



**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
AKILCI İLAÇ KULLANIMININ SAĞLIK
ANKSİYETESİ VE
SİBERKONDRI İLE İLİŞKİSİ**

**Ahmet KALMAZ
1198207101**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi MÜNİRE TEMEL

Tez no:

2022-TEKİRDAĞ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
AKILCI İLAÇ KULLANIMININ SAĞLIK KANSİYETESİ
VESİBERKONDRI İLE İLİŞKİSİ**

AHMET KALMAZ

1198207101

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi MÜNİRE TEMEL

Tez no: 2022/153

2022 -TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları
Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Münire TEMEL
danışmanlığında yürütülmüş olan bu çalışma,
aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

06/07/2022

Jüri Başkanı

Üye

Üye

Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ahmet KALMAZ'ın "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımının Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriile İlişkisi" başlıklı tezi 06/07/2022 günü saat 14:00'de Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Akademik hayatıma attığım ilk adım olan yüksek lisans eğitim sürecimde bana yürüyebilmeyi öğreten deneyim, bilgi ve tecrübesi ile bana her aşamada yol gösteren, bana her konuda tevazu, özveri ve şevkat ile yaklaşan üzerimde çok büyük emeği olan danışman hocam sayın Dr.Öğr.Üyesi Münire Temel'e

Desteğini her zaman hissettiğim çok değerli hocam sayın Dr.Öğr.Üyesi Zeynep TOSUN'a

Doğduğum günden bugüne maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen babam Ali KALMAZ'a, annem Yıldız KALMAZ'a ve bütün sevdiklerime

Tüm bu zorlu süreçte bana destek olan sabrı ve sevgisi ile motivasyonumu her daim arttıran, yüzümü her zaman güldüren, hayat arkadaşım Bahriye KALMAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla
AHMET KALMAZ

ÖZET

Kalmaz, A. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımının Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri ile İlişkisi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2022.Bu çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlandı.Araştırma Kasım 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Günübirlik Tedavi Servisine başvuran 18-65 yaş aralığında 100 kronik hastalığa sahip birey ve 105 kronik hastalığı olmayan birey ile yürütüldü. Veriler Hasta Bilgi Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme ile toplandı. Kronik hastalığı olanların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalaması 37,42±4,63; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalaması 20,92±9,97;Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalaması 79,13±23,32 idi. Kronik hastalığı olmayanların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalaması 37,28±3,66;Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalaması 15,83±5,86; Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalaması 82,33±20,90 idi. Her iki grupta da Akılcı İlaç Kullanım düzeyleri yeterli idi. Kronik hastalığı olanların Sağlık Anksiyetesi düzeyi daha yüksekti ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların Siberkondri ‘Aşırılık’ ve Siberkondri ‘Doktora Güvensizlik’ düzeyi daha yüksekti ($p<0.05$). Kronik hastalığı olanların medeni duruma göre Siberkondri ‘Aşırılık’ düzeyleri arasında; çalışma durumuna göre Siberkondri ‘Aşırı Kaygı’ ve ‘Aşırılık’ düzeyleri arasında; eğitim durumuna göreSiberkondri ‘Aşırılık’ düzeyleri arasında fark vardı ($p<0.05$). Kronik hastalığı olanların ilaç kullanım sürelerine göreSiberkondri ‘Doktora Güvensizlik’ düzeyleri arasında; sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına göre ‘Sağlık Anksiyetesi düzeyleri arasında fark vardı ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların eğitim durumuna göre ‘Akılcı İlaç Kullanım düzeyleri, Siberkondri düzeyleri ve siberkondri ‘Aşırılık’ düzeyleri arasında fark vardı. ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına göre ‘Akılcı İlaç Kullanımı düzeyleri arasında fark vardı ($p<0.05$). Her iki grupta da Sağlık Anksiyetesi ile Siberkondri düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların Akılcı İlaç Kullanımı ile Sağlık

Anksiyetesi düzeyleri arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulundu. Kronik hastalığı olmayanların Akılcı İlaç Kullanımı ile Siberkondri 'İçini Rahatlatma' düzeyleri arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulundu ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi, siberkondri



ABSTRACT

Kalmaz, K. The Relationship of Rational Drug Use with Health Anxiety and Cyberchondria in Individuals with Chronic Diseases, Tekirdağ Namık Kemal University Institute of Health Sciences Department of Nursing Master's Thesis on Internal Medicine Nursing, Tekirdağ, 2022. In this study, it was aimed to evaluate the relationship between rational drug use, health anxiety and cyberchondria in individuals with and without chronic disease. The research was carried out with 100 individuals with chronic disease and 105 individuals without chronic disease, aged between 18-65 years, who applied to Tekirdağ Namık Kemal University Hospital Daily Treatment Service between November 2020- April 2021. Data were collected through face-to-face interviews using the Patient Information Form, the Rational Drug Use Scale, the Health Anxiety Scale and the Cyberchondria Severity Scale. Rational Drug Use Scale mean score of those with chronic disease was 37.42 ± 4.63 ; Health Anxiety Scale mean score was 20.92 ± 9.97 ; Cyberchondria Severity Scale mean score was 79.13 ± 23.32 . Rational Drug Use Scale mean score of those without chronic disease was 37.28 ± 3.66 ; Health Anxiety Scale mean score was 15.83 ± 5.86 ; Cyberchondria Severity Scale mean score was 82.33 ± 20.90 . Rational drug use levels were sufficient in both groups. Health Anxiety level was higher in those with chronic disease ($p < 0.05$). Cyberchondria 'Excessiveness' and Cyberchondria 'Doctor Distrust' levels were higher in those without chronic disease ($p < 0.05$). According to the marital status of those with chronic disease, Cyberchondria 'Extreme' levels are; between Cyberchondria 'Extreme Anxiety' and 'Extremeness' levels according to working status; There was a difference between Cyberchondria 'Extreme' levels according to education level ($p < 0.05$). According to the duration of drug use of those with chronic diseases, Cyberchondria 'Doctor Distrust' levels are; There was a difference between 'Health Anxiety levels' according to the frequency of referral to the health institution/physician ($p < 0.05$). There was a difference between 'Rational Drug Use levels, Cyberchondria levels and cyberchondria 'Extreme' levels according to the education level of those without chronic disease ($p < 0.05$). There was a difference between 'Rational Drug Use' levels according to the frequency of referral to the health institution/physician of those without chronic disease ($p < 0.05$). In both groups, a weak positive relationship was

found between Health Anxiety and Cyberchondria levels ($p < 0.05$). A very weak negative relationship was found between Rational Drug Use and Health Anxiety levels of those without chronic diseases. A very weak negative relationship was found between Rational Drug Use and Cyberchondria 'Peace of Mind' levels of those without chronic diseases ($p < 0.05$).

Key Words: Chronic disease, rational drug use, health anxiety, cyberchondria.



İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	iii
TEŞEKKÜRLER	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar.....	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Kronik Hastalıklar	3
2.1.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Önemi	3
2.1.2 Kronik Hastalıkların Genel Özellikleri	4
2.1.3. Kronik Hastalıkları Etkileyen Faktörler	4
2.1.4. Kronik Hastalıkların Dünyadaki Durumu	5
2.1.5. Kronik Hastalıkların Türkiye’deki Durumu.....	6
2.1.6.Kronik Hastalık Yönetimi	6
2.1.7. Kronik Hastalıklarda Tedavi ve İlaç Kullanımı	8
2.1.8. Kronik Hastalıklarda Hemşirenin Rolü	10
2.2. Akılcı İlaç Kullanımı.....	11
2.2.1. Akılcı İlaç Kullanımı Tanım	11
2.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Önemi.....	12
2.2.3.Dünya’da Akılcı İlaç Kullanımı	13

2.2.4. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı	13
2.2.5. Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri	15
2.2.6. Akılcı İlaç Kullanımında Sorumlu Taraflar	17
2.2.7. Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin Rolü	17
2.2.8. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Rolü	17
2.2.9. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü	18
2.2.10. Akılcı İlaç Kullanımında Sağlık Eğitim Kurumlarının ve Sağlık Otoritelerinin Rolü	20
2.2.11. Akılcı İlaç Kullanımında Toplumun Rolü	21
3. SAĞLIK ANKSİYETESİ	22
3.1. Tanımı ve Önemi	22
3.2. Sağlık Anksiyetesi İle ilgili Çalışmalar	24
4. SİBERKONDRI	26
4.1. Siberkondri Tanımı	26
4.2. Siberkondri İle İlgili Çalışmalar	27
4.3. Siberkondriye Yaklaşım	28
5. GEREÇ VE YÖNTEM	30
5.1. Araştırmanın Türü	30
5.2. Araştırmanın Amacı	30
5.3. Araştırma Soruları	30
5.4. Araştırmanın Değişkenleri	31
5.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	31
5.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	31
5.5. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu	31
5.5.1. Araştırmanın Evreni	31
5.5.2. Araştırmanın Çalışma Grubu ve Güç Analizi	31

5.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	32
5.6.1. Bireylerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	32
5.6.2. Bireylerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	32
5.7. Veri Toplama Araçları	32
5.7.1. Hasta Bilgi Formu	32
5.7.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)	32
5.7.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	33
5.7.4. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ)	33
5.8. Verilerin Toplanması.....	34
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
5.10. Araştırmanın Etik Boyutu	35
6. BULGULAR	36
7. TARTIŞMA	68
7.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyi	68
7.2. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyi	69
7.3. Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	70
7.4. Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi İle İlişkili Faktörler.....	73
7.4.1. Akılcı İlaç Kullanımı.....	73
7.4.2. Sağlık Anksiyetesi.....	76
7.4.3. Siberkondri	78
7.5. Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri Arasındaki İlişki	80
7.5.1. Sağlık Anksiyetesi- Siberkondri.....	80

7.5.2. Akılcı İlaç Kullanımı- Sağlık Anksiyetesi	81
7.5.3. Akılcı İlaç Kullanımı -Siberkondri	82
8.SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKÇA	86
EKLER	97



KISALTMALAR DİZİNİ

AIHW:Australian Institute of Health and Welfare(Avusturalya Sağlık ve Refah Enstitüsü)

AIK: Akılcı İlaç Kullanımı

AIKÖ:Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

BBC: British Broadcasting Corporation (İngiliz Yayın Kuruluşu)

CDC:Center For Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol Önleme Merkezi)

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

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBD: Global Burden of Disease(Küresel Hastalık Yüğü)

ICN: International Council of Nurses (Uluslar Arası Hemşireler Birliği)

İNRUD:The International Network for Rational Use of Drugs (Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı)

KGMP: Klynveld Peat Marwick Goerdeler (Finans Danışmanlık Firması)

KOAH:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyo Vasküler Hastalıklar

NCCDPHP: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Ulusal Kronik Hastalık Önleme ve Sağlığı Geliştirme Merkezi)

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

SCÖ:Siberkondri Ciddiyet Ölçeği

TÜİK:Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World HealthOrganization(Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER

Şekil 1.Kronik Bakım Modeli

Şekil 2.Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Türleri



TABLolar

- Tablo 1.**Dünya’daHastalık Alınana Göre Tedavi Maliyetleri ve Tahminleri
- Tablo 2.** Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri
- Tablo 3.**Hastaların Sağlık Kurumuna Başvuru Sıklığı
- Tablo 4.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık İleİlgili Özellikleri
- Tablo 5.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 6.** Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 7.** Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 8.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 9.** Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 10.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 11.** Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Medeni Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 12.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 13.**Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 14.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ekonomik Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ekonomik Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 16.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 17.** Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 18.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin İlaç Kullanım Süresine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 19. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Nedeni İle Sağlık Kurumu/Hekime Başvuru Sıklığına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 20. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Kurumu/Hekime Başvuru Nedenine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 21. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Sağlık Kurumu/Hekime Başvuru Nedenine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 22. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

Tablo 23. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

Tablo 24. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ölçek Puanları İle Yaş ve Kullandığı İlaç Türü Sayısı Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

Tablo 25. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ölçek Puanları İle Yaş Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik rahatsızlıklar, birden çok risk faktörünün etkisiyle oluşan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, yavaş seyir gösteren üç ay ve daha uzun süren hastalıklardır(Sandalcı ve diğ. 2020). Günümüzde kronik hastalığı olan birey sayısı hızla artmaktadır. Dolayısıyla kaynakların büyük kısmı kronik hastalıkların tedavisi için harcanmaktadır (CDC 2020).Kronik hastalıklar,hastalar için semptomların verdiği rahatsızlık, yaşam alışkanlıklarında değişme ve gelişen komplikasyonlar gibi çeşitli zorlukları da beraberinde getirmektedir(Durna ve Akın 2012).Diğer yandan ölüm nedenleri arasında da ön sıralarda yer almaktadır(Amerika Birleşik Devletleri Kronik Hastalık Yüğü Raporu 2021).Bu nedenle kronik hastalıklar hem bireysel olarak hastaların yaşam kalitesine ve yaşam süresini etkilemesi bakımından,hem de ülkelerin sağlık hizmetleri ve maliyetleri bakımından önem arz etmektedir.

Günümüzde kronik hastalıkların tedavisinde çoklu ilaç kullanımı önemli bir yer tutmaktadır. Dünya genelinde kullanılan ilaçların büyük çoğunluğu da kronik hastalığı olan bireyler tarafından kullanılmaktadır(CDC 2019).Bu nedenle kronik hastalığı olan bireyler başta olmak üzere tüm bireyler açısından ilaçların uygun şekilde kullanımı büyük önem taşımakta ve ‘Akılcı İlaç Kullanımı’ kavramı öne çıkmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı, ilaçları bilinçli olarak ve doğru şekilde kullanmaktır.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk olarak 1980’li yıllarda bu konuya dikkat çekmiştir. Ancak yapılan araştırmalar tüm dünyada kullanılan ilaçların %50’sinden fazlasının akılcı şekilde kullanılmadığını göstermektedir(DSÖ 2016).Akılcı olmayan ilaç kullanımının bireyin sağlık durumuna önemli zararları olabilmektedir(Sürmelioglu2015).Aynı zamanda bu durum ülkelerin sağlık harcamalarını da artırmaktadır (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası 2019).Ülkelerin sağlık harcamalarının büyük kısmının kronik hastalığı olan bireylere yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda, akılcı ilaç kullanımının önemi de artmaktadır.

Sağlık anksiyetesi, bedensel semptomların önemli düzeyde hastalık belirtileri şeklinde yanlış değerlendirilmesini kapsayan kalıcı bir hastalık olma durumu veya kalıcı bir hastalığa yakalanma korkusudur (Hedman ve diğ. 2013; Jones ve diğ. 2014). Düşük düzeydeki sağlık anksiyetesi ihtiyaç söz konusu olduğunda tıbbi

yardıma almaya yardımcı olurken, sağlık anksiyetesinin artması bireyleri rahatsız ederek psikososyal işlevleri yürütmeyi engeller ve sık sık tıbbi yardıma ihtiyacı doğurur(Taylor 2004). Diğer yandan son yıllarda teknolojik gelişmelerin artması hayatımıza yeni kavramları da getirmiştir. ‘Siberkondri’ bu kavramlardan biri olup, internet yolu ile çevrim içi olarak sağlık ile alakalı arama yapılması sonucu kişilerde gelişen kaygıyı ifade etmektedir(Starcevic 2017; Hart ve Bjorgvinsson 2010). Siberkondri varlığında, bireyler çevrimiçi arama sonucundan elde ettikleri bilgilerle kendilerine tanı koymaya çalışmakta ve bir sağlık profesyoneline gitmek yerine kendi tedavi arayışlarında olabilmektedirler (Starcevic ve Berle 2013).

Akılcı ilaç kullanımı ile önlenebilir ilaç etkileşimlerinden ve reaksiyonlarından kaçınmak, terapötik bakımın kalitesini arttırmak ve ilaç tedavisi maliyetlerini en aza indirmek amaçlanmaktadır (Kar ve diğ. 2010; Mekonnen ve diğ. 2021). Bireylerin sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeyinin yüksek olması ilaç kullanım davranışlarını etkileyebilir. Bireyler sağlık personeline danışmadan kendi fikirlerine göre ilaç kullanma, bırakma ve değiştirme gibi kendileri için risk oluşturacak olumsuz davranışlarda bulunabilirler. Bununla birlikte gereksiz ilaç tüketimi gibi sağlık ekonomisine önemli bir yük de oluşturabilirler.

