

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ÇALIŞANLARINDA SİBERKONDRI
DÜZEYİ VE ETKİLEYEN ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ

DR. SÜLEYMAN UTKU UZUN

DANIŞMAN

PROF. DR. MEHMET ZENCİR

DENİZLİ - 2016

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ÇALIŞANLARINDA SİBERKONDRİ
DÜZEYİ VE ETKİLEYEN ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ

DR. SÜLEYMAN UTKU UZUN

DANIŞMAN

PROF. DR. MEHMET ZENCİR

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nin 04.08.2015 tarih ve 2015 TPF 017 nolu kararı ile desteklenmiştir.

DENİZLİ - 2016

Prof. Dr. Mehmet ZENCİR danışmanlığında Dr. SÜLEYMAN UTKU UZUN tarafından yapılan “Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler” başlıklı tez çalışması 10/05/2016 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Prof. Dr. Mehmet ZENCİR

ÜYE

Prof. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR

ÜYE

Prof. Dr. Ahmet ERGİN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
16./05./2016.

Prof. Dr. Ilgaz AKDOĞAN
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Tez alıŐmamn gerçekleŐtirilmesinde; gerekli her tÜrlÜ yardım, tavsiye ve yÖnlendirmeleriyle bana yol gÖsteren, bana mentorluk yapan sayın Prof. Dr. Mehmet ZENCİR'e sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Ayrıca hem tez hem de uzmanlık eğitimim süresince desteğini benden esirgemeyen Anabilim Dalı BaŐkanı Sayın Prof.Dr. Ali İhsan BOZKURT'a; tezimde kullandığım ölçeğin Türkçeye çevrilmesinde bana yardımcı olan Sayın Uzm. Dr. Celile HATİPOğLU'na, Sayın Araş. Gör. Dr. Duygu KINAY'a ve Sayın Prof. Dr. Mehmet BÜlent ÖZDEMİR'e; tezimin kapsam geçerliliği için yardımlarına baŐvurduğum Sayın Prof. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR'a, Sayın Doç. Dr. Şahin KAPIKIRAN'a, Sayın Doç. Dr. Necla KAPIKIRAN'a, Sayın Doç. Dr. Hamit BOZTAŐ'a ve Sayın Doç. Dr. Özlem BOZO'ya; ayrıca ölçeğin tekrar İngilizceye çevrilmesinde bana yardımcı olan değerli lise arkadaşım Sayın Hande KEYKUBAT'a teŐekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Dr. Süleyman Utku UZUN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|--|------|
| ONAY SAYFASI | III |
| TEŞEKKÜR | IV |
| İÇİNDEKİLER | V |
| KISALTMALAR DİZİNİ..... | VII |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | VIII |
| TABLolar DİZİNİ | IX |
| ÖZET | XI |
| İNGİLİZCE ÖZET | XIII |
| GİRİŞ | 1 |
| GENEL BİLGİLER | 4 |
| SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI ve | |
| SAĞLIK BİLGİSİ KAYNAKLARI..... | 4 |
| İNTERNETİN AVANTAJLARI ve DEZAVANTAJLARI..... | 4 |
| İNTERNET ve SAĞLIK ANKSİYETESİ..... | 8 |
| SİBERKONDRI..... | 9 |
| Tanımı..... | 9 |
| Tarihçesi..... | 9 |
| Siberkondri – Hipokondriazis – Sağlık Anksiyetesi İlişkisi.... | 10 |
| GEREÇ VE YÖNTEM | 15 |
| ARAŞTIRMA TİPİ..... | 15 |
| ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ..... | 15 |
| ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ..... | 15 |
| Araştırmaya Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri..... | 16 |
| Araştırmaya Alınan Kişiler..... | 16 |
| ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ..... | 17 |
| Araştırmanın Bağımlı Değişkeni..... | 17 |
| Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri..... | 17 |
| VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... | 17 |
| Siberkondri Ciddiyet Ölçeği..... | 17 |

| | |
|---|-----------|
| Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21..... | 18 |
| SİBERKONDRI GEÇERLİLİK ve GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI.. | 20 |
| Dil Uyarlama Çalışmaları..... | 20 |
| Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin Türkçeye Çevrilmesi..... | 21 |
| Kapsam (İçerik) Geçerliliği..... | 21 |
| Yapı Geçerliliği..... | 25 |
| Güvenilirlik Analizleri..... | 28 |
| <i>İç Tutarlılık</i> | 28 |
| <i>Test-Tekrar Test Yöntemi</i> | 29 |
| <i>Paralel (Eşdeğer) Form Yöntemi</i> | 29 |
| <i>Madde Analizleri</i> | 29 |
| SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİNİN ÖN UYGULAMASI | |
| (PİLOT ÇALIŞMA)..... | 30 |
| ANKETÖRLERİN EĞİTİMİ..... | 30 |
| İSTATİSTİKSEL ANALİZLER..... | 30 |
| ARAŞTIRMANIN İZİN VE DESTEKLERİ..... | 31 |
| BULGULAR..... | 32 |
| SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE | |
| GEÇERLİLİK GÜVENİRLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR..... | 38 |
| Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları..... | 38 |
| Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları..... | 44 |
| Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin Güvenirliliğine İlişkin | |
| Bulgular..... | 48 |
| SİBERKONDRI PUANI İLE İLİŞKİLİ ETMENLERE İLİŞKİN | |
| BULGULAR..... | 54 |
| TARTIŞMA | 61 |
| SİBERKONDRI VE İLİŞKİLİ ETMENLER | 66 |
| ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE ZAYIF YÖNLERİ..... | 71 |
| SONUÇ ve ÖNERİLER | 72 |
| KAYNAKLAR | 73 |
| EK 1..... | |
| EK 2..... | |

KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|--------|--|
| ABD | :Amerika Birleşik Devletleri |
| AFA | :Açımlayıcı Faktör Analizi |
| CFI | :Comparative Fit Index |
| CSS | :Cyberchondria Severity Scale |
| DASÖ | :Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği |
| DFA | :Doğrulayıcı Faktör Analizi |
| DSM | :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| GFI | :Goodness of Fit Index |
| ICD | :International Classification of Diseases |
| KGİ | :Kapsam Geçerlik İndeksi |
| KMO | :Kaiser-Meyer-Olkin |
| LISREL | :Linear Structural Relations |
| MTurk | :Amazon Mechanical Turk |
| NNFI | :Non-normed Fit Index |
| PAÜ | :Pamukkale Üniversitesi |
| RMSEA | :Root Mean Square Error of Approximation |
| SCÖ | :Siberkondri Ciddiyet Ölçeği |
| SPSS | :Statistical Package for Social Sciences |
| SRMR | :Standardized Root Mean Square Residuals |
| TBA | :Temel Bileşenler Analizi |
| TÜİK | :Türkiye İstatistik Kurumu |
| TV | :Televizyon |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | Sayfa No |
|---|-----------------|
| Şekil 1 Yüksek sağlık anksiyetesi olanlarda internette sağlıkla ilgili bilgi aramanın sonuçları..... | 12 |
| Şekil 2 Siberkondri ciddiyeölçeği (5 faktörlü) birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları..... | 44 |
| Şekil 3 Siberkondri ciddiyeölçeği (5 faktörlü) ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları..... | 45 |
| Şekil 4 Siberkondri ciddiyeölçeği (4 faktörlü) birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları..... | 46 |
| Şekil 5 Siberkondri ciddiyeölçeği (4 faktörlü) ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları..... | 47 |

TABLULAR DİZİNİ

| | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Tablo 1 Çalışmaya alınması planlanan kişi sayıları..... | 16 |
| Tablo 2 Çalışmaya alınması planlanan ve ulaşılan kişi sayıları..... | 17 |
| Tablo 3 Depresyon-anksiyete-stres ölçeği (DASÖ 21) kesme noktaları | 19 |
| Tablo 4 Uzmanların değerlendirme sonuçları..... | 22 |
| Tablo 5 Türkçe SCÖ formunun Davis'in kapsam geçerliliği indeksi hesaplaması..... | 24 |
| Tablo 6 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri..... | 32 |
| Tablo 7 Katılımcıların sigara içme durumu, kronik hastalık öyküsü, evde kronik hasta ve bakıma muhtaç/engelli kişi varlığı..... | 33 |
| Tablo 8 Katılımcıların sağlıkla ilgili yayın takip durumları..... | 34 |
| Tablo 9 Katılımcıların sağlık hizmet kullanımı ile ilgili özellikleri..... | 35 |
| Tablo 10 Katılımcıların depresyon-anksiyete-stres durumları..... | 37 |
| Tablo 11 Siberkondri ciddiye ölçeği açımlayıcı faktör analizi sonuçları 1 | 39 |
| Tablo 12 Siberkondri ciddiye ölçeği açımlayıcı faktör analizi sonuçları 2 | 41 |
| Tablo 13 Siberkondri ciddiye ölçeği açımlayıcı faktör analizi sonuçları 3 | 43 |
| Tablo 14 Siberkondri ciddiye ölçeği uyum indeksleri değerleri ve uyum indekslerinin sınır değerleri..... | 48 |
| Tablo 15 Siberkondri ciddiye ölçeğinin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve ilgili madde silindiğindeki cronbach alfa değerleri..... | 49 |
| Tablo 16 Türkçe ve özgün siberkondri ciddiye ölçeğinin cronbach alfa değerleri..... | 50 |
| Tablo 17 Test-tekrar test güvenilirliğinde SCÖ toplam ve alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları..... | 51 |
| Tablo 18 Test-tekrar test güvenilirliğinde SCÖ toplam ve alt ölçeklerinin birinci ve ikinci değerlendirme ortalamalarının karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 19 Siberkondri ciddiye ölçeği faktörlerinin ortalama ve standart sapmaları ile faktörler arası korelasyon değerleri..... | 52 |
| Tablo 20 SCÖ alt ölçekler ve toplam ölçek ile DASÖ 21 alt ölçekler ve toplam ölçek arasındaki korelasyon değerleri..... | 53 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| Tablo 21 | Tüm katılımcıların siberkondri puan ortalamaları..... | 54 |
| Tablo 22 | Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre siberkondri puanları..... | 55 |
| Tablo 23 | Katılımcıların sigara içme durumuna, kronik hastalık öyküsüne, evde kronik hasta ve bakıma muhtaç/engelli kişi varlığına göre siberkondri puanları..... | 56 |
| Tablo 24 | Katılımcıların internet kullanımına ve sağlıkla ilgili yayın takip durumlarına göre siberkondri puanları..... | 57 |
| Tablo 25 | Katılımcıların sağlık hizmet kullanımını ile ilgili özelliklerine göre siberkondri puanları..... | 58 |
| Tablo 26 | Lineer regresyon modeli sonucunda siberkondri puanıyla ilişkili bulunan etmenler..... | 60 |

ÖZET

Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler

Dr. Süleyman Utku UZUN

İnternette tekrarlayan tıbbi bilgi aramanın bir sonucu olarak sağlık anksiyetesinin şiddetlenmesi “siberkondri” olarak isimlendirilmektedir. Siberkondri, sağlık hizmetlerinin fazla kullanılmasına ve ekonomik maliyetlerin artmasına yol açabilmektedir. Bu çalışma, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin (SCÖ) Türkçe formunun geçerlilik-güvenilirliğinin uygulanması, Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyinin ve bununla ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma, kesitsel ve metodolojik yöntem ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma örneklemini Pamukkale Üniversitesi merkez yerleşkedeki 360 çalışan oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak sosyodemografik ve sağlık hizmet kullanımı sorularını içeren anket formu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği kullanılmıştır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin dil ve kapsam geçerliliği sonrası, açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) yapılmıştır. Siberkondri düzeyi ile ilişkili etmenleri belirlemek için parametrik (t-testi ve varyans analizi) ve non parametrik testler (Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi) kullanılmıştır. Çalışmaya 335 kişi (%93,0) katılmış olup; %64,5'i erkek, yaş ortalaması ise $38,2 \pm 8,5$ 'dir. SCÖ'nün güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,89 iken, alt ölçeklerde ise 0,65 ile 0,85 arasında değişmektedir. Değişmezlik güvenilirliği için yapılan test-retest analizlerinde korelasyon katsayıları ise 0,53-0,71 arasında bulunmuştur. SCÖ'nün AFA sonuçlarına göre; 5 faktörde toplanan yapının açıkladığı toplam varyans miktarı % 54,5'tir. Bununla birlikte orijinal ölçekten farklı olarak “içini rahatlatma” ve “aşırılık” faktörüyle ilgili maddelerin birbiri içine girdiği fark edilmiştir. AFA ardından yapılan DFA sonucunda ise uyum indeksleri SRMR=0,068, GFI=0,81, RMSEA=0,071, CFI=0,95, NNFI=0,95 olarak bulunmuştur. Uyum indeksleri sonuçları mükemmel veya kabul edilir düzeylerde dir. Katılımcıların SCÖ'den aldığı puan $71,1 \pm 17,6$ 'dır. Yaş, TV'de sağlıkla ilgili yayın izleme, hekim önerisi dışında tetkik yaptırma, hekim önerisi dışında ilaç kullanma ve eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün alıp kullanmanın siberkondri puanı ile ilişkili etmenler olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak SCÖ'nün Türkçe formunun, üniversite

alışanlarının siberkondri düzeyini ölçmede, geçerli ve güvenilir bir lme aracı olduğu gösterilmiştir. Pamukkale niversitesi alışanlarında siberkondri düzeyi orta düzeyde olup, gençlerin ve sağlık ile ilgili TV yayını takip edenlerin siberkondri puanı yüksektir. Yine hekim nerisi dışında tetkik yaptırılanların, hekim nerisi dışında ilaç kullananların ve eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün kullananların siberkondri puanları daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Siberkondri, sağlık anksiyetesi, geçerlilik, güvenirlilik, açımlayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi

SUMMARY

Cyberchondria levels and contributing factors among Pamukkale University employees

Dr. Süleyman Utku UZUN

The exacerbation of health anxiety as the result of repeated online searches for medical information has been termed cyberchondria. Cyberchondria may lead to increased use of health services and increased healthcare costs. The aim of this study was to assess the validity and reliability of Turkish form of the Cyberchondria Severity Scale (CSS) and to determine the cyberchondria levels and associated factors among Pamukkale University employees. The study was both cross-sectional and methodological by design. The study sample was 360 employees who work in the central campus of Pamukkale University. A questionnaire containing questions about sociodemographic and health service use, Cyberchondria Severity Scale and Depression Anxiety Stress Scale were used as data collection tools. After language adaptation and content validity of Cyberchondria Severity Scale, exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) was performed. Parametric (t-test and ANOVA) and non-parametric tests (Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test) were used to determine the factors associated with cyberchondria levels. 335 people (93.0%) participated to the study; 64.5% were male and mean age was 38.2 ± 8.5 . Cronbach alpha coefficient of CSS calculated for the reliability was 0.89, while the subscales ranged from 0.65 to 0.85. The correlation coefficients calculated for invariance by test-retest analysis was found between 0.53 to 0.71. Five factors were obtained that accounted for 54.5% of the total variance from the CSS EFA results. Unlike the original scale, the items of "reassurance" and "excessiveness" subscales were mixed. Following EFA, fit indices based on CFA results were found to be SRMR: 0.068, GFI=0.81, RMSEA=0.071, CFI=0.95, NNFI=0.95. Fit indices results were all excellent or within acceptable ranges. Participants' CSS score was 71.1 ± 17.6 . Age, watching health-related TV shows, taking tests without doctor recommendation, taking medication without doctor recommendation, using products for therapeutic purposes taken elsewhere than pharmacies were found to be associated factors with cyberchondria scores. In conclusion, the Turkish version of CSS is a valid and reliable tool for assessing the level of cyberchondria in Pamukkale

University employees. Cyberchondria level of Pamukkale University employees is moderate, cyberchondria scores is high in young people and in people who watches health-related TV shows. Also cyberchondria scores is higher in people who take tests without doctor recommendation, who take medication without doctor recommendation and who use products for therapeutic purposes taken elsewhere than pharmacies.

Key Words: Cyberchondria, health anxiety, reliability, validity, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis

GİRİŞ

Her geçen gün gelişen teknoloji ve internet kullanımının artmasıyla birlikte daha fazla insan sağlıkla ilgili bilgilere kolayca erişim sağlamaktadır. 2015 yılı sonu itibariyle dünya nüfusunun %45'inin yani yaklaşık 3,2 milyar kişinin internet kullanıcısı olduğu ve bunun üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu tahmin edilmektedir (1,2). Türkiye'de ise nüfusun yaklaşık %51'inin yani 40 milyon kişinin internet kullanıcısı olduğu tahmin edilmektedir (3). TÜİK'in "2015 Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması"na göre ise Türkiye'de internet kullanım oranı %55,9'dur (4). 2011 yılında ABD'de yapılan bir araştırmaya göre internet kullanıcılarının %89'u, son 1 ay içinde ise %60'ı internette sağlık bilgisi araştırması yapmıştır (5). TÜİK verilerine göre; Türkiye'de son 3 ay içinde, internet kullanan kişilerin %66,3'ünün sağlıkla ilgili konularda bilgi aradığı belirtilmektedir (6). Nitekim internet, sağlık bilgisi için kullanılan sosyal çevre (arkadaşlar, aile üyeleri...vb), kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete, dergi...vb), doktorlar / sağlık sağlayıcıları gibi geleneksel kaynakları gölgede bırakmış; internette tıbbi bilgi arama, arama motorlarının kullanımıyla beraber internetteki popüler meşguliyetlerden/uğraşlardan birisi olmuştur (7,8). Ancak internette tıbbi bilgi aramak anonimlik, maliyet etkin olması, etkileşim potansiyeli, sosyal destek, ulaşılabilen bilgi miktarı...vs gibi birçok avantajlara sahiptir (9-11). Bu avantajlara karşın internet, dijital bölünmeye neden olarak sağlık eşitsizliklerini arttırması; internet kullanıcılarının çelişkili, kafa karıştırıcı, güvenilmez, yanlış veya eski bilgilere maruz kalması gibi olumsuzluklara da sahiptir (10,12,13). Bu olumsuzlukların en önemlilerinden birisi de kişilerin sağlık anksiyetesini arttırmasıdır (10, 14-17). Son zamanlarda, internette sağlık bilgisi aramanın oluşturduğu olumsuz sonuçları açıklamak için "siber"(cyber) ve "hipokondriyazis" (hypochondriasis) kelimelerinden türetilmiş olan "siberkondriyazis" (cyberchondriasis) terimi kullanılmaktadır (9,18). İnternette tekrarlayan tıbbi bilgi aramanın bir sonucu olarak sağlık anksiyetesinin şiddetlenmesi "siberkondri" olarak isimlendirilmiş (19), gerçek ya da hayali, belli semptomlarla ilgili internette takıntılı bir şekilde sağlık bilgisi araştırmaları yapan kişiler "siberkondriyak" olarak tanımlanmıştır (20). Siberkondrinin modern medeniyetin tehlikeli ve kontrol edilemeyen bir ürünü olduğu söylenmektedir (9).

Siberkondriyaklar, arama motorları yardımıyla kolaylıkla internetteki aşırı miktardaki filtresiz sağlık bilgisine ulaşmaktadır. Sağlıkla ilgili internet sitelerini inceleyen çalışmaların büyük çoğunluğu buralardaki bilgilerin güvenilirliği, kalitesi ve doğruluğu ile ilgili sorunlar olduğunu bildirmektedir (21-23). Ayrıca internette sağlık araştırması yapan kişilerin çoğunun, gerçekleşmesi daha muhtemel olan benign bir durumdan daha çok, gerçekleşmesi az olan enteresan, hatta korkutucu, ciddi tıbbi durumlara baktığı belirtilmektedir (9). Bu nedenlerle siberkondri kişilerin sağlık anksiyetesini daha da arttırmaktadır. Anksiyeteye yol açmasının yanında siberkondrinin sağlık hizmetlerinin fazla kullanılmasına neden olabileceği dile getirilmiştir (17). Çünkü kişiler, bir doktora veya sağlık çalışanına sormak için önemsiz olarak düşündüğü sağlık problemi için, daha kolay bir yol olan internete başvurmayı tercih etmektedirler; ancak internette sağlık bilgisi arayan bu kişiler daha sonra sıklıkla internetten edindikleri kafa karıştırıcı bu sağlık bilgisinin açıklaması için veya tanı ve tedavi ile ilgili önemli sağlık kararları almak için bir uzman yardımına başvurmaktadırlar (24). Ayrıca ikinci görüş için sağlık hizmeti sağlayıcılarını ziyaret etme gibi güvence arama davranışlarının, anksiyeteye karşı verilen sürekli bir yanıt haline gelebileceği söylenmektedir (19). Fox'un (25) araştırmasına göre sağlıkla ilgili internette arama yapan kişilerin %46'sı buldukları bilgi doğrultusunda bir uzman yardımı alması gerektiğini düşünmektedir, White and Horvitz (14) sağlıkla ilgili internette arama yapan kişilerin yaklaşık dörtte birinin, Berezovska ve ark. (24) ise sağlıkla ilgili internette arama yapan kişilerin yaklaşık %30'unun sağlık hizmeti kullanımına yol açtığını bulmuşlardır.

Türkiye'de tahminen 35-40 milyon internet kullanıcısı vardır ve ülkemizde internetin sağlık üzerine olan olası etkileri konusunda yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır. Her geçen gün artan internet kullanımıyla sağlık bilgilerine ulaşma ve sağlık hizmetlerinin kullanımı giderek artacaktır, bu nedenle gelişen bu teknolojinin olanaklarının anlaşılması ve potansiyel sağlık tehditlerinin de farkında olunması gerekmektedir (13). Gerek neden olduğu sağlık problemleri gerek de potansiyel ekonomik maliyetleri göz önüne alındığında, siberkondrinin daha iyi anlaşılması önemlidir (17). Bu nedenlerle, oluşan bu yeni trendi anlamak ve olumsuz etkilerini en aza indirmek için stratejilerin belirlenmesi önemlidir. Bu stratejiler, bilgi teknolojisi uzmanları, halk sağlığı uzmanları, psikiyatrist, psikolog ve sağlık

yöneticilerini de içeren çok disiplinli bir çaba gerektirir (9). Siberkondri çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilmektedir (9) ve siberkondri klinik ve dolaylı olarak sağlık anksiyetesini ölçen ölçeklerle değerlendirilebilmektedir. Doğrudan siberkondriyi ele alan değerlendirme araçlarından olan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (Cyberchondria Severity Scale) McElroy and Shevlin tarafından üniversite öğrencileri üzerinde geliştirilmiştir (26). Ayrıca Fergus (17) ile Norr ve ark.'nın (27) yaptıkları çalışmalarda Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin yetişkinlerde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermişlerdir. Barke ve ark. yetişkinler üzerinde Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Almanca formunun uyarlamasını yaptıkları çalışmada, Almanca formun geçerli ve güvenilir olduğunu göstermişlerdir (28).

Türkiye'de internette sağlık bilgisi arama ile ilgili yapılmış kısıtlı sayıda araştırma olup (29-33), siberkondriyle ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya ve bununla ilgili bir değerlendirme aracına ise ulaşılammıştır.

Bu çalışma, Türkiye'de henüz kullanılmamış olan "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği"nin (Cyberchondria Severity Scale (CSS)) geçerlilik-güvenilirliğinin uygulanması, Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyinin ve bununla ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE SAĞLIK BİLGİSİ KAYNAKLARI

Sağlık arama davranışı; kişilerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek, kendilerinde algıladıkları sağlık problemlerinin çözümü için sağlık alışkanlıklarını ve çevreyi değiştirip daha iyi bir duruma getirmek için yaptıkları her türlü eylem olarak tanımlanmaktadır (34-35). Sağlıkla ilgili bilgi arama davranışlarını ve süreçlerini araştıran birçok araştırma yapılmıştır (36-38). Kişiler, sağlık ile ilgili bilgileri, risk faktörlerini ve önleyici tedbirleri anlamak ve geliştirmek için ararlar (38). Sağlık bağlamında bilgi arama, kişilerin birincil işlevsel başa çıkma stratejileri biridir (11). Kişilerin sağlık bilgilerini neden aradığı değişmemiştir, ancak bunu nerede ve nasıl yaptığı değişmektedir. Sağlık ile ilgili bilgi için kullanılan kaynaklar arasında doktorlar / sağlık sağlayıcıları, sosyal çevre (arkadaşlar, aile üyeleri...vb), kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete, dergi) ve ansiklopediler, tıp kitapları, sağlıkla ilgili broşürler gibi basılı yayınlar sayılabilir (8). Ancak internet kullanımının yaygınlaşmasıyla beraber, toplumun sağlıkla ilgili bilgi kaynakları değişmiştir (10, 39-42). Doktorlar / sağlık sağlayıcıları birçok kişi için sağlık bilgilerinin birincil kaynağı olarak kabul edilmesine rağmen, internet artık tüm diğer geleneksel kaynakları gölgede bırakmakta ve sağlık bilgileri için tercih edilen alternatif kaynak olarak değerlendirilmektedir (16).

İNTERNETİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Günümüzde avantajları nedeniyle internet birçok kişi için tıbbi bilgilerin birincil kaynağı haline gelmiştir (43). Nitekim, internette sadece Google, Yahoo ve Microsoft'un popüler genel amaçlı arama motorları kullanılarak sağlık bilgileri aramak, en popüler uğraşlardan birisi haline gelmiştir (10). Yaklaşık 10 Amerikalı yetişkinden 8'inin internette tıbbi bilgi aradığı belirtilmektedir (25). 12 ülkede 12 binden fazla kişide yapılan bir araştırma sonucuna göre; araştırmaya katılanların %75'inden fazlası interneti sağlıkla ilgili araştırma yapmak için kullandıklarını bildirmişlerdir (44). 2011 yılında ABD'de yapılan başka bir araştırmaya göre internet kullanıcılarının %89'u, son 1 ay içinde ise %60'ı internette sağlık bilgisi araştırması

yapmıştır (5). TÜİK verilerine göre Türkiye’de son 3 ay içinde, internet kullanan kişilerin %66,3’ünün sağlıkla ilgili konularda bilgi aradığı belirtilmektedir (6).

