [2-4]	2-10	3,66±1,81	3 [2-4]	2-8	2,78±1,31	2 [2-3,25]	2-6	0,223
SİBERKOND Rİ	26,21±9,91	24 [18-35]	12-50	24,92±9,47	24 [17-32]	12-53	26,13±8,71	25 [19,25-31,75]	12-48	25,39±11,94	22 [16,5-36,5]	12-52	0,702
-Endişe	7,15±3,68	7 [4-9]	3-15	6,38±3,02	6 [4-8]	3-14	6,59±2,92	6 [4,25-8,75]	3-13	6,72±3,46	5,5 [4,75-10,25]	3-14	0,651
-Güvence	5,76±2,81	5 [3-8]	3-12	6,03±2,89	6 [3-8]	3-14	6,88±2,77	6,5 [5-9]	3-12	6,39±3,82	6 [3-8,25]	3-15	0,199
-Zorlama	4,57±2,32	3 [3-5]	3-12	4,25±1,97	3 [3-5]	3-13	4,47±1,72	4 [3-6]	3-9	4,56±2,2	4 [3-6,25]	3-11	0,665
-Aşırılık	8,73±3,46	9 [6-11]	3-15	8,25±3,53	8 [5-12]	3-15	8,19±3,12	8 [6,25-10]	3-15	7,72±3,8	7 [4,75-9,25]	3-15	0,560
E-SAĞLIK OKURYAZA RLIĞI	25,46±8,43	27 [19-32]	8-40	26,98±7,55	28 [24-32]	8-40	22,91±9,36	24 [14-32]	8-40	25,5±9,99	29,5 [13,75-32]	8-40	0,225

p:Kruskal Wallis test

Tablo-12’de akıllı telefon varlığına göre ölçeklerin istatistikleri yer almaktadır. Anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo-13’te son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru sayısına göre ölçeklere ait istatistikler vardır. Gruplar arası anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 14: Dizüstü bilgisayar varlığına göre ölçeklere ait istatistikler

Dizüstü bilgisayar	Yok			Var			p
	Ort±S	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±S	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	10,45±4,07	9 [7-13]	6-24	11,54±4,23	11 [8-15]	6-27	0,020
-İhmal	3,95±1,73	4 [3-5]	2-9	4,47±1,82	4 [3-6]	2-9	0,012
-Kontrol Bozukluğu	3,36±1,49	3 [2-4]	2-8	3,73±1,65	4 [2-5]	2-10	0,071
-Takıntı	3,14±1,55	2,5 [2-4]	2-10	3,34±1,5	3 [2-4]	2-8	0,148
SİBERKONDRİ	23,97±9,8	22 [16-30]	12-52	26,69±9,45	26 [19-32]	12-53	0,009
-Endişe	6,4±3,34	6 [4-8]	3-15	6,91±3,22	6 [4-9]	3-15	0,096
-Güvence	5,72±2,92	5 [3-7]	3-15	6,32±2,91	6 [3-8]	3-15	0,056
-Zorlama	4,33±2,12	3 [3-5]	3-12	4,46±2,05	3 [3-5]	3-13	0,417
-Aşırılık	7,53±3,37	7 [5-10]	3-15	9±3,42	9 [6-12]	3-15	<0,001
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	23,97±9,05	27 [16-32]	8-40	27,33±7,41	29 [24-32]	8-40	0,006

p:Mann Whitney U test

Tablo-14’te dizüstü bilgisayar varlığına göre ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır. İhmal, PİKO-KF, aşırılık, siberkondri ciddiyeti ve e-sağlık okuryazarlığı puanları farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre dizüstü bilgisayar sahibi olanlarda PİKO-KF ve alt boyutu olan ihmal, siberkondri ciddiyeti ve alt boyutu olan aşırılık ve e-sağlık okuryazarlığı seviyesi daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 15: Masaüstü bilgisayar varlığına göre ölçeklere ait istatistikler

Masaüstü bilgisayar	Yok			Var			p
	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	10,9±4,17	10 [8-13]	6-27	11,61±4,25	11 [8-14,25]	6-24	0,186
-İhmal	4,18±1,78	4 [3-5]	2-9	4,45±1,84	4 [3-6]	2-9	0,249
-Kontrol Bozukluğu	3,56±1,62	3 [2-5]	2-10	3,61±1,52	4 [2-5]	2-7	0,717
-Takıntı	3,16±1,5	3 [2-4]	2-10	3,55±1,57	3 [2-5]	2-8	0,057
SİBERKONDRI	24,76±9,24	23 [17-31]	12-53	27,89±10,66	27 [18-37]	12-52	0,041
-Endişe	6,59±3,26	6 [4-8]	3-15	7,02±3,32	6,5 [4-9,25]	3-15	0,324
-Güvence	5,83±2,76	5 [3-7]	3-15	6,77±3,29	6 [3-9]	3-15	0,063
-Zorlama	4,25±1,96	3 [3-5]	3-13	4,88±2,36	4 [3-5,25]	3-12	0,021
-Aşırılık	8,09±3,38	8 [5-11]	3-15	9,23±3,63	9 [7-12,25]	3-15	0,026
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	25,23±8,31	27 [18,5-32]	8-40	27,94±8,02	30 [26-32]	8-40	0,018

p:Mann Whitney U test

Tablo-15'te masaüstü bilgisayar varlığına göre ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır. Aşırılık, zorlama, siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı puanları farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre masaüstü bilgisayar sahibi olanlarda siberkondri ciddiyeti ve alt boyutlarından aşırılık ile zorlama ve ayrıca e-sağlık okuryazarlığı seviyesi daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-16'da tablet varlığına göre ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır. Tablet varlığına göre aşırılık ve sağlık okuryazarlığı puanları farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre tableti olanlarda siberkondri ciddiyeti ölçeği alt boyutlarından aşırılık ve e-sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 16: Tablet varlığına göre ölçeklere ait istatistikler

