

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği

Cilt
Volume **27** | Sayı
Issue **2** | Haziran
June **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 2

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, TÜBİTAK 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

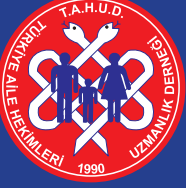
Prof. Dr. Waris Qidwadi
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

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

16-36 Ay Arası Çocuklarda Ekran Maruziyetinin Dil Gelişimi Üzerindeki Etkisinin Araştırılması

Investigation of the Effect of Screen Exposure on Language Development in Children Between 16-36 Months

Ceren Kebir, Hilal Özkaya..... 21

65 Yaş ve Üzeri Çoklu İlaç Kullanımı Olan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı Bilgi Düzeyleri

Rational Drug Use Knowledge Levels of Individuals Aged 65 and Over with Multiple Drug Use

Esranur Yayın, Hasan Esad Yayın..... 29

Üniversite Öğrencilerinin Siberkondri ve Anksiyete Düzeyleri ve İlişkili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma

University Students' Cyberchondria and Anxiety Levels and Associated Factors: A Cross-sectional Study

Dilber Cemre Tuna, Kamile Marakoğlu, Muslu Kazım Körez..... 36



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 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 çıkarımla konuları 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 yayın etiğinin 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 yayımlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'yi 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 çeviri 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. *Türk 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

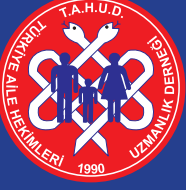
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

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

Aile Hekimliğinde Yeni Boyut

Değerli Okurlarımız,

Belçika'nın Brüksel kentinde 7 Haziran 2023 tarihinde düzenlenen WONCA Avrupa Konsey Toplantısı'nda disiplinimizin yeni boyutu konuşuldu.

Aile Hekimliği Avrupa Tanımı 2023 Revizyonu

Haziran 2022'de WONCA Avrupa Konseyi, aile hekimliği tanımında revizyon yapmak üzere bir çalışma grubu oluşturulmasına karar verdi.

Temmuz-Ekim 2022 arasında WONCA Avrupa'nın tüm network'lerine çalışma grubuna katılmaları konusunda davet gönderildi ve hepsinden olumlu cevap alındı.

Aralık 2022-Mart 2023 arasında bir dizi online toplantı yapıldı.

Nisan 2023'de editöriyal çalışma yürütüldü.

Mayıs 2023'de WONCA Avrupa Yönetim Kurulu tarafından onaylandı ve tüm üye derneklere gönderildi.

Haziran 2023'de nihai karar verilmesi planlandı.

Brüksel'de sunulan değişiklikler aşağıda yeşil ile işaretli olarak yer almaktadır.

2023 Değişiklikleri-Aile Hekimliği Disiplini

*Sağlık sisteminde ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, tüm başvuranlara açık ve sınırsız sağlık hizmeti sunar. Kişinin yaş, cinsiyet ve diğer özelliklerine bakmaksızın tüm sağlık sorunları ile ilgilenir.

*Birinci basamakta çalışan diğer sağlık profesyonelleri ile hizmetin koordinasyonunu sağlayarak, sağlık hizmeti kaynaklarının etkin kullanımını sağlar.

*Gerekli olduğunda hasta savunuculuğu rolünü üstlenerek diğer uzmanlık alanlarına geçiş birimi olma işlevini yürütür.

*Bireye, ailesine ve yaşadıkları topluma yönelik "bireye odaklı" bir yaklaşım geliştirir.

*Hekim ve hasta arasında kurulan etkin iletişim sayesinde, zaman içinde oluşturulan benzeri olmayan bir danışmanlık sürecine sahiptir.

*Toplumda görülen hastalıkların prevalans ve insidansları ile belirlenen özel bir karar verme sürecine sahiptir.

*Hastaların hem akut hem de kronik hastalıklarını eş zamanlı çözer.

*Acil müdahale gerektiren ve gelişim evresinin erken döneminde ayrılaşmamış şekilde ortaya çıkan hastalıkları tedavi eder.

*Uygun ve etkin koruma sağlayarak hastaları **ve içinde yaşadıkları ekosistemin** sağlığının ve iyilik halinin devamına yardımcı olur.

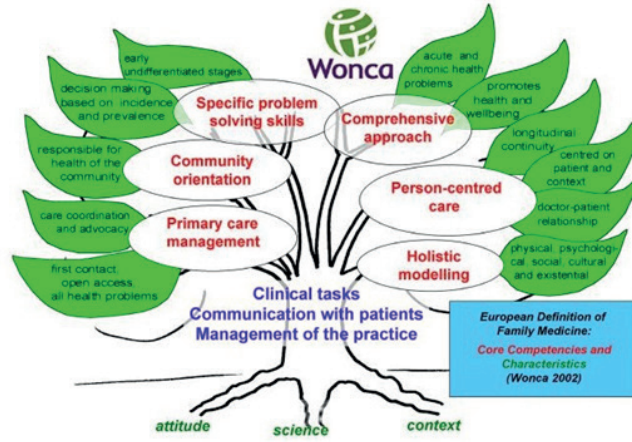
*Toplum sağlığı **ve doğal çevre** konusunda özel bir sorumluluğu vardır.

*Sağlık sorunlarıyla fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, **çevresel** ve varoluşsal boyutta ilgilenir.

*Hastanın güçlendirilmesini teşvik eder.

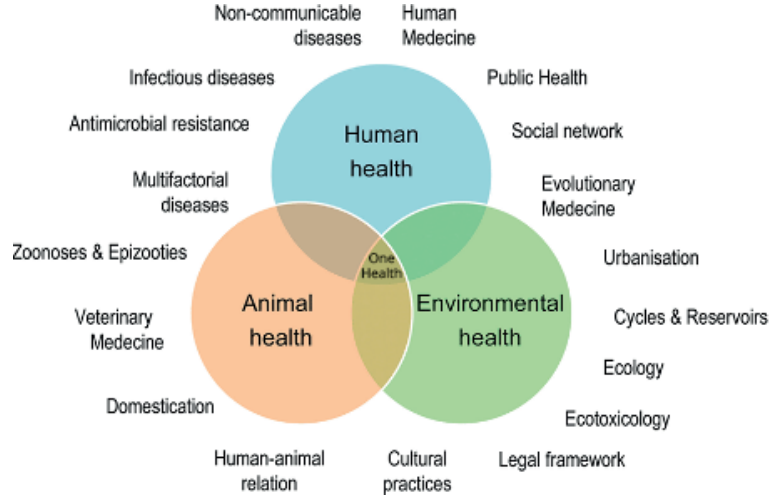
One Health, Planetary Health and Sustainability create the bedrock, allowing a new integrated approach to all of the six core competencies, twelve characteristics and three additional features essential in their application. (Tek Sağlık, Gezegen Sağlığı ve Sürdürülebilirlik, uygulanmalarında esas olmak üzere altı çekirdek yeterliliğe, on iki ilkeye ve üç ek özelliğe yeni bir entegre yaklaşımı mümkün kılarak disiplinimizin kökenini oluşturur).

WONCA Ağacı (yeni)



One Health, Planetary Health and Sustainability is the bedrock of 2023 Revision of the European Definition of Family Medicine

One Health



World Bank Report 122980-GLB

Amuasi JH, Lucas T, Horton R, Winkler AS. Reconnecting for our future: *The Lancet One Health Commission*. Lancet, The, 2020-05-09, Volume 395, Issue 10235, Pages 1469-1471.

Genel Pratisyen/Aile Hekimi, disiplinin ilkelerine göre yetiştirilmiş uzman hekimdir. Yaş, cinsiyet ve hastalıklar ne olursa olsun, tıbbi bakım için başvuran her bireyin kapsamlı ve sürekli bakımını sağlamaktan birincil (primer) olarak sorumludur. Hasta bakımını sağlarken, bireyin kültürünü, yaşadığı toplumu, ailesini **ve gezegenin entegre sağlığını** göz önünde bulundurur. Kişinin bireysel özerkliğini de her zaman dikkate alır. Topluma **ve doğal çevreye** karşı mesleki



Editörden / Editorial

sorumluluğu olduğunun her zaman bilincindedir. Hastalarıyla tedavi planını yaparken onların fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşçu **ve gezegen sağlığı ile ilişkili faktörler** boyuttaki özelliklerini dikkate alarak, tekrarlayan görüşmelerde güven sağlayıp bireyle ilgili bilgileri toplayarak bütünleştirir.

Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği uzmanı mesleki rolünü, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek ve tedavi, bakım hizmeti sunarak ya da hastalığı hafifleterek yerine getirir. Bunu yaparken, hizmet verdiği toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve mevcut kaynaklarına göre hareket eder. İhtiyacı olan hastaları uygun yerlere yönlendirir. Etkin ve güvenli hasta bakımı temelinde becerilerini geliştirmek zorundadır.

Kişi Merkezli Bakım

*Hastaların problemleriyle baş etmede hastanın koşullarını göz önüne alan, kişi-merkezli bir yaklaşım izlemek

*Hastanın otonomisini göz önüne alan etkili bir doktor-hasta ilişkisi oluşturmak için genel hekimlik konsültasyonunu uygulamak

*İletişim kurmak, öncelikleri saptamak ve ortaklık içinde davranmak

***Sağlıklı yaşam tarzı için davranış değişiklikleri de dahil olmak üzere kendi kendine yönetim ve korunma için** hastanın güçlendirilmesini teşvik etmek

***Sağlık hizmeti kaynaklarının duplikasyonunu ve israfını en aza indirmek için** sürekli ve koordine hizmet sunumu anlamında, hastanın ihtiyaçlarının belirlediği hizmetin sürekliliğini sağlamak

Kapsamlı Yaklaşım

*Bireydeki akut ve kronik problemleri, multipl şikayetler ve patolojileri bir bütün içinde yönetmek

*Sağlığı geliştirmek ve hastalıktan korunma yöntemlerini uygulayarak sağlığı ve iyilik halini geliştirmek, tedavi, bakım, hastalığı geriletme ve rehabilitasyonu sağlamak, koordine etmek

***Gezegen sağlığı, tek sağlık ve sürdürülebilirlik konusundaki zorluklara insani cevabı geliştirmek için hastalar, diğer profesyoneller, halk sağlığı ve politika yapımcılar ile ortaklık içinde çalışmak**

Toplum Yönelimli

*Eldeki kaynakları kullanarak, bireylerin sağlık ihtiyaçları ile, içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını uzlaştırmak

***Gezegen sağlığının ihtiyaçlarına göre yaşayabilecek şekilde hastaların ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını birleştirmek**

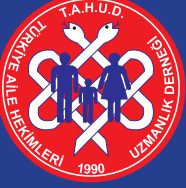
***Aile hekimliği polikliniğinin yerini eko-sorumluluk ile seçmek (düşük enerji tüketimi ve hatta enerji-nötr tesisler (binalar/fasiliteler)**

***Profesyonel tıbbi pratikte en az kirletici tarzı (mod'u) seçmek**

Bütüncül Yaklaşım

*Kültürel ve varoluşla **ve çevre ile** ilgili boyutları da göz önüne alarak biyopsikososyal model kullanmak

***Özellikle sağlık hizmeti kaynaklarının tüketimi ile ilgili olarak hastanın ve gezegenin ortak yararları konusunda toplumun bilgilendirilmesine katkıda bulunmak**



Editörden / Editorial

***İlaç reçetesi yazmaya ya da yazmamaya karar verirken, tanı testleri, tarama ve koruyucu aktiviteleri seçerken akılcı seçimler yapmak**

Öyle görünüyor ki, aile hekimliği disiplinimizin çekirdek yeterliliklerinin ve ilkelerinin revizyonunun; aile hekimliği eğitim, araştırma ve uygulamalarına etkileri konusunda daha fazla çalışmamız ve yeni düzenlemeler yapmamız gerekiyor.

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
- Hatice Tuba Akbayram
- Erol Aktunç
- Cüneyt Ardiç
- Çiğdem Apaydın Kara
- Duygu Ayhan Başer
- Ali Ramazan Benli
- Özlem Cığerli
- Yasemin Çayır
- Nejat Demircan
- Pınar Döner Güner
- Özden Gökdemir
- Sebahat Güçük
- Yusuf Adnan Güçlü
- Raziye Şule Gümüştaım
- Habibe İnci
- Nazan Karaoğlu
- Burcu Kayhan Tetik
- Yasemin Kılıç Öztürk
- Esra Meltem Koç
- Yasemin Korkut Kurtoğlu
- Selçuk Mistik
- Alis Özçakır
- Onur Öztürk
- Emin Pala
- Gülseren Pamuk
- Hülya Parıldar
- Fisun Sözen
- Berrin Telatar
- Arzu Uzuner
- Güzin Zeren Öztürk

*Soyadına göre alfabetik

16-36 Ay Arası Çocuklarda Ekran Maruziyetinin Dil Gelişimi Üzerindeki Etkisinin Araştırılması

Investigation of the Effect of Screen Exposure on Language Development in Children Between 16-36 Months

Ceren Kebir[®], Hilal Özkaya[®]

Atf/Cite as: Kebir C, Özkaya H. 16-36 ay arası çocuklarda ekran maruziyetinin dil gelişimi üzerindeki etkisinin araştırılması. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(2):21-28.

ÖZ

Amaç: Bebeklik ve erken çocukluk döneminde pek çok faktör dil gelişimini etkilemektedir. Bu çalışmada 16-36 ay arasındaki çocukların ekran maruziyetinin, ailesel bazı sosyodemografik verilerle ilişkisi ve çocuğun dil ve konuşma gelişimi üzerindeki etkisi Türkçe İletişim Gelişimi Envanteri-II (TİGE-II) ile değerlendirilmiştir. Ekran maruziyeti ve maruziyet sürelerinin, çocuktaki dil ve konuşma gelişimine etkisi incelenmiştir.

Yöntem: Çalışma tek merkezli, kesitsel bir çalışmadır. 1 Ekim 2022- 1 Aralık 2022 tarihleri arasında Genel Pediatri Servislerinde takip ve tedavi edilen, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 90 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ve anne-babalarının sosyodemografik verileri ve ekran kullanım özellikleriyle ilgili tarafımızca oluşturulan 25 soruluk anket uygulanmıştır. Çocukların dil gelişimi düzeylerini ölçmek için TİGE-II kullanılmıştır. Veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 25 aydı ve %58,9'u erkek idi. Çocukların %88,9'unun ekranla tanıştığı, ekran kullanılmaya başlanan yaşın çocukların tamamında 2 yaşından önce olduğu ve çocukların %55'inin bir günde bir saatten fazla ekran kullanım süresi olduğu görüldü. Araştırmamızda ekran maruziyeti hiç olmayan çocukların TİGE-II puanlarından söylenen sözcük puanı, ortalama sözcük uzunluğu puanı ve durum ekleri puanı daha yüksek bulundu. Ayrıca ekran izlemeye 13-24 ay arasında başlayan çocukların, 0-12 ay arasında izlemeye başlayan çocuklara göre söylenen sözcük puanı, sözcük kullanım puanı, sözcük eki puanı, birden fazla sözcüğü cümle içinde kullanma puanı, ortalama sözcük uzunluğu puanı, durum ekleri puanı, fiil ekleri puanı ve karışık cümle yapısı puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda çocuklardaki ekran maruziyetinin dil ve konuşma gelişimini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Aile hekimlerinin çocuğun dil gelişimini sorgulaması, ekran maruziyetinin olumsuz etkilerini ailelere anlatması, çocuklarla kaliteli ve etkileşimli vakit geçirme konusunda bilgi vermesinin, ekran maruziyetinin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, dil gelişimi, ekran, televizyon, TİGE-II, aile hekimliği

ABSTRACT

Objective: Many factors affect language development in infancy and early childhood. In this study, the relationship of screen exposure of children aged 16-36 months with some familial sociodemographic data and its effect on the child's language and speech development were evaluated with the Turkish Communication Development Inventory-II (TIGE-II). The effects of screen exposure and exposure times on language and speech development in children were investigated.