İnternetin temel kullanım nedenlerinden biri ansiklopedik bir bilgi kaynağı olmasıdır (13). İnternette sağlık bilgilerine çok kolay ve hızlı bir şekilde ulaşmanın yanında diğer olumlu yanları olarak; yaygın erişim, anonimlik, düşük maliyet, kendi kendine yardım, etkileşim potansiyeli, sosyal destek ve özgecilik, kişinin ihtiyaçlarına göre bilgilere ulaşılabilirliği ve ulaşılabilir bilgilerin miktarı sayılabilir (9,11,13,45,46). İnternette sağlık bilgilerini öğrenmenin diğer olumlu yönü, kişinin o bilgilerle güçlenmiş/yetkili olduğu duygusudur (9,47). Lewis, internette sağlık bilgisi arama davranışlarını; sağlık davranışının bir parçası olduğunu, artmış kişisel sağlık sorumluluğu yönündeki yaşam tarzından hareketle ortaya çıkan, kompleks bir sosyal davranış olarak tanımlamaktadır (48). Kişisel sağlıkları konusunda aktif rol almak isteyen kişiler, internet sayesinde ulaştıkları bilgileri kullanarak “uzman hasta” konumuna geçer, hekimlerle olan iletişimdeki engelleri kolaylıkla aşır, tanı-tedavi konusunda daha fazla aktif katılım sağlayabilir ve sağlık hizmeti kullanımında daha fazla rol alır (9,11,13). Ayrıca internetin, özellikle damgalama veya utanç verici durumlarla ilgili internetteki anonimlikten faydalanılarak, sağlık sorunları olan kişiler için geleneksel yüz yüze destek gruplarına göre daha fonksiyonel, kullanışlı sosyal destek işlevi olduğu yadsınmaz (13, 49-51). Sanal destek grupları, kolaylıkla nadir görülen hastalıklar için akran desteği, tüm kullanıcılara geniş bir sağlık bakış açısı ve deneyimi sağlar (13).

Ayrıca internet-etkin “bilgi toplumu” oluşmasıyla evde çalışmaların artması, bireysel seyahatin azalmasıyla beraber trafik sorununun ve kazaların azalacağı; sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sağlanması, sağlık eşitsizliklerinin azalması gibi halk sağlığı üzerinde olumlu etkileri olacağı da söylenmektedir (13). Bazı araştırmalar, internetteki güvenilir sağlık bilgilerine erişimin kaygıyı azalttığı, öz-etkinliği arttırdığı ve acil bakım kullanımını azalttığını göstermektedir (52). Ancak bunların tam aksini söyleyen, internette sağlık bilgisi edinmenin olumsuz yönlerini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur.

Yeni dijital teknolojilerin kullanımı konusunda bazı grupların dışlanması gibi erişim boşlukları tanımlamak için “dijital bölünme” terimi kullanılmaktadır. İnternetin dijital bölünmeye neden olduğu ve bunun da en çok sağlık hizmetlerine

eşit erişimi olmayan, sağlık eşitsizliklerinden muzdarip kişilerde (yoksul, evsiz, sınırlı örgün eğitim almış olan, gelişmekte olan ülkelerde engelli ya da yaşlı insanlar...vs) görüldüğü belirtilmektedir (12,13). Kırsal ve kentsel alanlar arasında, bazı etnik azınlık grupları arasında eğitim farklılığı nedeniyle dijital bölünme vardır (12). İnternette sağlık bilgisi aramanın, var olan bu sağlık eşitsizliklerini daha da arttırabildiği söylenmektedir. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki dijital uçurumun/bölünmenin yarattığı bu sorunlara dikkat çekmiş, biyomedikal yayınlara ücretsiz erişim sağlamayı amaçlayan HINARI gibi bazı dijital kütüphane girişimlerinin oluşmasını sağlamıştır (53).

Ayrıca internetin sağlık bakımı verenler ve hastalar arasındaki bilgi dengesini değiştirdiği; hastaların sağlıkları konusunda alınacak kararlara daha fazla dahil olmasına ve tıbbın uzmansızlaştırılmasına (deprofessionalization) katkıda bulunduğu bildirilmektedir (54). Hastaların internet sayesinde, uzmanlık bilgilerinin yanı sıra alternatif sağlık yaklaşımları, sağlık performans istatistikleri ve tüketici hakları konularında da bilgiye erişimlerinin artması ile birlikte tıp uzmanlarına meydan okur düzeye geldikleri belirtilmektedir (13). Birçok hasta artık internette elde ettikleri bilgilerin çıktılarını yanlarında getirmekte ve bunun hastalara yararlı olduğu rapor edilmektedir (55). Bununla birlikte Cline ve Haynes, halk sağlığı uzmanlarının internette sağlık bilgisi arama ile ilgili endişelenmeleri gerektiğini, internetteki sağlık bilgilerini değerlendirmek için kriterlerin belirlenmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir (56). Çünkü internetteki bilgi filtresiz olup, çok büyük miktarda kontrolsüz sağlık bilgisi bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık bilgi kaynağı olarak internetin kullanılması sonucunda, kullanıcılar çelişkili, kafa karıştırıcı, güvenilirmez, yanlış veya eski bilgilere maruz kalabilmektedir (10). İnternette sağlık bilgisi arayan kişiler uygulamada, internet sitelerinin güvenilirliğine dikkat ettiklerini belirtmelerine karşın pratikte buna çok az dikkat etmekte ve kullanıcılar bilgi edindikleri internet sitelerini nadiren hatırlamaktadır (57). İnternette kaliteli sağlık bilgisi bulunabilmekte, ancak bilgilerin çoğunun genellikle eksik ve yanlış olması sebebiyle, bu bilgilerin genellikle eksik/yetersiz sağlık bilgisi bağlamında değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (58). Ayrıca internette sağlık bilgisi arayanların veya sağlık bilgisiyle ilgili içerik üreticilerinin eğitilmesiyle kalitesiz bilginin yayılmasını azaltmaya yardımcı olabileceği belirtilmektedir (58-59).

Mevcut araştırmalar internette sağlık bilgisi aramanın en yaygın yolu olarak genel arama motorları olduğunu (52,57,60) ve genellikle sahip olunan semptomlarla ilgili bilgilerin arandığını göstermektedir (61-63). Ancak White ve Horvitz (14), arama motorlarında non-spesifik semptomlar arandığında ciddi ve seyrek görülen hastalıklarla ilgili çok fazla bilgi sunduğunu bulmuşlardır. Bu birkaç nedenle oluşabilir: Ciddi hastalıklarla ilgili içeriğe sahip web sayfalarının, benign durumları anlatanlara göre nispeten daha fazla olması ve önceki tıklanma verilerine dayalı sıralama algoritmalarının kullanılması (14). Net bilgiler olmaksızın en kötü senaryoların, sıkıntı yaşayan kişilere sunulması endişeleri arttırabilir (64). Nitekim, White ve Horvitz, başlangıç olarak genel, zararsız semptomları aratan kişilerin %70'inin, arama sonrasında nadir görülen ve ciddi hastalıklarla ilgili bilgiler arandığını bulmuşlardır (14). Arama motorlarının tanı aracı olarak kullanılması, kişilerin muhtemelen ciddi, kronik, hayatı tehdit eden hastalıklarla ilgili bilgilere maruz kalmasına neden olmaktadır ve bunun da sağlık anksiyetesini arttırma potansiyeli bulunmaktadır. Diğer tıbbi bilgi kaynaklarına kıyasla (ör: tıp kitapları, sağlık bilgisi broşürleri) internet çok büyük miktarda kontrolsüz sağlık bilgisi içermektedir. Hastalar özellikle internetteki kaynakları kullanıyorsa sağlıkla ilgili bilgileri güvenilir kaynaklardan almalıdır. Sağlık bilgisi ile ilgili ticari olmayan kaynakların ticari olanlara göre daha güvenilir ve kaliteli olma eğilimi gösterdiği bildirilmektedir (65). Yapılan bir araştırmada, bu kullanılan internet sitelerinden olan WebMD sitesinin hastalara %70 oranında doğru tanı koyduğu bulunmuştur (66). Ancak, sağlıkla ilgili web sitelerini inceleyen çalışmaların büyük çoğunluğu buralardaki bilgilerin kalitesi, doğruluğu ve eksikliği ile ilgili sorunlar olduğunu bildirmekte ve çoğu internet kullanıcısının bilgi kaynağının geçerliliği veya yayım tarihi gibi temel şeyleri kontrol etmediği belirtilmektedir (21-23, 57, 60). Ayrıca çoğu internet kullanıcısı, internetteki sağlık bilgilerinin 'iyi' ya da 'mükemmel' kalitede olarak görmektedir (40, 67, 68).

İnternetteki bilgi kaynaklarının bu dezavantajı ile birlikte, sağlık alanındaki sanal destek gruplarında profesyonel denetim veya kolaylaştırıcı eksikliği, uygunsuz kullanım veya bazı yanlış mesajların yayılması gibi bir takım sorunlara da yol açabilmektedir (13). Bu olumsuzlukları önleme konusunda, tüketicilerin veya içerik

üreticilerinin eğitiminin kalitesiz bilginin yayılmasını azaltmaya yardımcı olabileceği bildirilmektedir (58,59).

İNTERNET VE SAĞLIK ANKSİYETESİ

Araştırmacılar, kişilerin herhangi bir tıbbi sorun hakkındaki şüphelerini gidermek amacıyla internette tıbbi bilgi için arama yapmalarının, güvenli bir davranış olduğunu ileri sürmektedirler (10,15). Araştırmacılar ayrıca, tıbbi sorunlarla ilgili belirsizlikleri azaltmaya yönelik girişimleri, sağlık anksiyetesi ile ilişkili güvenli davranış olarak kavramsallaştırmaktadır (69). Caia-Zufferey ve ark. belirsizliği azaltma davranışının internette tıbbi bilgi arama için esas sebep olduğunu bulmuşlardır (70). Ayrıca bilinmeyenden korkan, belirsizliğe tahammül edemeyen kişilerin belirsizliği oldukça endişe verici buldukları ve bu endişeyi gidermek için güvenli davranışlar geliştirdiklerini öne sürülmektedir (71,72). Bilişsel davranışçı modeller, kişilerin tıbbi bilgi kaynaklarını sürekli olarak kontrol ederek endişelerini gidermeye çalışmalarını, sağlık anksiyetesinde korunma davranışı olarak belirtmektedir (19, 73, 74). Birçok tıbbi bilgi kaynağı varken (Ör: kitap, tıbbi dergi), klinik gözlemler sağlık anksiyetesi olan hastaların tıbbi bilgi kaynağı olarak interneti artan bir şekilde kullandığını bildirmektedir (19) ve literatüre bakıldığında; bir hekim rehberliği olmaksızın, sağlık bilgileri için internette arama yapmanın, interneti tanı koyma aracı olarak kullanmanın ve bu bilgilere güvenmenin, kişilerin sağlık anksiyetesini arttırdığı söyleyen birçok çalışma bulunmaktadır (10, 14-17). Daha yüksek sağlık anksiyetesi gösteren kişilerin internetteki bu bilgilere daha fazla güvendikleri gösterilmiştir (75). Bu durum, internette sağlık bilgisi arayan kişilerin güvenilir yalan yanlış bilgilere maruz kalmasının yanında; ileride sağlık anksiyetesi olan kişilerde artışa sebep olabilir. Ayrıca sağlıkla ilgili internette arama yapmanın ve oluşan sağlık anksiyetesinin sağlık hizmeti kullanımını arttırdığı, tıbbi bakım kullanımını açısından yüksek maliyete neden olduğu da bildirilmektedir (14, 17, 76).

SİBERKONDRI

Tanımı

Son zamanlarda tıp literatüründe, teknolojinin gelişmesiyle birlikte oluşan yeni bir sağlık davranışı ve bunun sonuçlarını açıklamak için “siberkondri” terimi kullanılmaya başlanmıştır. Siberkondri “hastalık anksiyesinde yeni bir sınır” olarak adlandırılmakta (77) ve bu terim, internette sağlık bilgisi aramanın negatif bir yönünü tarif etmektedir (16). Siberkondri ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Taylor ve Asmundson, “internette tıbbi bilgi aramanın bir sonucu olarak sağlık anksiyetesinin şiddetlenmesi”ni siberkondri olarak isimlendirmişlerdir (19). White ve Horvitz, “internetdeki arama sonuçlarının ve literatürün gözden geçirilmesi sonucunda genel semptomlarla alakalı kaygıların gereksiz yere artması”nı tanımlamak için siberkondri terimini kullanmışlardır (14). Hart ve Bjorgvinsson, siberkondriyi “tıbbi bilgi toplamak için kütüphane, tıp dergileri veya birden fazla hekim ziyareti gibi geleneksel yöntemler yerine, internetin kullanılması sonucu mantıksız tıbbi korkuların gelişmesi” olarak tanımlamıştır (18). Starcevic ve Berle ise siberkondri tanımını, “sağlıkla ilgili anksiyete veya endişeden kaynaklanan, internette aşırı veya tekrarlayan bir şekilde sağlıkla ilgili bilgi arama sonucu anksiyete veya endişenin artması” olarak yapmıştır (9).

Tarihçesi

Kelime olarak baktığımızda “siberkondri” (cyberchondria) terimi “siber” (cyber) ve “hipokondriazis” (hypochondriasis) kelimelerinden türetilmiş olup, “siberkonriyak” (cyberchondriac) sözcüğü Şubat 2012’de “Oxford İngilizce Sözlüğü”ne eklenmiştir. Oxford İngilizce Sözlüğü’nde siberkondriyak, “internette kompulsif bir şekilde gerçek veya hayali hastalık belirtileri için bilgi arayan kişi” olarak tanımlanmaktadır (20). “Siberkondri” terimini kimin icat ettiği veya ilk ne zaman kullanıldığı kesin olmamakla birlikte, ilk olarak 1996 yılında Business Wire şirketinin haber servisindeki bir haber makalesinde geçmiştir (65). Daha sonrasında 1999’da Wall Street Journal gazetesinde bahsedilmiştir (78) Sonrasındaki birkaç yıl içinde bu kelime, İngiltere’deki Sunday Times, The Independent, BBC gibi popüler gazetelerde gittikçe artan bir ilgi görmüştür (65, 79, 80). Türkiye’de ise ilk olarak 2006 yılında ekşisözlük gibi bloglarda, Radikal, NTV gibi haber sitelerinde bahsedilmiştir (81, 82).

Bu nedenle literatürde siberkondri için esas kaynak olarak medyadan alıntı yapılmaktadır. Medyada sıklıkla kullanılan bu terim, 2000 yılından sonra tıp literatürüne geçmiştir. Aslında siberkondrinin yeni bir hastalık olduğu fikri ilk olarak 2001 yılında İngiltere’deki “The Independent” gazetesinde yayınlanan bir makalede ileri sürülmüştür (83). Bazı yazarlar siberkondrinin neredeyse resmi bir tanı haline geldiğini söylerken, siberkondri “Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı”nda (DSM) geçen resmi bir tanı değildir (84).

Siberkondri – Hipokondriazis – Sağlık Anksiyetesi İlişkisi

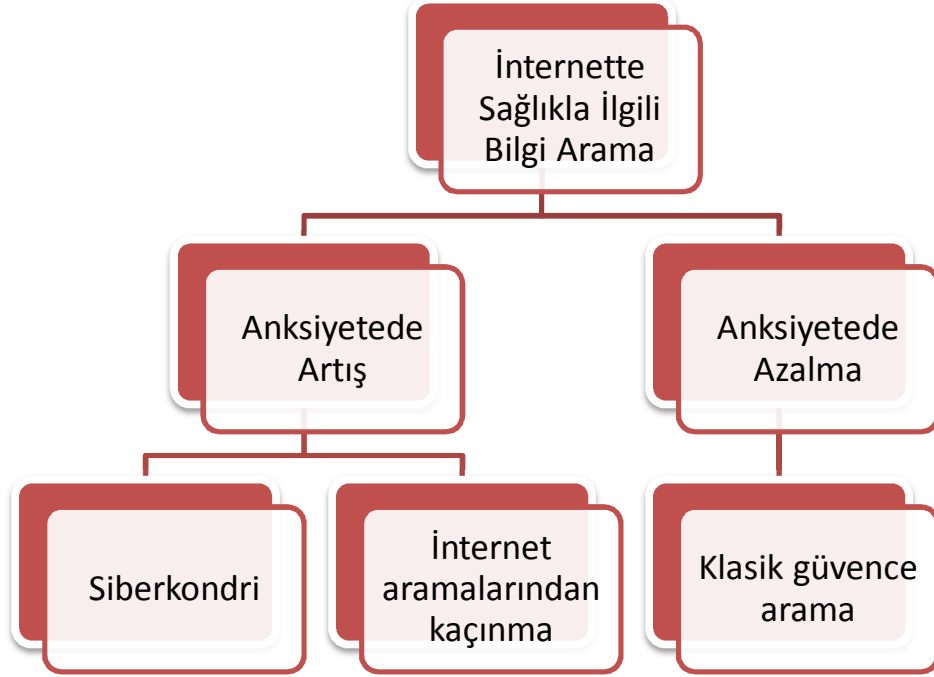
Bazı yazarlar ise siberkondrinin dolaylı olarak hipokondriazis ile aynı şey olduğunu (85) ve siberkondrinin hipokondriazisin “21. yüzyıldaki muadili” olduğunu yazmıştır (86). Siberkondri terminolojik ve kavramsal olarak hipokondriazis ile bağlantılıdır ve bu davranışları olan kişilerin hipokondriazis kriterlerini karşıladıkları düşünülmektedir (87). Hipokondriazis genellikle, sağlık anksiyetesinin daha şiddetli bir formu olarak kabul edilmektedir (87-90). Bazı araştırmacılar, hipokondri yerine sağlık anksiyetesi terimini kullanmaya başlasa da (19), diğer araştırmacılar sağlık anksiyetesinin tıbbi bir tanı olmadığını ancak bir dizi tıbbi tanı veya DSM’de listelenmiş çeşitli psikiyatrik durumlarda bulunabilen bir olgu olduğunu ileri sürmektedir (91). Sonuçta, ne olursa olsun, sürekli olarak sağlık belirtileri hakkında bilgi almak için tıbbi kaynakları veya interneti kontrol etmek, birden fazla ikinci görüş için birkaç farklı doktora başvurmak gibi güvence arama ve içini rahatlatma için yapılan davranışların sağlık anksiyetesi ile beraber ortaya çıkabilen davranışlar olduğu hakkında bir fikir birliği vardır (19). Bir bireyin internette sağlık bilgileri ararken karşılaşma olasılığı olan negatif bilgiler sağlık anksiyetesini ya da “ciddi bir tıbbi sorun kaynaklı sağlıkla ilgili gereksiz veya aşırı korku”yu arttırabilir (91). Sağlık anksiyetesi olan bir kişi güvence arayışına başladığında, onlar için bu davranışını durdurmak zor olabilir, çünkü bu yapılan davranışlar anksiyetede geçici bir azalma yaparak işe yarıyormuş gibi gelebilir. Sonuç olarak, internette bilgi arama veya ikinci görüş için sağlık hizmeti sağlayıcılarını ziyaret etme gibi güvence arama davranışları, anksiyeteye karşı verilen sürekli bir yanıt haline gelebilir (19).

Siberkondri kavramsallaştırıldığında birçok tanım anksiyete unsuruna vurgu yapmaktadır. Henüz incelenmemiş olsa da siberkondri, hem hipokondriazisin hem de

sağlık anksiyetesinin özelliğidir (9). Siberkondri sağlık anksiyetesi ve hipokondriazisin bir parçasıdır ancak, siberkondriyak ‘interneti kullanan bir hipokondriyak’ değildir (9,16). Hipokondriyazis, fizyolojik belirtilerin ciddiyeti konusunda kontrol edilemeyen anksiyetenin sürekli olarak güvence aramak ve tıbbi araştırma yapmaya neden olan rahatsız edici bir durumdur. Kişinin vücut belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olabileceği korkusunu yaşamasıdır. Hipokondriyazis, “beden belirtilerinin gerçekçi olmayan bir biçimde veya hatalı yorumlanmasına bağlı olarak kişinin ciddi bir hastalığı olduğu ya da olacağı biçiminde yoğun zihinsel uğraşlar ile karakterize psikiyatrik bir bozukluk” olarak tanımlanmakla birlikte (92); hipokondriyazis artık DSM V’te psikiyatrik bozukluk olarak geçmemektedir. Somatik semptomlarla birlikte yüksek sağlık anksiyetesi olan kişiler somatik semptom bozukluğu içinde, somatik semptomları olmayan ancak yüksek sağlık anksiyetesi olan kişiler ise hastalık kaygısı bozukluğu içinde değerlendirilmektedir (93). Hipokondriazisin ICD 11’den muhtemelen çıkarılacağı ve yerine “hastalık kaygı bozukluğu (illness preoccupation disorder)” terimi kullanılabileceği belirtilmektedir (94).

Sonuçta, tüm bu psikiyatrik tanı sınıflandırmalarında yapılan ve yapılacak olan düzenlemeleri bir tarafa bırakırsak; siberkondri internet aracılığı ile aşırı güvence aramak gibi görünüyor. Starcevic ve Berle (9) bunu şu şekilde açıklamaktadır:

“Eğer sağlık anksiyetesi olan ve hipokondriazisli kişiler, güvenceyi internetteki bilgilerle sağlıyorsa ve eğer sonucunda anksiyeteleri azalıyor; bu, klasik güvence aramanın bir formudur (73). Sağlık anksiyetesi olan ve hipokondriazisli kişiler internetteki ilk yaptıkları araştırmalar sonucunda güvence bulamazlarsa hatta bulduklarından sonra daha da korkarlarsa anksiyeteleri artabilir. Böyle bir deneyim ile birçok kişi internette semptomları veya hastalıkları ile ilgili internette bir daha araştırma yapmaz ve doktora, hastaneye gitmekten kaçınır. Bu, sağlık anksiyetesi olan bazı kişilerde gözlenen kaçınma davranışıyla tutarlılık göstermektedir. Bazı kişiler ise geçmişteki olumsuz deneyimlerine karşın internette güvence bulmak için daha fazla arama yapabilir ve internette sağlıkla ilgili bilgi aramaya devam edebilir. Bu, art arda yapılan internetteki aramalar sonucunda tekrarlanan 'hayal kırıklıkları' ve artan endişeye rağmen oluşabilir ve siberkondri döngüsüne neden olabilir (Şekil 1).



Şekil 1: Yüksek sağlık anksiyetesi olanlarda internette sağlıkla ilgili bilgi aramanın sonuçları (Starcevic ve Berle'den(9) alınmıştır)

Sonuçta, daha fazla güvence aramak amaçlı internette arama yapmanın nihai davranışı olan siberkondri; bu aramalar için genel arama motorlarının kullanılması ve bunların kullandıkları sıralama algoritmaları, internetteki web sitelerinin güvenilirliği...vs gibi daha önce bahsedilen internetin olumsuz özelliklerinden beslenebilir. Ayrıca siberkondri, internetteki sağlıkla ilgili bilgilerin çoğunun kesin olmamasından da beslenebilir. İnternette yapılan araştırmalar; ayırıcı tanıların olduğu kafa karıştırıcı tablolar, karmaşık algoritmalar, kesin olmayan tıbbi terimler ile tetiklenebilir. İnternetteki uzun araştırmalar buna bir son verme amacına hizmet edebilir, çünkü belirsizliğe tahammül edememeyle ilişkili olarak bilinmeyenin getirdiği korkuya karşı konulamaz (72). Belirsizliğin internetteki arama sürecinde önemli bir faktör olduğu gözlenmiştir ve internet kullanıcıları özellikle sağlıkla ilgili bilgi ararken daha fazla belirsizliğe maruz kalmaktadır (95). Çoğu zaman, bilginin belirsizliği azalttığı düşünülse de (96), aslında ters bir etkisi de olabilir (77). Siberkondrinin sürdürülmesinde, belirsizliğin muhtemel rolü sağlık anksiyetesi olan

ve hipokondriasisli kişilerin belirsizliğe yüksek düzeyde tahammül edememesi bulgularıyla da uyusmaktadır (97, 98).

En nihayetinde, internet kullanıcılarında siberkondrinin tanınması, siberkondri ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi, siberkondri için gerekli tedavi müdahalelerinin yapılması önem arz etmektedir. Bu çalışmaların yapılabilmesi için de öncelikle siberkondri değerlendirme aracına gereksinim duyulmuştur.

Turkiewicz 2012 yılında, “Siberkondri Değerlendirme Ölçeği” (Cyberchondria Assessment Measure) adını verdiği 22 soruluk bir değerlendirme aracı geliştirmiştir. Bu ölçeğin sadece görünüş geçerliliği (face validity) ve iç tutarlılıkla ilgili analizleri yapılmış olup tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (16).

