

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİYETİSYENE BAŞVURAN BİREYLERİN BESLENME VE DİYET
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ İLE SİBERKONDRI İLİŞKİSİ

Sena Tiritöglü

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hande Öngün Yılmaz

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİYETİSYENE BAŞVURAN BİREYLERİN BESLENME VE DİYET
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ İLE SİBERKONDRI İLİŞKİSİ

Sena Tiritöğlu

152039063

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hande Öngün Yılmaz

İSTANBUL, 2019

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Sena Tiritoğlu

Öğrenci No : 152039063

Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik




Tez Savunma Tarihi: 20.03.2019

Danışman : Dr.Öğr.Üyesi Hande Öngün Yılmaz

Tez Savunma Saati: 11.00

Tez Konusu : DİYETİSYENE BAŞVURAN BİREYLERİN BESLENME VE DİYET
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ İLE SİBERKONDRİ İLİŞKİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulüne 'ne OYBİRLİĞİ/ OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Hande Öngün Yılmaz	Kabul	
Dr. Öğr.Üyesi Elif Keskin Dinçerler (Üsküdar Üniversitesi)	Kabul	
Dr. Öğr.Üyesi Mehmet Akman	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof.Dr. M. Emel Alphan		
Prof.Dr. Filiz Açkurt (Haliç Üniversitesi)		

ÖZET

Hızlı, kolay, anonim kullanıma olanak sağlayan ve rakiplerine kıyasla düşük maliyetli olan internet; halk arasında sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bu şekildeki çevrimiçi sağlık araştırmaları en yaygın 5. çevrimiçi aktivite olarak gösterilmiştir. Yeni bir kavram olan siberkondri, bu bilgiler ışığında, çevrimiçi sağlık araştırmasının aşırılığı sonucu olarak, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili artan kaygıları olarak tanımlanmıştır. Öte yandan internetten, diyet ve kilo verme sürecine yönelik araştırma yapılmakta ve sağlık kararı alırken internete başvurulmaktadır. Bu çalışmada amaç, diyetisyene başvuran bireylerin siberkondri düzeylerini saptamak ve bireylerin sosyo-demografik özellikleri, başvuru özellikleri ve beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya çıkarmaktır.

Çalışmada, İstanbul'da özel bir tıp merkezinde ilk defa diyetisyene başvuran 18-71 yaş arası 112 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşüncelerin Değerlendirilmesi Anketi uygulanmıştır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ortalama puanı $76,7 \pm 14,3$ olarak saptanan bu çalışmanın sonucunda; ileri yaşlara kıyasla, gençlerin; erkeklere kıyasla, kadınların; evlilere kıyasla, bekarların; ilkokul mezunlarına kıyasla, lise ve lisans mezunlarının; beden kütle indeksi yüksek olanlara kıyasla, düşük olanların; diyetisyene doktor yönlendirmesiyle gelenlere kıyasla, kendi isteğiyle gelenlerin; beslenme bilgisini yüz yüze ve televizyondan edinenlere kıyasla, internetten edinenlerin; herhangi bir hastalığa sahip olanlara kıyasla, hastalığı olmayanların siberkondri puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmaya katılan bireylerin, beslenme ve diyet hakkındaki düşüncelerinin hiçbiri ile siberkondri puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Siberkondri, psikolojik olarak iyi olmama ve hayatta ciddi fonksiyonel bozuklukla tanımlanan ciddi bir durumdur. Bu çalışmanın sonucunda, siberkondrinin besleyici faktörlerinden biri olarak, yanlış beslenme bilgilerinin gösterilemeyeceği ve siberkondrik bireylerin yanlış beslenme bilgilerinin daha çok özümsemiş olması gibi bir durumun söz konusu olmadığı saptanmıştır

Anahtar Kelimeler: Siberkondri, Çevrimiçi sağlık araştırması, Beslenme, Diyet.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN CYBERCHONDRIA AND NUTRITION AND DIET THOUGHTS OF INDIVIDUALS APPLYING TO THE DIETITIAN

As being a fast, practical and anonymous platform the internet has extensively been used as a fast, practical and anonymous source of health information. In fact, surfing for health information has been reported as the 5th most common surfing activity. Regarding this, the new concept Cyberchondria is defined as individuals' growing anxiety about their health conditions due to excessive online surfing. People surf the net to research about diets and losing weight and consult the net before giving decision on these matters. The purpose of this research is to find out the level of Cyberchondria of patients who consult a dietician for the first time. Also in the study, a likely significant relation between Cyberchondria and patients' social demographic characteristics, application features and their ideas on nutrition and diets is sought.

The participants of the research consists of 112 patients between the ages of 18-71 applying for a dietician for the first time in a private health-care centre in Istanbul. The participants were given The Cyberchondria Severity Scale and the Questionnaire of Assessment of Thoughts about Nutrition and Diet. The Cyberchondria Severity Scale average score was $76,76 \pm 14,38$. Cyberchondria scores were significantly higher in younger people compared to the older ones; in single people compared to married ones; in high school and college graduate people compared to primary school graduates; in those with lower body mass index compared to the higher ones; in those who applied the dietitian by themselves compared to those who came with the guidance of a doctor; in those who have acquired nutritional knowledge on the internet compared to those who have acquired face to face and television; in those who do not have a disease compared to those who have a disease ($p < 0,05$). There was no significant relationship between the any of thoughts about nutrition and diet and the cyberchondria scores of the participants ($p > 0,05$).

Cyberchondria is a serious condition defined as not being psychologically good and with serious functional impairments in life. It has been found that wrong nutrition information cannot be a cause of cyberchondria, and cyberchondriac individuals are more likely to believe incorrect nutritional information.

Keywords: Cyberchondria, Online health research, Nutrition, Diet.

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın başından sonuna her aşamasında gerek konu belirlemede, gerekse planlama, yürütme ve sonuçlandırmada yoluma ışık tutan ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Hande ÖNGÜN YILMAZ'a,

Hayatım boyunca bana sevmenin, saygı göstermenin, anlamanın ve öğrenmenin en büyük hazineler olduğu bilincini yaşatarak ve öğreterek; seçtiğim her yolda anlayış ve destekle yanımda olan ailem Alparslan, Hatice, Konuralp ve Osman Kutlualp TİRİTOĞLU'ya,

Bu süreçte desteklerini bana hep hissettirerek eğitimimde büyük katkıları olan Afra Sevvar ve Muhterem ÖZEN'e

Yüksek lisans eğitimimi önemseyerek, derslerden geri kalmamam ve kendimi en iyi şekilde geliştirebilmem için her türlü imkanı anlayış ve sevgiyle sağlayan, Özel Çamlık Tıp Merkezi Genel Müdürü Uzm. Dr. Hüseyin ÖĞÜT'e,

Çalışmam süresinde her türlü desteğini benden esirgemeyen Çamlık Tıp Merkezi ailesinden Dyt. İklim UÇAR, Dyt. Sermin GENÇ, Lale DEMİRAGÇ ve Neşe YILMAZ'a ve üzerimde çok emeği olan herkese, sonsuz teşekkürler.

Sena TİRİTOĞLU

BEYAN

Bu çalışmanın kendi çalışmam olduğunu ve çalışmamda kullandığım daha önce üretilmiş olan bütün bilgi, yorum ve fikirleri akademik kurallar içinde kullanarak kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Sena TİRİTOĞLU



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Siberkondri	3
2.2. Beslenme – Sağlık İlişkisi.....	4
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	10
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	10
3.2. Araştırmanın Tipi.....	10
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	10
3.4. Verilerin Toplanması	10
3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	12
4. BULGULAR	13
5. TARTIŞMA	22
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	27
KAYNAKÇA.....	28
EKLER	37

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri.....	13
Tablo 2: Bireylerin yaş, antropometrik ölçümleri ve SCÖ puanları	14
Tablo 3: Bireylerin başyuru özellikleri.....	15
Tablo 4: Bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri	16
Tablo 5: Sosyo-demografik özellikler ile SCÖ ilişkisi	17
Tablo 6: Yaş ve BKİ ile SCÖ ilişkisi	18
Tablo 7: Başyuru özellikleri ile SCÖ ilişkisi.....	19
Tablo 8: Beslenme ve diyet hakkındaki düşünceler ile SCÖ ilişkisi	21



KISALTMALAR LİSTESİ

ÇSA	: Çevrimiçi Sağlık Araştırması
FAO	: Gıda ve Tarım Örgütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNU	: Birleşmiş Milletler Üniversitesi
AMDR	: Acceptable Macronutrient Distribution Ranges
KKH	: Koroner Kalp Hastalıkları
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
LDL	: Low Density Lipoprotein
SCÖ	: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi

1. GİRİŞ

Hızlı ulaşılabilen, kolay kullanılan, anonim ve diğer alternatiflere göre ucuz olması gibi sebeplerle, halk arasında internet, sağlık bilgisi kaynağı olarak popülerleşmiştir (1, 2). Bu durum, insanların sağlık ve sağlık hizmeti ile alakalı bilgileri arama, kullanma ve iletişim kurma yollarını internet lehine derinden etkilemektedir (3). Çevrimiçi sağlık bilgisi araştırması (ÇSA), gelişmekte olan ekonomiler kategorisindeki ülkelerde yavaş yavaş popülerlik kazanmaktadır (4). Google, sağlık araması yapmak için kullanılan en popüler arama motorudur (5, 6). Amerika'da hastalık, tıbbi sorun araştırılmasında halkın %80'inin başvurduğu ve çevrimiçi 5. en yaygın etkinlik olarak ÇSA gösterilmektedir (7). Raporlara göre, sarsıcı olarak, bireylerin internette edindiği bilgiyi sadece bakmakla kalmayıp, doktorla diyaloglarında kullanma oranları %75 oranlarına varabilmektedir (8, 9). Bu veri, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişim kurmak için çevrimiçi bilgileri aktif olarak kullanan çevrimiçi sağlık bilgisi arayanların önemli ölçüde varlığını belgelemektedir. Sağlık personelleri, artık hastalarının internette edindikleri bilgilerin yorumlanmasını beklediğini belirtmektedir (9). Temel olarak, internette çok miktarda sağlıkla ilgili bilginin bulunması sağlık kararlarını etkilemekte ve sağlık personeli-hasta iletişim dinamiğini değiştirmektedir (3).

ÇSA olumlu yönde ilaca daha iyi uyumu, sağlık kararları almada destek olmayı, egzersize yatkınlığı sağlayabilmektedir (10, 11). Yapılan çalışmalar ÇSA'nın ayrıca olumsuz olarak korku ve bunalmış olma duygusu gibi tepkilere yol açabileceğini de göstermiştir (12). Yeni bir kavram olan siberkondri, bu bilgiler ışığında, ÇSA'nın aşırılığı sonucu bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili artan kaygıları olarak tanımlanmıştır (13-18).

Öte yandan, her gün ülke genelinde pek çok insan beslenme ve diyet polikliniklerinden hizmet almak için diyetisyenlere başvuru yapmaktadır. İnternet ve diğer bilgi kaynaklarından elde edilen bilginin doğru ve güvenilir olması sağlıklı beslenme davranışı gösterebilmek için önem taşımaktadır (9, 19, 20). İnternetin beslenme üzerindeki etkisine örnek olarak, 2011 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmanın geçtiği ülke genelinde besinler, ilaçlar, doğum ve hamilelik hakkında araştırma yapıldığının tespit edilmesi gösterilebilir. (7, 21). Dahası, Tayland'daki lisans öğrencilerinin incelendiği çalışmada, genel sağlık, hastalık, tedavi ve beslenme hakkında bilgi edinmek için çevrimiçi kaynakların kullanıldığı bulunmuştur (22). Medyada ve internette yer alan bilgi karmaşası nedeniyle kaynakların güvenilirliği tartışılmaktadır. İnternet bilgilerinin, beslenme bilinci üzerine etkisi olduğu gösterilerek, yanlış bilgilerin sağlık kararları

almada karmaşaya sebep olabileceği ifade edilmektedir (23, 24). Sağlıklı besin seçimi ve doğru beslenme ancak doğru beslenme bilgisine sahip olmakla m¼mk¼nd¼r. Bireylerin beslenme bilgi d¼zeylerinin saptanması ve yerinde m¼dahalelerin yapılması gerektiği, pek çok çalışma ile ortaya konmuştur (9, 19, 20).