Bu bilgilerden hareket ederek bu tez çalışmasında kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu çalışmanın kronik hastalık yönetimi açısından sağlık profesyonellerine katkı sunacağı ve yeni çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Hastalıklar

2.1.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Önemi

‘Kronik’ kelimesinin anlamı Yunancada “Khronos” ‘zaman’ anlamına gelen sözcükten gelmektedir. Kronik hastalıklar; uzun süre seyir eden (3 ay ve üzeri), bulaşma ihtimali olmayan, kendiliğinden düzelmeyen veya tamamen iyileşmeyen, fonksiyon kaybı gelişebilen ve bakıma ihtiyaç duyulan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır(Durna ve Akın 2012).

DSÖ’ ne göre kronik hastalık‘devamlı ve ilerleyerek artan hasara sebebiyet veren, geri getirilemeyen farklılıklar sebebiyet veren, uzun bir süre rehabilitasyon, gözetim, koruma ve bakım gereksinimi oluşturan durumlardır’ (WHO 2005). Kronik hastalıklar içinde DSÖ’ nün beş büyükler şeklinde isimlendirdiği; tip-2 diyabet, iskemik kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), inme ve kanser toplum sağlığı için bulaşıcı olmayan rahatsızlıklar grubunun en başta gelenlerinden sayılmaktadır (WHO 2011).

Türkiye Sağlık Bakanlığı kronik hastalıkları, ‘kesin şekilde tedavi bulunamayan ve tamamı ile iyileşme durumu olmayan, devam eden durumlar’ olarak değerlendirilmektedir. Kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler ve kronikleşen solunum yolu hastalıkları toplumların hepsini etkileyen ve en başta gelen bulaşıcı olmayan rahatsızlıkları meydana getirmektedir (Sağlık Bakanlığı 2013).

Kalp-damar hastalıkları bir yıl içinde 17.9 milyon kişinin yaşamını kaybetmesine neden olduğu için ölümlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kalp-damar hastalıklarını sırası ile 9 milyon kişi ile kanser, 3.9 milyon kişi ile solunum sistemi hastalıkları ve 1.6 milyon kişi ile diyabet takip etmektedir. Bu hastalıklar, dünyada kronik hastalıklar sebebi ile meydana gelen ölümlerin %80’inden daha fazlasını oluşturmaktadır (WHO 2018).

Kronik hastalıklar tek başına ölüm oranları açısından değil, meydana getirdikleri hastalık yükü ve yaşam standartlarını da etkilemesi sebebi ile bütün bireyler için ciddi sorunlar oluştururlar. 2018 yılında yayımlanmış olan Küresel Hastalık Yükü çalışmasından elde edilen bilgilere baktığımızda bulaşıcı hastalıklar

tarafından oluşturulan hastalık yüklerinde 1990-2017 yılları arasında %41,3 azalma görülmesine karşın, kronik hastalık yükünde %40,1 oranında artış meydana gelmiştir. 2017'de dünyada en fazla hastalık yükü meydana getiren ilk beş hastalıktan üçünü KOAH, iskemik kalp hastalığı ve inme oluşturmaktadır (GBD 2017).

2.1.2 Kronik Hastalıkların Genel Özellikleri

Birbirinden farklı sistem ve organları etkileyen pek çok kronik hastalık olmakla birlikte bu hastalıkların ortak yönleri de vardır. Kronik hastalıkların genel özelliklerini aşağıdaki maddeler doğrultusunda ele alabiliriz:

- Kronik hastalık ile uğraşmak aynı anda birden çok tıbbi sorun ile baş etmeye çalışmaktır.
- Kronik hastalığı kontrol edebilmek için tedavi protokolüne uyum zorunludur ve bu durum zaman almaktadır. Doğru bilgi ve planlama gerektirmektedir.
- Herhangi bir kronik hastalık, başka bir kronik hastalığın nedeni olabilir.
- Kronik hastalık, sadece bireyin yanı sıra bütün aileyi de etkiler. Bu nedenle yıpratıcı bir süreçtir.
- Kronik hastalığın yönetim süreci, yaşanarak öğrenilen ve deneyimlere dayanan bir durumdur.
- Kronik hastalıkların maliyeti yüksektir (Ceyhan ve Ünsal 2018).

2.1.3. Kronik Hastalıkları Etkileyen Faktörler

Yaş

Kronik hastalıklarda farklı yaş gruplarının deneyimleri farklıdır. Örneğin; doğum sonrası dönemde nörolojik hasarlı spinabfida gibi hastalıklar görülürken, genç yetişkinlik veya adolesan dönemde multiple skleroz veya romatoid artrit gibi hastalıklar görülmektedir. Yaşlılık dönemi olarak tabir ettiğimiz 65 yaş ve üstü kişilerde majör kronik hastalıklar; diyabet, hipertansiyon veya kalp hastalıkları daha sık görülmektedir (Kayış 2010).

Her geçen gün dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine göre yaşlı bireylerin tüm bireylere oranı 2016'da %8.3 iken, 2021'de bu oran %9.7'ye yükselmiştir (TÜİK 2022). Yaş ilerledikçe vücut fonksiyonlarında da azalma meydana gelmekte ve kronik hastalıklar

daha sık görülmektedir. Buna göre yaşlı nüfusun tüm dünyada artışı kronik hastalık sayısının da artacağını göstermektedir.

İrk

Kalıtım kronik hastalığa yatkınlığı arttırdığı gibi kronik hastalığın nedeni de olabilmektedir. Örneğin Afrikalı-Karayiplilerde orak hücreli anemi görülme oranı yüksek iken, Asyalılarda diyabet ve kalp hastalıkları görülme oranı daha yaygındır (Aytaç ve Kurtdaş 2015).

Çevre

Yaşanılan yerdeki su, toprak, hava, gürültü kirliliği, iletişim problemleri gibi olumsuzluklar ve kötü çevre koşulları insanların kronik hastalıklara yatkınlıklarını arttırabilmektedir (Bolsoy ve Selvi 2006).

Yaşam Biçimi

Bireylerin uyku düzenleri, tütün-alkol tüketimleri, yiyecek seçimleri, fiziksel aktivite düzeyleri gibi yaşam biçimi davranışları kronik hastalıkların oluşumunda ve devamında etkili faktörlerdir (WHO 2018;NCCDPHP 2020).

2.1.4. Kronik Hastalıkların Dünyadaki Durumu

DSÖ, kronik hastalıklar nedeni ile tüm dünyada yılda 41 milyon insanın hayatını kaybettiğini bildirmektedir. Kronik hastalılara bağlı ölümleri ülkeler bazında değerlendirdiğimizde ölümlerin %80'i ekonomik düzeyi düşük ülkelerde meydana gelmektedir. Diğer yandan kronik hastalıklar sadece ileri yaş grubunda değil, erken yaş ölümleri olarak isimlendirilen 30-69 yaş arası ölümlerden de sorumludur. Kronik hastalıklara bağlı ölüm nedenleri hastalıklara göre değerlendirildiğinde 1.sırada 17,8 milyon ölüm ile kalp-damar hastalıkları, sonrasında 8,9 milyon ölüm ile kanserler, 4,1 milyon ölüm ile solunum yolu hastalıkları ve 1,7 milyon ölüm ile diyabet yer almaktadır. Sayılan bu hastalıklar erken yaş ölümlerinde %80'lik kısmından sorumludur (WHO, 2019). Amerika Birleşik Devletleri Kronik Hastalık Yüku Raporu (2021)'na göre de kronik hastalıklar ABD'de önde gelen yedi ölüm nedenini oluşturmaktadır.

Kronik hastalıkların tedavisi ülkelerin sağlık sistemlerinde de ciddi bir maliyet oluşturmaktadır. ABD'nde sağlık harcamalarının %90'nının kronik hastalığı olan bireyler ve zihinsel sağlık sorunu olan bireyler için yapıldığı bildirilmiştir (CDC2019).

İskoçya'da gerçekleşen bir araştırmaya göre 65-74 yaş aralığındabirden fazla sağlık problemi görülme oranı %59 olarak tespit edilmiştir. Yaş ile doğru orantıda artan bu oran, 75 yaşındanbüyük bireylerde %76'ya varmaktadır (McLean ve diğ. 2014). Avusturalya'nın istatistik verilerine baktığımızda ise 45 yaşındanbüyük bireylerin4/10'unun birden fazla sağlık problemi olduğu gözlemlenmekte, bu değer 65-74 yaş aralığında5/10'a, 85 yaş ve üzerinde ise 7/10'a varan artış göstermektedir (AIHW 2015). Kanada'da nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak kronik hasta sayısının 2008-2009 yıllarına göre %11 artarak 2017-2018 yıllarında 9,6 milyona yükseldiği, çoklu morbidite oranının ise %12,2 artarak 6.2 milyona ulaştığı anlaşılmıştır (Steffler ve diğ. 2021).Çin'de 40 yaş ve üzeri 66752 kişi ile yapılan bir çalışmada KOAH prevalansı%13.6 olarak tespit edilmiştir (Fang ve diğ. 2018).Görüldüğü gibi ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arttıkça yaşlı nüfus artmakta, buna bağlı olarak kronik hasta sayılarında da artış yaşanmaktadır.

2.1.5. Kronik Hastalıkların Türkiye'deki Durumu

2019 (TÜİK) Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de 15 yaşından büyük bireylerde kalp-damar hastalıklarının görülmeoranı %7,2, inme görülme oranı %0,8 ve KOAH görülme oranı %7,1 şeklinde belirlenmiştir (TÜİK 2019).2018 yılında ülke genelinde toplam 210537 yeni tanı almış kanser vakası olduğu bildirilmiştir (Candan 2021).

Ülkemizde dünyaya benzer şekilde yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak kronik hastalığı olan birey sayısı da artmaktadır. Epidemiyolojik araştırmalarneticesinde Türkiye'de en düşük rakam ile 22 milyon bireyinen az bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan kronik hastalıkların psikiyatrik morbidite ile de ilişkisi bulunmaktadır. Yapılan araştırmalara göre kronik hastalık tanısına sahip her üç kişiden birinde depresyon semptomlarına rastlanmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı 2018).

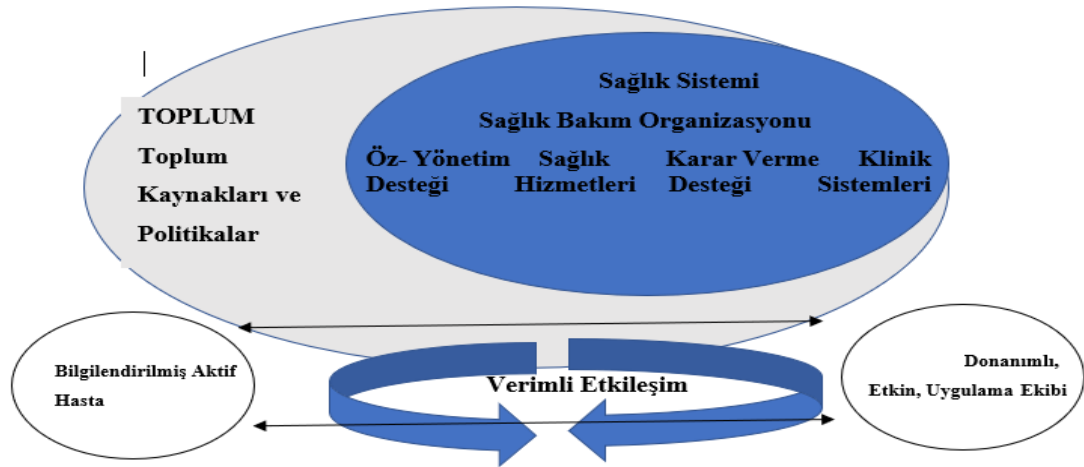
2.1.6.Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalık yönetimi, hastalığın tedavisi yanında eğitim-öğretim yöntemleri ile hastanın öz yönetim becerisini kazanmasını, ekip çalışmasını destekleyerek bakımın koordinasyonunu ve sürekliliğini, bakımın kalitesinin

arttırılmasını, beklenen hasta sonuçlarının iyileşmesini ve bakımın maliyetinin azaltılmasını amaçlar (Beaglehole ve diğ. 2008; Haskett 2006; Rothman ve Wagner 2003;Geyman 2007;Clark ve Gong 2000).

Kronik hastalık yönetimde en fazla kabul görüp kullanılan bakım modeli ‘‘Kronik Bakım Modelidir’’ (Beaglehole ve diğ. 2008). Modelin kilit noktası, hasta ve sağlık ekibinin arasında etkili ve verimli bir etkileşimin olmasıdır (Rothman ve Wagner, 2003).

Kronik Hastalık Bakım Modeli



Şekil 1: Kronik Bakım Modeli Wagner (1998)'den alınmıştır.

Ülkemizde kronik hastalık riskleri ile baş edebilmek için Sağlık Bakanlığının geliştirdiği birçok program vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk etmenleri ile baş edebilmek, ülke genelinde geniş kapsamlı programların yapılması ile başarıya ulaşabilir. Kronik hastalıklarla baş etmek için toplumun tüm bireylerini kapsayacak programlar planlanmalıdır(Erkoç ve Yardım 2011). Bu doğrultuda ülkemizde yürütülmekte olan detaylı girişimlerden biri ‘‘Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025’’ girişimidir. Plan, daha çok ölüm ve yüke neden olmakta olan kronik hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, diyabet ve kanserin) ve karma bireysel risk etmenlerinin seviyesinin (alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız ve düzensiz beslenme ve fiziksel tembellik gibi) aşağıya yöne çekilmesi için, ülke genelinde amaçlara ulaşılmasına yönelik toplumaaynı anda ve ahenk içinde hareket edilmesi konusunda bütün sektörlerle beraber hareket etmek için oluşturulan stratejileri kapsamaktadır. Bir bütün olarak, korunması olabilen, kronik hastalıklar sebebiyle gerçekleşmekte olan erken ölümlerin önüne geçilebilmesi için tütün ve alkol kullanımı, düzensiz beslenme, fiziksel aktivite azlığını azaltmak için kanıt

dayalı girişimlerin hayata geçirilmesi konusunda yapılmakta olan girişimler şu şekildedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017):

- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017),
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020),
- Ulusal Tütün Programı (2015-2018),
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017),
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021),
- Türkiye Diyabet Programı (2015-2020),
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017),
- Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015- 2020),
- Ulusal Kanser Programı (2013-2018)

2.1.7. Kronik Hastalıklarda Tedavi ve İlaç Kullanımı

Günümüzde kronik hastalıkların tedavisi büyük ölçüde ilaç tedavisine dayalıdır. KGMP(KlynveldPeatMarwickGoerdeler Finans Danışmanlık Firması)'nin 2020 yılı raporuna göre dünya genelinde tedavi alanına göre ilaç maliyetleri artmaya devam edecektir.2018 yılında toplam ilaç satış değerinin 864 milyar dolar olduğunu bildirilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere en fazla ilaç maliyetini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Bunun içinde en büyük payı da onkolojik hastalıklar oluşturmaktadır. 2024 yılı tahminine göre değer bazında satılan ilaçların %20'sine yakınının onkoloji ilaçları olacağı ifade edilmektedir.

Dünya Geneli Satışları (milyar dolar)					
	Tedavi Planı	2018	2028 (Tahminler)	Mevcut Pazar Payı	2024 Tahmini Pazar Payı
1	Onkoloji	124	237	14,30%	19,40%
2	Anti- Diyabet	49	58	5,60%	4,70%
3	Antiromatizmal	58	55	6,70%	4,50%
4	Aşlar	31	45	3,50%	3,70%
5	Antiviraller	39	42	4,50%	3,50%
6	İmmünosupresanlar	14	36	1,60%	3%
7	Dermatoloji	16	32	1,80%	2,60%
8	Bronkodilatörler	28	31	3%	2,50%
9	Duyu Organları	22	31	2,60%	2,50%
10	Antikoagülanlar	19	25	2,20%	2%
11	Anti-Hipertansif	23	24	2,70%	2%
13	MS terapileri	23	21	2,60%	1,70%
13	Anti-Fibrinolitikler	14	18	1,60%	1,50%
14	Antihiperlipidemikler	10	18	1,10%	1,40%
15	Gamaglobulinler	11	15	1,20%	1,20%
	İlk 15	479	686	55,40%	56,10%
	Diğerleri	328	536	44,60%	43,90%

Tablo 1.Dünya’daHastalık Alınana Göre Tedavi Maliyetleri ve Tahminleri
KGMP Sektörel Bakış-İlaç (2020)’den alınmıştır.