Tablet	Yok			Var			p
	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Medyan [%25-%75]	Min-Maks	
PİKO	10,8±4,04	10 [8-13]	6-24	11,73±4,49	11 [8-15]	6-27	0,119
-İhmal	4,13±1,67	4 [3-5]	2-9	4,54±2,04	4 [3-6]	2-9	0,169
-Kontrol Bozukluğu	3,46±1,54	3 [2-4,75]	2-8	3,85±1,69	4 [2-5]	2-10	0,084
-Takıntı	3,21±1,51	3 [2-4]	2-10	3,34±1,55	3 [2-4]	2-8	0,501
SİBERKONDRI	24,81±9,13	23 [17-31]	12-50	27,27±10,76	25 [18-37]	12-53	0,118
-Endişe	6,42±3	6 [4-8]	3-14	7,35±3,81	7 [4-10]	3-15	0,135
-Güvence	6,05±2,78	6 [3-8]	3-14	6,1±3,26	5 [3-9]	3-15	0,664
-Zorlama	4,34±2,08	3 [3-5]	3-12	4,54±2,08	4 [3-6]	3-13	0,369
-Aşırılık	8±3,2	8 [5,25-10]	3-15	9,27±3,93	9 [6-13]	3-15	0,014
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	25±8,81	27 [17-32]	8-40	28,06±6,49	29 [24-32]	10-40	0,025

p:Mann Whitney U test

4.4 SİBERKONDRI CİDDİYETİ İLE PİKO-KF İLİŞKİSİ

Tablo 17: Siberkondri Ciddiyeti ve PİKO ilişkisi

		Aşırılık	Endişe	Güvence	Zorlama	SİBERKONDRI
Takıntı	r	0,272	0,314	0,308	0,333	0,360
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İhmal	r	0,374	0,341	0,296	0,301	0,401
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Kontrol Bozukluğu	r	0,284	0,306	0,229	0,258	0,327
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
PİKO	r	0,377	0,386	0,325	0,348	0,433
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

p:Spearman Rho Korelasyon

Tablo-17’de siberkondri ciddiyeti ölçeğinin ve alt boyutlarının PİKO ve alt boyutlarıyla olan ilişkisi yer almaktadır.

Siberkondri ciddiyetinin alt boyutlarından aşırılık ile;

1. PİKO-KF alt boyutlarından takıntı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
2. PİKO-KF alt boyutlarından ihmal arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
3. PİKO-KF alt boyutlarından kontrol bozukluğu arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
4. PİKO-KF arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

Siberkondri ciddiyetinin alt boyutlarından endişe ile;

1. PİKO-KF alt boyutlarından takıntı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
2. PİKO-KF alt boyutlarından ihmal arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
3. PİKO-KF alt boyutlarından kontrol bozukluğu arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
4. PİKO-KF ile arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

Siberkondri ciddiyetinin alt boyutlarından güvence ile;

1. PİKO-KF alt boyutlarından takıntı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
2. PİKO-KF alt boyutlarından ihmal arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
3. PİKO-KF alt boyutlarından kontrol bozukluğu arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
4. PİKO-KF ile arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

Siberkondri ciddiyetinin alt boyutlarından zorlama ile;

1. PİKO-KF alt boyutlarından takıntı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
2. PİKO-KF alt boyutlarından ihmal ile arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
3. PİKO-KF alt boyutlarından kontrol bozukluğu ile arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
4. PİKO-KF ile arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

Siberkondri ciddiyeti ile;

1. PİKO-KF alt boyutlarından takıntı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
2. PİKO-KF alt boyutlarından ihmal ile arasında pozitif yönlü, orta derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
3. PİKO-KF alt boyutlarından kontrol bozukluğu ile arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.
4. PİKO-KF ile arasında pozitif yönlü, orta derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

4.5 SİBERKONDRI CİDDİYETİ İLE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ

Tablo 18: Siberkondri Ciddiyeti ve E-Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

		E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
Aşırılık	r	0,280
	p	<0,001
Endişe	r	0,182
	p	0,003
Güvence	r	0,187
	p	0,002
Zorlama	r	0,117
	p	0,054
SİBERKONDRI	r	0,248
	p	<0,001

p:Spearman Rho Korelasyon

Siberkondri alt boyutlarından aşırılık ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

Siberkondri alt boyutlarından endişe ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, çok zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

Siberkondri alt boyutlarından güvence ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, çok zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

Siberkondri ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

4.6 PİKO İLE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ

Tablo 19: PİKO ve E-Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

		E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
Takıntı	R	0,090
	P	0,138
İhmal	R	0,250
	P	<0,001
Kontrol Bozukluğu	R	0,128
	P	0,035
PİKO	R	0,198
	P	0,001

p:Spearman Rho Korelasyon

PİKO-KF alt boyutlarından ihmal ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

PİKO-KF alt boyutlarından kontrol bozukluğu ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, çok zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

PİKO-KF ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, çok zayıf derece doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bilgiye ulaşmanın kolaylaşması, bilgi kaynaklarının globalleşmesi sonucu; internet üzerinden arama motorları aracılığıyla yapılan aramalar gün geçtikçe artmaktadır. Bu aramaların içinde sağlığa ilişkin aramalar da önemli bir yer tutmaktadır. Örneğin 2004 yılında yapılan bir çalışmada, incelenen 298512 adet internet aramasının %4.5'inin sağlıkla ilişkili olduğu belirtilmiştir (43). 2010'da 12 ülkede, 12262 kişi üzerinde yapılmış başka bir çalışmada ise katılımcıların yarısının kendi kendilerine tanı koymak için Google arama motorunu kullandıkları ortaya konulmuştur (44). Sağlık ilişkili bilgilere kolay ulaşımın avantajlarının olmasının yanı sıra en önemli dezavantajları bu bilgilerin bir filtreden geçmemesi ve bu durumun da kimi zaman yanlış bilgi edinilmesine sebep olmasıdır. E-sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin bu geniş bilgi havuzundan doğru bilgiyi ayırt edebilmesi daha da zorlaşmaktadır.