Methods: This is a single-center, cross-sectional study. 90 patients, who were hospitalized in General Pediatric Services and met the criteria for participation in the study were included. A questionnaire consisting of 25 questions created by us regarding the sociodemographic data and screen usage characteristics of the patients and their parents was applied. TIGE-II was used to measure the language development levels of children. SPSS 25.0 package program was used for data analysis and statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The average age of the participants was 25 months. 58.9% were male. It was seen that 88.9% of the children were acquainted with the screen, the age at which the screen was used was before the age of 2 in all children, and 55% of the children had more than one hour of screen use in a day. The spoken word score, mean utterance length score, and case suffix scores were found to be higher than the TIGE-II scores of children who had never been exposed to screens. And also, spoken word score, word usage score, word suffix score, using more than one word in a sentence score, average utterance length score, case suffix score, verb suffix score and mixed sentence structure score according to children who started watching screen between 13-24 months, compared to children who started watching screen between 0-12 months were found to be significantly higher.

Conclusion: In our study, it was observed that screen exposure in children negatively affects language and speech development. It is predicted that family physicians questioning the child's language development, explaining the negative effects of screen exposure, and informing families about spending quality and interactive time with children will contribute to reducing screen exposure.

Keywords: Child, language development, screen, television, TIGE-II, family medicine

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: 18.03.2023

Accepted/Kabul: 23.04.2023

Publication date: 26.06.2023

Corresponding Author:

H. Özkaya

ORCID: 0000-0002-4223-9701

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir

Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

İstanbul, Türkiye

✉ ozkaya2012@gmail.com

C. Kebir

ORCID: 0009-0001-4020-9584

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir

Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Bebeklik ve erken çocukluk dönemi, beyin gelişiminin en duyarlı olduğu dönemdir. Bir insanın sahip olduğu motor, dil, sosyal ve bilişsel yapıların oluştuğu ve biçimlendiği bu dönem pek çok değişime açıktır.^[1] Beyin gelişimi genetik belirleyiciler, çevresel faktörler, beslenme, uyarıların etkileşimi ve daha birçok etken aracılığıyla olmaktadır.^[1]

Dil gelişimi seslerin, sayıların, sözcüklerin, simgelerin kazanılması ve dilin kurallarına uygun olarak kullanılmasını içeren, doğuştan var olan yetenekler ile çevresel faktörlerden etkilenen karmaşık bir süreçtir.^[2] Dil ve konuşma gelişimi de beyin gelişimi ile paralel olup, en fazla olduğu dönem bebeklik ve erken çocukluk dönemi adını verdiğimiz yaşamın ilk üç yılıdır.^[2]

Medya, her türlü yazılı, basılı, sözlü görsel metin ve imgeleri içeren iletişim araçlarını kapsayan bir kavramdır. Günümüzde teknolojik gelişmelerin artması ile “yeni medya” kavramı ortaya çıkmıştır.^[3] Teknolojideki hızlı gelişmeler ile medya araçları ve özellikle internet kullanımını günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Günümüzde internet ve medyanın iletişim, bilgilendirme ve eğlence konularındaki rolü geniş kitleler tarafından benimsenmiştir. Çocuklar için de internet, cep telefonları, televizyon, tablet ve benzeri teknolojik araçlar günlük yaşamın vazgeçilmez bir unsuru olmaya başlamıştır.^[3]

İki yaşından önce çocuklar, başarılı bir olgunlaşma için güvenilir bakıcılarla uygulamalı keşif ve sosyal etkileşim gerektiren bilişsel, dil, duyu-motor ve sosyal-duygusal beceriler geliştirmeye devam ederler. Nüfusa dayalı araştırmalar, erken çocukluk döneminde aşırı televizyon (TV) izleme ile bilişsel, dil ve sosyal/duygusal gecikmeler arasındaki ilişkileri göstermeye devam etmektedir.^[4]

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), 2010 yılındaki ulusal raporunda, iki yaşından küçük çocukların ve bebeklerin yaklaşık üçte ikisinin bir günde ortalama bir buçuk saat televizyon izlediğini ortaya çıkarmıştır. AAP, medya ile geçirilen zamanın genellikle yaratıcı, aktif ve sosyal faaliyetlere katılımın yerini aldığını belirtmiştir.^[5]

Çocuklarda dijital ekran maruziyetinin kısa ve uzun vadede yol açabileceği sağlık sorunları araştırılmaya devam etmektedir. Dijital ekran maruziyetinin olası zararları bilinmesine rağmen, ekran kullanım sıklığının ve ekran bağımlılığının arttığı gözlenmektedir. Bebeklik

ve erken çocukluk dönemindeki ekran maruziyetinin dil ve konuşma gelişimi üzerine de olumsuz etkileri olduğuna dair çalışmalar mevcuttur.

Araştırmamızda; 16-36 ay yaş aralığında olan çocukların ekran kullanım süresi hakkında veri elde edilmesi, dijital ekran ve medya maruziyetinin, bazı ailesel sosyodemografik faktörlerle ilişkisi ve erken dönem çocuklukta dil ve konuşma gelişimi üzerinde etkisi olup olmadığına dair bulgular elde edilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Etik Beyanı

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş, 21.09.2022 tarihli ve 2022-280 sayılı karar ile etik açıdan çalışılması uygun bulunmuştur. Araştırmamız Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak yapılmıştır.

Araştırma Türü

Çalışmamız tek merkezli ve kesitsel bir çalışmadır.

Hasta Popülasyonu

Araştırmanın evrenini 01.10.2022-01.12.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği genel çocuk servislerinde takip ve tedavi edilen, 16-36 ay yaş aralığında olup, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan çocuklar oluşturmaktadır.

Araştırmanın evreni 2 aylık periyotta çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğine başvuran ve genel pediatri servislerinde yatan 200 hastadan, 16-36 ay aralığında olup, dil ve konuşma gelişimini etkileyecek herhangi bir hastalığı olmayan hastalardan oluşmaktadır. Çalışma için örneklem büyüklüğü; referans makaleden yola çıkılarak, 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığında güç analizi ile 90 hasta olarak hesaplanmış ve örneklem seçiminde basit rastgele örneklem seçim yöntemi kullanılmıştır.

On altı-otuz altı ay yaş aralığında olan, anne-babası anket ve ölçeğe eksiksiz yanıt veren, dil ve konuşma gelişimini etkileyecek herhangi bir hastalığı olmayan, anne-babası iletişim kurulabilecek mental durumda olan, ailede konuşulan ana dilin Türkçe olduğu, anne-babasından araştırmayı kabul ettiğine dair onayı bulunan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

On altı aydan küçük veya 36 aydan büyük yaş grubundaki, dil ve konuşma gelişimini etkileyecek herhangi bir hastalığı olan, anne-babasının araştırmayı kabul ettiğine dair onayı olmayanlar ve çalışmaya katılmaktan vazgeçenler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Verilerin Toplanma Araçları

Tarafımızca, çocuğun ve ebeveynlerin demografik bilgileri, çocuğa bakım veren kişi, çocuğun ve ebeveynlerin ekran kullanım durumu ve ekran kullanım süreleri, ebeveynlerin ekran kullanımı hakkındaki görüşlerine dair soruları içeren 25 sorudan oluşan anket oluşturulmuştur.

Çalışmamızda, çocukların dil gelişim düzeylerini ölçmek için kullandığımız TİGE-II ölçeği 16-36 aylık çocukların sözcük bilgisini ve dil becerilerini değerlendirmektedir. TİGE-II formu temelde çocukların kullandığı sözcükler (bölüm 1) ve cümleler ve dilbilgisi (bölüm 2) olmak üzere iki alt bölümden oluşmaktadır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada, veri analizi için SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois,

ABD) paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ve çeşitli değişkenlerine dair tanımlayıcı veriler frekans (N ve %) tabloları, sürekli değişkenler ise Ort. \pm SS şeklinde verilmiştir.

Normal dağılım göstermeyen ölçek alt boyut puanları ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nonparametrik testlerden Mann whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Post-Hoc testlerinden Games-Howell testi kullanılmıştır. Ölçek alt boyut puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için spearman korelasyon analizi yapılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda, çocukların yaş ortalaması 25 aydı. Çocukların %58,9'u erkek, %41,1'i kızdı. Annelerin %57,8'i 18-30 yaş arasında, %42,2'si 30 yaş üstüydü. Annelerin eğitim düzeyi %48,9'u lise ve altı, %51,1'i ise lisans ve üstü idi. Annelerin %61,1'i ev hanımıydı. Babaların %22,2'si 18-30 yaş arası, %77,8'i ise 30 yaş

üstüydü. Baba eğitim düzeyi %46,7 lise ve altı, %53,3 ise lisans ve üstü idi. Baba mesleğinin %42,2 işçi olduğu ve ailelerin %50,0'sinin aile gelir durumunun orta düzey olduğu belirlenmiştir.

Analiz sonucuna göre çocukların %88,9'unun ekranla tanıştığı, %66,3'ünün 0-12 ay arasındayken ekranla tanıştığı, %55,0'inin 1 günde 1 saatten fazla ekran kullanım süresi olduğu ve %58,8'inin en çok televizyon izlemeyi tercih ettiği ve ayrıca çocukların %83,3'ünün okul öncesi eğitime gitmediği saptanmıştır. Annenin ekran kullanım süresi incelendiğinde, %80,0'inin ve babaların da %61,1'inin bir günde 3 saatten daha az ekran kullandığı belirlenmiştir. Katılımcıların %88,9'unun ilk 3 yaşta çocukların ekrana maruz bırakılmaması ile ilgili bilgisinin olduğu, %30,0'unun bu bilgiyi doktor ve kitaplardan elde ettiği saptanmıştır. Ayrıca annelerin %76,7'sinin ve babaların %66,7'sinin çocuğun ekran kullanımını desteklemediği belirlenmiştir.

Tablo 2'de, çeşitli değişkenler ile "Çocuğun ekran kullanım süresi bir günde ne kadardır?" sorusunun karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre, "Çocuğun ekran kullanım süresi bir günde ne kadardır?" sorusu ile anne çalışma durumu, anne eğitim seviyesi ve baba eğitim seviyesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Annesi çalışan çocukların ekran kullanım süresi anlamlı olarak daha az bulunmuştur. Anne eğitim seviyesi lisans ve üstü olan çocukların ekran kullanım süreleri anlamlı olarak daha az bulunmuştur. Benzer şekilde baba eğitim seviyesi lisans ve üstü olan çocukların da ekran kullanım süreleri anlamlı olarak daha az belirlenmiştir.

TİGE-II alt boyut puanları, cinsiyet ile karşılaştırılmıştır. Bu analiz sonucuna göre, TİGE-II ölçeği alt boyutlarından söylenen sözcük puanı, sözcük eki puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı, durum ekleri puanı, fiil ekleri puanı, karışık cümle yapısı puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kız çocuklarının erkeklere kıyasla söylenen sözcük puanı, sözcük eki puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı, durum ekleri puanı, fiil ekleri puanı ve karışık cümle yapısı puanı daha yüksek bulunmuştur.

TİGE-II alt boyut puanları, anne eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında, analiz sonucuna göre TİGE-II ölçeği alt boyutlarından "ortalama sözce uzunluğu" puanı ile anne eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anne eğitim durumu lisansüstü olanların diğer gruplara kıyasla "ortalama

Tablo 1. Çocukların ekran kullanımı ile ilgili veriler

Ekran kullanımı ile ilgili özellikler	Cevaplar	n	%
Çocuğunuz ekranla tanıştı mı?	Hayır	10	11,1
	Evet	80	88,9
Ekranla tanışması ilk kaç aylıkken oldu?	0-12 ay	53	66,3
	13-24 ay	27	33,7
	24-36 ay	0	0
Çocuğun ekran kullanım süresi 1 günde ne kadar?	0-1 saat	36	45
	1-3 saat	24	30
	>3 saat	20	25
Çocuğun ekran kullanım süresinde kısıtlama var mı?	Evet	41	45,6
	Hayır	21	23,3
	Kısmen	28	31,1
En çok tercih edilen ekran hangisi?	Televizyon	47	58,8
	Telefon	40	50,0
	Tablet	3	3,8
İlk 3 yaşta çocukların ekrana maruz bırakılmaması ile ilgili ailenin herhangi bir bilgisi var mı?	Diğer	1	1,3
	Evet	10	11,1
	Hayır	80	88,9
İlk 3 yaşta çocukların ekrana maruz bırakılmaması ile ilgili ailenin herhangi bir bilgisi var mı?	Destekliyor	16	17,8
	Desteklemiyor	69	76,7
	Fikrim yok	5	5,6
Baba çocuğun ekran kullanımı hakkında ne düşünüyor?	Destekliyor	19	21,1
	Desteklemiyor	60	66,7
	Fikrim yok	11	12,2

Tablo 2. Çeşitli değişkenlerin “Çocuğun ekran kullanım süresi bir günde ne kadardır?” sorusuna göre karşılaştırılması

Değişkenler		Çocuğun günlük ekran kullanım süresi			P
		<1 saat (n=36)	1-3saat (n=24)	>3 saat (n=20)	
Annenin çalışma durumu	Çalışmıyor	18	16	17	0,031
	Çalışıyor	18	8	3	
	İlkokul ve altı	1	3	8	
Anne eğitim seviyesi	Ortaokul ve lise	13	9	8	0,003
	Lisans	15	11	2	
	Lisans üstü	7	1	2	
Baba eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	3	3	7	0,030
	Ortaokul ve lise	11	7	7	
	Lisans	10	12	4	
	Lisans üstü	12	2	2	

sözce uzunluğu” puanı daha yüksek bulunmuştur. TİGE-II ölçeği alt boyutları ile baba eğitim durumu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3’te, TİGE-II alt boyut puanlarının “Çocuğunuz ekranla tanıştı mı?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre TİGE-II ölçeği alt boyutlarından söylenen sözcük puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı, durum ekleri puanı ile “Çocuğunuz ekranla tanıştı mı?” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ekranla tanışmayan çocukların tanışanlara kıyasla söylenen sözcük puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı ve durum ekleri puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4’te, TİGE-II alt boyut puanlarının “Çocuğunuz ekran ile kaç aylıkken tanıştı?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre ekranla 13-24 aylıkken tanışan çocukların 0-12 ay tanışan çocuklara kıyasla söylenen sözcük puanı, sözcük kullanım puanı, sözcük eki puanı, birden fazla sözcüğü cümle içinde kullanma puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı, durum ekleri puanı, fiil ekleri puanı ve karışık cümle yapısı puanı daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Tablo 5’te, TİGE-II alt boyut puanlarının “Çocuk okul öncesi eğitime (kreş, anaokulu, oyun grubu vb.) gidiyor mu?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre, “Çocuk

Tablo 3. TIGE-II alt boyut puanlarının “Çocuğunuz ekranla tanıştı mı?” sorusu açısından karşılaştırılması