McElroy and Shevlin ise 2014 yılında, Kuzey İrlanda’daki Ulster Üniversitesi’nde öğrenim gören 208 üniversite öğrencisi üzerinde, “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği”ni (Cyberchondria Severity Scale) geliştirmiştir (26). Araştırmacılar öncelikle, siberkondri ve anksiyete ile ilgili literatür tarayarak; aşırı kaygı, içini rahatlatma, kompulsiyon, aşırılık ve doktora güvensizlik alt başlıkları ile ilgili 43 soruluk bir soru havuzu oluşturmuştur. Soru havuzunda aşırı kaygı alt başlığına yönelik olarak, stres, anksiyete, panik, üzüntü gibi olumsuz duygusal durumlarla ilgili, kişilerde kaygı yaratabileceği düşünülen sorular bulunmaktadır. Kompulsiyon alt başlığına yönelik olarak, kişilerin internetteki sağlık bilgisi aramak dışındaki aktivitelerini engelleyecek derecede davranışlarla ilgili sorular; aşırılık alt başlığına yönelik olarak, aynı semptomlarla ilgili birçok farklı kaynaktan, birden fazla kez, tekrarlayıcı, internet üzerinde gereksiz zaman harcamaya yol açabilecek davranışlarla ilgili sorular, doktora güvensizlik ile ilgili olarak hastaların kendi koyduğu tanıya uzmanların koyduğu tanıdan daha fazla güvenme ile ilgili sorular ve içini rahatlatma alt başlığına yönelik olarak kişilerin anksiyetelerini gidermek konusunda uzman kişilerden güvence aramak için yaptıkları davranışlarla ilgili sorular bulunmaktadır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda 2 sorunun faktör yükü 0,30’un altında olması, 8 sorunun da binişik olması sebebiyle toplam 10 sorunun çıkarılmasına karar verilmiş ve sonuçta ölçekte 33 soru kalmıştır.

Fergus (17) 2014 yılında Amazon's Mechanical Turk (MTurk) adlı internet sitesini kullanan 539 yetişkin üzerinde SCÖ kullanarak yaptığı çalışmada, yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi yapmıştır.

Norr ve arkadaşları (27) 2015 yılında Amazon's Mechanical Turk (MTurk) adlı internet sitesini kullanan 526 kişide SCÖ kullanarak yaptığı çalışmada ölçeğin geçerlilik çalışmasını tekrarlamışlardır.

Barke ve ark. (28) 2016 yılında internet üzerinden 500 yetişkin üzerinde SCÖ'nün Almanca formunun uyarlaması çalışmasını yapmıştır, ayrıca aynı çalışmada farklı 292 yetişkin üzerinde SCÖ'nün 15 maddelik kısa formunu geliştirmişlerdir. Her iki Almanca formun da geçerli ve güvenilir olduğunu göstermişlerdir.

Türkiye'de internet kullanımının yarattığı sağlık sorunları ile ilgili herhangi bir çalışmaya ulaşılamamış olup; yapılan sınırlı sayıda çalışma ise internet kullanımının sağlık iletişimi ve halk sağlığına etkisi üzerine daha çok derleme türünde çalışmalar ve internette sağlık bilgisi arama davranışı ile ilgili tanımlayıcı çalışmalardır (29-33, 99, 100). İnternet kullanımının yol açtığı sağlık anksiyetesi ile ilgili çalışmalara rastlanamamış olup, Aydemir ve ark.'nın Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yaptığı "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği" kullanılarak (101); çeşitli çalışma gruplarında sağlık anksiyetesi düzeyinin belirlendiği çalışmalar bulunmaktadır (102-105). Bununla beraber Türkiye'de siberkondriyle ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya ve bununla ilgili bir değerlendirme aracına ise ulaşılamamıştır.

Bu çalışma, Türkiye'de henüz kullanılmamış olan "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği"nin (Cyberchondria Severity Scale (CSS)) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik-güvenilirliğinin gösterilmesi ve Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyinin ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma kesitsel ve metodolojik yöntem ile gerçekleştirilmiştir. Kesitsel araştırma yöntemi “Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve bununla ilişkili etmenlerin belirlenmesi”, metodolojik araştırma yöntemi ise “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği”nin Türkçeye uyarlaması (geçerlilik-güvenilirliği) amacıyla kullanılmıştır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma, 2 Kasım - 11 Aralık 2015 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi merkez yerleşkedeki sağlıkla ilgili fakülte/yüksekokul/enstitü haricindeki akademik ve akademik olmayan çalışanlarda yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesi merkez yerleşkede çalışan (sağlıkla ilgili fakülte/yüksekokul/enstitü haricindeki) kişiler oluşturmaktadır. 1073’ü öğretim elemanı, 703’ü idari personel ve 429’u sözleşmeli personel olmak üzere toplam 2205 kişi evreni oluşturmaktadır. Evrendeki kişi sayısı bilinen örneklem genişliği formülüne göre ($N=2205$, $\alpha=0.05$, $p=0.50$, $d=0.05$) evreni temsil edecek örnek büyüklüğü 328 olarak hesaplanmıştır. Ancak %10 kayıp olacağı düşünülerek çalışmaya toplam 360 kişinin alınması planlanmıştır.

Ayrıca ölçek çalışmalarında örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde farklı yazarların farklı görüşleri bulunmaktadır. Comrey ve Lee örneklem büyüklüğü 50’nin çok zayıf, 100’ün zayıf, 200’ün orta, 300’ün iyi, 500’ün çok iyi ve 1000’in mükemmel olduğunu belirtmektedir (106). Kline ise mutlak ölçüt olarak 200 kişilik örneklemin yeterli olacağını, faktör yapısının açık ve az sayıda olduğu durumlarda 100’e inilebileceğini, ancak büyük örnekleme çalışmanın daha uygun olacağını vurgulamaktadır (107). Kline ayrıca örneklem büyüklüğünün madde sayısının 10 katı kadar olmasını, Bryman ve Cramer madde sayısının 5 ya da 10 katı olmasını önermektedir (107, 108). Guadagnoli ve Velicer ise açımlayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin 0,60 sınırında ise örneklem büyüklüğünün 150 üzeri; faktör yüklerinin 0,40 sınırında ise faktör başına düşen gösterge sayısının 10 olduğu

durumlarda 150, faktör başına düşen gösterge sayısının dikkate alınmadığı durumlarda 300-400 civarı bir örneklem büyüklüğü gerektiğini bildirmektedir (109, 110). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nde toplam 33 madde bulunmaktadır. Bu bilgiler ışığında; evrendeki kişi sayısı bilinen örneklem genişliği formülüne göre belirlenen örneklem sayısı, farklı yazarlarca önerilen örneklem sayısını karşılamaktadır.

Örnekleme alınacak kişiler akademik personel, idari personel ve sözleşmeli personel olarak üç tabakaya ayrılmış ve her tabakanın ağırlığına göre örnekleme alınacak kişi sayısı belirlenmiştir. Çalışmaya alınacak bu kişiler Pamukkale Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı'ndan alınan çalışanlar listesinden basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenmiş, sonuçta araştırmaya 175'i öğretim elemanı, 115'i idari personel ve 70'i sözleşmeli personel alınması planlanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya Alınması Planlanan Kişi Sayıları

| Kadro Durumu | Evren | Örneklem Sayısı |
|---------------------|---------------|------------------------|
| Akademik Personel | 1073 (%48,66) | 175 |
| İdari Personel | 703 (%31,88) | 115 |
| Sözleşmeli Personel | 429 (%19,45) | 70 |
| Genel Toplam | 2205 | 360 |

Araştırmaya Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri

İnternet erişimi olmayan, herhangi bir şekilde internet kullanmayan kişiler çalışma kapsamına alınmamıştır. Ayrıca siberkondri düzeyini etkileyebileceği nedeniyle sağlıkla ilgili fakülte/yüksekokul/enstitüde çalışanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmaya Alınan Kişiler

Araştırmaya, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli/yurtdışında görevli olan, farklı zamanlarda üç kere gidilmesine rağmen yerinde bulunamayan ve çalışmaya katılmayı reddeden kişilerin çalışma dışında tutulması sonucunda (n:25); akademik personelden 160 (%47,8), idari personelden 110 (%32,8) ve sözleşmeli personelden 65 (%19,4) kişi katılmış olup, toplamda 335 (%93,0) kişiye ulaşılmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmaya Alınması Planlanan ve Ulaşılan Kişi Sayıları

| Kadro Durumu | Örneklem Sayısı | Ulaşılan Kişi Sayısı | Ulaşma |
|---------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------|
| | | | Yüzdesi* |
| Akademik Personel | 175 (%48,6) | 160 (%47,8) | %91,4 |
| İdari Personel | 115 (%31,9) | 110 (%32,8) | %95,6 |
| Sözleşmeli Personel | 70 (%19,4) | 65 (%19,4) | %92,8 |
| Genel Toplam | 360 | 335 | %93,0 |

*Satır yüzdesi

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

- SCÖ'den elde edilen siberkondri puanı

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Demografik: Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu,
- Sigara içme durumu,
- Kronik hastalık öyküsü (kendi ve yakınında),
- Ailedeki engellilik öyküsü, bakıma muhtaç kişi varlığı,
- Sağlık hizmet kullanımıyla ilgili sorular

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak 17'si sosyodemografik ve sağlık hizmet kullanımı ile ilgili, 33'ü siberkondri ciddiye ölçeği ve 21'i depresyon, stres, anksiyete ölçeği soruları olmak üzere toplamda 71 sorudan oluşan anket kullanılmıştır (EK 1).

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ), 2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından internette aşırı sağlık araştırması yapma ile karakterize, anksiyetenin bir şekli olarak tanımlanan siberkondriyi ölçmeye yönelik geliştirilmiş olan psikometrik bir ölçektir. SCÖ, siberkondri için geliştirilmiş kategorik değil sürekli bir ölçektir. Ölçekte, kişilerin internette yaptıkları sağlık araştırmalarını nasıl yaptıkları,

yaptıkları bu araştırmaların kendilerini ne derece endişelendirdiği, bu araştırmaların internetteki ve günlük yaşamındaki aktivitelerini ne derece etkilediği ile ilgili sorular bulunmaktadır. SC 33 önermeden oluşan 5’li Likert tipinde (1-Asla, 2- Nadiren, 3- Ara sıra, 4-Sıklıkla, 5- Her zaman) ve 5 alt ölçekten oluşan bir ölçektir:

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

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

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

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

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

5. Faktörü oluşturan sorular ters puanlanmaktadır.

Her bir sorudan elde edilen puanlar toplanarak kişinin toplam siberkondri puanı hesaplanmaktadır. Alınan puan ne kadar ykseksiberkondri düzeyi de o kadar yüksek demektir.

zgn ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik çalışması 208 niversite öğrencisinde yapılmıştır. Alt leklerin Cronbach alfa değerleri 0,75-0,95 arasında değişmekle beraber (Zorlantı:0,95, Aşırı Kaygı:0,92, Aşırılık:0,85, İçini Rahatlatma:0,89, Doktora Güvensizlik:0,75) tüm ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0,94’tür. Ölçeğin Flesch–Kincaid Okunabilirlik Düzeyi 10,1 olarak (10. sınıfa giden bir öğrencinin anlayabileceği düzeyde) hesaplanmıştır.

Depresyon Anksiyete Stres leği 21

Depresyon Anksiyete Stres leği 21 (DASÖ 21), 1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilmiş olan 42 soruluk orijinal ölçeğin 21 sorudan oluşan kısa formudur (111). DASÖ 21 klinik ve klinik olmayan popülasyonlarda depresyon, anksiyete ve stresi geçerli ve güvenilir biçimde değerlendiren bir ölçektir. Ölçek 4’l Likert tipinde (0-Bana hiç uygun değil,1-Bana biraz uygun, 2-Bana genellikle uygun, 3-Bana tamamen uygun) bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçek yönergesinde, katılımcılardan her bir maddeyi son bir hafta içinde kendisi için ne kadar uygun

olduğuna göre cevaplaması istenmektedir. 7'si depresyon, 7'si anksiyete ve 7'si stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 21 madde bulunmaktadır:

Stresle ilgili sorular: 1.,6.,8.,11.,12.,14.,18. sorular

Anksiyete ile ilgili sorular: 2.,4.,7.,9.,15.,19.,20. sorular

Depresyon ile ilgili sorular: 3.,5.,10.,13.,16.,17.,21. sorular

Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, kişinin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 21 arasında değişmektedir. Her bir alt ölçek için farklı kesme noktaları bulunmaktadır. Bu kesme noktalarına göre alt ölçeklerin değerlendirmesi Tablo 3'de gösterilmektedir (111). Ölçeğin 42 soruluk uzun formunun Türkçeye uyarlaması Akın ve etin tarafından yapılmıştır. DASÖ'nn Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları toplam ölçek için 0,89; depresyon, anksiyete ve stres alt boyutları için sırasıyla 0,90, 0,92 ve 0,92 olarak bulunmuştur . Ölçeğin 21 gün arayla iki kez uygulanmasından elde edilen re-test bulguları ile ilk uygulaması arasındaki korelasyon katsayılarının her üç alt boyut için 0,98 ($p<0,001$) ve ölçeğin bütünü için 0,99 ($p<0,001$) olduğunu göstermiştir (112).

Tablo 3. Depresyon-Anksiyete-Stres leği (DASÖ 21) Kesme Noktaları

| | Depresyon | Anksiyete | Stres |
|------------------|------------------|------------------|--------------|
| Normal | 0-4 | 0-3 | 0-7 |
| Hafif | 5-6 | 4-5 | 8-9 |
| Orta | 7-10 | 6-7 | 10-12 |
| İleri | 11-13 | 8-9 | 13-16 |
| ok İleri | 14+ | 10+ | 17+ |

SİBERKONDRI GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçeğin diğer kültür ya da dillerde uygulanabilmesi için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları “ölçek uyarlaması” olarak adlandırılmaktadır (113).

Ölçek uyarlama çalışmaları genel olarak üç aşamada özetlenmektedir (114):

- ❖ Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- ❖ Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlilik – güvenilirlik)
 - Geçerlilik
 - Kapsam Geçerliliği
 - Yapı Geçerliliği (Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi)
 - Güvenirlilik
 - Test-Tekrar Test Yöntemi
 - Paralel (Eşdeğer) Formlar Yöntemi
 - İç Tutarlılık
 - Madde Analizleri
- ❖ Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması

Dil Uyarlama Çalışmaları

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi nedeniyle, o ölçeğin çevirisinde meydana gelebilecek kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarının en aza indirilebilmesi için, maddelerin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturmaktadır (113).

Ölçek uyarlama işleminde öncelikle ölçeği geliştiren yazar ile iletişim kurularak, orijinal ölçeğin kullanımı için izin alınmalı, ölçek sahibinin özel istekleri (ücret ödeme vb.) varsa bunlar yerine getirilmelidir (115).

Ayrıca ölçek uyarlamalarında çevirmenlerin seçimi önemlidir. Çevirmenlerin iki dili çok iyi bilen, ölçeğin ilgili konuyu bilen ve her iki dilde ve kültürde deneyim sahibi olan kişilerden seçilmesi gerekmektedir (116).

Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken kullanılan yöntemlerden birisi geri çeviri yöntemidir. Geri çeviri yöntemi ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için en çok tercih edilen yöntemdir (117). Geri çeviri yönteminde, her iki dili bilen

en az iki bağımsız çevirmen olması gerekmektedir. Çevirmenlerin bağımsız çalışması ve birbirlerine danışmalarına izin verilmemesi gerekmektedir. Öncelikle ölçek orijinal (kaynak) dilden, kullanılacak (hedef) dile çevirilir. Sonra çeviri her iki dili bilen çevirmen/çevirmenlerce kaynak dile çevirilir. Yapılan geri çeviri orijinal ölçek ile karşılaştırılır, varsa tutarsızlıklar incelenir ve gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılır (116). Çevirisi tamamlanmış ölçeğin maddelerinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için bir odak grupta ön uygulama yapılması gerekmektedir (117).

Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin Türkçeye Çevrilmesi

1- İzin: SCÖ'yü geliştiren araştırmacılar Eoin McElroy ve Mark Shevlin ile yazılı (e-posta ile) iletişim kurularak ölçeğin Türkçeye uyarlanması ile ilgili gerekli izin alınmıştır.

2-Türkçeye çevirme: Ölçek iyi derecede İngilizce bilen konu ile alakalı sağlık alanında çalışan 3 uzman kişi tarafından, birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Bu üç ayrı çeviri iki araştırmacı tarafından ortaklaştırılmıştır.

3-Yeniden İngilizceye çevirme: Ölçek Türkçe ve İngilizceyi iyi bilen iki tercüman tarafından özgün dili olan İngilizceye tekrar çevrilmiş ve bu çeviri ölçeğin orijinal formu ile karşılaştırılmıştır. Bu aşamada, orijinal ölçek ifadelerinden herhangi bir anlam değişikliği olmadığı belirlenmiş ve herhangi bir değişikliğe ihtiyaç duyulmamıştır.

Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Kapsam geçerliği için, farklı kurumlarda çalışan psikiyatri, psikoloji, halk sağlığı gibi alanında uzman 5 kişi belirlenerek görüşlerine başvurulmuştur. Hazırlanan Türkçe formunda yer alan soruların içerik olarak Türk kültürü açısından uygunluğuna ilişkin alan uzmanlarının görüşleri, hazırlanan bir uzman değerlendirme formu kullanılarak toplanmıştır. Uzman değerlendirme formunda, çalışmayı tanıtan ve uzmandan beklentileri açıklayan kısa bir bilgilendirme yazısı, ölçeğin yapısıyla ilgili kuramsal özet bilgilerinden ve her bir maddenin içerik açısından buldukları faktörlere uygunluğuna ilişkin değerlendirmelerin yapılacağı bir değerlendirme kısmı bulunmaktadır. Uzman görüşlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için kapsam geçerlik indeksi kullanılmıştır ve uzmanlardan maddelerin ölçekte yer aldıkları faktörler için uygunluğuna ilişkin cevapları Likert tipi 4'lü derecelendirme

ölçeği (1=Uygun değil, 4=Çok uygun) üzerinde belirtmeleri istenmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılarak forma son şekli verilmiştir. Tüm ölçek için soruların değerlendirilmesinde uzmanların verdiği puan ortalaması, 33 soru için 4 puan üzerinden $3,81 \pm 0,39$ olarak bulunmuştur. Uzmanların her bir soruya verdikleri yanıtların sıklıkları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları

| İfadeler | Uygun Değil (1 puan) | Biraz Uygun (2 puan) | Oldukça Uygun (3 puan) | Çok Uygun (4 puan) | Toplam Uzman Sayısı |
|----------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| Madde 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 2 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 3 | 0 | 0 | 4 | 1 | 5 |
| Madde 4 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Madde 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 6 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 7 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Madde 8 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 9 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 10 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 11 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 12 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 13 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Madde 14 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 15 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 16 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 17 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 18 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 19 | 0 | 0 | 4 | 1 | 5 |
| Madde 20 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Madde 21 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Madde 22 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 23 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 24 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 25 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Madde 26 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Madde 27 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Madde 28 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 29 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 30 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 31 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 32 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Madde 33 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |

Kapsam geçerlilik indeksi hesaplamalarında, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç vardır. Kapsam geçerliliği konusunda kullanılan tekniklerden olan Davis tekniğinde; uzmanların herhangi bir maddeye ilişkin görüşleri toplanarak kapsam geçerlilik indeksleri elde edilir (118). Bu teknikte, her bir sorunun anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede; uzman görüşleri “Çok Uygun”, “Oldukça Uygun-madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “Biraz Uygun-Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “Madde uygun değil” şeklinde dördüncü derecelendirilmektedir. Kapsam geçerlilik indeksi (KGİ), herhangi bir maddeye ilişkin “oldukça uygun” ve “çok uygun” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına bölünmesi ile elde edilir. 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir.

$$KGİ=N_G/N$$

N_G maddeye “oldukça uygun” ve “çok uygun” diyen uzmanların sayısını ve N maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını göstermektedir.

Oluşturulan Türkçe SCÖ formunun Davis tekniğine göre KGİ hesaplaması Tablo 5’de verilmiştir. Hesaplanan KGİ değerleri 0,80 değerinden yüksek olduğu için uzmanlar arasında uyuşma olduğu belirlenmiş ve sorularda değişiklik yapılmamasına karar verilmiştir.

Tablo 5. Türkçe SCÖ formunun Davis'in Kapsam Geçerliliği İndeksi Hesaplaması

| İfadeler | N_G | N | KGİ | Karar |
|-----------------|----------------------|----------|------------|--------------|
| Madde 1 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 2 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 3 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 4 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 5 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 6 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 7 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 8 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 9 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 10 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 11 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 12 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 13 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 14 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 15 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 16 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 17 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 18 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 19 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 20 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 21 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 22 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 23 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 24 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 25 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 26 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 27 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 28 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 29 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 30 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 31 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 32 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |
| Madde 33 | 5 | 5 | +1,00 | Kabul |

Yapı Geçerliliği

Faktör analizi birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler/ yapılar) keşfetmeyi ya da faktörler ile göstergeleri arasında tanımlanan ilişkileri açıklamaktadır (110). Faktör analizinin açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki temel yöntemi vardır (110). Açımlayıcı faktör analizi sıklıkla gözlenen ölçümlerdeki varyansın ve kovaryansın gizil kaynaklarını bulmak ve ortaya çıkarmak için kullanılır (119). Açımlayıcı faktör analizinde kesin bir model tanımlamadan, değişkenler arasında dikkat çeken ilişkileri ve değişkenlere ait karakteristik özellikleri bulmak ya da keşfetmek için yapılır (110). Açımlayıcı analizlerde temel amaç, yapısal bir modele ulaşmak ya da kuram üretmek olmamasına karşın, kurama ilişkin ilk ya da temel bilgilere ulaşılabilir (110). Ölçme aracına ilişkin faktör desenini ortaya koymak amacıyla öncelikle açımlayıcı faktör analizi yapılmalıdır.

Pek çok çalışma bilinen ve bilinmeyen durumlara ilişkin değişkenleri içermesi sebebiyle hem açımlayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizlerini kapsar.

SCÖ'nün yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Ölçekten elde edilen puanların oluşturduğu faktör yapısını incelemek amacıyla açımlayıcı faktör analizi (exploratory factor analysis) ve özgün ölçeğin geliştirilmesindeki yaklaşıma ve uzman görüşü desteği alınarak yapılan çalışmaya uygun olarak da doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) kullanılmıştır. Böylece ölçeğin yapı geçerliliği (faktöryel geçerliliği), iki farklı faktör analizi uygulamasıyla incelenmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi için SPSS programı kullanılmış olup, öncesinde verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ve Bartlett testi ile incelenmiştir. Ölçeğin örneklem uygunluğunun ölçüsü olarak kabul edilen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi uygulanmış ve 0,5'den büyük olması anlamlı kabul edilmiştir (110). Anlamlı faktörlerin veya değişkenlerin çıkarılabileceğini gösteren küresellik derecesi Bartlett's Test of Sphericity ile hesaplanmış ve $p < 0.001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir (120, 121). Faktör analizi sonucu elde edilen faktörler (boyutlar) ve bunlara ilişkin varyansı açıklama oranları ile birlikte ölçekte yer alan her bir maddenin hangi faktörle ilişkili olduğunu belirten faktör yük değerleri hesaplanmıştır. Madde faktör yük değerinin genellikle

0,45 ve daha yüksek olması istenmekle birlikte faktör yük değeri 0,30 olan maddeler de ölçekte tutulabilmektedir (107, 122). Faktörleştirmede kullanılan birçok teknik olmakla birlikte temel bileşenler analizi (TBA) ise faktörleştirme tekniği olarak çok sık kullanılan ve yorumlanması görece daha kolay olan bir istatistiktir (107). Bu nedenle SCÖ'nün açıcı faktör analizinde faktörleştirmede temel bileşenler analizi (principal components) kullanılmıştır. İlk olarak döndürülmemiş temel bileşenler analizi uygulanmış, analiz daha sonra faktörleri yorumlamada ve anlamlandırmada kolaylık sağlamak amacıyla varimax dik döndürme tekniği kullanılarak tekrar edilmiştir. Açıcı faktör analizinde ölçekte yer alacak maddelerin belirlenmesinde maddelerin öz değerlerinin en az 1 (123), maddelerin yük değerinin en az 0.30 (124, 125), maddelerin tek bir faktörde yer alması ve iki faktörde yer alan faktörler arasında ise en az 0,10 fark olmasına dikkat edilmiştir (126).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kuramsal bir temelden destek alarak pek çok değişkenden oluşturulan faktörlerin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmeye yönelik bir analizdir. DFA, önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının toplanan verilerle ne derece doğrulandığını incelemeyi amaçlar (110). Geleneksel faktör analizi yapıldıktan sonra, uzmanlarca da onaylanan özgün ölçeğin yapısının Türk kültüründe ne derece geçerli olduğunu değerlendirmek amacıyla DFA yapılmıştır. DFA'da maksimum olabilirlik tekniği kullanılmıştır. Bu çalışmada DFA için Lisrel 8.80 programı kullanılmıştır.

DFA'da sınanan modelin yeterliliğinin belirlenmesi için çok sayıda uyum indeksi kullanılmaktadır. Uyum indekslerinin kuramsal model ile gerçek veriler arasındaki uyumu değerlendirmelerinde birbirlerine göre güçlü ve zayıf yönlerinin olması nedeniyle modelin uyumunun ortaya konulması için birçok uyum indeksi değerinin kullanılması önerilir. Bunlardan en sık kullanılanları (127, 128) Ki-Kare İyilik Uyumu (Chi-Square Goodness of Fit), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Normleştirilmemiş Uyum İndeksi (Non-normed Fit Index, NNFI), Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü (Standardized Root Mean Square Residuals, SRMR) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü'dür (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA).

Ki-kare iyilik uyum değeri küçük örneklerde Tabachnick ve Fidell'e (122) göre 2 ve altında, Kline'a (107) göre ise 2,5 ve altında mükemmel uyum olarak kabul edilmektedir. Büyük örneklerde 3 ve altında mükemmel uyum (128, 129), 5 ve altındaki ki-kare iyilik uyum değeri ise orta düzeyde uyum olarak kabul edilmektedir (128).

İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI) 0 ile 1 arasında değişmektedir. GFI için 0,95 ve üzeri değerler mükemmel uyum (128, 130), 0,90 ve üzeri değerler iyi uyum (128, 130-132) olarak kabul edilmektedir.

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) 0 ile 1 arası bir değer almakta, bu değer 1'e yaklaşması mükemmel uyuma, 0'a yaklaşması ise model uyumsuzluğuna karşılık gelir (128, 130, 133). CFI değeri 0,95 ve üzeri ise mükemmel uyum (128, 134, 135), 0,90 ve üzeri ise iyi uyum olarak kabul edilmektedir (128, 133, 134).

Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-normed Fit Index, NNFI) değeri 0 ile 1 arası bir değer almakta; bu değer 0,95 ve üzeri ise mükemmel uyum (128, 134), 0,90 ve üzeri ise iyi uyum olarak kabul edilmektedir (128, 131-135).

Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü (Standardized Root Mean Square Residuals, SRMR) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) değerleri 0 ile 1 arası bir değer almakta ve 0 olması mükemmel uyuma işaret eder (129, 133-137). RMSEA değeri 0,05 ve altında ise mükemmel uyum (128, 131, 136, 138, 139) olarak kabul edilmektedir. RMSEA değerini bazı yazarlar 0,06 ve altında (134, 135), bazı yazarlar 0,07 ve altında (140), bazı yazarlar ise 0,08 ve altında (128, 130, 138) iyi uyum olarak kabul etmektedir. RMSEA 0,10 ve altında ise zayıf uyum olarak kabul edilmektedir (133, 133).

Birbirinden oldukça farklı amaçlar için kullanılan bu iki faktör analizinin aynı çalışmada kullanılmasının nedeni, özgün formu yurt dışında geliştirilen SCÖ'nün Türk kültüründeki yapısını keşfederek açığa çıkarmaya çalışmak (açımlayıcı faktör analizi), özgün yapısı alan uzmanlarının görüşüyle de desteklenen özgün faktör yapısının çalışmamızda elde edilen verilerle sağlanıp sağlanmadığını kontrol etmektir (doğrulayıcı faktör analizi). Bu şekilde iki farklı analiz sonuçlarının birlikte

değerlendirilmesine ilişkin bilgiyi, ileride yapılacak geçerlilik çalışmaları açısından araştırmacılarla paylaşma olanağının elde edilmesi açısından önemlidir.

Güvenilirlik Analizleri

Güvenilirlik, bir ölçme aracının ölçme sonuçlarındaki kararlılık derecesidir (141). Bireylerin aynı ölçme aracı kullanarak, aynı veya farklı zamanlarda ölçeğin maddelerine verdiği yanıtların tutarlılığı testin güvenilirliğini göstermektedir. Güvenilirlik hesaplaması bir testin içerdiği maddelerin birbiriyle olan ilişkisidir. Bu ilişkiyi sınamada Cronbach alfa ve Spearman-Brown kullanılan belli başlı korelasyon formüllerindedir (113).

SCÖ'nün güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının yanı sıra madde-toplam korelasyonları, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ve paralel (eşdeğer) form güvenilirlikleri (parallel forms method, equivalent forms method) ile sınanmıştır.

İç Tutarlılık

Likert tipi bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için, Cronbach alfa (α) katsayısı olarak bilinen güvenilirlik ölçütünün kullanılması gerekir (142). Bu teknikle, uygulanan ölçeğin maddelerine verilen yanıtların tutarlılığı saptanır (113). Ölçek maddelerin ölçtüğü özelliklerin, örneklediği davranışların, homojen olması güvenilirliği yükseltmektedir (110). Cronbach alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin ölçüsüdür. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı olduğu varsayılır (142). Güvenilirlik 0'dan 1'e kadar değişen (r) korelasyon katsayısı ile ifade edilir. 1 rakamı tam uygun bir ilişkiyi gösterirken; 0 rakamı tesadüfi bir ilişkiyi gösterir. Cronbach alfa katsayısının değerlendirilmesinde değerlendirme ölçütünün şu şekilde olduğu belirtilmektedir (121):

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ölçek güvenilir değildir

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ölçek düşük güvenilirliktedir

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ölçek oldukça güvenilirdir

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Genel olarak kabul edilen iç tutarlılık katsayı değeri 0,70'tir (110, 143).

Test-Tekrar Test Yöntemi

Devamlı özellikler ile ilgili ölçümlerde aranan güvenilirliğin tahmininde aynı ölçme aracı, aradan belli bir süre geçtikten sonra aynı gruba uygulanır ve iki uygulamadan elde edilen ölçümler arasındaki ilişki bulunur. İki ölçüm arasındaki süre ölçülen özelliğe değişmekle birlikte, genellikle 2-6 hafta arasında bir süre yeterli görülmektedir. Test-tekrar test yönteminde en az 30 çift veriye ihtiyaç vardır (121). Test-tekrar test yönteminde elde edilen korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi verir. Hesaplanan korelasyon katsayısı -1.00 ile +1.00 arasında değerler alır. Korelasyon katsayısının +1.00 olması iki ölçüm arasında pozitif ve mükemmel bir ilişki olduğunu, -1.00 olması ise negatif ve mükemmel bir ilişki olduğunu, 0.00 olması ise ilişki olmadığını gösterir. Bir ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu (kararlılık gösterdiğini) saptamak üzere hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir (121).

Katılımcılara 2 hafta arayla yapılan SCÖ'nün test tekrar-test güvenilirlik katsayılarının hesaplanmasının yanı sıra toplam SCÖ puan ortalamaları 'bağımlı grupta t testi' ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada SCÖ'nün test-tekrar test güvenilirliği 66 personel üzerinde sınıanmıştır.

Paralel (Eşdeğer) Form Yöntemi

Paralel form güvenilirliğinin sınıanmasında, aynı gruba aynı zamanda, eşdeğer nitelikte geliştirilmiş başka bir ölçme aracı uygulanarak, elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bulunan korelasyon katsayısı eşdeğerlik katsayısıdır ve yanıtların tutarlılığını gösterir. Elde edilecek olan korelasyon katsayısının yorumu test tekrar test yöntemindeki aynıdır. Bu çalışmada paralel form güvenilirliği için DASÖ-21 kullanılmıştır ve SCÖ ile arasındaki korelasyona bakılmıştır.

Madde Analizleri

Ölçeği cevaplayanların ölçme aracından aldığı toplam puanla, her bir maddeden aldığı puan arasındaki korelasyon hesaplanır. Bir maddenin toplam puanla korelasyonu düşük ise, bu o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü

şeklinde yorumlanır. Madde-toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürücü etki yaptığı için, o maddeler ölçekten çıkarılır. Madde-toplam korelasyon katsayılarının negatif olmaması ve en az 0,20 olması beklenir. Ancak bir maddenin ölçekten çıkarılması için madde silindiğinde alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakmak gerekir (144). Eğer madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa o madde güvenilirliği azaltan bir maddedir ve ölçekten çıkarılmalıdır.

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİNİN ÖN UYGULAMASI (PİLOT ÇALIŞMA)

Ölçeğin son Türkçe şekli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nda çalışan 10 idari personel üzerinde ön denemesi yapılmıştır. Sorularda anlaşılmayan yer olup olmadığı, testlerin uygulanma süresi ve ölçümlerin yapılması hakkında veriler elde edilmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmış ve ölçeğe son hali verilmiştir. Ön uygulamanın verileri araştırma dışında bırakılmıştır.

ANKETÖRLERİN EĞİTİMİ

Araştırmanın uygulanmasında yardımcı olmak üzere 5 anketör eğitilmiştir. Anketörler önce çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılmış, anket soruları, ankette geçen özel terimler konusunda teorik olarak eğitilmiştir. Teorik bilgi sonrası pratik olarak bire bir uygulama yaptırılarak deneyimli olması sağlanmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı ve LISREL (Linear Structural Relations) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov analiz yöntemi ile test edilmiş olup, araştırmanın bağımlı değişkeni olan siberkondri düzeyinin ikili bağımsız değişkenlere göre analizi için t-testi veya Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız değişkenlere göre analizi için varyans analizi veya Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun olduğu ortalamaların karşılaştırılmasında, farkın kaynaklandığı grubu belirlemek üzere yapılan ikili

karşılaştırmalarda Tip 1 hatayı önlemek üzere Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır ve p değeri (0,05) yapılan ikili karşılaştırma sayısına bölünerek anlamlılık düzeyi belirlenmiştir. Diğer istatistiksel analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Siberkondri puanı ile ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi için Backward çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturulmuştur. Tek değişkenli analizlerde siberkondri puanı ile ilişkili bulunan değişkenler modele alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN İZİN VE DESTEKLERİ

Araştırma öncesinde gerekli izinler alınmıştır. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu tarafından 21.04.2015 tarih ve 05 sayılı kararı ile çalışmanın yapılmasına etik açıdan sakınca olmadığı onaylanmıştır (EK 2). 04.08.2015 tarih ve 02 sayılı karar ile Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri komisyonu tarafından desteklenmiştir. Yapılacak araştırmanın içeriği hakkında Pamukkale Üniversitesi Rektörlüğü bilgilendirilmiştir. Ayrıca çalışma öncesinde çalışmaya katılan personelin sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya toplamda 335 (%93,0) kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin yaş aralığı 19-61 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $38,2 \pm 8,5$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %64,5'i erkektir. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında %74,0'ünün evli, %22,1'inin bekâr olduğu ve %55,8'inin 18 yaş çocuğu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların 18 yaş altı çocuk sayısı ortalaması ise $1,5 \pm 0,4$ olup; %52,5'inin iki ve daha fazla 18 yaş altı çocuğu vardır. Öğrenim durumları sorgulandığında % 75,5'inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

| | n(%) |
|----------------------------------|------------|
| Yaş | |
| 35 yaş ve altı | 132 (39,4) |
| 35 yaş üzeri | 203(60,6) |
| Cinsiyet | |
| Kadın | 119 (35,5) |
| Erkek | 216 (64,5) |
| Medeni Durum | |
| Evli | 248 (74,0) |
| Bekâr | 74 (22,1) |
| Dul/Boşanmış/Ayrı Yaşıyor | 13 (3,9) |
| 18 Yaş Altı Çocuk Varlığı | |
| Evet | 187 (55,8) |
| Hayır | 148 (44,2) |
| 18 Yaş Altı Çocuk Sayısı | |
| Bir | 84 (47,5) |
| İki ve Daha Fazla | 93 (52,5) |
| Eğitim Durumu | |
| İlkokul | 11 (3,3) |
| Ortaokul | 18 (5,4) |
| Lise | 53 (15,8) |
| Üniversite | 99 (29,6) |
| Yüksek Lisans | 41 (12,2) |
| Doktora | 113 (33,7) |

Katılımcıların %36,7'si sigara içmektedir. Çalışmaya katılanların %14,9'unun kendinde, %28,4'ünün ise ailesinde kronik hastalığı olan kişi bulunmakta ve %7,2'sinin ailesinde bakıma muhtaç veya engelli kişi bulunmaktadır. Katılımcıların sigara içme durumu, kronik hastalık öyküsü, evde kronik hasta ve bakıma muhtaç/engelli kişi varlığı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Sigara İçme Durumu, Kronik Hastalık Öyküsü, Evde Kronik Hasta ve Bakıma Muhtaç/Engelli Kişi Varlığı

| | n(%) |
|--|------------|
| Sigara İçme Durumu | |
| Hayır | 212 (63,3) |
| Ara sıra | 35 (10,4) |
| Düzenli içici | 88 (26,3) |
| Kendinde Kronik Hasta Varlığı | |
| Evet | 50 (14,9) |
| Hayır | 285 (85,1) |
| Evde Kronik Hasta Varlığı | |
| Evet | 95 (28,4) |
| Hayır | 240 (71,6) |
| Evde Bakıma Muhtaç/Engelli Kişi Varlığı | |
| Evet | 24 (7,2) |
| Hayır | 311 (92,8) |

Katılımcıların %49,9'u haftalık 20 saat üzerinde internet kullanmaktadır (haftalık internet kullanma ort: 24,0±16,9). Çalışmaya katılanların %28,7'si evinde sağlıkçı birisi bulunduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan personelin %9,9'u çoğunlukla sağlıkla ilgili yayın takip ettiğini, % 9,3'ü çoğunlukla TV'de sağlıkla ilgili yayın takip ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %10'1'i son bir yılda sağlıkla ilgili toplantıya katılmış olup bunların %50'si bu toplantılara birden fazla kez katılmıştır. Katılımcıların sağlıkla ilgili yayın takip durumları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Yayın Takip Durumları

| | n(%) |
|---|------------|
| Haftalık İnternette Geçirilen Süre | |
| 20 Saat ve altı (2-20 Saat) | 168 (50,1) |
| 20 Saat Üzeri | 167 (49,9) |
| Sağlıkla İlgili Yayın Takip Etme | |
| Durumu | |
| Hiçbir Zaman | 57 (17,0) |
| Nadiren | 134 (40,0) |
| Bazen | 111(33,1) |
| Sıklıkla | 26 (7,8) |
| Her Zaman | 7 (2,1) |
| TV’de Sağlıkla İlgili Yayın İzleme | |
| Durumu | |
| Hiçbir Zaman | 37 (11,0) |
| Nadiren | 117 (34,9) |
| Bazen | 150 (44,8) |
| Sıklıkla | 22 (6,6) |
| Her Zaman | 9 (2,7) |
| Son Bir Yılda Sağlıkla İlgili Toplantıya | |
| Katılma Durumu | |
| Evet | 34 (10,1) |
| Hayır | 301 (89,9) |
| Ailede Sağlıkçı Kişi Varlığı | |
| Evet | 96 (28,7) |
| Hayır | 239 (71,3) |

Çalışmaya katılanların sağlık hizmet kullanımıyla ilgili bazı özellikleri incelenmiştir (Tablo 9). Katılımcıların %48,4’ü son bir ayda muayene olduğunu bildirmiş, bu kişilerin muayene olma ortalaması $1,6\pm 1,0$ olup %40’ı bir defadan fazla muayene olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan son bir yılda hekim önerisi dışında tetkik yaptıranların sıklığı %22,4 olup bunların %41,9’u bir defadan fazla tetkik

yaptırmıştır (tetkik yaptırma ort: 1,6±1,0). Katılımcılardan son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullananlar %37,9 olup bunların %77,3'ü bir defadan fazla ilaç kullandığını belirtmiştir (ilaç kullanma ort: 5,4±12,1). Katılımcıların son bir yılda eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün kullanma sıklığı %15,5 olup bunların %23,3'ü ise bir defadan fazla kullandığını bildirmiştir (eczane dışı ilaç kullanma ort: 4,4±7,7). Katılımcıların %8,4'ü son bir yılda alternatif tedavi kullandığını ve bunların %25'i bir defadan fazla alternatif tedaviye başvurduğunu belirtmiştir (alternatif tedavi ort: 1,3±0,6). En çok başvurulan alternatif tedavi yöntemi ise %56,6 ile hacamattır.

Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlgili Özellikleri

| | n (%) |
|--|------------|
| Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu | |
| Evet | 162 (48,4) |
| Hayır | 173 (51,6) |
| Son Bir Ayda Muayene Olma Sayısı* | |
| Bir | 84 (60,0) |
| Bir Defadan Fazla | 56 (40,0) |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında | |
| Tetkik Yaptırma Durumu | |
| Evet | 75 (22,4) |
| Hayır | 260 (77,6) |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında | |
| Tetkik Yaptırma Sayısı* | |
| Bir | 36 (58,1) |
| Bir Defadan Fazla | 26 (41,9) |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında | |
| İlaç Kullanma Durumu | |
| Evet | 127 (37,9) |
| Hayır | 208 (62,1) |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında | |
| İlaç Kullanma Sayısı* | |
| Bir | 22 (22,7) |
| Bir Defadan Fazla | 75 (77,3) |

Tablo 9 (Devam). Katılımcıların Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlgili Özellikleri

| | n (%) |
|--|------------|
| Son Bir Yılda Eczane Dışında İlaç/Tedavi Amaçlı Ürün Kullanma Durumu | |
| Evet | 52 (15,5) |
| Hayır | 283 (84,5) |
| Son Bir Yılda Eczane Dışında İlaç/Tedavi Amaçlı Ürün Kullanma Sayısı* | |
| Bir | 33 (76,7) |
| Bir Defadan Fazla | 10 (23,3) |
| Son Bir Yılda Alternatif Tedavi Kullanma Durumu | |
| Evet | 28 (8,4) |
| Hayır | 307 (91,6) |
| Son Bir Yılda Alternatif Tedavi Kullanma Sayısı* | |
| Bir | 18 (75,0) |
| Bir Defadan Fazla | 6 (25,0) |
| Kullanılan Alternatif Tedavi Yöntemi* | |
| Hacamat | 13 (56,6) |
| Kupa Çekme | 5 (21,7) |
| Kırık-Çıkıkçı | 2 (8,6) |
| Sülük | 1 (4,3) |
| Hoca Suyu | 1 (4,3) |
| İğneleme | 1 (4,3) |

*Sadece sayı belirten kişilerin cevapları değerlendirilebilmiştir.

Çalışmaya katılanların depresyon, anksiyete ve stres durumları incelenmiştir (Tablo 10). Katılımcıların anksiyete puan ortalamaları $2,92 \pm 3,15$ olup, %67,8’inde anksiyete yoktur, %16,4’ünün anksiyetesi orta ve %5,2’inin ise çok ileri düzeydedir. Katılımcıların depresyon puan ortalamaları $4,98 \pm 3,70$ olup, %71,2’sinde depresyon

yoktur, %11,8'inin depresyonu orta ve %2,4'ünün ise çok ileri düzeydedir. Katılımcıların stres puan ortalamaları $3,53\pm3,82$ olup, %77,9'unda stres yoktur, %6,7'inin stresi orta ve %0,9'unun ise çok ileri düzeydedir.

Tablo 10. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Durumları

| | n (%) |
|---------------------------------|------------------|
| Anksiyete | |
| Normal | 223 (67,8) |
| Hafif | 27 (8,2) |
| Orta | 54 (16,4) |
| İleri | 8 (2,4) |
| Çok İleri | 17 (5,2) |
| Anksiyete Puanı (Ort±SS) | 2,92±3,15 |
| Depresyon | |
| Normal | 235 (71,2) |
| Hafif | 32 (9,7) |
| Orta | 39 (11,8) |
| İleri | 16 (4,8) |
| Çok İleri | 8 (2,4) |
| Depresyon Puanı (Ort±SS) | 4,98±3,70 |
| Stres | |
| Normal | 257 (77,9) |
| Hafif | 37 (11,2) |
| Orta | 22 (6,7) |
| İleri | 11 (3,3) |
| Çok İleri | 3 (0,9) |
| Stres Puanı (Ort±SS) | 3,53±3,82 |

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılanların siberkondri düzeyi ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi aşamasına geçmeden önce, öncelikle katılımcıların siberkondri düzeyinin belirlenmesinde kullanılacak olan “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği”nin (SCÖ) Türkçe geçerlilik-güvenirliliğinin saptanmasına ilişkin analizler yapılmıştır.

“Siberkondri Ciddiyet Ölçeği”nin (SCÖ) Pamukkale Üniversitesi personelinden toplanan veriler üzerinden nasıl bir faktör yapısı göstereceğinin incelenmesi için öncelikle açımlayıcı faktör analizi (AFA), ardından ölçeğin özgün biçimi ve uzman görüşü alınarak varsayılan yapısının toplanan verilerle ne derece uyum gösterdiğini incelemek için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

SCÖ'nün Türk kültüründeki faktör yapısını incelemek amacıyla uygulanan AFA öncesinde verilerin faktör analizi için uygunluğu incelenmiştir. Bu amaçla ölçeğin örneklem uygunluğunun ölçüsü olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi uygulanmıştır. Ayrıca anlamlı faktörlerin çıkarılabileceğini gösteren küresellik derecesi Bartlett's Test of Sphericity ile hesaplanmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği 0,90; Bartlett Küresellik Testi 5067,8 , $p < 0,001$ olarak bulunmuştur. Bu analizler sonucunda örneklem büyüklüğü yeterli ve değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli ilişki bulunduğu sonucuna varılmıştır.

33 maddeden oluşan ölçeğin temel bileşenler yöntemi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. İlk analiz sonuçları incelendiğinde ölçeğin öz değeri 1'den büyük 6 faktörde toplandığı, bazı maddelerin birden fazla faktörde yük değeri verdiği, 5.,8.,15.,20.,24.,26. ve 27. maddelerin binişik olduğu görülmüştür. Daha kolay yorumlanabilirlik açısından varimaks dik eksen döndürme yöntemi kullanılarak yapılan ikinci analiz sonucunda da ortaya çıkan faktör yapısının, özgün ölçeğin faktör yapısından farklı olduğu görülmüştür. 6 faktörde toplanan bu çözümün açıkladığı toplam varyans miktarı % 57,76'dır. Faktörlerin öz değerleri ve açıkladıkları varyans miktarları sırasıyla birinci faktör için 5,04, %15,2; ikinci faktör için 4,43, %13,4; üçüncü faktör için 3,77, %11,4; dördüncü faktör için 2,24, %6,7; beşinci faktör için 2,18, %6,6; altıncı faktör için 1,38, % 4,2'dir. Analiz sonuçları Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları 1
(Kaiser Normalleştirilmesiyle Varimax Dik Döndürme Sonrası)

| Madde | Faktör Yük Değerleri | | | | | |
|-----------------------|----------------------|------|------|------|-------|-------|
| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
| M1 | 0,79 | | | | | |
| M2 | 0,78 | | | | | |
| M13 | 0,78 | | | | | |
| M30 | 0,61 | | | 0,31 | | |
| M11 | 0,60 | | | 0,31 | | |
| M4 | 0,59 | | | | | 0,30 |
| M21 | 0,57 | | | | -0,32 | |
| M18 | 0,55 | | | 0,35 | | |
| M5 | 0,42 | 0,40 | | | | |
| M19 | 0,41 | | | | | |
| M22 | 0,31 | 0,73 | | | | |
| M31 | | 0,69 | | | | |
| M23 | | 0,68 | | | | |
| M29 | | 0,68 | | | | |
| M10 | | 0,67 | | | | |
| M32 | | 0,62 | 0,32 | | | |
| M7 | 0,32 | 0,62 | 0,32 | | | |
| M20 | | 0,40 | | | | -0,32 |
| M12 | | | 0,82 | | | |
| M17 | | | 0,76 | | | |
| M14 | | | 0,76 | | | |
| M25 | | | 0,72 | | | |
| M6 | | | 0,65 | | | |
| M24 | | 0,31 | 0,50 | 0,43 | | 0,31 |
| M8 | | | 0,50 | | | 0,49 |
| M16 | | | | 0,65 | | |
| M27 | 0,40 | | | 0,54 | | |
| M15 | 0,50 | | | 0,51 | | |
| M26 | 0,36 | 0,40 | | 0,47 | | |
| M28 | | | | | 0,74 | |
| M9 | | | | | 0,73 | |
| M33 | | | | | 0,71 | |
| M3 | | | | | | 0,67 |
| Özdeğer | 5,04 | 4,43 | 3,77 | 2,24 | 2,18 | 1,38 |
| (Toplam=19,04) | | | | | | |
| Açıklanan Varyans (%) | 15,2 | 13,4 | 11,4 | 6,7 | 6,6 | 4,2 |
| (Toplam=%57,7) | | | | | | |

*0,30'un altındaki değerler gösterilmemiştir.

Aynı işlemler, faktör analizi sonucunda maddelerin özgün ölçekteki faktör sayısı olan 5 faktör altında toplanacak şekilde sınırlandırılarak tekrarlanmıştır. Analiz sonucu özgün ölçekteki benzer şekilde çıkmasına karşın; özgün ölçekteki “içini rahatlatma” ve “aşırılık” faktörüyle ilgili maddelerin birbiri içine girdiği fark edilmiştir. Ayrıca 3., 13. ve 20. maddelerin binişik olduğu görülmüştür. 5 faktörde toplanan bu çözümün açıkladığı toplam varyans miktarı % 54,59’dur. Faktörlerin öz değerleri ve açıkladıkları varyans miktarları sırasıyla birinci faktör için 4,85, %14,7; ikinci faktör için 4,16, %12,6; üçüncü faktör için 4,12, %12,4; dördüncü faktör için 2,75, %8,3; beşinci faktör için 2,11, %6,4’tür. Analiz sonuçları Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları 2
(Kaiser Normalleştirilmesiyle Varimax Dik Döndürme Sonrası)

| Madde | Faktör Yük Değerleri | | | | |
|---|----------------------|------|------|------|-------|
| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 |
| M15 | 0,68 | | | | |
| M27 | 0,68 | | | | |
| M30 | 0,65 | | | | |
| M18 | 0,65 | | | | |
| M16 | 0,64 | | | | |
| M11 | 0,61 | | | 0,31 | |
| M13 | 0,60 | | | 0,53 | |
| M26 | 0,58 | 0,38 | | | |
| M19 | 0,53 | | | | |
| M21 | 0,51 | | | 0,32 | -0,30 |
| M22 | | 0,72 | | | |
| M29 | | 0,68 | | | |
| M31 | | 0,67 | | | |
| M23 | | 0,67 | | | |
| M10 | | 0,66 | | | |
| M32 | | 0,61 | | | |
| M7 | | 0,61 | | 0,37 | |
| M20 | 0,35 | 0,42 | | | |
| M17 | | | 0,80 | | |
| M25 | | | 0,77 | | |
| M12 | | | 0,77 | | |
| M14 | | | 0,67 | | |
| M24 | | | 0,64 | | |
| M6 | | | 0,63 | | |
| M8 | | | 0,62 | | |
| M3 | | | 0,42 | 0,40 | |
| M1 | 0,44 | | | 0,66 | |
| M2 | 0,42 | | | 0,66 | |
| M4 | 0,31 | | | 0,59 | |
| M5 | | 0,38 | | 0,52 | |
| M9 | | | | | 0,73 |
| M28 | | | | | 0,73 |
| M33 | | | | | 0,70 |
| Özdeğer (Toplam=17,99) | 4,85 | 4,16 | 4,12 | 2,75 | 2,11 |
| Açıklanan Varyans (%) (Toplam=%54,5) | 14,7 | 12,6 | 12,4 | 8,3 | 6,4 |

*0,30'un altındaki değerler gösterilmemiştir.