Sağlığa ilişkin bilgi arayışı kimi bireylerde sağlık anksiyetesini tetikleyebilmekte ve siberkondri denilen internet aracılı sağlık anksiyetesine yol açabilmektedir. Ayrıca internet üzerinde geçirilen zamanın artması problemlili internet kullanımını tetikleyebilmektedir.

Çalışmamızda 18 yaş üstü bireylerde siberkondri ciddiyetinin e-sağlık okuryazarlığı ve problemlili internet kullanımıyla olası ilişkisi ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda sosyodemografik verilerin kullanılan üç ayrı ölçekle olan istatistikleri, siberkondri ciddiyetinin problemlili internet kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisi ve son olarak problemlili internet kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir.

5.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE ÖLÇEKLERE AİT SONUÇLAR

5.1.1 Cinsiyet

Çalışmamızda cinsiyet grupları arasında ölçeklere ve alt boyutlarına dair anlamlı fark bulunamamıştır. Literatürde 2020 yılında 162 katılımcıyla yapılmış bir çalışmada siberkondri ciddiyeti skorunun cinsiyetler arası fark göstermediği belirlenmiştir (45). 2016 yılında İran'da, 192 katılımcıyla yapılmış bir çalışmada

cinsiyetler arasında e-sağlık okuryazarlığı skorları açısından anlamlı fark saptanmıştır, ayrıca 2021 yılında yapılmış başka bir sistematik literatür taramasında da cinsiyet açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (46,47). PİK açısından; 48 çalışma üzerinden yapılan bir literatür taramasında erkeklerin PİK semptomlarını daha çok gösterdiği görülmüştür (48).

5.1.2 Yaş Grupları

Çalışmamızda yaş gruplarına göre PİKO-KF'ye ait olan sonuçlarda; PİKO-KF puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin tüm alt boyutları yaş gruplarına göre anlamlı saptanmıştır. Anlamlı çıkan yaş grupları ve alt boyutlarla ilişkisi bulgular kısmında belirtilmiştir. Görülmektedir ki yaş grubu küçüldükçe PİKO-KF'den alınan puanlar artmış, yani problemler internet kullanımı artmıştır. Çalışmamıza göre PİK'in en sık tespit edildiği grup 18-30 yaş grubudur. Literatürdeki çalışmalarda genellikle adölesan yaş grubu üzerine çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Ancak Japonya'da 2018'de farklı ölçekler kullanılarak problemler internet kullanımı üzerine yapılmış bir çalışmada; çalışmamızın sonucuna benzer bir şekilde sorunlu internet kullanıcılarının yaşı, normal internet kullanıcılarına göre önemli ölçüde daha düşük tespit edilmiştir (49). Katılımcılardan yaşı küçük olanların internetle tanışma yaşının küçük olması ve teknolojik bilgi düzeylerinin daha yüksek olması bu sonuca sebep olabilir.

Yaş gruplarına Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği'ne ait olan sonuçlarda; siberkondri ciddiyeti puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Aşırılık, endişe ve güvence alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Anlamlı çıkan yaş grupları ve alt boyutlarla ilişkisi bulgular kısmında belirtilmiştir. Çalışmamızda alınan sonuçlara göre katılımcıların yaşları küçüldükçe siberkondri ciddiyeti skorlarında artış olmuştur. Ölçeğin puanlandırma kriterlerine göre 18-30 ve 30-45 yaş grubu düşük düzey siberkondri ciddiyetine, 45-60 yaş ve 60 yaş üstü yaş grubu ise çok düşük düzey siberkondri ciddiyetine sahip olarak değerlendirilebilir. Literatür incelendiğinde 2016 yılında yapılmış bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde siberkondrinin yaş arttıkça azaldığı bulunmuştur (50). 2021 yılında yapılmış ve bizim çalışmamızla aynı ölçeğin kullanıldığı bir yayında da 20-30 yaş grubunda siberkondri ciddiyeti puanlarının diğer gruplara kıyasla daha yüksek tespit

edilmiştir (51). Bu durumun genç yaştaki kişilerin internete ve teknolojik cihazlara erişiminin daha kolay olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yaş gruplarına göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne ait olan sonuçlarda anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). 18-30 yaş grubundaki katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi, 60 yaş üstü katılımcılardan yüksek tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak yine Türkiye'de 2019 yılında yapılmış bir çalışmada yaş grupları açısından e-sağlık okuryazarlığı üzerine anlamlı fark saptanmamıştır (52). Ancak bu çalışmada yaş grupları ≤ 25 / 25-36 / ≥ 36 olarak belirlendiği için çalışmamızla farklı sonuç elde edilmiş olabilir. Yunanistan'da yapılmış farklı bir çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde yaş azaldıkça e-sağlık okuryazarlığının arttığı saptanmıştır (53).

5.1.3 Eğitim Düzeyi

Çalışmamızda PİKO-KF puanları ve tüm alt boyutları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir. Anlamlı çıkan eğitim düzeyi seviyeleri ve alt boyutlarla ilişkisi bulgular kısmında belirtilmiştir. Çıkan sonuca göre eğitim düzeyi arttıkça PİK de artmaktadır. 2016 yılında Slovenya'da toplumdaki PİK prevalansını ölçmek için yapılmış bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer bir şekilde eğitim seviyesi arttıkça PİK'in arttığı bulunmuştur (54). Bangladeş'te 2020 yılında 13.525 katılımcıyla, Covid-19 pandemisi sürecinde yapılan bir çalışmada da aynı şekilde PİK'in genç ve yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerde daha çok görüldüğü tespit edilmiştir (55).