Değişkenler	Cevap	n	Ort±SS	Z	p
Söylenen sözcük puanı	Hayır	10	376,5±285,47	-1,984	0,047
	Evet	80	189,15±211,93		
Ortalama sözce uzunluğu puanı	Hayır	10	4,30±2,75	-2,096	0,036
	Evet	80	2,51±1,79		
Durum ekleri puanı	Hayır	10	2,30±1,77	-2,218	0,027
	Evet	80	1,04±1,5		

Tablo 4. TIGE-II Alt Boyut Puanlarının “Çocuğunuz ekran ile kaç aylıkken tanıştı?” sorusu açısından karşılaştırılması

Değişkenler	Yaş	n	Ort±SS	Z	p
Söylenen sözcük puanı	0-12 ay	53	136,02±172,92	-3,215	0,001
	13-24 ay	27	293,44±244,16		
Sözcük kullanım puanı	0-12 ay	53	3,34±1,75	-2,618	0,009
	13-24 ay	27	4,41±1,05		
Sözcük eki puanı	0-12 ay	53	3,70±4,34	-2,391	0,017
	13-24 ay	27	6,07±4,6		
Birden fazla sözcüğü cümle içinde kullanma puanı	0-12 ay	53	0,58±0,50	-2,395	0,017
	13-24 ay	27	0,85±0,36		
Ortalama sözce uzunluğu puanı	0-12 ay	53	1,98±1,20	-3,261	0,001
	13-24 ay	27	3,56±2,26		
Durum ekleri puanı	0-12 ay	53	0,58±1,17	-3,754	<0,001
	13-24 ay	27	1,93±1,69		
Fiil ekleri puanı	0-12 ay	53	1,72±3,14	-2,920	0,003
	13-24 ay	27	4,48±4,93		
Karmaşık cümle yapısı puanı	0-12 ay	53	1,36±2,27	-2,493	0,013
	13-24 ay	27	3,30±3,51		

okul öncesi eğitime (kreş, anaokulu, oyun grubu vb.) gidiyor mu?” sorusu ile TIGE-II ölçeği alt boyutlarından sözcük eki puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı, durum ekleri puanı ve fiil ekleri puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Okul öncesi eğitime giden çocukların gitmeyenlere kıyasla sözcük eki, ortalama sözce uzunluğu puanı, durum ekleri puanı ve fiil ekleri puanı daha yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Erken çocukluk dönemindeki dijital ekran maruziyetinin bilinen birçok olumsuz etkisi bulunmakla birlikte, bu konuda birçok araştırma yapılmaya devam etmektedir. Çocukların okul öncesi dönemde kullanmaya başladığı

cep telefonu, tablet, bilgisayar ve internetin çocukların gelişimlerinde zararlı sonuçlar doğurabileceği açıktır.^[6]

Ülkemizde 2013 yılında İstanbul, Bursa ve Kocaeli illerinde 7 yaş altı 102 çocuğa uygulanan bir araştırmada, çocukların tamamının internet, tablet ve cep telefonunun en az birini kullandığı bulunmuştur. Aynı çalışmada, çocukların tamamının TV izlediği görülmüştür.^[6] Zimmerman ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada, bebeklerin %40'ının üç aylıkken düzenli olarak ekran izlediği ve 24 aylıkken bu oranın %90'a yükseldiği görülmüştür.^[7] Edirne ilinde 3-6 yaş arası 942 çocuğun dâhil edildiği bir çalışmada, çocukların %96,1'inin televizyon izlediği, %40,4'ünün bilgisayar, %54,7'sinin tablet ve %84,5'inin akıllı

Tablo 5. TIGE-II alt boyut puanlarının “Çocuk okul öncesi eğitime (kreş, anaokulu, oyun grubu vs.) gidiyor mu?” sorusu açısından karşılaştırılması

Değişkenler	Cevap	n	Ort±SS	Z	p
Sözcük eki puanı	Evet	15	6,87±4,73	-2,072	0,038
	Hayır	75	4,36±4,48		
Ortalama sözce uzunluğu puanı	Evet	15	4,53±2,97	-2,457	0,012
	Hayır	75	2,35±1,49		
Fiil ekleri puanı	Evet	15	2,2±1,9	-2,508	0,014
	Hayır	75	0,97±1,42		
Durum ekleri puanı	Evet	15	5,8±5,76	-2,544	0,011
	Hayır	75	2,43±3,7		

telefon kullandığı belirlenmiştir.^[8] İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne Ocak 2018 ile Mart 2018 tarihleri arasında başvuran 18-36 aylık çocuklar arasında yürütülen bir çalışmaya 187 çocuk dâhil edilmiş ve bu çocuklardan izole dil gelişim bozukluğu olan 22 çocuğun ekran maruziyeti sıklığı %81,8 olarak belirlenmiştir.^[9] Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde, çalışmaya dâhil edilen 90 çocuğun %88,9'unun ekran izlediği görüldü.

Sydney'de yapılan bir çalışmada, 18 aylık çocukların %60,8'inde günde 0 ila 2 saat arasında ekran maruziyet süreleri olup, %39,2'sinde günde iki saatin üzerinde ekran maruziyet süreleri olduğu saptanmıştır.^[10] Ülkemizde 2013 yılında yapılan 7 yaş altı 102 çocuğun dâhil edildiği bir çalışmada, teknolojik aletlerle geçirdikleri günlük ortalama süre katılımcıların %50'sinde 1 saat üzeri olarak bulunmuştur.^[6]

Lin ve ark., 15-35 aylık çocuklarda yaptıkları bir çalışmada, iki yaşından küçük çocuklarda ortalama günlük televizyon izleme süresini 67,4 dk. olarak bulmuşlardır.^[11] 2001 ve 2012 yılları arasında, 12.828 çocuğun ebeveynlerine uygulanan ankette ebeveynlerin çoğu çocuklarının günde iki saat ve üzeri TV izlediğini bildirmişlerdir.^[12] Çalışmamızda da bu araştırmalara benzer şekilde çocukların %55,0'inin günlük ortalama bir saatten fazla ekran kullanım süresi olduğu belirlendi.

Edirne ilinde 3-6 yaş arası 1892 çocuğun ebeveynlerine uygulanan bir çalışmada, çalışmayan anne çocuklarının ekran kullanım süresi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.^[8] Bir çalışmada, ailesi çalışmayıp evde olan çocukların daha yüksek mobil medya kullanımı olduğu bildirilmiştir.^[13] Bizim çalışmamızda ise annesi çalışmayan çocukların günlük ekran kullanım süresi anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada, 1-2 yaş arası çocuklar arasında anne eğitim durumunun, çocuğun TV izleme süresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.^[14] Hesketh ve ark.'nın çalışmasında da anne öğrenim durumunun çocuğun televizyon izleme süresini etkilediği, eğitim düzeyi arttıkça ekran süresinin azaldığı belirlenmiştir.^[15] Türkiye'de yapılan, ekran süreleri ve aile işlevinin değerlendirildiği bir çalışmada, anne öğrenim durumu arttıkça çocukların ekran sürelerinin anlamlı olarak düştüğü görülmüştür. Aynı çalışmada, babası lise mezunu olan çocuklarda ekran süreleri en uzun iken, üniversite mezunu babaların çocuklarında

ekran süreleri en kısa bulunmuştur.^[16] Çalışmamızın sonucunda da bu çalışmalara benzer olarak anne ve baba eğitim düzeyleri lisans ve üstü olan çocuklarda günlük ortalama ekran kullanım sürelerinin daha az olduğu görülmüştür.

Ülkemizde, Denizli ilinde yapılan 302 ebeveyn ve onların 48-72 aylık çocuklarının dâhil edildiği bir çalışmada, çocukların alıcı/ifade edici dil gelişim düzeylerini belirlemek amacıyla Türkçe Erken Dil Gelişimi Testi (TELD-3) uygulanmış ve evdeki çocuk sayısı ile ifade edici dil gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki olduğu görülmüştür.^[17] Ankara ilinde 5-6 yaş grubunda 232 çocuğun dâhil edildiği başka bir çalışmada, kardeş sayısına göre Descoedres'in Dil Testi (DLT), Peabody Resim-Kelime Testi (PRKT), Lügatçe ve Dil Testi (LDT) puanlarında ortalama değerler karşılaştırılmış ve gruplar arası farkın önemli olmadığı saptanmıştır.^[18] 2016-2017 yılında ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, 36- 72 aylık 191 çocuk çalışmaya dâhil edilmiş, çocukların dil gelişim düzeylerini ölçmek için Peabody Resim-Kelime Testi kullanılmış ve çocukların puan ortalamaları ile kardeş sayıları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.^[19] Çalışmamızda ise, evdeki çocuk sayısı arttıkça, çalışmaya dâhil edilen çocukların TIGE-II puanlarından söylenen sözcük puanı, sözcük kullanım puanı, birden fazla sözcüğü aynı cümle içinde kullanma puanı ve ortalama sözce uzunluğu (OSU) puanının daha düşük olduğu görülmüştür.

1973 yılında yapılan bir çalışmada, iki yaşındaki çocukların dil gelişimi incelenmiş ve bu çocukların TV izlediği süre uzadıkça, dil gelişimi ölçümlerinin ve 50 sözcüğün edinildiği yaş gibi gelişimsel belirteçlerin negatif yönde etkilendiği görülmüştür.^[20] Linebarger ve Walker, ebeveynler tarafından 6 aylıktan itibaren tutulan TV izleme günlükleriyle ilişkili olarak 30 aylık bebeklerde sözcük dağarcığını ve ifade edici dili analiz etmişlerdir. Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, çocukların maruz kaldığı belirli programlarla ilişkili olarak analiz yapılmıştır. Bu çalışma, erken yaşta televizyon izlemenin içeriğe bağlı olarak dil gelişimi üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olabileceğini gösteren bir çalışmadır. Bu çalışmada, dil gelişimi ile iki yaşından küçük yaşta TV izleme arasında negatif ilişkiler olduğu görülmüştür.^[21] 2006 yılında 2-24 ay arası bebeği olan 1008 ebeveynle yapılan bir çalışmada, 8 ila 16 aylık çocuklarda bebek videolarının izlenmesi ile sözcük edinimi arasında büyük bir negatif ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bebeğin ekran izlediği her saat ile analizde ilişkilendirilen 17 puanlık fark, kullanılan

ölçekte yer alan 90 sözcükten, bir çocuk için yaklaşık 6 ila 8 sözcüklük bir farka karşılık gelmiştir.^[22] 119 İspanyol bebek ve yürümeye başlayan çocukların ekran medyası kullanımı, medya içeriği ve dil gelişimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, ortalama olarak, günde 2 saat veya daha fazla televizyona maruz kalan bebeklerin ve küçük çocukların; 2 saatten az televizyona maruz kalan bebeklere ve küçük çocuklara göre iletişim alanında düşük puan alma olasılıklarının 5,5 kat arttığı görülmüş. Aynı çalışmada, yüksek düzeyde televizyon maruziyeti (>2 saat) daha düşük iletişim puanları ile ilişkilendirilmiştir.^[23] Araştırmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde ekran maruziyeti hiç olmayan çocukların TİGE-II puanlarından söylenen sözcük puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı ve durum ekleri puanı daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda ekran izlemeye 13-24 ay arasında başlayan çocukların, 0-12 ay arasında izlemeye başlayan çocuklara göre söylenen sözcük puanı, sözcük kullanım puanı, sözcük eki puanı, birden fazla sözcüğü cümle içinde kullanma puanı, ortalama sözce uzunluğu puanı, durum ekleri puanı, fiil ekleri puanı ve karışık cümle yapısı puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda, çalışmaya katılan 16-36 ay arası çocukların %88,9'unun ekran maruziyeti olduğu görüldü. Sıfır-iki yaş ekran maruziyeti DSÖ ve AAP tarafından önerilmemesine rağmen, erken dönem çocuklukta ekran maruziyetinin yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bu durum çocuk sağlığını ve gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir.

Artan oranda ekran izlenim süreleri çocukların hareketsiz bir yaşam sürmesine, aileleri ve çevreleriyle iletişimlerinin azalmasına neden olmaktadır. Ekranla karşılıksız bir iletişim hâlinde olan çocuklarda alıcı dilde daha az sorun yaşanırken, çocuğun kendini dile getirmesinde sorunlar ortaya çıkmakta ve dil gelişim sorunları da bununla beraber gelmektedir.

Çalışmamızda, ekran maruziyeti olup olmama durumu, ekran izlemeye başlangıç yaşına göre çocuklarda dil gelişimi arasında önemli farklılıklar görülmüştür. Ekran izlemeyen çocukların TİGE-II puanlarının, ekran izleyenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, ekran maruziyetine başlangıç yaşı daha küçük olanların, TİGE-II puanları daha düşük bulunmuştur. Okul öncesi eğitime giden

çocuklarda puanlama daha yüksek bulunmuştur. Bu durum aynı zamanda, okul öncesi eğitime giden çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin ve sosyoekonomik durumlarının da yüksek olmasının bir sonucu olarak düşünülebilir.

Sonuç olarak, çocuklarda ekran maruziyeti, hızla artmakta ve müdahale edilmesi gereken bir sağlık sorunu hâline gelmektedir. Aile hekimleri olarak birinci basamakta aileleri bu konuda bilgilendirmek en önemli görevlerimizden biridir. Birinci basamakta aileleri gebelik döneminden başlayarak, çocuk sağlığı izlemlerinde de ekran maruziyetinin olası zararları konusunda aydınlatmak, ileride ekran maruziyetine bağlı gerçekleşebilecek birçok sağlık sorununun önüne geçilmesini sağlayabilecektir. Çocuk sağlığı izlemlerinde, çocuğun dil ve konuşması hakkında ailelerden bilgi almak periyodik sağlık muayenelerinin bir parçasıdır ve dil gelişim bozukluklarının erken tanısında oldukça önemlidir.