Bu bilgilerin ¼nemi ışığında, bu çalışmada amaç, diyetisyene başvuran bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki d¼ř¼ncelerinin tespit edilmesiyle birlikte; evrimii sağlık araştırması sonucu oluşabilen siberkondri durumu ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya çıkarmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Siberkondri

İnternet, hem bilgi ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler sonucunda hem de hızlı, kullanımı kolay, anonim, nispeten ucuz olması gibi sebeplerle, halk arasında popüler bir sağlık bilgisi kaynağı haline gelmiştir (1, 2). Amerikalıların %80'inin sağlık bilgisine erişim için interneti kullandığı ve bunu en yaygın beşinci çevrimiçi etkinlik haline getirdiği tahmin edilmektedir (7). İnternette yapılan bu şekildeki ÇSA, egzersiz, ilaca daha iyi uyum ve sağlık kararları almada destek olmak gibi olumlu ve önleyici faaliyetlere yol açabilir (10, 11). Deneysel araştırmalar ÇSA'nın ayrıca korku ve bunalmış olma duygusu gibi olumsuz duygusal tepkilere yol açabileceğini göstermiştir (12). Bu bilgiler ışığında yeni bir kavram olan siberkondri, çevrimiçi sağlık bilgilerinin aşırı gözden geçirilmesinin bir sonucu olarak, kendi sağlık durumuyla ilgili kaygı artışını ifade etmektedir (13-18).

ÇSA'nın kaygı uyandırıcı bir etkiye sahip olabileceği açık olsa da siberkondri ayrıca bir aşırılık ile tanımlanmaktadır. Bu, sağlık bilgisine ulaşmak için tekrarlanan veya uzun süren araştırmalar şeklinde gerçekleşebilir (2). 500 kişiden oluşan bir ankete katılanların %60'ının birden fazla çevrimiçi oturumda belirli bir sağlık sorununu sorguladığı tespit edilmiştir. Binlerce çevrim içi etkileşim günlüğünün analizi sonucunda, arama yapanların %13,5'inin sağlıkla ilgili aynı terimleri 11 aylık bir süre içinde birden fazla kez bir arama motoruna girdiğini bulunmuştur (16, 17). Bu aşırı sıklıktaki aramaların, kişinin endişesini beslemeye hizmet ettiği ileri sürülmüştür (2). Dahası, uzunlamasına bir çalışmada, sağlıkla ilgili internet kullanımının 8 aylık bir dönemde, depresyon sıklığında küçük ama güvenilir bir artışa sebep olduğu belirlenmiştir (15). Bu kaygı hali, işlevsel bozukluk ile de kendini gösterebilmektedir. Kapsamlı bir anket, katılımcıların yaklaşık %60'ının çevrimiçi ve/veya çevrimdışı faaliyetlerini, sağlık aramalarının sonucu duydukları endişeden dolayı terk ettiklerini bildirmiştir (16, 17).

Siberkondriaklar, arama motorlarının yardımıyla aşırı miktarda filtrelenmemiş sağlık bilgisine kolayca ulaşabilmektedirler. İnternette sağlık bilgisi arayan kişilerin çoğunun, iyi huylu bir durumdan daha az rastlanır olan ilginç, hatta korkutucu, ciddi tıbbi durumlara dikkat ettiği belirtilmektedir (2) Siberkondrinin, kişilerin sağlık hizmetlerini aşırı kullanmasına neden olabileceği de belirtilmiştir (25). İnsanların bir doktora veya sağlık uzmanına sormak için önemsiz olduğunu düşündükleri sağlık sorunlarını internette aramayı tercih ettikleri ve ardından elde edilen kafa karıştırıcı sağlık bilgilerini açıklaması

veya tanı ve tedavi konusunda önemli sağlık kararları vermesi için genellikle bir sağlık uzmanına danıştıkları bildirilmiştir (26). İkinci bir görüş için sağlık hizmeti sağlayıcılarını ziyaret etmek gibi bir güvence arayışının, kaygıyı sürekli besleyebileceğine de değinilmektedir (27).

Türkiye'de yaklaşık 50 milyon internet kullanıcısı bulunmaktadır (28). İnternetin sağlık üzerindeki olası etkileri ve internet üzerinde sağlık bilgisi arama konusunda sınırlı araştırmalar yapılmıştır (29). 2014'te geliştirilen Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin 2018'de Türkiye'de geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirliği adına bazı çalışmalar yayınlanmıştır (29, 30). Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de internet kullanımının artmasıyla birlikte sağlık bilgisine erişimin giderek artacağı, bu nedenle siberkondrinin potansiyel sağlık tehditlerinin farkında olunması gerektiği ifade edilmektedir (29).

İnternetin beslenme üzerindeki etkisini araştırmak için yapılan bir çalışmada, besinler, ilaçlar, doğum ve hamilelik hakkında araştırma yapıldığı tespit edilmiştir (7,21). Bir başka çalışmada, genel sağlık, hastalık, tedavi ve beslenme hakkında bilgi edinmek için çevrimiçi kaynakların kullanıldığı bulunmuştur (22). Medyada ve internette yer alan bilgi karmaşası nedeniyle kaynakların güvenilirliği tartışılmaktadır. İnternet bilgilerinin, beslenme bilinci üzerine etkisi olduğu gösterilerek, yanlış bilgilerin sağlık kararları almada karmaşaya sebep olabileceği ifade edilmektedir (23,24). Sağlıklı besin seçimi ve doğru beslenme ancak doğru beslenme bilgisine sahip olmakla mümkündür. Bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin saptanması ve yerinde müdahalelerin yapılması gerektiği, pek çok çalışma ile ortaya konmuştur (9, 19, 20).

2.2. Beslenme – Sağlık İlişkisi

İnsanın en önemli gereksinmelerinin başında gelen beslenme, sağlığın iyileştirilmesi, korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve üretkenliğin mümkün olması için gerekli besin öğelerini sağlayan besinlerin, yeterli miktarda, dengeli dağılımda ve uygun zamanlarda bilinçli olarak tüketilmesidir (31-33). Beslenme aynı zamanda sosyoloji ve psikolojiden de etkilenmektedir (31, 32, 34, 35).

Her bir besin ögesinden yeterli miktarda alınıp kullanılabilmesine yeterli beslenme; bazı besin öğelerinin ve/veya enerjinin ihtiyaç duyulan miktardan daha az ya da daha çok alınmasına dengesiz beslenme denmektedir. Beslenmenin yeterli ve dengeli olması, sağlığın temelini oluşturmaktadır ve optimal beslenme olarak tanımlanmaktadır. Besin, pişirme ve saklama yöntemi tercihlerinin yanlılığı ve besin hakkında bilgisizlik

dahi beslenmede olumsuzluklara neden olabilmektedir. Yeterli ve dengeli olmayan bir beslenme ülkemiz sınırları içinde genelde çocukların, gebe ve emzikli kadınların, ağır işlerde çalışan işçilerin önemli sorunları olabilirken; dünya genelinde ve ülkemizde sağlıklı ve dengeli olmayan bir beslenmenin hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, diyabet ve hiperkolesterolemi gibi sağlık problemlerine sebep olduğu düşünüldüğünde, beslenme ile ilgili problemlerin toplumu etkisi altına aldığı görülmektedir (31-33, 36-38).

Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi 2015'te yapılan tanımlamaya göre, besin: yenilebilen ve bu sayede hayatın devamı için gereken besin öğelerinin teminini sağlayan hayvan ve bitki dokularıdır. Besin öğesinden kastedilen ise: besin içeriklerini oluşturan karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler ve minerallerdir (31). Günlük diyetin çoğunluğunu oluşturan karbonhidrat, protein ve yağlara 'makro besin öğeleri'; diyetle alım miktarı az olmasına rağmen vücutta kritik görevlere sahip vitamin ve minerallere 'mikro besin öğeleri' denir. Makro besinlerin vücuttaki görevi enerji sağlamak, mikro besin öğelerinin ise enerjinin oluşumuna yardımcı olmaktır (32).

Enerji konusunda temel teşkil edebilecek ilk kriter, enerji dengesinin sağlanması için enerji alımının enerji harcaması ile orantılı olması gerektiğidir (39). Bu kriter geçmişte sıkça uygulanmış olmakla birlikte, Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) / Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) / Birleşmiş Milletler Üniversitesi'nin (UNU) 1985'te ortak yayınladığı Enerji ve Protein Gereksinimleri yayını tarafından, tek bir kritere bağlı olmasından dolayı, yetersiz bulunmuştur. Söz konusu yayına göre, bir bireyin enerji ihtiyacı, bireyin vücut büyüklüğü, bileşimi ve fiziksel aktivite seviyesi göz önüne alınarak harcadığı enerjiyi dengeleyecek miktardır. Bu beslenme, bireyin ekonomisine uygun olması ve sosyal olarak arzu edilen aktivitenin sürdürülebilmesi ile birleşirse uzun süreli sağlıklı olma hali sağlayabilmektedir. Çocuklarda ve hamile ya da emziren kadınlarda enerji gereksinimi, dokularda depolanma ya da sütün salgılanmasıyla ilişkili olarak güncellendiği takdirde, sağlıklı olma halinin devam ettirilmesi ile ilişkilidir (40). Bu nedenle, enerji alımındaki tahmini değerleri, alışkanlık düzeyindeki aktivitelerin ortaya çıkardığı enerji harcamaları dikkate alınarak, istenen vücut ağırlıklarını koruyan yetişkin erkeklerde ve kadınlarda enerji dengesi sağlamak için tüketilmesi gereken enerji miktarlarına dayandırmak mantıklı görünmektedir (39). Beslenmenin 'sağlıklı' sayılabilmesi için gereken faktörlerden biri de vücuda alınan bu söz konusu enerjinin karbonhidratlardan, proteinlerden ve yağlardan gelen oranlarının dengeli olmasıdır (31).

Enerjinin makro besin ögelerine dağılım oranları ülkelere ve yayınlara göre farklılık gösterebilmektedir. Amerikanlar İçin Günlük Diyet Gereksinimleri Rehberi 2015-2020 yayınında, bu oranların dağılımı karbonhidrattan gelecek enerji %45-65, yağdan %25-30 ve proteinden %10-30 olmalıdır şeklinde ifade edilmektedir (41). Yine 2002'de Kabul Edilebilir Makro Besin Dağılım Aralıklarının (Acceptable Macronutrient Distribution Ranges, AMDR) yayını, enerji dağılımı karbonhidrattan %45-65, proteinden %10-35 ve yağdan %20-35 oranlarında olmalıdır şeklinde duyurmuştur. Yağ ve karbonhidratı bu aralıklarda tüketmenin, koroner kalp hastalıkları (KKH), obezite ve diyabet riskini asgari düzeyde tutulabildiği; aynı zamanda bu aralıkların, makul seviyelerde doymuş yağ alımını korurken, temel besin maddelerinin yeterli alımını da sağladığı görülmüştür. (39).

Türkiye kaynaklı yayınlara bakıldığında ise, Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015'te tavsiye edilen enerji dağılımları karbonhidrat %45-60, protein %10-20 ve yağ %20-35 oranında olacak şekildedir (32). Aynı yıl yayımlanan Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi 2015'te ise bu oranlar: karbonhidratlar %55-60, proteinler %10-15 ve yağlar %30'u geçmeyecek şekilde tüketilmelidir denmiştir (31).

