

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği

Cilt
Volume **27** | Sayı
Issue **1** | Mart
March **2023**

Dergisi



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır
www.turkailehekderg.org



ISSN 1308-531X

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Turkish Journal of Family Practice

Yıl / Year 2023

Cilt / Volume 27

Sayı / Issue 1

İmtiyaz Sahibi / Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)
adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Esra Saatçı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Adana, Türkiye
esra.saatci@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4881-5906

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü /
Responsible Managing Editor**

Prof. Dr. Serdar Öztora
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
droztora@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9336-6009

Yayının Türü / Publication Type

Yaygın Süreli Yayın /
International peer-reviewed journal

Yayıncı / Publisher

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği /
Turkish Association of Family Physicians

Yayıncı Adres / Publisher Address

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel
Merkezi, Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok.
No:44/3, Çankaya/Ankara
E-posta: tahud@tahud.org.tr
Tel: +90 312 222 99 30
Web: www.tahud.org.tr

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) olarak yayımlanan
açık erişim, ücretsiz ve hakemli bir dergidir.

Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus, EBSCOHost,
TÜBİTAK TR Dizin tarafından dizinlenmektedir.

The journal is published quarterly (March, June, September, December)
TJFP is an open access, free and peer-reviewed journal.

Turkish Journal of Family Practice is indexed by
Turkey Citation Index, Index Copernicus, EBSCOHost, TUBITAK TR Index.

© Bu dergide yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır.

© Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to Turkish Association of Family Physicians. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden.

Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services

Akdema Bilişim Yayıncılık ve Dan. Tic. Ltd. Şti.
E-posta: bilgi@akdema.com
Tel: 0533 166 80 80
Web: www.akdema.com



Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Esra Saatçı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Adana, Türkiye
esra.saatci@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4881-5906

Editörler / Editors

Prof. Dr. Serdar Öztora
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
droztora@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9336-6009

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye
zeynepvural@mynet.com
ORCID: 0000-0001-6131-7085

Doç. Dr. Ümit Aydoğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
uaydogan06@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4114-3473

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
m.kursatsahin@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-3490-6009

Doç. Dr. Umut Gök Balcı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi
Tepecik SUAM, İzmir, Türkiye
dr_ugb@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5048-204x

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Edirne

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği / Ankara

Prof. Dr. Mehmet Ungan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Ankara

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu
*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı /
Eskişehir*

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Thomas Freeman
*The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /
Ontario, Canada*

Prof. Dr. Michael Kidd
Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia

Prof. Dr. Jan De Maeseneer
Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent, Belgium

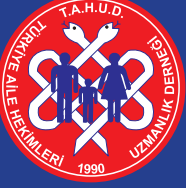
Prof. Dr. Waris Qidwadi
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

Prof. Dr. Richard G. Roberts
*School of Medicine, and Public Health, University of Wisconsin / Madison,
WI, USA*

Prof. Dr. Moira Steward
*The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /
Ontario, Canada*

Prof. Dr. Nabil D. Sulaiman
College of Medicine, University of Sharjah/ Sharjah, United Arab Emirates

Prof. Dr. Chris van Weel
Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands



İçindekiler / Contents

Orijinal Araştırmalar / Original Research

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne Başvuran Hastaların İlaç Kullanım Alışkanlıkları
Drug Use Behaviors of Patients Applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Outpatient Clinic
Bahadır Yazıcıoğlu, Füsün Artıran İğde..... 1

Hipertansiyon Tanılı Hastaların İzlemlerinde Sağlık Kuruluşu Tercihleri ve Etkileyen Faktörler

Health Facility Preferences of Patients in the Follow-up of Hypertension and Affecting Factors

Merve Vatansever Balcan, Hüseyin Elbi, Fatih Özcan 8

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulguları ve Nomofobi İlişkisi

The Relationship between Attention Deficit, Hyperactivity Symptoms, and Nomophobia

Şeyma Nur Elif Erdoğan, Derya Akbıyık..... 14



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

AMAÇ KAPSAM

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice (e-ISSN 1308-531X) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Ulusal süreli yayın türünde olan dergi elektronik olarak üç ayda bir yayımlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayınlanabilir. Derginin içeriği, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konulardan oluşmaktadır. Dergide; başmakale, araştırma ve derleme makale, olgu sunumu, sürekli tıp eğitime katkıda bulunacak yazı, kısa rapor, editöre mektup, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri ve aile hekimliğinden haberler yer alır.

YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazılar, çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kurultan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunularında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri ile işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır.

Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deney Hayvanları Etik Kurulu'ndan alacakları onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı, yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkarımların yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çatışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir.

Dergimiz bilimsel yayını etğinin kötüye kullanımını ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. www.publicationethics.org

YAZI ÇEŞİTLERİ

Özgün Araştırmalar: Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları.

Giriş bölümünde; çalışma konusu, konunun seçilme nedeni, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri sunularak araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır.

Gereç ve Yöntem bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarıyla sonuçlandırılmalıdır.

Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

Kısa Araştırma Raporları: Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla sınırlı kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara tabi olmalıdır, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'ye geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

Olgu Sunumu: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. Aile hekimliği uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Derlemeler: Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi zorunluğu yoktur; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler; başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlandırılmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayınlanır.

Yorum Yazıları ve Editöre Mektuplar: Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini geliştirmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?: Aile hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerekliğinde resim (hasta ya da kişi resimlerinde sahibinden izin alınarak) eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Ulusal ve Uluslararası Raporlar: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviriyi yapanın sorumluluğundadır.

Dergilerden Seçmeler: Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar yer alabilir. Bu yazılar 500 sözcüğü geçmemelidir.

Haberler: Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Tanıtım Yazıları: Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmalarını ve önemli projeleri tanıtmak amaçlı yazılardır. TAHUD çalışma gruplarının etkinliklerini tanıtmak amacıyla da yazılabilir. Bu yazılar gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konuları tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilir.

YAZI KURALLARI

Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

Türkçe karşılığı olan yabancı sözcüklerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık
- Özet ve abstract
- Metin
- Kaynaklar
- Tablo, şekil ve resimler

Başlık: Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı, yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlar dışında en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150, en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç

(Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere, Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler, Türkiye Bilim Terimleri'ne (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

Metin: Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni, Dergi elektronik makale kabul sistemine yazar ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeksizin köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir.

Kaynaklar, makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur.

Kaynakların yazımında VANCOLIVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için linke tıklayabilirsiniz>>>

Makale için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Makalenin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Derginin kısaltma ile belirtilen adı (boşluk), yayınlandığı yıl (noktalı virgül), cilt (iki nokta üst üste), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Başak O, Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. Turk Aile Hek Derg 2014; 18(1): 16-24.

Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. Eur J Gen Pract 2014; 20(4): 253-9.

Bildirici için: Dergiye gönderilen makalelerde, kongre kitapçığında yayınlanan sözler ya da poster bildirileri de kaynak gösterilebilir. Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bildirinin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Sunulan kongre/bilimsel toplantının adı (virgül), yapıldığı yer (virgül), yapıldığı tarih (noktalı virgül), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Mansuroğlu YE, Arıca S, Yengil E, Taner M, Özer C. Gebelik beslenmesinin ve vücut kitle indeksi değişikliklerinin makrozomi ile ilişkisi. 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014; 103.

Kitap için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük) (nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu) (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), Yayınevi (virgül), Yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Birinci baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010; 95-7.

Başka bir örnek verelim.

Kitap bölümü için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bölümün adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük ve sonuna 'de/'da yazılarak) (nokta). Ed. yazıldıktan sonra editör ad(lar)ı (soyadı ve adlarının baş harfleri)



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

(nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), yayınevi (virgül), yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995; 3-19.

İnternet sayfası için: (Varsa) yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Sayfanın ya da yazının başlığı (nokta). Tarayıcının adres satırında görünen internet sayfasının tam adresi (boşluk) adresinden gg/aa/yyyy tarihinde erişilmiştir (ya da indirilmiştir) (nokta).

Örnek:

WONCA Ad Hoc Task Force on Tobacco Cessation. An International Benchmarking Study of Family Medicine Organisations. <http://www.globalfamilydoctor.com/tobacco/> adresinden 29/09/2002 tarihinde indirilmiştir.

Şekil, Tablo ve Resimler

Şekil, tablo ve resimler her biri en çok 6 adet olmak üzere toplam 18'i geçmemelidir. Kısa araştırma raporları için bu sayı ikişerden 6'dır. Her bir kategori kendi içinde Arap rakamlarıyla (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimlerde standart dışı kısaltma kullanılması gerektiğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Tablo, şekil ve resim/grafikler metin içinde verilmesinin yanı sıra ayrı dosya halinde makale kabul sistemine yüklenmelidir.

KONTROL LİSTESİ

Hazırlanan yazıların dergiye gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

Yazının uzunluğu (özgün araştırmalar en fazla 3000, kısa araştırma raporları ve olgu sunumları en fazla 1000, derlemeler en fazla 4000 sözcük)

Metin stili (Çift satır aralıklı, her yandan 2.5 cm boşluk bırakılmış, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak yazılmış Word dokümanı)

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

Özetler (Türkçe ve İngilizce; araştırma yazılarında yapılandırılmış; en az 150, en fazla 350 sözcük; kısa raporlarla en fazla 100 sözcük)

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

Şekil, tablo ve resimler (Her biri en çok 6 adet olmak üzere en fazla 18; kısa araştırma raporlarında ikişerden en fazla 6 adet; numaralandırma; gerektiğinde özgünlük/izin yazısı)

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

GENEL KURALLAR

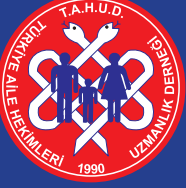
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucunda derginin yayın amacına uygun bulunmayan yazılar Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda Yayın Kurulu incelemesi aşamasının ardından Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulur.

Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultuda ise sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilebilir. Bu durumda üçüncü hakemden gelen yanıtla göre karar verilir.

Dergimiz, derneğimiz ve yayıncı, yayımlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayımlanan yazı ve resimler derginin malı olur (bkz. Telif Hakları). Dergiden yapılacak her türlü alıntının, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

Toplam 20 basılı sayfayı geçen bir yazı ya da yazı serisi, dergi ek sayısı (supplementum) olarak yayımlanmak üzere kabul edilebilir. Bu durumda bütün masrafların yazar(lar) tarafından karşılanması istenir. Ayrı baskı talepleri ücret karşılığı yerine getirilir.



Editörden / Editorial

Deprem ve Aile Hekimliği

Değerli Okurlarımız,

Dergimizin bu yeni sayısı için “Editörden” yazısını yazmak oldukça zor. Sizlere yılın ilk sayısında olumlu mesajlar yazmak isterdim ancak 6 Şubat 2023 tarihi hepimizin hayatında bir dönüm noktası oldu. Kahramanmaraş merkezli 7,7 ve 7,6 büyüklüğündeki iki deprem 11 ilimizi (Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa) etkiledi. Yüzyılın afetinde 20 Mart 2023 tarihi itibarı ile hayatını kaybedenlerin sayısı maalesef 50.096, yaralananların sayısı ise 107.204’e ulaştı, 448 sağlık çalışanı hayatını kaybetti, birçok sağlık kuruluşu kullanılamaz duruma geldi, 197.825 bina az veya orta hasarlı olarak kayıtlara geçti. Toplam yıkılan bina sayısı 18.200 oldu. Ülkemizin başına gelen bu deprem felaketi ve ardından tam toparlanmaya çalışırken 16 Mart 2023 tarihinde Şanlıurfa ve Adıyaman’da meydana gelen sel felaketi hepimizin hayatını altüst etti. Hiçbirimiz rutimize ve normale dönemedik. Binlerce kişi evsiz kaldı, Crush Sendromu, travma, kırık, amputasyon, diyaliz ihtiyacı gibi akut sağlık sorunlarının yanı sıra bölgeden büyük bir iç göç yaşandı ve sonuç olarak bedensel yaralanmalar ve hastalıklara ek olarak depresyon, anksiyete bozukluğu ve post travmatik stres bozukluğu gibi ciddi psikiyatrik sorunlarla mücadele edilmesi gerekti. Tüm bu sorunlar aile hekimliği uzmanlarının biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal yaklaşımını gerektirdi ve bu yaklaşımın önemini bir kez daha gösterdi.

Kahramanmaraş Pazarcık Depremi’nde bölgede çalışan tüm aile hekimleri, aile hekimliği uzmanları, aile hekimliği akademisyenleri ve il sağlık yöneticileri, en yakınlarını kaybetmenin acısını yaşarken ve kendi sağlık sorunları ile uğraşırken depremzedelere çare ve şifa olmaya devam ettiler. Ayrıca, depremden etkilenen iller dışındaki illerden gönüllü aile hekimleri, aile hekimliği uzmanları, akademisyenleri ve asistanları deprem bölgesine giderek çok zor koşullarda sağlık hizmeti sundular.

Tıpkı COVID-19 Pandemisi’nde olduğu gibi bu deprem felaketi de sağlık hizmetlerinin sunumunda, entegrasyonunda ve koordinasyonunda aile hekimlerinin hayati rolünü bir kez daha ortaya koydu.

2021 yılında Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz’ın “Sağlıkta Afet Yönetimi’nde Aile Hekimliği” kitabı TAHUD yayını olarak sizlerin okumasına sunulduğunda bu kitaptaki bilgilere bu kadar kısa sürede ihtiyaç duymak zorunda kalacağımız aklımızın ucundan geçmiyordu. Aşağıda kitaptan birkaç alıntıyı sizlerle paylaşıyorum:

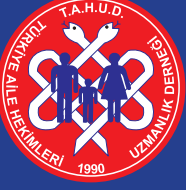
Kitabın Önsözünden:

“Risk altındaki grubu iyi tanıyan, koruyucu hekimliği temel alan, risk yönetiminin yerel düzey- deki adaptasyonunu sağlayan ve Türkiye’de önemli bir sağlık gücüne sahip olan “Aile Hekimlerinin” sağlıkta afet yönetimi disiplini içerisinde aktif rol alması gerektiği öngörülmektedir.”