Öztürk ve arkadaşları tarafından (2021) yapılan bir çalışmada ilk defa ilaç raporu düzenlenen veya yenilenen 446 kişinin 623 adet raporu incelenmiştir. İnceleme sonuçlarına göre bireylerin %79.37’sinin en az bir adet antihipertansif ilaç raporu bulunmaktadır. Oral anti-diyabetik ilaçlar için ise bu oran %14.57 olarak tespit edilmiştir. Kalp damar hastalıklarında kullanılan ilaçlar en sık raporlanan ilaçlardır. Çalışmada ayrıca yaş ile kalp damar sistemi hastalıklarında kullanılan ilaç sayısının da arttığı görülmüştür.

Dünyada ve ülkemizde görüldüğü üzere ilaç kullanımlarının çoğunluğunu kronik hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Dolayısı ile akılcı ilaç kullanımına kronik hastalardan başlamak isabetli olacaktır.

2.1.8. Kronik Hastalıklarda Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıkların yönetiminde hemşireler kilit rol oynamaktadır. Hemşireler kronik hastalarla çalışırken gerekli olan tüm bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalıdırlar. Kronik hastalığı olan bireylerle çalışan hemşirelerin görevi sadece verdikleri bakımda bireylerin mevcut sorunlarını anlık olarak geçirmek değil, bireyin hastalığa uyum sağlamasını ve hastalığının iyi şekilde yönetmesini sağlamaktır. Bu süreçte hastayı destekleyici bir plan doğrultusunda hareket etmelidir(Bayındır ve Ünsal, 2015).Yapılan çalışmalar hemşirelerin kronik hastalık yönetiminde önemli rolleri olduğunu göstermektedir. Örneğin bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylere gerçekleştirilen planlı hemşire ziyaretlerinin KOAH hastalarının solunum fonksiyon testlerinde düzelme, öz bakım davranışlarında gelişme, hastaneye yatma oranlarında azalma ve tüm bunların neticesinde bakım maliyetlerinde düşmeye yol açtığı bildirilmiştir (Duangbubha ve diğ.2013).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) de 2010 yılında bulaşıcı olmayan hastalık yönetim ve bakımında hemşirenin önemine dikkat çekmiştir (ICN 2010). Hemşirelerinbulaşıcı olmayan hastalıkların yönetiminde lider konumda olmaları gerektiğinin altını çizmiştir (ICN 2010; Haskett 2006). ICN'e göre hemşireler kronik hastalık bakımında hastaya bilgi verir, hastanın eğitimini sağlar.Aynı zamanda hasta bireyler, bakım vericiler ve toplumla iletişim halindedirler. Bakımın sürekli olmasını sağlar. Bakım sürecinde ilerleme kat edebilmek için teknolojiyi kullanır, uzun soluklu tedavi sürecinde bağlılığı destekler, işbirlikçi uygulamaların yapılmasını sağlar. Eğitim düzeyi yüksek ve istekleri yüksek hemşireler bireylerin,ülkelerin ve toplumların sağlık ve politik değişikliklerinde önemli katkılar sunmaktadır (ICN 2010).

Hemşireler kronik hastalığı olan bireylerle çalışırken; danışmanlık, eğitim ve rehabilitasyon sürecine yönelik çeşitli uygulamalar gerçekleştirmektedir. Kronik hastalık yönetiminde hemşirenin rollerini şu şekilde sıralayabiliriz (Özdemir ve diğ. 2005):

- Hastalığın meydana gelmesini önleme,
- Belirtileri önleme ve hastalığın stabilitesini sağlama,
- Yetersizliklerin engellenmesi, yetersizlik yaşanan durumları en iyi şekilde yönetme, uyumu sağlama,

- Hastalığın seyrinin düzen içerisinde alınması sağlama,
- Kişisel ve ailesel bağları koruma,
- Fonksiyonel kayıplara, kişiyi tehdit edebilecek sorunlara uyumlu yaklaşma,
- Hastanın ve ailesinin yaşam döngüsünü olağan bir şekilde devam ettirme,
- Yaşanabilecek sosyal izolasyonla başa çıkabilme,
- Yardım alabilmek için iletişim kaynaklarını harekete geçirip aktif edebilme,
- Hastalık dönemi sonrasında normal hayata dönüşü başarılı bir şekilde sağlama,
- Ölüm sürecinin rahat ve onurlu olmasına dikkate alma (Özdemir ve diğ. 2005).

2.2. Akılcı İlaç Kullanımı

2.2.1. Akılcı İlaç Kullanımı Tanım

DSÖ'ye göre akılcı ilaç kullanımı; "Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleri" olarak tanımlanmıştır (WHO 1987).

DSÖ 1985 yılında Nairobi şehrinde yaptığı toplantıda bu konuya ilk kez dikkati çekmiş ve 'Akılcı İlaç Kullanımı' kavramını tanımlanmıştır (Ergün ve Altıntaş Aykan 2019). Bu doğrultuda akılcı ilaç kullanımı ile ilgili en büyük adım DSÖ'nün önderliğinde ülkelerin kendilerine ait ulusal ilaç listesi oluşturmaları olmuştur. Bu doğrultuda 1. Temel İlaçlar Model Listesi geliştirilmiştir. DSÖ daha sonra ülkelerin bu alanda yaptığı çalışmaları değerlendirmek üzere 1989 yılında Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağını (İNRUD) oluşturmuştur (WHO 2002).

DSÖ'ye göre ilaçların akılcı kullanılması için 12 müdahale bulunmaktadır. Bu 12 müdahale aşağıdaki gibidir:

- Ulusal bir kurum kurulması ve bu kurumun ilaç politikalarını denetlemesi ve planlaması,
- Klinik tanı ve tedavi rehberlerinin karar alma, eğitim verme ve plan yapma gibi süreçlerde kullanılması,
- Ulusal temelli ilaç listesinin geliştirilip, tercih edilen tedavilerde kullanılması,
- Merkezi hastanelerde ve ilçelerde ilaç ve tedavi komitelerinin kurulması,

- Probleme dayalı Farmakoterapi eğitiminin var olması ve lisans öğretimlerinde kullanılması,
- Hizmet içi tıp eğitimine devam edilmesi,
- Geri bildirim ve denetim üzerinde durulması,
- Bağımsız ilaç kaynaklarının benimsenmesi,
- Halkın ilaçlar hakkındaki eğitimlerinin desteklenmesi,
- Ahlaki olmayan finansal girişimlerden kaçınılması,
- Zorunlu ve uygun düzenlemelerin kullanılması,
- Hükümetin personel ve ilaç mevcudiyetini sağlamak için gerekli harcamaları yapması (WHO 2002).

2.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Önemi

Sağlık alanında tedavinin yapı taşı olan ilaç kullanımı son zamanlarda tıpta yaşanan yeni gelişmeler neticesinde ve bireylerin daha kolay sağlık hizmeti alabilmesi doğrultusunda gözle görülür bir şekilde artış göstermektedir (Alp ve diğ. 2018). Bununla birlikte yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların artması, çevre kirliliğine ve zararlı madde kullanımına bağlı hastalıkların çoğalması, yeni hastalıkların ortaya çıkması vepsikolojik sorunların artması ilaç tüketiminde de artışa yol açmıştır (Yılmaztürk 2013).

Ülkemiz sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları çok büyük paya sahip olup bu pay her geçen gün artmaktadır. Örneğin, TÜİK verilerine göre ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki yeri 2017’de %93,1 olarak tespit edilmiş iken, 2018’de bu oran %93,8’e çıkmıştır (TÜİK 2019). İlaç Endüstrisi ve İşverenler Sendikasının verilerine göre 2018 yılında 2,30 milyar kutu olan ilaç tüketimi, 2019 yılında 2,37 milyar kutuya ulaşmıştır (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası 2019). Yine Türkiye’de 2020 yılı ilaç pazarı değeri 47,9 milyar TL’ye ulaşmıştır (İlaç Endüstrisi İş Verenler Sendikası 2020).

İlaç tüketiminin artması ve uygun olmayan şekilde ilaç kullanımı birçok sorunun ortaya çıkmasına neden olmuş ve bu durum halk sağlığı için büyük risk oluşturmaya başlamıştır. Bu sorunlar farklı ilaçların etkileşimi sonucu yan etki riskinin yükselmesi, ilaç tedavisinin etkinliğinin azalması sonucu morbidite ve mortalite oranlarının artması, kaynakların yanlış kullanılmasıyla ilişkili ekonomik zararların oluşmasına bağlı temel ilaçlara erişimin zorlaşması ve tedavi masraflarının

artması olarak sayılabilir. Diğer yandan ihtiyaç dışı ilaç tüketimi ve hastaların ilaçlara karşı bağımlı hale gelmesi gibi psiko-sosyal sorunlar da ortaya çıkmıştır (Sürmelioglu 2015). Bu nedenle bilinçli ve doğru şekilde ilaç kullanımı hem halk sağlığı hem de ülke ekonomisi açısından oldukça önemlidir(Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2013).

2.2.3.Dünya’da Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımına yönelik dünya genelinde 80’li yıllardan itibaren çalışmalar yapılmaya başlamıştır. Önemli bir yol kat edilmekle birlikte halen toplumun yeterli duyarlılığa sahip olmadığı görülmektedir.

Örneğin Luiza tarafından (2019) Brezilya’da halkın akılcı ilaç kullanımını incelemek üzere yapılan bir çalışmada uygunsuz ilaç kullanım yaygınlığı % 46.1 bulunmuştur.

Çin’de Yu ve arkadaşları tarafından (2014) 854 kişi ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların yarısının antibiyotiklerin viral enfeksiyonları tedavi edebileceğini ve üstsolunum yolu enfeksiyonu süresini kısaltabileceğine inandıkları sonucuna ulaşılmış, reçetesiz antibiyotik kullanımı ise %6,24 olarak saptanmıştır.

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı, Birleşik Karalık’taki tüm bakım ortamlarındaki ilaç tedavisi sürecinin her aşamasında ilaç hatalarının meydana geldiğini, bunun reçete yazımında %16 ve ilaç dağıtımında %50 olduğunu ortaya koymuştur (Alsulami ve diğ. 2013).

Hindistan’da Uttarakhand ve Karnataka’da, hastanede yatan hastalarla yapılan çalışmalarda ilaç hatalarının sırasıyla %25.7 ve %15.34 olduğu belirtilmiştir (Patel 2016).

Etiyopya’da iki sağlık merkezinde akılcı ilaç kullanımını değerlendiren bir çalışmada hastaların sadece %16.7’sinin ilaçların doğru dozunu bildiği, verilen ilaçların sadece %17.5’nin yeterli düzeyde etiketlendiği görülmüştür(Sema ve diğ.2021).

2.2.4. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı

Ülkemizde konuya yönelik ilk girişimler Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 senesinde yapılmıştır. Bilecik ve Eskişehir’de doktorların ve toplumun akılcı ilaç kullanımını anlamak için tutum ve davranışlarını ele alan bir çalışma yapılmıştır.

Yapılan çalışmada, hekimlerin meslek yaşamları boyunca ortalama 40-60 çeşit ilacı kullanarak reçete yazdığı bulunmuştur (Yılmaztürk, 2013).

1993 yılında Sağlık Bakanlığı'na "Akılcı İlaç Kullanımının Alfabeti" adında bir kılavuz kitap çıkarılmıştır. Kılavuz, genel olarak akılcı olan farmakoterapi ilkelerini ve bu doğrultuda akılcı ilaç kullanımı konusunu da içermektedir. Akabinde Akılcı İlaç Kullanımına yönelik bilgilendirme amacıyla 1997 yılında 6 kişi Hollanda'ya gönderilmiştir (Yılmaztürk, 2013). 1999 yılında yapılan "Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı" ile çalışmalar devam ettirilmiştir. Bu toplantı sonrasında en önemli geri dönüş Yüksek Öğretim Kurulu Üniversiteler Arası Kurul Başkanlıklarının aldığı karar ile rasyonel farmakoterapi eğitiminin tıp fakültelerine ders olarak eklenmesi tavsiyesi olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014).

DSÖ'nün 'Guide to Good Prescribing' isimli kaynak kitabı, Sağlık Bakanlığı "İyi Reçete Yazma Kılavuzu" ismi ile 2000 yılında Türkçeye çevirmiştir. Yine bakanlık tarafından 2002 yılında 'İlaç Politikası Geliştirme Toplantısı' yapılmış, 2003 yılında "Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri" çıkartmıştır. Ardından Bakanlık önderliğinde "Reçete Yazma Rehberi" ve "Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi" nin çevirisi tamamlanmıştır (Yılmaztürk 2013).

Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı kapsamında yapılan çalışmaların organize edilmesi için 2010 yılında Bakanlıkta "Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü" açılmıştır. Bu sayede Türkiye'de AİK'ye yönelik stratejik planların oluşturulması ve çalışmaların daha sistematik bir hal alması sağlanmıştır (Akıcı 2013). Yürütülen akılcı ilaç kullanımı programı neticesinde 2014-2017 arasında AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017 uygulanmaya başlanmıştır. Bu programın devamında 2018-2022 yıllarını kapsayan "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022" hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2018).

Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı ile toplumun farklı kesimlerinde yapılan yakın zamanlı çalışmalar bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgisinde gelişme olduğunu işaret etmektedir ((Bayer ve Uzuntarla 2022; Öztürk ve Acar 2021; Uçman ve Uysal 2021; Macit ve diğ. 2019).

2.2.5.Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri

Akılcı ilaç kullanımının başlangıcı ilacın doğru şekilde ve uygun koşullarda üretimidir, diğer aşamalar ise uygun tanı konması, tedavi amaçlarının saptanması, tedavi alternatiflerinin değerlendirilmesi, doğru tedavinin seçimi ve prognozun belirlenmesi şeklindedir. Bu aşamalar, tedavi sürecinde reçetenin doğru yazılması, takibi ve ilacın uygun şekilde imhası ile sonlanır (Mollaoğlu 2011).

Akılcı ilaç kullanımı tedavininekonomik, etkili ve güvenli biçimde işlemesineolanaktanıyanizleme, planlama ve yürütme sürecidir. Bu sürecin oluşabilmesi için devletin, ilaç endüstrilerinin, tüm sağlık personellerinin ve toplumun akılcı davranması gerekir. Sayılan tüm tarafların iyi niyetli yaklaşımlarının yanı sıra akılcı ilaç kullanımı sergileyebilmeleri, yeterli düzeyde bilgi birikimlerine bağlıdır(Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü 1993; Akıcı ve diğ. 2012).

AİK kavramının hayata geçirilebilmesi, sayılacak olan bir dizi unsurun akılcılığı ile ilgilidir. Sayılacak olan ilkeler1993 yılında Sağlık Bakanlığı'nca "Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi" adındaçıkartılan klavuza göre şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 1993):

İlaçların Akılcı Seçimi

İlaçların ihtiyaç duyulan zamanda, yerde, ekonomik ve kolay erişilebilirliği sağlanmalıdır. İlaçların tercihi hastaların hakiki ihtiyaçları konusunda biçimlendirilmelidir. Bu durum ise önce piyasada bulunan ilaçların arasından "öncelikli ilaçların" seçimi konusunu gündeme taşımaktadır. Bu seçimde hareket noktası, mortalite ve morbiditeye ilişkin epidemiyolojik veriler, standart tedavi protokolleri ve hasta yükü dağılımı olmalıdır.Ulusal düzeyde öncelikli ilaçların seçilmesine yönelik ekipmanlar arasında ulusal formüller, geri ödeme listeleri ve ruhsatlandırma ölçütleri yer almaktadır.