Bütün besinler farklı besin ögelerini farklı miktarlarda içerirler (31). Sağlıklı beslenme ve besin çeşitliliğinin sağlanması için geliştirilen 4 yapraklı yonca modelindeki her bir yaprak grubunu temsil eden besinlerin aynı öğünde birlikte tüketilmesi gerekmektedir (42). Bu çeşitlilik farklı öğünlerde farklı besin grupları seçilerek de sürdürülebilir (31).

Türkiye'de tahıl üretiminin ekonomide ve beslenmede önemli bir yere sahip oluşu, ülkenin beslenme alışkanlıkları ve sosyoekonomik durumu göz önüne alındığında, ekmek tüketiminin Türk toplumundaki yerinin oldukça önemli olduğu söylenebilir. Türkiye sınırları içinde tahıllardan en çok tüketileni ekmektir. Araştırmalarda, Türkiye'de günlük enerjinin %50'sinin ve hatta kırsal bölgelerde %70'inin ekmek ve tahıl mamullerinden geldiği ifade edilmiştir (43-46).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010'nda bütün yaş gruplarında beyaz ekmek en sık tüketilen ekmek olarak ifade edilmiştir. Araştırmada, son 1 ay göz önünde bulundurulduğunda tam tahıllı ekmeğin her gün ya da haftada 5-6 gün tükettiğini ifade eden yetişkinlerin oranı %17'dir. Tam tahıl ekmeği, yetişkinlerin %75'i tarafından ya hiç tüketilmemekte ya da ayda 1-2 kez tüketilmektedir. Aynı oranlar beyaz ekmek için

bakıldığında, yetişkinlerde her gün ya da haftada 5-6 kez beyaz ekme  tüketilme oranı %87 iken; %10'u tarafından ya hiç tüketilmemekte ya da ayda 1-2 kez tüketilmektedir. Bu bilgiler ışığında, toplumumuzda beyaz ekme e oranla tam tahıllı ekmeğin t ketili  miktarının çok d  uk olduğu görülmektedir (47).

Beslenme rehberlerinde ekme lerin tüketimi ile ilgili tavsiyelerde, tam tahıllı unlardan mayalanarak yapılan ekme lerin tercih edilmesi önerilir. Bu tip ekme lerin besleyicili i ve sağlığı koruyucu etkisinin, tam tahıl ve posa içermeleri ve glisemik indekslerinin d  uk olması sayesinde beyaz undan yapılan ekme lere göre daha fazla olduğu ifade edilmektedir (31, 32, 39, 41, 46, 48).

Tam tahılların besleyicili i ve fitokimyasal içeriği oldukça yüksektir. Diyet posasını, elzem ya  asitlerini, antioksidanları, fenolik bileşikleri, vitamin ve mineralleri fazla içermeleri sayesinde sağlıklı beslenme ve beslenme tedavisinde fiziksel ve fizyolojik yolaklarıyla önemli bir konumdadırlar (46). Besinlerin içinde doğal olarak bulunan diyet posasının olumlu sağlık etkileri, özellikle besinlerle birlikte alındığında ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple, gıda takviyesi olarak değil, posadan zengin bir beslenmeyle sağlanması önerilmektedir. Tam tahıllı türevlerin daha fazla posa, mineral, vitamin içermesinden dolayı, beslenmede tercih edilmeleri önerilmektedir. Günlük tüketilen tahıl miktarının en az yarısının tam tahıllı olmalı  nerisi yapılmaktadır. Tam tahıllar, i lenmemi  tane olarak (karabu day) işlenmiş yiyeceklerin içinde (yulaf ezmesi) ve gıdaların içinde katkı maddesi (kraker) olarak bulunabilirler. Kabu u ve ru eymi birbirinden ayrılmış tahıllar, rafine tahıllardır. Raf ömrünü uzatmak ve ince bir doku kazandırmak için yapılan  g tme (rafine) işlemi; diyet posası, B vitaminleri ve demiri azaltmaktadır. Diyet posası, vitamin ve mineral açısından tam tahıllar, rafine tahıllardan daha zengindir. Rafine tahıllardan ziyade, tam tahılların tüketimleri özendirilmeli ve toplumda farkındalık oluşturulmalıdır (32, 48).

Makro besinlerden olan ya  grubunun önemi: yüksek enerji sağlaması, yiyeceklere lezzet ve gevreklik kazandırmasıdır. A, D, E, K vitaminlerinin  z nmesi ve vücutta kullanılabilmesi için de ya lara ihtiyaç vardır. Vücutta enerji ya  olarak depolanır. Depolanan ya lar ısı dengesini ve organlara yapısal destek sa lar. Enerji ihtiyacı durumunda devreye girerek ihtiyaç kar ırlar. Nitekim, vücut depo ya larının belirli oranların üzerine çıkması tip 2 diyabet, kalp-damar hastalıkları, obezite, romatoidartrit (iltihabi romatizma) risklerini artırır. Bu tip hastalıklar için koruyucu

yaşam tarzı olarak Akdeniz Diyeti önerilir ve koruyucu olmasındaki sebep bol miktarda taze sebze meyve tüketilmesi ve zeytin yağı kullanılmasıdır. Zeytinyağına ek olarak mısırözü, ayçiçek, fındık, pamuk ve susam yağları da kullanılabilir (32).

Yağdan gelecek enerjinin, günlük enerjinin %20-35'i arasında olması önerilir. Yağların kendi arasında dağılım oranları ise, genel oranlarıyla, bir birim katı yağ, bir birim herhangi bir bitkisel sıvı yağ ve bir buçuk veya iki birim zeytin yağıdır (1; 1; 1,5/2). Mümkün olduğunca az katı (doymuş) yağ tüketilmelidir (<%10). %1'inden azı trans yağlardan gelmeli, kolesterol miktarı yetişkinlerde 300 mg'ın, gebelerde 200 mg'ın altında tutulmalıdır (32).

Yeme sıklığı, enerji alımı ve vücut ağırlığı arasındaki olası ilişkileri inceleyen birçok epidemiyolojik, klinik ve deneysel analiz çalışmaları sonucunda, beslenme sıklığının artmasının, daha iyi vücut ağırlığı kontrolü ile ilişkili olduğu ve aşırı yeme ve yağ biriktirme olasılığını azalttığı öne sürülmektedir (49). Yetişkinlerde öğün sıklığı üzerine yapılan bir araştırmada, öğün sayısı arttıkça tüketilen enerjinin azaldığı bir ilişki bulunmuştur. BKİ sınıflandırmasında 'zayıf' kabul edilen grubun daha çok öğün tükettiği ortaya çıkmıştır (50). Yeme alışkanlıklarının metabolik sonuçlarını araştıran araştırmalar, gün boyunca yeme sıklığını arttırmanın kan toplam kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein (LDL), trigliserit seviyelerinde azalma ve glikoz toleransında iyileşme gibi yararlı fizyolojik değişikliklerle ilişkili olduğunu göstermiştir (51-54).

Ülkelerin beslenme rehberleri incelendiğinde, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi için yapılan önerilerin ana öğünlerin, kaliteli ve sağlıklı ara öğünlerle desteklenmesi gerektiği yönünde olduğu görülmektedir. TÜBER 2015, 3 ana ve 2 veya 3 ara öğün tüketilmesi gerektiğini bildirmektedir (32). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, kilolu bireylerin 3'er ana ve ara öğün tüketmesi gerektiğini vurgulamaktadır (55). Amerikanlar İçin Diyet Rehberi 2015-2020 yayınında, sağlıklı beslenme davranışı için ara öğün içeriklerinde iyileştirilmeler yapılması (şekersiz, tuzsuz, tam tahıllı ara öğünler) gerektiği belirtilmektedir (41).

Öte yandan, kanıtlar sınırlı olsa da ara öğünlerin daha az sıklıkta ana öğün tüketilmesiyle ilişkili olabileceği ifade edilmektedir. Düzenli ana öğünlerin diyet çeşitliliği sağlaması, daha sağlıklı besin seçenekleri içermesi ve daha iyi besin alımları ile ilişkili olduğundan, bu açıdan atıştırma davranışları sağlık için zararlı olabilir (56-59). Geçmişte yapılan, 2 büyük prospektif çalışmaya bakıldığında, daha sık yemenin (ve ara öğün

yapmanın) sağlıksız gıda seçimine ve kontrolsüz enerji dengesizliğine sebep olması nedeniyle, vücut ağırlığında artışa veya aşırı kiloluluk ve obeziteye sebep olduğuna dair bilgiler elde edilmiştir (60-63). Palmer ve arkadaşları tarafından, 1980'den 2011'e kadar yapılan, besin kaynaklı ağırlık yönetimi ve kilo verme müdahaleleri içeren 176 özet ve makale incelenmiştir. Gözden geçirilen çalışmalarda, 1 ila 9 arasında değişen yeme sıklığı yer almakta ve 2-8 hafta arasında değişen sürelerde müdahaleler bulunmaktadır. Toplu bir sonuç olarak, değişen yeme sıklığına göre vücut ağırlığında herhangi bir değişim ya da kilo kaybı gözlenmediği ortaya çıkmıştır (64). Bu çalışmaların çoğunda, küçük örneklem büyüklükleri (7-19 kişi) ile kısa süreli (2-4 hafta) müdahaleler olduğundan; yeme sıklığının vücut ağırlığı yönetimi mekanizmasında ya da enerji regülasyonunda ince değişikliklerin meydana gelişinin, söz konusu kısıtlamalardan dolayı net olarak tespit edilmesinin mümkün olamayacağı sonucuna varılmıştır (65).

Günde 3 ana öğün tüketilmesinin önemine değinen pek çok yayın vardır (31, 32, 66). Özel olarak ise, kahvaltıyı düzenli tüketen bireylerin tüketmeyenlere göre daha yeterli mikro besin alımına ve daha iyi diyet kalitesine sahip oldukları araştırmalarla ortaya konmuştur (67, 68). Besleyici bir kahvaltı yapmak, yağ tüketimini azaltıp ve dürtüsel atıştırma sıklığını minimuma indirmeye yardımcı olacağından, vücut ağırlığını kontrol etmeye yardımcı olabilir. (69, 70). Akşam yemeğinin aile ile yenmesi, bazı sağlıklı beslenme kalıpları ile ilişkilidir. Aile ile yenen akşam yemeğinin sıklığı arttıkça, meyve, sebze, lif, folat, kalsiyum, demir ve B-6, B-12, C, E vitaminlerinin tüketimi artmakta; doymuş ve trans yağ asitlerinin, kızartılmış gıdaların tüketimi azalmakta ve yemeklerin glisemik yükü düşmektedir (71). İstikrarlı olarak günde 3 ana öğün beslenen adolesanların, öğünleri düzensiz olanlara göre daha az vücut ağırlığına sahip olduğu bildirilmiştir (72). Bu gözlem, obezite ve öğün atlanması arasındaki bağlantıyı gösteren çalışmalarla da uyumludur (72-74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, 15 Ağustos - 15 Ekim 2018 tarihleri arasında İstanbul ili Çekmeköy ilçesine bağlı özel bir tıp merkezinin Beslenme ve Diyet Polikliniğine ilk defa başvurarak diyet tedavisi almak isteyen bireyler ile gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, diyetisyene başvuran bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri ile siberkondri durumlarını saptamak ve birbirleriyle ilişkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiş bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmaya, 15 Ağustos - 15 Ekim 2018 tarihleri arasında Beslenme ve Diyet Polikliniğine ilk defa başvuran ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 18 yaş üstü, 96'sı kadın 16'sı erkek 112 birey katılmıştır. Kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmaya belirlenen tarihler arasında polikliniğe başvuran ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm bireyler dahil edildiği için örneklem hesabı yapılmamıştır. Bireylerde, diyetisyene ilk defa başvuruyor olmaları şartı dışında özel bir kriter aranmamıştır. Diyetisyene ilk defa başvuran hastaların araştırmaya dahil edilmelerinin sebebi, diyetisyen görüşmesine girip herhangi bir eğitim almadan önce, kendi inandıkları yöndeki düşünceleri tarafsızca öğrenebilmektir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce Okan Üniversitesi Etik Kurulu'nun 04.07.2018 tarihli, 96 sayılı toplantısında 22 numaralı karar ile 'Etik Kurul Onayı' alınmıştır (Ek 1). Katılımcılardan çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onay formu alınmıştır (Ek 2). Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış olan anket formu (Ek 3) ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (Ek 4) kullanılmıştır. Anketler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

İlgili literatür taranarak, araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan anket formu; sosyo-demografik özellikler, antropometrik ölçümler, başvuru özellikleri ve beslenme ve diyet hakkındaki düşüncelerin saptandığı 3 bölümden oluşmaktadır.