Eğitim düzeylerine göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği'ne ait sonuçlarda; siberkondri ciddiyeti puanları ile aşırılık ve endişe alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı çıkan eğitim düzeyi seviyeleri ve alt boyutlarla ilişkisi bulgular kısmında belirtilmiştir. Bulduğumuz sonuca göre, ölçeğin medyan puanları kıyaslandığında lisans eğitim düzeyinin en yüksek siberkondri ciddiyetine sahip olduğu söylenebilir. Ölçeğin puanlandırma kriterlerine göre; okuryazar, ilköğretim, ortaöğretim/lise ve yüksek lisans eğitim seviyesindeki katılımcılar çok düşük düzey siberkondri ciddiyeti seviyesinde, lisans eğitim seviyesindeki katılımcılar ise düşük düzey siberkondri ciddiyeti seviyesinde bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Türkiye'de 2021 yılında, çalışmamızda kullanılan ölçeğin uzun formu kullanılarak 1196 katılımcıyla yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça siberkondri ciddiyeti

seviyesinin düştüğü belirtilmiştir (9). Yine Türkiye’deki bir çalışmada eğitim seviyesi ve yaş yükseldikçe siberkondri düzeyinin düştüğü, sağlık okuryazarlık seviyesi arttığı tespit edilmiştir (56). Çalışmalar arası sonuçlarda oluşan bu farklılık katılımcı sayısının farklılığı ve bizim çalışmamızın tek merkezli olmasına dayandırılabilir.

Eğitim düzeylerine göre E-Sağlık Okuryazarlığı puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızda en yüksek e-sağlık okuryazarlığı seviyesinin medyan puanlar açısından incelendiğinde ‘lisans’ eğitim düzeyindeki katılımcılarda olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde eğitim seviyesinin e-sağlık okuryazarlığı ile anlamlı ilişkisini tespit etmemiş çalışmalar mevcutken, bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı ilişki tespit eden yayınlar da mevcuttur (52,57). E-sağlık okuryazarlığı; temelinde okuduğunu anlamak, yorumlamak ve analiz etme becerisine sahip olmak şeklinde tanımlandığından, eğitim seviyesi yüksek olanların düşük olanlara göre daha başarılı olabileceği bir alan olarak değerlendirilebilir.

5.1.4 Medeni Durum

Medeni duruma göre PİKO-KF’ye ait olan sonuçlarda; PİKO-KF puanları ve tüm alt boyutları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde bekar grubun PİK’e daha eğilimli olduğu görülmüştür. 2012 yılında İran’da yapılan bir çalışmada medeni durumun PİK üzerinde etkisini olmadığı bulunmuştur (58). Ancak bu çalışmada katılımcıların %89.8’i bekarken %10.2’si evlidir. Bununla birlikte İran’da ve Türkiye’de yapılmış iki ayrı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde bekar grupta PİK daha yüksek bulunmuştur (59,60).

Medeni duruma göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği’ne ait sonuçlarda; yalnızca aşırılık puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bekar grupta aşırılık alt boyutu puanları evli ve boşanmış/dul gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanlamasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Türkiye’de yapılmış iki çalışmada da medeni durum siberkondri ciddiyeti açısından anlamlı fark oluşturmamıştır (52,61). Alt boyutlara göre yapılan bir istatistiki ayırım literatürde bulunamamıştır.

Çalışmamızda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği puanlarında medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. Benzer şekilde 2018 yılında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde anlamlı fark saptanamamıştır (62).

5.1.5 Gelir durumu

Gelir durumu gruplarına göre e-sağlık okuryazarlığı puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Medyan puanlar incelendiğinde asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası gelir durumuna sahip olanların e-sağlık okuryazarlığı puanı en yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde düşük gelirli bireyler e-sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (63).

5.1.6 Kronik hastalık durumu

Sonuçlarımıza göre kronik hastalık varlığına göre PİKO-KF ve alt boyutu olan kontrol bozukluğu ile siberkondri ciddiyetinin alt boyutu olan aşırılık puanları farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Her üçünde de kronik hastalığı olmayanlar daha yüksek puan almışlardır. Literatürde, siberkondri üzerine başka bir ölçek kullanılarak Türkiye’de yapılan bir çalışmada; kronik hastalığa sahip olan kişilerde ölçeğin alt boyutları düzeyinde kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeyde siberkondri semptomları gösterdiği bulunmuştur (64). Literatürdeki yayınlarla çalışmamız arasındaki bu farklılık kronik hastalığı olan popülasyonun büyük kısmının yaş grubu büyük olan katılımcılardan oluşmasından kaynaklanabilir. Problemlerli internet kullanımının komorbidite gösterdiği rahatsızlıklar daha önce belirtilmiştir (31). Problemlerli internet kullanımı üzerine yapılan yayınlarda genellikle psikiyatrik hastalıklar üzerine yoğunlaşmıştır.

5.1.7 Teknolojik alet varlığı

Katılımcıların %98.5’inde akıllı telefon bulunmaktadır. Akıllı telefon varlığına göre ölçeklere ait istatistiklerde anlamlı farklılık görülmemiştir.