Kısıtlılıklar

Araştırmamızın belirli bir alanda ve az sayıda katılımcıyla yapılmış olması kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, araştırmamızda kullandığımız TİGE-II'nin uygulanması için 30-40 dk.lık zaman gerekmesi, çalışma için ailelerin yanıt vermelerinde isteksizliğe neden olmuştur. Diğer bir kısıtlılık ise, anne babalarda ekrana maruz kalma süresini sorarken, iş yerindeki çalışma saatlerini ayırmamış olmamızdır. Çünkü çalışan ebeveynlerde ekran maruziyetinin büyük kısmı iş yerinde gerçekleşmiş olabilir, bunun da sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer çalışmaların daha geniş bir örneklemde yapılması, daha geniş zaman aralığında yapılması ya da daha kısa süren ölçeklerin kullanılması daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (21.09.2022 - 2022/280).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the University of Health Sciences Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Clinical Research Ethics Committee (21.09.2022 - 2022/280).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Kondolot M, Sertgil N. Mental ve Sosyal Gelişimin Desteklenmesi. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi Kitabı içinde. 2021; 119-28.
2. İnce T, Aydın A. Dil Gelişiminin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi Kitabı içinde. 2021; 143-60.
3. İlarlan N, Ulukol B. Akılcı Medya Kullanımı. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi Kitabı içinde. 2021; 229-44.
4. Council on Communications and Media. Children, Adolescents, and the Media. Pediatrics 2013; 132(5): 958-61.
5. Strasburger VC; Council on Communications and Media American Academy of Pediatrics. Media education. Pediatrics 2010; 126(5): 1012-7.
6. Gündoğdu Z, Seytepe Ö, Pelit BM, et al. Okul öncesi çocuklarda medya kullanımı. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 2(2): 6-10.
7. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161(5): 473-9.
8. Yıldız H, Öztora S, Dağdeviren HN. Anaokulu çocuklarının teknolojik alet kullanımı, ebeveynlerinin tutum ve davranışları. Türk Aile Hek Derg 2022; 26(3): 108-15.
9. Keskindemirci G. Dil Gelişimi Gecikmiş Olan Çocuklarda Ekran Maruziyeti: Ön Çalışma Sonuçları. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2020; 82(4): 29-30.
10. Chandra M, Jalaludin B, Woolfenden S, et al. Screen time of infants in Sydney, Australia: a birth cohort study. BMJ Open 2016; 6(10): e012342.
11. Lin LY, Cherng RJ, Chen YJ, Chen YJ, Yang HM. Effects of television exposure on developmental skills among young children. Infant Behav Dev 2015; 38: 20-6.
12. Loprinzi PD, Davis RE. Secular trends in parent-reported television viewing among children in the United States, 2001-2012. Child Care Health Dev 2016; 42(2): 288-91.
13. Wu CS, Fowler C, Lam WY, Wong HT, Wong CH, Yuen Loke A. Parenting approaches and digital technology use of preschool age children in a Chinese community. Ital J Pediatr 2014; 40: 44.
14. Kourlaba G, Kondaki K, Liarigkovinos T, Manios Y. Factors associated with television viewing time in toddlers and preschoolers in Greece: the GENESIS study. J Public Health (Oxf) 2009; 31(2): 222-30.
15. Hesketh K, Ball K, Crawford D, Campbell K, Salmon J. Mediators of the relationship between maternal education and children's TV viewing. Am J Prev Med 2007; 33(1): 41-7.
16. Çelik E. 4-6 Yaş Çocuklarda Ekran Kullanımının, Ebeveyn Ekran Kullanımı ve Aile İşlevleri ile İlişkisi [uzmanlık tezi]. Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2017.
17. Işıkoğlu Erdoğan N, Şimşek ZC. Ebeveyn-Çocuk Birlikte Okuma Alışkanlıkları, Etkinlikleri ve Sosyoekonomik Faktörlerin Dil Gelişimine Olan Etkileri. Milli Eğitim Dergisi 2022; 51(233): 177-89.
18. Erdoğan YS, Bekir AHŞ, Aras AE. Alt Sosyoekonomik Bölgelerde Ana Sınıfına Devam Eden 5-6 Yaş Grubundaki Çocukların Dil Gelişim Düzeylerine Bazı Faktörlerin Etkisinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005; 14(1): 231-46.
19. Uladı G, Eryılmaz D, Geyik M, Öztürk M. 36-72 Aylık Çocukların Dil Gelişim Özelliklerinin Çeşitli Değişkenler Bakımından İncelenmesi. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2019; 9(1): 265-77.
20. Nelson K. Structure and strategy in learning to talk. Monographs of the Society for Research in Child Development 1973; 38(1-2, Serial No. 149): 136.
21. Linebarger DL, Walker D. Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes. American Behavioral Scientist 2005; 48: 624-45.
22. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. J Pediatr 2007; 151(4): 364-8.
23. Duch H, Fisher EM, Ensari I, et al. Association of screen time use and language development in Hispanic toddlers: a cross-sectional and longitudinal study. Clin Pediatr (Phila) 2013; 52(9): 857-65.

65 Yaş ve Üzeri Çoklu İlaç Kullanımı Olan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı Bilgi Düzeyleri

Rational Drug Use Knowledge Levels of Individuals Aged 65 and Over with Multiple Drug Use

Esranur Yayın[✉], Hasan Esad Yayın[✉]

Atf/Cite as: Yayın E, Yayın HE. 65 yaş ve üzeri çoklu ilaç kullanımı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(2):29-35.

ÖZ

Amaç: Yaşlanmayla birlikte artan kronik hastalıklar çoklu ilaç kullanımına yol açmaktadır. Ülkemizde polifarmasi görülen hastaların çoğu dünya çapında da olduğu gibi 65 yaş ve üzeri hastalardan oluşur. Amacımız; aile hekimliği birimine kayıtlı yaşlı hastaların akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi düzeylerini saptayarak hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu artırmak, ilaç etkileşimlerini ve tedavi maliyetlerini azaltmak için farkındalık oluşturmaktır.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki bu çalışmanın evrenini bir aile sağlığı merkezine kayıtlı, 65 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmak için gönüllü beş ve üzeri ilaç kullanan 163 hasta oluşturmaktadır. Hastaların tamamı ile yüz yüze görüşülerek sosyodemografik veri formu ve 21 maddeden oluşan Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin incelenmesinde SPSS 22.0 paket veri programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma yaşları 65 ile 95 arasında değişmekte olan, 66'sı (%40,5) erkek ve 97'si (%59,5) kadın olmak üzere toplam 163 olgu ile yapılmıştır. Olguların %49,1'i akıllı ilaç kullanım bilgisine sahipken, %50,9'u değildir. Yaş grubu, cinsiyet, medeni hal, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı ile akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Lisans ve üzeri mezunlarının akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları, okur yazar olmayan ve ilköğretim mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Sonuç: Polifarmasisi olan bireylerle yapılan bu çalışmada bilgi düzeylerinin literatürle benzer olması polifarmasiye yol açan, hastaların bilgi düzeylerinden başka etmenlerin olduğunu göstermektedir. Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin özel gruplar üzerinde değerlendirildiği tüm çalışmalarda en temel belirleyici faktör bireylerin eğitim düzeyidir. Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin artırılması için daha kapsamlı projeler yürütülmeli ve bu projeler özellikle bağımlı yaşlı grubuna bakım veren aile üyelerini de kapsamalıdır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, akılcı ilaç kullanımı, polifarmasi

ABSTRACT

Objective: Chronic diseases that increase with aging bring about the use of multiple drugs. As in the whole world, patients aged 65 and over constitute the majority of the multi-drug user class in our country. The aim is to determine the knowledge level of elderly patients registered in the family medicine unit about rational drug use, to increase the quality of life and treatment compliance of the patients, and to raise awareness in order to reduce drug interactions and treatment costs.

Methods: The population of this cross-sectional and descriptive study consists of 163 patients aged 65 and over, registered at a family health center, and using five or more drugs voluntarily to participate in the study. Sociodemographic data form and Rational Drug Use Scale consisting of 21 items were applied by interviewing all the patients face to face. SPSS 22.0 packet data program was used to analyze the data.

Results: The study was conducted with a total of 163 cases, 66 (40.5%) male and 97 (59.5%) female, aged between 65 and 95. While 49.1% of the cases have knowledge of smart drug use, 50.9% do not. There is no statistically significant relationship between age group, gender, marital status, presence of chronic disease, smoking and having knowledge of rational drug use. The rate of having knowledge of rational drug use among undergraduate and higher graduates is statistically significantly higher than that of illiterate and primary school graduates.

Conclusion: The fact that the level of knowledge in this study conducted with individuals with polypharmacy was similar to the literature indicates that there are factors other than the knowledge level of the patients that cause polypharmacy. In all studies in Turkey in which the knowledge level of rational drug use is evaluated on special groups, the most basic determining factor is the education level of individuals. More comprehensive projects should be carried out in order to increase the level of knowledge of Rational Drug Use and these projects should also include family members who care for the dependent elderly group.

Keywords: Family practice, rational drug use, polypharmacy

Received/Geliş: 02.12.2022

Accepted/Kabul: 23.04.2023

Publication date: 26.06.2023

Corresponding Author:

E. Yayın

ORCID: 0000-0003-2132-5763

Bağlar Aile Sağlığı Merkezi, Tokat,
Türkiye

✉ esranuryayin@gmail.com

H. E. Yayın

ORCID: 0000-0002-5448-9484

Artova Aile Sağlığı Merkezi, Tokat,
Türkiye

GİRİŞ

Yaşlanmayla birlikte artan kronik hastalıklar çoklu ilaç kullanımına yol açmaktadır. Ülkemizde polifarmasi görülen hastaların çoğu dünya çapında da olduğu gibi 65 yaş ve üzeri hastalardan oluşur.^[1] Polifarmasinin ne olduğu ile ilgili hâlâ bir fikir birliği yokken, polifarmasinin tanımını geliştirmek ve özellikle yaşlılarda kullanılan ilaç sayısından çok ilaçların uygunluğu, etkileri ve klinik sonuçlarına kaydırmak amacıyla çalışmalar devam etmektedir.^[2,3] Literatürde polifarmasinin en yaygın tanımı; beş veya daha fazla ilacın eşzamanlı olarak kullanılmasıdır. Bununla birlikte, polifarmasi tanımlarını gözden geçiren sistematik bir araştırmaya ve yine son zamanlarda yayınlanan birçok çalışmaya göre^[3-7], yaklaşık olarak 143 polifarmasi tanımı ve ilişkili terim mevcuttur ve bunların çoğu sayısal tanımlardan oluşmaktadır.^[8] Polifarmasi prevalansı toplumda yaşayan yaşlılar arasında yaş grubuna, tanımına, yaşanan bölge ve yatan hasta grubuna göre %4'ten %96,5'e kadar değişkenlik gösterir.^[4,5] Polifarmasi kırılabilirlik, hastaneye yatış, düşme, bilişsel bozukluk ve ölüm gibi çok sayıda negatif klinik sonuçla ilişkilendirilmiştir.^[5,9] Akılcı olmayan şekilde kullanılan ilaçlar, sağlık harcamalarında israfa yol açmakta ve ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir.^[10] Akılcı ilaç kullanımı(AİK); kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır.^[11] Akılcı ilaç kullanımının gerektirdiği ilkelere uyulmaması ise, Akılcı Olmayan İlaç kullanımı (AOİK) olarak tanımlanır. Tüm bu tanımlar sentezlendiğinde akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uyan hastalarda 5 ve üzeri ilaç kullanımı veya birden fazla ilacın akılcı olmayan şekilde kullanılmasına polifarmasi diyebiliriz. Akılcı olmayan ilaç kullanımında belirlenen temel sorunlar arasında; ilaçların uygun olmayan doz ve sürelerde, uygun olmayan şekillerde ve yanlış endikasyonlarda kullanılması, gereğinden fazla ve yüksek maliyette ilaçların kullanılması, gereksiz antibakteriyel kullanımı, hastaya yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi yer almaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye'de de önemli halk sağlığı sorunlarından biridir.^[12-14] Dünyada ilaçların yaklaşık yarısından fazlası akılcı olmayan şekillerde reçetelenmekte ve tüketilmekte, ayrıca hastaların yaklaşık yarısı da ilaçları akılcı olmayan şekillerde kullanmaktadır.^[15]

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda; yan etki ve ilaç etkileşimlerinde artış, tedaviye uyum sorunları, hastalıkların tedavi edilememesi, antibiyotiklere karşı direnç ve ciddi oranda maddi kayıplar görülmektedir.^[16]

Bu sorunların önlenmesi ya da en az düzeye indirilebilmesi için, tüm ülkeler olanaklarının elverdiği ölçülerde sağlık politikalarını AİK ilkeleriyle entegre etmelidirler. AİK bilincinin yerleştirilmesinde ve uygulanmasında hekimden hastaya, devletten ilaç endüstrisine kadar tüm taraflara önemli sorumluluklar düşmektedir.^[13] Bu konuda yapılması planlanan müdahalelerin etkisini belirleyebilmek için halkın bilgi düzeyini objektif olarak değerlendirebilecek ölçüm araçları gerekmektedir.^[9] Demirtaş ve ark.ları tarafından yapılan literatür taraması sonrasında erişkinlerin akılcı ilaç kullanımı bilgisini gösteren bir ölçek geliştirilmiştir. AİK ölçeği, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini göstermede kullanılabilen, kolay ve hızlı bir şekilde toplumun geneline uygulanabilen ilk ölçektir.^[17]

Amacımız; aile hekimliği polikliniğine kayıtlı 65 yaş ve üzeri çoklu ilaç kullanımı olan hastaların akılcı ilaç kullanımı hakkındaki bilgi düzeylerini, ülkemizde geliştirilmiş olan akılcı ilaç kullanımı ölçeği ile değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Tokat ili Merkez ilçesi Bağlar Aile Sağlığı Merkezi 67 No.lu aile hekimliği birimine kayıtlı çoklu ilaç kullanımı olan 65 yaş ve üzeri hastalardan, çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 67 No.lu aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri 256 hasta oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı %5 hata payı ve polifarmasi prevalansı %50 kabul edilerek en az 148 olarak hesaplanmıştır. İki yüz elli altı hasta içinden 171'inde polifarmasi saptanmış ve 2'si bu süreçte yaşamını yitirdiği için 6 kişi ise katılmak istemediği için 163 hastaya anket uygulanmıştır. Çalışma için gerekli izinler 05.08.2022 tarihinde il sağlık müdürlüğünden ve 25.08.2022 tarihinde 22-KAEK-170 kayıt numaralı etik onayı ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Altmış beş yaşın üzerinde olup çalışmaya katılmak istemeyenler ve çoklu ilaç kullanımı olmayan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Hasta bilgilerinin mahremiyetine özen gösterilmiş ve güvenliği ihlal edecek hiçbir bilgi paylaşılmamıştır. Katılmaya gönüllü hastaların onamları alındıktan sonra iki bölümden oluşan toplam 30 soruluk bir anket yüz yüze uygulanmıştır. Yüz yüze iletişim kurulamayan hastalarda (ileri derecede işitme kaybı, demans vb.) anketler, ilaçlarını takip eden bakım verenlerine uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde hastaların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, ikinci bölümde ise

AİK hakkında bilgi düzeylerini değerlendiren, Demirtaş ve ark.ları tarafından 2018 yılında geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış, 10'u doğru ve 11'i yanlış toplam 21 sorudan oluşan, akılcı ilaç kullanımı değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Her sorunun “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” şeklinde yanıtlanması istenmiştir. Her bir soru için doğru yanıt verenlere 2, bilmiyorum diyenlere 1, yanlış yanıt verenlere ise 0 puan verilmiştir. Tüm sorulara doğru yanıt veren hastalar en fazla 42 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Kestirim değeri 34 puan olan ölçekten 35 puan ve üzeri alan yaşlılar yeterli akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyine sahip kabul edilmiştir. Hastaların kronik hastalıkları, kullanmakta olduğu ilaçlar, araştırmacılar tarafından kullanılan aile hekimliği bilgi sistemi arşivinde kayıtlı bilgilere ulaşmak suretiyle doğrulanmıştır. Çalışmanın veri toplama aşaması etik kurul onayının alınması sonrası üç aylık bir sürede tamamlanmıştır.

İstatistiksel Analizler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirilmiş ve parametrelerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Dunn's test kullanıldı. Parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında, ise ki-kare testi, Fisher's Exact ki-kare testi, Fisher Freeman Halton Exact ki-kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma yaşları 65 ile 95 arasında değişmekte olan 66'sı (%40,5) erkek ve 97'si (%59,5) kadın olmak üzere toplam 163 olgu ile yapılmıştır. Yaş ortalaması 72.97 ± 6.35 yıldır. Vücut kitle indeksi 17.99 ile 46.39 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalaması $28.15 \pm 5.21 \text{ kg/m}^2$ 'dir.