Antropometrik ölçümlerden ağırlık ölçümü için TANİTA body composition analyzer BC – 418 MA marka BİA ölçüm cihazı, boy ölçümü için Mesitaş MST-B01

Duvar Tipi Boy Ölçer kullanılmıştır. Ağırlık ölçümü, kişiler açken kalibrasyonu yapılmış TANİTA body composition analyzer BC – 418 MA marka BİA ölçüm cihazı ile darası 1.0 alınarak, dış kıyafetler (mont, ceket, vb...) çıkartılarak yapılmıştır. Boy ölçümü, Mesitaş MST-B01 Duvar Tipi Boy Ölçer ile, dik pozisyonda, kulak kanalı ile orbita alt sınırı aynı hizada, bakışlar yere paralel iken yapılmıştır. Ağırlık ve boy ölçümleri ile beden kütle indeksi (BKİ) değeri [$\text{vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m}^2\text{)}$] formülü kullanılarak hesaplanmıştır. BKİ sınıflaması için DSÖ'nün yetişkinler için BKİ sınıflaması kullanılmıştır, Bu sınıflandırmaya göre: düşük kilo 18,5'tan küçük BKİ'ye, normal kilo 18,5 ve 24,9 arası BKİ'ye, fazla kilo 25 ve 29,9 arası BKİ'ye, hafif obez 30 ve 34,9 arası BKİ'ye, orta obez 35 ve 39,9 arası BKİ'ye, morbid obez ise 40 ve üstü BKİ'ye denk gelmektedir (75).

3.4.1. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

Araştırmada yer alan 33 soruluk 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 (1). SCÖ, siberkondri için geliştirilmiş kategorik değil sürekli bir ölçektir. SCÖ 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.

SCÖ kategorik değil sürekli bir ölçektir. Kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanlar toplanarak kişinin toplam siberkondri puanı hesaplanmaktadır. Alınan puan ne kadar yüksekse siberkondri düzeyi de o kadar yüksek demektir. Literatürde ölçeğin puan ortalaması 60-75 arası değişmektedir (76). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Uzun ve Zencir tarafından 2018 yılında yapılmıştır (29). Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin dil ve kapsam geçerliliği sonrası, açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizleri (DFA)

yapılmıştır. 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. 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 düzeydedir. SCÖ'nün Türkçe formunun, üniversite çalışanlarının siberkondri düzeyini ölçmede, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir (29).

3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS V22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler numerik veriler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak, kategorik veriler ise sayı, yüzde olarak sunulmuştur. Kolmogrov ve Simirnov normal dağılım testi ile siberkondri değişkeni normal dağıldığını gösterdiği ($p>0,05$) için parametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren bu verilerde, iki bağımsız grup ortalamalarını karşılaştırmak amacı ile Independent t Testi, üç ve daha fazla grup ortalamalarını kıyaslamak için Oneway ANOVA ve iki değişken arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Analiz için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde ilgili literatürün taranması sonucu geliştirilen anket ve SCÖ veri analiz sonuçları sunulmuştur.

Yaşları 18 ile 71 yıl arasında değişmekte olan katılımcıların ortalama yaşları 35,6 ± 12,3'tür. Çalışmaya katılan 96'sı (%85,7) kadın, 16'sı (%14,3) erkek 112 kişinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo 1: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	96	85,7
Erkek	16	14,3
Medeni Durum		
Evli	80	71,4
Bekar	32	28,6
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	55	49,1
Çalışan	57	49,9
Gelir Durumu		
Gelirim giderinden fazla	19	17,0
Gelirim giderine denk	81	72,3
Gelirim giderinden az	12	10,7
Eğitim Durumu		
Okur - yazar	5	4,5
İlkokul mezunu	15	13,5
Ortaokul mezunu	13	11,6
Lise mezunu	27	24,1
Lisans, ön lisans mezunu	45	40,2
Yüksek lisans, doktora, üstü	7	6,3
Toplam	112	100,0

Katılımcıların çoğu (%71,4) evli ve %49,9'u çalışmaktadır. Geliri giderine denk %72,3'lük bir kesim varken, kişilerin %40,2'si lisan-ön lisans mezunudur.

Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümleri ve SCÖ puanları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Bireylerin yaş, antropometrik ölçümleri ve SCÖ puanları

n=112	X	SD	medyan	min	max
Yaş	35,6	12,3	34,0	18	71
BKI (kg/m ²)	31,0	6,3	30,2	15,8	53,4
SCÖ Puanı	76,7	14,3	78,0	43	120

Katılımcıların yaş ortalaması $35,6 \pm 12,3$ iken; BKİ değerleri 15,8 ile 53,4 arasında değişmektedir ve ortalama BKİ değerleri $31,0 \pm 6,3$ ’tür. Siberkondri puanları 43 ile 120 arasındayken ortalama siberkondri puanı $76,7 \pm 14,3$ ’tür.

Bireylerin başvuru özellikleri Tablo 3'te belirtilmektedir.

Tablo 3: Bireylerin başvuru özellikleri

Diyetisyene başvuru özelliği	n	%
Gelmesine Sebep Olan Kişi		
Kendisi	94	83,9
Aile/sosyal çevre	8	7,1
Doktor	10	8,9
Öncelikli Amaç		
Kilo almak	3	2,7
Kilo vermek	94	83,9
Kiloyu koruyabilmek	1	0,9
Sağlıklı beslenmeyi öğrenmek	1	0,9
Hastalığa uygun beslenmeyi öğrenmek	9	8,0
Özel duruma uygun beslenmeyi öğrenmek	4	3,6
Bilgi Alınan Kişi		
Doktor	15	13,4
Diyetisyen	37	33,0
Spor hocası	8	7,1
Eğitimini almadığı halde beslenme danışmanlığı yapan insanlar	5	4,5
Aile/sosyal çevre	47	42,0
Öğrenme Kanalı		
Yüz yüze	52	46,4
İnternet	44	39,3
Televizyon	14	12,5
Kitap	2	1,8
Daha Önce Diyetisyene		
Gitmeyen	55	48,2
4 kez ve 4'ten az giden	40	35,7
4'ten fazla giden	17	15,2
Kendi Kendine Diyet		
Yapmayan	45	40,2
4 kez ve 4'ten az yapan	42	37,5
4'ten fazla yapan	25	22,3
Diyetisyen Harici Zayıflama Hizmeti		
Almayan	101	90,2
Alan	11	9,8
Hastalığı		
Yok	66	58,9
Var	46	41,1
Toplam	112	100,0

Katılımcıların %83,9'u diyetisyene gelmeye kendi isteğiyle karar vermişken, %83,9'unun diyetisyene başvurmakta öncelikli amacı kilo vermektir. Kişiler, %42,0 oranında beslenme ve diyetle ilgili bilgileri aile, sosyal çevreden öğrenmişler, bu bilgileri %46,4 oranında yüz yüze görüşme yoluyla elde etmişlerdir. Bireylerin %49,1'i daha önce diyetisyene gitmemiş, %40,2'si daha önce kendi kendine diyet yapmamış ve %90,2'si daha önce diyetisyen olmayan bir kişiden zayıflama hizmeti almamıştır. Katılımcıların %58,9'unun herhangi bir hastalığı yoktur.

Bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri Tablo 4'te belirtilmektedir.

Tablo 4: Bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri

Sağlıklı beslenme kapsamında...	Evet		Bilmiyorum		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Karbonhidratların yer almaması	47	42,0	19	17,0	46	41,0	112	100,0
Yağların yer almaması	51	45,5	18	16,1	43	38,4	112	100,0
Proteinlerin yer almaması	0	0	15	13,4	97	86,6	112	100,0
Beyaz un-ekmek önerilmesi	14	12,5	19	17,0	79	70,5	112	100,0
Tam tahıl unu-ekmeği önerilmesi	80	71,4	16	14,3	16	14,3	112	100,0
Yemeklere iç-kuyruk yağı eklenmesi	22	19,6	9	8,0	81	72,3	112	100,0
Zeytinyağının istenildiği miktarda kullanılması	63	56,3	5	4,5	44	39,3	112	100,0
Tereyağının istenildiği miktarda kullanılması	30	26,8	13	11,6	69	61,6	112	100,0
Ara öğünlerin yer alması	80	71,4	21	18,8	11	9,8	112	100,0
Egzersiz aç yapılması	32	28,6	42	37,5	38	33,9	112	100,0
Haftada 0,5-1 kg ağırlık kaybını yeterliliği	22	19,6	1	0,9	89	79,5	112	100,0
Kahvaltının yer alması	96	85,7	0	0	16	14,3	112	100,0
Öğle yemeğinin yer alması	100	89,3	0	0	12	10,7	112	100,0
Akşam yemeğinin yer alması	102	91,1	0	0	10	8,9	112	100,0

Diyetisyenin yazdığı sağlıklı kilo verdiren bir diyetle, katılımcıların %42,0'si karbonhidratların yer almadığını, %45,5'i yağların yer almadığını, %86,6'sı proteinlerin yer aldığını düşündüğünü belirtmiştir. Bireyler, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle %70,5 oranında beyaz unlu ürünler ve ekmeklerin önerilmediğini, %71,4 oranında tam tahıl unlu ürünler ve ekmeklerin önerildiğini düşünmektedir. Sağlıklı beslenme kapsamında, kişilerin %72,3'ü etlerin iç yağı ve kuyruk yağı eklenerek pişirilmeyeceğini, %56,3'ü zeytinyağının istenilen miktarda kullanılabileceğini, %61,6'i tereyağının istenilen miktarda kullanılmayacağını düşündüğünü belirtmiştir. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle %71,4 oranında ara öğünün yer aldığı düşünülmektedir. Kişilerin çoğu (%37,5), egzersizi aç karna yapmanın sağlıklı olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %79,5'i diyetisyenin yazdığı sağlıklı kilo verdiren bir diyetle haftada 0,5-1 kg arası kilo vermenin yeterli olmadığını düşünmekteyken; %85,7'i kahvaltının yer aldığını, %89,3'ü öğle yemeğinin yer aldığını, %91,1'i de akşam yemeğinin yer aldığını düşünmektedir.

Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile SCÖ puanları arasındaki ilişki Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Sosyo-demografik özellikler ile SCÖ ilişkisi

SCÖ		n	%	X	SD	t	F	p
Cinsiyet	Kadın	96	85,7	78,4	14,0	3,424	-	0,002*
	Erkek	16	14,3	66,6	12,5			
Medeni Durum	Evli	80	71,4	74,3	13,2	-2,921	-	0,004*
	Bekar	27	24,1	82,8	15,4			
İş Durumu	Çalışmıyorum	55	49,1	74,8	13,7	-1,400	-	0,161
	Çalışıyorum	57	49,9	78,6	14,9			
Gelir Durumu	Gelirim giderimden fazla	19	17,0	79,6	13,9	-	0,449	0,639
	Gelirim giderime denk	81	72,3	76,1	14,4			
	Gelirim giderimden az	12	10,7	76,2	15,6			
Eğitim Durumu	Okur-yazar	5	4,5	73,6	11,6	-	2,358	0,045**
	İlkokul mezunu	15	13,5	65,6	13,6			
	Ortaokul mezunu	13	11,6	77,4	16,3			
	Lise mezunu	27	24,1	79,3	12,5			
	Lisans, ön lisans mezunu	45	40,2	78,6	14,6			
	Yüksek lisans, doktora, üstü	7	6,3	79,7	12,0			

*Independet-t Test; **One-Way ANOVA

Tablo 5'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Kadınların siberkondri puan ortalaması 78,4 iken erkeklerinki 66,6'dır. Bekar olanların siberkondri puan ortalaması 82,2 iken, evli katılımcıların 74,3'tür. İlkokul mezunu olanların siberkondri puan ortalaması 65,6 iken lisans mezunlarının 78,6 ve lise mezunlarının 79,3'tür. Bu durumda, kadınların erkeklere göre, bekarların evlilere göre ve lise ile lisans mezunlarının ilkokul mezunlarına göre siberkondri puanları anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$). Siberkondri puanları ile çalışma ve gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Bireylerin yaş ve BKİ değerleri ile SCÖ puanları arasındaki ilişki Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Yaş ve BKİ ile SCÖ ilişkisi

		n	X	SD	r	p
SCÖ	Yaş	112	35,6	12,3	-0,683	0,000*
	BKI (kg/m ²)	112	31,0	6,3	-0,280	0,003*

*Spearman’s rho

Siberkondri puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). İlişki negatif yönlü ve orta şiddettedir ($r = -0,683$). İlişkinin negatif olması yaş ile siberkondri arasında ters ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, siberkondri puanları ile BKİ arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). İlişki negatif yönlü ve zayıf şiddettedir ($r = -0,280$). İlişkinin negatif olması BKİ ile siberkondri arasında ters ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durumda, yaş ve BKİ değerleri azaldıkça, siberkondri puanları artmaktadır.

Bireylerin başvuru özellikleri ile SCÖ puanları arasındaki ilişki Tablo 7’de belirtilmiştir.

Tablo 7: Başvuru özellikleri ile SCÖ ilişkisi

SCÖ		n	%	X	SD	t	F	p
Sebepl Olan Kişi	Kendisi	94	83,9	78,3	13,9			
	Aile/sosyal çevre	8	7,1	70,0	15,7	-	4,048	0,02**
	Doktor	10	8,9	66,9	13,2			
Bilgi Alınan Kişi	Doktor	15	13,4	75,8	15,5			
	Diyetisyen	37	33	76,7	13,6			
	Spor hocası	8	7,1	75,7	15,3			
	Eğitimsiz halde beslenme danışmanlığı yapanlar	5	4,5	75,8	20,3	-	0,047	0,996
	Aile/sosyal çevre	47	42	77,3	14,4			
Öğrenilme Kanalı	Yüz yüze	52	46,4	73,1	13,8			
	İnternet	44	39,3	83,5	12,5	-	6,509	0,000**
	Televizyon	14	12,5	69,0	14,9			
	Kitap	2	1,8	77,5	2,12			
Diyetisyen Harici Zayıflama Hizmeti	Almayan	101	90,2	76,3	13,8			
	Alan	11	9,8	80,6	19,3	-0,925	-	0,357
Hastalığı	Yok	66	58,9	80,4	12,6			
	Var	46	41,1	71,5	15,1	3,384	-	0,001*

*Independet-t Test; *One-Way ANOVA

Diyetisyene kendi isteğiyle gelenler ile doktor yönlendirmesiyle gelenlerin siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Kendi isteğiyle gelen katılımcıların siberkondri puan ortalaması 78,3 iken doktor yönlendirmesiyle gelen katılımcıların siberkondri ortalamaları 66,9’dur. Beslenme ve diyetle ilgili bilgileri yüz yüze, internetten, televizyondan yanıtlarını verenlerin siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). İnternette bilgi edinenlerin siberkondri puan ortalaması 83,5, yüz yüze öğrenenlerin 73,1 ve televizyondan öğrenenlerin 69,0’tur. Herhangi bir hastalığa sahip olan ve olmayanlar arasında siberkondri puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerin siberkondri puan ortalamaları 80,4 iken, herhangi bir hastalığa sahip olan bireylerin puan ortalamaları 71,5’tir. Bu durumda, diyetisyene kendi isteğiyle gelen kişilerin, doktor yönlendirmesiyle gelenlerden; bilgileri internetten öğrenen kişilerin, yüz yüze ve televizyondan öğrenenlerden; hastalığı olmayan kişilerin, hastalığı olanlardan daha siberkondrik oldukları bulunmuştur. Bireylerin, beslenme ve diyetle ilgili bilgileri öğrendikleri kişi ve daha önce diyetisyen olmayan

birinden zayıflama hizmeti almaları açısından siberkondri puanı ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu durumda, siberkondri kişilerin bilgiyi öğrendiği kişiden veya daha önce diyetisyen harici zayıflama hizmeti almasından etkilenmemektedir.



Bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri ile SCÖ ilişkisi Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Beslenme ve diyet hakkındaki düşünceler ile SCÖ ilişkisi

Sağlıklı beslenme kapsamında...	n	%	X	SD	t	F	p	
Karbonhidratların yer almaması	Evet	47	41,9	79,9	15,7	-	2,780	0,066
	Bilmiyorum	19	16,9	71,1	13,4			
	Hayır	46	41,0	75,8	12,5			
Yağların yer almaması	Evet	51	45,5	76,5	14,1	-	0,092	0,912
	Bilmiyorum	18	16,0	78,1	14,3			
	Hayır	43	39,3	76,4	14,9			
Proteinlerin yer almaması	Bilmiyorum	15	13,4	78,1	14,3	0,391	-	0,697
	Hayır	97	86,6	76,4	14,9			
Beyaz un-ekmek önerilmesi	Evet	14	12,5	72,5	17,0	-	1,076	0,345
	Bilmiyorum	19	16,9	74,7	15,8			
	Hayır	79	70,5	78,0	13,5			
Tam tahıllı un-ekmeği önerilmesi	Evet	14	71,4	76,1	13,4	-	0,304	0,739
	Bilmiyorum	19	14,2	78,8	16,5			
	Hayır	79	14,2	77,9	17,1			
Eterin, iç-kuyruk yağı eklenmesi	Evet	22	19,6	76,7	15,6	-	0,058	0,944
	Bilmiyorum	9	8,0	75,2	19,4			
	Hayır	81	72,3	76,9	13,5			
Zeytinyağının istenildiği miktarda kullanılması	Evet	63	56,2	76,6	15,8	-	0,500	0,608
	Bilmiyorum	5	4,4	83,0	9,5			
	Hayır	44	39,2	76,2	12,5			
Tereyağının istendiği miktarda kullanılması	Evet	30	26,7	76,5	14,1	-	2,733	0,070
	Bilmiyorum	13	11,6	74,3	18,5			
	Hayır	69	61,6	85,0	15,7			
Ara öğünlerin yer alması	Evet	80	71,4	77,4	14,2	-	1,130	0,327
	Bilmiyorum	21	18,8	72,7	14,2			
	Hayır	11	9,8	79,7	15,4			
Egzersiz aç yapılması	Evet	32	28,6	77,7	15,9	-	0,161	0,852
	Bilmiyorum	42	37,5	76,8	14,5			
	Hayır	38	33,9	75,8	13,1			
Haftada 0,5-1 kg ağırlık kaybını yeterliliği	Evet	22	19,6	75,8	12,3	-	0,248	0,781
	Bilmiyorum	1	0,9	68,0	-			
	Hayır	89	79,5	77,0	14,9			
Kahvaltının yer alması	Evet	96	85,7	77,3	14,1	1,076	-	0,284
	Hayır	16	14,3	73,1	15,8			
Öğle yemeğinin yer alması	Evet	100	89,3	77,4	14,2	1,347	-	0,181
	Hayır	12	10,7	71,5	15,1			
Akşam yemeğinin yer alması	Evet	102	91,1	76,7	14,5	0,304	-	0,284
	Hayır	10	8,9	77,2	13,8			

*Independent-t Test; **One-Way ANOVA

Tablo 8’de görüldüğü gibi, bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşüncelerinin hiçbiri ile siberkondri puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durumda, bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşüncelerinin siberkondri üzerinde bir etkisi yoktur denebilir.

5. TARTIŞMA

Diyetisyene başvuran bireylerin siberkondri düzeylerini saptamak ve bireylerin sosyo-demografik özellikleri, başvuru özellikleri ve beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada, yaşları 18-71 arasında değişen, ilk defa diyetisyene başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 112 danışan analiz edilmiştir. Diyetisyene ilk defa başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmelerinin sebebi, diyetisyenden herhangi bir eğitim almadan önce, kendi inandıkları ve araştırdıkları yöndeki düşünceleri tarafsızca öğrenebilmektir. SCÖ ortalama skorları $76,7 \pm 14,3$ bulunmuştur (Tablo 2). Türkiye’de 2018’de SCÖ üzerine yapılan geçerlilik güvenilirlik araştırmasında, 19-61 yaş arası rastgele seçilen 335 adet, akademik olan ve olmayan üniversite personelinin SCÖ ortalama skorları $71,1 \pm 17,6$ olarak belirtilmiştir (29). 2014’te yürütülen bir çalışmada ise, herhangi bir hastalıktan tanı almamış fakat medikal bilgi için interneti kullandığını ifade eden 18-67 yaş arası 539 yetişkinin incelenmesi sonucu $69,1 \pm 21,2$ SCÖ ortalama skoru tespit edilmiştir (25). Literatürde siberkondri puan ortalamasının 60-75 arasında değişmekte olduğu ifade edilmiştir (76). Bu çalışmanın, kısa bir zaman aralığında ve küçük bir tıp merkezinde yürütülmesinden dolayı, benzer çalışmalara oranla küçük bir örnekleme sahiptir. Kilo problemi ve dolayısıyla da sağlık sorunu yaşayan bir kitlenin baz alınması, siberkondri riski taşımaya daha yatkın bir topluluk üzerinde çalışıldığını göstermektedir. Hem ‘beslenme’ ve ‘gıda’ konularının internet aramalarında popüler oluşu, hem de sağlık problemi yaşayanların siberkondri puanlarının yüksek seyretmesi gibi istatistikler, uygun bir örneklem üzerinde çalışıldığına dayanak olmaktadır (21, 22, 77). Nitekim, diğer çalışmalara oranla, bu çalışmada SCÖ skorlarının yüksek seyredişi de bu iddiayı desteklemektedir.

Kadınların sağlıkla ilgili endişelerinin, koruma içgüdülerinin, bakım sorumluluklarının, çevreleri adına internette sağlık araştırması yapma eğilimlerinin erkeklerden daha fazla olması öne sürülerek; kadınlarda çevrimiçi sağlık hizmeti arayışının ve sağlık amacıyla interneti kullanma sıklığının da erkeklerden daha fazla olması açıklanmaya çalışılmıştır (17, 30, 78-80). Pek çok araştırmada benzer şekilde, kadınların siberkondri puanları erkeklerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (30, 78). Önceki araştırmalara paralel şekilde, bu çalışmada da kadınların siberkondri puan ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$). Kadınların siberkondri puan ortalaması 78,4 iken erkeklerinki 66,6’dır (Tablo 5).

Ortalama insan ömrünün uzamasıyla, yaşlı nesillerin ağrılarını teşhis etmek için interneti rutin olarak kullanması sonucu çevrimiçi sağlık aramalarının büyük bir bölümünü oluşturdukları iddiasının ortaya atılmıştır (3). Genç nüfusun daha siberkondrik eğilimde olduğu iddiası da mevcuttur (30, 81). Öte yandan, çevrimiçi sağlık araştırması ve siberkondri gibi faktörler ile yaş arasında anlamlı bir kolerasyon bulamayan pek çok çalışma vardır (17, 78). Bu çalışmada, siberkondri puanları ile yaş arasında anlamlı ve ters bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6). Bekar olan katılımcıların siberkondri puanları da evlilere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5). Çalışmada daha siberkondrik olanların, genç ve bekar olması sebebiyle, sonuçların genç nüfusun daha siberkondrik eğilimde olduğu iddiasına bir katkı olabileceği düşünülmektedir.