Dizüstü bilgisayar sahibi olanlarda ihmal, PİKO-KF, aşırılık, siberkondri ciddiyeti ve e-sağlık okuryazarlığı puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Masaüstü bilgisayar varlığına göre aşırılık, zorlama, siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablet varlığına göre aşırılık ve e-sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Literatür incelendiğinde 2020 yılında bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde masaüstü bilgisayar ve dizüstü bilgisayar kullanan katılımcılara problemlili internet kullanımı daha yüksek bulunmuştur (65). Siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığıyla teknolojik alet ilişkisini sorgulayan bir yayına rastlanmamıştır. Bu alandaki yayınlar daha çok internette geçirilen süre üzerine kurgulanmıştır. İnternete bağlanmayı sağlayacak teknolojik alet sayısının artmasıyla PİK'in ve siberkondrinin artacağı düşünülebilir. İnternete bağlanmanın kolay olmasıyla taranacak sağlık kaynaklarına rahat ulaşımın da e-sağlık okuryazarlığını arttırdığı çıkarımı yapılabilir.

5.2 E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNE AİT BAĞIMSIZ SORULAR

'Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?' ve 'İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?' sorularına katılımcılar tarafından en yüksek oranda 'Yararlı/Önemli-4 puan' verilmiştir. Yüzdeleri sırasıyla %61.3 ve %60.9'dur. Türkiye'de sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık seviyesini ölçen bir çalışmada bu oranlar sırasıyla %44.9 ve %59.3 olarak bulunmuştur (66). Güney Kore'de yapılmış bir çalışmada ise %61 ve %56 oranları tespit edilmiştir (67).

5.3 SİBERKONDRI VE PİK İLİŞKİSİ

Sonuçlarımızda siberkondri ciddiyeti ölçeği ve tüm alt boyutları ile PİKO-KF ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık ilişkisi saptanmıştır. Buna göre problemlili internet kullanımı arttıkça siberkondri ciddiyeti de artmaktadır. 2017'de siberkondri ve problemlili internet kullanımı üzerine yapılan bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur (12). Ayrıca çalışmanın sonuçlarına göre; PİK'i arttıracak parametreler, siberkondriyi de arttırabilir. İran'da yapılan başka bir çalışmada da siberkondri ve problemlili internet kullanımı arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (68). 2020 yılında, PİK değerlendirilmesinde farklı bir ölçek kullanılarak yapılan bir araştırma sonuçlarına göre de belirgin siberkondri semptomları taşıyan hastalarda PİK riski daha yüksektir (69). Siberkondri ciddiyeti ölçeğini geliştiren Starcevic ve ark. tarafından yapılmış bir çalışmada problemlili internet kullanımı ve siberkondri arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlılık ilişkisi bulunmuştur (70). Bu makale; ikisi arasındaki güçlü

ilişkinin çevrimiçi etkinliklere katılmayı azaltmaktaki zorluktan ileri gelebileceğine bağlamıştır.

Türkiye’de, internet kullanımı için farklı bir ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı ile siberkondri arasında pozitif yönlü anlamlı istatistiksel ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (71).

Hem literatürdeki araştırmaların hem de bizim çalışmamızın vardığı ortak sonuçta görülmektedir ki; siberkondri ve problemlili internet kullanımı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Daha önce de belirtildiği üzere siberkondrinin temelini yineleyen çevrimiçi aramalar oluşturduğundan; siberkondri ciddiyeti yüksek olan bireylerin internette geçirdiği zaman artmasının problemlili internet kullanımıyla ortaklık gösterdiği ve aralarındaki anlamlılık ilişkisini oluşturduğu düşünülebilir.

5.4 SİBERKONDRI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ

Siberkondri ciddiyeti ölçeğinin ve alt boyutlarından aşırılık, endişe ve güvencenin e-sağlık okuryazarlığı ile arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlılık ilişkisi saptanmıştır. Literatür incelendiğinde sağlık çalışanları üzerinde yapılmış bir çalışmada aşırılık puanları arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı görülmüştür (72).

Bu konuda yapılmış başka bir çalışmada çalışmamızın tersine e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde siberkondri ile ilişkili tepkilerde azalma görülmüştür (73). Makalenin devamında; yüksek düzeyde e-sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin, bilinçli kararlar vermek için çevrimiçi sağlık kaynaklarını kullanabildikleri, sağlıklarına ilişkin endişeleri olsa da internet aramalarında aşırıya kaçmalarının daha az olası olduğu yorumunda bulunulmuştur.

Türkiye’de 394 katılımcıyla yapılmış bir araştırmada da çalışmamıza benzer şekilde siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (52). Yazarın yorumuyla; literatürdeki çalışmalarda e-sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek kişilerin internete daha çok zaman ayırdığı kanıtlandığından, bu durumun düşük düzeyde de olsa siberkondri düzeyini arttırabildiği düşünülmüştür.

Yine ülkemizde yapılmış bir çalışmada siberkondri alt boyutları ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiş ve ölçek olarak Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği-Uzun Formu uygulanmıştır. Sonuçlarda, zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma, doktora güvensizlik alt boyutlarıyla e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlılık ilişkisi bulunmuştur (57). Aynı zamanda siberkondri ciddiyeti toplam puanları ile de yapılan değerlendirmede e-sağlık okuryazarlığı ile pozitif yönde istatistiksel anlamlılık ilişkisi tespit edilmiştir.