“Her ne kadar Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulunun (TAHYK) 2013 yılında hazırlamış olduğu “Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı”nda “Kriz ve Afet Yönetimi”, aile hekimliği uzmanının görevlerinden olan “Yönetici Aile Hekimi”nin bir özelliği olarak tanımlanmış olsa da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında (TUKMOS) henüz bu konu ile ilgili bir bölüm bulunmamaktadır. Nitekim yaptığımız çalışmada asistan hekimlerin yalnızca %9.2’sinin, uzmanlık eğitimi aldıkları kurumlarda afet tıbbi ve yönetimine ilişkin ders aldığını belirtmiş olması bunun en önemli kanıtlarından biridir.”

Sayfa 87:

“Aile hekimleri her afet türüne uygun bir hareket planını oluşturmalıdır ve aile hekimleri kendilerini belki de daha önce hiç karşılaşmadıkları böylesi ciddi durumlar için hazırlamalıdır. Ruhsal ve fiziksel tehlikeler açısından eğitim almalı, ulusal ve yerel düzeydeki afet yönetimi organizasyonlarıyla afet öncesinden irtibatlı olmalıdır.”



Editörden / Editorial

Sayfa 90:

“Nitekim aile hekimi bir afet yaşandığında ister istemez gerek olayın ilk saptanması gerek kritik bilgilerin kayıt altına alınıp gerekli mercilere bildirilmesi gerekse uygun bir triyajla etkin bir müdahalenin merkezinde ya da sevk zincirinde yerel düzeyde afet yönetiminin bir yerinde kendisini bulacaktır.”

Sayfa 91:

“Aile hekimleri acil durum ve afet anında ise rutin birinci basamak sağlık hizmetleri vermeye mümkün olduğu oranda devam etmeli ve etkin bir afet yönetimi açısından diğer sağlık hizmeti gruplarıyla koordine içinde olmalı ve gereken müdahalede bulunmalıdır”

Sayfa 92:

“Bununla beraber “yönetici aile hekimi” afetlere hazırlık planlarının tüm aşamalarında aktif görev alarak afet yönetimindeki üst yöneticiler ile en alttaki afete maruz kalanlar arasında bir köprü olabilir. Nitekim istenilen yeterli bir toplumsal cevap için aile hekimi (bir köprü konumunda) önemli bir yerde durmaktadır”

Sayfa 93:

“Bir aile hekimi, afet sonrasında afetzedelerin akut problemleriyle ilgilendiği kadar kronik hastalıkların takibiyle de ilgilenmelidir.”

Yazımın sonunda, bu felakette yaşamını kaybedenlere Allaha rahmet, ailelerine ve yakınlarına başsağlığı, yaralılarımıza acil şifalar diliyorum. Umarım yaralar en kısa sürede sarılır. Bu sayının yayına hazırlanmasındaki katkıları için yazarlarımıza, hakemlerimize ve editör yardımcılarımıza çok teşekkür ederim.

Afetsiz günler dileğiyle.

Editörler Kurulu adına
Prof. Dr. Esra Saatçı

Bu sayıda yer alan ve hala değerlendirme sürecinde olan makalelerin hazırlanmasında emeği bulunan hakemlerimize teşekkürlerimizi sunuyoruz*:

- Tijen Acar
- Ezgi Ağadayı
- Nurcan Akbaş Güneş
- Hilal Aksoy
- Cüneyt Ardıç
- Füsün Aysin Artıran İğde
- Hümeysra Aslaner
- Nurcan Akbaş Güneş
- Duygu Ayhan Başer
- Aylin Baydar Artantaş
- Ali Ramazan Benli
- Özlem Çiğnerli
- Yasemin Çayır
- Hamdi Nezih Dağdeviren
- Akın Dayan
- Nejat Demircan
- Hakan Demirci
- Mustafa Fevzi Dikici
- Pınar Döner Güner
- Süleyman Ersoy
- Cihan Fidan
- Zerrin Gamsızkan
- Çiğdem Gerekliloğlu
- Özden Gökdemir
- Sebahat Gücük
- Yusuf Adnan Güçlü
- Habibe İnci
- Nazan Karaoğlu
- Burcu Kayhan Tetik
- Yasemin Kılıç Öztürk
- Selçuk Mistik
- Alis Özçakır
- Onur Öztürk
- Züleyha Öztürk Alper
- Emin Pala
- Hülya Parıldar
- Selma Pekgör
- Fisun Sözen
- Selda Tekiner
- Berrin Telatar
- Yücel Uysal
- Arzu Uzuner
- Burkay Yakar
- Güzin Zeren Öztürk

*Soyadına göre alfabetik

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne Başvuran Hastaların İlaç Kullanım Alışkanlıkları*

Drug Use Behaviors of Patients Applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Outpatient Clinic

Bahadır Yazıcıoğlu^{1B}, Füsün Arıran İğde^{1B}

Atf/Cite as: Yazıcıoğlu B, Arıran İğde F. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne başvuran hastaların ilaç kullanım alışkanlıkları. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(1):1-7.

ÖZ

Amaç: İlaç kullanım davranışı tedavi başarısını doğrudan etkilemektedir. Bu davranışı etkileyen farklı faktörler vardır. Bu çalışmada, kişilerin ilaç kullanma davranışları ve bu davranışı etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, kesitsel tipte, tanımlayıcı ve analitik özelliktedir. Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'ne altı aylık sürede başvuran hastalar arasından rastgele çalışmaya katılımı kabul edenlere yüz yüze anket uygulanarak yapılmış ve bu anket ile elde edilen veriler SPSS paket program aracılığı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma toplam 272 kişi ile yapılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı $30,86 \pm 13,36$ olarak bulunmuştur. Hasta olunduğunda muayene olmak için ilk başvuru yeri $47,4$ oranla Aile Sağlığı merkezleri olduğu görülmüştür. Daha sonra kullanmak için ilaç reçetesi isteyen hastaların en sık ağrı kesici ilaç talep ettikleri görülmüştür. İlaçlar en sık oda sıcaklığında saklanmaktadır. Cinsiyet ve kronik hastalık varlığı ilaç kullanım davranışı üzerinde anlamlı etki oluşturmaktadır.

Sonuç: Katılımcılar büyük oranda bilinçsiz ve uygunsuz ilaç kullanım davranışında bulunmaktadır. Bilinçli ve uygun ilaç kullanım davranışının geliştirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin aktif katılımcı olması, istenen sonuca ulaşmayı kolaylaştıracaktır.

Anahtar kelimeler: Farmasötik, tedavi uyumsuzluğu, sağlık tutumu, temel sağlık hizmeti

ABSTRACT

Objective: Drug use behavior directly affects the success of treatment. There are several factors that affect this behavior. This study aimed to identify the drug use behaviors of individuals and the factors affecting these behaviors.

Methods: The study is cross-sectional, descriptive, and analytical. The study was conducted by applying a face-to-face questionnaire to the patients who accepted to participate in the study randomly among the patients who applied to the Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Outpatient Clinic within a six-month period. The data obtained from the questionnaire were analyzed using the SPSS package program.

Results: A total of 272 patients were included in the study. The mean age of the participants was 30.86 ± 13.36 years. In case of illness, Family Health Centers were found to be the first place to be examined, with a rate of 47.4% . It was observed that patients who asked for a prescription for a drug for later use most frequently requested pain medication. Medicines are most often stored at room temperature. Gender and the presence of chronic disease have a significant effect on drug use behavior.

Conclusion: Most of the participants have irrational and inappropriate drug use behaviors. Active involvement of primary health care services in the development of rational and appropriate drug use behavior will facilitate the achievement of the desired result.

Keywords: Pharmaceutical, medication adherence, attitude to health, primary health care

Received/Geliş: 13.07.2022

Accepted/Kabul: 28.12.2022

Publication date: 31.03.2023

Corresponding Author:

B. Yazıcıoğlu

ORCID: 0000-0003-4397-2769

Samsun Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Samsun, Türkiye

✉ bahadiryazicioglu@gmail.com

F. Arıran İğde

ORCID: 0000-0001-8943-1103

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp

Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim

Dalı, Samsun, Türkiye

*Bu çalışma, 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde (2020) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Akılca ilaç kullanımı, hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçları, kendi bireysel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca ve kendileri ve toplumları için olası olan en düşük maliyetle almalarını gerektirir.^[1] Akılca ilaç kullanımının temel amacı, ilaç tedavisinin maliyetini en aza indirmek, önlenabilir ilaç yan etkileri/etkileşimlerini önlemek ve hasta uyumunu artırırken, terapötik bakımın kalitesini arttırmaktır.^[1,2]

Akılca olmayan ilaç kullanımı, eğitilmiş personel eksikliği, bilgi eksikliği ve ekonomik kısıtlamalar gibi özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygın, önemli ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Uygunsuz reçeteleme, hastalıkları önleme, tıbbi tanı ve tedavi sürecinde uygunsuz ilaç kullanımı bu sorunların genel nedenleridir.^[3]

Hekimler muayene ile doğru orantılı bir şekilde düzenli olarak ilaç reçete ederler. Hastaların sağlık durumuna göre uygun ilaçları seçmek için terapötik bilgileri kullanmaları ve daha sonra bunları, hastaya olan yararını en üst düzeye çıkarmak için doğru doz ve doğru sürede reçete etmeleri beklenir.^[4] Hastalara verilen reçetelerdeki ilaç sayısı arttıkça medikasyonla ilgili tıbbi hata riski de artmaktadır. Bu hatalar ilacın yanlış kullanılması, yanlış ilacın kullanılması veya ilaçların birbirleri ile etkileşimleri şeklinde olabilir.^[5] Reçete edilen ilaç tercihlerinde daha önceki kullanım deneyimlerinden elde edilen bilgiler ön plandadır. Sık tercih edilen bu ilaçlar Kişisel İlaç (K-İlaç) olarak adlandırılmaktadırlar. Bu kavramda ilaç tercihi, ilaç dozajı ve kullanım süresi sürece dâhildir.^[6] Kişiyeye özel verilen ilaçla tedavi sürecinde beklenen, ilaçların tamamının bitirilmesidir. Ancak, literatürde hastaların kendilerini iyi hissettiklerinde tedaviyi bıraktıkları belirtilmiştir.^[7]

Tedaviye uyum, hastanın ve hastalığının sağlık sonuçlarına doğrudan etki gösterir. Düzenli ve sık birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapılması özellikle yaşlı bireylerin ve kronik hastalığı olanların sağlık çıktılarında iyileşme ile beraberdir. Ayrıca düzenli takip sayesinde evlerde artık ilaç birikmesi önlenirken, bu durum kişilerin kendi kendine ilaç tedavisine başlaması veya ilaçların yanlış kullanımı gibi sorunların oluşmasını engelleyebilmektedir.^[8] Kendi kendine ilaç tedavisi, herhangi bir sağlık profesyoneline danışmadan kişilerin kendilerine tanı koyarak ilaç kullanımı olarak

tanımlanırken, hem sağlık hem de ekonomi üzerinde ciddi ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.^[9]

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hizmet sunucuların hastaları hakkında iyi bilgi sahibi olmalarını sağlayan benzersiz bir stratejik konuma sahiptir. Bu durum çok sayıda tıbbi ve ekonomik yarar sağlar. Bu stratejik pozisyon, gereksiz ilaç kullanımını önleyebilir ve sağlık hizmetlerine gereksiz başvuru sayısını azaltabilir.^[10] Uygun ve bilinçli ilaç kullanımının yaygınlaştırılması için ilaç kullanımını etkileyen her türlü faktör önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği uygun/bilinçli ilaç kullanımını olumlu yönde desteklemesi ve ilaç kullanımı konusunda yerel farklılıklara doğrudan etki etmesi nedeniyle gereken faktörlerdendir.^[11]

Bu çalışma; hastaların kullanılmayan ilaçları evde bulundurma, ilaç kullanma davranışları ve bu davranışlar üzerinde etkili faktörleri araştırmak ve sonuçları ile literatüre Samsun iline ait yerel verileri sunmak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma, hastaların ilaç kullanma davranışlarını ortaya çıkarmak için durum saptamaya yönelik kesitsel tipte, tanımlayıcı ve analitik özelliktedir.

Bu çalışmada, evren, altı aylık süre içinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvurması beklenen 3.000 kişiden oluşmaktadır. Çalışma örnekleme, uygun ve bilinçli olmayan ilaç kullanma davranışı için literatürdeki benzer çalışmaların incelenmesiyle bulunan/beklenen tahmini prevalans %80 oranında, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile hesaplandığında, 227 kişi olarak belirlenmiştir.

İlaç kullanım alışkanlıkları konusunda literatür incelenerek hazırlanan anket ile veri toplanmıştır. Anket, Ocak 2015 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında altı aylık sürede polikliniğe başvuran hastalar arasından rastgele çalışmaya katılımı kabul edenlere yüz yüze uygulanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilmek için Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuru yapmış olmak, 18 yaşın üzerinde olmak ve çalışmayı katılmayı kabul etmek şartları aranmıştır.

Çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri olarak ise çalışmaya dâhil edilme kriterlerinden en az birine uymamak veya çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra herhangi bir aşamada çalışmayı terk etmek durumları belirlenmiştir.

Anket ile elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 paket program ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.06.2014 tarih ve B.30.2.ODM.0.20.08/2101 sayılı etik onam alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun şekilde yürütülmüştür.

Bu çalışma, tıpta uzmanlık tezi olarak aile hekimliği alanında yürütülmüş bir araştırmadan türetilmiş ve 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

BULGULAR

Çalışma; 110 (%40,4) erkek ve 162 (%59,6) kadın olmak üzere toplam 272 kişiyle yapılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı $30,86 \pm 13,36$ yıl olarak saptanmıştır. Eğitim durumları değerlendirilmesinde, katılımcılar içinde en sık %69,5 oran ile yüksek öğrenim belirlenmiştir. Katılımcıların %97,8'i (n=266) sosyal güvenceye sahipti ve en sık saptanan meslek oranı en sık %47,8 (n=130) ile öğrenciydi. Katılımcıların %65,8'inin (n=179) ikamet yeri il merkeziydi ve %18,8'i (n=51) kronik hastalık tanısına sahipti. Sosyodemografik özelliklere ait veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcılar hasta olduklarında muayene olmak için ilk olarak başvurdukları yer, %47,4 (n=129) oranla Aile Sağlığı merkezleri, ikinci sıklıkla, %27,6 (n=75) oranla devlet hastaneleri %21 (n=57) olmuştur.