Maddeler 4 faktör altında toplanacak şekilde sınırlandırılarak faktör analizi tekrarlanmıştır. Daha kolay yorumlanabilirlik açısından varimax dik eksen döndürme yöntemi kullanılarak yapılan analiz sonucunda en düşük faktör yük değerleri 0,40, 0,42 ve 0,43; geri kalan tüm değerler 0,45'in üzerindedir. Ayrıca tüm binişikliklerin de ortadan kalktığı görülmüştür. Dört faktörde toplanan bu çözümün açıkladığı toplam varyans miktarı % 50,81'dir. Faktörlerin öz değerleri ve açıkladıkları varyans miktarları sırasıyla birinci faktör için 5,83, %17,6; ikinci faktör için 4,39, %13,3; üçüncü faktör için 4,36, %13,2; dördüncü faktör için 2,1, %6,5'dir.

Beş faktörlü bir yapıdan oluşan özgün ölçeğin yapısıyla bu sonuçlar karşılaştırıldığında; "içini rahatlatma" ve "aşırılık" faktörüyle ilgili maddelerin tek faktör altında toplandığı ve özgün ölçekte "içini rahatlatma" faktörü altında yer alan 32. maddenin "aşırı kaygı" faktörü altında yer aldığı görülmüştür. 4 faktörlü AFA sonuçları Tablo 13'de gösterilmiştir.

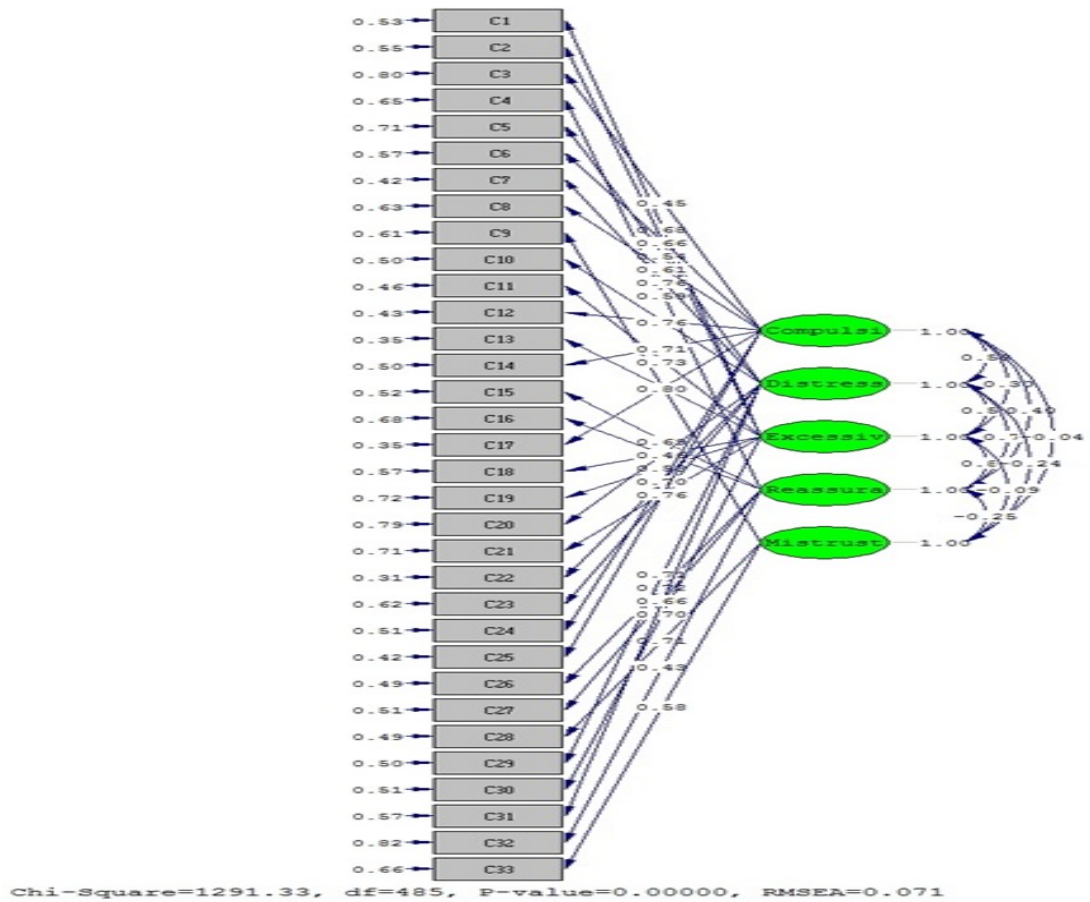
Tablo 13. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları 3
(Kaiser Normalleştirilmesiyle Varimax Dik Döndürme Sonrası)

| Madde | Faktör Yük Değerleri | | | |
|-----------------------|----------------------|------|------|-------|
| | F1 | F2 | F3 | F4 |
| M13 | 0,79 | | | |
| M1 | 0,74 | | | |
| M2 | 0,72 | | | |
| M30 | 0,68 | | | |
| M11 | 0,67 | | | |
| M15 | 0,66 | | | |
| M18 | 0,61 | | | |
| M21 | 0,59 | | | -0,30 |
| M27 | 0,58 | | | -0,31 |
| M4 | 0,58 | | | |
| M26 | 0,51 | 0,40 | | |
| M16 | 0,48 | | | 0,30 |
| M19 | 0,47 | | | |
| M22 | | 0,73 | | |
| M29 | | 0,69 | | |
| M31 | | 0,68 | | |
| M23 | | 0,67 | | |
| M10 | | 0,67 | | |
| M7 | | 0,62 | 0,31 | |
| M32 | | 0,62 | | |
| M20 | | 0,42 | | |
| M5 | | 0,40 | | |
| M17 | | | 0,80 | |
| M12 | | | 0,77 | |
| M25 | | | 0,77 | |
| M14 | | | 0,75 | |
| M6 | | | 0,64 | |
| M24 | | | 0,64 | |
| M8 | | | 0,63 | |
| M3 | | | 0,43 | |
| M9 | | | | 0,74 |
| M28 | | | | 0,71 |
| M33 | | | | 0,68 |
| Özdeğer | 5,8 | 4,3 | 4,3 | 2,1 |
| (Toplam=16,7) | | | | |
| Açıklanan Varyans (%) | 17,6 | 13,3 | 13,2 | 6,5 |
| (Toplam=%50,8) | | | | |

*0,30'un altındaki değerler gösterilmemiştir.

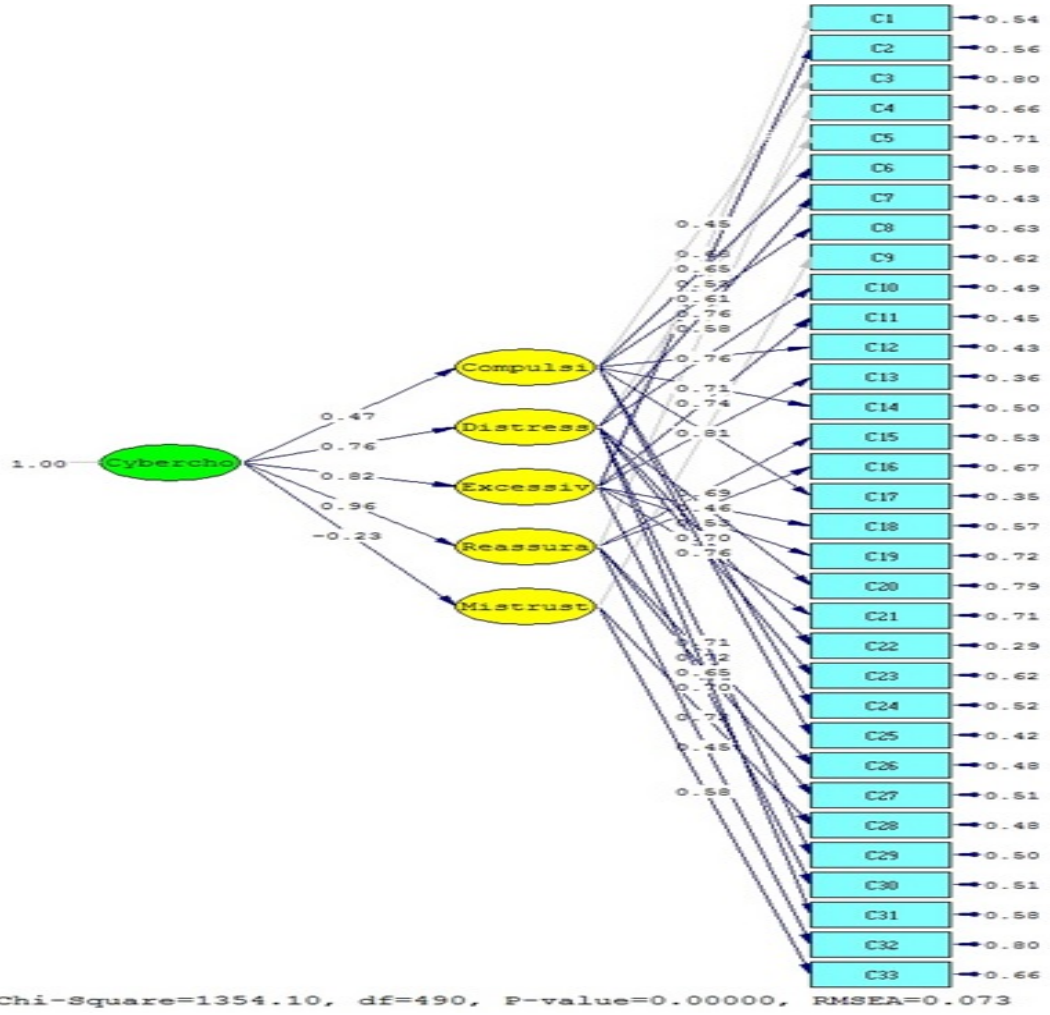
Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Türk alan uzmanlarınca desteklenen özgün SCÖ'nün faktör yapısının toplanan verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmek amacıyla Maksimum Olabilirlik Yöntemi (Maximum Likelihood) kullanılarak DFA uygulanmıştır. İlk olarak özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü model analize sokularak uyum istatistikleri ve modifikasyon indeksi sonuçları incelenmiştir. Analiz sonucunda ki-kare değeri ($\chi^2=1291,33$, $sd=485$, $p=0,000$) anlamlı olup χ^2/sd oranı 2,59 çıkmıştır ve diğer uyum indeksleri SRMR=0,068, GFI=0,81, RMSEA=0,071, CFI=0,95 NNFI=0,95. Analiz sonuçlarında modifikasyon önerileri incelendiğinde; söz konusu modifikasyonların χ^2 'ye önemli ölçüde katkı sağlamayacağı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon yapılmamasına karar verilmiştir. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 2'de gösterilmektedir. Şekil 2'de verilen analiz sonuçları incelendiğinde, faktör yük değerlerinin 0.43 ile 0.80 arasında değiştiği ve tüm yük değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir.



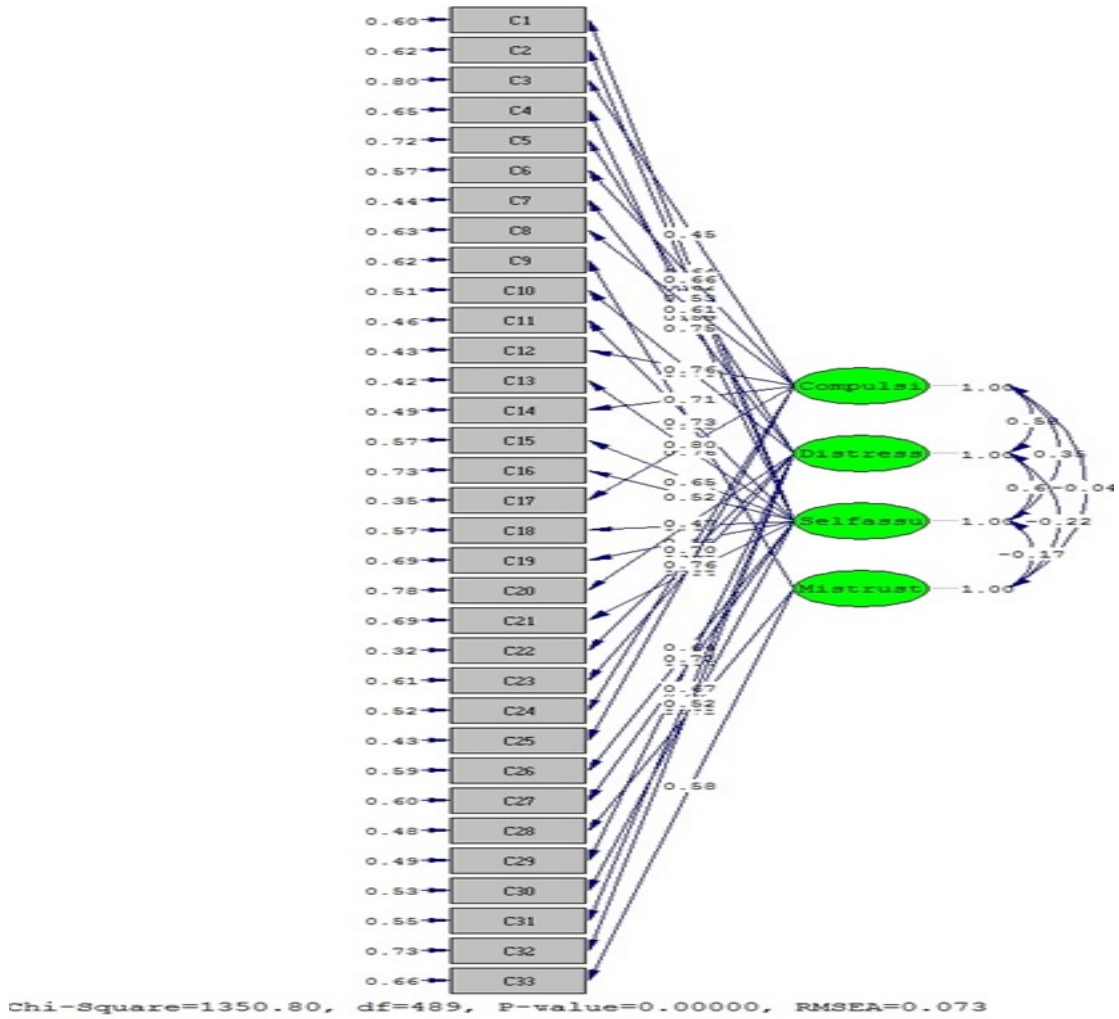
Şekil 2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (5 Faktörlü) Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonrasında ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum istatistikleri ve modifikasyon indeksi sonuçları incelenmiştir. Analiz sonucunda ki-kare değeri ($\chi^2=1354,10$, $sd=490$, $p=0,000$) anlamlı olup χ^2/sd oranı 2,76 çıkmıştır ve diğer uyum indeksleri SRMR=0,079, GFI=0,80, RMSEA=0,073, CFI=0,95 NNFI=0,94. Analiz sonuçlarında modifikasyon önerileri incelendiğinde; söz konusu modifikasyonların χ^2 'ye önemli ölçüde katkı sağlamayacağı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon yapılmamasına karar verilmiştir. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 3'de gösterilmektedir. Şekil 3'de verilen analiz sonuçları incelendiğinde, faktör yük değerlerinin 0.45 ile 0.81 arasında değiştiği ve tüm yük değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir.



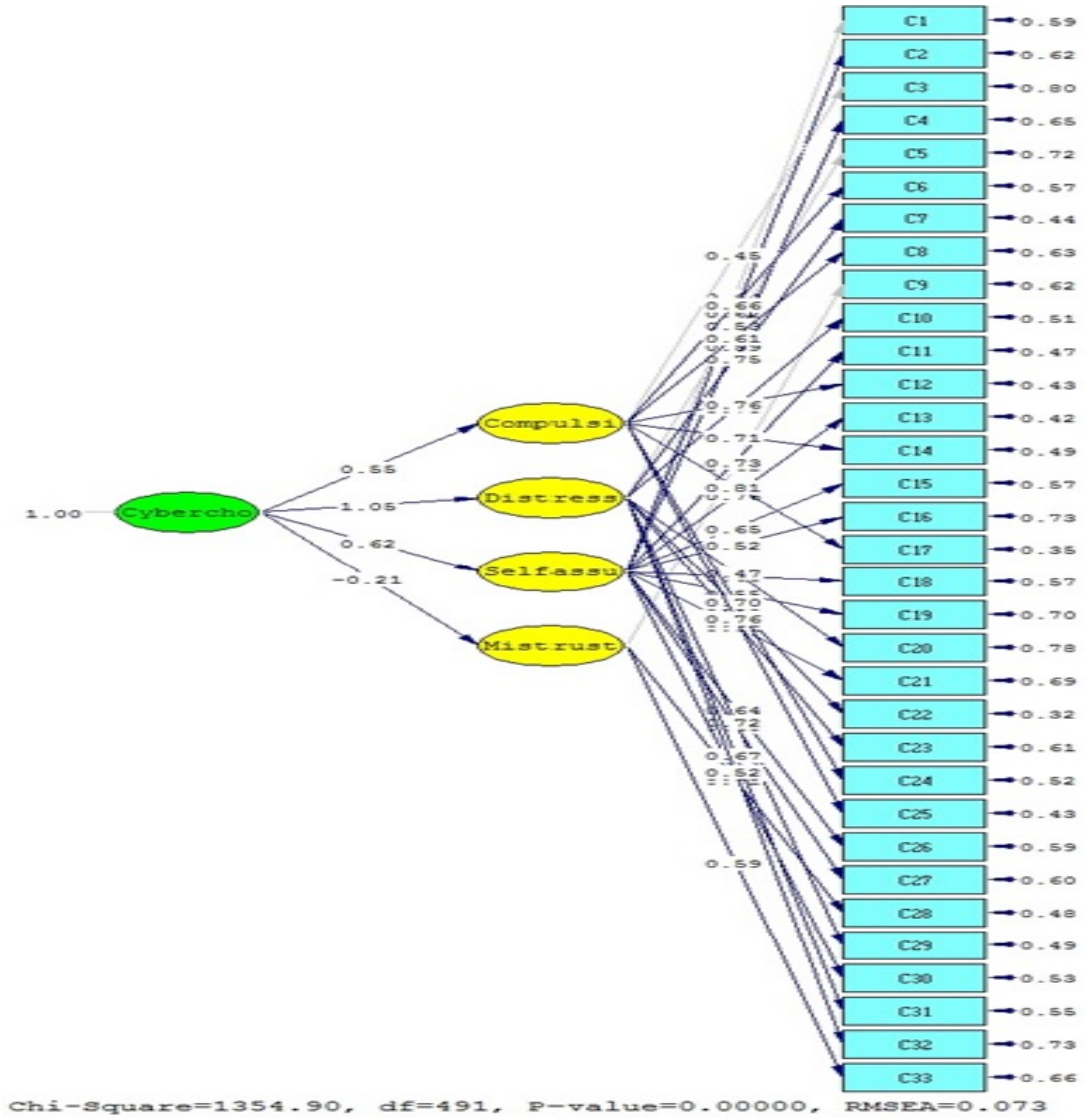
Şekil 3. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (5 Faktörlü) İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Açımlayıcı faktör analizinde elde edilen 4 faktörlü modelin ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmek amacıyla yapılan DFA sonuçlarına bakıldığında ise hesaplanan uyum istatistikleri şunlardır: Analiz sonucunda ki-kare değeri ($\chi^2=1350,80$, $sd=489$, $p=0,000$) anlamlı olup χ^2/sd oranı 2,76 çıkmıştır ve diğer uyum indeksleri SRMR=0,066, GFI=0,80, RMSEA=0,073, CFI=0,95 NNFI=0,94. Analiz sonuçlarında modifikasyon önerileri incelendiğinde; söz konusu modifikasyonların χ^2 'ye önemli ölçüde katkı sağlamayacağı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon yapılmamasına karar verilmiştir. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği 4 faktörlü birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 4'de gösterilmektedir. Şekil 4'de verilen analiz sonuçları incelendiğinde, faktör yük değerlerinin 0.45 ile 0.80 arasında değiştiği ve tüm yük değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir.



Şekil 4. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (4 Faktörlü) Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Açımlayıcı faktör analizinde elde edilen 4 faktörlü modelin ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ki-kare değeri ($\chi^2=1354,90$, $sd=491$, $p=0,000$) anlamlı olup χ^2/sd oranı 2,75 çıkmıştır ve diğer uyum indeksleri $SRMR=0,067$, $GFI=0,80$, $RMSEA=0,073$, $CFI=0,95$ $NNFI=0,94$. Analiz sonuçlarında modifikasyon önerileri incelendiğinde; söz konusu modifikasyonların χ^2 'ye önemli ölçüde katkı sağlamayacağı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon yapılmamasına karar verilmiştir. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 5'de gösterilmektedir. Şekil 5'de verilen analiz sonuçları incelendiğinde, faktör yük değerlerinin 0.45 ile 0.81 arasında değiştiği ve tüm yük değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir.



Şekil 5. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (4 Faktörlü) İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği için oluşturulan 5 faktörlü ve 4 faktörlü modellerin (hem 1. hem de 2. düzey) doğrulayıcı faktör analizlerinden elde edilen uyum indeksleri sonuçları ve uyum indeksleri için kabul edilen sınır değerleri daha kolay anlaşılabilmesi amacıyla Tablo 14’de özetlenmiştir. Tüm modellerin uyum indeksi değerleri kabul edilebilir değerler içinde bulunmuştur.