Katılımcıların %60,7'si genç yaşlı, %34,4'ü orta yaşlı ve %4,9'u ileri yaşlıdır. Yüzde 40,5'i erkek, %59,5'i kadındır. Yüzde 68,1'i evli, %29,4'ü dul ve %2,5'i

Tablo 1. Demografik özelliklerin dağılımları.

		n	%
Yaş Grupları	Genç Yaşlı	99	60,7
	Orta Yaşlı	56	34,4
	İleri Yaşlı	8	4,9
Cinsiyet	Erkek	66	40,5
	Kadın	97	59,5
Medeni Hal	Evli	111	68,1
	Bekar	4	2,5
	Dul	48	29,4
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	39	23,9
	İlköğretim	103	63,2
	Lise	14	8,6
	Lisans ve üzeri	7	4,3
Sigara	Evet	19	11,7
	Hayır	119	73,0
Kronik Hastalık	Eski Kullanıcı/Bıraktı	25	15,3
	Var	146	89,6
	Yok	17	10,4

bekârdır. Yüzde 63,2'si ilköğretim mezunu iken, %23,9'u okuryazar değil, %8,6'sı lise ve %4,3'ü lisans ve üzeri mezundur.

Katılımcıların %73'ü sigara kullanmıyorken, %15,3'ü eski kullanıcı, %11,7'si ise aktif içicidir. Yüzde 89,6'sının kronik hastalığı vardır (Tablo 1).

Akılcı ilaç kullanım anket formunda en yüksek doğru yanıt verilen sorular:

Yüzde 97,5 doğru yanıt verme oranı ile “İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.” şeklindedir.

Yüzde 96,9 doğru yanıt verme oranı ile “Hastalandığımızda ilaç tedavisine gereksinimimiz olup olmadığını doktor belirler.” şeklindedir.

Yüzde 89,6 doğru yanıt verme oranı ile “Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.” şeklindedir.

Akılcı ilaç kullanım anket formunda en yüksek oranda yanlış yanıt verilen sorular:

Yüzde 39,3 yanlış yanıt verme oranı ile “Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.” şeklindedir.

Yüzde 30,7 yanlış yanıt verme oranı ile “İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.” şeklindedir.

Yüzde 23,9 yanlış yanıt verme oranı ile “Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.” şeklindedir (Tablo 2).

Akıllı ilaç kullanımı anket forumu sorularına verilen yanıtlardan elde edilen toplam puan 15 ile 42 arasında değişmekte olup, ortalaması 33.33±6.15'tir. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri, 0.767'dir.

Olguların %49,1'i akıllı ilaç kullanım bilgisine sahipken, %50,9'u değildir (Tablo 3).

Yaş grupları arasında akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Genç yaşlıların %45,5'i, orta yaşlıların %55,4'ü ve ileri yaşlıların %50'si akıllı ilaç kullanım bilgisine sahiptir.

Kadınlar ve erkekler arasında akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Erkeklerin %45,5'i, kadınların %51,5'i akıllı ilaç kullanım bilgisine sahiptir.

Medeni hâle göre akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Evlilerin %52,3'ü, bekârların %50'si ve dulaların %41,7'si akıllı ilaç kullanım bilgisine sahiptir.

Eğitim durumları arasında akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p:0.007; p<0.05). Lisans ve üzeri mezunlarının akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları (%100), okuyamaz olmayan (%46,2) ve ilköğretim (%43,7) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Sigara kullanma durumları arasında akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Sigara kullananların %57,9'u, kullanmayanların %48,7'si ve eski kullanıcıların %44'ü akıllı ilaç kullanım bilgisine sahiptir.

Kronik hastalık varlığına göre akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 2. Akıllı ilaç kullanımı anket formu sorularına verilen cevapların dağılımları

	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)	Doğru n (%)
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	5 (%3,1)	16 (%9,8)	142 (%87,1)
2. Benzer şikayetleri olan bir yakınımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur	30 (%18,4)	16 (%9,8)	117 (%71,8)
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	4 (%2,5)	1 (%0,6)	158 (%96,9)
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	5 (%3,1)	20 (%12,3)	138 (%84,7)
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	44 (%27)	34 (%20,9)	85 (%52,1)
6. İlaç doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	50 (%30,7)	11 (%6,7)	102 (%62,6)
7. İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.	15 (%9,2)	19 (%11,7)	129 (%79,1)
8. İlaç doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir	38 (%23,3)	15 (%9,2)	110 (%67,5)
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	39 (%23,9)	29 (%17,8)	95 (%58,3)
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	35 (%21,5)	30 (%18,4)	98 (%60,1)
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	1 (%0,6)	3 (%1,8)	159 (%97,5)
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	11 (%6,7)	13 (%8)	139 (%85,3)
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	64 (%39,3)	12 (%7,4)	87 (%53,4)
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	20 (%12,3)	10 (%6,1)	133 (%81,6)
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	34 (%20,9)	27 (%16,6)	102 (%62,6)
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	30 (%18,4)	35 (%21,5)	98 (%60,1)
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	25 (%15,3)	27 (%16,6)	111 (%68,1)
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	8 (%4,9)	9 (%5,5)	146 (%89,6)
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	27 (%16,6)	23 (%14,1)	113 (%69,3)
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.	10 (%6,1)	20 (%12,3)	133 (%81,6)
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.	8 (%4,9)	33 (%20,2)	122 (%74,8)

Tablo 3. Akıllı ilaç kullanımı toplam puan ve dağılımı

	Min	Maks	Ort±SS	Cronbach's Alpha
Toplam puan	15	42	33,33±6,15	0,767
	n	%		
Akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip değil	83	50,9		
Akıllı ilaç kullanım bilgisine sahip	80	49,1		

Tablo 4. Demografik özelliklere göre akılcı ilaç kullanım bilgisinin değerlendirilmesi

		Akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip değil		Akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip		P
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş Grupları	Genç Yaşlı	54 (%54,5)	45 (%45,5)	45 (%45,5)	45 (%45,5)	¹ 0,506
	Orta Yaşlı	25 (%44,6)	31 (%55,4)	31 (%55,4)	31 (%55,4)	
	İleri Yaşlı	4 (%50,0)	4 (%50,0)	4 (%50,0)	4 (%50,0)	
Cinsiyet	Erkek	36 (%54,5)	30 (%45,5)	30 (%45,5)	30 (%45,5)	² 0,445
	Kadın	47 (%48,5)	50 (%51,5)	50 (%51,5)	50 (%51,5)	
Medeni Hal	Evli	53 (%47,7)	58 (%52,3)	58 (%52,3)	58 (%52,3)	¹ 0,428
	Bekar	2 (%50,0)	2 (%50,0)	2 (%50,0)	2 (%50,0)	
	Dul	28 (%58,3)	20 (%41,7)	20 (%41,7)	20 (%41,7)	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	21 (%53,8)	18 (%46,2)	18 (%46,2)	18 (%46,2)	¹ 0,007*
	İlköğretim	58 (%56,3)	45 (%43,7)	45 (%43,7)	45 (%43,7)	
	Lise	4 (%28,6)	10 (%71,4)	10 (%71,4)	10 (%71,4)	
	Lisans ve üzeri	0 (%0)	7 (%100)	7 (%100)	7 (%100)	
Sigara	Evet	8 (%42,1)	11 (%57,9)	11 (%57,9)	11 (%57,9)	² 0,652
	Hayır	61 (%51,3)	58 (%48,7)	58 (%48,7)	58 (%48,7)	
	Eski Kullanıcı	14 (%56,0)	11 (%44,0)	11 (%44,0)	11 (%44,0)	
Kronik Hastalık	Var	74 (%50,7)	72 (%49,3)	72 (%49,3)	72 (%49,3)	³ 1,000
	Yok	9 (%52,9)	8 (%47,1)	8 (%47,1)	8 (%47,1)	

¹Fisher Freeman Halton Exact Test, ²Ki-kare test, ³Continuity (yates) düzeltmesi, *p<0.05

bir farklılık bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olanların %49,3'ü, hastalığı olmayanların %47,1'i akılcı ilaç kullanım bilgisine sahiptir (Tablo 4).

Yaş grupları arasında akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kadınlar ve erkekler arasında akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Medeni hâle göre akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Eğitim durumları arasında akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p:0.006; p<0.05). Lisans ve üzeri mezunlarının akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip puanları, okuryazar olmayan (p:0.029) ve ilköğretim (p:0.023) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.05). Sigara kullanma durumları arasında akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kronik hastalık varlığına göre akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 5).

TARTIŞMA

Yaşlanmayla birlikte artan kronik hastalıklar polifarmasiye yol açmakta ve bu durum insanları akılcı ilaç kullanımı becerilerini geliştirmeye zorlamaktadır. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımı çok önemlidir.^[18] Taşkın

Tablo 5. Demografik özelliklere göre akılcı ilaç kullanım bilgisinin değerlendirilmesi

		Akılcı ilaç kullanım bilgisi toplam puanı		P
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yaş Grupları	Genç Yaşlı	33,58±5,81 (34)	33,58±5,81 (34)	¹ 0,704
	Orta Yaşlı	33,25±6,49 (35)	33,25±6,49 (35)	
	İleri Yaşlı	30,88±8,08 (34)	30,88±8,08 (34)	
Cinsiyet	Erkek	33,11±6,18 (34)	33,11±6,18 (34)	² 0,715
	Kadın	33,48±6,17 (35)	33,48±6,17 (35)	
Medeni Hal	Evli	33,78±6,06 (36)	33,78±6,06 (36)	¹ 0,120
	Bekar	36,50±5,32 (37)	36,50±5,32 (37)	
	Dul	32,02±6,31 (34)	32,02±6,31 (34)	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	32,72±5,74 (34)	32,72±5,74 (34)	¹ 0,006*
	İlköğretim	32,79±6,30 (34)	32,79±6,30 (34)	
	Lise	36,14±5,53 (40)	36,14±5,53 (40)	
	Lisans ve üzeri	39,14±2,55 (40)	39,14±2,55 (40)	
Sigara	Evet	34,42±5,82 (36)	34,42±5,82 (36)	¹ 0,692
	Hayır	33,20±6,26 (34)	33,20±6,26 (34)	
	Eski Kullanıcı	33,12±6,07 (34)	33,12±6,07 (34)	
Kronik Hastalık	Var	33,25±6,31 (34)	33,25±6,31 (34)	² 0,855
	Yok	34,06±4,72 (34)	34,06±4,72 (34)	

¹Kruskal Wallis Test, ²Mann Whitney U test, *p<0.05

ve ark.larının 65 yaş ve üzeri kişiler üzerinde yaptığı bir çalışmada, yaşlıların %69'u dört veya daha fazla ilaç kullanmaktadır.^[19] Çalışmamızda, 5 ve üzeri ilaç kullanımını polifarmasi olarak kabul ettiğimizde bu oran %67 olarak bulunmuştur ve polifarmasi saptanan yaşlılarımızın %89,6'sında en az bir kronik hastalık varlığı görülmüştür.

İlaçların, bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi konusunda önemi büyüktür ve akılcı olarak kullanımı da esas olmalıdır.^[20] Kılıç ve ark.larının yaptığı

bir çalışmada, katılımcıların %51,3'ünün akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin yeterli olmadığı saptanmış ve 65 yaş ve üzeri olmak akılcı ilaç kullanım bilgisi açısından risk faktörü olarak bulunmuştur.^[21] Bizim çalışmamızda da literatürle benzer olarak olguların %49,1'i akılcı ilaç kullanım bilgisine sahipken, %50,9'u değildir. Demirtaş ve ark.ları tarafından geliştirilen AİK ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı bir çalışmada, en düşük oranda doğru yanıtlanan önerme "tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz" olarak bulunmuştur. En yüksek oranda doğru yanıtlanan önerme ise "ilaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız" idi.^[17]

Bizim çalışmamızda da %97,5 ile en yüksek doğru yanıt verilen önerme aynıdır. Bunu %96,9 doğru yanıt verme oranı ile "Hastalandığımızda ilaç tedavisine gereksinimimiz olup olmadığını doktor belirler." ve %89,6 ile "Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar." önermeleri takip etmektedir.

Akılcı ilaç kullanım anket formunda en yüksek oranda yanlış yanıt verilen soru ise, yine literatürle uyumlu olarak; %39,3 yanlış yanıt verme oranı ile "Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz." olarak bulunmuştur. Bu önermeyi %30,7 ile "İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir" ve %23,9 ile "Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir." önermeleri takip etmektedir.

Demirtaş ve ark.larının çalışma grubunda ölçekten alınan puan ortalaması 33,6±6,2 idi.^[17] Bizim çalışmamızda da yanıtlardan elde edilen puan ortalaması 33,33±6,15 olarak literatürle uyumlu bulunmuştur.

Literatürdeki çalışmalarda gençlerde özellikle 30 yaş ve altında akılcı ilaç kullanımının yüksek olduğu saptanmıştır.^[17,22] Ayrıca kadınların ve eğitim seviyesi yüksek bireylerin ilaçlarını daha düzenli kullandığı görülmüştür.^[23] Bizim çalışmamızda da eğitim durumları arasında akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.007; p<0.05). Lisans ve üzeri mezunlarının akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları (%100), okuryazar olmayan (%46,2) ve ilköğretim (%43,7) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Yaş grupları arasında ise yalnızca 65 yaş ve üzerini değerlendirdiğimiz için akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Özyiğit ve ark.larının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, erkeklerin AİK bilgisi yüksek saptanmışken^[24], Demirtaş ve ark.larının çalışmasında, kadınların AİK bilgisi yüksek saptanmıştır.^[17] Kılıç ve ark.larının yaptıkları çalışmada ise, AİK bilgisi yeterli olan kadınların oranı %52 ile erkeklerin oranından (%43,6) daha fazla olarak belirlenmiş, ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.^[21] Bizim çalışmamızda da kadınların %51,5'i akılcı ilaç kullanım bilgisi ile erkeklere oranla (%45,5) daha yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Ülkemizdeki çalışmalarda bulunan bu farklılığın çalışmanın yapıldığı grupların benzer olmamasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin özel gruplar üzerinde değerlendirildiği tüm çalışmalarda en temel belirleyici faktör bireylerin eğitim düzeyidir. AİK bilgi düzeyinin artırılması için daha kapsamlı projeler yürütülmeli ve bu projeler özellikle bağımlı yaşlı grubuna bakım veren aile üyelerini de kapsamalıdır.

Ülkemizde geliştirilen bu ölçeğin polifarmasisi olan yaşlı popülasyonda da benzer sonuçları olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalara benzer sonuçlar bulunması ve birebir aynı soruların doğru ya da yanlış olarak saptanması, polifarmasiye AİK bilgi düzeyleri yanı sıra başka etmenlerin de yol açtığını göstermektedir. İleri yaş grubunun hastalandığında ilaca gereksinimi olup olmadığını hekimin belirleyeceğini ve çok ilaç yerine yeterli ilaç kullanması gerektiğini biliyor oluşu polifarmasiye yol açan nedenin yalnızca hastaların bilgi düzeyleri olmadığını kanıtlar niteliktedir. Bu etmenlerin saptanabileceği, hastanın ilaca ulaşma sürecinde hekimin akılcı ilaç kullanım ilkelerine uyup uymadığını, yine bitkisel ürünlerin ilaç yerine kullanılabileceğini düşünen hastaların bu tarz tezgâh üstü ürünlere ulaşmasını kolaylaştıran, özendirici durumlar hakkında daha kapsamlı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Araştırmamızın güçlü yanı, geçerliliği ve güvenilirliği ülkemizde yapılan bir ölçeğin 65 yaş ve üzeri bireylerin değerlendirilmesinde kullanıldığı ilk çalışma olmasıdır. Ayrıca araştırma verileri tek bir araştırmacı tarafından toplanmış ve anketler aynı araştırmacı tarafından yüzyüze uygulanmıştır. Ayrıca çalışmamızın toplumda yaşayan yaşlılar üzerinde yapılması da bir diğer güçlü yanındır. Araştırmamızdaki kısıtlılık ise anket uygulaması sırasında aile hekimiyle yüz yüze olan hastaların gerçek düşüncelerini ve uygulama pratiğini söylemekten çekinmiş olma olasılığıdır. Mevcut bilgi düzeyinin çok daha düşük olması olasıdır. Ayrıca sağlıklı iletişim

kurulamayan yaşlıların anketleri bakım verenleri tarafından yanıtlanmıştır.