Siberkondrik bireyler, internetteki bilgilerle kendilerini yanlış değerlendirmeleri sonucunda, ciddi bir hastalığa sahip oldukları endişesine kapılan kişilerdir. Bu durum, ekonomik masrafları beraberinde getireceğinden dolayı, tedavi sürecini kendileri yürütme yoluna gidebilirler. Bilgiye ulaşmanın kolaylığı ve ekonomik masraflardan çekincenin, siberkondrinin ana nedenlerinden olduğu iddia edilmektedir (82). Benzer olarak, sağlık anksiyetesinin de düşük yaşam kalitesi ile orta derecede ilişkili olduğunun gösterildiği çalışmalar mevcuttur. İlginçtir ki, aynı çalışmalarda, siberkondrinin yaşam kalitesine bağlı olmadığı, ancak hayat kalitesinde fonksiyonel bozulma ile benzersiz bir şekilde ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (83). Öte yandan, Birleşik Krallık'ta, üst sosyoekonomik gruptaki bireylerde çevrimiçi sağlık araştırması oranı daha yüksek bulunmuştur (84). Tüm bu çalışmalar göz önüne alındığında, sağlık anksiyetesinin düşük sosyoekonomik grupta, çevrimiçi sağlık araştırması ve siberkondrinin yüksek sosyoekonomik grupta yaygın olduğu sonucuna varılsa da sonuçlar çelişkilidir. Bu çalışmada ise, katılımcıların yaşam kalitesine göre siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Anlamlı bir istatistiğe ulaşamama sebebinin, çalışmanın yürütüldüğü tıp merkezine benzer yaşam standardına sahip insanların başvurması olabileceği düşünülmektedir.

Sağlığın, daha az eğitilmiş kişiler tarafından internette araştırılan ana konulardan biri olduğunun belirtilmesinin yanında, düşük eğitimli insanlara kıyasla, lisans ve daha üstü derecelerde eğitime sahip insanların daha çok çevrimiçi sağlık araştırması yaptığı üzerine çalışmalar mevcuttur (85, 86). Literatürde, siberkondrinin daha yüksek eğitim seviyesine sahip nüfus arasında daha sık meydana gelme eğiliminde olduğunu gösteren çalışmalar vardır (81). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada,

en düşük siberkondri puanları tıp fakültesi öğrencilerinde görülmüştür. Bunun, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık bilgi kaynaklarına ve hizmetlerine diğer öğrencilere göre daha kolay erişebilmeleri nedeniyle olabileceği ifade edilmiştir (77). Bu çalışmada, katılımcıların eğitim durumlarına göre siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılık ilkökul ve lise mezunu olanlar arasında görülmüştür. İlkokul mezunu olanların siberkondri puan ortalaması 65,6 iken lise mezunlarının 79,3 ve lisans mezunlarının 78,6'dır. Lise ve lisans mezunlarının siberkondri ortalama puanı ilkökul mezunlarına göre anlamlı olarak yüksektir fakat eğitim düzeyiyle birlikte artan bir siberkondri puan eğrisi yoktur (Tablo 5).

Yapılan literatür taramasına göre, bugüne kadar çevrimiçi sağlık araştırması ya da siberkondri ile beden ağırlığı, boy, BKİ gibi değerler arasındaki ilişki incelenmemiştir. İlk olarak bu çalışmada, siberkondri puanları ile BKİ arasında ters ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) ($r=-0,280$) (Tablo 6). Siberkondri puanları arttıkça, BKİ değeri azalmaktadır.

Son yıllarda pek çok insan, radyo-televizyon gibi kaynakların etkisiyle, tedavi süreçlerinde bitkisel öz kullanmayı, tıbbi ilaçları bırakmaya cesaret edebilecek kadar önemseyen bir noktaya gelmiştir (87). Çevrimiçi sağlık araştırmasının büyük bir kısmını oluşturan (%44) diyet, beslenme ve besin takviyeleri araştırmaları olduğundan, bu konularla ilgili bilgi edinmek için internetin bir kaynak olarak kullanıldığı da ortadadır (88). İnternet kaynaklı tıbbi bilgilerin güvenilirliğinin düşük, içeriklerinin hatalı olduğuna ve bu durumun çevrimiçi sağlık araştırmacılarını yanıltabildiğine dair birçok yayın yapılmıştır (89). İnternet ve medyadaki bilgilerin, kişilerin karar mekanizmasında etkili olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Mevcut araştırmada, "Beslenme ve Diyetle İlgili Bilginiz Varsa En Fazla Hangi Yolla Öğrendiniz?" sorusuna, internetten öğrendiğini ifade edenlerin siberkondri puanı, yüz yüze öğrendiğini belirtenlerden ($p=0,001$; Tukey HSD) ve televizyondan öğrenenlerden ($p=0,004$; Tukey HSD) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7). İnternetin, siberkondriyi seçenekler arasında en çok tetikleyen bilgi kaynağı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dahası, kişilerin kendileri karar vererek diyetisyene gelmeleri durumunda, doktor yönlendirmesi ile diyetisyene gelenlerden daha siberkondrik oldukları saptanmıştır ($p<0,05$; $p=0,040$; TukeyHSD) (Tablo 7). Diyet ve beslenme konuları, çevrimiçi sağlık araştırmasındaki büyük bir yüzdeye sahiptir (88). Kişisel sağlık endişeleri ile internet kullanımı birbiriyle ilişkilidir (90). Buradan yola çıkarak, bireylerin diyetisyene gitme kararı verme aşamasında

yaptıkları sağlık bilgisi araştırmaları, internet kullanımını ile ilişkisi olup; siberkondri puanlarının yüksek seyretmesine sebep olma ihtimali taşımaktadır.

Türkiye’de yapılan bir araştırmanın katılımcıları arasında, %38,3’lük bir kesimin yaşanan hastalık sürecine yönelik, %34,2’lik kesimin diyet ve kilo verme sürecine yönelik internet üzerinden araştırma yaptıkları ifade edilmektedir (88). Somatoform hastalığı olan bireylerin (örneğin hazımsızlık, irritabl bağırsak, sırt ağrısı), çevrimiçi sağlık bilgi kaynaklarını daha sık kullandığı bilinmektedir (91). Herhangi bir hastalığı olan veya semptomlar taşıyan bireylerin, çevrimiçi sağlık bilgilerinin aşırı gözden geçirmesinin bir sonucu olarak nitelendiren siberkondri riskini daha fazla taşıdıkları düşünölebilmekle birlikte, konu ile ilgili araştırma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmada herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerin siberkondri puan ortalamaları 80,4 iken, bir hastalığa sahip olan bireylerin puan ortalamaları 71,5 olarak saptanmıştır. Hastalığa sahip olmayan bireylerin siberkondri puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7). Öte yandan, sağlık personeli-hasta iletişiminde, hasta tarafından algılanan hasta merkezli olma düzeyinin, sağlıkla ilgili internet kullanımını ile negatif ilişki olduğu bilinmektedir (92). Bireyler, sağlık personelleri ile iletişimlerinin açık olmadığını, hasta merkezli olmadığını, ihtiyaçlarının karşılanmadığını, sorularının, hastalığının belirsiz yönlerinin, stresinin ve duygularının anlaşılmadığını düşündüklerinde; sağlık bilgisi araştırmak, diyet, ağırlık, fiziksel aktivitede onlara yardımcı olacak bilgiler bulmak ve farklı bir sağlık personeline ulaşmak gibi sebeplerle internet de dahil olmak üzere alternatif bir iletişim kanalı arama eğilimine girmektedirler (92, 93). Benzer şekilde pek çok araştırma, tanı almış hastalar için tıbbi bakımdan memnuniyetsizliklerinin veya hasta merkezli iletişimin eksikliğinin, sağlık bilgisi bulmak için bu hastaları alternatif bir kanal aramaya motive ettiği bildirilmiştir (94-96). Doktor-hasta ilişkisi bakımından ise Türkiye’de hastaların genelinin, doktorlarına tamamen güven duyduğu, tavsiyelerine her zaman uyduğu, hastalıkları konusunda doktorlarının bilgili bir uzman olduğunu düşündükleri, tedavi sürecinde doktorlarının elinden geleni yaptığına inandıkları ve doktorun kendileri için en iyi kararı alacakları görüşüne sahip oldukları saptanmıştır (87). Bu çalışma sonucunda hastalığı olan bireylerin siberkondri puanlarının, hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşük çıkmasının sebebi olarak; bireylerin hastalıkları sebebiyle doktora gitmeleri ve hizmetten tatmin olmaları sonucunda, çevrimiçi sağlık araştırması ihtiyacı hissetmiyor olabilecekleri düşünölmüştür. Bu çalışmanın sonucunda, doktor yönlendirmesi ile diyetisyene

gelenlerin siberkondri puanlarının, kendi kararı ile diyetisyene gelenlerden anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. ($p<0,05$; $p=0,040$; Tukey HSD). Türkiye şartlarında bu bilgilerin, kişilerin doktor ile iletişim içerisinde olmasının, siberkondri risklerini azaltabileceğine işaret ettiği düşünülebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyetisyene başvuran bireylerin siberkondri düzeylerini saptamak ve bireylerin sosyo-demografik özellikleri, başvuru özellikleri ve beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya çıkarmayı amaçlayan bu çalışmada; ileri yaşlara kıyasla, gençlerin; erkeklere kıyasla kadınların; evlilere kıyasla bekarların; ilkokul mezunlarına kıyasla, lise ve lisans mezunlarının; BKİ değeri yüksek olanlara kıyasla, düşük olanların; diyetisyene doktor yönlendirmesiyle gelenlere kıyasla, kendi isteğiyle gelenlerin; beslenme bilgisini yüz yüze ve televizyondan edinenlere kıyasla, internetten edinenlerin ve herhangi bir hastalığa sahip olanlara kıyasla, hastalığı olmayanların siberkondri ciddiyet ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin, beslenme ve diyet hakkındaki düşüncelerinin hiçbiri ile siberkondri puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Siberkondri, psikolojik olarak iyi olmama ve hayatta ciddi fonksiyonel bozuklukla tanımlanan ciddi bir durumdur. Siberkondrinin besleyici faktörlerinden biri olarak, yanlış beslenme bilgilerinin gösterilemeyeceği ve siberkondrik bireylerin yanlış bilgileri daha çok özümsemiş olması gibi bir durumun söz konusu olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; var olan beslenme ve diyet hakkındaki düşüncelerin yanlışlığının kaynağının daha fazla araştırılması gerekirken, bu yanlış bilgilerin sebep olduğu durumların da araştırılması gerekmektedir.

Siberkondriyi artırıcı/semptomlarını şiddetlendirici olabilen bilgiler ile siberkondriklerin inanmaya eğilimli olduğu düşünceler hakkında da daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar sonucunda internetteki bilgilerin siberkondriüzerine etkisi daha iyi anlaşılabilir, halk arasında strese sebep olmaması için, siberkondriyi önleyici birtakım kararlar almak mümkün olabilecektir.