İlaç Lojistiğinin Akılcılığı

Konunun alt başlıklarını satın alma, denetleme, depolama ve dağıtım oluşturmaktadır. İlaçların en iyi şekilde elde edilebilmesi, pazarlık becerisi ve akılcı finansman yönetimi ile mümkündür. Halkın sağlığı ve ülke ekonomisi için kaynak, maliyet, kalite ve geri ödeme koşullarının hassas bir terazide olması gerekmektedir. İlaç ihtiyaçlarının eksiksiz bir şekilde karşılanabilmesi, ilaçların raf ömürlerinin ve güvenliklerinin (yetkisiz kişilere geçmemesi) sağlanabilmesi için depolama ve

envanter denetimi önemli bir konudur. Dağıtım zinciri ilaçların uygun koşullarda gerekli yerlere iyi durumda ve zamanında ulaştırılmasını sağlayacak düzeyde olmalıdır.

Reçete Yazma Sürecinin Akılcılığı

Reçete yazma süreci: Hekim tarafından doğru tanının konulması, hastanın tedavisinin planlanması, tedavide ilaç gereksiniminin olup olmadığına karar verilmesi, ihtiyaç duyulan ilaçların etkililik-güvenilirlik düzeylerinin karşılaştırılması ve en uygun maliyette olanının seçilmesi, tedavinin planlanması ve izlenmesidir. Reçete yazarken hekimler hasta baskılarından ve ilaç firmalarının yönlendirmelerinden etkilenmemeli ve akılcı davranmalıdır.

Reçete Yanıtlama Sürecinin Akılcılığı

Eczacı tarafından reçetenin doğru biçimde yorumlanması ile başlayan süreç, reçete edilen ilaçların hazırlanıp verilmesi, hastaya sözlü-yazılı şekilde eğitim verilmesini ve gerekli görülen durumlarda hekim ile iletişime geçilmesini kapsar. Reçete yanıtlama sürecinde eczacı ticari kaygılardan etkilenmemeli ve odak noktası hastanın tedavisi için en akılcı olanı yapmak olmalıdır.

İlaçların Akılcı Tüketimi

Bu konuda toplumun görevi ise ilaçları akılcı bir şekilde tüketmektir. Bu nokta ise sağlıkçılara ve kitle iletişimcilere sorumluluk yüklemektedir. Toplum hastalık, sağlık ve ilaç kullanımı konuları hakkında bilgilendirilmelidir. Toplumun kültürel yapısına bağlı ilaçlara karşı tutum ve davranışları izlenmeli ve reçetesiz ilaç kullanımı konusunda toplum aydınlatılmalı ve gerçekler üzerinde hassasiyetle durulmalıdır.

İlaç Bilgisi Desteğinin Akılcılığı

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili karar alınan her yerde ilaç bilgisine ihtiyaç vardır. İlaç bilgisi objektif, güncel, erişilebilirliği yüksek, eksiksiz ve uygulanabilir olmalıdır. Kaynaklardan alınan her ilaç bilgisi akılcı ilaç kullanım ölçütlerine göre bir süzgeçten geçirilip düzenlenmelidir.

İlaç Yönetiminin Akılcılığı

Akılcı ilaç kullanımı bahsedilen altı unsurunda gerçekleşmesi ile mümkündür. Altı unsurun gerçekleşmesi ise ilaçların yönetiminin akılcılığı ışığında mümkün olacaktır. Bu kavram “Ulusal İlaç Politikası” dairesinde ele alınarak devlet

desteği ile ve ilgili tarafların görüş birliğiyle hayata geçirilmelidir. ‘‘Ulusal İlaç Politikası’’ oluşturulurken tüm ilgili tarafların kurum ve kuruluşların yönetim bilgi ve becerilerini seferber etmesi gerekmektedir.

2.2.6.Akılci İlaç Kullanımında Sorumlu Taraflar

Akılci ilaç kullanımı konusunda hemşire, eczacı, doktor, diğer tüm sağlık personelleri, hastalar ve yakınları, ilaç üreticileri, ilaçlardan sorumlu otoriteler, akademik kurumlar,halka hitap eden politikacılarile basın ve medya kuruluşları gibi farklı alanların sorumlulukları bulunmaktadır(Toprak 2013).

2.2.7.Akılci İlaç Kullanımında Hekimin Rolü

AİK’ de hekim kilit konumu oluşurmaktadır. Hekim doğru teşhise ulaşmalı ve sonrasında doğru ve uygun tedaviyi planlayıp, hasta ve hasta yakınlarına açıklama yapmalıdır: Hastanın hastalığını, planlanan tedavi yöntemini, doğru ilaç seçimini, seçilen ilaçların yan etkilerini, ilacın kullanım süresini, ilacın kullanım dozunu, ilaçların doğru kullanım yolunu, fayda ve zarar hesabını, maliyet, ilaca erişilebilirlik ve süreç konusu hakkında hasta ve yakınlarına bilgi vermelidir. Aynı zamanda hastaya belli bir zaman ayırarak hastanın tedaviye uyumunu takip etmeli, hastadan geri bildirimler alarak tedavi sürecini tekrar gözden geçirmeli ve gerektiği yerlerde bilgilendirmeler yapmalıdır. Sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisinin oluşması akılci ilaç kullanımı sürecine katkıda bulunacaktır (Akıci ve Kalaça 2013;zel ve Büyüktanır 2011).

2.2.8.Akılci İlaç Kullanımında Eczacının Rolü

Akılci ilaç kullanımında sorumlu taraflardan bir diğeri ise eczacılardır. İlaçların kullanımı ile ortaya çıkan sorunların tespit edilmesi, bu sorunları oluşturan etmenlerin araştırılması ve bu etmenlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. İlaçların kullanımından kaynaklı risklerin ve faydaların anlaşılmasının sağlanması ve sağlık sisteminin içerisinde ilaçların rolünün gösterilmesi eczacının görevidir (Acar ve Yeğenoğlu 2005).

Akılci ilaç kullanımında eczacının diğer görevleri şöyle açıklanabilir: Gerekli ilaçları eczanede bulundurmak ve yeterli stok yapmak, ilaçların uygun şekilde dağıtımının yapılması, kullanılacak ilaç ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi yapmak (ilacın neden kullanıldığını, nasıl kullanılacağını, nasıl saklanacağını, ne kadar süre

kullanacağını, kalan ilaçların ne yapılacağını, ilacın yan etkilerinin neler olduğunu, yan etkilerinin ne kadar sürede geçeceğini ve risklerinin neler olduğunu, ilaç hangi durumlarda kullanılmamalı, ilacın etkileşime girdiği besinler veya farklı ilaçlar olup olmadığını, hangi durumlarda kontrol zamanı beklenmeden hekime gidilmesi gerektiğini, doğrulama yapmak (hasta ilaç ve tedavi ile ilgili bilgileri anladı mı?), ilaç izleme/hasta takibi yapmak, ilaç önermek, hasta eğitimi yapmak, hekim ile işbirliği içerisinde olmak ve hasta uyumunu takip etmek (Toklu ve Ayanoglu Dülger 2011).

Eczacıların çoğunda AİK ile örtüşen tutumlar olduğu görülmekle birlikte AİK' ye uymayan davranışların da mevcut olduğu bildirilmektedir (Alpdoğan ve Altındış 2019).

2.2.9.Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü

Akılcı ilaç kullanımında önemli rolü bulunan sağlık çalışanlarından birisi de hasta ile en yakın temasta olan hemşirelerdir. Hekimin order ettiği ilaçların doğru temini, uygun önlemler alındıktan sonra ilacın doğru bir şekilde uygulanması, hasta kayıtlarının tutulması, uygulanan tedavinin cevabı ve etkisinin gözlemlenmesi, olası bir sorunla karşılaşıldığında hekim ile iletişime geçilmesi hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Akıncı 2013).

Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına uygun hareket etmesi için ilaç uygulamalarında 8 doğru ilkesine dikkat etmesi gerektiği bilinmektedir. Bu ilkeler şu şekildedir (Ulupınar ve Akıncı2015):

- Doğru Etki
- Doğru Doz
- Doğru Hasta
- Doğru Yol
- Doğru İlaç
- Doğru ilaç Formu
- Doğru Kayıt
- Doğru Zaman

Bu ilkeleri daha detaylı ele alırsak hemşirenin dikkat etmesi gerekenleri şu şekilde açıklayabiliriz:

Yatışı olan hastaların hekim tarafından düzenlenmiş tedavi planını kontrol eder. İlacın uygulanacağı hastanın doğru hasta olup olmadığı konusunda elindeki bilgileri teyit eder.

İlaç uygulaması sırasında hastanın pozisyonunu kontrol eder ve tıbbi bir sıkıntı oluşmamasına dikkat eder.

Hasta veya yakınına yapacağı uygulama hakkında anlaşılabilir bir şekilde açıklama yapar.

Hastanın daha önce kullandığı ilaçlarını sorgular ve gerekli görürse bu konuda hekime danışır.

İlaç uygulanmasında ve uygulama sonrasında hasta gözetimi yapar.

İşlem bitiminde hastaya işlemin bittiğini söyler.

İşlem uygulanırken oluşan tıbbi atıkları güvenli ve uygun bir şekilde uzaklaştırır.

Hastaya uygulanan tedavide oral yolla kullanılan veya kendi kendine enjekte edilmesi gereken ilaçlar varsa bu ilaçların doğru bir şekilde kullanıldığından emin olur.

Hastaların reçete dışı enjeksiyon uygulama taleplerini, uygunsuz isteklerini yerine getirmez ve hastaları hekime yönlendirir.

Reçetesiz kullanılan ilaçlarla tedavi kapsamındaki ilaçların etkileşime girebileceği konusunda hekimi ve hastaları bilgilendirir ve bu duruma dikkat çeker.

Hekim tarafından reçete edilen ilaçların kullanım şekli ve uygulama yoluna dikkat eder ve hekim onayı olmadan herhangi bir ilaç kullanılmaması konusunda hastaları uyarır (Şantaş ve Uğurluoğlu 2018; Akıcı ve Kalaça 2013).

Ülkemizde akılcı ilaç kullanımı konusunda hemşireler ile bazı çalışmalar yapılmıştır. Şantaş ve Uğurluoğlu (2018)'nin bir devlet hastanesinde yaptığı araştırmada hemşirelerin %96,3'ünün ilaç istemlerinde yaşanan sorunlarda hekim ya da eczacıya danıştığı, %83,7'sinin hastanın ilaç ya da besin alerjisini gözettiği, kullanılan ilaçların %78,5'ini eczaneye geri götürüldüğü, %96'sının ilaçların son kullanma tarihine dikkat ettiği %90,8'inin hastaya ilaç uygulamadan önce bilgilendirme yaptığı ve %51,2'sinin beklenmedik bir yan etki durumunda bildirimde bulunduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Saygılı ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerle yaptığı çalışmada en çok yapılan ilaç uygulama

hatalarının;%47,6oranında ilacın yanlış zamanda verilmesi ve %46,3 oranında ilaç dozunun atlanması olduğu tespit edilmiştir.

Pirinçci ve Bozan (2016) tarafından yapılan bir başka çalışma ise hemşirelerin kendi hastalık durumlarında ilaç kullanımları ile ilgilidir. Bu çalışmada elde edilen veriler hemşirelerin %69,2'sinin hastalandıklarında doktora başvurduğu, %96,3'ünün hekim tarafından reçete edilen ilaçları kullandığı, %76,9'unun hekim tarafından uygun görülen süre içerisinde ilaçlarını kullandığı bulunmuştur. Hemşirelerin yaşı arttıkça ve meslekte daha kıdemli oldukça ilacın son kullanma tarihlerini daha fazla kontrol ettiği bildirilmiştir (Pirinçci ve Bozan 2016). Anlaşıldığı gibi hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgileri olmakla birlikte uygulamaya yansıyan hataların da olduğu aşıkardır.

2.2.10. Akılcı İlaç Kullanımında Sağlık Eğitim Kurumlarının ve Sağlık Otoritelerinin Rolü

Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasında sağlıkla ilişkili mesleki eğitim veren kurumlarının üzerine düşen bazı görevler bulunmaktadır.

Tıp, hemşirelik, eczacılık gibi görevleri dahilinde ilaç uygulamaları ile ilgili sorumlulukları olacak meslek gruplarının eğitiminde akılcı ilaç kullanımı konusuna yer verilmesi,

Bu meslek gruplarına çalışma hayatlarında akılcı ilaç kullanımı konusunda hizmet içi eğitimler, periyodik toplantılar, seminerler düzenlenmesi,

Toplumun akılcı ilaç kullanım hakkında eğitilmesi,

Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili araştırmaların çoğaltılması gibi uygulamalar bunlardan birkaçıdır (Akbulut 2008).

Sağlık Bakanlığı ve Mesleki Dal Dernekleri gibi sağlık otoritelerinin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki görevleri de şu şekilde açıklanabilir:

Uygun bulunan ilaçların sağlanması,

Temel ilaçlar için listeler oluşturulması,

İlaç kullanımlarının düzenli bir şekilde kontrol edilmesi ve ilgili birimlere dönüş yapılması,

Güven oluşturmayan ilaçların yasaklanması,

İlaç kullanımı evresinde reçete denetimi,

İlaçların uygun şekilde sınıflandırılması,

İlaç kullanımlarını düzenleyici girişimlerde bulunulması(Antibiyotik düzenlemesi, reçete takip sistemi gibi).

2.2.11. Akılcı İlaç Kullanımında Toplumun Rolü

Bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarını etkileyen birçok etmen vardır. Bunlar şu şekildedir (Sakarya 2015):

- Bireylerin ilaçlarla ve sağlık ile ilgili nerelerden bilgi edindikleri,
- Toplumun sağlık sistemi ve yapısı,
- Düzenleyici mekanizmalar,
- Sağlık personellerinin davranışları, tutumları ve bilgi düzeyleri,
- İlaçların maliyetleri,
- Sosyo-kültürel etmenler,
- Bireylerin sağlık personelleri ile iletişimleri,
- Hastalara uygun destek sistemleri varlığı ve bu sistemlerin ulaşılabilirliği,
- Toplum eğitimlerinin nitelikleri,
- Toplumun sağlık okuryazarlık seviyesi.

Dünyada ve ülkemizde akılcı ilaç kullanımında ilacı tüketenler açısından da önemli problemler vardır ve bu problemlerin oluşmasında ilaç kullanım alışkanlıklarının rolü önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 4470 kişiyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %51'inin önceden kullandıkları ve yararlı olduğunu düşündükleri ilaçları doktora reçete ettirmek istedikleri, bunların da en fazla ağrı kesici ilaçlar, daha sonra antibiyotikler ve antihipertansifler olduğu anlaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011).Yapılan başka bir çalışmaya göre de katılımcıların %37,6'sı yakınlarının daha önce kullandığı ya da önerdiği ilaçları reçete ettirmek istemektedir (Akıcı ve Başaran 2012). Uskun ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir diğer çalışmada da katılımcıların sağlık kurumuna başvurmadan önce en çok kullandığı ilaçlar arasında analjezikler,antibiyotikler,öksürük şurupları ve anti-gribal ilaçlar olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde toplumun akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalıklarının artırılmasına ve eğitime ihtiyaçları bulunduğu görülmektedir (Sakarya 2015).

3.SAĞLIK ANKSİYETESİ

3.1.Tanımı ve Önemi

Fiziksel iyilik hali bireylerin hayatta kalabilme yeteneğinin önemli bir parçasıdır. Bu nedenle birçok kişi fiziksel sağlığı ile ilgili kaygılar yaşayabilir ve sağlık odaklı düşünceler içerisinde olabilir(Looper ve Kirmayer 2001).Bireylerin sağlıkla ilgili endişeleri, hiç beklenilmedik hastalıklardan veya bedensel belirtilerden kaynaklanabilir. Gereken seviyede kaldığı müddetçe bireylerin sağlıkları ile ilgili endişe etmeleri normal kabul edilebilir. Bu endişeler bireylerin sağlığına zararlı faktörlerden uzak kalabilmesi ve gerektiğinde sağlık hizmeti alması için gereklidir. Lakin bu kaygılar gereğinden fazla ise kişinin işlevselliği olumsuz etkilenir. Bu durum genel popülasyonda daha az olabilse de klinik popülasyonda daha fazla gözlemlenebilmektedir (Taylor2004).