Katılımcıların ilaç kullanma davranışlarını sorgulamak üzere; daha sonra kullanmak için evde bulundurmak amacıyla reçete yazdırma, reçetesiz ya da sağlık kuruluşuna başvurmadan ilaç kullanım durumu, kullanılmayan artık ilaçları evde korumaya devam etme, hekim dışı kişilerin önerdikleri ilaçları kullanma

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

| Yaş ortalaması | 30,86±13,36 yıl | |
|------------------------|-----------------|------|
| Eğitim durumu | n | % |
| Okuryazar değil | 3 | 1,1 |
| Okuryazar | 2 | 0,7 |
| İlkokul mezunu | 15 | 5,5 |
| Ortaokul mezunu | 15 | 5,5 |
| Lise mezunu | 48 | 17,6 |
| Yüksek öğretim mezunu | 189 | 69,5 |
| Sosyal Güvence | n | % |
| Var | 266 | 97,8 |
| Yok | 6 | 2,2 |
| İkamet yeri | n | % |
| İl merkezi | 179 | 65,8 |
| İlçe merkezi | 73 | 26,8 |
| Köy, kasaba veya belde | 20 | 7,4 |
| Kronik Hastalık | n | % |
| Var | 51 | 18,8 |
| Yok | 221 | 81,2 |

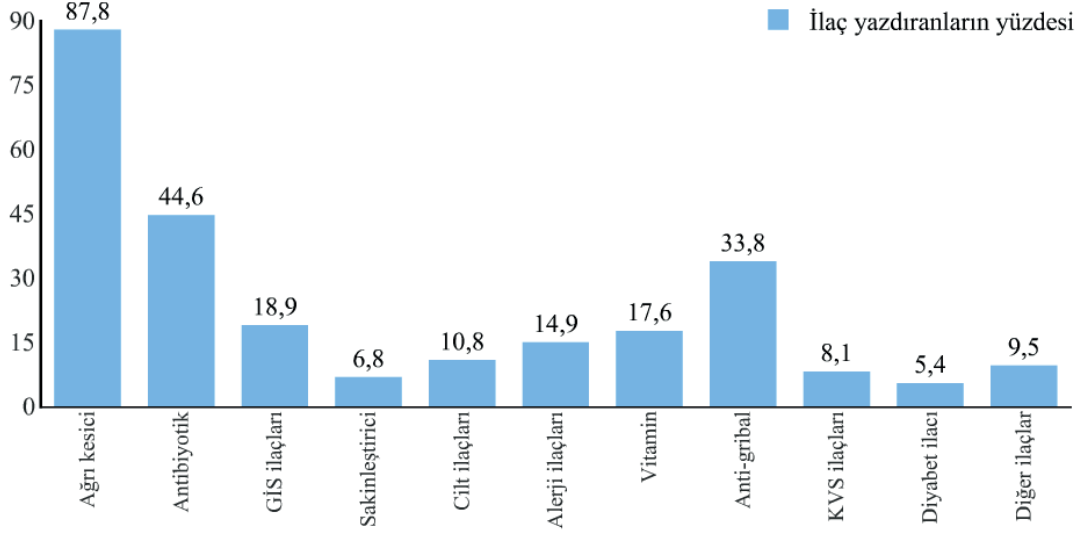
Tablo 2. İlaç kullanım davranışları

| | n | % |
|--|-----|------|
| Daha sonra kullanmak üzere ilaç reçete ettirme | 74 | 27,2 |
| Reçete edilen ilaçları kutu bitene kadar kullanma | 46 | 16,9 |
| İyi gelen ilacı başkalarına tavsiye etme | 114 | 41,9 |
| Hekime başvurmadan veya reçetesiz ilaç kullanma | 142 | 52,2 |
| Kullanılmayan artık ilaçları evde saklamaya devam etme | 163 | 59,9 |
| Reçetede ilaçların kendilerine tarif edilme durumu | 152 | 55,9 |
| İlaç prospektüsünü okuma | 173 | 63,6 |
| Hekim dışı kişilerin tavsiyesi ile ilaç kullanmama | 174 | 64,0 |
| İlaçları kullanım saatlerine dikkat ederek kullanma | 177 | 65,1 |

durumları, ilaç kullanım saatlerine dikkat etme, reçetede ilaçların kendilerine tarif edilme durumları ve prospektüs okuma davranışı sorgulanmıştır. Evet yanıtlarına ait veriler ve oranlar Tablo 2'de verilmiştir.

Kronik hastalık tanısı olanlara, reçetede ilaçların tarif edilme oranı ($\chi^2=8,47$; $p=0,01$) ve kronik hastalığı olanların prospektüs okuma durumu anlamlı derecede daha yüksekti ($\chi^2=16,29$; $p=0,001$).

Daha sonra kullanmak için ilaç reçetesi isteyen hastaların (n=74) en sık yazılmasını talep ettikleri ilaçlar (Birden fazla ilaç seçimine izin verilmiştir.) %87,8 (n=65) oranla ağrı kesici ilaçlar olmuştur. Reçete ettirilen ilaç oranlarına ait veriler Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Daha sonra kullanmak üzere reçetede yazılması istenen ilaçlar

Katılımcıların ilaç kullanımı sırasında yan etki geliştiğindeki davranışları sorgulandığında, %72,1'i (n=196) hekime başvurulacağı, %22,8'i (n=62) ilaç kullanımını bırakıp kendisi bir seçenek düşüneceğini, %2,9'u (n=8) eczaneye başvuracağını ve %2,2'si [n=6] ilaç kullanımına devam edeceğini belirtmiştir.

Evde ilaç saklama yerleri sorgulandığında, en sık oda sıcaklığında saklandığı (%38,6), en sık hekime başvuru nedeninin ise hastalık muayenesi gerekçesi (%72,8) ile olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalığı olanlar ilaçlarını en sık oda sıcaklığında ve herhangi bir yerde korurken, kronik hastalığı olmayanların ilaçlarını en sık buzdolabında korudukları görülmüştür. Bir kronik hastalığın söz konusu olması durumu; evde ilaçların saklandığı yer ve hekime en sık

başvuru nedenleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etki oluşturmaktadır (Tablo 3).

Katılımcıların büyük oranda ilacın son kullanım tarihine dikkat ettiği (%73,0), hastalık durumunda sergilenen ilk tutumun doktora gidip muayene sonucu verilen ilacı kullanmak (%48,5) olduğu gözlemlenmiştir. İlaçların son kullanım tarihine kadınlar daha yüksek oranda dikkat etmektedirler (%72,8). Cinsiyet farkının son kullanım tarihine dikkat etme ve hastalık durumundaki sergilenen ilk tutum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etki oluşturduğu saptanmıştır.

Kronik bir hastalığın varlığı ve cinsiyet farkının hastalık durumundaki tutum ve ilaç kullanımı davranışı üzerindeki etkileri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Kronik hastalık varlığı ve cinsiyet farkının hastalık durumundaki tutum ve ilaç kullanım davranışı üzerine etkileri

| Evde ilaç saklanan yer | Kronik hastalık yok n (%) | Kronik hastalık var n (%) | Toplam n | Toplam % | p |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|--------|
| Oda sıcaklığı | 74 (%33,5) | 31 (%41,4) | 105 | 38,6 | |
| Ecza dolabı | 63 (%28,5) | 9 (%21,0) | 72 | 26,5 | 0,01 |
| Buzdolabı | 84 (%38,0) | 11 (%37,7) | 95 | 34,9 | |
| En sık hekime başvuru sebepleri | Kronik hastalık yok | Kronik hastalık var | n | % | p* |
| Danışmanlık | 3 (%5,9) | 18 (%8,1) | 21 | 7,7 | |
| Reçete yazdırmak | 11 (%21,6) | 17 (%7,7) | 28 | 10,3 | <0,001 |
| Muayene sonrası kontrol | 10 (%19,6) | 15 (%6,8) | 25 | 9,2 | |
| Muayene | 27 (%52,9) | 171 (%77,4) | 198 | 72,8 | |
| Son kullanma tarihine bakma | Erkek | Kadın | n | % | p* |
| Evet, kesinlikle | 71 (%64,5) | 127 (%78,4) | 198 | 72,8 | |
| Bazen | 26 (%23,6) | 31 (%19,1) | 57 | 21,0 | <0,001 |
| Hayır | 13 (11,8) | 4 (%2,5) | 17 | 6,2 | |
| Hastalık durumunda ilk tutum | Erkek | Kadın | n | % | p* |
| Hiçbir şey yapmadan hastalığın geçmesini bekleme | 27 (%24,5) | 50 (%30,9) | 77 | 28,3 | |
| Evdeki ilaçlarla tedaviye başlama | 18 (%16,4) | 44 (%27,2) | 62 | 22,8 | |
| Eczacı tavsiyesi ilaç alma | 0 (%0,0) | 1 (%0,6) | 1 | 0,4 | 0,01 |
| Muayene olup ilaç alma | 65 (%59,1) | 67 (%41,4) | 132 | 48,5 | |

* χ^2 (Tablodaki değerlerin %20'den fazlasında frekans 5'ten küçük olduğu için grupların birleştirilerek p değeri elde edilmiştir)

Yapılan lojistik regresyon analizinde; kadın katılımcılar 3,6 kat daha sık “Hastalık durumunda ilk olarak bir şey yapmadan hastalığın geçmesini beklemek” yanıtını verdiği belirlenmiştir (OR=3,613; p=0,02). Benzer şekilde kadın katılımcıların 4,6 kat daha sık “Hastalık durumunda ilk olarak evdeki ilaçlarla tedaviye başlamak” yanıtını verdiği saptanmıştır. (OR=4,603; p=0,01). “Son kullanım tarihine her zaman dikkat etme” yanıtında kadın katılımcıların erkeklere göre 11,5 kat (OR=11,513; p<0,001), “ilaç son kullanım tarihlerine dikkat etme” konusunda 7,2 kat daha fazla hassasiyet gösterdikleri belirlenmiştir (OR=7,214; p=0,02).

TARTIŞMA

Bilinçli ve uygun ilaç kullanımı kişisel, kültürel, ekonomik pek çok faktörün etkisi altındadır. Bu çalışmada, hastaların bilinçli ve uygun ilaç kullanımı açısından mevcut durumlarının ortaya konulması ve ilaç kullanım davranışlarını etkileyen sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Evde kullanılan ilaç bulundurma, evde bulunan ilaçlarla hekime başvurmadan ilaç kullanmaya başlama ve kendisine iyi gelen ilaçları başkasına önerme davranışlarının yüksek olması çalışma popülasyonumuzda ilaç kullanım alışkanlıklarının akılcı olmadığını göstermektedir. Araştırmaya katılanların rastgele seçiminde yarıdan fazlası kadın ve genç-orta yaş grubunda ve çalışmanın bir üniversite hastanesinde yapılmış olması ve hasta grubunun ağırlıklı olarak öğrenciler ve üniversite personelinden oluşmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada, hastalık anında ilk başvuru yeri Aile Sağlığı merkezleri çıkmış iken, Türkiye’de yapılan bir çalışmada, ilk başvuru yeri acil servis çıkmıştır.^[12] Bu farklılığın nedeni, çalışmamız aile hekimliği polikliniğinde yürütülmüş iken, bu çalışmanın ikinci basamak sağlık tesisinde yürütülmüş olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında daha etkin yorum yapabilmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha çok çalışma yapılmasını gerekmektedir.

Çalışmamızda, kronik bir hastalığın varlığının, evde ilaç saklama yeri ve en sık hekime başvuru nedeni üzerinde istatistiksel ve anlamlı etki oluşturduğu gözlenmiştir. Kronik hastalığı olanların ilaç temini ve günlük yaşantıda ilaca ulaşım konusunda hassasiyet geliştirdiklerini düşünülmüştür. Literatür incelemesinde, kronik hastalık

oranlarının benzer olduğu, ayrıca bu hastaların daha sık reçete talep ettikleri ve hekime danışmadan daha sık ilaç kullanmaya başladıkları gibi uygun olmayan davranışları olduğu gösterilmiştir.^[13,14]

Çalışmaya katılanlar büyük oranda il merkezinde yaşıyorlardı. İkamet yeri farklılığının çalışma verilerini etkilemediği gözlenmiştir. İlaç kullanımı davranışını inceleyen Türkiye’de yapılmış bir başka çalışmada da ikamet yeri farklılığı ile ilgili benzer veriler bulunmuştur.^[15] Bu durum küreselleşme ve sosyal iletişimin çok artmasına bağlı olarak kültürel etkileşimin çok fazla ve hızlı olmasına bağlıdır.

Çalışmada, kullanılan ilaçların yüksek oranda evde saklandığı, rahatsızlık durumunda hekime başvurmadan veya reçetesiz ilaç kullanıldığı belirlenmiş olup, Sivas ilinde ve^[16] Güney Afrika’da yapılan bir çalışmada,^[17] Akıcı ve ark.’nın yaptıkları bir çalışmada^[18] benzer bulgular elde edilmiştir. İran’da yapılan bir çalışmada, kadın çalışmacıların tamamının evde ilaç bulundurduğu ve bunların yaklaşık yarısının hastalık anında evdeki ilaçları kullandığı belirlenmiştir.^[19] Evlerde artık ilaç bulundurmanın kendi kendine ilaç kullanma oranını artırdığı düşünülmekte ve bu konuda toplum bilincinin yetersizliğini göstermektedir.

Kendisine iyi gelen ilaçları başkasına önerme ve hekime başvurmadan ilaç kullanmaya başlama davranışları Akıcı ve ark.’nın çalışması ile benzerlik göstermektedir.^[18] Güney Afrika’da yapılan bir başka çalışmada, her beş kişiden birinin yakın akrabaları tarafından ilaç önerisi aldığı belirlenmiştir.^[17] İlaça başlama sürecinde erişimi kolay birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanılmaması, bu konuda toplumun yeterince bilgilendirilmediğinin göstergesi olabilir. Bu alanda daha fazla akademik çalışma yapılması ve toplum bilgilendirmelerinin yapılması yararlı olacaktır.