Sonuç olarak, sağlık kurumlarına tüm başvuruların %42'sinin birinci basamağa yapıldığı göz önüne alındığında akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında aile hekimleri en ön safta yer alır.^[25] Bunun için farkındalık eğitimlerinin yanı sıra akılcı ilaç kullanımı ile ters düşen hasta taleplerine karşı aile hekimlerini destekleyen politikalar geliştirilmeli, birinci basamakta çalışan aile hekimliği uzmanlarının yazabileceği ilaç çeşitliliğindeki sınırlandırmaların yerine reçetem sayfası üzerinden uygunsuz ilaç kullanımı ve çoklu sayıda reçetelenebilen ilaç gruplarına sınırlandırmalar getirilmesinin yararlı olacağı görüşündeyiz.

Etik Kurul Onayı: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (25.08.2022 - 22-KAEK-170).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Tokat Gaziosmanpaşa University Clinical Research Ethics Committee (25.08.2022 - 22-KAEK-170).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Sahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 6(1): 15-25.
2. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev 2018; 9(9): CD008165.
3. Lee EA, Brettler JW, Kanter MH, et al. Refining the Definition of Polypharmacy and Its Link to Disability in Older Adults: Conceptualizing Necessary Polypharmacy, Unnecessary Polypharmacy, and Polypharmacy of Unclear Benefit. Perm J 2020; 24: 18.212.
4. Guillot J, Maumus-Robert S, Bezin J. Polypharmacy: A general review of definitions, descriptions and determinants. Therapie 2020; 75(5): 407-16.
5. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. Ther Adv Drug Saf 2020; 11: 2042098620933741.
6. Gomes MS, Amorim WW, Morais RS, et al. Polypharmacy in older patients at primary care units in Brazil. Int J Clin Pharm 2019; 41(2): 516-24.
7. McMahan M, Hatton C, Bowring DL. Polypharmacy and psychotropic polypharmacy in adults with intellectual disability: a cross-sectional total population study. J Intellect Disabil Res 2020; 64(11): 834-51.
8. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr 2017; 17(1): 230.
9. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. Expert Opin Drug Saf 2018; 17(12): 1185-96.
10. World Health Organization (WHO). Antimicrobial resistance: a threat to global health security. Rational use of medicines by prescribers and patients, Apr 2005; A58/14.
11. World Health Organization (WHO). Conference of experts on the rational use of drugs. WHO, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI (25-29.12. 1985), 1985.
12. De Vries T, Henning RH, Hogerzeil HV. Guide to good prescribing: a practical manual. World Health Organization; 1994.
13. Mollahaliloğlu S. Toplumun akılcı ilaç kullanımına bakışı. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2011.
14. World Health Organization (WHO). Country pharmaceutical situations. In: Fact Book on WHO Level 1 indicators 2007. WHO; 2009: 113.
15. World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components. WHO; 2002.
16. Bilge U, Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı. İstanbul: Tahev Yayınları; 2019.
17. Demirtaş Z, Dağtekin Z, Sağlan R, et al. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2018; 3(3): 37-46.
18. Abacıgil F, Turan SG, Adana F, Okyay P, Demirci B. Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. Meandros Medical and Dental Journal 2019; 20(1): 64-73.
19. Taşkın Şayir Ç, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2014; 18(1): 35-41.
20. Akyol Güner T, Kuzu A, Bayraktaroğlu T. Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi 2020; 4(3): 214-23.
21. Kılıç R. Denizli ili Pamukkale ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkinlerde akılcı ilaç kullanımı [uzmanlık tezi]. Pamukkale Üniversitesi; 2020.
22. Bian C, Xu S, Wang H, et al. A Study on the Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model on Rational Drug Use Behavior among Second-Level Hospital Outpatients in Anhui, China. PloS One 2015; 10(8): e0135782.
23. Beggi B, Aşık Z. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal 2019; 19(2): 251-60.
24. Ozyigit F, Arıkan İ. University Students' Attitudes and Behaviors on Rational Drug use Knowledge. Kütahya province. Bozok Med J 2015; 10: 47-52.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020-yayinlanmistir.html> (Erişim tarihi: 26.11.2022)

Üniversite Öğrencilerinin Siberkondri ve Anksiyete Düzeyleri ve İlişkili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma

University Students' Cyberchondria and Anxiety Levels and Associated Factors: A Cross-sectional Study

Dilber Cemre Tuna¹, Kamile Marakoğlu², Muslu Kazım Körez³

Atf/Cite as: Tuna DC, Marakoğlu K, Körez MK. Üniversite öğrencilerinin siberkondri ve anksiyete düzeyleri ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(2):36-44.

ÖZ

Amaç: İnternet kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte internetten sağlık arama davranışı ve siberkondri düzeyleri de artmaktadır. Bu çalışmada interneti yoğun olarak kullandığı düşünülen üniversite öğrencilerinde siberkondri ve anksiyete düzeyinin ölçülmesi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırmaya 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 419 öğrenci, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Hemşirelik Fakültesinden 414 öğrenci, Fen Fakültesi ve Edebiyat Fakültesinden 423 öğrenci dahil edildi. 1256 katılımcı ile çalışma tamamlandı. Çalışmanın verileri, üç bölümden oluşan bir anket formuyla toplandı. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve internetten sağlık arama davranışlarını sorgulayan anket bilgi formu, ikinci bölümde Siberkondri Ciddiyet Ölçeği, üçüncü bölümde ise Beck Anksiyete Ölçeği yer aldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 1256 öğrencinin %67,2'si kadın, %32,8'i erkek olup yaş ortalaması 20,90±1,38'di. Katılımcıların SCÖ puan ortalaması 73,01±19,22, BAÖ puan ortalaması 14,52±11,48 idi. Fakültele göre SCÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında, tıp fakültesi ve sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi puanları, diğer fakülte puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,001$). Sosyal ağlardan ve internet sitelerinden elde edilen sağlık bilgisini güvenilir bulan öğrencilerin SCÖ puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,001$). Katılımcıların sağlıklı ilgili internette geçirdikleri ortalama süre ile SCÖ ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edildi. Katılımcıların BAÖ puanı ile SCÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada öğrencilerin siberkondri puanları arttıkça anksiyete puanlarının da arttığı görülmüştür. Sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerinin siberkondri düzeyi diğer fakülte öğrencilerine göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin sağlık bilgisi arama davranışı özelliklerinin siberkondri düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, internet, siberkondri, üniversite öğrencileri

ABSTRACT

Objective: With the widespread use of the internet, health-seeking behavior and cyberchondria levels are increasing on the internet. In this study, it was aimed to measure the level of cyberchondria and anxiety in university students who are thought to use the internet intensively and to evaluate the related factors.

Methods: Between February 1 and April 30, 2022, 419 students from Selçuk University Faculty of Medicine, 414 students from Faculty of Health Sciences and Nursing Faculty, and 423 students from Faculty of Science and Letters were included in this study. The study was completed with 1256 participants. The data of the study were collected with a questionnaire consisting of three parts. In the first part, the questionnaire information form questioning the sociodemographic characteristics of the participants and their health-seeking behavior on the internet, the Cyberchondria Severity Scale in the second part, and the Beck Anxiety Inventory in the third part were included.

Results: 67.2% of the participants were female and 32.8% were male, and the mean age was 20.90±1.38. The participants' mean CSS score was 73.01±19.22, and the mean BAI score was 14.52±11.48. When the mean CSS scores of the faculties were compared, the scores of the faculty of medicine and faculty of health sciences-nursing were found to be statistically significantly higher than the scores of other faculties ($p<0.001$). The mean CSS scores of the students who found the health information obtained from social networks and internet sites to be reliable were found to be significantly higher ($p<0.001$). A positive and significant correlation was found between the mean time spent by the participants on health-related internet and their SCS and sub-dimension scores. A positive and significant correlation was found between the participants' BAI score and CSS score.

Conclusion: In this study, it was observed that as the students' cyberchondria scores increased, their anxiety scores also increased. The level of cyberchondria of the students of health sciences-nursing faculties and medical faculties was found to be significantly higher than the students of other faculties. It was found that students' health information seeking behavior characteristics were related to their cyberchondria levels.

Keywords: Anxiety, internet, cyberchondria, university students

Received/Geliş: 15.03.2023

Accepted/Kabul: 10.05.2023

Publication date: 26.06.2023

Corresponding Author:

D. C. Tuna

ORCID: 0000-0002-8943-3915

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya,
Türkiye

✉ d.cemrekarakuzu@gmail.com

K. Marakoğlu

ORCID: 0000-0002-6585-7019

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya,
Türkiye

M. K. Körez

ORCID: 0000-0001-9524-6115

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Biyostatistik Anabilim Dalı, Konya,
Türkiye

GİRİŞ

Modern teknolojideki gelişmeler ve internet kullanımının artması, daha fazla insanın internete erişmesini sağlamıştır. İnternetin yaygın ve yoğun kullanımı, insanların bilgiye kolay ve ücretsiz erişimini sağladığından, internet, çevrimiçi sağlık bilgilerine erişimde popüler bir kaynak hâline gelmiştir.^[1]

İnternet, bireylere bilgiye erişim açısından anonimlik, maliyet etkinliği, sosyal destek, geniş bilgi kaynağının olması gibi çeşitli avantajlar sağlıyor olsa da kullanıcıların doğruluğu kanıtlanmamış, çelişkili ya da eski bilgilere maruz kalması gibi olumsuzluklara da sahiptir.^[2] Bu olumsuzlukların en önemlilerinden biri de bu bilgileri okuyan bireylerin sağlık anksiyetelerinin artmasıdır.^[3] Çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı, kişinin ciddi bir hastalığı olduğu veya geliştireceği korkusuyla istikrarlı hâle gelebilmektedir. Yapılan çalışmalar, bunun sağlık kaygısını artırdığını, sıkıntı ve kaygının artmasıyla ilişkili ciddi bir kaygı biçimi olarak tanımlanan siberkondriye yol açabileceğini göstermiştir.^[4]

Siberkondri, aşırı çevrimiçi sağlık araştırması ile karakterize edilen bir endişe biçimidir. Artan düzeyde psikolojik sıkıntı, endişe ve gereksiz tıbbi harcamalara yol açabilmektedir.^[1] Starcevic ve Berle siberkondriyi, sağlıkla ilgili gerçekleşen anksiyeteyi azaltmak için yapılan uzun süreli ve yoğun internet kullanımı olarak tanımlamıştır.^[5] Hart ve Bjorgvinsson ise gereksinim duyulan sağlık bilgilerinin geleneksel yöntemler yerine internetten araştırılmasıyla, gereksiz tıbbi korkunun ortaya çıkması olarak tanımlamışlardır.^[6]

Anksiyete; kaygı, bunaltı, sıkıntı hâlini tanımlayan patolojik bir durumdur.^[7] Sağlık anksiyetesi ise, bedensel duyum ya da değişikliklerin ciddi bir hastalığın habercisi olarak hatalı algılanması ve yorumlanması sonucunda sağlığa dair duyulan aşırı endişe ve ilgi ile karakterizedir.^[8]

Siberkondri kavramı, sağlık anksiyetesi ve hipokondriyazisin varsayımsal ilişkileri temelinde geliştirilmiştir. Siberkondri ve sağlık anksiyetesi araştırılan çoğu çalışma göstermiştir ki bu iki kavram arasında güçlü pozitif korelasyon bulunmaktadır.^[9,10]

Bireyler; kolay erişilebilir, rahat, az maliyetli olması ve çekinmeden soru sorulabilmesi gibi avantajları nedeniyle internetten sağlık bilgisi aramaktadırlar. Çevrimiçi (online) sağlık bilgisi arama davranışı;

ilaç tedavilerine uyum sağlama, sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinme, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı ilgili etkili kararlar alabilme gibi olumlu ve koruyucu davranışlar sağlayabilmektedir.^[11] Siberkondrinin olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Siberkondri düzeyi yüksek olan bireyler evde, işte veya öğrenme ortamlarında görevlerini ve etkinliklerini ihmal etmeye veya önceliklerini kaybetmeye eğilimlidirler. Sosyal çevreyle ilişkiler ve bireysel yaşamı da olumsuz etkilenmektedir.^[12] Siberkondrinin çeşitli işlev alanları üzerindeki etkisinin daha iyi anlaşılması, daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir. Siberkondri düzeyi yüksek olan bazı bireyler doktorları teşhis ve tedavi konusunda zorlama eğilimiyle hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkiler.^[11] Bu durum gereksiz tetkik istemine, yanlış tanımlanmasına ve hekime şiddete neden olabilmektedir.

Günümüzde internet kullanımının yaygınlaşmasıyla, internette sağlık arama davranışı ve siberkondri düzeyleri de artmaktadır. Yetersiz muayene süreleri sırasında hekimden yeterince bilgi alamayan bireyler internette sağlık bilgisi edinme yoluna başvurmaktadır. Bireylerin sahip oldukları yüksek anksiyete düzeyleriyle siberkondri de ilişkilendirilebilir. Kaynağı ve kanıt düzeyi şüpheli olan internette erişilen bilgiler, modern tıba ve hekimlere karşı güven kaybına yol açabilmektedir. Sağlık sorunları ve neden olabileceği maliyetler de düşünüldüğünde siberkondrinin daha iyi anlaşılması gerekmektedir. Bu bağlamda, internet kullanımının yoğun olduğu düşünülen genç yaş grubu için siberkondrinin bilinmesi oldukça önemlidir. Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin siberkondri ve anksiyete düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. ve 3. sınıftaki 494 öğrencinin en az %80'inin çalışmaya alınması hedeflendi. Sağlık Bilimleri Fakültesi-Hemşirelik Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi 2. ve 3. sınıf öğrencilerinden eş sayıda katılımcının çalışmaya dâhil edilmesi planlandı. Çalışma Selçuk Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 07.12.2021 tarihli 2021/522 sayılı karar numarası ile onay aldı.

1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. ve 3. sınıflarda eğitim gören 494 öğrenciden 419 (%84,8) öğrenci çalışmaya katıldı.

Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Hemşirelik Fakültesi'nden 414 öğrenci, Fen Fakültesi ve Edebiyat Fakültesi'nden 423 öğrenci çalışmaya dâhil edildi. Toplam 1.256 öğrencinin katılımıyla çalışma tamamlandı. Fen Fakültesi ve Edebiyat Fakültesi birlikte değerlendirilip, diğer fakülteler olarak kategorize edildi.

Çalışmanın verileri, üç bölümden oluşan bir anket formu aracılığıyla yüz yüze toplandı. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve internetten sağlık arama davranışlarını sorgulayan 26 soruluk anket bilgi formu, ikinci bölümde 33 sorudan oluşan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği, üçüncü bölümde ise 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Ölçeği yer aldı.