Sağlık anksiyetesi; bireyin sağlığıyla alakalı abartılı bir şekilde endişe içerisinde bulunması ve beden fonksiyonlarını yanlış biçimde yorumlamasından kaynaklanabilir. Tıbbi kanıtlar ile bireyin sağlıklı olduğu kanıtlanırsa bile birey sağlığı hakkında endişe etmeye devam etmektedir (Reiser ve diğ. 2014). Sağlık anksiyetesi, yaşayan birey bedensel semptomlarını önemli düzeyde hastalık belirtileri şeklinde yanlış değerlendirmekte, kalıcı bir hastalığı olduğunu veya kalıcı bir hastalığa yakalanacağını düşünmekte ve bu nedenle korkmaktadır (Hedman ve diğ. 2013; Jones ve diğ. 2014).

Sağlık anksiyetesinin düşük düzeyde olması ihtiyaç söz konusu olduğunda tıbbi yardım aramayı sağlarken, yükselmesi veya eşik değeri geçmesi birey için rahatsız edici bir durumdur. Bireyin psikososyal işlevlerini bozar ve sık sık tıbbi yardım alma ihtiyacı doğurur (Taylor 2004).

Ani gelişen fiziksel değişiklikler veya ortaya çıkan bedensel hastalık durumunda herkes endişeye kapılabilmektedir. Fakat bu durum genellikle geçici bir süreçtir. Tıbbi yardım almaya başlayıp semptomlar azalınca bu endişe ve kaygı genellikle azalır ve son bulmaktadır. Sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerde ise tıbbi yardım almış olsa bile bu kaygıları devam eder ve var olan semptomların düzelmesi söz konusu olsa da bireyler başka semptom arama eğilimine girerler. Sağlık anksiyetesi yüksek kişiler doktorların kendilerinde bulamadığı önemli ve ölümlü sonuçlanan bir hastalığı yakalandıkları düşüncesindedirler(Deale 2007).

Diğer yandan sağlık anksiyetesi, morbiditeye etki eden önemli sağlık sorunlarından biridir(Tyrer ve vedig.2011). Sağlık anksiyetesi, bedensel bazı semptomlarinderecesini arttırarak dahiliye servislerine, kardiyoloji servislerine ve acil servislere sürekli başvurulara ve göğüs ağrısı gibi çeşitli bulguların var olmasından dolayı kardiyak kateterizasyon gibi invaziv yollu girişimlerin uygulamasına sebep olmaktadır(Barsky ve diğ. 2001; Gül ve diğ. 2014).

Sağlık anksiyetesi yüksek kişilerin tekrarlayan sürekli sağlık hizmeti arama ve sağlık kurumlarına başvurusu hem kurumların hasta yükünü ve ekonomik yükü arttırmakta, hem de sağlık çalışanlarını yanlış yönlendirmeye, meşgul etmeye neden olarak diğer hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerinin gecikmesine yol açmaktadır (Çelik ve Karaçadır 2019).

Sağlık anksiyetesi olan birey herhangi bir sağlık sorununa sahip olmadığı halde bir ciddi hastalığa sahip olduğunu hissetmekte ve buna bağlı olarak var olduğuna inandığı hastalıktan dolayı olumsuz durumlar gelişebileceğine yönelik korku yaşamaktadır. Sağlık anksiyetesi, psikiyatrik açıdan somatoform bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının ortak paydası olarak kabul edilmektedir. Şiddetli düzeydeki sağlık anksiyetesi hipokondriyazis (hastalık kaygısı bozukluğu) olarak da değerlendirilmektedir (Kapapıçak, ve diğ. 2012). DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5'e göre hastalık kaygısı bozukluğu kriterleri şunlardır.

A. Ağır bir hastalığı sahip olduğunu ya da olacağını sürekli olarak düşünme.

B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu olma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.

C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.

D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).

E. Hastalıkla uğraşp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz (AmericanPsychiatricAssociation 2013).

3.2.Sağlık Anksiyetesi İle ilgili Çalışmalar

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların sağlık anksiyetelerinin orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (Ayyıldız 2020; Bahadır Yılmaz ve diğ. 2018).Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireyler ile yapılan bir çalışmada ise hastalık korkusu nedeni ile sigarayı bırakmak isteyen kişilerde sağlık anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur (Esen ve diğ. 2018).

Sağlık anksiyetesinin bazı değişkenlere göre farklılaştığı, örneğin kadın olmanın, ekonomik durumunu kötü olarak algılamanın sağlık anksiyetesini arttırdığı bildirilmiştir(Chen ve diğ. 2019; Bahadır Yılmaz ve diğ. 2018).Sağlık anksiyetesiyüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha az önem verdiği de ifade edilmektedir(Özgül ve Saatçi 2021).

Sağlık programlarını izleyerek edinilen bilgiler bireylerin kendi sağlıklarını daha fazla değerlendirmelerine yol açabilir. Nitekim hastanede yatan hastaların sağlık programlarını izleme motivasyonları ile sağlık anksiyete düzeylerinin ilişkili olduğu bulunmuştur (Bahadır Yılmaz ve diğ. 2018).

Toplumdaki bulaşıcı hastalıklar bireylerin kendilerine hastalık bulaşma ile ilgili kaygılarını artırabilir. Finlandiya’da Covid-19 salgınında hastane personellerinin %30’unun hafif ve %10’unun orta ve %5’inin şiddetli anksiyete yaşadığı bulunmuştur. (Mattila ve diğ. 2021). Tutku ve diğ. (2020) tarafından yapılan çalışmada da Covid-19 salgınına yönelik kontrol algısının bireylerinin sağlık anksiyete düzeyinden etkilendiği ifade edilmiştir. Çin’de yapılan bir başka çalışma da sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesinin yaygın olduğunu gösterilmiştir (Chen ve diğ. 2019).

Kronik solunum ve kalp hastalarında anksiyete ve depresyonun yüksek olduğu bilinmektedir (Aydemir ve diğ. 2015). Serebrovasküler operasyon geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada da hastaların %18’inde anksiyete ve depresyonda artış olduğu bildirilmiştir (Lombardo ve diğ. 2020).

Sağlıklı bireyler ile kronik hastalığa sahip bireylerin genel anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında kronik hastalığa sahip bireylerin anksiyetesinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Beyoğlu 2019). Kronik kalp yetersizliği olan bireylerle yapılan bir çalışmada kadınların, ev hanımlarının, ilkokul mezunlarının ve sağlık güvencesi olmayanların daha fazla anksiyete yaşadığı bulunmuştur (İlhan 2019).

Bununla birlikte kronik hastalık varlığının sağlık anksiyetesini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu ifade edilmektedir (Rode ve diğ. 2006; Chen ve diğ. 2019; Bahadır Yılmaz ve diğ. 2018). Kronik hastalıklarda ve ileri yaştaki bireylerde bedensel fonksiyonların ve yaşam standardının azalmasından dolayı sağlık anksiyetesinin arttığı düşünülmektedir (Boston ve Merrick 2010; Albert ve diğ. 2011).

Ayrıca sağlık anksiyetesi ve ağrı oluşumuna neden olan hastalıklar arasında ilişki olduğu, ağrı oluşmasına veya artmasına sebep olan hastalık veya ağrı sendromu gözlemlenen kişilerde sağlık anksiyetesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Uçar ve diğ. 2015; Tang ve diğ. 2009). Multipl skleroz tanısı alan bireylerde ve kronik ağrı tanılı hastalarda sağlık anksiyetesi sağlıklı kişilere oranla daha yüksek tespit edilmiştir (Rode ve diğ. 2006).

Bunun yanı sıra, kronik hastalık tanısı alıp ilaç tedavisi uygulanan hastalarda sağlık anksiyetesinin ilaç tedavisi almayan hastalara göre daha yüksek olduğu da belirtilmiştir (Yılmaz ve diğ. 2018).

4.SİBERKONDRI

4.1.Siberkondri Tanımı

Son yıllarda teknolojinin hızlı bir şekilde gelişim göstermesi ile hayatımıza yeni terimler katılmıştır. Bu terimlerden biri de ‘siberkondri’dir. Siberkondri kelimesi aslında ‘siber’ ile ‘hipokondriazis’ kelimelerinin birleşimi ile meydana gelmiştir. Siberkondri kelimesinin kesin bir veri olmamak ile beraber ilk defa 1996 yılında Business Wire şirketinin bir haberinde geçtiği görülmektedir. Akabinde 1999 yılında Wall Street Journal’ da siberkondriden bahsedilmiştir. Daha sonra bu konu BBC, Sunday Times, The Independent gibi yayın kuruluşlarında dile getirilmiştir. Siberkondri teriminin halk ağzından bilimsel alana geçişi 2000 yılında ilk defa Avusturalya Tıp Dergisi’nde yayınlanan bir makale ile olmuştur (Loos2013).

Siberkondrinin aslında sağlığı bozabileceği düşüncesi ise 2001 yılında ‘The Independent’ gazetesinde yayınlanan makale ile ortaya konulmuştur. Bilim dünyasındaki bazı yazarlar siberkondrinin neredeyse resmi bir tanı halini aldığı ifade ederken, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM-5,2013) siberkondrihenüz resmi bir tanı olarak girmemiştir (Gençer ve diğ.2018).

Siberkondri kısaca; internet yolu ile çevrim içi olarak sağlık ile alakalı arama yapılması sonucu kişilerde gelişen kaygı şeklinde tanımlanabilir(Starcevic 2017; Hart ve Bjorgvinsson2010).Siberkondri bir bakıma hipkondriazis hastalığının internet üzerindeki versiyonu olarak görülmektedir ve bu hastalığa yakalanan kişilere ise siberkondriyak denilmektedir. Siberkondriyak olarak isimlendirilen bireyler çoğunlukla vücutlarındaki duyum ve değişikliklerin olması gerekenden çok daha fazla bir şekilde farkındadır.Bu duyum ve değişiklikleri veya sağlık ile ilgili kafalarına takılan herhangi bir konuyu internet üzerinden çevrim içi olarak aramaya, siberkondri olmayan bireylere göre çok daha fazla yatkınlardır. Bu arama sonucundan elde ettikleri bilgiler doğrultusunda kendilerine tanı koymaya çalıştıkları ve bu tanıya uzman bir kişinin koyduğu tanıdan daha fazla güvendikleri görülmektedir (Starcevic veBerle 2013).

İnternetin herhangi bir hastalık ile alakalı belirti ve bulguları aranmak için kullanılması, sağlık tedavi hizmeti almayı gerektirmeyecek durumların bile yanlış yorumlanıp hayatı tehdit edebilecek boyutta tıbbi bir hastalığın varlığına dair yanlış düşünceler oluşturabilmektedir (Salkovskis ve diğ. 2002).

4.2.Siberkondri İle İlgili Çalışmalar

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada yetişkinlerin yaklaşık %70'inin sağlıkla ilgili alakalı bilgileri çevrimiçi olarak araştırdıkları, çevrim içi sağlık bilgisi arayanların yaklaşık %35'inin interneti tanı koyma aracı olarak tercih ettikleri bildirilmiştir(Fox ve Duggan 2013).

Bir diğer çalışma ise Büyük Britanya'da Prescott tarafından yapılmıştır ve yetişkin bireylerde, sağlık bilgisine ulaşmak için internet kullanımı 2007 yılında %18 iken,2016'da %51'e çıktığı bildirilmiştir(Prescott 2016).

Ülkemizde üniversite öğrencilerini kapsayan bir çalışmada, herhangi bir sağlık sorunu yaşandığında öğrencilerin%14.2'sinin internet üzerinden çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı içerisinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %83.7'si internet erişimi olarak cep telefonunu kullandığı ve öğrencilerin %25'inin haftada minimum bir kez internette sağlık ile ilgili bilgi araması yaptığı bildirilmiştir (Bati ve diğ. 2018).

İnternette üzerinden sağlık bilgisi araması yapan bireylerin %40'a yakını, yaptıkları aramalarının bir sonucu olarak sağlık kaygılarında artma olduğunu bildirmişlerdir (White ve Horvitz 2009).

Yapılan diğer bir çalışmada ise internette daha fazla süre geçirmesinin, düzenli ilaç kullanmanın, sağlık kurumlarına başvuru sayısının fazla olmasının, doktora rahat soru sormamanın ve internetteki sağlıkla ilgili bilgileri güvenilir bulmanın siberkondri düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir (Tüter 2019).

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların siberkondri düzeyleri yüksek bulunmuş,ancak çevrim içi sağlık araması yapsalarda en sonunda doktorlarına güvendikleri belirtilmiştir (Elciyar ve Taşçı 2017). Bir diğer çalışmada da internetten hastalığı ile ilgili bilgi arayan öğrencilerin aramayanlara göre, günde 4-5 saat internet kullanımı olanların kullanmayanlara göre, sağlık eğitimi olmayanların olanlara göre siberkondri düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Aygün 2021).

Kalp hastaları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların orta derecede siberkondrigösterdiği, tedavi öncesi hastalık ile internette araştırma yapanların siberkondri düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu, cinsiyet ve yaşın siberkondriyi etkilediği de belirtilmiştir (Güzel 2020).

Doğan ve diğ (2021) tarafından yapılan çalışmada da internet bağımlılığının ve sağlık anksiyetesinin siberkondriyi etkilediği, sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır(Doğan ve diğ 2021).

4.3 Siberkondriye Yaklaşım

Siberkondrinin önlenmesi ya da etkilerinin en aza indirilebilmesi gibi amaçların etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için internet üzerinde etkin meslek dallarının (internet sitesi tasarımcılar, arama motoru sağlayıcıları, bilgi işlem teknolojileri uzmanları gibi) ve sağlık çalışanlarının (psikologlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları, halk sağlığı uzmanları, psikiyatristler gibi) alanında uzaman kişilerin uyumlu ve verimli bir şekilde bir arada çalışması gerekmektedir (Starcevic ve Berle 2015).

Koruyucu teknik önlemler içerisinde bireyin çevrim içi arama yaptığı esnada aradığı semptomlar veya konular hakkında internette yer alan teşhisler arasındaki ilişkinin doğru olması olasılığına dayanan bilgilere erişimi olmalıdır. İnternet ortamındaki sağlık ile alakalı bilgilerin açık, kesin, kanıta, dayalı ve kullanıcı dostu olması sağlanmalıdır (White ve Horvitz2009). İnternet üzerinde yer almakta olan sitelerin kalite bakımından sınıflandırılması olabildiğince zordur ancak çevrim içi sağlık bilgisi okur yazarlık düzeyi arttırılarak bireyin daha iyi bir şekilde interneti kullanımı ve daha güvenli bilgiye erişiminin sağlanması önemlidir (Ghaddar ve diğ. 2012).

Siberkondri üzerine geliştirilmiş olan herhangi özel tedavi olmamakla birlikte temel yaklaşımı psiko-eğitim ve bilişsel davranışçı terapidir (Bouman 2014;Starcevicve Berle2015). Yapılan tedavinin amaçları arasında güvence arama ve kaçış gibi güvenlik kaynaklı davranışlar, sağlık ve hastalık ile alakalı bir takım uyumsuz varsayımlar, inançlar, yanlış yorumlamalar ve hastalık ile alakalı içsel ve dışsal uyarılara seçici dikkat gösterilmesi yer almaktadır. Maruz kalma ve yanıt önleme tekniği sağlık anksiyetesinin ve hipokondriyazisin davranışsal yönlerinin ele alınmasında kullanılan en yararlı tekniklerdendir. Nitekim bilişsel müdahale, sağlık ile alakalı belirli bilişlerin ve bedensel duyuların yanlış yorumlanmasında ve ayrıca aşırı tahmini üzerinde etkili olmaktadır ((Bouman 2014;Starcevicve Berle2015).