5.5 PİK VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ

Çalışmamızda; PİKO-KF ve alt boyutları ihmal ile kontrol bozukluğuyla e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlılık ilişkisi tespit edilmiştir. Literatürde bu iki ölçekler kullanılarak yapılmış başka bir çalışma tespit edilememiştir. Ancak katılımcıların internette geçirdikleri süre ve e-sağlık okuryazarlığı seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada her gün internet kullanan bireylerde e-sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (74). Yapılmış başka bir çalışmada da; internette geçirilen zamanın az olması ve internetin yararlı ve kullanışlı olmadığı düşünülmesinin e-sağlık okuryazarlığı negatif yönde etkilediği görülmüştür (75). Çalışmamızın sonuçlarının literatürle örtüşmesiyle görülmektedir ki internette geçirilen zamanın artması e-sağlık okuryazarlığı üzerine olumlu etki yapmaktadır. Ancak geçirilen bu zamanın problemlili internet kullanımına sebep olması; istenmeyen bir sonuçtur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnternet; kullanımı ve yaygınlığını gün geçtikçe arttırmaktadır. İnternetin sık ve kontrolsüz kullanımı problemlili internet kullanımını, sağlık ilişkili internet aramalarının artması e-sağlık okuryazarlığını, internet üzerinden yapılan sağlık ilişkili aramaların tetiklediği anksiyete ise siberkondri terimini literatürde sıklıkla karşımıza çıkarmaktadır. Biz de çalışmamızda 18 yaş üstü bireylerde siberkondrinin problemlili internet kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığıyla olası ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

Sonuçlarımıza göre; 18-30 yaş grubundaki katılımcıların siberkondri, PİK ve e-sağlık okuryazarlığı açısından diğer yaş gruplarına göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Lisans eğitim düzeyindeki katılımcıların da siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı puanlarının diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar bize genç yaş grubundaki ve eğitim düzeyi yüksek bireylerde siberkondri ve problemlili internet kullanımı riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu grup katılımcıların kıyaslandıkları diğer gruplara göre daha çok teknolojik alet veya internet kullanımı olmasının bu sonucu doğurması mümkündür. Aynı noktadan hareketle; daha yoğun internet kullanımı dolaylı yoldan bu gruplarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyini de arttırmış olabilir.

Tüm katılımcıların ortalama siberkondri seviyesinin 25,52±9,68 puanla ‘düşük düzey’ olarak bulunması olumlu değerlendirilebilecek bir sonuç olmakla birlikte siberkondrinin dikkatle incelenmesi ve özellikle hekimler tarafından bilgi sahibi olunması gereken bir konu olduğunu göstermektedir. Tüm yaş ve hastalık gruplarından hasta takibi yapan aile hekimleri; daha kolay ulaşılabilirlik açısından, sıklıkla siberkondriyak bireylerin ilk başvuru basamağı olmaktadır. Bu durumda hasta ile iş birliği içinde olmak, internet üzerinden yanlış ve eksik bilgilere ulaşabileceğini hatırlatarak güven vermek, gerekirse doğru bilgi kaynaklarına yönlendirmek faydalı olacaktır. Böylece hem hastanın tedaviyi kesmesi gibi olumsuz durumlar engellenebilmekte hem de hastanın mükerrer sağlık kuruluşu başvurularının önüne geçerek gereksiz sağlık harcamaları azaltılabilmektedir.

Siberkondrinin PİK ile pozitif yönde istatistiksel anlamlılık ilişkisi içinde olması bizlere tekrar doğru ve yeterli internet kullanımı üzerine eğilmemiz gerektiğini hatırlatmaktadır. Patolojik düzeyde internet kullanımı, internet kullanımının sosyal hayat üzerine negatif etkilerinin olması; siberkondri gibi bir yönüyle anksiyeteyi bir yönüyle de obsesyon/kompulsiyonu kapsayan hastalıkları şiddetlendirebilmektedir. Kişiyi biyopsikososyal açıdan yaklaşan aile hekimleri olarak üzerimize düşen görev; özellikle gençleri bu konuda bilinçlendirmek, yardıma ihtiyacı olabilecek kişileri tespit etmek ve gerekli yönlendirmeleri yapmaktır.

Maksimum 40 puan üzerinden tüm katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $25,89 \pm 8,31$ olarak tespit edilmiştir. E-sağlık okuryazarlığının önemi, internetin yaygınlığı ve gücü arttıkça artmaktadır. Günümüzde; hastaların da kendi hastalıklarıyla ilgili sorumlulukları alması, tedavi süreçlerine etkin ve yetkin şekilde katılması ancak güçlü bir e-sağlık okuryazarlığı düzeyiyle mümkündür. Eğitim düzeyi yüksek bireylerde e-sağlık okuryazarlığının artması halkın eğitim düzeyini arttıracak politikalara önem vermemiz gerektiğini göstermektedir. Yüksek e-sağlık okuryazarlığının birçok farklı açıdan sağlık harcamalarını azaltacağı ve sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltacağı açıktır. Bu sebeple çevrimiçi sağlığa ilişkin bilgi kaynaklarında doğru filtreleme sağlayacak girişimlerde bulunulmalı, halkın doğru sağlık bilgilerine ulaşabileceği düzenlemeler yapılmalıdır. Bizlerin de aile hekimleri olarak; bu konuda hassasiyet göstermemiz ve hastalarımıza doğru yönlendirmeleri yapmamız önem arz etmektedir.

Yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere kişisel ve sürekli sağlık bakımı sunan aile hekimleri olarak; küreselleşen ve gün geçtikçe daha da teknoloji bağımlı ilerleyen dünyamızda yeni görmeye başladığımız, bu çalışmaya konu oluşturan patolojileri ve benzer durumları bilmek, sonuçlarına ve çözümlerine hâkim olmak kıymetlidir. Güçlü sağlık sisteminin güçlü aile hekimlerinden geçtiğini akılda tutarak günlük pratikte siberkondri, PİK ve e-sağlık okuryazarlığını akılda tutmak hem bizim hem de hastalarımızın lehine olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. İnternet erişimi: <https://www.statista.com/topics/1145/internet-usage-worldwide/> Erişim tarihi:15.04.2022
2. Eysenbach, G., & Kohler, C. h. (2003). What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. *AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium, 2003*, 225–229.
3. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK. Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Results From a National Survey. *JAMA*. 2003;289(18):2400–2406.
4. İnternet erişimi: TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2021 Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437) Erişim tarihi:15.04.2022
5. İnternet erişimi: TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri(BT) Kullanım Araştırması 2021 Son Üç Ay İçinde İnternet Kullanan Bireylerin İnterneti Kişisel Kullanma Amaçları [Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437) Erişim tarihi:15.04.2022
6. Cam Escoffery Phd, Mph, Ches , Kathleen R Miner Phd, Mph, Ches , Daniel D Adame Phd, Msph, Ches , Susan Butler Edd, Ches , Laura McCormick Drph & Elizabeth Mendell Med (2005) Internet Use for Health Information Among College Students, *Journal of American College Health*, 53:4, 183-188
7. Gallagher, S. and Doherty, D. (2009), Searching for health information online: characteristics of online health seekers. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2: 99-106.
8. Kate Muse, Freda McManus, Christie Leung, Ben Meghreblian, J. Mark G. Williams, Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 26, Issue 1, 2012, Pages 189-196, ISSN 0887-6185,
9. Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., Ekinci, Y. (2021). Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17 (37) , 4253-4297 .
10. Beard, Keith W.; Wolf, Eve M. (2001). Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377–383.
11. Spada, Marcantonio M. (2014). An overview of problematic Internet use. *Addictive Behaviors*, 39(1), 3–6.
12. Fergus, TA, Spada, MM. (2017) Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clin Psychol Psychother*. 2017; 24: 1322– 1330.
13. Özer Ö, Şantaş B, Budak F. (2012). Sağlık web sitelerinin kullanım düzeylerinin incelenmesi: örnek bir uygulama. *E-journal of faculty of communication* 2012; 4(1): 128-140
14. Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner, “eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World”, *Journal of Medical Internet Research*, 8:2:e9 (2006), s.2.
15. Loos, Amber (2013). Cyberchondria: Too Much Information for the Health Anxious Patient?. *Journal of Consumer Health On the Internet*, 17(4), 439–445. doi:10.1080/15398285.2013.833452
16. Erdoğan, A., & Hocoğlu, Ç. (2020). Cyberchondria: a review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 12(4), 435-443.
17. Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–213.
18. İnternet erişimi: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/cyberchondria> Erişim tarihi:08.05.2022
19. Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020). Recent Insights Into Cyberchondria. *Current psychiatry reports*, 22(11), 56.

20. Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 504-510.
21. McElroy, Eoin; Shevlin, Mark (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259–265.
22. McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019). The CSS-12: development and validation of a short-form version of the cyberchondria severity scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(5), 330-335.
23. Söyler S, Biçer I, Çavmak D. (2021). Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12 Türkçe) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.
24. Erdoğan, A., & Hocaoğlu, Ç. (2020). Cyberchondria: a review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 12(4), 435-443.
25. Starcevic, Vladan (2017). Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 129–133.
26. Nathan A. Shapira; Mary C. Lessig; Toby D. Goldsmith; Steven T. Szabo; Martin Lazowitz; Mark S. Gold; Dan J. Stein (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. , 17(4), 207–216. doi:10.1002/da.10094
27. Salicetia, F. (2015). Internet Addiction Disorder (IAD). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 1372–1376.
28. Young, K., Pistner, M., O'Mara, J., & Buchanan, J. (1999). Cyber Disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 475–479.
29. Andiç, S., Durak Batigün, A. (2021). DSM-5 tanı ölçütleri temelinde internet bağımlılığı ölçeği'nin geliştirilmesi: İnternet oyun oynama bozukluğu açısından bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 32(1), 33-42.
30. Göktaş, S., Aygar, H., Zencirci, S. A., Önsüz, M. F., Alaiye, M., & Metintaş, S. (2018). Problematic internet use questionnaire-short form-6 (PIUQ-SF 6): a validity and reliability study in Turkey. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 6(7), 2354-60.
31. Kim, B.-S., Chang, S. M., Park, J. E., Seong, S. J., Won, S. H., & Cho, M. J. (2016). Prevalence, correlates, psychiatric comorbidities, and suicidality in a community population with problematic Internet use. *Psychiatry Research*, 244, 249–256.
32. Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 267–272.
33. Kuss, D. J., & Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World journal of psychiatry*, 6(1), 143–176.
34. Andrus, M.R. and Roth, M.T. (2002), Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22: 282-302
35. Williams, M. V. (1995). Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 274(21), 1677.
36. Berkman, Nancy D.; Sheridan, Stacey L.; Donahue, Katrina E.; Halpern, David J.; Crotty, Karen (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–.
37. Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, 14(1), e1619.
38. Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e507.
39. Eryiğit Günler O. (2015) “Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerindeki Etkileri”. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 17(29), 33-40.
40. Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, G., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., ... Demetrovics, Z. (2011). Confirmation of the Three-Factor Model of Problematic Internet Use on Off-Line Adolescent and Adult Samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 657–664.
41. Demetrovics, Z., Király, O., Koronczai, B., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Elekes, Z., ... Urbán, R. (2016). Psychometric Properties of the Problematic Internet Use Questionnaire