Bir hastalık söz konusu olduğunda katılımcıların yarısı ilk olarak Aile Sağlığı merkezlerine başvurduklarını belirtmiştir. Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada, benzer şekilde ilk başvuru yeri olarak birinci basamak sağlık hizmetleri saptanmıştır.^[20] Sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda basamaklı hizmet almaya uygun oranların çıkması çalışmanın olumlu sonuçlarındandır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin lokal olarak kolay ulaşılabilir ve ücretsiz olmasının bu oranlarda etkin olduğunu düşündürmüştür.

Daha sonra kullanmak üzere reçete yazdıranların yüksek oranda ağrı kesici ve ikinci sıklıkta antibiyotik talep ettikleri görülmüştür. Literatür incelendiğinde, Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada, analjezikler,^[17] Nijerya'da anti-malaryal ilaç talepleri olduğu görülmüştür.^[21] Lokasyon farkının ilaç arama davranışı ve reçete talebi üzerinde anlamlı etki oluşturduğu söylenebilir. Bu nedenle lokal verilere ulaşmayı sağlayacak daha çok çalışmanın yapılarak toplumsal/kültürel özelliklere ait doğru verilere ulaşılması ve bu veriler ışığında doğru şekilde, uygun ve bilinçli ilaç kullanım stratejilerinin geliştirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.

Katılımcıların büyük bir oranı reçetelerin yeterince kendilerine tarif edildiğini belirtmiştir. Ürdün'de yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısı kendilerine hekim tarafından bilgilendirme yapıldığını söylemiştir.^[22] Hizmet sunan ve alan arasındaki bilgi yükü asimetrisinin çok belirgin olduğu sağlık hizmetlerinde ilaçlar ve kullanım şekilleri hakkında yeterince bilgilendirme yapılmasının kişilerin ilaç kullanım davranışları üzerinde doğrudan etkili olacağı düşünülmektedir. İlaç kullanımını etkileyen yapısal faktörlerden biri olan ilacı reçete eden hekimlerin ve ilaçların temin edildiği eczanelerdeki çalışanların, hasta ile olan iletişimlerinde ilaç kullanım davranışını etkileyebilecekleri konusunda daha fazla bilgilendirilmelerinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya katılanların çoğunun prospektüsleri okuduğu görülmüştür. Literatürde incelenen diğer çalışmalarda da prospektüs okuma yüzdelerinin benzer oranda yüksek değerlerde olduğu belirlenmiştir.^[17,22-24] Ayrıca prospektüs okuyan bireyler yan etki gelişmesi durumunda daha yüksek oranda hekime başvuru yapacaklarını belirtmişlerdir. Bu yüksek oranlar uygun ve bilinçli ilaç kullanım davranışı için olumlu tutum olarak değerlendirilmiştir. Ancak, prospektüsün içeriğindeki tıbbi terminolojinin fazla olması ve çok fazla tıbbi bilgi içermesi prospektüs okunma davranışını ve yan etki gelişme durumunda erken farkına varabilmeyi kısıtlamaktadır. O nedenle ilaç prospektüsleri ve içeriğinin sadeliği konusunda yapılacak daha fazla çalışma yol gösterici olacaktır.

Çalışmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları

Bu çalışma, Samsun iline ait yerel verileri sunmak amacıyla yürütülmüş olsa da yalnızca tek bir ilde yürütülmüştür. Ayrıca bu çalışmada, veri toplama aracı olarak kullanılan anket bu konuda bugünlerde geçerlik ve güvenilirliği olan bir anket olmadığı için literatür gözden geçirilerek hazırlanan bir ankettir.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda, katılımcılar büyük oranda bilinçsiz ve uygunsuz ilaç kullanımı yapmaktadırlar. Hastalar tarafından en sık ağrı kesici ilaçlar ve antibiyotikler talep edilmektedir. Kronik bir hastalığın varlığı ilaç kullanım davranışını olumlu yönde etkilemektedir. Kadınlar arasında uygunsuz ilaç kullanımı daha yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmetleri bilinçli ve uygun ilaç kullanım davranışının geliştirilmesi için müdahale yapılabilecek ve etkili sonuç alınabilecek en önemli sağlık hizmeti basamağıdır.

Etik Kurul Onayı: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (26.06.2014 - B.30.2.ODM.0.20.08/2101).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Ondokuz Mayıs University, Faculty of Medicine, Clinical Research Ethics Committee (26.06.2014 - B.30.2.ODM.0.20.08/2101).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Chauhan I, Yasir M, Kumari M, Verma M. The Pursuit of Rational Drug Use: Understanding Factors and Interventions. *Pharmaspire*. 2018;10(2):48–54.
2. Mekonnen BD, Ayalew MZ, Tegegn AA. Rational drug use evaluation based on world health organization core drug use indicators in ethiopia: A systematic review. *Drug, Healthcare and Patient Safety*. 2021;13:159–70.
3. Melku L, Wubetu M, Dessie B. Irrational drug use and its associated factors at Debre Markos Referral Hospital's outpatient pharmacy in East Gojjam, Northwest Ethiopia. *SAGE Open Medicine*. 2021;9:205031212110251.
4. Chaturvedi MGVP, Mathur CAG, Anand SVAAC. Rational drug use – As common as common sense. *Medical Journal Armed Forces India*. 2012;68:206–8.
5. Religioni U, Pakulska T. Rational drug use in hospital settings—areas that can be changed. *Journal of Medical Economics*. 2020;23(10):1205–8.
6. Kushwaha V, Agrawal P, Pushkar P, Tripathi M, Singh S. A Questionnaire Based Study To Assess The Awareness And Knowledge About P Drug Concept And Rational Use Of Medicine Among Third Year Medical Students. *International Journal of Pharmaceutical Research*. 2021;13(01):2711–8.
7. Aboagye VS, Kyei KA. Disposal of Leftover Drugs in Ghana. *Pharm Res*. 2014;4(August):84–91.
8. Koyanagi K, Kubota T, Kobayashi D, Kihara T, Yoshida T, Miisho T, et al. Prescription factors associated with medication non-adherence in Japan assessed from leftover drugs in the SETSUYAKU-BAG campaign: Focus on oral antidiabetic drugs. *Frontiers in Pharmacology*. 2016;7(JUL):1–9.

9. Okyay RA, Erdoğan A. Self-medication practices and rational drug use habits among university students: A cross-sectional study from Kahramanmaraş, Turkey. *PeerJ*. 2017;5:e3990.
10. Oztürk O, Sunter AT, Unal M, Selçuk MY, Oruç MA. Evaluation of painkillers according to the principles of rational drug use in patients registered to a family medicine unit. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(5):e14018.
11. İšli F, Aksoy M, Emre Aydingöz S, Kadı E. Antibiotic Prescription Pattern of Family Physicians Across Turkey: A Cross-Sectional Analysis Through The Prescription Information System Abstract. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;14(5):87–95.
12. Yılmaz S, Akgöl Gür ST, Daharlı E. Acil Poliklinik Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *JAMER*. 2021;6(3):66–71.
13. İlhan MN, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. *Turk J Public Health*. 2014;12(3):188–201.
14. Alptekin PÇ, Koruk F. Şanlıurfa'da Gebe Kadınların İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2020;17(1):28–32.
15. Kosanlioglu S, Koruk S, Koruk I, Udenaes MH. The Frequency of Antibiotics Sold without A Prescription and the Appropriateness of Antibiotic Use in Sanliurfa. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(1):1.
16. Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? *Cumhuriyet Med J*. 2011;(33):266–77.
17. Tesfamariam S, Anand IS, Kaleab G, Berhane S, Woldai B, Habte E, et al. Self-medication with over the counter drugs, prevalence of risky practice and its associated factors in pharmacy outlets of Asmara, Eritrea. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–9.
18. Akici A, Aydın V, Kiroglu A. Assessment of the association between drug disposal practices and drug use and storage behaviors. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2018;26(1):7–13.
19. Karimy M, Rezaee-Montaz M, Tavousi M, Montazeri A, Araban M. Risk factors associated with self-medication among women in Iran. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–7.
20. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Medicine use behaviors of people in the city of Adana, Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(6):639–50.
21. Esan DT, Fasoro AA, Odesanya OE, Esan TO, Ojo EF, Faeji CO. Assessment of Self-Medication Practices and Its Associated Factors among Undergraduates of a Private University in Nigeria. *Journal of Environmental and Public Health*. 2018;2018:1–8.
22. Alshogran OY, Alzoubi KH, Khabour OF, Farah S. Patterns of self-medication among medical and nonmedical university students in Jordan. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2018;11:169–76.
23. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2005;4(5):223–37.
24. İptes S, Khorshid L. Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2004;20(1):97–106.

Hipertansiyon Tanılı Hastaların İzlemlerinde Sağlık Kuruluşu Tercihleri ve Etkileyen Faktörler*

Health Facility Preferences of Patients in the Follow-up of Hypertension and Affecting Factors

Merve Vatansever Balcan¹, Hüseyin Elbi², Fatih Özcan³

Atf/Cite as: Vatansever Balcan M, Elbi H, Özcan F. Hipertansiyon tanılı hastaların izlemlerinde sağlık kuruluşu tercihleri ve etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(1):8-13.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran hipertansiyon hastalarının izlemlerinde sağlık kuruluşu tercihini etkileyen nedenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran 286 hipertansiyon tanılı hastada yapılmıştır. Çalışmada katılımcılara tanıtıcı bilgi formu ve araştırma ekibi tarafından literatür taranarak hazırlanmış hipertansiyon hastalığı ve takibi ile ilgili anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bulgular: İki yüz seksen altı katılımcının yaş ortalaması $61,53 \pm 12,05$ yıldır ve %54,2'si 60 yaş ve üzeridir. Hipertansiyon tedavi izleminde katılımcıların %72'si üniversite hastanesini, %57,3'ü aile sağlığı merkezini, %23,8'i devlet hastanesini tercih etmiştir. Altmış yaş üzeri ve lise öncesi eğitim düzeyine sahip katılımcılar hipertansiyon tedavi izlemlerinde yoğunlukla aile sağlığı merkezini tercih etmektedir.

Sonuç: Bu çalışmada, katılımcıların hipertansiyon tedavi izlemlerini birden fazla sağlık kuruluşunda yaptıkları ve bunun yanında izlemlerini tanı aldıkları merkezde yaptırma eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Hipertansiyon tedavi izleminde sağlık kuruluşu tercihlerini anlamlı düzeyde etkileyen faktörler arasında yaş, eğitim durumu, hipertansiyon tanısı aldığı merkez ve aile hekiminin tedavilerini etkin bulma durumu bulunmaktadır. Bu bağlamda birinci basamak yönetiminin toplumun her kesimine hitap ediyor oluşuna ve periyodik sağlık muayenelerine önem verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, izlem, sağlık kuruluşu, etkili faktörler

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the reasons for choosing a healthcare institution in the follow-up of hypertension patients who applied to a tertiary healthcare institution.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted on 286 patients with hypertension who applied to the Cardiology Outpatient Clinic of Manisa Celal Bayar University Hospital. In the study, an introductory information form and a questionnaire on hypertension and its follow-up, prepared by the research team through a literature review, were applied to the participants through a face-to-face interview.

Results: The mean age of the 286 participants was 61.53 ± 12.05 years, and 54.2% were 60 or older. In the follow-up of hypertension treatment, 72% of the participants preferred a university hospital, 57.3% preferred a family health center, and 23.8% preferred a state hospital. Participants older than 60 years and with primary education or less mostly preferred family health centers for their hypertension treatment follow-ups.

Conclusion: In this study, it was observed that the participants had their hypertension treatment follow-ups in more than one healthcare institution. They also tended to have follow-ups in the center where they were diagnosed. Factors that significantly affect the healthcare institution preferences in the follow-up of hypertension treatment include age, educational status, the center where the hypertension was diagnosed, and their perception of the effectiveness of the family physician's treatment. In this context, attention should be paid to the fact that the primary care administration addresses all segments of society, and to the periodic health examinations.

Keywords: Hypertension, follow-up, health institution, effective factors

Received/Geliş: 10.12.2022

Accepted/Kabul: 11.03.2023

Publication date: 31.03.2023

Corresponding Author:

M. Vatansever Balcan

ORCID: 0000-0002-3117-9918

Kemalpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü,

İzmir, Türkiye

✉ drmervevatansever@gmail.com

H. Elbi

ORCID: 0000-0002-2955-5400

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Aile

Hekimliği Anabilim Dalı,

Manisa, Türkiye

F. Özcan

ORCID: 0000-0001-9380-5227

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Aile

Hekimliği Anabilim Dalı,

Manisa, Türkiye

* Bu makale 21. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Hipertansiyon (HT) hem yol açtığı kronik hastalıkların komplikasyonları hem de yüksek kan basıncının sonuçlarıyla birlikte her yıl dünyada 9,4 milyon ölüme neden olmaktadır. Dünya çapında dört erkekten birinde ve beş kadından birinde hipertansiyon bulunmaktadır.^[1] Türkiye’de 2012’de yapılan “PatenT-2 çalışmasında”, 18 yaş ve üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak bulunmuştur.^[2] Erken tanı ve etkin müdahale ile hipertansiyonun kontrolü sağlanabilmekte ve böylece hem klinik hem de ekonomik olarak önemli kazançlar elde edilebilmektedir.^[3,4]

Hipertansiyonun tanı ve tedavisi, dünya çapında kardiyovasküler hastalıklar için en önemli değiştirilebilir risk faktördür ve sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.^[5] Yapılan araştırma sonuçları ve meta-analizler incelendiğinde, kan basıncının kontrol altına alınmasının serebrovasküler olaylara karşı etkileyici, koroner hastalıklara karşı ise daha az etkileyici olmakla birlikte, yine de anlamlı derecede koruma sağladığı gösterilmiştir.^[4]

Bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmeti sunan aile hekimi hastasıyla güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurar ve sağlık sisteminde ilk temas noktasını oluşturur.^[6] Hipertansiyon tanılı hastaların çoğu birinci basamakta aile hekimleri tarafından yönetilebilmektedir.^[2] Birinci basamakta, kronik hasta bakım düzenlemelerinin etkinliğini sağlayabilmek için diğer basamaklar ile güçlü bir koordinasyon kurulması önemlidir. Hipertansiyon da dâhil olmak üzere kronik rahatsızlıkları olan hastaların birinci basamaktaki yönetiminin daha etkili yapılabileceği ve bunun önlenebilir hastaneye yatış oranlarını azaltabileceği gösterildiğinden bu koordinasyonun kurulması kritik öneme sahiptir.^[7]

Çalışmamızda, herhangi bir nedenle üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hipertansiyon hastalarının tedavi izlemlerinde sağlık kuruluşu tercihini etkileyen nedenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın tasarımı

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi kardiyoloji polikliniğine 01.11.2021-01.01.2022 tarihleri arasında başvuran hipertansiyon tanılı hastalarda yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü, Türkiye’de yapılan PatenT-2 çalışmasında

belirtilen %30,3'lük hipertansiyon prevalans verisi kullanılarak “G. Power-3.1.9.2” programı ile %95 güven düzeyinde, çalışmanın etki büyüklüğü 0,30; alfa değeri 0,05 ve teorik güç 0,95 alınarak minimum 220 olarak belirlenmiştir.^[2] Çalışmaya 286 kişi katılmıştır.