Seçici dikkat hedefi doğrultusunda dikkat eğitimi çalışması da kullanılmaktadır. Bu yöntemler ile hedeflenen aşırı ve gereğinden fazla tıbbi bilginin

internet üzerinden çevrim içi olarak arayışının azalması ve aşırı endişe duymadan çevrim içi sağlık bilgisi arayabilmek amaçlanmaktadır. İlerleyen süreçte hastalardan çevrim içi sağlık bilgisi arayışlarının sınırlandırılması ve yalnızca güvenilir ve yetki sahibi olan sitelere başvurmaları istenmektedir. Gözle görülür düzeyde kontrol sahibi oldukları ve sağlık materyalleri ile etkileşime girildiği zaman kendilerine olan güvenin arttığı görüldükten sonra gerekli olduğunda daha kapsamlı aramalar yapmaya teşvik edilebilmektedirler. Böylece bireylerin edindikleri sağlık bilgilerini daha iyi yönetecek kadar gelişmeleri sağlanmaktadır (StarcevicveBerle 2015). Bu tarz bilişsel ve davranışçı girişimlerin sağlık anksiyetesi ve siberkondriüzerinde önemli düzelmeler sağladığı belirtilmektedir(NewbyveMcElroy 2020).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel, ilişki arayıcı ve karşılaştırmalı niteliktedir.

5.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondriarasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

5.3. Araştırma Soruları

- Kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyi nedir?
- Kronik hastalığı olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyi nedir?
- Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi ile ilişkili faktörler nelerdir?
- Kronik hastalığı olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi ile ilişkili faktörler nelerdir?
- Kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Kronik hastalığı olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

5.4.Araştırmanın Değişkenleri

5.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’, ‘Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’ ve ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ puan ortalamalarıdır.

5.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, sağlık kurumuna/doktora başvuru sıklığı, kronik hastalık durumu, düzenli kullanılan ilaç sayısı, düzenli ilaç kullanma süresi, kronik hastalık nedeni ile sağlık kurumuna/doktora başvuru sıklığıdır.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

5.5.1.Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Kasım 2020-Nisan 2021 tarihlerinde (6 aylık sürede) Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi gününbirlik servisine başvuran 18-65 yaş aralığındaki hastalar oluşturdu.

5.5.2.Araştırmanın Çalışma Grubu ve Güç Analizi

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında istatistiksel güç, tip I hata, etki büyüklüğü ve çalışma tasarımı dikkate alındı. Çalışmanın en az %80 güce sahip olması, tip I hata oranı %5 olması planlandı. Hastalar, kronik hastalık durumuna göre kronik hastalığı olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı.Araştırmaya benzer başka bir çalışma bulunmadığı için örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için çalışmada bireylerin ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’, ‘Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’ ve ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ puan ortalamaları arasında 0.25’luk bir korelasyon öngörülerek, 0.80 güç ve 0.05 α hatası değeri ile yapılan hesaplamada gerekli örneklem sayısı kronik hastalığı olan grup ve olmayan grup için 95 kişi olarak belirlendi. Araştırmada veri kaybı göz önünde bulundurularak, örneklem sayısı %10 oranında arttırıldı ve çalışma 205 kişi ile tamamlandı.

5.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

5.6.1. Bireylerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak.
- Okuma, yazma, anlama ve ifade etmede bir sorunu bulunmamak.
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmamak.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

5.6.2. Bireylerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmak.
- Okuma, yazma, anlama ve ifade etmede bir sorunu bulunmak.
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmak.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak.

5.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri ‘Hasta Bilgi Formu’ (Ek 1), ‘Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’ (Ek 2), ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ (Ek 3), ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ (Ek 4) ile toplandı.

5.7.1. Hasta Bilgi Formu

Literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Form, katılımcıların sosyo-demografik verilerini içeren sorular (cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim seviyesi, çalışma durumu ve ekonomik durum), sağlık durumları ile ilgili sorulardan (sağlık kurumuna/doktora başvuru sıklığı, kronik hastalık durumu, düzenli kullanılan ilaç sayısı, düzenli ilaç kullanma süresi, kronik hastalık nedeni ile sağlık kurumuna/doktora başvuru sıklığı) oluşmaktadır.

5.7.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)

Ölçek Demirtaş ve diğ. tarafından (2018) erişkinlerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. 3’lü likert tipindeki ölçeğin puanlanmasında ‘Doğru cevap= 2 puan’, ‘Bilmiyorum=1 puan’, ‘Yanlış cevap=0 puan’ olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-42 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddelerden 10’u doğru

cevap, 11'i yanlış cevaptan oluşmaktadır. Ölçekteki 2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20 Maddeleri ters önerme şeklinde olup, tam tersi şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen puan ne kadar yüksek ise akılcı ilaç kullanım düzeyi o kadar yüksek demektir. Ölçeğin belirlenen kestirim puanı 34'tür. Bu nedenle 35 puan ve üstü değer alan katılımcıların akılcı ilaç kullanım düzeyleri iyi ve akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olarak yorumlanır. Ölçeğin Cronbach'salpa katsayısı 0.789 idi. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach'salpa katsayısı 0.717 olarak bulundu.

5.7.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)

Ölçek Salkovskis ve diğ. tarafından (2002) geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve diğ. tarafından (2013) yapılmıştır. Ölçek, bir öz bildirim ölçeğidir ve 18 maddeden meydana gelmiştir. Ölçeğin 14 maddesi dörtlü yanıt içeren ifadelerden oluşmakta olup, hastaların ruhsal durumunu sorgulamaktadır. Diğer 4 soruda da hastalardan, ciddi bir hastalığı olduğunu varsayması ve buna göre soruları yanıtlaması istenmektedir ve bu sonuçlara istinaden sorgulama yapılmaktadır. Ölçeğin puanlaması ise her bir madde için 0-3 arasında olup ölçekten alınan puan ne kadar yüksek ise sağlık anksiyete düzeyi de o kadar yüksek demektir. Ölçeğin Cronbach'salpa katsayısı 0.918 idi. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach'salpa katsayısı 0.857 olarak bulundu.

5.7.4. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ)

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği, siberkondriyi ölçmek için McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirilmiştir. SCÖ, kişilerin internet aracılığıyla sağlık bilgisi arayışı ile ilgili kaygı ve davranışları ve sağlık yardımı almaya yönelik bilişsel tepkilerini değerlendiren 33 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Uzun ve Zencir tarafından (2016) yapılmıştır. Ölçekte kişilerin internet ortamında sağlık araştırmalarını nasıl yaptıkları, bu sağlık araştırmalarının internetteki diğer faaliyetlerini ve günlük yaşamlarını nasıl etkilediğine ilişkin sorular yer almaktadır. Ölçek 5'li Likert tipte (1-Hiçbir Zaman, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Genellikle, 5-Her Zaman) derecelendirilmektedir. SCÖ beş alt ölçekten oluşmaktadır:

Faktör 1: Zorlantı (3, 6, 8, 12, 14, 17, 24, 25. maddeler) (puan aralığı: 8-40),

Faktör 2: Aşırı Kaygı (5, 7, 10, 20, 22, 23, 29, 31. maddeler) (puan aralığı: 8-40),

Faktör 3: Aşırılık (1, 2, 11, 13, 18, 19, 21, 30. maddeler) (puan aralığı: 8-40),

Faktör 4: İçini Rahatlatma (4, 15, 16, 26, 27, 32. maddeler) (puan aralığı: 6-30),

Faktör 5: Doktora güvensizlik (9, 28, 33. maddeler) (puan aralığı: 3–15),
Ölçek toplam puan aralığı: 33–165 idir.

"Doktora güvensizlik" maddeleri ters kodlanmıştır. Her maddeden alınan puanlar toplanır ve toplam siberkondri puanı hesaplanır. Daha yüksek puanlar, daha yüksek siberkondri seviyelerini göstermektedir. Toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0.94 bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,75 ile 0,95 arasında değişmektedir (Zorlantı: 0,95, Aşırı Kaygı: 0,92, Aşırılık: 0,85, İçini Rahatlatma: 0,89, Doktora Güvensizlik: 0,75). Bu araştırmada ise toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0.914, alt boyutların Cronbach alfa değeri; Zorlantı: 0,910, Aşırı Kaygı: 0,860, Aşırılık: 0,863, İçini Rahatlatma: 0,697, Doktora Güvensizlik: 0,494 bulundu.

5.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Kasım 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi gününbirlik tedavi servisine başvuran hastalardan elde edildi. Gününbirlik tedavi servisi farklı hasta gruplarının hizmet aldığı bir birimdir. Gününbirlik tedavi servisine parenteral ilaç tedavisi olan hastalar kabul edilmekte ve tedavi bitiminde ayrılmaktadır. Acil servis veya dış kurumlardan hastane servislerine yatışı planlanan hastalar, servislerde yer olmadığı zamanlarda bir süre bu servise yatırılmaktadır. Ayrıca gününbirlik operasyon yapılan hastalar da bir süre bu serviste yatmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı. Çalışmadan önce hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alındı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara formalar uygulandı. Formların uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizi için SPSS 23 version kullanıldı (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Normal dağılıma uygunluğu değerlendirmek amacıyla ShapiroWilk testi kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin analizinde normal dağılım için yüzde, standart sapma, ortalama; medyan, 25. ve 75. çeyrek değerleri de normal dağılım özelliği göstermeyen verilerin analizinde kullanıldı. Ölçek puan ortalamalarının varyans homojenliği sonuçlarına göre non-parametrik testler kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde; ölçek puanlarının katılımcıların bazı özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla parametrik olmayan testlerden; ikili grup olanlar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla gruplar için ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Farkın hangi gruplarda olduğunun belirlenebilmesi için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanıldı.

Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri ve ölçek puan ortalamaları arasında ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım özelliği göstermeyen veriler için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Spearman korelasyon analizinde; 0,00-0,25=çok zayıf, 0,26-0,49=zayıf, 0,50-0,69=orta, 0,70-0,89=yüksek, 0,90-1,00=çok yüksek ilişki korelasyon katsayıları esas alındı.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmanın yapılması için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliğinden izin alındı(Ek.6) Araştırmanın etik onayı Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verildi(Ek.5). Çalışmada kullanılan ölçekler için ölçeği geliştiren ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürüten kişilerden kullanım izni alındı.(Ek.7). Veriler toplanmaya başlanmadan önce araştırmanın yürütüleceği klinik çalışanları bilgilendirildi.Araştırmaya katılan hastalar araştırmanın amacı konusunda bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alındı.

6. BULGULAR

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine Tablo 2’de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin yaş ortalaması $46,39 \pm 14,27$, kronik hastalığı olmayan bireylerin yaş ortalaması $34,68 \pm 11,91$ idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,001$). Kronik hastalığa sahip katılımcıların yaş ortalaması kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek idi.

Kronik hastalığa sahip bireylerin %57’si erkek, %43’ü kadın idi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin %59’u erkek, %41’i kadın idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin cinsiyetlerinin dağılımı arasında istatistiksel açıdan fark yoktu. Grupların homojen oldukları belirlendi ($p = 0,766$).

Kronik hastalığa sahip bireylerin %17’si bekar, %74’ü evli ve %9’u boşanmış/eşi vefat etmişti. Kronik hastalığı olmayan bireylerin %31,4’ü bekar, %66,7’si evli ve %1,9’u boşanmış/eşi vefat etmişti. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin medeni durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,008$). Kronik hastalığı olan grupta bekar sayısı daha az, boşanmış/eşi vefat eden bireylerin sayısı daha fazla idi.

Kronik hastalığı olan bireylerin %42’si çalışmakta, %24’ü emekli, %34’ü çalışmamakta idi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin %43,4’ü çalışmakta, %7,6’sı emekli, %47,6’sı çalışmamakta idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin çalışma durumlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p = 0,004$). Kronik hastalığı olan grupta emekli bireylerin sayısı daha yüksek idi. Kronik hastalığı olmayan grupta çalışmayan bireylerin sayısı daha yüksek idi.

Kronik hastalığı olan bireylerin %10’u okuryazar, %33’ü ilkokul, %15’i ortaokul, %17’si lise, %25’i üniversite mezunu idi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin %1’i okuryazar, %13,3’ü ilkokul, %10,5’i ortaokul, %17,1’i lise, %58,1’i üniversite mezunu idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,001$). Kronik hastalığı olan grupta ilkokul mezunu bireylerin sayısı daha yüksek idi. Kronik hastalığı olmayan grupta üniversite mezunu bireylerin sayısı daha yüksek idi.

Kronik hastalığı olan bireylerin %22’si düşük gelir düzeyi, %74’ü orta gelir düzeyi, %4’ü üst gelir düzeyine sahip idi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin

%34,3'ü düşük gelir düzeyi, %63,8'si orta gelir düzeyi, %1,9'u üst gelir düzeyine sahip idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ekonomik durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Grupların homojen olduğu belirlendi (p=0,118).

Tablo 2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri(N=205)

DEĞİŞKENLER	Kronik Hastalığı Olan (n=100)		Kronik Hastalığı Olmayan (n=105)		Test	p
	Ort±SS		Ort±SS			
Yaş	46,39±14,27		34,68±11,91		2939,00*	<0,001
Cinsiyet	n	%	n	%		
Kadın	43	43,00	43	41,00	0,088**	0,766
Erkek	57	57,00	62	59,00		
Medeni Durum						
Bekar	17	17,00	33	31,40	9,569**	0,008
Evli	74	74,00	70	66,70		
Boşanmış/eşi vefat etmiş	9	9,00	2	1,90		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	42	42,00	47	43	11,213	0,004
Emekli	24	24,00	8	7,6		
Çalışmıyor	34	34,00	50	47,6		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	10	10,00	1	1,00	30,654	<0,001
İlkokul	33	33,00	14	13,30		
Ortaokul	15	15,00	11	10,50		
Lise	17	17,00	18	17,10		
Üniversite	25	25,00	61	58,10		
Ekonomik Durum						
Düşük Gelir Düzeyi	22	22,00	36	34,30	4,274	0,118
Orta Gelir Düzeyi	74	74,00	67	63,80		
Üst Gelir Düzeyi	4	4,00	2	1,90		

Ort; Ortalama, SS; Standard Sapma, *; Mann Whitney U testi, **; Pearson Chi-square test

Hastaların sağlık kurumuna/hekime başvuru sıklıkları Tablo 3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kronik hastalığı olan bireylerin %27'si bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı, %35'i vücudunda hafif düzeyde herhangi bir değişiklik/ağrı/rahatsızlık/yaralanma ortaya çıktığında, %36'sı vücudunda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluştuğunda ve %2'si diğer nedenler ile başvuru yapmakta idi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık kurumuna/hekime başvuru sıklıkları incelendiğinde; %7,6'sı bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı, %35,2'si

vücudunda hafif düzeyde herhangi bir değişiklik/ağrı/rahatsızlık/yaralanmaortaya çıktığında,%51,4'ü vücudunda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluştuğunda (travma veya kanama gibi) ve %5,7'si diğer nedenler ile başvuru yapmakta idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin sağlık nedeni ile ilgili sağlık kurumuna/hekime başvuru sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,001). Kronik hastalığı olmayan grupta vücudunda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluştuğunda(travma veya kanama gibi) sağlık kurumu/hekime başvurma sıklığı daha yüksek idi. Kronik hastalığı olan grupta ise bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı sağlık kurumu/hekime başvurma sıklığı daha yüksek idi.