- Short-Form (PIUQ-SF-6) in a Nationally Representative Sample of Adolescents. *PLOS ONE*, 11(8), e0159409.
42. Gencer, Z. T. (2017). Norman ve Skinner'ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| Istanbul University Faculty of Communication Journal*, (52), 131-145.
 43. Eysenbach, G. (2004). Health-Related Searches on the Internet. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 291(24), 2946–2946.
 44. İnternet erişimi: McDaid D, Park A. Online Health: Untangling the Web. [Internet]. 2011. Available from: http://www.epolitix.com/fileadmin/epolitix/stakeholders/Online_Health.pdf (Erişim tarihi:16.08.2022)
 45. Aulia, A., Marchira, C. R., Supriyanto, I., & Pratiti, B. (2020). Cyberchondria in First Year Medical Students of Yogyakarta. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 24(1), 1–9.
 46. Dashti, S., Peyman, N., Tajfard, M., & Esmaeeli, H. (2017). E-Health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: a pilot study. *Electronic physician*, 9(3), 3966.
 47. Shi, Y., Ma, D., Zhang, J., & Chen, B. (2021). In the digital age: a systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults. *Journal of Public Health*, 1-9.
 48. Baloğlu, M., Şahin, R., & Arpacı, I. (2020). A review of recent research in problematic internet use: gender and cultural differences. *Current Opinion in Psychology*, 36, 124-129.
 49. de Vries, H. T., Nakamae, T., Fukui, K., Denys, D., & Narumoto, J. (2018). Problematic internet use and psychiatric co-morbidity in a population of Japanese adult psychiatric patients. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-10.
 50. Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: Parsing Health Anxiety From Online Behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390–400.
 51. Peng X-Q, Chen Y, Zhang Y-C, Liu F, He H-Y, Luo T, Dai P-P, Xie W-Z and Luo A-J (2021) The Status and Influencing Factors of Cyberchondria During the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Study in Nanyang City of China. *Front. Psychol.* 12:712703.
 52. Deniz, S. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi . *İnsan ve İnsan* , 7 (24) , 84-96 .
 53. Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). eHealth literacy: in the quest of the contributing factors. *Interactive journal of medical research*, 5(2), e4749.
 54. Macur, Mirna; Király, Orsolya; Maraz, Aniko; Nagygyörgy, Katalin; Demetrovics, Zsolt (2016). Prevalence of problematic internet use in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 55(3), –.
 55. Islam, M. S., Sujan, M. S. H., Tasnim, R., Ferdous, M. Z., Masud, J. H. B., Kundu, S., ... & Griffiths, M. D. (2020). Problematic internet use among young and adult population in Bangladesh: Correlates with lifestyle and online activities during the COVID-19 pandemic. *Addictive behaviors reports*, 12, 100311.
 56. Ekinci, Y., Tutgun-Ünal, A., Bayse, R., Ekinci, A., Tarhan, N. (2021). Siberkondri, Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyo-ekonomik Statü İlişkisi Bağlamında X ve Y Kuşağına Yönelik Bir Araştırma. *İstanbul Arel Üniversitesi İletişim Çalışmaları Dergisi*. 9 (20). 117-148.
 57. Mansur, F., Ciğerci, K. (2022). Siberkondri ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 11-21.
 58. Mazhari, S. (2012). The prevalence of problematic internet use and the related factors in medical students, Kerman, Iran. *Addiction & health*, 4(3-4), 87.
 59. Mohammadbeigi, Abolfazl; Hashiani, AmirAlmasi; Ghamari, Farhad; Mohammadsalehi, Narges (2011). Internet addiction and modeling its risk factors in medical students, Iran. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33(2), 158–.
 60. Ozgur, H. , Demiralay, T. & Demiralay, İ. (2014). Exploration Of Problematic Internet Use And Loneliness Among Distance Education Students . *Turkish Online Journal of Distance Education* , 15 (2) , 75-90 .

61. Yılmaz, Y., Bahadır, E., & Erdoğan, A. (2021). Siberkondria, anksiyete duyarlılığı, bedensel duyularını abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 450-458.
62. Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Melius, K. P., Quandt, S. A., Leng, X., Latulipe, C., ... & Bertoni, A. G. (2020). Older adult internet use and eHealth literacy. *Journal of Applied Gerontology*, 39(2), 141-150.
63. Kim, H., & Xie, B. (2017). Health literacy in the eHealth era: a systematic review of the literature. *Patient education and counseling*, 100(6), 1073-1082.
64. Ertaş, H., Kırac, R., ve Ünal, S. N. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin siberkondri düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(23), 1746-1764.
65. Chandrima, R. M., Kircaburun, K., Kabir, H., Riaz, B. K., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Mamun, M. A. (2020). Adolescent problematic internet use and parental mediation: A Bangladeshi structured interview study. *Addictive Behaviors Reports*, 12, 100288.
66. Yılmaz, A., Saygılı, M., Kaya, M. (2020). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (31), 148-157.
67. Park, H., Lee, E. (2015). Self-reported eHealth literacy among undergraduate nursing students in South Korea: a pilot study. *Nurse education today*, 35(2), 408-413.
68. Hashemi, S. G. S., Hosseinezhad, S., Dini, S., Griffiths, M. D., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2020). The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*, 6(10), e05135.fer
69. Khazaal, Y., Chatton, A., Rochat, L., Hede, V., Viswasam, K., Penzenstadler, L., ... & Starcevic, V. (2021). Compulsive health-related internet use and cyberchondria. *European addiction research*, 27(1), 58-66.
70. Starcevic, V., Baggio, S., Berle, D. et al. (2019) Cyberchondria and its Relationships with Related Constructs: a Network Analysis. *Psychiatr Q* 90, 491-505.
71. Doğan, S., Acar, F., ve Baynal Doğan, T. G. (2021). İnternet Bağımlılığı ve Sağlık Anksiyetesinin Siberkondria Davranışları Üzerine Etkisi. *Erciyes Akademi*, 35(1), 281-298.
72. Özer, Ö., Özmen, S., Özkan, O. (2021). Investigation of the effect of cyberchondria behavior on e-health literacy in healthcare workers. *Hospital Topics*, 1-9.
73. Zheng, H., Chen, X., Fu, S. (2020). An exploration of determinants of cyberchondria: A moderated mediation analysis. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, 57(1), e214.
74. Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., Endehabtu, B. F., Gullslett, M. K., & Mengiste, S. A. (2020). E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC medical informatics and decision making*, 20(1), 1-9.
75. Bergman, L., Nilsson, U., Dahlberg, K., Jaensson, M., & Wångdahl, J. (2021). Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study. *BMC public health*, 21(1), 1-12.