Veri toplama araçları

Çalışmada katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek gibi bilgileri içeren sosyodemografik form ve araştırma ekibi tarafından literatür taranarak hazırlanmış hipertansiyon hastalığı ve takibi ile ilgili anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bu ankette hastanın hipertansiyon süresi, hipertansiyon tanısı aldığı merkez, komplikasyon gelişme durumu, hipertansiyon takiplerinde tercih ettiği sağlık merkezi, aile hekimine güven durumu, üniversite hastanesine başvurma nedenleri sorgulanmıştır.

İstatistiksel analiz

Çalışma verileri SPSS 15.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların yaşları ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak hesaplandı. Sosyodemografik özellikler ve katılımcıların hipertansiyon takibindeki sağlık kuruluşu tercihleri sayı ve yüzde olarak hesaplandı ve grup hâlinde kategorize edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılması için ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık, p değerinin 0,05'ten küçük olması olarak kabul edildi.

Etik kurul ve onam

Çalışmanın etik kurul onayı Manisa Celal Bayar Üniversitesi sağlık bilimleri etik kurulundan alınmıştır (Karar No. 20.478.486/940). Çalışmaya alınan katılımcılara, çalışma ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza katılmayı kabul edenlerin yaşları 22 ile 89 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 61,53±12,05 yıldır. Yüzde 54,2'si 60 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %60,1'i kadın ve %86,4'ü evlidir. Yüzde 22'si lise ve sonrası eğitim düzeyindedir. Yüzde 56,3'ü emekli ve ev hanımlarından oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların %55,9'unda hipertansiyona bağlı gelişen en az bir komplikasyon bulunmaktadır (Tablo 1).

Katılımcıların %53,8'i devlet hastanesinde, %19,2'si aile sağlığı merkezinde (ASM) hipertansiyon tanısı almıştır ve %57,3'ü hipertansiyon tedavi izlemini ASM'de yaptırmaktadır. Katılımcıların %79'u aile hekimlerinin

Tablo 1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri

| | n (%) |
|---|------------|
| Cinsiyet | |
| Kadın | 172 (60,1) |
| Erkek | 114 (39,9) |
| Medeni Hal | |
| Bekar | 39 (13,6) |
| Evli | 247 (86,4) |
| Eğitim Durumu | |
| Lise Öncesi | 223 (78,0) |
| Lise ve Sonrası | 63 (22) |
| Meslek | |
| Ev Hanımı ve Emekli | 161 (56,3) |
| Çalışan | 125 (43,7) |
| Hipertansiyona bağlı gelişen komplikasyon var mı? | |
| Evet | 161 (56,3) |
| Hayır | 125 (43,7) |
| Hipertansiyon tanısını nerede aldınız? | |
| ASM | 55 (19,2) |
| Devlet Hastanesi | 154 (53,8) |
| Üniversite Hastanesi | 77 (26,9) |
| Hipertansiyon ile ilgili takiplerinizi nerede yaptırıyorsunuz?* | |
| ASM | 164 (57,3) |
| Devlet Hastanesi | 68 (23,8) |
| Üniversite Hastanesi | 206 (72) |
| Aile hekiminizin tedavilerini etkin buluyor musunuz? | |
| Evet | 163 (79) |
| Hayır | 60 (21) |
| Şu anda poliklinik başvuru nedeniniz nedir? | |
| Aile hekiminin yönlendirmesi | 14 (4,9) |
| ASM kontrolüne ek üniversite hastanesinde kontrol isteği | 135 (47,2) |
| İlaç raporlarını yenileme | 18 (6,3) |
| Üniversite hastanesi hekimlerine daha çok güvenme | 119 (41,6) |

*Katılımcılara birden fazla cevap hakkı verilmiştir.

tedavisinin etkin ve yeterli olduğunu düşünmektedir. Üniversite hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuru nedenlerine bakıldığında, %41,6'sı üniversite hekimine daha çok güvendiği için üniversite polikliniğine başvururken %47,2'si aile hekiminin kontrollerine ek olarak üniversite hastanesi hekimine muayene olma isteği ile başvurmuştur (Tablo 1).

Kadınlar daha yüksek oranda aile sağlığı merkezinde hipertansiyon tanısı almıştır ($p=0,022$). Lise öncesi eğitim düzeyindeki katılımcılar daha yüksek oranda aile sağlığı merkezinde tanı almıştır ($p=0,02$). Meslek gruplarına göre çalışanlar daha çok üniversite hastanesinde, çalışmayan ev hanımı ve emekli grubu çoğunlukla aile sağlığı merkezinde tanı almıştır ($p=0,016$) (Tablo 2). Komplikasyon varlığı ile hipertansiyon izlemindeki sağlık kuruluşu tercihleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Altmış yaş üzeri ve lise öncesi eğitim düzeyine sahip katılımcılar hipertansiyon tedavi izleminde ASM'yi tercih etmektedir ($p=0,008$). Devlet hastanesine başvurma durumu ile sosyodemografik veriler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Lise ve üzeri eğitim seviyesindeki katılımcılar hipertansiyon tedavi izleminde üniversite hastanesine başvurmayı tercih etmektedir ($p=0,01$) (Tablo 2). Katılımcıların hipertansiyon tedavi izlemlerini nerede yaptırmayı tercih ettikleri sorgulandığında, izlemlerini tanı aldıkları merkezde yaptırdıkları gözlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 3).

Altmış yaş ve üzeri katılımcılar aile hekimlerinin tedavilerini daha yüksek oranda etkin bulmaktadır ($p=0,02$). Lise öncesi eğitim düzeyindeki katılımcılar aile hekiminin tedavilerini daha yüksek oranda etkin bulmaktadır ($p=0,01$). Cinsiyet özelliği ile aile hekiminin tedavilerini etkin bulma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hipertansiyonun tanı ve sağaltımı önemli bir yer tutmaktadır.^[5] Bu çalışmada, hipertansiyon hastalarının tedavi izlemlerinde tercih ettikleri sağlık kuruluşları ve bunları etkileyen faktörlerle ilgili veriler ortaya konmuştur. Katılımcıların hipertansiyon tedavi izlemlerini tanı aldıkları merkezde yaptırma eğilimi gözlenmiştir. Aile hekiminin tedavisini genel olarak etkin bulan katılımcıların hipertansiyon tedavi izlemlerini ASM'de yaptırdıkları saptanmıştır.

Katılımcıların %19,2'si ASM'de hipertansiyon tanısı almıştır. Konya'da 2017-2018 yılı verileri ile retrospektif yapılan bir çalışmada, katılımcıların %7,7'si aile hekimliğinde, %92,3'ü ikinci ve üçüncü basamakta hipertansiyon tanısı almıştır.^[8] Sri Lanka'da, üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada, katılımcıların %50'si üçüncü basamak sağlık kuruluşunda, %22 si ikinci basamak sağlık kuruluşunda, %6,5'i aile hekimliğinde hipertansiyon tanısı almıştır.^[9] Konya'daki çalışmada, lise mezunu olanların % 3,3'ü, lisans ve üzeri eğitim düzeyi olanların % 8,3'ü aile hekimliği polikliniğinde tanı almıştır.^[8] Katılımcılarımızın eğitim seviyeleri Konya ve Sri Lanka'da yapılan çalışmalara benzer olsa da verilerimizde ASM'de hipertansiyon tanısı alma yüzdesinin daha yüksek oranda olduğu gözlenmiştir. Bunun nedenlerini bu çalışmanın yapıldığı dönemde bireylerin sağlık hizmeti alımında daha çok birinci basamağı tercih etmesi ve

Tablo 2. Sosyodemografik verilere göre anket sorularına verilen cevapların dağılımları

| | Yaş n (%) | | P | Cinsiyet n (%) | | P | Eğitim Durumu n (%) | | P | Meslek n (%) | | P |
|--|-----------|-----------|-------|----------------|----------|------|---------------------|-----------------|--------|--------------|----------|------|
| | <60 yaş | ≥60 yaş | | Kadın | Erkek | | Lise Öncesi | Lise ve Sonrası | | Çalışmayan | Çalışan | |
| Şu andaki poliklinik başvuru nedeniniz nedir? | | | | | | | | | | | | |
| Aile hekimi yönlendirmesi | 5(35,7) | 9(64,3) | | 10(71,4) | 4(28,6) | | 13(92,9) | 1(7,1) | | 6(42,9) | 8(57,1) | |
| ASM kontrolüne ek üniversite hastanesinde kontrol isteği olması | 56(41,5) | 79(58,5) | | 87(64,4) | 48(35,6) | | 123(91,1) | 12(8,9) | | 83(61,5) | 52(38,5) | |
| İlaç raporlarını yenilemek amacıyla başvuru | 6(33,3) | 12(66,7) | 0,12 | 13(72,2) | 5(27,8) | 0,10 | 13(72,2) | 5(27,8) | <0,001 | 10(55,6) | 8(44,4) | 0,34 |
| Üniversite hastanesi hekimlerine daha çok güvendiği için | 64(53,8) | 55(46,2) | | 62(52,1) | 57(47,9) | | 74(62,2) | 45(37,8) | | 62(52,1) | 57(47,9) | |
| HT tanısını nerede aldınız? | | | | | | | | | | | | |
| ASM | 24(43,6) | 31(56,4) | | 41(74,5) | 14(25,5) | | 50(90,9) | 5(9,1) | | 36(65,5) | 19(34,5) | |
| Devlet Hastanesi | 64(41,6) | 90(58,4) | 0,11 | 92(59,7) | 62(40,3) | 0,02 | 118(76,6) | 36(23,4) | 0,02 | 92(59,7) | 62(40,3) | 0,01 |
| Üniversite Hastanesi | 43(55,8) | 34(44,2) | | 39(50,6) | 38(49,4) | | 55(71,4) | 22(28,6) | | 33(42,9) | 44(57,1) | |
| Hipertansiyon ile ilgili takiplerinizi nerede yaptırıyorsunuz? * | | | | | | | | | | | | |
| ASM | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 64(39) | 100(61) | 0,008 | 102(62,2) | 62(37,8) | 0,41 | 148(90,2) | 16(9,8) | <0,001 | 98(59,8) | 66(40,2) | 0,17 |
| Hayır | 67(54,9) | 55(45,1) | | 70(57,4) | 52(42,6) | | 75(61,5) | 47(38,5) | | 63(51,6) | 59(48,4) | |
| Devlet Hastanesi | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 34(50) | 34(50) | 0,42 | 42(61,8) | 26(38,2) | 0,75 | 51(75) | 17(25) | 0,49 | 37(54,4) | 31(45,6) | 0,72 |
| Hayır | 97(44,5) | 121(55,5) | | 130(59,6) | 88(40,4) | | 172(78,9) | 46(21,1) | | 124(56,9) | 94(43,1) | |
| Üniversite Hastanesi | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 93(45,1) | 113(54,9) | 0,72 | 125(60,7) | 81(39,3) | 0,76 | 153(74,3) | 53(25,7) | 0,01 | 121(58,7) | 85(41,3) | 0,18 |
| Hayır | 38(47,5) | 42(52,5) | | 47(58,8) | 33(41,3) | | 70(87,5) | 10(12,5) | | 40(50) | 40(50) | |

*Katılımcılara birden fazla cevap hakkı verilmiştir.

Tablo 3. Hipertansiyon tanısı aldığı merkez ile hipertansiyon takiplerinde başvurduğu merkez ilişkisi

| | HT tanısını nerede aldınız? | | | P |
|--|-----------------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| | ASM n (%) | Devlet Hastanesi n (%) | Üniversite Hastanesi n (%) | |
| Hipertansiyon takibini nerede yaptırıyorsunuz? * | | | | |
| ASM | | | | |
| Evet | 46 (28) | 84 (51,2) | 34 (20,7) | <0,001 |
| Hayır | 9 (7,4) | 70 (57,4) | 43 (35,2) | |
| Devlet Hastanesi | | | | |
| Evet | 11 (16,2) | 50 (73,5) | 7 (10,3) | <0,001 |
| Hayır | 44 (20,2) | 104 (47,7) | 70 (32,1) | |
| Üniversite Hastanesi | | | | |
| Evet | 38 (18,4) | 98 (47,6) | 70 (34) | <0,001 |
| Hayır | 17 (21,3) | 56 (70) | 7 (8,8) | |

*Katılımcılara birden fazla cevap hakkı verilmiştir.

aile hekimliği uygulamasının gün geçtikçe daha tanınır olması olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, eğitim düzeyi lise ve üstü olan katılımcılar hipertansiyon takipleri için üniversite hastanesine daha çok başvurmaktadır. Çin’de yapılan sağlık sistemi erişim düzeyini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, daha yüksek eğitim seviyesine sahip olmanın daha üst basamak sağlık kuruluşuna başvurular ile ilişkili olduğu saptanmıştır.^[10] Sri Lanka çalışmasında, 357 hastanın %64’ü hipertansiyon takipleri için üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih etmektedirler.^[9]

Çalışma verilerimiz literatür ile uyumlu olmakla birlikte, hastaların tanı için ASM’yi biraz daha fazla tercih etme eğilimi izlenmesine rağmen, hipertansiyon takibi için üst basamak sağlık kuruluşlarını daha fazla tercih ettikleri düşünülebilir.