Tablo 3. Hastaların Sağlık Kurumuna Başvuru Sıklığı (N=205)

	Kronik Hastalığı Olan (n=100)		Kronik Hastalığı Olmayan (n=105)		Test*	p
	n	%	n	%		
Sağlık nedeni ile ilgili sağlık kurumuna/hekime başvuru sıklığı						
Bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı	27	27,0	8	7,6	15,857	0,001
Vücudumda hafif düzeyde herhangi bir değişiklik/ağrı/rahatsızlık/yaralanma ortaya çıktığında	35	35,0	37	35,2		
Vücudumda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluştuğunda(travma veya kanama gibi)	36	36,0	54	51,4		
Diğer	2	2,0	6	5,7		

Ort; Ortalama, SS; Standard Sapma, *; PearsonChi-square test

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ile ilgili özelliklerine Tablo 4'te yer verilmiştir. Kronik hastalık için düzenli olarak günlük kullanılan ilaç miktarı $2,32 \pm 1,47$ idi. Bireylerin %49'u kronik hastalık nedeni ile 5 yıl ve üstünde ilaç kullanmakta idi. Bireylerin %20'si ayda bir, %26'sı üç ayda bir, %34'ü altı ayda bir

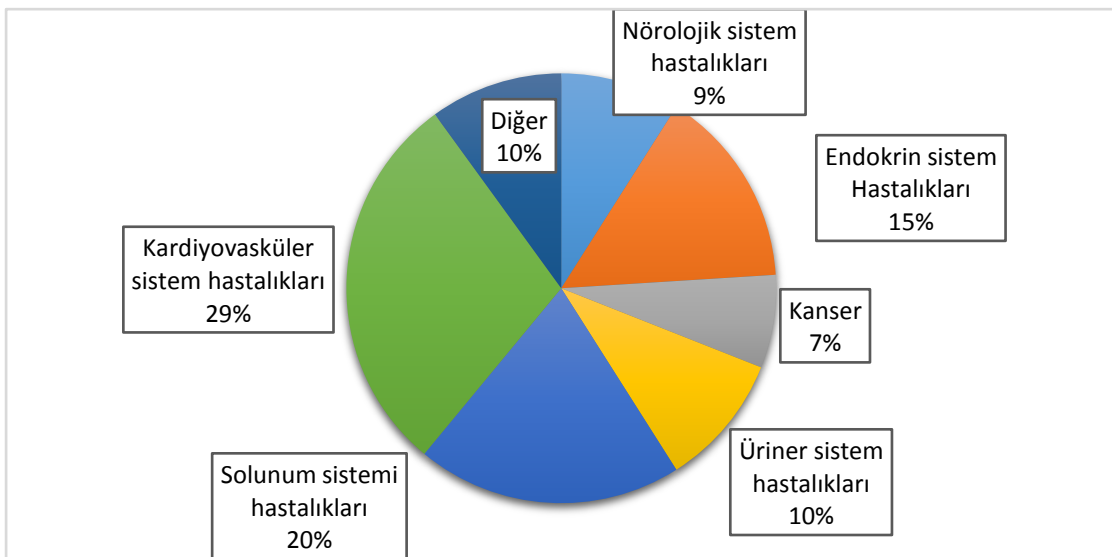
ve %20'si yılda bir veya daha uzun sürede kronik hastalık nedeni ile sağlık kurumuna/hekime başvuru yapmakta idi.

Tablo 4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık İle İlgili Özellikleri (n=100)

DEĞİŞKENLER	Ort ± SS	
Kronik hastalık için düzenli olarak günlük kullanılan ilaç türü sayısı	2,32±1,47	
Kronik hastalık nedeni ile ilgili ilaç kullanım süresi	n	%
0-6 ay	6	6,0
6 ay-1 yıl	16	16,0
1-5 yıl	29	29,0
5 yıl üstü	49	49,0
Kronik hastalık nedeni ile sağlık kurumuna/hekime başvuru sıklığı		
Ayda bir	20	20,0
Üç ayda bir	26	26,0
Altı ayda bir	34	34,0
Yılda bir veya daha uzun sürede	20	20,0

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık türlerine Şekil 2'de yer verilmiştir. Hastaların, %29'unun kardiyovasküler sistem hastalığı, %15'inin endokrin sistem hastalığı, %9'unun nörolojik sistem hastalığı, %10'unun üriner sistem hastalığı, %20'sinin solunum sistemi hastalığı ve %7'inin kanser tanısı vardı.

Şekil 2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Türleri



Kronik hastalığı olan bireylerin ölçek puan ortalamalarının dağılımına Tablo 5'te yer verilmiştir. Bireylerin 'Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği' puan ortalaması 37,42±4,63, 'Sağlık Anksiyetesi Ölçeği' puan ortalaması 20,92±9,97, 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' toplam puan ortalaması 79,13±23,32, 'Zorlantı' alt boyut puan ortalaması 13,38±6,83, 'Aşırı Kaygı' alt boyut puan ortalaması 20,72±7,39, 'Aşırılık' alt boyut puan ortalaması 21,86±8,77, 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalaması 17,99±5,43 'Doktora Güvensizlik' alt boyut puan ortalaması 5,18±2,59 idi.

Tablo 5. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=100)

ÖLÇEKLER	Ort.± SS	Min.	Max.	Median(Q25-Q75)
Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği	37,42± 4,63	19,00	42,00	39,00 (35,25-40,00)
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	20,92± 9,97	0,00	47,00	19,50(13,00-28,00)
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	79,13± 23,32	36,00	153,00	80,00(62,00-94,75)
Zorlantı	13,38± 6,83	8,00	40,00	11,00 (,00-1600)
Aşırı Kaygı	20,72± 7,39	8,00	40,00	20,50 (15,25-25,00)
Aşırılık	21,86± 8,77	8,00	40,00	22,00 (15,0-29,00)
İçini Rahatlatma	17,99± 5,43	6,00	30,00	19,00 (14,00-22,00)
Doktora Güvensizlik	5,18± 2,59	3,00	15,00	5,00 (3,00-7,00)

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Min:** Minimum, **Max:** Maksimum, **Q25-Q75;**Çeyrekler arası açıklık

Kronik hastalığı olmayan bireylerin ölçek puan ortalamasına Tablo 6'da yer verilmiştir. Bireylerin 'Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği' puan ortalaması 37,28±3,66, 'Sağlık Anksiyetesi Ölçeği' puan ortalaması 15,83±5,86, 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' toplam puan ortalaması 82,33±20,90, 'Zorlantı' alt boyut puan ortalaması 14,44±7,45, 'Aşırı Kaygı' alt boyut puan ortalaması 19,65±7,00, 'Aşırılık' alt boyut puan ortalaması 24,40±7,16, 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalaması 17,33±4,79, 'Doktora Güvensizlik' alt boyut puan ortalaması 6,48±3,06 idi.

Tablo 6. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=105)

ÖLÇEKLER	Ort ± SS	Min	Max	Median(Q25-Q75)
Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği	37,28 ± 3,66	19,00	42,00	38,00 (36,00-40,00)
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	15,83 ± 5,86	3,00	32,00	15,00 (12,00-19,00)
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	82,33 ± 20,90	39,00	139,00	81,00 (67,00-98,00)
Zorlantı	14,44 ± 7,45	8,00	40,00	12,00 (8,00-19,00)
Aşırı Kaygı	19,65 ± 7,00	8,00	40,00	20,00 (14,00-24,50)
Aşırılık	24,40 ± 7,16	9,00	40,00	25,00 (19,00-29,50)
İçini Rahatlama	17,33 ± 4,79	6,00	27,00	17,00 (14,00-21,00)
Doktora Güvensizlik	6,48 ± 3,06	3,00	15,00	7,00 (3,00-9,00)

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Min:** Minimum, **Max:** Maksimum, **Q25-Q75;**Çeyrekler arası açıklık

Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 7’te yer verilmiştir.

Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ puan ortalamalarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu ($p=0,202$). Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan bireylerin ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ puan ortalamaları daha yüksek idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin. ‘Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,239$). Ancak kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin siberkondri ‘Aşırılık’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,034$). Kronik hastalığı olmayan bireylerin ‘Aşırılık’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ‘Doktora Güvensizlik’ alt boyut puan ortalamaları arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,001$). Kronik hastalığı olmayan bireylerin ‘Doktora Güvensizlik’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksek idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ‘Zorlantı’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,220$). Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin ‘Aşırı Kaygı’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,416$). Kronik

hastalığı olan ve olmayan bireylerin 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,243$).



Tablo 7. Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=205)

	Kronik hastalığı olanlar (n=100)		Kronik hastalığı olmayanlar (n=105)		Test	p
ÖLÇEKLER	Ort ± SS		Ort ± SS			
Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği	37,42±4,63		37,28±3,66		4713,00*	0,202
	n	%	n	%		
34 puan ve altı	22	22,00	17	16,2	1,122**	0,289
35 puan ve üstü	78	78,00	88	83,8		
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	20,92±9,98		15,84±5,87		3726,50*	<0,001
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	79,13±23,32		82,33±20,91		4750,50*	0,239
Zorlantı	13,38±6,84		14,45±7,45		4741,50*	0,22
Aşırı Kaygı	20,72±7,39		19,66±7,00		4905,00*	0,416
Aşırılık	21,86±8,77		24,41±7,17		4351,50*	0,034
İçini Rahatlatma	17,99±5,44		17,33±4,80		4755,00*	243
Doktora Güvensizlik	5,18±2,59		6,49±3,07		3908,50*	0,001

Ort: Ortalama; SS: Standard Sapma, *; Mann Whitney U testi,**; PearsonChi-Square

Kronik hastalığı olan bireylerin cinsiyetlerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 8’de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 8. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test;** Mann Whitney U testi

ÖLÇEKLER	Kronik Hastalığı Olanlar n(100)		Test	p
	Kadın	Erkek		
	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	37,30±5,33	37,51±4,06	1154,50	0,618
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	20,32±9,48	21,72±10,66	1146,50	0,582
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	82,25±24,07	75,00±21,88	996,00	0,110
<i>Zorlantı</i>	13,74±7,07	12,91±6,56	1147,00	0,571
<i>Aşırı Kaygı</i>	21,49±7,67	19,70±6,96	1072,00	0,286
<i>Aşırılık</i>	23,12±9,05	20,19±8,19	998,50	0,114
<i>İçini Rahatlatma</i>	18,67±5,61	17,09±5,12	1007,00	0,127
<i>Doktora Güvensizlik</i>	5,23±2,45	5,12±2,79	1128,00	0,482

Kronik hastalığı olmayan bireylerin cinsiyetlerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 9’da yer verilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 9. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=105)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olmayan bireyler(105)		Test	p
	Kadın	Erkek		
	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği	36,81±4,46	37,61±2,99	1281,5	0,734
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	16,52±6,13	14,86±5,39	1154,5	0,136
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	84,47±17,36	79,26±25,06	1060	0,075
<i>Zorlantı</i>	14,60±6,43	14,23±8,79	1114,5	0,149
<i>Aşırı Kaygı</i>	20,55±6,79	18,37±7,18	1077	0,095
<i>Aşırılık</i>	25,13±6,77	23,37±7,66	1154	0,243
<i>İçini Rahatlatma</i>	17,58±4,21	16,98±5,57	1266	0,662
<i>Doktora Güvensizlik</i>	6,61±3,16	6,30±2,96	1263	0,644

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test;** Mann Whitney U test

Kronik hastalığı olan bireylerin medeni durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 10’da yer verilmiştir. Bireylerin Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ‘Aşırılık’ alt boyut puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel bir fark vardı ($p=0,011$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi yapıldı. Kronik hastalığı olan bekar bireylerin ‘Aşırılık’ alt boyut puan ortalamaları evli ($p=0,007$) ve boşanmış/eşi vefat etmiş ($p=0,022$) olan bireylerden daha yüksek idi.

Tablo 10. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olanlar (n=100)			Test*	p
	Evli ^a	Bekar ^b	Boşanmış/Eşi Vefat Etmiş ^c		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	37,18±5,00	39,12±3,02	36,22±3,23	5,145	0,076
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	20,78±10,58	20,94±7,97	22,00±9,03	0,219	0,896
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	77,47±21,79	88,29±26,07	75,44±28,63	2,354	0,308
<i>Zorlantı</i>	13,20±6,60	13,88±7,73	13,89±7,82	0,005	0,998
<i>Aşırı Kaygı</i>	20,50±7,09	22,35±8,51	19,44±8,02	1,003	0,605
<i>Aşırılık</i>	21,05±8,31	27,47±8,52	17,89±9,27	8,97	0,011
Test**, p;	a<b (t= 366,000, p=0,007), c<b (t=34,000, p=0,022)				
<i>İçini Rahatlatma</i>	17,59±5,47	20,00±5,06	17,44±5,57	2,566	0,277
<i>Doktora Güvensizlik</i>	5,12±2,67	4,59±1,66	6,78±2,91	3,835	0,147

Ort: Ortalama; SS: Standard Sapma, Test*;Kruskall Wallis H Testi;Test**;Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Kronik hastalığı olmayan bireylerin medeni durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 11’de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin medeni durumları ile ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 11. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Medeni Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=105)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olmayanlar (n=105)			Test	p
	Evli	Bekar	Boşanmış/Eşi Vefat Etmış		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği	37,64±3,25	36,82±4,52	39,00±1,41	0,773	0,679
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	15,41±5,80	16,82±6,15	14,50±0,71	1,361	0,506
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	80,20±19,88	87,21±22,60	76,50±26,16	2,715	0,257
<i>Zorlantı</i>	13,23±6,67	16,94±8,39	16,00±11,31	4,816	0,090
<i>Aşırı Kaygı</i>	19,01±6,93	21,18±7,10	17,00±7,07	2,290	0,318
<i>Aşırılık</i>	23,81±7,48	25,91±6,49	20,50±0,71	2,421	0,298
<i>İçini Rahatlatma</i>	17,76±4,70	16,45±5,04	17,00±4,24	1,442	0,486
<i>Doktora Güvensizlik</i>	6,39±3,18	6,73±2,85	6,00±4,24	0,441	0,802

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test;** Mann Whitney U testi

Kronik hastalığı olan bireylerin çalışma durumlarına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 12’de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin çalışma durumları ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ‘Aşırı Kaygı’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,046$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi yapıldı. Kronik hastalığı olan çalışan ($p=0,010$) ve emekli ($p=0,011$) bireylerin ‘Aşırı Kaygı’ alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha düşük idi.

Kronik hastalığı olan bireylerin çalışma durumları ile ‘Aşırılık’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,027$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi yapıldı. Kronik hastalığı olan emekli bireylerin ‘Aşırılık’ alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha düşük idi ($p=0,032$).