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) kişilerin siberkondri durumlarının değerlendirilmesi amacıyla McElroy ve Shevlin tarafından geliştirilmiştir.^[1] SCÖ'nin Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2016 yılında Uzun tarafından yapılmıştır.^[13] Ölçekte bireylerin internette sağlık bilgisi arama alışkanlıklarının niteliği, yaptıkları araştırmaların onları kaygılandırma durumu ve bu durumun yaşantılarına etkisini ölçmeyi amaçlayan sorular mevcuttur. Ölçek 5'li Likert tipinde 33 önermeden ve 5 alt ölçekten oluşan bir ölçektir. Ölçek kategorik değil sürekli bir ölçektir. Kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanlar toplanmakta ve bireyin toplam siberkondri puanı hesaplanmaktadır. Alınan puan ile siberkondri düzeyi doğru orantılıdır. Bu çalışmada, SCÖ'nün Cronbach alfa değeri 0.91 iken alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri zorlantı için 0.90, aşırı kaygı için 0.85, aşırılık için 0.83, içini rahatlatma için 0.77, doktora güvensizlik için 0.57 olarak bulundu.

Beck anksiyete ölçeği (BAÖ), 1988 yılında Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş, 1998 yılında Ulusoy ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Uluslararası geçerliliği olan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Anksiyete şiddetini ölçmek ve anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır.^[14] Yirmi bir maddeden oluşan, "hiç", "hafif derecede", "orta derecede", "ciddi derecede" seçeneklerini içeren ve 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 0-63 olup, toplam puan bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddeti ile artmaktadır.^[15]

İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler R version 4.1.2 (The R Foundation for Statistical Language, Vienna, Austria; <https://www.r-project.org>) istatistiksel programlama

dili ile gerçekleştirildi. Analizler öncesinde verilerin normalliği Shapiro-Wilk'in normallik testi ve Q-Q grafikleri yardımıyla, grup varyanslarının homojenliği ise Levene homojenlik testi ile kontrol edildi. Sayısal değişkenlere ilişkin bulgular ortalama±standart sapma, kategorik değişkenlere ilişkin bulgular ise sıklık (n) ve yüzdelik (%) olarak sunuldu. Katılımcıların cinsiyet ve sağlık bilgisi arama davranış özelliklerinin SCÖ ve BAÖ ölçek puanları bakımından kıyasında bağımsız örneklem t-testi ve Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. Tek Yönlü varyans analizi sonucunda anlamlı farklılık bulundu ise devamında ikili karşılaştırmalar Tukey HSD testi yardımıyla yapıldı. Ayrıca, katılımcıların eğitim gördükleri fakültele göre, SCÖ ve alt boyutlarına ilişkin puanlar ile BAÖ puanlarının karşılaştırılmasında, Kruskal-Wallis testi anlamlı fark bulundu ise de devamında Bonferroni düzeltmeli Dunn testi uygulandı. Bonferroni düzeltmesi sonucu bu testte anlamlılık $p < 0.016$ durumunda arandı. Öte yandan, katılımcıların SCÖ ve alt boyutlarına ilişkin puanlar ile internette geçirilen süreler ve BAÖ arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. İki yönlü istatistiksel hipotezlerin değerlendirilmesi genel anlam düzeyi %5 olarak alındı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 1.256 öğrencinin %33,4'ü (n=419) tıp fakültesi öğrencisi, %33,0'ü (n=414) hemşirelik-sağlık bilimleri fakültesi öğrencisi, %33,6'sı (n=423) sağlık dışı diğer fakültelerden (fen ve edebiyat fakültesi) oluşmaktaydı. Çalışmaya katılanların %67,2'si (n=844) kadın, %32,8'i (n=412) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 20.90 ± 1.38 yıl idi (Tablo 1).

Katılımcıların Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) puan ortalaması 73.01 ± 19.22 iken, alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla; "zorlantı" için 13.26 ± 6.06 , "aşırı kaygı" için 17.74 ± 6.32 , "aşırılık" için 21.56 ± 6.24 , "içini rahatlatma" için 13.74 ± 4.82 , "doktora güvensizlik" için 6.69 ± 3.01 şeklindeydi. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puan ortalaması 14.52 ± 11.48 idi.

Kadınların BAÖ puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.001$). Cinsiyetlere göre SCÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0.142$) (Tablo 2).

Kronik hastalık, düzenli kullanılan ilaç, tanıli psikiyatrik hastalık varlığına göre SCÖ puan ortalamalarında

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Kronik hastalığı olanların BAÖ ortalama puanı olmayanlara göre (sırasıyla 17.23 ± 12.25 ;

14.25 ± 11.37), düzenli ilaç kullananların BAÖ ortalama puanı kullanmayanlara göre (sırasıyla 17.80 ± 12.30 ; 14.24 ± 11.37), tanıli psikiyatrik hastalığı olanların

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve internette geçirilen sürelerle ilişkin özellikler

Özellikler	Katılımcılar (n=1256)
Yaş (yıl), Ortalama \pm SS	20,90 \pm 1,38
Cinsiyet (Kadın/Erkek), n (%)	844 (67,2) / 412 (32,8)
Öğrenim Gördüğü Fakülte, n (%)	
Tıp Fakültesi	419 (33,4)
Sağlık Bilimleri/Hemşirelik Fakültesi	414 (33,0)
Diğer Fakülteler	423 (33,6)
Öğrenim Görülen Sınıf, n (%)	
2.sınıf	602 (47,9)
3.sınıf	654 (52,1)
Kronik Hastalık Varlığı, n (%)	113 (9)
Tanıli Psikiyatrik Hastalık Varlığı, n (%)	59 (4,7)
İnternette Geçirilen Ortalama Süre (saat/hafta), Ortalama \pm SS	24,06 \pm 14,70
İnternette Sağlıkla İlgili Geçirilen Ortalama Süre (saat/hafta), Ortalama \pm SS	2,31 \pm 3,48

SS, standart sapma

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet ve sağlık bilgisi arama davranışı özelliklerinin SCÖ ve BAÖ ölçek puanlarına göre karşılaştırılması

		SCÖ Puanı	p-değeri	BAÖ Puanı	p-değeri
Cinsiyet	Kadın	72,45 \pm 19,06	0,142 ¹	16,05 \pm 11,90	<0,001 ¹
	Erkek	74,15 \pm 19,50		11,38 \pm 9,84	
Tanısı konulmamış bir hastalığı olduğunu düşünme durumu	Evet	75,25 \pm 18,67	0,031 ¹	19,97 \pm 12,71	<0,001 ¹
	Hayır	72,40 \pm 19,33		13,04 \pm 10,66	
Sağlık durumu için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama başvuru durumu*	0-1	70,28 \pm 19,68 ^a	0,015 ²	12,55 \pm 10,84 ^a	<0,001 ²
	2-3	73,32 \pm 18,83		14,21 \pm 11,07 ^a	
	4 ve üzeri	74,69 \pm 19,36 ^b		16,74 \pm 12,38 ^b	
Muayene olduktan sonra muayenenin ve hekim tarafından verilen bilgilerin yeterliliği düşüncesi**	Hiçbir zaman	78,80 \pm 20,98 ^a	<0,001 ²	17,72 \pm 13,71 ^a	<0,001 ²
	Nadiren/ Bazen	74,73 \pm 18,71 ^a		15,88 \pm 11,93 ^a	
	Sıklıkla/Her zaman	70,79 \pm 19,42 ^b		12,85 \pm 10,57 ^b	
İnterneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma sıklığı**	Hiçbir zaman	55,33 \pm 17,12 ^a	<0,001 ²	12,16 \pm 12,55 ^a	<0,001 ²
	Nadiren/ Bazen	70,29 \pm 18,33 ^b		13,72 \pm 11,07 ^a	
	Sıklıkla/ Her zaman	81,34 \pm 18,13 ^c		16,61 \pm 11,97 ^b	
Doktor tarafından önerilen bir tedaviden (ilaç, ameliyat vb.) internet bilgileri nedeniyle vazgeçme durumu	Evet	83,31 \pm 18,82	<0,001 ¹	18,55 \pm 11,88	<0,001 ¹
	Hayır	71,34 \pm 18,77		13,87 \pm 11,28	
Hekim önerisi dışında internet, medyadan edinilen bilgilerle tetkik yaptırmak için hastaneye başvuru durumu	Evet	82,39 \pm 18,15	<0,001 ¹	16,57 \pm 12,60	<0,001 ¹
	Hayır	68,77 \pm 18,16		13,59 \pm 10,81	
İnternet bilgileri sayesinde kendi rahatsızlığına tanı koyup tedavi başlama durumu	Evet	88,99 \pm 16,89	<0,001 ¹	17,60 \pm 12,88	0,007 ¹
	Hayır	71,35 \pm 18,68		14,20 \pm 11,28	
Sosyal ağlardan ve internet sitelerinden elde edilen sağlık bilgisini güvenilir bulma durumu	Evet	83,11 \pm 19,13	<0,001 ¹	15,66 \pm 12,60	<0,001 ¹
	Hayır	71,12 \pm 18,64		14,31 \pm 11,25	
Herhangi bir sağlık sorunu varlığında ilk başvurulacak yöntem	Geçmesini beklerim	70,76 \pm 19,09 ^a	<0,001 ²	13,12 \pm 10,55	0,267 ²
	Bildiklerimi uygulayım	70,63 \pm 17,06 ^a		14,86 \pm 10,21	
	Bir arkadaşşıma veya aileme danışırım	73,79 \pm 18,58 ^a		14,87 \pm 10,78	
	İnterneti kontrol ederim	81,82 \pm 17,79 ^b		15,51 \pm 12,15	
	Doktora giderim	71,92 \pm 20,22 ^a		14,86 \pm 12,76	
	Tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanırım (akupunktur, hacamat, sülük, hipnoz vb.)	79,72 \pm 15,84 ^a		15,36 \pm 7,52	

Sütunlardaki farklı harfler anlamlı farklılığı gösterir.

* 0 ve 1, 2 ve 3 birleştirilmiştir.

** Nadiren ve bazen, sıklıkla ve her zaman birleştirilmiştir.

¹ Bağımsız örneklem t-testi

² Tek Yönlü Varyans Analizi, ikili karşılaştırmalar için Tukey HSD testi kullanıldı.

BAÖ ortalama puanı olmayanlara göre (sırasıyla 22.79±13.17; 14.11±11.24) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla p=0.009, p=0.003, p<0.001).

Tanısı konulmamış bir hastalığa sahip olma düşüncesi olanların SCÖ ve BAÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla p=0.031, p<0.001) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan öğrencilerin kendi sağlıkları için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama "4 ve üzeri" kez başvuranların SCÖ puan ortalaması, "0-1" kez başvuranların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0.015). Çalışmaya katılan öğrencilerin kendi sağlıkları için bir sağlık kuruluşuna yılda ortalama "4 ve üzeri" kere başvuranların BAÖ puan ortalaması, "0-1" ve "2-3" kere başvuranların BAÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla p<0.001, p=0.003) (Tablo 2).

Fakülterlere göre SCÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında, tıp fakültesi ve sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi puanları, diğer fakülte puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0.001). Fakülterlere göre BAÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında ise sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi puanları, tıp fakültesi ve diğer fakülte puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.014). Fakülterlere göre SCÖ alt ölçek ortalama puanları karşılaştırıldığında zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma alt ölçeklerinde fakülter arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (sırasıyla p<0.001, p<0.001, p<0.001, p=0.002) (Tablo 3).

Yapılan korelasyon analizine göre sağlıkla ilgili internette geçirilen ortalama süre (saat/hafta) ile SCÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (r=0.172, p<0.001). Benzer şekilde yapılan korelasyon analizine göre sağlıkla ilgili internette geçirilen ortalama

süre (saat/hafta) ile SCÖ alt ölçek puanları zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma ve doktora güvensizlik arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon belirlendi (zorlantı için r=0.130, p<0.001; aşırı kaygı için r=0.108, p<0.001; aşırılık için r=0.168, p<0.001; içini rahatlatma için r=0.120, p<0.001; doktora güvensizlik için r=0.068, p=0.016). Katılımcıların BAÖ ile SCÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (r=0.247, p<0.001). Katılımcıların BAÖ puanı ile zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon belirlendi (zorlantı için r=0.196, p<0.001; aşırı kaygı için r=0.261, p<0.001; aşırılık için r=0.158, p<0.001; içini rahatlatma için r=0.161, p<0.001) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinin siberkondri ve anksiyete düzeyinin ölçülmesi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Fakültesi, Fen Fakültesi, Edebiyat Fakültesinde eğitim görmekte olan 1.256 öğrenci ile yürütülmüş olup, örneklem büyüklüğü ve farklı fakülteleri kapsamı açısından geniş kapsamlı bir çalışmadır.

Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin SCÖ puan ortalaması 73.01±19.22 olarak bulunmuştur. Ülkemizde SCÖ kullanılarak yapılan çalışmalardan Güleşen ve Beydağ'ın yaptıkları bir çalışmada, SCÖ puan ortalaması 68.00±27.04, Uzun ve Zencir'in yaptıkları bir çalışmada, SCÖ puan ortalaması 71.1 ± 17.6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmalarda, puan ortalamalarının düşük olması çalışma popülasyonunun yaş ortalamalarının daha yüksek olmasına bağlanabilir.^[16,17] Elciyar ve Taşçı'nın iletişim fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise, SCÖ puan ortancası 86 (min:51, maks:137) olarak bulunmuştur.^[18] Uluslararası çalışmalardan Fergus'un ABD'de yaptığı çalışmada, SCÖ puan ortalaması 69.14 ± 21.28, Khazaal ve ark.'nın yaptıkları çalışmada

Tablo 3. Katılımcıların eğitim gördükleri fakülterlere göre, SCÖ ve alt boyutlarına ilişkin puanlar ile BAÖ puanlarının karşılaştırılması

	Tıp Fakültesi	Sağlık bilimleri/Hemşirelik Fakültesi	Diğer Fakülteler	p-değeri
SCÖ puanı	73,97 ± 19,35 ^a	76,25 ± 18,37 ^a	68,88 ± 19,20 ^b	<0,001
Zorlantı	13,59 ± 6,09 ^a	14,04 ± 6,16 ^a	12,17 ± 5,78 ^b	<0,001
Aşırı kaygı	18,33 ± 6,31 ^a	18,43 ± 5,89 ^a	16,48 ± 6,56 ^b	<0,001
Aşırılık	21,85 ± 5,91 ^a	22,80 ± 5,75 ^a	20,07 ± 6,70 ^b	<0,001
İçini rahatlatma	13,81 ± 4,51	14,25 ± 4,70 ^a	13,16 ± 5,18 ^b	0,002
Doktora güvensizlik	6,38 ± 2,79	6,72 ± 2,74	6,98 ± 3,41	0,095
BAÖ puanı	13,94 ± 11,39 ^a	15,67 ± 11,46 ^b	13,97 ± 11,52 ^a	0,014

Veriler ortalama ± standart sapma olarak sunuldu.

p-değerleri, Kruskal-Wallis testi ile elde edilmiştir, ikili karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmeli Dunn testi uygulanmıştır.

Her bir satırdaki farklı harf, istatistiksel olarak anlamlı farklılığı gösterir.