Sri Lanka’daki çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun tanısını ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerde aldığı ve takiplerini büyük oranda bu tanı aldıkları merkezde yaptırdığı saptanmıştır.^[9] Bizim çalışmamızda da katılımcıların ilk tanı aldıkları merkezi takipte tercih etme eğilimi vardır. Ancak, bu sonuç

Tablo 4. HT tedavisi ve izleminde aile hekiminizin tedavilerini etkin bulma durumunun sosyodemografik dağılımı

| | Aile hekiminizin tedavilerini etkin buluyor musunuz? | | p |
|---|--|----------------|--------|
| | Evet n (%) | Hayır n (%) | |
| Yaş | | | |
| <60 yaş | 96 (73,3) | 35 (26,7) | 0,02 |
| ≥60 yaş | 130 (83,9) | 25 (16,1) | |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 135 (78,5) | 37 (21,5) | 0,78 |
| Erkek | 91 (79,8) | 23 (20,2) | |
| Eğitim Durumu | | | |
| Lise Öncesi | 186 (83,4) | 37 (16,6) | 0,001 |
| Lise ve Sonrası | 40 (63,5) | 23 (36,5) | |
| HT tanısını nerede aldınız? | | | |
| ASM | 47 (85,5) | 8 (14,5) | 0,11 |
| Devlet Hastanesi | 124 (80,5) | 30 (19,5) | |
| Üniversite Hastanesi | 55 (71,4) | 22 (28,6) | |
| Hipertansiyon takibini nerede yapıyorsunuz? * | | | |
| ASM | | | |
| Evet | 151 (92,1) | 13 (7,9) | <0,001 |
| Hayır | 75 (61,5) | 47 (38,5) | |
| Devlet Hastanesi | | | |
| Evet | 53 (77,9) | 15 (22,1) | 0,80 |
| Hayır | 173 (79,4) | 45 (20,6) | |
| Üniversite Hastanesi | | | |
| Evet | 157 (76,2) | 49 (23,8) | 0,61 |
| Hayır | 69 (86,3) | 11 (13,8) | |

*Katılımcılara birden fazla cevap hakkı verilmiştir.

HT tanılı hastaların izlemleri için ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını tercih etme eğilimini desteklemeyebilir. Çünkü Sri Lanka'da yapılan çalışmada da olduğu gibi bu çalışmanın yapıldığı kurum doğal olarak bir ön seçim nedeni olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, her ne kadar katılımcıların aile hekimlerinden memnuniyet düzeyi ölçülmesinde de hipertansiyon tanı ve izleminde bağımsız olarak aile hekiminin tedavilerini etkin bulup bulmadıkları sorgulanmıştır. Genel olarak katılımcıların aile hekimlerinin tedavilerini etkin bulduğu gözlenmiştir. 2016'da Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların %54'ü aile hekimliği uygulamasından memnun olduğunu belirtmiştir.^[11] 2011 ile 2014 yıllarında ülkemizde yapılan çalışmalarda, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi %61,8 ve %79,6 olarak bulunmuştur.^[12,13] Aile hekiminden memnuniyet yüzdesi ülkemizdeki birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da benzer yüzdelerde bulunmuştur.

Avustralya'da Potiriadis ve ark., Boston'da Haas ve ark.'nın birinci basamakta yürüttükleri çalışmalarda, yaşlı hastaların aile hekimlerinden daha çok memnuniyet duydukları ve aile hekimlerine daha sık başvurdukları saptanmıştır.^[14,15] Ankara'da yapılan bir çalışmada, yaşın artmasıyla aile hekimliği uygulamasından

memnuniyetin arttığı saptanmıştır.^[16] Bizim çalışmamızda da 60 yaş üzeri katılımcılar aile hekiminin tedavilerini daha etkin bulmaktadır. Bu durum 60 yaş üzeri bireyler açısından ASM'ye ulaşımın kolay olması ve kendilerini burada daha fazla dile getirebiliyor olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, lise öncesi eğitim seviyesindeki katılımcılarda aile hekiminin tedavilerini etkin bulma yüzdesi daha yüksektir. 2017 yılında İstanbul ilinde 6 farklı aile hekimliğinde aile hekimliği memnuniyetinin araştırıldığı bir çalışmada, eğitim düzeyi ilköğretim mezunu olanların aile sağlığı merkezlerinden duyduğu memnuniyet lisans ve üzeri eğitim seviyesindeki hastaların memnuniyet ortalamasından yüksek saptanmıştır.^[17] Erzurum Atatürk Üniversitesi'nde yürütülen çalışmada eğitim düzeyi artışının sağlık hizmetlerinden memnuniyette düşüşle ilişkili olduğu bulunmuştur.^[18] Hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe beklenti düzeyinin artması ve bilgilendirmeden duyulan tatminin azalmasının eğitim seviyesi ile memnuniyet düzeyi arasındaki zıt ilişkiye neden olabileceği gösterilmiştir.^[19]

Çalışmamız, hipertansiyon tanı ve takibinde sağlık kuruluşu tercihi ve aile hekimliği uygulaması ilişkisini araştırması yönü ile özgün bir değere sahiptir. Bununla

birlikte, bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikli olarak bu çalışmanın üniversite hastanesine başvuranlarda yapılmış olması aile hekimliği ile ilgili yanıtlarda genelleme yapılmasına engel olabilir. Ayrıca katılımcıların eğitim seviyesi ve yaş dağılımlarının toplum oranlarına benzerlik göstermemesi çıkan sonuçların bu çalışmaya özgü olduğu varsayımını desteklemektedir. Bu çalışmada, hastaların aile hekimlerinden memnuniyet düzeyleri ayrıca bir ölçek ile değerlendirilmemiştir. Bu nedenle katılımcılara sorulan aile hekimlerinizin tedavisini etkin buluyor musunuz sorusu bu başlıkla ilgili konu eksikliğinden dolayı aile hekimliği memnuniyet literatürü ile karşılaştırılabilmektedir.

SONUÇ

Üniversite hastanesinde yapılan çalışmamızda, katılımcıların hipertansiyon tedavi izlemlerini genel olarak üniversite hastanesi ve aile sağlığı merkezinde yaptıkları gözlenmiştir. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, hipertansiyon tanısını nerede aldıkları ve aile hekimlerinin tedavilerini etkin bulma durumlarının; izlemede sağlık kuruluşu tercihlerini etkilediği saptanmıştır. Hem birey hem toplum sağlığı açısından kronik hastalık izlemi değerlendirildiğinde aile hekimliği uygulamasının önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Bu bağlamda çalışmamızda gösterildiği gibi bireylerin tanı aldığı yerde izlem yaptırma eğilimi dikkate alınmalı, kronik hastalık izlemi açısından periyodik muayenelerin düzenli yapılmasına öncelik verilmelidir.

Etik Kurul Onayı: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No. 20.478.486/940).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Manisa Celal Bayar University Ethics Committee (Decision No. 20.478.486/940).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Dünya Sağlık Örgütü. https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1 adresinden 12/10/2022 tarihinde erişilmiştir.
2. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens* 2016; 34(6):1208-17.

3. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013> adresinden 24/09/2022 tarihinde erişilmiştir.
4. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşma Raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2019; 47(6):535-46.
5. Sheppard J. P, Schwartz C. L, Tucker K. L, McManus, R. J. Modern management and diagnosis of hypertension in the United Kingdom: home care and self-care. *Ann Glob Health* 2016; 82(2):274-87.
6. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(2):70-8.
7. Arıcı M, Erdem Y, Derici Ü, ve ark. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. *J. Hypertens* 2005; 23(10):1817-23
8. Altuntaş M. Arteriyel hipertansiyon tanısında hasta eğitim düzeyi ve aile hekimliği uygulamasının rolü. *Selcuk Med J* 2019; 35(1):31-6.
9. Ralapanawa U, Bopeththa K, Wickramasumendra N, Tennakoon S, Katsuya T. Hypertension knowledge, attitude, and practice in adult hypertensive patients at a tertiary care hospital in Sri Lanka. *Int J Hypertens* 2020;2020:4642704.
10. Liu Y, Kong Q, Yuan S, Van de Klundert J. Factors influencing choice of health system access level in China: a systematic review. *PLoS One* 2018;13(8):e0201887.
11. Güven E.A, Aycan S. Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların bir sağlık sorunları olduğunda tutum, davranışları ve buna etki eden faktörler. *Turk J Public Health* 2019; 17(1):16-27.
12. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(4):417-24.
13. Mete B, Pehlivan E, Tekin C, Nacar E, Unver E, Baran A. Malatya il merkezinde aile hekimliği hizmetinden yararlanan yetişkinlerin memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Medicine Science* 2015; 4(4):2721-31.
14. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the general practice assessment questionnaire. *Med J Aust* 2008; 189(4):215-9.
15. Haas JS, Cook EF, Puapolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000; 15(2):122-8.
16. Güven E. A, Aycan S. Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların mevcut aile hekimliği sistemi ve sevk uygulaması hakkında düşünceleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2018; 3(3):31-3.
17. Üstün S, Cezlan E.Ç. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: İstanbul ilinde bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021; 10(3): 353-64.
18. Özdemir M, Yalçınöz Baysal H. Türkiye'deki bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma ve memnuniyeti ile etkileyen faktörler. 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, 13-19 Aralık 2020; 212-5.
19. Kırılmaz, H. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sağlık hizmetlerinde performans yönetimi çerçevesinde incelenmesi: poliklinik hastaları üzerine bir alan araştırması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 1:11-21.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulguları ve Nomofobi İlişkisi

The Relationship between Attention Deficit, Hyperactivity Symptoms, and Nomophobia

Şeyma Nur Elif Erdoğan[✉], Derya Akbıyık[✉]

Atf/Cite as: Erdoğan ŞNE, Akbıyık D. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulguları ve nomofobi ilişkisi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(1):14-20.

ÖZ

Amaç: Teknolojinin hızla gelişmesiyle yaşamımızda önemli bir yere gelen akıllı cep telefonları doğru kullanımda günlük yaşamı kolaylaştırırken, yanlış kullanımda bir takım biyopsikosozyal sorunları beraberinde getirmektedir. Ruhsal sorunların başında ise akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi yer almaktadır. Nomofobi literatüre yeni eklenmiş kavramlardan olup nomofobinin ilişkili olduğu değişkenler netleştirilmemiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan hastalarda madde bağımlılıkları ve davranışsal bağımlılıkların sık görülmesi başka bir davranışsal bağımlılık türü olan akıllı telefon bağımlılığının DEHB'de risk faktörü olabileceğini gündeme getirmiştir. Çalışmamız nomofobi ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Bu araştırma, bir aile hekimliği polikliniğine farklı nedenlerle başvuran 469 katılımcı DEHB bulguları ve nomofobi açısından taranması yöntemi ile yapılmıştır. Çalışmaya, 18-65 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dâhil edilmiştir. Türkçe okuma yazması olmayan, soruları yanıtlamaya engel olacak düzeyde zihinsel, bilişsel ya da fiziksel engeli bulunan hastalar hariç tutulmuştur.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri yüz yüze görüşme ile kaydedilmiş, diğer bilgileri için Nomofobi Ölçeği ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %54,2'sini kadınlar oluşturmakta olup, geri kalan %45,8'i ise erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların %28,8'i 18-25 yaş aralığında olup, %38'i 26-35 yaş aralığındadır. Katılımcıların %53,3'ü evli olup, %46,7'si bekârdır. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlar %79,1'i içermektedir. Bağımlılık frekans faktörü katılımcılar arasında incelendiğinde, %84,2'sinde bağımlılık faktörüne rastlanmamıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik değişkenleri birlikte, katılımcıların nomofobi puanları ile anlamlı ve orta düzeyde ilişki vermektedir ($r=0,331$, $p<0,01$). ASRS ölçeği dikkat eksikliği alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde, katılımcıların %61,6'sında dikkat eksikliği bulgularının bulunmadığı, %29,6'sında olası dikkat eksikliği bulgularının olduğu ve %8,7'sinde ise önemli düzeyde dikkat eksikliği bulguları bulunduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada, nomofobi ve DEHB bulguları ilişkili bulunmuştur. Nomofobi ve DEHB arasındaki ilişkinin anlaşılması nomofobinin daha iyi anlaşılmasında, risk gruplarının belirlenmesinde ve tedaviye yön vermede etkili olacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde risk gruplarının tanınması ve tedavi edilebilmesi nomofobinin oluşturabileceği toplumsal yükü azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Nomofobi, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, Türkçe Nomofobi Ölçeği

ABSTRACT

Objective: Smartphones, which have become an important part of our lives with the rapid development of technology, make daily life easier when used correctly. However, misuse of these devices may cause some biopsychosocial problems. The main mental problems related to smartphones are smartphone addiction and nomophobia. Nomophobia is one of the new concepts added to the literature and the variables associated with nomophobia have not been clarified.

The frequent occurrence of substance addictions and behavioral addictions in patients with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder has brought forward that smartphone addiction, another type of behavioral addiction, may be a risk factor for ADHD. Our study aims to examine the relationship between nomophobia and ADHD symptoms.

Method: The study was conducted by screening 469 participants who applied to a family medicine outpatient clinic for different reasons for ADHD symptoms and nomophobia. Patients between 18 and 65 years of age who agreed to participate in the study were included. Patients who were illiterate and had mental, cognitive, or physical disabilities that prevented them from answering the questions were excluded. The sociodemographic characteristics of the participants were collected through face-to-face interviews, and the Nomophobia Scale and the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) were used for other information.

Telif hakkı © 2023 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.
Bu dergide yayımlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.

Copyright © 2023 Turkish Association of Family Physicians.
Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 19.09.2022

Accepted/Kabul: 22.03.2023

Publication date: 31.03.2023

Corresponding Author:

Ş. N. E. Erdoğan

ORCID: 0000-0002-9947-1827

Sincan İlçe Sağlık Müdürlüğü,
Ankara, Türkiye

✉ elifseymaerel@gmail.com

D. Akbıyık

ORCID: 0000-0001-9046-4017

Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile
Hekimliği Bilim Dalı, Çorum, Türkiye

Results: Women constitute 54.2% of the participants, and the remaining 45.8% are men. 28.8% of participants are between the ages of 18 and 25, while 38% are between the ages of 26 and 35. 53.3% of the participants were married, and 46.7% were single. The education level of %79.1% of the participants is tertiary education and above include 79.1. When the addiction frequency factor was examined among the participants, no addiction factor was found in 84.2% of the participants. Attention deficit and hyperactivity/impulsivity variables together show a moderate and significant relationship with the participants' nomophobia scores, ($R=0.331$, $R^2= 0.11$, $p<0.01$). When the scores obtained from the attention deficit sub-dimension of the ASRS scale were examined, it was found that 61.6% of the participants had no attention deficit symptoms, 29.6% had probable attention deficit symptoms, and 8.7% had significant levels of attention deficit symptoms.