Siberkondrinin günlük hayattaki ciddi fonksiyon kaybına sebep olması göz önünde bulundurulduğunda, sadece internet kullanımı ve içeriklerinde yaptırımlar ile değil, kişilerin durumu fark ettiklerinde ilgili sağlık personellerinden oluşan bir ekip eşliğinde de kontrol altında tutulmasına çalışılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. McElroy E, Shevlin M. "The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS)." *Journal of anxiety disorders* 28(2), 2014, 259-265.
2. Starcevic V, Berle D. "Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health related Internet use." *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 2013, 205–213.
3. Turkiewicz KL. *The impact of cyberchondria on doctor-patient communication*. The University of Wisconsin-Milwaukee, 2012.
4. International Monetary Fund. "World economic outlook, recovery strengthens remains uneven" 2014. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/01/pdf/text.pdf> Erişim Tarihi: 23 Kasım 2018.
5. Inthiran A, Alhashmi SM, Ahmed PK. "Online consumer health: A malaysian perspective, international federation information processing (IFIP) WG9.4 Newsletter – Information Technology in Developing Countries" 2013.
6. Inthiran A, Soyiri I. "Searching for health information online for my child: A perspective from South East Asia" 2015.
7. Purcell K, Brenner J, Rainie L. "Search engine use" 2012.
8. Bylund CL, Gueguen JA, Sabee CM, Imes RS, Li Y, Sanford AA. "Provider–patient dialogue about Internet health information: an exploration of strategies to improve the provider–patient relationship", *Patient education and counseling*, 2007. 66(3), 346-352.
9. Wald HS, Dube CE, Anthony DC. "Untangling the Web—The impact of Internet use on health care and the physician–patient relationship", *Patient education and counseling*, 2007. 68(3).
10. Huberty J, Dinkel D, Beets MW, Coleman J. "Describing the use of the internet for health, physical activity, and nutrition information in pregnant women." *Maternal and Child Health Journal*, 2012, 17(8), 1363–1372.

11. Lemire M, Sicotte C, Paré G. "Internet use and the logics of personal empowerment in health." *Health Policy*, 2008, 88(1), 130–140.
12. Lauckner C, Hsieh G. "The presentation of health-related search results and its impact on negative emotional outcomes." *East Lansing, Michigan State University*, 2013.
13. Muse, K, McManus F, Leung, C, Meghreblian B, Williams JM. "Cyberchondriasis: fact or fiction?" A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet", *Journal of Anxiety Disorders*, 2012, 26(1), 189–196.
14. Baumgartner SE, Hartmann T. "The role of health anxiety in online health information." *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2011, 14(10), 613–618.
15. Bessière, K, Pressman S, Kiesler S, Kraut, R. "Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study", *Journal of Medical Internet Research*, 2010. 12(1).
16. White RW, Horvitz E. "Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in Web search." *ACM Transactions on Information Systems*, 2009, 27, 1–37.
17. White R, Horvitz E. "Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis." *In AMIA annual symposium proceedings*, 2009, 696–700.
18. Aiken M, Kirwan G. "Prognoses for diagnoses: medical search online and cyberchondria." *BMC Proceedings*, 2012, 6(4), 30.
19. Çalıştır B, Dereli F, Eksen M. "Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi." *Journal of Human Sciences* 2006, 2(2).
20. Gürel S, Gemalmaz A, Dişçigil G. "Bir Grup İlköğretim Öğretmeninin Beslenme Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Fizik Aktivite Durumları." *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 5(3), 21-26.

21. Fox S. "Health digital divide, Pew Internet & American life Project", 2012. <http://pewinternet.org/Reports/2011/HealthTopics.aspx> Erişim tarihi: 8 Aralık 2018.
22. Kitikannakorn N, Sitthiworanan C. "Searching for health information on the Internet by undergraduate students in Phitsanulok, Thailand", 2009.
23. Tuna Oran, N., Toz, H., Küçük, T., Uçar, V. "Medyanın Kadınların Beslenme Alışkanlıkları, Besin Seçimi Ve Tüketimi Üzerindeki Etkileri". *Life Sciences*, 2017, 12.
24. Wells A. "The Interaction Between Body Image, Eating Attitudes, and the Use of Social Media Platforms", 2016.
25. Fergus TA. "The cyberchondria severity scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample", *Journal of Anxiety Disorders*, 2014, 28, 504–510. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.006>. Erişim tarihi: 20 Aralık 2018.
26. Taylor S, Asmundson GJG. "Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach", 2004, New York: Guilford Press.
27. TURKSTAT. "Information and communication technology (ICT) usage survey on households and individuals, 2016", 2016, [Press release]. Retrieved from <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779> Erişim tarihi: 25 Haziran 2016.
28. Uzun SU, Zencir M. "Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale", *Current Psychology*, 2018, 1-7.
29. Batigun AD, Gor N, Komurcu B, Erturk IS. "Cyberchondria Scale (CS): Development, Validity and Reliability Study", *DUSUNEN ADAM-JOURNAL OF PSYCHIATRY AND NEUROLOGICAL SCIENCES*, 2018, 31(2), 148-162.
30. Uzun SU. Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler, 2016, <http://acikerisim.pau.edu.tr/xmlui/handle/11499/944> Erişim tarihi: 10 Temmuz 2018.
31. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. "Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi." Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2015.

32. Pekcan G, Şanlıer N, Baş M. "Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)". T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2015.
33. Baysal A. Beslenme. 2014, 12. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınları.
34. Karacabey K. "Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının İncelenmesi", *SportSciences*, 2009, 4(2):124-33.
35. Saygın M, Öngel K, Çalışkan S, Yağlı M, Has M, Gonca T. "Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları", *SDÜ Tıp Fak Derg.*, 2011, 18(2):43-7.
36. Brewer EA, Kolotkin RL, Baird DD. "The relationship between eating behaviors and obesity in African American and Caucasian women", *Eat Behav.*, 2003, 4(2):159-71.
37. Azizi M, Aghaee N, Ebrahimi M, Ranjbar K. "Nutrition knowledge, the attitude and practices of college students", *Facta Universitatis: Series Physical Education and Sport*, 2011, 9(3):349-57.
38. Beers MBR. "The Merck Manual of Diagnosis and Therapy", *Nutritional Disorders: West Point: Merck&Co*; 1999, p. 1-62.
39. Trumbo P. et al. "Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids." *Journal of the American Dietetic Association* 2002, 102:11.
40. FAO/WHO/UNA (Food and Agriculture Organization of the United Nations/ World Health Organization/United Nations Association). "Energy and Protein Requirements", *Report of a Joint FAO/WHO/UNA Expert Consultation. Technical Report Series*. 1985. No. 724. Geneva: WHO.
41. Dietary Guidelines Advisory Committee. "Dietary guidelines for Americans 2015-2020", *Government Printing Office*, 2015.
42. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. "Türkiye'ye özgü beslenme rehberi", 2004, Ankara.
43. Yücecan S. "Türklerde Beslenme Kültürü", *Dördüncü Milletlerarası Yemek Kongresi*, 1992, Konya Kültür ve Turizm Vakfı Yayını, Konya.

44. Koordinasyon, İktisadi Sektörler ve Genel Müdürlüğü, "Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu", 2003.
45. Fahrii Y. "Türkiye’de tarım", 2005, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Yayınları, Ankara.
46. Şanlıer N. "Tam tahıl ürünleri ve sağlık üzerine etkileri." *Tam Buğday Ekmeği Yaygınlaştırma Sempozyumu*, 2012, 48-54.
47. Sağlık Bakanlığı. "Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu", 2014, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
48. Kalkan İ, Özarık B. "Tam Buğday Ekmeği ve Sağlık Üzerine Etkisi" *Aydın Gastronomy* 2017, 1.1: 37-46.
49. Gatenby SJ. "Eating frequency: methodological and dietary aspects." *British Journal of Nutrition*, 1997,77.S1 : S7-S20.
50. Yılmaz S. "Yetişkenlerde öğün sıklığının vücut kompozisyonu üzerine etkisi" *Diss.* 2010.
51. Debry G. "Newer knowledge on the treatment of obesity", *Bibliotheca Nutrition e Dietetica*, 1978, 26, 44-59.
52. Kulesza W. "Dietary intake in obese women", *Appetite*, 1982, 3, 61-68.
53. Jenkins DJA, Wolever TMS, Vuksan V, Brighenti F, Cunnane SC, Rao AV, Jenkins AL, Buckley G, Patten R, Singer W, Corey P, Josse RG. "Nibbling versus gorging: metabolic advantages of increased meal frequency", *New England Journal of Medicine*, 1989, 321,929-934.
54. Jenkins DJA, Ocana A, Jenkins AL, Wolever TMS, Vuksan V, Katzman L, Hollands M, Greenberg G, Corey P, Patten R, Wong G, Josse RG. "Metabolic advantages of spreadingthe nutrient load: effects of increased meal frequency in non-insulin-dependent diabetes", *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55,461467.
55. Sağlık Bakanlığı. "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)", 2013, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

56. Cusatis DC, Shannon BM. "Influences on adolescent eating behavior", *Journal of Adolescent Health*, 1996, 18:27-34.
57. Haapalahti M, Mykkänen H, Tikkanen S, Kokkonen J. "Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children", *Public Health Nutr.* 2003, 6:365-370.
58. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. "Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents", *J Am Diet Assoc.* 2003, 103:317-322.
59. Sjöberg A, Hallberg L, Höglund D, Huithén L. "Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in The Göteborg Adolescence Study", *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 57:1569-1578.
60. Hartmann C, Siegrist M, van der Horst K. "Snack frequency: associations with healthy and unhealthy food choices", *Public Health Nutr.* 2013, 16:1487–96.
61. van der Heijden AA, Hu FB, Rimm EB, van Dam RM. "A prospective study of breakfast consumption and weight gain among U.S. men", *Obesity (Silver Spring)*, 2007, 15:2463–9.
62. Howarth NC, Huang TT, Roberts SB, Lin BH, McCrory MA. "Eating patterns and dietary composition in relation to BMI in younger and older adults," *Int J Obes (Lond)*, 2007, 31:675–84.
63. Kahleova H, et al. "Meal Frequency and Timing Are Associated with Changes in Body Mass Index in Adventist Health Study 2." *The Journal of nutrition*, 2017, 147.9: 1722-1728.
64. Palmer MA, Capra S, Baines SK. "Association between eating frequency, weight, and health", *Nutr Rev.* 2009, 67:379–90.
65. Leidy Heather J, and Wayne WC. "The Effect of Eating Frequency on Appetite Control and Food Intake: Brief Synopsis of Controlled Feeding Studies, 2." *The Journal of nutrition*, 2010, 141.1: 154-157.
66. Guenther PM, Kirkpatrick SI, Reedy J, et al. "The Healthy Eating Index-2010 is a valid and reliable measure of diet quality according to the 2010 Dietary Guidelines for Americans", *J Nutr.* 2014, 144(3): 399-407.

67. Nicklas TA, O'Neil CE, Berenson GS. "Nutrient contribution of breakfast, secular trends, and the role of ready-to-eat cereals: a review of data from the Bogalusa Heart Study", *Am J Clin Nutr*, 1998, 67:757S–763S.
68. Siega-Riz AM, Popkin BM, Carson T. "Trends in breakfast consumption for children in the United States from 1965–1991", *Am J Clin Nutr*, 1998 67:748S–756S.
69. Schlundt DG, Hill JO, Sbrocco T, Pope-Cordle J, Sharp T. "The role of breakfast in the treatment of obesity: a randomized clinical trial", *Am J Clin Nutr*, 1992, 55:645–651.
70. Rodrigues PRM, et al. "Adolescents' unhealthy eating habits are associated with meal skipping." *Nutrition*, 2017, 42: 114-120.
71. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, et al "Family dinner and diet quality among older children and adolescents", *Arch Fam Med* 2000, 9:235–240.
72. Siega-Riz AM, Carson T, Popkin B. "Three squares or mostly snacks—what do teens really eat? A sociodemographic study of meal patterns", *J Adolesc Health*, 1998 22:29–36.
73. Wolfe WS, Campbell CC. "Food pattern, diet quality, and related characteristics of school children in New York State", *J Am Diet Assoc*, 1993, 93:1280–1284.
74. Wolfe WS, Campbell CC, Frongillo Jr EA, Haas JD, Melnik TA. "Overweight school children in New York State: prevalence and characteristics", *Am J Public Health*, 1994, 84:807–813.
75. Yoon K, Min K, Chun H, Jang S, Cho S. , "Effect change of obesity on diabetes depending on measurement: self-reported body mass index from 2012 Community Health Survey vs. directly measured from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey", *Epidemiology and Health*, 2015, 37:7.
76. Uzun SU. Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler, 2016, <http://acikerisim.pau.edu.tr/xmlui/handle/11499/944> Erişim tarihi: 8 Temmuz 2018.
77. Bati AH, Mandiracioglu A, Govsa F, Çam O. "Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students", *Nurse education today*, 2018, 71, 169-173.

78. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. “The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form”, *Int J Behav Med*, 2016, 23:595- 605.
79. Pennbridge J, Moya R, Rodrigues L. “Questionnaire survey of California consumers' use and rating of sources of health care information including the Internet”, *Western Journal of Medicine*, 1999, 171(5-6), 302.
80. Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779> Erişim Tarihi 9 Eylül 2017.
81. Fox S. Online Health search 2006. Pew internet & American Life Project. 2006. http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2006/PIP_Online_Health_2006.pdf.pdf Erişim Tarihi: 7 Ağustos 2017
82. Markoff J. Microsoft Examines Causes of cyberchondria. 2008. <http://www.nytimes.com/2008/11/25/technology/internet/25symptoms.html> Erişim Tarihi 5.8.2017
83. Mathes BM, Norr AM, Allan NP, Albanese BJ, Schmidt NB. “Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization”, *Psychiatry research*, 2018, 261, 204-211.
84. Zülfikar, H. “Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları (the Internet usage behaviour and access patterns of the patients to the health information on the Internet)”, *F.N. Hem. J.*, 2014, 22 (1), 46–52.
85. Zarcadoolas C, Blanco M, Boyer JF, Pleasant A. “Unweaving the Web: an exploratory study of low-literate adults' navigation skills on the World Wide Web”, *Journal of Health Communication*, 2002, 7(4), 309-324.
86. Atkinson N, Saperstein S, Pleis J. “Using the Internet for health-related activities: findings from a national probability sample”, *J Med Internet Res*, 2009, 11(1), e4. <http://www.jmir.org/2009/1/e4/>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2018.
87. GÜLCEMAL E, KEKLİK B. “Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği-An Investigation On Factors Affecting The Confidence of Patients to Physicians: A Research In Isparta”, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016, 8(14), 64-87.

88. Elciyar K, Taşcı D. “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanması”, *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2017, 2(4).
89. Eysenbach G, Köhler 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(7337), 573-577.
90. Ivanova, E. “Internet addiction and cyberchondria-Their relationship with Well-Being”, *Journal of Education Culture and Society*, 2013, (1).
91. Haviland MG, Pincus HA, Dial TH. “Datapoints: type of illness and use of the internet for health information”, *Psychiatric Services*, 2003, 54(9), 1198.
92. Hou J, Shim M. “The role of provider–patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities”, *Journal of health communication*, 2010, 15(sup3), 186-199.
93. Tustin N. “The role of patient satisfaction in online health information seeking”, *Journal of Health Communication*, 2010, 15, 3–17.
94. Fox S, Rainie L. Vital decisions, 2002. [://www.pewinternet.org/Reports/2002/Vital-Decisions-A-Pew-Internet-Health-Report.aspx](http://www.pewinternet.org/Reports/2002/Vital-Decisions-A-Pew-Internet-Health-Report.aspx) Erişim tarihi: 6 Aralık 2009.
95. Lee SY, Hwang H, Hawkins R. “Why do patients use the Internet? The effects of insufficiency on patients' health-related Internet use”, *Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association*, 2006, Dresden, Germany.
96. Sen N. “Patient dissatisfaction as a motivating factor in online health seeking”, *Paper presented at the annual meeting of the NCA 94th Annual Convention*, 2008, San Diego, CA.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 04.07.2018

Toplantı Sayısı: 96


Toplantıya Katılanlar:


Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Kerime Derya Beydağ	(Üye) (Katılmadı)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 04.07.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

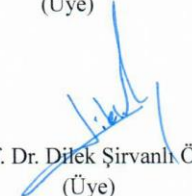
Karar 22. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Beslenme ve Diyetetik bölümünden **Sena TİRİTOĞLU'nun "Diyetisyene Başvuran Bireylerin Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşünceleri ile Siberkondri İlişkisi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)

Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye) (Katılmadı)


Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Kerime Derya Beydağ
(Üye) (Katılmadı)

Ek 2. Gönüllü Onam Formu

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Dr. Öğr. Gör. Hande ÖNGÜN YILMAZ danışmanlığında Sena TİRİTOĞLU tarafından yürütülen “DİYETİSYENE BAŞVURAN BİREYLERİN BESLENME VE DİYET HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ İLE SİBERKONDRI İLİŞKİSİ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı diyetisyene başvuran bireylerin beslenme/diyet hakkındaki düşünceleri ile siberkondri durumlarını saptamak ve birbirleriyle ilişkilerini incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya senatirit94@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Ek 3. Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşünceler Anketi

Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşüncelerin Değerlendirilmesi Anket Formu

Anket No:

Tarih:

Bölüm 1 - Sosyodemografik Özellikler

Size uygun olan seçeneği X ile işaretleyerek belirtiniz.

1. Cinsiyetiniz : 1. Kadın () 2. Erkek ()	5. Gelir Durumunuz Nedir? 1. Gelirim giderimden fazla () 2. Gelirim giderime denk () 3. Gelirim giderimden az ()
2. Yaşınız:	6. Eğitim Durumunuz: 1. Okur - yazar değil () 2. Okur - yazar () 3. İlkokul mezunu () 4. Ortaokul mezunu () 5. Lise mezunu () 6. Lisans, ön lisans mezunu () 7. Yüksek lisans, doktora, üstü ()
3. Medeni Durumunuz: 1. Evli () 2. Bekar ()	7. Antropometrik Ölçümler (Araştırmacı tarafından eklenecektir.) 1. Boy (cm):..... 2. Ağırlık (kg): 3. BKİ:
4. Herhangi Bir İşte Çalışıyor musunuz? 1. Çalışmıyorum () 2. Çalışıyorum ()	

Bölüm 2 - Başvuru Özellikleri

Size uygun olan seçeneğin başına X koyarak belirtiniz.

1. **Diyetisyene Gelmenize Sebep Olan Öncelikli Olarak Kimdir?** (Tek seçenek işaretleyiniz.)

- () 1. Kendi isteğimle geldim
() 2. Ailem ve/veya sosyal çevremın isteğiyle geldim
() 3. Doktorum yönlendirdi

2. **Diyetisyene Gelmenizin Öncelikli Amacı Nedir?** (Tek seçenek işaretleyiniz.)

- () 1. Kilo almak
() 2. Kilo vermek
() 3. Şu andaki kilomu koruyabilmek
() 4. Kilo problemim yok, sağlıklı beslenmeyi öğrenmek
() 5. Hastalığımın dolayısıyla, hastalığımın uygun beslenmeyi öğrenmeye geldim/doktor gönderdi.
() 6. Özel durumumdan dolayı bana uygun beslenmeyi öğrenmeye geldim/doktor gönderdi
(spor, emzirme, hamilelik vs..)
() 7. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

3. Beslenme ve Diyetle İlgili Bilginiz Varsa En Çok Kimden Öğrendiğiniz?

(Tek seçenek işaretleyiniz.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Bilgim yok | <input type="checkbox"/> 10. Yaşam koşullarından |
| <input type="checkbox"/> 2. Doktordan | <input type="checkbox"/> 11. Zayıflama ürünü satıcılarından |
| <input type="checkbox"/> 3. Diyetisyenden | <input type="checkbox"/> 12. Üniversitede Beslenme ve Diyetetik eğitimi almadığı halde meslek olarak beslenme danışmanlığı yapan insanlardan |
| <input type="checkbox"/> 4. Hemşirelerden | <input type="checkbox"/> 13. Aktarlardan |
| <input type="checkbox"/> 5. Ebelerden | <input type="checkbox"/> 14. Aile, sosyal çevreden |
| <input type="checkbox"/> 6. Fizyoterapistlerden | <input type="checkbox"/> 15. Diğer (Lütfen belirtiniz.) |
| <input type="checkbox"/> 7. Eczacılardan | |
| <input type="checkbox"/> 8. Diğer sağlık personellerinden | |
| <input type="checkbox"/> 9. Spor hocalarından | |

4. Beslenme ve Diyetle İlgili Bilginizi Varsa En Fazla Hangi Yolla Öğrendiniz?

(Tek seçenek işaretleyiniz.)

1. Bilgim yok
 2. Yüz yüze
 3. İnternette
 4. Televizyondan
 5. Kitaplardan
 6. Dergilerden
 7. Gazetelerden
 8. Broşürlerden

5. Daha Önceden Diyetisyene Gittiniz mi? Gittiyseniz Kaç Farklı Diyetisyene Gittiğinizi Yazınız.

1. Gitmedim
 2. kez diyetisyene gittim. (Lütfen boşluğu doldurunuz.)

6. Daha Önce Kendiniz Diyetisyene Gitmeden Diyet Yaptınız mı? Yaptıysanız Kaç Kere Diyet Yaptığınızı Yazınız.

1. Yapmadım
 2. kez kendim diyet yaptım. (Lütfen boşluğu doldurunuz.)

7. Daha Önce Diyetisyen Olmayan Bir Kişiye Başvurarak Zayıflama Hizmeti Aldınız mı?

1. Almadım 2. Aldım

8. Herhangi Bir Hastalığınız Var mı? Var İse Lütfen Belirtiniz.

1. Yok 2. Var

.....hastalıklarım var.

Bölüm 3 - Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşünceler

Size uygun olan 'EVET - BİLMİYORUM - HAYIR' seçeneklerinden sadece birini ' X ' işareti koyarak belirtiniz.

1. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle karbonhidratlar yer almaz.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle yağlar yer almaz.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle proteinler yer almaz.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle beyaz unlu ürünler ve ekmekler önerilir.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle tam tahıl unlu ürünler ve ekmekler önerilir.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Sağlıklı beslenme kapsamında, etler, iç yağı ve kuyruk yağı eklenerek pişirilir.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Sağlıklı beslenme kapsamında, zeytinyağı, istenildiği miktarda kullanılır.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Sağlıklı beslenme kapsamında, tereyağı, istenildiği miktarda kullanılır.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bölüm 3 - Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşünceler (Devamı)

Size uygun olan 'EVET - BİLMİYORUM - HAYIR' seçeneklerinden sadece birini ' X ' işareti koyarak belirtiniz.

9. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle ara öğünler yer alır.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Sağlıklı olan, egzersizi aç karna yapmaktır.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle haftada 0,5-1 kg arası kilo vermek yeterlidir.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle kahvaltı yer alır.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle öğle yemeği yer alır.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Diyetisyenin yazdığı, sağlıklı kilo verdiren bir diyetle akşam yemeği yer alır.

EVET	BİLMİYORUM	HAYIR
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek 4. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ

Size uygun olan ‘Hiçbir Zaman - Nadiren - Bazen - Genellikle - Her Zaman’ seçeneklerinden sadece birini ‘ X ’ işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1- Vücutmla 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 hekimine/uzman doktora öneririm.					
17- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette haber / spor / eğlence ile ilgili yazıları okumamı engeller.					
18- Hastalık belirtilerim/şikâyetlerim ile ilgili olarak aynı internet sayfasını birçok kez okurum.					

SİBERKONDRİ CİDDİYET ÖLÇEĞİ (Devamı)

Size uygun olan 'Hiçbir Zaman - Nadiren - Bazen - Genellikle - Her Zaman' seçeneklerinden sadece birini ' X ' işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
19- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi arama motoruna girdiğimde; sonuç sayfasındaki sıralamanın, hastalık yaygınlığına göre olduğunu ve daha üstte yer alanların en olası tanı olduğunu düşünürüm.					
20- Ciddi bir hastalık hakkında internette bilgi okuyuncuya kadar iyi olduğumu düşünürüm.					
21- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim.					
22- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissedirim.					
23- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim.					
24- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi(Skype,WhatsApp,Messenger,Viber) engeller/yavaşlatır.					
25- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller.					
26-Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur.					
27- Sağlık sorunlarım ile ilgili internetten edindiğim bilgileri aile 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.					