Tablo 4. Katılımcıların SCÖ ve alt boyutlarına ilişkin puanlar ile internette geçirilen süreler ve BAÖ puanı arasındaki ilişkiler

		İnternette geçirilen ortalama süre (saat/hafta)	Sağlıkla ilgili internette geçirilen ortalama süre (saat/hafta)	BAÖ puanı
SCÖ puanı	<i>r</i>	0,046	0,172	0,247
	<i>p</i>	0,101	<0,001**	<0,001**
Zorlantı	<i>r</i>	0,009	0,130	0,196
	<i>p</i>	0,743	<0,001**	<0,001**
Aşırı kaygı	<i>r</i>	0,054	0,108	0,261
	<i>p</i>	0,057	<0,001**	<0,001**
Aşırılık	<i>r</i>	0,060	0,168	0,158
	<i>p</i>	0,033*	<0,001**	<0,001**
İçini rahatlatma	<i>r</i>	0,052	0,120	0,161
	<i>p</i>	0,066	<0,001**	<0,001**
Doktora güvensizlik	<i>r</i>	-0,044	0,068	0,050
	<i>p</i>	0,122	0,016	0,074

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

72.98±22.98 olarak saptanmıştır.^[3,19] Yapılan literatür incelemesine göre puan ortalamaları açısından farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu durum çalışmaların yapıldığı popülasyonların ve katılımcıların yaş ortalamalarının farklılığından kaynaklanabilir. Sunulan çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun sağlık alanında lisans eğitimi alıyor olması ve mesleğin ilk yıllarında öğrenilen her yeni tanıda kendileriyle ilgili sorgulama yapmaları da bir başka neden olabilir.

Bu çalışmada cinsiyetler arasında SCÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Farklı cinsiyetlere sahip olsalar bile bireylerin sağlıklarıyla ilgili endişelerinden kaynaklanan, çevrimiçi ortamdan yineleyici biçimde sağlık bilgisi arayışının ve bu arayışın meydana getirdiği anksiyete hâlinin benzer olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da çalışmamızla uyumlu şekilde cinsiyete göre siberkondri düzeylerinin değişmediği görülmüştür.

[18,20,21,22]

Sunulan çalışmada, henüz tanısı konulmamış bir hastalığa sahip olma düşüncesi olanların SCÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tarhan ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, henüz tanısı konulamamış bir hastalığa sahip olduğunu belirtenlerin siberkondri düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.^[23] Varlığına inanılan bir hastalık düşüncesiyle internette sağlıkla ilgili bilgi arayışı ve kendi kendine tanı koyma çabasının sonucunda siberkondri puanlarının yüksek olması beklenebilir.

Bu çalışmada, kendi sağlığı için yılda ortalama "4 ve üzeri" defa sağlık kuruluşuna başvuranların siberkondri puanı; "0-1" defa ve "2-3" defa sağlık kuruluşuna başvuranların puanına göre istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde yüksek bulunmuştur. Sunulan çalışmayla uyumlu olarak hastaneye başvuru sayısındaki artışla birlikte, siberkondri puanlarında artış görülen bir başka çalışmada; son 1 yıl içinde herhangi bir hekime "3-5 defa" ve ">5 defa" başvuranların siberkondri puanını daha az sayıda başvuranların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^[24] Siberkondri düzeyi yüksek olan bireyler içlerini rahatlatmak, internette araştırdıkları sağlık bilgisini danışmak ve sağlıklarıyla ilgili çeşitli öneriler almak amacıyla sağlık kuruluşlarına daha çok başvurmuş olabilirler.

Sunulan çalışmada, fakültele göre SCÖ puanları karşılaştırıldığında, tıp fakültesi ve sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi puanları, diğer fakülte puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, fakültele göre BAÖ puanları karşılaştırıldığında sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi puanlarının, tıp fakültesi ve diğer fakülte puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Batı ve ark.'nın siberkondriyi SCÖ-15 ile sağlık kaygısını Sağlık Anksiyete Ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmalarında öğrencilerin fakülteleri ile sağlık kaygısı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, tıp fakültesi öğrencilerinin diğer fakülte öğrencilerine göre siberkondri ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık bilgi kaynaklarına ve hizmetlerine diğer öğrencilere göre daha kolay erişebilmeleri şeklinde değerlendirilmiştir.^[21] Manchevska ve Pluncevic-Gligoroska'nın Makedonya'daki bir üniversitede yaptıkları bir çalışmada, BAÖ puanlarına göre fakültele karşılaştırıldığında, en yüksek BAÖ ortalama puanı 1. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin olup diğer fakültelerle arasında istatistiksel açıdan

anlamli farklılık bulunmamıştır.^[25] Sunulan çalışmada, siberkondri puanları açısından en yüksek ortalamaya sahip olanlar hemşirelik-sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrenciler olmuştur. Sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi öğrencilerinin SCÖ puanı açısından en yüksek ortalamaya sahip olmaları sağlık, hastalık konularında fikir sahibi olup, detaylı bilgiye ulaşma konusunda internette sağlık bilgisi aramaya yönelmiş olduklarını düşünebilir. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık bilimleri-hemşirelik fakültesi öğrencilerine göre klinik eğitim ortamında sağlık profesyonelleriyle birlikte çalışmaları sağlık sorunlarının çözümünde ve sağlık bilgi kaynaklarına ulaşmada önemli bir avantaj oluşturabilir. Bu nedenlerle sağlık bilimleri-hemşirelik öğrencilerine kıyasla daha az çevrimiçi sağlık araması yaptıkları düşünülebilir. “Diğer fakülteler” kategorisindeki öğrencilerin sağlık, hastalık konularında eğitim almadıklarından dolayı daha az fikir sahibi olmaları nedeniyle internette sağlık bilgisi arayışına daha az başvurdukları düşünülebilir. Sunulan çalışmada, hemşirelik-sağlık bilimleri öğrencilerinin BAÖ puan ortalamaları tıp fakültesi ve diğer fakülte öğrencilerinin BAÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışmaya dâhil olan hemşirelik-sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin %87,7’sinin cinsiyetinin kadın olmasından ve kadın cinsiyetin anksiyete puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Sunulan çalışmada, sağlık sorunu varlığında ilk olarak “interneti kontrol ederim” diyenlerin siberkondri puanı diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tarhan ve ark.’nın çalışmasında, herhangi bir hastalık durumunda ilk başvuracağı kaynağı “internet” olanların siberkondri düzeyi, “sağlık tesisi” olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^[23] Özyurt ve ark.’nın çalışmasında katılımcıların %73’ü hekime başvuru öncesi internette yakınmasıyla alakalı araştırma yaptığını belirtmiş, bu katılımcıların siberkondri puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^[24] Bireylerin sağlıkları ile ilgili herhangi bir sorunda ilk olarak internette sağlık bilgisi arayışına başvuruyor olmaları, sağlıklarıyla ilgili endişe duydukları durumları araştırıp kendilerine tanı koymaya çalışmak, tedavi başlamak için sıklıkla internete başvurduklarını düşünebilir. Yineleyici bu davranış biçiminin sağlık anksiyetesinde gereksiz bir artış oluşturduğu siberkondri puanının yüksek olmasının buna bağlı olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada, interneti sağlıkla ilgili konularda kullanma sıklığına “sıklıkla/her zaman” kullanım yanıtını

verenlerin siberkondri puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde; interneti sağlıkla ilgili konular nedeniyle kullanma sıklığındaki artışla korele olarak siberkondri puanlarının anlamlı düzeyde arttığı görülen çalışmalar bulunmaktadır.^[21,24,26] Hastaların sağlık profesyonelleriyle iletişimindeki yetersizlikler ve internet kullanımının yaygınlaşması, sağlık sorunu hâlinde çevrimiçi sağlık aramalarının artmasına dolayısıyla siberkondrinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Bu çalışmada, hekim önerisi dışında internet, medyadan edinilen bilgilere göre tetkik yaptırmak için hastaneye gidenlerin ve internet bilgileri sayesinde kendi rahatsızlığı için tanı koyup tedavi başlayanların siberkondri puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde Uzun ve Zencir’in çalışmasında, “son 1 yılda hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu” ve “hekim önerisi dışında tetkik yaptırma durumu” sorularına “evet” yanıtını verenlerin siberkondri puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir.^[17] Özyurt ve ark.’nın çalışmasında da internette edinilen bilgiyle kendine tedavi başlayanların siberkondri puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^[24] Siberkondri düzeyi yüksek olan kişilerin internette edindiği bilgilerle kendine teşhis koyup, tedavi başlaması beklenebilir. Bu durum gereksiz ilaç kullanımına bağlı olarak sağlık maliyetlerinde artışa neden olabilir ve hatalı ilaç kullanımı nedeniyle kişilerin sağlık durumlarını da olumsuz etkileyebilir.

Sunulan çalışmada, sosyal ağlardan ve internet sitelerinden elde edilen sağlık bilgisini güvenilir bulanların SCÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da sosyal ağlardan elde edilen sağlık bilgisini güvenilir bulanların siberkondri puanı, sunulan çalışmaya benzer şekilde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^[16,24,26] İnternetteki sağlık bilgilerini güvenilir bulan kişilerin, yineleyen çevrimiçi sağlık aramasına başvurduğunu ve kendilerine tanı koymaya çalıştıklarını dolayısıyla siberkondri puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir.

Sunulan çalışmada, internette geçirilen ortalama süre (saat/hafta) ile SCÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sağlıkla ilgili internette geçirilen ortalama süre (saat/hafta) ile SCÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Literatür incelememizde internet kullanım sürelerindeki artışın siberkondri puanlarında bir artışa neden olmadığı

görülmüştür.^[18,26] Batı ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, çevrimiçi sağlık tarama sıklığı arttıkça siberkondri puanı da anlamlı bir artış göstermiştir.^[21] Çalışmamızdan farklı olarak Uzun ve Zencir'in yaptıkları çalışmada, internette geçirilen haftalık süre ">20 saat" olan katılımcıların siberkondri puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^[17] Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, siberkondri düzeyinin, internette geçirilen toplam süre ile değil, yineleyen çevrimiçi sağlık bilgisi arama sürelerini de belirten sağlıkla ilgili olarak internette geçirilen süre ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Sunulan çalışmada, katılımcıların SCÖ ve alt ölçekleri zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma puanlarıyla BAÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Literatür araştırmasına göre, siberkondrinin çeşitli popülasyonlarda incelendiği görülmüş olup, bu çalışma farklı fakültelerde eğitim gören üniversite öğrencilerinde SCÖ ile BAÖ'nün birlikte değerlendirildiği ilk çalışmadır. Literatürde yer alan siberkondrinin incelendiği diğer çalışmalarda da anksiyete ile ilişkisine yer verilmiş olup, anksiyete ve siberkondrinin birbiriyle ilişkili olduğunun doğrulandığı görülmüştür. Bir çalışmada, kişilerin sağlık ile ilgili endişe dereceleri sorgulanmış olup, sağlığı konusunda aşırı endişe duyanların SCÖ puanı ve aşırılık, içini rahatlatma alt ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.^[20] Literatürde siberkondri ile birlikte genellikle Sağlık Anksiyete Ölçeğinin dâhil edildiği çalışmalar bulunmaktadır. Batı ve ark.'nın SCÖ-15 ve Sağlık Anksiyete Ölçeğini kullandıkları çalışmalarında siberkondri ile sağlık anksiyete ölçekleri arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.^[21]

Çalışmanın güçlü yönü; katılımcı sayısının fazla olması ve farklı fakülteleri kapsaması açısından literatürdeki diğer çalışmalara göre kapsamlı bir çalışmadır. Çalışmanın kısıtlılıkları ise bu çalışma üniversite bünyesinde yer alan tüm fakülteleri içermemektedir. Tüm fakültelerin dâhil edildiği daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmasına gereksinim vardır.

SONUÇ

Öğrencilerin siberkondri puanları arttıkça anksiyete puanlarının da arttığı görülmüştür. Literatürde öğrencilere yönelik siberkondri ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Siberkondri ve topluma etkileri konusunda daha fazla çalışmaya gereksinim bulunmaktadır. Günümüzde internetin yaşamımızın büyük çoğunluğunda yer alması nedeniyle internetten sağlık bilgisi arayışı kaçınılmaz hâle gelmiştir. Bu durum muayene sırasında hekimler tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Hekimlerle hastalar arasında karşılıklı güven ortamının oluşması için hekimlerin uygulanacak tedavi hakkında daha detaylı bilgi vermesi, kullanılacak ilacın olası etki ve yan etkilerini anlatması hastanın hekimine olan güven duygusunu artırıp internetten bilgi arayışını ve kendisine önerilen tedaviyi yarıda bırakmasını önleyebilir. Siberkondrinin toplum ve birey için olumlu ve olumsuz etkileri hakkında kamuoyu bilgilendirilebilir.

Etik Kurul Onayı: Selçuk Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan onay alındı (07.12.2021 - 2021/22).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Selçuk University Local Ethics Committee (07.12.2021 - 2021/22).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord* 2013; 28: 259-65.
2. Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JMG. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *J Anxiety Disord* 2012; 26: 189-96.
3. Fergus TA. The cyberchondria severity scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 504-10.
4. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics* 2016; 57: 390-400.

5. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related internet use. *Expert Rev Neurother* 2014; 13; 205-13.
6. Hart J, Björgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bull Menninger Clin* 2010; 74; 122-40.
7. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına acil yaklaşım, takip ve tedavi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007; 3; 24-31.
8. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12; 306-12.
9. Fergus TA, Spada MM. Cyberchondria: examining relations with problematic internet use and metacognitive beliefs. *Clin Psychol Psychother* 2017; 24; 1322-30.
10. Batıgun AD, Gor N, Komurcu B, Ertürk IS. Cyberchondria scale (CS): development, validity and reliability study. *J Psychiatry Neurol Sci* 2018; 31; 148-62.
11. Ertaş H, Kırac R, Ünal SN. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin siberkondri düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2020; 15: 1746-64.
12. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent insights into cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22: 56.
13. Uzun SU, Zencir M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Curr Psychol* 2018; 40: 65-71.
14. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12: 163-172.
15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-97.
16. Güleşen A, Beydağ KD. Cyberchondria level in women with heart disease and affecting factors. *Arch Health Sci Res* 2020; 7: 1-7.
17. Uzun SU, Zencir M. Cyberchondria and associated factors among university staff. *ESTUDAM Public Health Journal* 2022; 7: 257-68.
18. Elciyar K, Taşçı D. Siberkondri ciddiyet ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanması. *AKAR* 2017; 2: 57-70.
19. Khazaal Y, Chatton A, Rochat L et al. Compulsive health-related internet use and cyberchondria. *Eur Addict Res* 2021; 27: 58-66.
20. Akhtar M, Fatima T. Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. *J Pak Med Assoc* 2020; 70: 90-5.
21. Batı AH, Mandıracıoğlu A, Govsa F, Çam O. Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse Educ Today* 2018; 71: 169-73.
22. Deniz S. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan&İnsan* 2020; 5: 84-96.
23. Tarhan N, Tutgun-Ünal A, Ekinci Y. Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2021; 17: 4253-97.
24. Özyurt TE, Aydemir Y, Aydın A, ve ark. İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. *Sakarya Med J* 2020; 10: 1-10.
25. Manchevska S, Pluncevic-Gligoroska J. The prevalence of high anxiety and substance use in university students in the republic of Macedonia. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)* 2014; 35: 67-74.
26. Altındış S, İnci MB, Aslan FG, Altındış M. Üniversite çalışanlarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Sakarya Med J* 2018; 8: 359-70.