Conclusion: Nomophobia and ADHD symptoms were found to be related in the study. Understanding the relationship between nomophobia and ADHD will be effective in better understanding nomophobia, identifying risk groups, and guiding treatment. Identification and treatment of risk groups in primary health care services will reduce the social burden of nomophobia.

Keywords: Nomophobia, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Turkish Nomophobia Scale

GİRİŞ

İletişim ve bilgi teknolojileri geçmişten günümüze hızla ilerlemektedir. Sözlü kültür ile başlayan iletişim günümüzdeki teknoloji ile sözlü, yazılı ve görsel iletişime olanak sağlamaktadır. İnternet teknolojisinin hayatımıza girmesiyle iletişim açısından sınırlar büyük oranda ortadan kalkmış ve iletişimdeki zaman-mekân bağımlılığından kurtarmıştır.^[1] Günümüzde cep telefonları insanların iletişim kurmak için en çok tercih ettiği mobil kitle iletişim aracıdır.^[2]

Nomofobi, kişinin cep telefonunu kullanmadığında ve cep telefonu üzerinden iletişimden yoksun kaldığında, yaşadığı istemsiz korku, gerginlik ve huzursuzluk ile kendini gösteren psikolojik bir durumdur.^[3,4] Dijital dünyanın ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlardan birisidir. Yeni nesil akıllı cep telefonlarının işlevlerinin artması ile bilinçsiz ve uzun süreli kullanım yaygın olarak artmış, sonucunda bir takım biyopsikososyal sorunları beraberinde getirmiştir.^[5]

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erken çocuklukta başlayan ve temel belirtilerin %50-70 oranında erişkin dönemde de devam ettiği; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi işlevselliği bozan yakınmaların eşlik ettiği nöropsikiyatrik bir hastalıktır.^[6] DEHB'nin insan hayatı üzerinde ciddi negatif etkileri bulunmaktadır. Bu durum hastalarda özgüven kaybına, günlük yaşamda, kişiler arası sosyal ilişkilerde, okul ve iş dünyasında olumsuz sorunlara neden olmaktadır.

Erişkin DEHB tanılı hastalarda %65-89'unda en az bir ya da daha fazla başka bir psikiyatrik rahatsızlık kendini göstermektedir. En çok rastlanılan eş tanılar; duygudurum ve anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve sigara-madde kullanım bozukluklarıdır.^[7] DEHB tanılı çocuk hastalarda tedavisiz izlemlerde sonraki zamanlarda madde kullanım bozukluğu riskinin 1,5 kat daha fazla olduğu görülmüştür.^[8] DEHB'li hastalarda madde kullanımı olan veya olmayan bağımlılıklar ile

davranışsal bağımlılıklarının ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur.^[9,10] Çok sayıda araştırma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan hastaların dürtüsellikeğilimleri, sık sık öz kontrol zorluğu yaşamaları, ödüle çok duyarlı olmaları sonucunda akıllı telefon bağımlılığına daha yatkın olduklarını göstermektedir.^[11] Dijital oyunlarla çok vakit geçirmeleri, anımsatıcılara sık gereksinim duymaları, yüz yüze sosyal ilişkilerde yakalayamadıkları arkadaşlıkları sanal boyutta yaşama denemeleri gibi davranışların DEHB'nin kimi belirtiyeye karşı birer kompanzasyon mekanizması olabileceği de akla gelmektedir. Bu açıdan ele alındığında, DEHB düşünülen hastalarda klinik bulgulara nomofobinin eşlik etmesi beklenebilir. Bu çalışmada, DEHB bulguları ile nomofobi arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇLER ve YÖNTEM

Bu çalışma, 1 Nisan 2021 ile 30 Haziran 2021 tarihleri arasında yürütülmüş, kesitsel ve tanımlayıcı desende planlanmış, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.12.2020 tarihli 101/10 karar numarası ile onay alınmıştır.

Örneklem

Araştırma tarihleri içinde, Aile Hekimliği Polikliniği'ne çeşitli nedenlerle başvuran 18-65 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dâhil edilmiştir. Türkçe okuma yazması olmayan, soruları yanıtlamaya engel olacak düzeyde zihinsel, bilişsel ya da fiziksel engeli bulunan hastalar hariç tutulmuşlardır.

G-power programı aracılığı ile yapılan hesaplamada, %80 güç, %5 yanılma payı ve 0,44'lük etki büyüklüğü ile araştırma için gereken örneklem büyüklüğü en az 194 katılımcı olarak belirlenmiştir.

Hastalarla ilk başvuru sırasında yüz yüze görüşmeler yapılmış, çalışma anlatılmış, katılmaya gönüllü olanlar için sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından

doldurulmuştur. Hemen peşine katılımcılardan Türkçe Nomofobi Ölçeğini ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeğini (ASRS) doldurmaları istenmiştir. Hastaların isimleri ve kimliklerini belirleyen bilgiler kayıt alınmamıştır.

Veri toplama araçları

1- Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve psikiyatrik geçmişlerini sorgulayan, araştırmacılar tarafından hazırlanmış 13 soruluk form kullanılmıştır.

2- Nomofobi Ölçeği: Yıldırım ve Correia tarafından 2015 yılında geliştirilmiş, 20 maddeden oluşan bir ölçektir.^[12] Nomofobiye ilişkin değerlendirme yapılan dört alt boyut şunlardır: bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0,95 olarak, alt boyutlarının güvenilirlik değerleri ise sırasıyla 0,94; 0,87; 0,83 ve 0,81 olarak hesaplanmıştır. Nomofobi ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Yıldırım ve ark. tarafından yapılmıştır.^[13] Çalışmada, ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0,92 olarak alt boyutlarının değeri ise 0,90; 0,74; 0,94 ve 0,91 olarak hesaplanmıştır.

3- Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS): Ruhsal bozuklukların tanınması amacıyla DSÖ tarafından geliştirilen, birçok dile çevrilmiş, uluslararası epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmış bir tarama aracıdır. Ölçekte sorulan sorular DSM-5- TR'de DEHB tanısı için önerilen A grubu belirtilerini içerir. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemektedir. ASRS Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve ark. tarafından orijinal ölçekle benzer şekilde 2009 yılında yapılmış, ölçeğin tümü ve alt ölçekler için iç tutarlılık katsayıları 0,78-0,88 aralığında, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0,73-0,89 aralığında bulunmuştur.^[14]

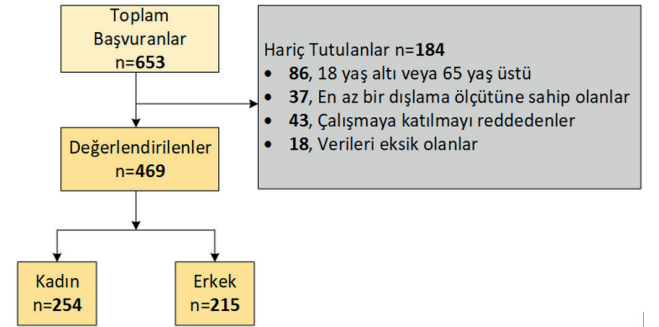
İstatistik analiz

SPSS 23.0 programı çalışma kapsamında elde edilen verilerin analizinde kullanılmıştır. Veri analizinde normal dağılım gözlemlendiği için parametrik testler kullanılmıştır. Katılımcıların kişisel bilgilerine ilişkin frekans ve yüzdelere yer verilmiştir. Katılımcıların Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği'nden aldıkları puanların nomofobi ölçeğinden aldıkları puanlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon yapılmıştır. Katılımcıların nomofobi ve ASRS ölçeğinden aldıkları puanlar ile

sosyodemografik özellikler ile arasındaki bağlantının belirlenmesi amacıyla t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı süre boyunca S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne çeşitli nedenlerle 653 hasta başvurmuş olup, bu hastaların 86'sının yaşları <18 veya >65 olduğu için 37'si dışlama ölçütlerinden bir veya daha fazlasına sahip olduğu için çalışma dışında tutulmuştur. Kalan 530 hastadan 43'ü de çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya dâhil edilmemiştir. On sekiz hastanın verilerinde eksiklik olmuş ve ulaşılamamıştır. Sonuç olarak, çalışmaya 254'ü (%54,2) kadın, 215'i (%45,8) erkek olmak üzere 469 hasta dâhil edilmiştir. Örneklem seçimi Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Örneklem seçimi süreci

Çalışmaya katılan 469 kişiye uygulanan Türkçe Nomofobi Ölçeği'nden alınan puanlar incelendiğinde, katılımcıların %0,4'ünde nomofobi bulunmadığı, %34,3'ünde katılımcıda hafif düzeyde, %48'ünde katılımcıda orta düzeyde ve %17,3'ünde katılımcıda aşırı düzeyde nomofobi bulunduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların neredeyse yarısında orta düzeyde nomofobi ve %99,6'sında nomofobi bulunmuştur.

ASRS ölçeği dikkat eksikliği alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde, 289 (%61,6) katılımcıda dikkat eksikliği belirtileri bulunmadığı, 139 (%29,6) katılımcıda olası dikkat eksikliği belirtilerinin olduğu ve 41 (%8,7) katılımcıda dikkat eksikliği belirtileri bulunduğu belirlenmiştir. ASRS ölçeği hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde ise, 330 (%70,4) katılımcıda hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri bulunmadığı, 117 (%24,9) katılımcıda olası hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri olduğu ve 22 (%4,7) katılımcıda hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

| Bakım Alan Özellikler | Grup | n | % |
|--------------------------------|-----------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | Kadın | 254 | 54,2 |
| | Erkek | 215 | 45,8 |
| Yaş | 18-25 Yaş | 135 | 28,8 |
| | 26-35 Yaş | 178 | 38,0 |
| | 36-45 Yaş | 69 | 14,7 |
| | 46-55 Yaş | 58 | 12,4 |
| | 56-65 Yaş | 29 | 6,2 |
| Medeni Durum | Evli | 250 | 53,3 |
| | Bekar | 219 | 46,7 |
| | Boşanmış | - | - |
| Eğitim Durumu | İlk-orta Öğretim | 39 | 8,3 |
| | Lise | 59 | 12,6 |
| | Üniversite ve üzeri | 371 | 79,1 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 247 | 52,7 |
| | Çalışmıyor | 222 | 47,3 |
| | Diğer | - | - |
| Bağımlılık | Var | 74 | 15,8 |
| | Yok | 395 | 84,2 |
| Bağımlılık Türü | Sigara | 72 | 97,3 |
| | Alkol | 2 | 2,7 |
| | Madde | - | - |
| Cep Telefonu Değiştirme Süresi | Yeni model çıktığında | - | - |
| | 1-3 yıl arasında | 38 | 8,1 |
| | Bozulduğunda | 311 | 66,3 |
| | 3 yıldan uzun | 120 | 25,6 |
| Psikiyatrik Hastalık | Var | 51 | 10,9 |
| | Yok | 418 | 89,1 |
| Psikiyatrik Hastalık Adı | Anksiyete Bozukluğu | 18 | 35,3 |
| | Depresyon | 13 | 25,5 |
| | Diğer Duygu Durum Bozukluğu | 10 | 19,6 |
| | OKB | 4 | 7,8 |
| | Panik Bozukluk | 6 | 11,8 |
| Sürekli Kullanılan İlaç Türü | Antidepresan | 10 | 2,1 |
| | Antipsikotik | 1 | 0,2 |

Betimsel Analiz

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 2’de ise ASRS alt boyutları ile nomofobi alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre dikkat eksikliği ile bilgiye erişememe ($r=0.254$, $p<0,001$), iletişim kuramama ($r=0.188$, $p<0,001$) ve çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ($r=0.272$, $p<0,001$) nomofobi alt boyutları arasında anlamlı ve düşük seviyede bir ilişki; rahatlıktan feragat etme ($r=0.314$, $p<0,001$) alt boyutu ile anlamlı ve orta seviyede bir ilişki bulunmaktadır. Aynı zamanda nomofobi alt boyutlarına ilişkin puanlar arttıkça dikkat eksikliği puanlarının da arttığı söylenilebilir. Hiperaktivite/dürtüsellik ile bilgiye erişememe ($r=0.216$, $p<0,001$), rahatlıktan feragat etme ($r=0.191$, $p<0,001$), iletişim kuramama ($r=0.146$, $p<0,001$) ve çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ($r=0.250$, $p<0,001$) nomofobi alt boyutları arasında anlamlı ve

düşük seviyede bir bağıntının olduğu belirlenmiştir. Buna göre nomofobi alt boyutlarına ilişkin puanlar arttıkça hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının da arttığı söylenilebilir.

Tablo 3’te nomofobi düzeylerine göre ASRS alt boyutları ile nomofobi alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir.

Hafif nomofobi düzeyinde olan kişilerde dikkat eksikliği ile bilgiye erişememe ($r=0.237$, $p=0.002$) ve çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ($r=0.202$, $p=0.010$) nomofobi alt boyutları arasında düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki; rahatlıktan feragat etme ($r=0.324$, $p<0,001$) alt boyutu ile orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre iletişim kuramama alt boyutu hariç diğer nomofobi alt boyutlarına ilişkin puanlar arttıkça dikkat eksikliği puanlarının da arttığı söylenilebilir.