Tablo 14. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Uyum İndeksleri Değerleri ve Uyum İndekslerinin Sınır Değerleri

| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 | Mükemmel Uyum Ölçütü | Kabul Edilebilir Değerler | Sonuç |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| χ^2/p değeri | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,05 | - | Mükemmel uyum |
| χ^2/sd | 2,59 | 2,76 | 2,76 | 2,75 | <2 | <5 | Kabul edilebilir uyum |
| RMSEA | 0,071 | 0,073 | 0,073 | 0,073 | $\leq 0,05$ | <0,08 | Kabul edilebilir uyum |
| SRMR | 0,068 | 0,079 | 0,066 | 0,067 | $\leq 0,05$ | <0,08 | Kabul edilebilir uyum |
| GFI | 0,81 | 0,80 | 0,80 | 0,80 | $\geq 0,95$ | >0,90 | Kabul edilebilir uyum |
| CFI | 0,95 | 0,95 | 0,95 | 0,95 | $\geq 0,95$ | >0,90 | Mükemmel uyum |
| NNFI | 0,95 | 0,94 | 0,94 | 0,94 | $\geq 0,95$ | >0,90 | Mükemmel uyum |

Model 1: 5 faktörlü 1. Düzey DFA Model 3: 4 faktörlü 1. Düzey DFA
Model 2: 5 faktörlü 2. Düzey DFA Model 4: 4 faktörlü 2. Düzey DFA

Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

DFA ile incelenen modelde yer alan boyutların güvenilirliklerini incelemek amacıyla faktörlerin madde toplam korelasyonları ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre SCÖ’deki maddelerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0,35 ile 0,75 arasında değişmektedir. SCÖ’nün alt ölçeklerinin güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları 0,65 ile 0,85 arasında değişmekte olup; tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89’dur. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’nin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve Cronbach alfa değerleri Tablo 15 ve Tablo 16’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları ve İlgili Madde Silindiğindeki Cronbach Alfa Değerleri

| Faktör Adı | Madde No | Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları | Bu Madde Olmadığında Cronbach Alpha |
|----------------------------|-----------------|--|--|
| Zorlantı | 3 | 0,37 | 0,88 |
| | 6 | 0,59 | 0,88 |
| | 8 | 0,56 | 0,88 |
| | 12 | 0,66 | 0,88 |
| | 14 | 0,63 | 0,88 |
| | 17 | 0,74 | 0,88 |
| | 24 | 0,59 | 0,88 |
| | 25 | 0,68 | 0,88 |
| Aşırı Kaygı | 5 | 0,48 | 0,88 |
| | 7 | 0,67 | 0,88 |
| | 10 | 0,64 | 0,88 |
| | 20 | 0,41 | 0,88 |
| | 22 | 0,75 | 0,88 |
| | 23 | 0,54 | 0,88 |
| | 29 | 0,65 | 0,88 |
| 31 | 0,57 | 0,88 | |
| Aşırılık | 1 | 0,64 | 0,88 |
| | 2 | 0,62 | 0,88 |
| | 11 | 0,66 | 0,88 |
| | 13 | 0,74 | 0,88 |
| | 18 | 0,59 | 0,88 |
| | 19 | 0,47 | 0,88 |
| | 21 | 0,53 | 0,88 |
| | 30 | 0,66 | 0,88 |
| İçini Rahatlatma | 4 | 0,45 | 0,88 |
| | 15 | 0,62 | 0,88 |
| | 16 | 0,52 | 0,88 |
| | 26 | 0,62 | 0,88 |
| | 27 | 0,62 | 0,88 |
| 32 | 0,35 | 0,88 | |
| Doktora Güvensizlik | 9 | 0,45 | 0,89 |
| | 28 | 0,49 | 0,90 |
| | 33 | 0,44 | 0,90 |

Tablo 16. Türkçe ve Özgün Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin Cronbach Alfa Değerleri

| Faktör Adı | Madde No | Türkçe Ölçek Cronbach Alfa Değerleri | Özgün Ölçek Cronbach Alfa Değerleri |
|---------------------|----------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Zorlantı | 3 | 0,85 | 0,95 |
| | 6 | | |
| | 8 | | |
| | 12 | | |
| | 14 | | |
| | 17 | | |
| | 24 | | |
| | 25 | | |
| Aşırı Kaygı | 5 | 0,84 | 0,92 |
| | 7 | | |
| | 10 | | |
| | 20 | | |
| | 22 | | |
| | 23 | | |
| | 29 | | |
| 31 | | | |
| Aşırılık | 1 | 0,86 | 0,85 |
| | 2 | | |
| | 11 | | |
| | 13 | | |
| | 18 | | |
| | 19 | | |
| | 21 | | |
| 30 | | | |
| İçini Rahatlatma | 4 | 0,78 | 0,89 |
| | 15 | | |
| | 16 | | |
| | 26 | | |
| | 27 | | |
| Doktora Güvensizlik | 32 | 0,65 | 0,75 |
| | 9 | | |
| | 28 | | |
| Toplam Ölçek | 33 | 0,89 | 0,94 |

66 katılımcıdan 2 hafta arayla elde edilen SCÖ'nün toplam ve alt ölçeklerinin tekrar test güvenilirlik katsayıları hesaplanmış; 0,53 ile 0,71 arasında değiştiği bulunmuştur (Tablo 17). Ayrıca birinci ve ikinci değerlendirmede elde edilen SCÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları "bağımlı gruplarda t testi" ile karşılaştırılmıştır. 66 katılımcının 2 hafta arayla elde edilen ilk testteki toplam SCÖ puanı $68,8 \pm 16,9$ olup, tekrar testteki toplam SCÖ puanı $73,1 \pm 19,7$ olarak bulunmuştur ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,175$). Bu 66 kişinin SCÖ alt ölçeklerinden aldıkları ilk ve ikinci değerlendirilmedeki puan ortalamaları arasında da anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 17. Test-Tekrar Test Güvenilirliğinde SCÖ Toplam ve Alt Ölçeklerinin Korelasyon Katsayıları

| Önce-Sonra | r | p değeri |
|---------------------|------|----------|
| Zorlanti | 0,53 | <0,001 |
| Aşırı Kaygı | 0,62 | <0,001 |
| Aşırılık | 0,66 | <0,001 |
| İçini Rahatlatma | 0,71 | <0,001 |
| Doktora Güvensizlik | 0,63 | <0,001 |
| Toplam Ölçek | 0,65 | <0,001 |

Tablo 18. Test-Tekrar Test Güvenilirliğinde SCÖ Toplam ve Alt Ölçeklerinin Birinci ve İkinci Değerlendirme Ortalamalarının Karşılaştırılması

| | Birinci | İkinci | p değeri |
|---------------------|---------------|---------------|----------|
| | Değerlendirme | Değerlendirme | |
| | Ort±SS | Ort±SS | |
| Zorlanti | 11,2±3,3 | 12,7±6,5 | 0,342 |
| Aşırı Kaygı | 16,4±5,8 | 17,0±6,2 | 0,936 |
| Aşırılık | 21,8±7,1 | 21,9±7,0 | 0,710 |
| İçini Rahatlatma | 13,9±4,9 | 14,7±5,3 | 0,251 |
| Doktora Güvensizlik | 6,6±2,7 | 6,7±2,7 | 0,649 |
| Toplam Ölçek | 68,8±16,9 | 73,1±19,7 | 0,175 |

Tablo 19’da SCÖ faktörlerinin ortalama ve standart sapma değerleri ile faktörler arası ve faktörler-toplam puan arası korelasyonları verilmiştir. Toplam SCÖ puan ortalaması 71,1±17,6 olup alt ölçek puanları ile korelasyonları 0,63 ile 0,82 arasında değişmektedir. Ancak toplam SCÖ ile “doktora güvensizlik” faktörü arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Alt ölçek puanlarına bakıldığında “Zorlanti” alt ölçeği puan ortalaması 11,7±4,8, “Aşırı Kaygı” alt ölçeği puan ortalaması 16,8±6,0, “Aşırılık” alt ölçeği puan ortalaması 22,1±7,0, “İçini Rahatlatma” alt ölçeği puan ortalaması 13,4±4,9 ve “Doktora Güvensizlik” alt ölçeği puan ortalaması 6,8±3,2 olarak bulunmuştur. Alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar -0,17 ile 0,70 arasında değişmektedir. “Doktora güvensizlik” faktörü ile “Zorlanti” ve “Aşırılık” faktörleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

Tablo 19. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Faktörlerinin Ortalama ve Standart Sapmaları ile Faktörler Arası Korelasyon Değerleri

| | Ort±SS | Zorlanti | Aşırı Kaygı | Aşırılık | İçini Rahatlatma | Doktora Güvensizlik |
|----------------------------|-----------|----------|-------------|----------|------------------|---------------------|
| Zorlanti | 11,7±4,8 | - | | | | |
| Aşırı Kaygı | 16,8±6,0 | 0,50* | - | | | |
| Aşırılık | 22,1±7,0 | 0,29* | 0,54* | - | | |
| İçini Rahatlatma | 13,4±4,9 | 0,35* | 0,63* | 0,70* | - | |
| Doktora Güvensizlik | 6,8±3,2 | 0,027 | -0,20* | -0,09 | -0,17* | - |
| SCÖ Toplam | 71,1±17,6 | 0,63* | 0,82* | 0,80* | 0,82* | 0,009 |

*p<0,001

Ölçeğin ölçüt geçerliliğini belirlemek amacıyla, özgün çalışmada olduğu gibi Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği’nin 21 soruluk (DASÖ 21) kısa formu kullanılmıştır. SCÖ ve DASÖ-21 toplam ve alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar Tablo 20’de gösterilmektedir. SCÖ toplam ve alt ölçekler ile DASÖ 21 toplam ve alt ölçekler arasındaki korelasyonlar 0,11 ile 0,33 arasında değişmektedir. “İçini Rahatlatma” ile “Depresyon” alt ölçeği arasında, “Doktora Güvensizlik” ile “Depresyon”, “Stres” ve “Toplam DASÖ” arasında ise anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

Tablo 20. SCÖ Alt Ölçekler ve Toplam Ölçek ile DASÖ 21 Alt Ölçekler ve Toplam Ölçek Arasındaki Korelasyon Değerleri

| | DASÖ 21 Depresyon | DASÖ 21 Anksiyete | DASÖ 21 Stres | DASÖ 21 Toplam |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Zorlantı | 0,22* | 0,26* | 0,26* | 0,27* |
| Aşırı Kaygı | 0,23* | 0,30* | 0,33* | 0,33* |
| Aşırılık | 0,11* | 0,15* | 0,23* | 0,20* |
| İçini | 0,08 | 0,16* | 0,19* | 0,17* |
| Rahatlatma | | | | |
| Doktora | 0,09 | 0,14* | 0,019 | 0,09 |
| Güvensizlik | | | | |
| SCÖ Toplam | 0,22* | 0,31* | 0,33* | 0,33* |

*p<0,001

SİBERKONDRI PUANI İLE İLİŞKİLİ ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR

SCÖ'nün Türkçe formunun PAÜ personelinden oluşan bir grup üzerinde geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir. Siberkondri düzeyini gösteren Türkçe ölçeğin kullanılmasının uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın bundan sonraki kısmında katılımcıların siberkondri puanını etkileyen etmenlerin belirlenmesine yönelik analizler yapılmıştır.

SCÖ sürekli bir ölçek olup herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. SCÖ'den en az 33 en fazla 165 puan alınabilmektedir. Alınan puan ne kadar yüksekse kişinin siberkondri düzeyi o kadar yüksek demektir. Tüm grubun SCÖ'den aldığı puan $71,1 \pm 17,6$ 'dır. Akademik personelin siberkondri puanı $73,2 \pm 17,1$; idari personelin puanı $68,7 \pm 18,2$ ve sözleşmeli personelin puanı ise $70,0 \pm 17,0$ olarak bulunmuştur ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,096$). Sözleşmeli ve idari personel birleştirilerek akademik olmayan personel grubu oluşturulmuştur. Akademik ve akademik olmayan personelin siberkondri puanları karşılaştırıldığında ise akademik personelin akademik olmayan personele göre siberkondri puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,035$). Tüm katılımcıların siberkondri puan ortalamaları Tablo 21'de gösterilmektedir.

Tablo 21. Tüm Katılımcıların Siberkondri Puan Ortalamaları

| Değişkenler | Siberkondri Puanı | |
|------------------------|-------------------|--------------|
| | Ort±SS | p değeri |
| Tüm Katılımcılar | $71,1 \pm 17,6$ | - |
| İstihdam Durumu | | |
| Akademik | $73,2 \pm 17,1$ | |
| İdari | $68,7 \pm 18,2$ | 0,096 |
| Sözleşmeli | $70,0 \pm 17,0$ | |
| Akademik | $73,2 \pm 17,1$ | 0,035 |
| Akademik Olmayan | $69,2 \pm 17,7$ | |

Tablo 22’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre siberkondri düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yaş göre bakıldığında 35 yaş ve altı olanların siberkondri puanı 35 yaş üzerinde olanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Kadınların siberkondri puanı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (p=0,050). Öğrenim durumu lise ve üzeri olanların siberkondri puanı daha öğrenim durumu daha düşük olanlardan daha yüksektir (p=0,021).

Tablo 22. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Siberkondri Puanları

| Değişkenler | Siberkondri Puanı | |
|----------------------------------|-------------------|--------------|
| | Ort±SS | p değeri |
| Yaş | | |
| 35 yaş ve altı | 74,9±17,1 | 0,001 |
| 35 yaş üzeri | 68,7±17,4 | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 73,7±16,3 | 0,050 |
| Erkek | 69,7±18,1 | |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 70,8±17,7 | 0,556 |
| Bekâr | 73,0±16,3 | |
| Dul/Boşanmış/Ayrı Yaşıyor | 67,4±20,2 | |
| 18 Yaş Altı Çocuk Varlığı | | |
| Evet | 70,3±17,9 | 0,362 |
| Hayır | 72,1±17,0 | |
| 18 Yaş Altı Çocuk Sayısı | | |
| Bir | 70,8±18,5 | 0,521 |
| İki ve Daha Fazla | 69,1±17,4 | |
| Öğrenim Durumu | | |
| Lise altı | 64,0±16,1 | 0,021 |
| Lise ve üzeri | 71,8±17,5 | |

Katılımcıların sigara içme durumuna, kronik hastalık öyküsüne, evde kronik hasta ve bakıma muhtaç/engelli kişi varlığına göre siberkondri puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 23). Sigara içmeyenlerde içenlere göre, kendinde kronik hastalık olmayanlarda olanlara göre ve ailesinde kronik hastalığı olan kişi bulunanlarda olmayanlara göre siberkondri puanı daha yüksek bulunmuştur; ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p < 0,05$). Ailesinde bakıma muhtaç kişi olmayanların siberkondri puanı ise olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,013$).

Tablo 23. Katılımcıların Sigara İçme Durumuna, Kronik Hastalık Öyküsüne, Evde Kronik Hasta ve Bakıma Muhtaç/Engelli Kişi Varlığına Göre Siberkondri Puanları

| Değişkenler | Siberkondri Puanı | |
|--|-------------------|--------------|
| | Ort±SS | p değeri |
| Sigara İçme Durumu | | |
| Hayır | 72,5±17,5 | |
| Ara sıra | 69,1±17,7 | 0,168 |
| Düzenli içici | 68,6±17,3 | |
| Kendinde Kronik Hasta Varlığı | | |
| Evet | 69,5±17,3 | 0,489 |
| Hayır | 71,4±17,6 | |
| Evde Kronik Hasta Varlığı | | |
| Evet | 72,1±16,4 | |
| Hayır | 70,7±18,0 | 0,518 |
| Evde Bakıma Muhtaç/Engelli Kişi Varlığı | | |
| Evet | 62,6±16,5 | 0,013 |
| Hayır | 71,8±17,5 | |

Katılımcıların internet kullanımına ve sağlıkla ilgili yayın takip durumlarına göre siberkondri puanları karşılaştırılmıştır. Haftada 20 saatten fazla internet kullanan katılımcıların siberkondri puanı daha yüksektir (p=0,018). Katılımcılardan sağlıkla ilgili basılı yayın takip edenlerin, TV’de sağlıkla ilgili yayın izleyenlerin ve son bir yılda sağlıkla ilgili toplantıya katılanların siberkondri puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla p=0,023, p=0,019, p=0,023) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların İnternet Kullanımına ve Sağlıkla İlgili Yayın Takip Durumlarına Göre Siberkondri Puanları

| Değişkenler | Siberkondri Puanı | |
|--|-------------------|--------------|
| | Ort±SS | p değeri |
| Haftalık İnternette Geçirilen Süre | | |
| 20 Saat ve altı (2-20 Saat) | 68,9±17,7 | |
| 20 Saat Üzeri | 73,3±17,1 | 0,018 |
| Sağlıkla İlgili Basılı Yayın Takip Etme Durumu | | |
| Evet(Bazen+Sıklıkla+HerZaman) | 74,3±16,1 | 0,023 |
| Hayır (Hiçbir+Nadiren) | 68,7±18,2 | |
| TV’de Sağlıkla İlgili Yayın İzleme Durumu | | |
| Evet(Bazen+Sıklıkla+HerZaman) | 73,6±15,7 | 0,019 |
| Hayır (Hiçbir+Nadiren) | 68,2±19,1 | |
| Son Bir Yılda Sağlıkla İlgili Toplantıya Katılma Durumu | | |
| Evet | 76,6±13,8 | 0,023 |
| Hayır | 70,5±17,8 | |
| Son Bir Yılda Sağlıkla İlgili Toplantıya Katılma Sayısı | | |
| 1 Defa | 76,3±12,7 | 0,711 |
| 1 Defadan Fazla | 78,2±15,4 | |
| Ailede Sağlıkçı Kişi Varlığı | | |
| Evet | 72,7±18,9 | 0,285 |
| Hayır | 70,5±16,9 | |

Katılımcıların sağlık hizmet kullanımı ile ilgili özelliklerine göre siberkondri puanları karşılaştırılmıştır. Katılımcılardan son bir yılda hekim önerisi dışında tetkik yaptıranlarda, son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullananlarda ve son bir yılda eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün kullananlarda siberkondri düzeyi daha yüksektir (sırasıyla p=0,001, p=0,001, p=0,006) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlgili Özelliklerine Göre Siberkondri Puanları

| Değişkenler | Siberkondri Puanı | |
|---|-------------------|--------------|
| | Ort±SS | p değeri |
| Son Bir Ayda Muayene Olma Durumu | | |
| Evet | 72,3±17,1 | |
| Hayır | 70,0±17,9 | 0,222 |
| Son Bir Ayda Muayene Olma Sayısı | | |
| 1 Defa | 71,5±16,1 | |
| 1 Defadan Fazla | 71,8±18,0 | 0,921 |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında Tetkik Yaptırma Durumu | | |
| Evet | 77,4±19,2 | |
| Hayır | 69,3±16,6 | 0,001 |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında Tetkik Yaptırma Sayısı | | |
| Bir Defa | 78,6±16,8 | |
| Bir Defadan Fazla | 76,6±21,7 | 0,678 |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Durumu | | |
| Evet | 75,3±16,8 | |
| Hayır | 68,5±17,5 | 0,001 |
| Son Bir Yılda Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma Sayısı | | |
| Bir Defa | 71,1±14,4 | 0,169 |
| Bir Defadan Fazla | 76,8±17,6 | |

Tablo 25 (Devam). Katılımcıların Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlgili Özelliklerine Göre Siberkondri Puanları

| Değişkenler | Siberkondri Puanı | |
|---|--------------------------|-----------------|
| | Ort±SS | p değeri |
| Son Bir Yılda Eczane Dışında İlaç/Tedavi Amaçlı Ürün Kullanma Durumu | | |
| Evet | 78,1±18,7 | 0,006 |
| Hayır | 69,8±17,0 | |
| Son Bir Yılda Eczane Dışında İlaç/Tedavi Amaçlı Ürün Kullanma Sayısı | | |
| Bir Defa | 72,9±19,6 | 0,095 |
| Bir Defadan Fazla | 83,4±16,9 | |
| Son Bir Yılda Alternatif Tedavi Kullanma Durumu | | |
| Evet | 75,2±21,2 | 0,196 |
| Hayır | 70,7±17,1 | |
| Son Bir Yılda Alternatif Tedavi Kullanma Sayısı | | |
| Bir Defa | 80,6±20,3 | 0,313 |
| Bir Defadan Fazla | 70,1±24,8 | |

Siberkondri puanıyla ilişkili etmenleri değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturulmuştur. Tek değişkenli analizlerde, siberkondri puanı ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerin modele alınmasına karar verilmiştir. Modele alınan değişkenler: yaş, cinsiyet, istihdam durumu, öğrenim durumu, evde bakıma muhtaç/engelli kişi varlığı, haftalık internette geçirilen süre, sağlıkla ilgili basılı yayın takip etme durumu, TV’de sağlıkla ilgili yayın izleme durumu, son bir yılda sağlıkla ilgili toplantıya katılma durumu, son bir yılda hekim önerisi dışında tetkik yaptırma durumu, son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu, son bir yılda eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün kullanma durumudur. Yapılan Backward lineer regresyon analizi sonucunda; “yaş, TV’de sağlıkla ilgili yayın izleme, hekim önerisi dışında tetkik yaptırma, hekim önerisi dışında ilaç kullanma ve eczane dışında ilaç alıp kullanma”nın siberkondri puanı ile ilişkili etmenler olduğu bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 26. Lineer Regresyon Modeli Sonucunda Siberkondri Puanıyla İlişkili Bulunan Etmenler*

| Değişken | Beta | %95 Güven | |
|---------------------------------------|--------|-----------------|----------|
| | | Aralığı | p değeri |
| Yaş | -0,158 | -0,533 — -0,117 | 0,002 |
| TV’de sağlıkla ilgili yayın izleme | 0,217 | 2,362 — 6,383 | <0,001 |
| Hekim önerisi dışında tetkik yaptırma | 0,150 | 2,085 — 10,534 | 0,004 |
| Hekim önerisi dışında ilaç kullanma | 0,138 | 1,307 — 8,664 | 0,008 |
| Eczane dışında ilaç alıp kullanma | 0,118 | 0,800 — 10,608 | 0,023 |

*Modele yaş, cinsiyet, istihdam durumu, öğrenim durumu, evde bakıma muhtaç/engelli kişi varlığı, haftalık internette geçirilen süre, sağlıkla ilgili basılı yayın takip etme durumu, TV’de sağlıkla ilgili yayın izleme durumu, son bir yılda sağlıkla ilgili toplantıya katılma durumu, son bir yılda hekim önerisi dışında tetkik yaptırma durumu, son bir yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu, son bir yılda eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün kullanma durumu girmiş olup Backward Lineer Regresyon yapılmıştır.

TARTIŞMA

Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve bununla ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada; öncelikle siberkondri düzeyinin belirlenmesi amacıyla 2014 yılında McElroy ve Shevlin tarafından geliştirilmiş olan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin çalışma yapılmıştır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Türkçe formunun; Pamukkale Üniversitesi çalışanlarının siberkondri düzeyini ölçebilecek yeterli geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur.

SCÖ'nün yapı geçerliliğini incelemek için, öncelikle varimaks eksen döndürme yöntemi kullanılarak AFA, ardından uzman görüşüyle de desteklenen yapının sınanması için DFA uygulanmıştır. SCÖ'nün ilk AFA sonuçları incelendiğinde ölçeğin 6 faktörde toplandığı, bazı maddelerin birden fazla faktörde yük değeri verdiği ve ortaya çıkan faktör yapısının, özgün ölçeğin faktör yapısından farklı olduğu görülmüştür.

Faktör analizi, maddelerin 5 faktör altında toplanacak şekilde sınırlandırılarak tekrarlanmıştır. Beş faktörlü bir yapıdan oluşan özgün ölçeğin yapısıyla, elde edilen bulgular karşılaştırıldığında üç faktördeki maddelerin tam olarak örtüştüğü, özgün ölçekte “içini rahatlatma” ve “aşırılık” faktörü altında yer alan maddelerin birbiri içine girdiği görülmüştür. Bu nedenle, maddeler 4 faktör altında toplanacak şekilde sınırlandırılarak faktör analizi tekrarlanmıştır. Beş faktörlü bir yapıdan oluşan özgün ölçeğin yapısıyla bu sonuçlar karşılaştırıldığında; “içini rahatlatma” ve “aşırılık” faktörüyle ilgili maddelerin tek faktör altında toplandığı ve özgün ölçekte “içini rahatlatma” faktörü altında yer alan 32. maddenin “aşırı kaygı” faktörü altında yer aldığı görülmüştür. “İçini rahatlatma” ve “aşırılık” alt ölçeklerindeki maddelerin sözel yapıları incelenmiştir. Aslında kişilerin, bu maddelerde ifade edilen eylemleri, kafalarında oluşan şüpheleri gidermek, sonuçtan emin olmak için yaptıkları; bir güvence aradıkları düşünülmüştür. Bu noktadan hareketle, Türk kültüründe “aşırılık” ve “içini rahatlatma” kavramlarının ayrışmadığı düşünülmüştür. Diğer faktörlerdeki maddelerin tam olarak örtüştüğü tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda elde edilen 4 faktör şu şekilde adlandırılmıştır: 1. faktörde, özgün ölçekteki “aşırılık” ve “içini rahatlatma” ile ilgili maddelerin toplandığı görülmüştür. Bu faktörlerdeki maddelerin sözel yapılarının incelenmesi doğrultusunda; bu faktörün “kendini

güvenceye alma” olarak adlandırılabilceği düşünölmüştür. Diğer faktörler; 2. faktör “aşırı kaygı” , 3. Faktör “zorlantı” ve 4. faktör “doktora güvensizlik” şeklinde, özgün ölçekteki gibi adlandırılmıştır.

4 faktörde toplanan bu çözümün açıkladığı toplam varyans miktarı % 50,81’dir. Orijinal çalışmada beş faktör toplam varyansın %66’lık kısmını açıklamaktadır. Varyans oranları ne ölçüde yüksekse ölçegin faktör yapısının o kadar yüksek olduğu ve %40 ile %60 arası değişen varyans oranlarının yeterli olduğu kabul edilmektedir (120).

Toplanan veriler ile kuramsal modelin ne derece uyum gösterdiğini incelemek amacıyla yapılan SCÖ’ye ilişkin modeller DFA ile sınanmıştır. İlk olarak özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda χ^2/sd oranı 2,59 çıkmıştır. Bu oranın 3’ün altında olması mükemmel uyuma karşılık gelmekte, 5’ten küçük olması modelin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (128, 129). Bu çerçevede, modelin mükemmel uyum gösterdiği ifade edilebilir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde en çok önerilen diğer uyum indeksleri CFI, RMSEA olup; örneklem büyüklüğüne duyarlı olan GFI ve AGFI gibi indeksler çok fazla kullanılmamaktadır (146). Diğer uyum indeksleri sonuçları RMSEA=0,071, SRMR=0,068, GFI=0,81, CFI=0,95, NNFI=0,95 şeklindedir. Bu indekslerden yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA), standardize edilmiş artık ortalamaların karekökü (SRMR) 0 ile 1 arasında değer almakla birlikte, 0’a yakın değerler vermesi beklenir ve 0,05’e eşit ya da daha küçük olan değerler mükemmel uyumu gösterir (128, 131, 136, 138, 139). Bazı yazarlara göre 0,08 ve altındaki RMSEA, RMR ve SRMR değerleri iyi uyum (128, 130, 134, 136, 138) ve hatta 0,10’un altındaki değerler de (127, 132, 133, 147, 148) zayıf uyum olarak kabul edilmektedir. Sınanan bu 5 faktörlü modelin RMSEA (0,07) ve SRMR (0,06) değerleri 0,05 ile 0,08 arasında olması nedeniyle mükemmel olmamakla birlikte kabul edilebilir düzeyde iyi uyum göstermektedir.

Mutlak uyum indekslerinden iyilik uyum indeksi (GFI) değerinin 0,95 ve üzeri olması mükemmel uyumu (128, 130), 0,90-0,95 arası olması iyi uyumu göstermektedir. Ayrıca GFI değerinin 0,80’in üzerinde olduğu durumların da uyum için kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (149). Ayrıca GFI değerini örneklem büyüklüğünden etkilenmektedir ve bazı yazarlar bu değerinin kullanılmaması gerektiğini

belirtmektedir (150). Bu çalışmada 5 faktörlü model için bulunan GFI (0,81) değerinin 0,80 üzerinde bir değer olması nedeniyle uyum için kabul edilebilir düzeydedir.

Artmalı uyum indeksleri olan; karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) ve normlaştırılmamış uyum indeksi (NNFI) değerlerinin 0,95'in üstünde olması mükemmel uyumu (128, 134, 135), 0,90-0,95 olması ise iyi uyumu göstermektedir (128, 131-135). Bu çalışmada 5 faktörlü model için hesaplanan CFI (0,95) ve NNFI (0,95) değerleri mükemmel düzeydedir.

Özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu analizde ortaya çıkan uyum indeksi sonuçlarına bakıldığında ($\chi^2/sd=2,76$ ve diğer uyum indeksleri RMSEA=0,073, SRMR=0,079, GFI=0,80, CFI=0,95, NNFI=0,94) hepsi kabul edilebilir sınırlar içindedir. Birinci düzey faktör analizinde, gözlenen değişkenlerden örtük değişkenlere doğru tek yönlü doğrusal ilişkilerin tanımlanmaktadır. İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizi modellerinde, buna ek olarak ölçme modelindeki faktörlerin arkasında yer alan ikinci düzey bir faktör olduğu ve bu faktörlerin bir üst yapının alt boyutları olduğu düşünülür. İkinci düzey faktör analizinin uygun sonuçlar vermesi, ölçmede kullanılan ölçme aracından elde edilen faktör puanlarının yanı sıra genel bir toplam puanın da çıkarılmasının anlamlı olacağına dair bir kanıt olarak görülmektedir (129).

Açımlayıcı faktör analizinde elde edilen 4 faktörlü modelin ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmek amacıyla yapılan birinci düzey DFA sonuçlarına bakıldığında ise hesaplanan uyum indeksi sonuçları ($\chi^2/sd=2,76$, RMSEA=0,073 , SRMR=0,066 , GFI=0,80, CFI=0,95 , NNFI=0,94) kabul edilebilir sınırlar içindedir. 4 faktörlü modelin ikinci düzey DFA sonuçlarından elde edilen uyum indeksi sonuçlarının da ($X^2/sd=2,75$, RMSEA=0,073, SRMR=0,067, GFI=0,80, CFI=0,95 , NNFI=0,94) kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu söylenebilir. Özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin hem birinci hem de ikinci düzey DFA sonuçları, 4 faktörlü modelin birinci ve ikinci düzey DFA sonuçlarıyla karşılaştırıldığında; sonuçların oldukça benzer çıktığı görülmüştür.

Fergus'un 2014 yılında Amerika'da bir internet sitesini kullanan 18-67 yaş arasındaki 539 yetişkin üzerinde SCÖ kullanarak yaptığı çalışmada, yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır (17). Fergus bu çalışmada, bizim

çalışmamızla benzer sonuçlar elde etmiştir. Fergus'un yaptığı çalışmada; hem özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin birinci düzey (RMSEA=0,068, SRMR=0,072, CFI=0,97 NNFI=0,97) ve ikinci düzey (RMSEA=0,071, SRMR=0,080, CFI=0,97 NNFI=0,97), hem de Fergus'un önerdiği 4 faktörlü modelin birinci düzey (RMSEA=0,069, SRMR=0,070, CFI=0,97 NNFI=0,97) ve ikinci düzey (RMSEA=0,070, SRMR=0,075, CFI=0,97 NNFI=0,97) uyum indeksleri sonuçları birbirine oldukça yakın çıkmış olup, kabul edilebilir sınırlar içindedir (17).

Norr ve ark.'nın 2015 yılında Amerika'da bir internet sitesini kullanan 18-72 yaş arasındaki 526 kişide aynı ölçekle yaptığı çalışmada (27) ise araştırmacılar, önerdikleri 2 faktörlü modelin (RMSEA=0,07, CFI=0,97) uyum indeksleri sonuçlarını, özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin (RMSEA=0,09, CFI=0,95) sonuçlarından daha iyi bulmuşlardır.

Barke ve ark. 2016 yılında Almanya'da internet üzerinden yaş ortalaması 24,2 olan, 18 yaş üzeri 292 yetişkin üzerinde SCÖ'nün 15 soruluk kısa formunu geliştirdikleri çalışmada (28); bu kısa formun yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizini yapmıştır. Bu 15 soruluk kısa SCÖ formunun DFA sonucunda elde edilen hem birinci düzey (RMSEA=0,059, SRMR=0,054, CFI=0,94), hem de ikinci düzey (RMSEA=0,032, SRMR=0,044, CFI=0,98) uyum indeksleri sonuçları kabul edilebilir sınırlar içindedir (28).

Çalışmamızda yapı geçerliliği açısından, hem özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin, hem de açımlayıcı faktör analizinde elde edilen 4 faktörlü modelin DFA sonuçları kabul edilebilir sınırlar içinde olup, uyum indeksleri ölçeğin geçerli bir yapı gösterdiğine işaret etmektedir. Her iki modelin sonuçları da birbirine oldukça yakın çıkmıştır. Bu nedenle her iki model de kullanılabilirle beraber özgün ölçekte belirtilen beş faktörlü modelin kullanılması kararlaştırılmış ve bu yapının güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

SCÖ'nün Türkçe formunun güvenilirliğine ilişkin bulgular Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve madde toplam korelasyonları hesaplanmasıyla elde edilmiştir. Ölçekte yer alan maddelerin kişileri ne derece ayırt ettiğini incelemek amacıyla, düzeltilmiş madde toplam korelasyonları hesaplanmıştır. Genel olarak, madde – toplam korelasyonu 0,30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, 0,40 ve üzerinde ise maddenin çok iyi olduğu kabul edilmektedir (126, 151).

SCÖ'deki maddelerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0,35 ile 0,75 arasında değişmektedir. Bu çalışmada elde edilen alt ölçeklerin; Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0,65 ile 0,85 arasında değiştiği, tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısının ise 0,89 olduğu görülmektedir. Literatürde, alfa katsayısının değerlendirme kriterlerine göre, elde edilen alfa değeri $0,61 < \alpha < 0,80$ olduğu zaman ölçek orta düzeyde güvenilir, $0,81 < \alpha < 1,00$ olduğu zaman ölçek yüksek düzeyde güvenilir olduğu kabul edilmektedir (144). Ölçüt değerlere bakıldığında, mevcut ölçeğin tutarlı ve orta-yüksek düzeyde bir güvenilirlik katsayısına sahiptir.

Ölçeğin özgün formunun alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayılarının 0,85 ile 0,95 arasında olduğu ve tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısının ise 0,94 olduğu bulunmuş olup, bu çalışmadan elde edilen değerlerden daha yüksek olarak bulunmuştur (26). Fergus'un yaptığı çalışmada da ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayılarının 0,87 ile 0,95 arasında olduğu ve tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısının ise 0,96 olduğu bulunmuş olup, yine bu çalışmadan elde edilen değerlerden daha yüksek olarak bulunmuştur (17). Barke ve ark. 2016 yılında Almanya'da internet üzerinden yaş ortalaması 29,1 olan, 18 yaş üzeri 500 yetişkin üzerinde yaptığı Almanca SCÖ uyarlama çalışmasında; alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayılarının 0,74 ile 0,90 arasında olduğu ve tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısının ise 0,93 olduğu bulunmuş olup, yine bu çalışmadan elde edilen değerlerden daha yüksek olarak bulunmuştur (28).

Test tekrar-test güvenilirliği için 66 katılımcıdan 2 hafta arayla elde edilen SCÖ'nün toplam ve alt ölçeklerinin tekrar test güvenilirlik katsayıları hesaplanmış; 0,53 ile 0,71 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca birinci ve ikinci değerlendirmede elde edilen SCÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları "bağımlı gruplarda t testi" ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu, SCÖ'nün Türkçe formunun zaman içinde ölçeğe bağlı değişkenlik göstermediğini ve sabit kaldığını göstermektedir.

Paralel form güvenilirliğinin sınanmasında, aynı gruba aynı zamanda, eşdeğer nitelikte geliştirilmiş başka bir ölçme aracı uygulanarak, elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmaktadır. Bulunan korelasyon katsayısı eşdeğerlik katsayısıdır ve yanıtların tutarlılığını göstermektedir. Bu amaçla, özgün SCÖ'yü geliştiren araştırmacıların da kullandığı Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21

(DASÖ 21)'in Türkçe formu, SCÖ ile aynı zamanda uygulanmıştır. SCÖ toplam ve alt ölçekler ile DASÖ 21 toplam ve alt ölçekler arasındaki korelasyonlar 0,11 ile 0,33 arasında değişmektedir. SCÖ “Doktora Güvensizlik” alt ölçeği ile DASÖ “Depresyon”, “Stres” ölçekleri ve toplam puan arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamasına karşın DASÖ “Anksiyete” alt ölçeği ile zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Özgün SCÖ’yü geliştiren araştırmacılar da “Doktora Güvensizlik” alt ölçeği ile DASÖ “Depresyon” ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon bulamamıştır (26). Diğer anlamlı bulunan korelasyonların ise çalışmamızla benzer şekilde çok zayıf olduğu görülmüştür. Barke ve ark.’nın yaptığı Almanca SCÖ uyarlama çalışmasında da araştırmacılar “Doktora Güvensizlik” alt ölçeği ile hem modifiye Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, hem de CES-Depresyon Ölçeği (kısa form) arasında anlamlı bir korelasyon bulamamıştır (28). Diğer anlamlı bulunan korelasyonların ise çalışmamızla benzer şekilde zayıf olduğu görülmüştür. Ayrıca Turkiewicz 2012 yılında “Siberkondri Değerlendirme Ölçeği” (Cyberchondria Assessment Measure) adını verdiği 22 soruluk bir değerlendirme aracı geliştirmiştir (16). Bu çalışmada, Beck Depresyon Ölçeği, Problemlili İnternet Kullanım Ölçeği ve Çok Boyutlu Hipokondri Envanteri ölçekleri ile Siberkondri Değerlendirme Ölçeği (Cyberchondria Assessment Measure) arasındaki korelasyona bakılmıştır. Bu çalışma sonucunda da siberkondrinin depresyon, hipokondri ve problemlili internet kullanımından farklı olduğu ve siberkondrinin değerlendirilmesi için yeni bir ölçeğe gereksinim olduğu belirtilmiştir (16). Tüm bu sonuçlar doğrultusunda; siberkondri kavramının, DASÖ’nün ölçmeye çalıştığı şeyden farklı olduğu ve siberkondri kavramını ölçmeye yönelik bir ölçüm aracına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak SCÖ’nün Türkçe formu, üniversite çalışanlarının siberkondri düzeyini ölçmede, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Ölçeğin farklı çalışma grupları ve daha geniş örneklem gruplarıyla tekrar sınanması, genellenebilirliğini sağlayacaktır.

SİBERKONDRI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Pamukkale Üniversitesi çalışanlarının siberkondri puanı $71,1 \pm 17,6$ olarak bulunmuştur. SCÖ sürekli bir ölçek olup herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. SCÖ’den en az 33 en fazla 165 puan alınabilmektedir. Alınan

puan ne kadar yüksekse kişinin siberkondri düzeyi o kadar yüksek demektir. SCÖ'den alınabilecek puan aralığı göz önüne alındığında; Pamukkale Üniversitesi çalışanlarının siberkondri düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Çalışmaya katılanların siberkondri alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ise şöyledir: Zorlantı: $11,2\pm 3,3$; Aşırı kaygı: $16,4\pm 5,8$; Aşırılık: $21,8\pm 7,1$; İçini rahatlatma: $13,9\pm 4,9$; Doktora güvensizlik: $6,6\pm 2,7$. Siberkondri alt ölçeklerinden alınabilecek en az ve en fazla puanlar şu şekildedir: Zorlantı, aşırı kaygı ve aşırılık: 8-40; İçini rahatlatma: 6-30; Doktora Güvensizlik: 3-15.

Yurt dışında SCÖ kullanılarak yapılan çalışma oldukça sınırlı sayıdadır. Fergus'un (17) 2014 yılında bir internet sitesini kullanan 539 yetişkin üzerinde yaptığı çalışmada (Ort:69,1) ve Norr ve ark.'nın (27) 2015 yılında bir internet sitesini kullanan 526 kişide yaptığı çalışmada (Ort:74,9) siberkondri puanları çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur. Barke ve ark.'nın (28) Almanya'da internet üzerinden yaptıkları 500 kişide yaptıkları çalışmada (Ort:60,0) siberkondri puanları ise çalışmamızdan daha düşük olarak bulunmuştur.

Fergus'un çalışmasında (17) katılımcıların alt ölçek puanları şu şekilde bulunmuştur: Zorlantı: $13,0\pm 6,0$; Aşırı kaygı: $15,6\pm 7,2$; Aşırılık: $20,8\pm 6,7$; İçini rahatlatma: $12,6\pm 5,0$; Doktora güvensizlik: $7,0\pm 3,1$. Norr ve ark.'nın (27) çalışmasında ise katılımcıların alt ölçek puanları şu şekilde bulunmuştur: Zorlantı: $14,2\pm 7,6$; Aşırı kaygı: $15,7\pm 8,2$; Aşırılık: $21,2\pm 7,5$; İçini rahatlatma: $13,2\pm 5,6$; Doktora güvensizlik: $10,5\pm 3,5$. Bu çalışmalardaki zorlantı ve doktora güvensizlik alt ölçeklerinden elde edilen puanlar, çalışmamızdaki bu alt ölçekten alınan puanlardan biraz daha yüksek olduğu görülmekte, diğer alt ölçeklerden alınan puanlar ise oldukça benzerdir. Bu çalışmalardaki yaş aralığı çalışmamızla benzer olmakla birlikte çalışmamızdaki örneklem grubu üniversite çalışanları olup önemli çoğunluğu yükseköğretim mezunudur. Bununla birlikte kültürel farklılıklar da göz önüne alındığında çalışmamızda bu iki alt ölçekten alınan puanlar diğer çalışmalardan daha yüksek çıkmış olabilir.

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda yaş, TV'de sağlıkla ilgili yayın izleme, hekim önerisi dışında tetkik yaptırma, hekim önerisi dışında ilaç kullanma ve eczane dışında ilaç alıp kullanmanın siberkondri ile ilişkili etmenler olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda, regresyon analizi sonucuna göre yaşın siberkondri puanını negatif yönde etkileyen bir etmen olduğu bulunmuştur. Yaş arttıkça siberkondri puanı azalmaktadır. Ayrıca regresyon analizinde anlamlı bulunmasa da, tek değişkenli analizlerde internette haftada 20 saat üzerinde zaman geçirenlerin siberkondri puanı daha az zaman geçirenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Amerika’da yapılan çalışmalara göre siberkondrinin gençler ve orta yaşlılar arasında yayılan yeni bir olgu olduğu belirtilmektedir (48, 152). Karpaul’un 2014 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmaya göre internette harcanan zaman ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (153). Ayrıca Rice’in çalışmasında da internette diğer işlerle ilgilenenlerin, yani internette daha fazla zaman geçirenlerin internette daha fazla sağlık bilgisi aradığı bulunmuştur (63). Rideout’un 2001 yılında yaptığı bir çalışmaya göre 15-24 yaş arası gençlerin %68’inin internette sağlık bilgisi edindiği bulunmuş, yeni neslin internete aşına ve sağlık odaklı gençlerden oluşan bir nesil olduğu belirtilmiştir (154). TÜİK verilerine göre, son 3 ay içinde internet kullanan kişilerin internet üzerinde yürüttüğü faaliyetler arasında 3. sırada “sağlıkla ilgili bilgi arama” yer almakta ve internet kullanımı sıklığının da 35 yaş altı kişilerde 35 yaş üzeri gruba göre oldukça yüksektir (4). Bu sonuç da, çalışmamızda elde ettiğimiz sonucu destekler niteliktedir.

Gençlerde siberkondrinin daha sık görülmesinin nedeni; neoliberal hükümetlerin bireyselleştirilmiş, denetimsiz sağlık yönetimine odaklı halk sağlığı politikaları çerçevesinde geçen birkaç on yıllık dönemin sonucu olarak gözlenen değişim de göz önüne alındığında; sağlık sisteminin sorunlarından kaçmaya meyilli olan, internet kullanım oranı yüksek bu yeni neslin, internetten anonim olarak ve kolayca tıbbi bilgiye erişim sağlamayı tercih etmesiyle açıklanmaktadır (48).

Regresyon analizi sonucunda; TV’de sağlıkla ilgili yayın takip etmenin siberkondri puanı ile ilişkili bir etmen olduğu bulunmuştur. Ayrıca regresyon analizinde anlamlı bulunmasa da tek değişkenli analizlerde, sağlıkla ilgili yayın (gazete, dergi...vs) takip edenlerde ve son bir yılda sağlıkla ilgili toplantıya katılanlarda siberkondri puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gray ve ark.’nın 11-17 yaş arası 72 kız öğrencide yaptığı çalışmasında katılımcıların çoğunluğu, medyadaki sağlıkla ilgili konuların internet kullanımını tetiklediğini belirtmiştir (155). Ayrıca Schwartz ve ark.’nın ABD’de aile hekimliği hizmeti alan 18 yaş ve

üzeri 1289 kişi üzerinde 2006 yılında yaptığı çalışmada; katılımcıların %40'ının internetten edindikleri bilgiyi dergi, kitap ve TV vb. gibi internet dışı geleneksel bilgi kaynaklarından kontrol ettiği bulunmuş (156). Bu durum şu şekilde açıklanmaktadır: Yeni halk sağlığı paradigmasında, vatandaşlar kendi sağlıklarını yönlendirmek ve şekillendirmek için teşvik edilir. Halk sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi dilindeki değişimi yansıtan bir şekilde; medya, kişilerin kendi sağlıklarını kendilerinin yönetmesi ve izlemesi kavramına odaklanmaktadır (157). Birçok batılı ülkede halk sağlığı politikalarındaki bu değişim ve özellikle de medyada yer alan “yaşam tarzı” şeklinde sunulan sağlık konusundaki değişimle birlikte, kişiler kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almaya yönlendirilmektedir. Bununla ilgili TV’de reality şovlar sıkça yapılmaktadır. Bu programlarda sağlığın kişilerin kontrolünde olduğu öne sürülmektedir. Gazetelerde de sağlık bilgisi haberleri kariyer tavsiyeleri, finansal planlama gibi yaşam tarzı tavsiyelerinin olduğu kısımda yer almaktadır. TV’de ve basılı medyada sağlık sorunları hükümet/resmi veya sosyal sorumluluktan daha çok bireysel açıdan konuşulmaktadır (48). Tüm bunların sonucu olarak, kişiler gazete ve TV’nin de etkisiyle birlikte sağlık bilgisi edinmek için internete yönelmektedir. Bu da siberkondriye yol açıyor olabilir.

Yine regresyon analizi sonucunda; son bir yılda hekim önerisi dışında tetkik yaptırılarda, hekim önerisi dışında ilaç kullananlarda ve son bir yılda eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün kullananlarda siberkondri puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni hasta-hekim iletişimiyle ilgili olabilir. Turkiewicz’in 2012 yılında kartopu örneklem metoduyla 862 kişi üzerinde yaptığı çalışmaya göre, siberkondri ile hastaların tıbbi iletişim yeterlilik algısı arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur (16). Hasta hekim ilişkisinde en önemli değişkenlerden birisi hastanın bakım kalitesi algısıdır (158). Hekimlerin hastalarını bilgilendirmemesi, hastaların sağlık bilgisi konusundaki isteklerini göz ardı etmeleri; hastalarda kalitesiz bir hasta-hekim iletişimi algısına ve bu da hastalarda memnuniyetsizliğe yol açabilmektedir. Hastalar, hekimler tarafından bilgilendirme yetersizliğinin sonucu olarak, internet gibi ek sağlık bilgisi kaynaklarına başvurumaktadırlar (159). Bunun yanında ayrıca bazı TV programlarında kişilerin hekimlerinden bazı tetkikler talep etmeleri, bazı alternatif tedavi amaçlı ürünleri alıp

kullanmaları teşvik edilmektedir. Tüm bunlar da bu hastalarda siberkondriye yol açıyor olabilir.

Çoklu doğrusal analiz sonucunda anlamlı bulunmasa da, yapılan tek değişkenli analizler sonucunda, kadınların siberkondri puanı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Barke ve ark.'nın SCÖ kullanarak yaptıkları çalışmada da kadınların siberkondri puanı erkeklerden istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (28). TÜİK verilerine göre de kadınlar erkeklerden daha fazla internette sağlıkla ilgili bilgi aramaktadır (4). Rice'ın 2006 yılında yaptığı çalışmaya göre de kadınlar internette daha fazla sağlık bilgisi aramaktadırlar (63). White ve Horvitz'in 515 Microsoft çalışanında yaptığı çalışmada (14); kadınlar, doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığı için internette erkeklerden daha fazla bilgi aradıklarını bulmuşlardır, ayrıca kadınların internette sağlıkla ilgili bilgi aradıktan sonra kendilerini erkeklerden daha fazla anksiyöz hissettikleri bulunmuştur. Siberkondrinin cinsiyet açısından farklı çıkmasının nedeni, kadınların erkeklerden farklı olarak kendileri dışında akrabaları ve arkadaşları için de internette sağlık bilgisi aramaları olabilir. White Horvitz'in çalışmasında; erkeklerin, internette kadınlardan daha fazla kendileriyle ilgili tıbbi bilgi aradıkları bulunmuştur (14). Gray ve ark.'nın 11-17 yaş arası 72 kız öğrencide yaptığı çalışmasında da kızların kendileri dışında akrabaları için de internette araştırma yaptığı ortaya konmuştur (155).

Yine yapılan regresyon analizinde anlamlı bulunmasa da, tek değişkenli analizlerde, öğrenim durumu ve istihdam durumuna göre siberkondri puanlarına bakıldığında; eğitim seviyesi lise ve üzeri olanların ve akademik personelin siberkondri puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. Amerika'da yapılan çalışmalara göre siberkondrinin daha eğitilmiş ve genel nüfusa göre daha varlıklı kişilerde görüldüğü ortaya konulmuştur (48, 152, 160). Ayrıca konuyla ilgili olarak, Murray ve ark.'nın 2003 yılında 3029 kişide yaptığı çalışmada da sosyoekonomik seviyesi daha yüksek olanların daha fazla sağlık bilgisi aradığı bulunmuştur (67).

Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ailesinde kronik hasta bulunanlarda siberkondri düzeyi daha yüksektir. Hem yurt içi hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda bu bulgumuzu destekleyecek şekilde; kendisinde veya ailesinde kronik hastalığı olan, spesifik bir hastalığı olan veya sağlık durumları

daha kötü olan kişilerin internetten daha fazla sağlık bilgisi aradığı bulunmuştur (31, 63, 161-163).

ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE ZAYIF YÖNLERİ

Araştırmanın bir takım üstünlükleri ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği üniversite çalışanlarında yapılmış olup daha geniş örneklem ve farklı çalışma gruplarında (klinik ve toplum tabanlı örneklem...vs) araştırma yapılması gerekmektedir. Siberkondri konusunda dünyada yapılmış sınırlı sayıda çalışma olup, Türkiye'de yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, ülkemizde internetin sağlık üzerine olan olası etkileri konusundaki bilgi eksikliğini gidermenin yanında, siberkondriyle ilgili henüz yeni geliştirilmiş bir ölçek olan "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği"nin dilimize kazandırılmasını sağlamıştır. Türkiye'de bu alanda yapılmış olan ilk çalışma olması sebebiyle bu konuda daha sonra yapılacak olan çalışmalara yol gösterici olacaktır. Böylece siberkondrinin gerek neden olduğu sağlık problemlerinin, gerek de potansiyel ekonomik maliyetlerinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunulacak ve bu olumsuz etkileri en aza indirmek için stratejilerin belirlenmesi konusunda ön ayak olunacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak SCÖ'nün Türkçe formunun, üniversite çalışanlarının siberkondri düzeyini ölçmede, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir. Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi orta düzeydedir. Yaş, TV'de sağlıkla ilgili yayın izleme, hekim önerisi dışında tetkik yaptırma, hekim önerisi dışında ilaç kullanma ve eczane dışında ilaç alıp kullanmanın siberkondri puanı ile ilişkili etmenler olduğu bulunmuştur. Gençlerin ve sağlıkla ilgili TV yayını takip edenlerin siberkondri puanı yüksektir. Yine hekim önerisi dışında tetkik yaptıranların, hekim önerisi dışında ilaç kullananların ve eczane dışında ilaç/tedavi amaçlı ürün kullananların siberkondri puanları daha yüksektir.

Sağlık bilgisi için internet kullanımının yararları yanında başta kaygı olmak üzere, sağlık hizmet kullanımı artışı gibi olumsuzluklara yol açtığı görülmektedir. Bu nedenle sağlık bilgisi aramada internet ortamı ile ilgili güvenli sayfaların oluşturulması, kaygıyı artırma yönlü bilgilere yer veren sitelerin denetlenmesi, sağlık bilgisinin toplumla paylaşılması konusunun tüm bileşenlerle (sağlıkçılar, akademi, vatandaş ve bilişim sektörü) ile yeniden ele alınması gereklidir.

Ölçeğin farklı çalışma grupları ve daha geniş örneklem gruplarıyla tekrar sınanması, genellenebilirliğini sağlayacaktır. Ayrıca siberkondrinin neden olduğu sağlık problemlerinin, potansiyel ekonomik ve sosyal maliyetlerinin ortaya konmasına yönelik yeni çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. International Telecommunication Union.
https://www.itu.int/net/pressoffice/press_releases/2015/17.aspx Erişim tarihi:
21 Aralık 2015.
2. Internet Usage Statistics. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
3. The World Bank. <http://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.P2>
Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
4. TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2015.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18660> Erişim tarihi: 21
Aralık 2015.
5. Harris Interactive. The growing influence and use of health care information
obtained online. [http://www.theharrispoll.com/health-and-
life/The_Growing_Influence_and_Use_Of_Health_Care_Information_Obtain
ed_Online_.html](http://www.theharrispoll.com/health-and-life/The_Growing_Influence_and_Use_Of_Health_Care_Information_Obtained_Online_.html) Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
6. TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2015: Son üç
ay içinde internet kullanan bireylerin kişisel amaçla internet üzerinde
yürüttüğü faaliyetler. www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=18660&tb_id=15
Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
7. Fox S. Health topics. Pew Internet & American Life Project 2011.
[http://www.pewinternet.org/files/old-
media/Files/Reports/2011/PIP_Health_Topics.pdf](http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2011/PIP_Health_Topics.pdf) Erişim tarihi: 21 Aralık
2015.
8. Napoli PM. Consumer use of medical information from electronic and paper
media: Literature review. In: Rice RE, Katz JE, eds. The Internet and health

communication: Experience and expectations. Thousand Oaks,CA: Sage
2001:79-98.

9. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother* 2013;13(2):205-13.
10. Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams J. Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anxiety Disord* 2012;26:189-96.
11. Rains SA. Perceptions of traditional information sources and use of the World Wide Web to seek health information: Findings from the Health Information National Trends Survey. *J Health Commun* 2007;12:667-80.
12. Irving L, Klegar Levy K. Falling through the net: Defining the digital divide. 1999. Washington, DC: US Department of Commerce
www.ntia.doc.gov/ntiahome/fttn99/FTTN.pdf Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
13. Powell JA, Darvell M, Gray JAM. The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. *J R Soc Med* 2003;96:74-6.
14. White RW, Horvitz E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *Acm T Inform Syst* 2009;27(4):23.
15. Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011;14(10):613-18.
16. Turkiewicz KL. The impact of cyberchondria on doctor-patient communication (Doctoral Dissertation). Milwaukee: The University of Wisconsin; 2012.

17. Fergus TA. The cyberchondria severity scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *J Anxiety Disord* 2014;28:504-10.
18. Hart J, Bjorgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bull Menninger Clin* 2010;74:122-40.
19. Taylor S, Asmundson GJG. *Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach*. New York, NY: Guilford Press 2004.
20. Oxford Dictionaries.
<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/cyberchondriac> Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
21. Eysenbach G, Diepgen TL. Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of information. *BMJ* 1998;317(7171):1496-1502.
22. Kunst H, Groot D, Latthe PM, Latthe M, Khan KS. Accuracy of information on apparently credible websites: survey of five common health topics. *BMJ* 2002;324(7337):581-82.
23. Rajani R, Mukherjee D, Chambers J. Murmurs: how reliable is information on the Internet? *Int J Cardiol* 2007;119(1):112-13.
24. Berezovska I, Buchinger K, Matsyuk O. Evolving facets of cyberchondria: primum non nocere "first, do no harm". In: Kalogiannakis M, Stavrou D, Mchaelidis P, eds. *Proceedings of the 7th International Conference Hands-on Science (HSci2010)*; Crete: Greece; 2010. pp. 125-30.

25. Fox S, Duggan M. Online Health Search 2013. Pew Internet & American Life Project. http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/PIP_HealthOnline.pdf Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
26. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS) J Anxiety Disord 2014;28:259-65.
27. Norr AM, Allan NP, Boffa JW, Raines AM, Schmidt NB. Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. J Anxiety Disord 2015;31:58-64.
28. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. Int J Behav Med 2016; 1-11.
29. Zülfikar H. Hastaların internet kullanımını ve elektronik ortamdaki sağlık bilgilerine erişim davranışları. F.N. Hem. Derg 2014;22(1):46-52.
30. Can AB, Sönmez E, Özer F, Ayva G, Bacı H, Kaya HE ve ark. Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. Cumhuriyet Tıp Derg 2014;36:486-94.
31. Yılmaz E. Türkiye’de hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi 2013;3:93-108.
32. Serra B. Hastalar dijital dünyayı nasıl değerlendiriyor ve kullanıyor? Digital Health Summit 2012. http://www.dhsturkey.com/files/DHS2012_NEWSLETTER_20130502.pdf Erişim tarihi: 21 Aralık 2015.
33. Benker T, Arıkan Y. Turkish patients’ use of internet and social media for health care and drug side effect information. Drug Saf 2011;34(10):1003.

34. Carpenito-Moyet LJ. Nursing diagnosis: Application to clinical practice. Philadelphia: PA Lippincott Williams & Wilkins 2006:381.
35. Ward H, Mertens TE, Thomas C. Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. *Health Policy and Planning* 1997;12(1), 19-28.
36. Boot C, Meijman F. The public and the Internet: Multifaceted drives for seeking health information. *Health Informatics Journal* 2010;16:145-56.
37. Dutta-Bergman MJ. Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 2004;16:273-88.
38. Brashers DE, Goldsmith DJ, Hsieh E. Information seeking and avoiding in health contexts. *Human Communication Research* 2002;28:258-71.
39. Cotton SR, Gupta SS. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine* 2004;59:1795-806.
40. Diaz J, Griffith R, Ng J, Reinert S, Friedmann P, Moulton A. Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine*, 2002;17:180-5.
41. Dolan G, Iredale R, Williams R, Ameen J. Consumer use of the Internet for health information: A survey of primary care patients. *International Journal of Consumer Studies* 2004;28:147-53.
42. Nettleton S, Burrows R, Malley L, Watt I. Health E-types?: An analysis of the everyday use of the Internet for health. *Information, Communication & Society* 2004;7:531-53.
43. de Boer MJ, Versteegen GJ, van Wijhe M. Patients' use of the Internet for pain-related medical information. *Patient Education & Counseling* 2007;68:86-97.

44. McDaid D, Park A-L. Online health: untangling the web.
www.bupa.com.au/staticfiles/Bupa/HealthAndWellness/MediaFiles/PDF/LS_E_Report_Online_Health.pdf Erişim tarihi: 25 Aralık 2015.
45. Sillence E, Briggs P. Examining the role of the Internet in health behaviour.
In: Joinson A, McKenna K, Postmes T, Reips U. eds. *The Oxford handbook of internet psychology*. New York: Oxford University Press 2007:347-60.
46. Adar E, Huberman BA. Free riding on Gnutella. *First Monday* 2000;5(10).
47. Bastian H. Just how demanding can we get before we blow it? *BMJ* 2003;326:1277-78
48. Lewis T. Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? *Media Culture Society* 2006;28(4): 521-539.
49. Tanis M. Health-related on-line forums: What's the big attraction? *Journal of Health Communication* 2008;13:698-714.
50. Wright K. Motives for communication within on-line support groups and antecedents for interpersonal use. *Communication Research Reports* 2002;19: 89-98.
51. Wright K, Bell S. Health-related support groups on the Internet: Linking empirical findings to social support and computer-mediated communication theory. *Journal of Health Psychology* 2003;8:39-54.
52. Ybarra ML, Suman M. Help seeking behavior and the Internet: A national survey. *International Journal of Medical Informatics* 2006;7: 29-41.
53. HINARI Access to Research in Health Programme.
<http://www.who.int/hinari/en/> Erişim tarihi: 25 Aralık 2015.

54. Hardey M. Doctor in the house: the internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Social Health Illness* 1999; 21:820-35.
55. Potts HWW, Wyatt JC. Survey of doctors' experience of patients using the Internet. *J Med Internet Res* 2002;4:e5.
56. Cline RJ, Haynes KM. Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. *Health Ed Res* 2001;16(6):671-92.
57. Eysenbach G, Kohler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ* 2002; 324:573-7.
58. Purcell GP, Wilson P, Delamothe T. The quality of health information on the internet. *BMJ* 2002;324:557-8.
59. Shepperd S, Charnock D. Against internet exceptionalism. *BMJ* 2002; 324:556-7.
60. Morahan-Martin JM. How internet users find, evaluate, and use online health information: a cross-cultural review. *CyberPsychology & Behavior* 2004;7(5):497-510.
61. Nelson P, Murray J, Kahn MS. NHS choices primary care consultation final report 2010.
<http://www.nhs.uk/aboutNHSChoices/professionals/developments/Documents/annual-report/primary-care-consultation-report.pdf> Erişim tarihi: 28 Aralık 2015.
62. Nicholas D, Huntington P, Gunter B, Withey R, Russell C. The British and their use of the web for health information and advice: a survey. *Aslib Proceedings* 2003;55:261-76.

63. Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from Pew surveys. *Int J Med Inform* 2006;75: 8-28.
64. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science* 1974; 185(4157):1124-31.
65. Loos A. Cyberchondria: Too much information for the health anxious patient?. *Journal of Consumer Health On the Internet* 2013;17(4):439-45.
66. Farmer SEJ, Bernardotto M, Singh V. How good is Internet self-diagnosis of ENT symptoms using Boots WebMD symptom checker?. *Clinical Otolaryngology* 2011;36(5):517-18.
67. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Arch Intern Med.* 2003;163(14):1727-34.
68. Peterson MW, Fretz PC. Patient use of the Internet for information in a lung cancer clinic. *Chest* 2003; 123: 452-57.
69. Abramowitz JS, Schwartz SA, Whiteside SP. A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings* 2002; 77:1323-30.
70. Caiata-Zufferey M, Abraham A, Sommerhalder K, Schulz PJ. Online health information seeking in the context of the medical consultation in Switzerland. *Qualitative Health Research* 2010; 20:1050-61.
71. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2003;17:233-42.
72. Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Reviews of Neurotherapeutics* 2012; 12:937-47.

73. Salkovskis P, Warwick H. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy* 1986;24(5):597-602.
74. Warwick H, Salkovskis P. Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy* 1990;28(2):105-17.
75. Hadjistavropoulos HD, Craig KD, Hadjistavropoulos T. Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 1998;36(2):149-64.
76. Barsky A, Ettner S, Horsky J, Bates D. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care* 2001;39(7):705-15.
77. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA. Advances in understanding illness anxiety. *Curr. Psychiatry Rep.* 2008;10(4):311-7.
78. Carrns A. On the Internet, diseases are rampant, playing to worries of hypochondriacs. *Wall Street Journal*, 5 October 1999.
<http://www.wsj.com/articles/SB939076866193196830> Erişim tarihi: 3 Ocak 2016.
79. Valley P. Are you a cyberchondriac? *The Independent*, 18 April 2001.
<http://www.independent.ie/unsorted/features/are-you-a-cyberchondriac-26091312.html> Erişim tarihi: 3 Ocak 2016.
80. BBC News. Cyberchondria' hits web users, 13 April 2001.
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1274438.stm> Erişim tarihi: 3 Ocak 2016.
81. Eksisözölük. <https://eksisozluk.com/siberkondri--1632755> Erişim tarihi: 3 Ocak 2016.

82. Radikal. Bilimin son takıntısı internet bağımlılıkları.
<http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=207784> Erişim tarihi: 3 Ocak 2016.
83. Valley P. New disorder, cyberchondria, sweeps the Internet. The Independent. 27 April 2001.
www.nzherald.co.nz/technology/news/article.cfm?c_id=5&objectid=185422
Erişim tarihi: 3 Ocak 2016.
84. Belling C. Hypochondriac hermeneutics: medicine and the anxiety of interpretation. *Lit. Med.* 2006;5(2):376-401.
85. Keller GL, Padala PR, Petty F. Clinical pearls to manage cyberchondriacs. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry* 2008;10(1):75-6.
86. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry.* 2015;14(1):97-100.
87. Harding KJK, Skritskaya N, Doherty ER, Fallon BA. Understanding health anxiety. In: Simpson HB, Neria Y, Fernandez-Lewis R, Schneier F. eds. *Anxiety disorders: theory, research, and clinical perspectives.* NY, USA: Cambridge University Press 2010:103-15.
88. Braddock AE, Abramowitz JS. Listening to hypochondriasis and hearing health anxiety. *Expert Rev. Neurother.* 2006;6(9):1307-12.
89. Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behav. Res. Ther.* 2012;50(7-8):502-12.
90. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *Br. J. Psychiatry* 2013;202:7-8.
91. Abramowitz JS, Autumn EB. *Hypochondriasis and health anxiety.* Cambridge, MA: Hogrefe 2011.

92. Özmen HE. Hipokondriyazis. *Psikiyatri Dünyası* 1999;1:15-18.
93. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.
94. Stein DJ. Hypochondriasis in ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:100-4.
95. Rao P, Skoric MM. Web searching for health: theoretical foundations for analyzing problematic search engine use. In: Datta A, Shulman S, Zheng B, Lin S-D, Sun A, Lim E-P. eds. *SocInfo 2011. Proceedings of the Third International Conference on Social Informatics*; 2011 October 6-8; Singapore; 2011. P. 59-66 .
96. Wilson T, Ford N, Ellis D, Foster A, Spink A. Information seeking and medical searching. Part 2: uncertainty and its correlates. *J. Am. Soc. Inf. Sci. Technol.* 2002;53:704-15.
97. Deacon B, Abramowitz JS. Is hypochondriasis related to obsessive–compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *J. Cognit. Psychother.* 2008;22:115-27.
98. Boelen PA, Carleton RN. Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive–compulsive symptoms, and worry. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2012;200(3):208-13.
99. Ulus T, Gürkan M. Sağlık alanında internet kullanımı ve halk sağlığı. *Bozok Tıp Dergisi* 2011;1(2):43-6.
100. Okay A. Sağlık iletişimde internet. *SD Dergi* 2009;10.
<http://www.sdplatform.com/Dergi/245/Saglik-iletisiminde-internet.aspx>
Erişim tarihi: 28 Aralık 2015.

101. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengisiz C. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. Arch Neuropsychiatr 2013;50(4):325-31.
102. Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; 6(1):19-29.
103. Gül Aİ, Özdemir T, Börekçi E. Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2016;1-3.
104. Gül Aİ, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Börekçi E. Miyofasyal ağrı sendromu ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki. IJCR 2015;2(3):89-92.
105. Ünalın E. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Okan Üniversitesi; 2014.
106. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. Hillsdale: NJ Lawrence Erlbaum Associates 1992.
107. Kline P. An easy guide to factor analysis. New York: Routledge 1994.
108. Bryman A, Cramer D. Quantitative data analysis with SPSS release 10 for Windows. London: Routledge Press 2001.
109. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation to sample size to the stability of component patterns. Psychological Bulletin 1988;103(2):265.
110. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve Lisrel uygulamaları. 3.Baskı. Ankara: Pegem Akademi 2014:177-246.

111. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression, anxiety & stress scales (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation 1995.
112. Akın A, Çetin B. Depresyon, anksiyete, stres ölçeği (DASÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Educational Sciences: Theory & Practice 2007;1:241-68.
113. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testlerden örnekler: bir başvuru kaynağı. 12. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi 2012:21-3.
114. Öner N. Kültürlerarası ölçek uyarlamasında bir yöntembilim modeli. Psikoloji Dergisi 1987;6 (21):80-3.
115. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik, 1. Basım. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi 2014:216-32.
116. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. Türk Psikoloji Dergisi 1994;9(33):27-32.
117. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002;4:9-14.
118. Davis LL. Instrument review: getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research 1992;5:194-7.
119. Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL-VI user's guide. 3rd Ed. Mooresville, IN: Scientific Software 1984.
120. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi 2005.
121. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel 2005.
122. Tabachnik BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Harper & Row 1989.

123. Shevlin ME, Lewis CA. The revised social anxiety scale: exploratory and confirmatory factor analysis. *J Soc Psychol* 1999;2:250-52.
124. Martin CR, Newell RJ. Factor structure of the hospital anxiety and depression scale in individuals with facial disfigurement. *Psychol Health Med* 2004;3:327-36.
125. Schriesheim CA, Eisenbach RJ. An exploratory and confirmatory factor analytic investigation of item wording effects on obtained factor structures of survey questionnaire measures. *Journal of Management* 1995;6:1177-93.
126. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık 2007.
127. Cole DA. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:584-94.
128. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları* 2000;3(6):49-74.
129. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd Ed. New York: The Guilford Press 2005.
130. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods* 2008;6(1):53-60.
131. Schumacher RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. New Jersey: Erlbaum 1996.
132. Kelloway KE. Using Lisrel for structural equation modeling: A researcher's guide. London: Sage 1989.

133. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th Ed. Boston: Allyn and Bacon 2001.
134. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 1999;6(1):1-55.
135. Thompson B. Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications. Washington, DC: American Psychological Association 2004.
136. Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. New York: Guilford 2006.
137. Byrne B. Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows: Basic concepts, applications, and programming. Thousand Oaks, CA: Sage 1994.
138. Jöreskog KG, Sörbom D. Lisrel 8: Structural equation modeling with the simplis command language. Chicago, IL: Scientific Software International Inc. 1993.
139. Raykov T, Marcoulides GA. An introduction to applied multivariate analysis. New York: Routledge 2008.
140. Steiger JH. Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences* 2007;42:893-98.
141. Özgüven İE. Psikolojik Testler. Ankara: Pdrem Yayınları 1998.
142. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;1:3-14.
143. Ebrinç S. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:109-16.

144. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi 1. Eskişehir: Kaan Kitabevi 1999.
145. David J. Ketchen, Donald D. Bergh Research Methodology in Strategy and Management 2006 volume 3 Elsevier; An assessment of the use of structural equation modeling in international business research
146. Hult GTM, Ketchen DJ, Cui AS, Prud'homme AM, Seggie SH, Stanko MA, et. al. An assessment of the use of structural equation modeling in international business research. In: Ketchen Jr DJ, Bergh DD. eds. Research methodology in strategy and management. Amsterdam: Emerald Group Publishing 2006;3:385-415.
147. Anderson JC, Gerbing DW. The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika* 1984;49(2):155-73.
148. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: the effect of sample size. *Psychol Bull* 1988;103(3):391.
149. Byrne BM. Structural equation modeling with Lisrel, Prelis, and Smplics: Basic concepts, applications, and programming. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1998.
150. Sharma S, Mukherjee S, Kumar A, Dillon WR. A simulation study to investigate the use of cutoff values for assessing model fit in covariance structure models. *Journal of Business Research* 2005;58:935-43.
151. Büyüköztürk Ş, Kılıç ÇE, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi 2008.
152. Harris Interactive. The Harris poll #21: cyberchondriacs update. <http://media.theharrispoll.com/documents/Harris-Interactive-Poll-Research-Cyberchondriacs-Update-2002-05.pdf> Erişim tarihi: 25 Aralık 2015.

153. Karpaul S, Brown RJ. Health-related internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety Stress Coping* 2014;27(5):542-54.
154. Rideout V. Kaiser Family Foundation Survey. Generation Rx.com: how young people use the internet for health information.
<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2001/11/3202-genrx-report.pdf> Erişim tarihi: 12 Ocak 2016.
155. Gray NJ, Klein JD, Cantrill JA, Noyce PR. Adolescents' perceptions of the internet as a health information source', *Int J Pharm Pract* 2002;10: R53.
156. Schwartz KL, Roe T, Northrup J, Meza J, Seifeldin R, Neale AV. Family medicine patients' use of the internet for health information: a MetroNet study. *J Am Board Fam Med* 2006;19(1):39-45.
157. Rose NS. *Inventing our selves: psychology, power, and personhood*. Cambridge and New York: Cambridge University Press 1996.
158. Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters?. *Patient Educ Couns* 2011;84: 294-302.
159. Soyoon K, Southwell B. Driven to the internet? Satisfaction with physician-patient communication as a predictor of consumers online information seeking. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association; 2010 Jun 22; Suntec City, Singapore.
160. Fox S, Fallows D. Internet health resources.
http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2003/PIP_Health_Report_July_2003.pdf Erişim tarihi: 12 Ocak 2016.

161. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK. Use of the internet and email for health care information: results from a national survey. *JAMA* 2003;289:2400-06.
162. Houston TK, Allison JJ. Users of internet health information: Differences by health status. *J Med Internet Res* 2002;4:e7.
163. Harris Interactive. Number of “cyberchondriacs” – adults going online for health information has plateaued or declined.
<http://media.theharrispoll.com/documents/Harris-Interactive-Poll-Research-Number-of-Cyberchondriacs-Adults-Going-Online-for-2008-07.pdf> Erişim tarihi: 15 Ocak 2016.

EK-1

Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler

Sayın katılımcı; bu çalışmada PAÜ çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler saptanması amacıyla yapılmaktadır. Anket anonimdir, lütfen isim yazmayınız. Lütfen tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışınız. Katkınız için teşekkürler.

Prof. Dr. Mehmet ZENCİR
Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Araş. Gör. Dr. S. Utku UZUN
Halk Sağlığı AD Tıpta Uzmanlık Öğrencisi

1. Yaşınız:..... **Anket No:**.....
2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz: a) Bekâr b) Evli c) Dul d) Boşanmış-ayrı yaşıyor
4. 18 yaş altı çocuğunuz var mı? a) Hayır b) Evet.....tane
5. Öğrenim durumunuz:
a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite mezunu e) Yüksek lisans f) Doktora
6. Kendinizde veya ailenizde kronik hastalığı olan kişi var mı? (Birden fazla şık işaretlenebilir)
a) Hayır b) Evet, kendimde c) Evet, aile yakınlarımda (anne, baba, eş, çocuklarımdan herhangi birisinde)
7. Evinizde bakıma muhtaç /engelli kişi var mı? a) Yok b) Var
8. Sigara içiyor musunuz?
a) Hayır b) Ara sıra (günde birden az) c) Düzenli içici (gündeadet ,yıldır içiyorum)
9. Ailenizde sağlıklı olan (doktor/hemşire/ebe...vs) birisi var mı? a) Hayır b) Evet
10. İnternette geçirdiğiniz ortalama süre: Günde ortalama.....saat veya Haftada ortalama saat
11. Sağlıkla ilgili yayın (kitap, dergi, gazete eki vb) takip durumunuzu belirtiniz.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen/Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman
12. Televizyonda sağlıkla ilgili yayınları hangi sıklıkla izlersiniz?
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen/Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman
13. Son bir yıl içinde sağlıkla ilgili herhangi bir toplantıya (panel, konferans, sempozyum, söyleşi vb.) katıldınız mı?
a) Hayır b) Evetkez katıldım
14. Son bir ayda muayene oldunuz mu? (aile hekimi veya hastane)
a) Hayır b) Evetkez muayene oldum
15. Son bir yılda **hekim önerisi dışında, kendi isteğinizle** tetkik (MR, BT, ultrason, kan, idrar...vs) yaptırınız mı?
a) Hayır b) Evetkez
16. Son bir yılda **hekim önerisi dışında, kendi isteğinizle** ilaç alıp kullandınız mı (kendiniz veya aileniz için)?
a) Hayır b) Evetkez
17. Son bir yılda eczane dışındaki yerlerden kendiniz veya aileniz için **ilaç/tedavi amaçlı ürün** alıp kullandınız mı?
a) Hayır b) Evetkez
18. Son bir yılda **sağlık kurumu dışında**, tedavi amaçlı girişimlerden (kupa çekme, hacamat,sülük..vs) yararlandınız mı?
a) Hayır b) Evetkez.....(hangi girişim olduğunu belirtiniz)

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ

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

| | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Genellikle | Her Zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-------------------|------------------|
| 18- Hastalık belirtilerim/şikâyetlerim ile ilgili olarak aynı internet sayfasını birçok kez okurum. | | | | | |
| 19- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi arama motoruna girdiğimde; sonuç sayfasındaki sıralamanın, hastalık yaygınlığına göre olduğunu ve daha üstte yer alanların olası tanı olduğunu düşünürüm. | | | | | |
| 20- Ciddi bir hastalık hakkında internette bilgi okuyuncuya kadar iyi olduğumu düşünürüm. | | | | | |
| 21- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim. | | | | | |
| 22- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissederim. | | | | | |
| 23- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim. | | | | | |
| 24- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi (Skype, <i>Whats.App</i> , Messenger, Viber) engeller/yavaşlatır. | | | | | |
| 25- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller. | | | | | |
| 26- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur. | | | | | |
| 27- Sağlık sorunlarım ile ilgili internetten edindiğim bilgileri aile hekimimle konuşmak beni rahatlatır. | | | | | |
| 28- Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim. | | | | | |
| 29- İnternette araştırdığım hastalık belirtilerim/şikâyetlerim hakkındaki kaygılarımı gidermekte güçlük çekerim. | | | | | |
| 30- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim. | | | | | |
| 31- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım. | | | | | |
| 32-“Eğer internette hastalık belirtim/şikâyetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm. | | | | | |
| 33- Aile hekimim/uzman doktor internette elde ettiğim bilgileri ‘önemseme’ derse endişem gider. | | | | | |

DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ

AŞAĞIDAKİ SORULARI SON 1 HAFTAKİ DURUMUNUZU GÖZ ÖNÜNE ALARAK CEVAPLAYINIZ

| | SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ | Hiçbir Zaman | Bazen/ Ara Sıra | Oldukça Sık | Her Zaman |
|----|--|--------------|-----------------|-------------|-----------|
| 1 | Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim. | | | | |
| 2 | Ağızımda kuruluk olduğunu fark ettim. | | | | |
| 3 | Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim. | | | | |
| 4 | Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>). | | | | |
| 5 | Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım. | | | | |
| 6 | Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim. | | | | |
| 7 | Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu. | | | | |
| 8 | Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim. | | | | |
| 9 | Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim. | | | | |
| 10 | Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım. | | | | |
| 11 | Kısıktırlımda olduğumu hissettim. | | | | |
| 12 | Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi. | | | | |
| 13 | Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim. | | | | |
| 14 | Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum. | | | | |
| 15 | Panik haline yakın olduğumu hissettim. | | | | |
| 16 | Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu. | | | | |
| 17 | Birey olarak değersiz olduğumu hissettim. | | | | |
| 18 | Alıngan olduğumu hissettim. | | | | |
| 19 | Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>). | | | | |
| 20 | Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim. | | | | |
| 21 | Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım. | | | | |

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER



EK-2



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



Sayı :60116787-020/25084
Konu :Başvurunuz hk.

29/04/2015

Sayın Prof. Dr. Mehmet ZENCİR

İlgi :25.03.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler" konulu çalışmanız 21.04.2015 tarih ve 05 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Kemalettin ACAR
Başkan

Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Tel: 0 258 296 16 04
E-Posta: tibbietik@pau.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Aysel ÖZKAN
Faks: 0 (258) 296 17 65
Elektronik A&:http://www.pau.edu.tr