Tablo 2. ASRS alt boyutları ile nomofobi alt boyutları arasındaki ilişki

| | | Bilgiye Erişememe | Rahatlıktan Feragat Etme | İletişim Kuramama | Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme |
|---------------------------|---|-------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Dikkat Eksikliği | r | 0,254 | 0,314 | 0,188 | 0,172 |
| | p | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| | n | 469 | 469 | 469 | 469 |
| Hiperaktivite/Dürtüsellik | r | 0,216 | 0,191 | 0,146 | 0,250 |
| | p | <0,001 | <0,001 | 0,001 | <0,001 |
| | n | 469 | 469 | 469 | 469 |

Basit Korelasyon Analizi

Tablo 3. Nomofobi düzeylerine göre ASRS alt boyutları ile nomofobi alt boyutları arasındaki ilişki

| | | Hafif Nomofobi (n=161) | | Orta Nomofobi (n=225) | | Aşırı Nomofobi (n=81) | |
|-------------------------------|---|------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Dikkat Eksikliği | Hiperaktivite/Dürtüsellik | Dikkat Eksikliği | Hiperaktivite/Dürtüsellik | Dikkat Eksikliği | Hiperaktivite/Dürtüsellik |
| Bilgiye Erişememe | r | 0,237 | 0,074 | 0,083 | 0,056 | 0,070 | 0,169 |
| | p | 0,002 | 0,350 | 0,216 | 0,402 | 0,537 | 0,131 |
| Rahatlıktan Feragat Etme | r | 0,324 | 0,141 | 0,136 | -0,027 | 0,263 | -0,145 |
| | p | <0,001 | 0,075 | 0,041 | 0,686 | 0,018 | 0,197 |
| İletişim Kuramama | r | 0,000 | -0,121 | -0,040 | -0,080 | 0,213 | 0,207 |
| | p | 0,997 | 0,127 | 0,551 | 0,232 | 0,056 | 0,063 |
| Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme | r | 0,202 | 0,142 | -0,155 | 0,064 | 0,055 | 0,125 |
| | p | 0,010 | 0,072 | 0,020 | 0,341 | 0,627 | 0,266 |

Basit Korelasyon Analizi

Orta nomofobi düzeyinde olan kişilerde dikkat eksikliği ile rahatlıktan feragat etme ($r=0.136$, $p=0.041$) ve çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ($r=-0.155$, $p=0.020$) nomofobi alt boyutları arasında düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre rahatlıktan feragat etme puanı arttıkça dikkat eksikliği puanlarının da arttığı, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme puanı azaldıkça da dikkat eksikliği puanlarının arttığı söylenebilir.

Aşırı nomofobi düzeyinde olan kişilerde dikkat eksikliği ile rahatlıktan feragat etme ($r=0.263$, $p=0.018$) nomofobi alt boyutu arasında düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre rahatlıktan feragat etme puanı arttıkça dikkat eksikliği puanlarının da arttığı söylenebilir.

Hafif, orta, aşırı nomofobi düzeyinde olan kişilerde hiperaktivite/dürtüsellik ile nomofobi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 1'e göre katılımcıların yalnızca 51'inde (%10,9) psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Bu kişilerde de ağırlıklı olarak anksiyete bozukluğu (%35,3) depresyon (%25,5) ve diğer duyu durum bozukluğu (%19,6) görülmektedir. DEAH tanılı hasta bulunmamaktadır.

Katılımcıların nomofobi düzeyleri psikiyatrik hastalık durumuna göre anlamlı bir farklılığın bulunmadığı belirlenmiştir, ($p=0,542$).

TARTIŞMA

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik değişkenleri birlikte, katılımcıların nomofobi puanları ile anlamlı ve orta seviyede bir ilişki vermektedir. Literatürde benzer bir sonuç araştırma görevlileri üzerine yapılan bir tez çalışmasında görülmüştür. Akıllı telefon bağımlılığı skoru depresyon ve anksiyete ölçekleri ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür.^[15] Bu durum çalışmayı destekler niteliktedir. Çocuk katılımcılar ile Akaltun ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.^[16] Yapılan başka bir çalışmada, Kuss ve ark.'nın tarafından yapılmış, akıllı telefon bağımlılığı belirtilerinin dürtüsellik ve DEHB bulguları ile de bağlantılı olduğu bulunmuştur.^[17] Üniversite öğrencileri ile 2020 yılında yapılan bir tez çalışmasında, akıllı telefon bağımlılığı ölçeği ve ASRS arasında yüksek bir korelasyon görülmüştür.^[18] Literatür taraması sonucunda, yakın zamanlarda yapılan akıllı telefon bağımlılığı ve DEHB ile ilgili çalışmalarda alınan sonuçların bu çalışma verileri ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Çalışmadaki katılımcıların neredeyse yarısında orta düzeyde nomofobi ve yaklaşık tüm katılımcılarda nomofobi bulunmuştur. Bu durum nomofobinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.

Hindistan'da 2015 yılında Sharma ve ekibi tarafından tıp fakültesi öğrencilerine yapılan bir çalışmada, katılanların %73'nün nomofobik olduğu bulunmuştur.^[19] 2021 yılında Bolu'da yapılan bir çalışmada, katılanların %95'inde nomofobinin saptanması çalışmaya yakın verilerdendir.^[20] Yapılan çalışmalarda, nomofobi oranları farklı olsa da her çalışmada nomofobi düzeyi önemsenecek seviyededir. Çalışma sonuçlarındaki farklılığın nedeni olarak; çalışma grubundaki yaş ortalaması, yaşanan çevre-kültür, çalışmanın yapıldığı yıl, pandemi şartlarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada, kadınların nomofobi düzeyleri, erkeklere göre daha yüksek ve istatistiki değere sahiptir. Yıldırım ve ark. tarafından 2016 yılında üniversite öğrencilerine yapılan bir araştırmada, kadın öğrencilerin erkek öğrencilere oranla nomofobiye yatkınlığı daha yüksek bulunmuştur.^[13] Tavolacci ve ark.'nın 2015 yılında Fransa'da üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, kız öğrencilerin nomofobi semptomlarını daha çok belirlemiştir.^[21] Bu farklılıklarda kadınların yaratılış olarak daha sosyal olmasının sosyal medyanın daha çok ilgi çekebileceği, iletişim kurmak için telefonla daha uzun vakit geçirmek durumunda kalabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, ASRS ölçeği dikkat eksikliği alt boyutundan alınan puanlar dikkate alındığında 41 (%8,7) katılımcıda dikkat eksikliği bulgusuna rastlanmıştır. Ülkemizde erişkin DEHB ile ilgili yapılmış olan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Sivas il merkezinde yapılan 901 katılımcının olduğu bir araştırmada, DEHB prevalansı %2,7 olarak saptanmıştır.^[22] Denizli merkezinde, 1.132 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise, DEHB prevalansı %3,4 olarak bulunmuştur.^[23] Sonuçlardaki farklılığa kaynak, seçilen örneklem, araştırma yöntemi ve araştırmanın yapıldığı bölgelerin etkili olduğu düşünülmektedir. Yaptığımız çalışma, DEHB bulgusu bulunan hastaları belirlemeyi amaçlamış, ASRS ölçeğinde olası ve bulgu bulunan katılımcılar tanı ve tedavi amaçlı klinik görüşme için ilgili bölüme yönlendirilmiştir. Tanı konulan erişkin hasta sayısının bulgu taşıyan katılımcılardan daha az çıkacağı apaçaktır.

Çalışmanın güçlü yönleri; nomofobi literatürde yeni bir kavram olması nedeni ile etiyojisi, risk faktörleri, tedavisi net olarak belli değildir. Bu nedenle nomofobinin ilişkili olduğu değişkenler belirtilmemiş ve kliniği modüle eden faktörleri belirlemek kritik öneme sahiptir. Çalışmamız nomofobi ile DEHB bulguları

ilişkisi üzerine yapılmıştır. Çalışmamızda, katılımcıların nomofobi puanları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik değişkenleri birlikte, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermektedir. Çalışmaya katılanların neredeyse tamamında nomofobi belirlenmiştir. Nomofobi puanının bu çalışmada ve yakın zamanda yapılan çalışmalarda eski çalışmalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar zamanla nomofobi sorununun arttığını göstermektedir. Çalışmamızın daha geniş yaştaki popülasyonla yapılması diğer çalışmalardan ayıran önemli bir özelliktir.

Çalışmanın sınırlılıkları; çalışmanın kesitsel nitelikte olması nedeniyle ilk önce ortaya çıkan faktörün ne olduğu, hangi faktörün diğerini etkilediği bilinmemektedir. DEHB nomofobiye yatkınlığa neden oluyorsa nomofobi düşündüğümüz kişilerde DEHB belirtilerini sorgulamak ve beraber değerlendirmesinin yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Nomofobi DEHB'yi etkiliyorsa nomofobi için erken tanı ve tedavi önemlidir. Bu konuda neden sonuç ilişkisini daha net ortaya koyacak farklı yöntemli çalışmalara gereksinim vardır.

Çalışmada, erişkin DEHB için tarama ölçeği kullanılmış olup, kendi bildirim ölçekleri tanı koymada ilk basamağı oluşturmaktadır. Bununla birlikte, tanının klinik psikiyatrik muayene ve psikometrik testler ile doğrulanması da önemlidir. Sonraki çalışmalar için DEHB tanıli erişkin hastaların katılımı ile nomofobinin değerlendirilmesi önerilir.

Erişkinlerde bu durumun kendi sağlıklarını etkilediği gibi toplumda üstlendikleri görevleri yerine getirirken araç kullanmak gibi yüksek dikkat gerektiren durumlarda sorun oluşturabileceği unutulmamalıdır. Son yıllarda Nomofobi dikkate değer bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir. Başta koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimleri ve ilgili hekimler, eğitimciler, aileler, sosyal ağ ve internet kuruluşları, sivil toplum örgütleri nomofobi ile mücadelede birlikte çalışmalıdır. Nomofobik kişilerin açık alanlarda yüz yüze iletişimin sağlanması, aileler ile birlikte vakit geçirilmesi önerilmeli, sportif ve sanatsal çalışmalara katılım sağlanması, sağlık riskleri ile ilgili bilgilendirmeler yapılmalı, çalışmalarla ile desteklenmesi gerekmektedir. Aile hekimlerinin aynı popülasyonla daha uzun yıllar daha sık temas kurması nomofobi için riskli grubu tanıma, bu konuda hastalara eğitim ve danışmanlık verebilme, nomofobi için farkındalık sağlama açısından avantajlı durumdadırlar.

SONUÇ

Nomofobi literatürde yeni bir kavram olması nedeniyle etiyojisi, risk faktörleri, tedavisi net olarak belli değildir. Bu nedenle nomofobinin ilişkili olduğu değişkenler belirtilmemiş ve kliniği modüle eden faktörleri belirlemek kritik öneme sahiptir. Çalışmamız nomofobi ile DEHB belirtisi ilişkisi üzerine yapılmıştır. Çalışmamızda, katılımcıların nomofobi puanları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik değişkenleri birlikte, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermektedir.

Çalışmamız akıllı telefonların kullanımı tüm toplumda artmış durumda olduğunu göstermektedir. Bu nedenle tüm popülasyonu temsil edecek çalışmalara gereksinim vardır. Bu çalışma yeni araştırmalar için yol gösterici niteliktedir.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (28.12.2020 - 101/10).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the University of Health Sciences, Faculty of Medicine, Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (28.12.2020 - 101/10).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Akar H. Yeni İletişim Teknolojileri Ve Bu Teknolojilerin Halkla İlişkiler Çalışmalarında Kullanılması. *Erciyes İletişim Dergisi*, 2010;1(3): 97-107.
2. We Are Social. Digital In 2020 (Internet). <https://wearesocial.com/digital-2020> Adresinden 03.08.2021 Tarihinde Erişilmiştir.
3. Adnan M, Gezgin D. Modern yüzyılın yeni olgusu nomofobi ve üniversite öğrencileri arasında yaygınlık düzeyi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2016;49(1):141-58.
4. Dixit S, Shukla H, Bhagwat A, et al. A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2010;35(2):339.
5. Lee YK, Chang CT, Lin Y, Cheng ZH. The dark side of smartphone usage: Psychological traits, compulsive behavior and technostress. *Computers in human behavior*. 2014;31:373-83.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. Washington, DC: Author;2013.

7. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları Ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(1):75-116.
8. Lee PC NW, Yang HJ, Chen VCH, & Lin KC. A Meta-Analysis Of Behavioral Parent Training For Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research In Developmental Disabilities*. 2012;33: 2040-9.
9. Romo L LJ, Kotbagi G, Morvan Y, Saleh D, Tavolacci MP, & Kern L. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder And Addictions (Substance And Behavioral): Prevalence And Characteristics In A Multicenter Study In France. *Journal Of Behavioral Addictions*. 2018;7: 743-51.
10. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et Al. Development And Validation Of A Smartphone Addiction Scale (SAS). 2013;8(2):E56936.
11. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2010;2(1):75-116.
12. Yildirim C, Correia AP. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior*. 2015;49:130-137.
13. Yildirim C, Sumuer E, Adnan M, Yildirim S. A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students. *Information Development*. 2016;32(5):1322-31.
14. Yang YS, Yen J, Ko CH, Cheng CP, Yen CF. The association between problematic cellular phone use and risky behaviors and low self-esteem among Taiwanese adolescents. *BMC public health*. 2010;10: 217.
15. Gördağ Ö, Dağdeviren H. Trakya Üniversitesinde araştırma görevlilerinde nomofobi ve nomofobiye Etkileyen faktörlerin araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi*. 2020.
16. Akaltun İ, Ayaydın H. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine çeşitli nedenlerle başvurmuş, akıllı telefon bağımlılığı olan ergenlerin aldığı psikiyatrik tanılar. *Harran Üni Tıp Fakültesi Dergisi*. 2019;16(2):193-6.
17. Kuss JD, Harkin L, Kanjo E, Billieux J. Problematic smartphone use: investigating contemporary experiences using a convergent design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(142):1-16.
18. Bayrak N, Sevinçer G. Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ve olası erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi*. 2020.
19. Sharma N SP, Sharma N, Wavare R. Rising concern of nomophobia amongst Indian medical students. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2015;3:705-7.
20. Güneş N, Özdemir Ç. The relationship between nomophobia and anxiety levels in healthy young individuals. *Journal Of Psychosocial Nursing*. 2021; 59(8):23-30
21. Tavolacci MP, Meyrignac, G., Richard, L., Dechelotte, P. Ve Ladner, J. Problematic Use Of Mobile Phone And Nomophobia Among French College Students: Marie-Pierre Tavolacci. *The European Journal Of Public Health*. 2015;25, 175-82.
22. Yapıcıoğlu B, Kavakci Ö, Güler AS, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(3):177-84.
23. Şimşek D. Denizli Kent Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı. *Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi*. 2011.