Kronik hastalığı olmayan bireylerin çalışma durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 13’te yer verilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin çalışma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 12. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olan (n=100)			Test*	p
	Çalışıyor	Emekli	Çalışmıyor		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	37,05±5,50	36,92±4,36	38,24±3,52	1,520	0,468
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	21,10±10,79	19,08±10,18	22,00±8,84	1,415	0,494
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	80,57±22,58	71,67±27,87	82,62±20,01	5,684	0,058
Zorlantı	13,52±6,38	13,46±8,66	13,15±6,11	0,861	0,650
Aşırı Kaygı	20,45±7,38	18,29±7,80	22,76±6,73	6,156	0,046
Test**, p	a<c (t=310,00, p=0,010), b<c (t=247,00, p=0,011)				
Aşırılık	23,48±8,43	17,88±8,95	22,68±8,44	7,236	0,027
Test**, p	b<c (t=272,50, p=0,032)				
İçini Rahatlatma	17,52±5,42	17,04±5,80	19,24±5,11	2,906	0,234
Doktora Güvensizlik	5,60±3,01	5,00±2,69	4,79±1,84	1,077	0,584

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test*;**Kruskall Wallis H Testi;**Test**;**Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Tablo 13. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=105)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olmayan (n=105)			Test	p
	Çalışıyor	Emekli	Çalışmıyor		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	37,38±4,07	37,50±2,62	37,16±3,45	0,311	0,856
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	15,57±5,86	17,25±6,18	15,86±5,91	0,278	0,870
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	83,83±22,65	69,13±19,47	83,04±19,00	3,230	0,199
<i>Zorlantı</i>	15,32±8,15	9,38±1,92	14,44±7,06	5,012	0,082
<i>Aşırı Kaygı</i>	20,13±7,45	16,13±5,59	19,78±6,72	2,207	0,332
<i>Aşırılık</i>	24,57±7,07	19,88±9,42	24,98±6,76	1,707	0,426
<i>İçini Rahatlatma</i>	17,32±4,72	16,63±6,14	17,46±4,73	0,288	0,866
<i>Doktora Güvensizlik</i>	6,49±2,93	7,13±4,05	6,38±3,08	0,185	0,912

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test;**Kruskall Wallis H Testi

Kronik hastalığı olan bireylerin ekonomik durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 14’te yer verilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin ekonomik durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 14. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ekonomik Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olan (n=100)			Test	p
	Düşük Gelir Düzeyi	Orta Gelir Düzeyi	Üst Gelir Düzeyi		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	36,64±4,91	37,61±4,60	38,25±4,19	1,054	0,591
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	21,10±10,79	19,08±10,18	22,00±8,84	0,617	0,734
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	80,57±22,58	71,67±27,87	82,62±20,01	4,072	0,131
Zorlantı	13,52±6,38	13,46±8,66	13,15±6,11	2,199	0,333
Aşırı Kaygı	20,45±7,38	18,29±7,80	22,76±6,73	2,966	0,227
Aşırılık	23,48±8,43	17,88±8,95	22,68±8,44	4,867	0,088
İçini Rahatlatma	17,52±5,42	17,04±5,80	19,24±5,11	5,632	0,060
Doktora Güvensizlik	5,60±3,01	5,00±2,96	4,79±1,84	1,480	0,477

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test;**Kruskall Wallis H Testi

Kronik hastalığı olmayan bireylerin ekonomik durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 15'te yer verilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin ekonomik durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 15. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ekonomik Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=105)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olmayan (n=105)			Test	p
	Düşük Gelir Düzeyi	Orta Gelir Düzeyi	Üst Gelir Düzeyi		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	37,22±3,96	37,27±3,54	39,00±4,24	0,377	0,828
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	15,57±5,86	17,25±6,18	15,86±5,91	0,256	0,880
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	83,83±22,64	69,13±19,47	83,04±19,00	0,547	0,761
<i>Zorlanti</i>	15,32±8,15	9,38±1,92	14,44±7,06	0,684	0,710
<i>Aşırı Kaygı</i>	20,13±7,45	16,13±5,59	19,78±6,72	0,329	0,848
<i>Aşırılık</i>	24,57±7,07	19,88±9,42	24,98±6,76	0,843	0,656
<i>İçini Rahatlatma</i>	17,32±4,72	16,63±6,14	17,46±4,73	1,925	0,382
<i>Doktora Güvensizlik</i>	6,49±2,93	7,13±4,05	6,38±3,08	2,680	0,262

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test;**Kruskall Wallis H Testi

Kronik hastalığı olan bireylerin eğitim durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 16'da yer verilmiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerin eğitim durumlarına göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,033$). Kronik hastalığı olan okuryazar bireylerin 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları ortaokul ($p= 0,023$) ve üniversite ($p=0,017$) mezunu bireylerden daha düşük idi. Kronik hastalığı olan ilkokul mezunu bireylerin 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları üniversite mezunu bireylerden daha düşük idi ($p=0,015$).

Kronik hastalığı olmayan bireylerin eğitim durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 17'de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerine eğitim durumları ile 'Akılcı İlaç Kullanma Ölçeği' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,004$). Kronik hastalığı olmayan üniversite mezunu bireylerin 'Akılcı İlaç Kullanma Ölçeği' puan ortalamaları ilkokul mezunu ($p=0,012$), ortaokul mezunu ($p=0,015$) ve lise mezunu ($p=0,011$) olanlardan daha yüksek idi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin eğitim durumları ile 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,021$). Kronik hastalığı olmayan üniversite mezunu bireylerin 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' puan ortalamaları ilkokul mezunu ($p=0,028$) ve ortaokul mezunu ($p=0,029$) olanlardan daha yüksek idi. Kronik hastalığı olmayan lise mezunu bireylerin 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' puan ortalamaları ilkokul mezunu ($p=0,014$) ve ortaokul mezunu ($p=0,031$) olanlardan daha yüksek idi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin eğitim durumları ile 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,002$). Kronik hastalığı olmayan üniversite mezunu bireylerin 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları ilkokul mezunu ($p=0,001$) ve ortaokul mezunu ($p=0,008$) olanlardan daha yüksek idi. Kronik hastalığı olmayan lise mezunu bireylerin 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları ilkokul mezunu olanlardan daha yüksek idi ($p=0,031$).

Tablo 16. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olan (n=100)					Test*	p
	Okuryazar ^a	İlkokul ^b	Ortaokul ^c	Lise ^d	Üniversite ^e		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	36,10±4,09	36,12±5,68	37,40±5,77	37,94±3,05	39,32±2,53	8,272	0,082
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	24,00±8,27	21,09±11,80	22,20±9,64	19,71±8,87	19,52±9,19	2,693	0,61
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	75,60±25,44	77,52±23,94	87,33±24,73	77,12±23,80	79,12±21,16	1,918	0,751
Zorlantı	12,50±6,54	13,82±7,20	14,73±7,59	12,71±6,60	12,80±6,53	1,203	0,878
Aşırı Kaygı	21,00±6,70	20,52±7,76	22,93±7,73	20,76±8,30	19,52±6,55	1,025	0,906
Aşırılık	17,10±9,10	19,64±8,75	24,60±8,40	22,12±9,01	24,88±7,64	10,516	0,033
Test**, p	a<c (test=34,00, p=0,023), a<e (test=60,00, p=0,017), b<e (test=258,00, p=0,015)						
İçini Rahatlatma	19,00±4,50	17,82±5,61	20,53±4,96	16,59±5,29	17,24±5,73	4,61	0,33
Doktora Güvensizlik	6,00±2,67	5,73±2,98	4,53±1,77	4,94±2,41	4,68±2,48	4,333	0,363

Ort: Ortalama; SS: Standard Sapma, Test*;Kruskall Wallis H Testi;Test**;Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Tablo 17. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=105)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olmayan (n=105)					Test*	p
	Okuryazar ^a	İlkokul ^b	Ortaokul ^c	Lise ^d	Üniversite ^e		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	33,00±0,00	36,36±2,87	35,36±4,01	35,61±5,15	38,41±2,83	15,523	0,004
Test**, p	e>b (test=244,50, p=0,012), e>c (test=181,50, p=0,015), e>d (test=335,50, p=0,011)						
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	17,00±0,00	17,43±5,68	15,09±4,74	16,67±7,35	15,34±5,70	2,82	0,588
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	99,00±0,00	72,86±13,06	68,00±24,63	88,17±17,04	85,10±23,61	11,52	0,021
Test**, p	b<d (test=61,00, p=0,014), b<e (test=265,50, p=0,028), c<d (test=51,00, p=0,031), c<e						
<i>Zorlantı</i>	25,00±0,00	12,14±5,46	11,18±5,08	15,89±7,14	14,97±8,06	8,778	0,067
<i>Aşırı Kaygı</i>	26,00±0,00	17,57±5,45	16,00±6,84	21,94±6,92	20,02±7,17	6,835	0,145
<i>Aşırılık</i>	19,00±0,00	19,50±6,68	18,73±9,64	24,72±5,53	26,56±6,20	16,49	0,002
Test**, p	b<d (test=69,50, p=0,031), b<e (test=193,50, p=0,001), c<e (test=166,50, p=0,008)						
<i>İçini Rahatlatma</i>	16,00±0,00	17,64±2,98	14,82±7,01	18,67±4,39	17,34±4,75	3,811	0,432
<i>Doktora Güvensizlik</i>	13,00±0,00	6,00±3,53	7,27±3,61	6,94±2,88	6,21±2,84	4,327	0,364

Ort: Ortalama; SS: Standard Sapma, Test*;Kruskall Wallis H Testi;Test**;Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Kronik hastalığı olan bireylerin ilaç kullanım süresine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 18’de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin ilaç kullanım süreleri ile ‘Doktora Güvensizlik’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,033$). 1-5 yıl arasında kronik hastalığı olan bireylerin ‘Doktora Güvensizlik’ alt boyut puan ortalamaları 5 yıl ve üstünde kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek idi ($p=0,007$).

Tablo 18. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin İlaç Kullanım Süresine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olan (n=100)				Test*	p
	0-6 ay ^a	6 ay -1 yıl ^b	1-5 yıl ^c	5 yıl ve üstü ^d		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	37,17±3,49	9,38±2,33	36,76±4,32	37,20±5,36	4,411	0,220
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	24,83±13,03	22,06±9,87	20,34±10,71	20,41±9,35	0,829	0,843
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	90,00±19,57	80,81±23,20	84,76±25,79	73,92±21,52	5,581	0,134
<i>Zorlantı</i>	14,00±7,38	13,50±6,04	16,28±9,05	11,55±4,80	4,934	0,177
<i>Aşırı Kaygı</i>	25,17±9,28	20,38±7,73	22,07±7,51	19,49±6,86	4,005	0,261
<i>Aşırılık</i>	25,17±5,88	24,13±7,76	21,76±9,47	20,78±8,93	2,434	0,487
<i>İçini Rahatlatma</i>	19,67±4,89	16,94±5,52	19,14±5,37	17,45±5,50	3,299	0,348
<i>Doktora Güvensizlik</i>	6,00±2,97	5,88±3,30	5,52±1,86	4,65±2,62	8,713	0,033
Test**, p	d<c (test=459,00, p=0,007)					

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test*;**Kruskall Wallis H Testi;**Test**;**Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık nedeni ile sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 19'da yer verilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık nedeni ile sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 19. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Nedeni İle Sağlık Kurumu/Hekime Başvuru Sıklığına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olan (n=100)				Test*	p
	Ayda bir ^a	Üç ayda bir ^b	Altı ayda bir ^c	Yılda bir ve daha uzun sürede ^d		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	38,20±4,38	37,81±2,87	36,56±5,48	37,60±5,22	2,11	0,55
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	24,83±13,03	22,06±9,87	20,34±10,71	20,41±9,35	2,742	0,433
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	90,00±19,57	80,81±23,20	84,76±25,79	73,92±21,52	0,734	0,865
<i>Zorlantı</i>	14,00±7,38	13,50±6,04	16,28±9,05	11,55±4,80	0,236	0,972
<i>Aşırı Kaygı</i>	25,17±9,28	20,38±7,73	22,07±7,51	19,49±6,86	0,292	0,962
<i>Aşırılık</i>	25,17±5,88	24,13±7,76	21,76±9,47	20,78±8,93	4,763	0,19
<i>İçini Rahatlatma</i>	19,67±4,89	16,94±5,52	19,14±5,37	17,45±5,50	1,481	0,687
<i>Doktora Güvensizlik</i>	6,00±2,97	5,88±3,30	5,52±1,86	4,65±2,62	1,99	0,575

Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test*;**Kruskall Wallis H Testi; **Test**;**Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Kronik hastalığı olan bireylerin herhangi bir sağlık nedeni ile sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 20’de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına ile ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,046$). ‘Vücudunda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluşma(travma veya kanama gibi)’ nedeni ile sağlık kurumu/hekime başvuran bireylerin ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ ölçek puan ortalamaları ‘Vücudunda hafif düzeyde herhangi bir değişiklik/ağrı/rahatsızlık/yaralanma ortaya çıktığında’ sağlık kurumu/hekime başvuran bireylerin ($p=0,010$), ‘Bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı’ sağlık kurumu/hekime başvuran bireylerin ($p=0,021$) puan ortalamalarından daha düşük idi.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin herhangi bir sağlık nedeni ile sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 21’de yer verilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık kurumu/hekime başvuru sıklığına ile ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,018$). ‘Bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı’ sağlık kurumu/hekime başvuran bireylerin ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ ölçek puan ortalamaları ‘Vücudunda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluşma(travma veya kanama gibi)’ ($p=0,004$) ve ‘Vücudunda hafif düzeyde herhangi bir değişiklik/ağrı/rahatsızlık/yaralanma ortaya çıktığında’ ($p=0,004$) sağlık kurumu/hekime başvuran bireylerin puan ortalamalarından daha düşük idi.

Tablo 20. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Kurumu/Hekime Başvuru Nedenine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olan (n=100)				Test	p
	Bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı	Vücudunda hafif düzeyde herhangi bir değişiklik/ağrı/rahatsızlık/yaralanma ortaya çıktığında	Vücudunda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluştuğunda (travma ve kanama gibi)	Diğer		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	36,56±5,69	38,20±3,15	37,39±5,01	36,00±4,24	1,684	0,640
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	23,48±10,70	22,54±8,26	17,19±9,42	25,00±25,46	8,022	0,046
Test**, p	c<a (test=320,00, p=0,021), c<b (test=407,00, p=0,010)					
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	83,41±23,45	80,37±14,55	73,78±29,21	96,00±18,38	5,330	0,149
Zorlanıtı	14,81±7,14	13,11±6,22	12,33±7,21	17,50±6,36	5,461	0,141
Aşırı Kaygı	21,63±8,09	20,94±4,92	19,64±8,55	24,00±15,56	2,773	0,428
Aşırılık	22,96±8,46	22,74±7,57	19,89±1,03	27,00±5,66	3,750	0,290
İçini Rahatlatma	18,67±4,95	18,43±4,50	17,03±6,56	18,50±6,36	1,686	0,640
Doktora Güvensizlik	5,33±2,22	5,14±2,45	4,89±2,83	9,00±4,24	4,854	0,183

Ort: Ortalama; SS: Standard Sapma, Test;Kruskall Wallis H Testi, Test**;Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Tablo 21. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Sağlık Kurumu/Hekime Başvuru Nedenine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=105)

ÖLÇEKLER	Kronik hastalığı olmayan (n=105)				Test	p
	Bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli olarak kontrol amaçlı ^a	Vücudumda hafif düzeyde herhangi bir değişiklik/ağrı/rahatsızlık/yaralanma ortaya çıktığında ^b	Vücudumda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik (travma ve kanama gibi) oluştuğunda ^c	Diğer ^d		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	33,00±6,05	38,05±2,89	37,57±3,19	35,67±4,76	10,040	0,018
Test**, p	b>a (test=53,50, p=0,004), c>a (test=81,50, p=0,004)					
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	16,00±4,90	16,41±5,19	15,31±6,43	16,83±6,55	1,443	0,696
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	87,12±27,99	79,35±21,65	84,22±19,35	77,33±21,87	1,938	0,585
Zorlantı	7,38±8,67	12,54±6,10	15,24±7,99	15,17±7,44	3,201	0,362
Aşırı Kaygı	21,75±9,47	19,41±7,01	19,67±6,82	18,33±6,22	0,780	0,854
Aşırılık	24,63±6,39	24,00±8,00	24,83±7,00	22,83±4,88	0,316	0,957
İçini Rahatlatma	18,88±4,39	16,76±5,62	17,89±4,16	13,83±4,02	5,515	0,138
Doktora Güvensizlik	4,50±2,14	6,65±3,29	6,59±2,93	7,17±3,60	4,552	0,208



Ort: Ortalama; **SS:** Standard Sapma, **Test;**Kruskall Wallis H Testi, **Test**;**Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi

Kronik hastalığı olan bireylerin ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyine Tablo 22’de yer verilmiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerin ‘Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği’ toplam puan ortalamaları ve ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olan bireylerin ‘Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği’ puan ortalamaları ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olan bireylerin ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ puan ortalamalarının; ‘Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’ toplam puan ortalamaları ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,415$, $p=0,000$), ‘Zorlantı’ alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=0,203$, $p=0,043$), ‘Aşırı Kaygı’ alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,489$, $p=0,000$), ‘Aşırılık’ alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=0,208$, $p=0,038$), ‘İçini Rahatlatma’ alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,387$, $p=0,000$), ‘Doktora Güvensizlik’ alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=0,225$, $p=0,025$) vardı. Kronik hastalığı olan bireylerin ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ puan ortalamaları arttıkça ‘Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’, ‘Zorlantı’, ‘Aşırı Kaygı’, ‘Aşırılık’, ‘İçini Rahatlatma’ ve ‘Doktora Güvensizlik’ puan ortalamalarının da arttığı belirlendi.

Tablo 22. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi (n=100)

ÖLÇEKLER		Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Zorlantı	Aşırı Kaygı	Aşırılık	İçini Rahatlatma	Doktora Güvensizlik
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	rs	1,000	-	-	-	-	-	-	-
	p	.	-	-	-	-	-	-	-
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	rs	-,115	1,000	-	-	-	-	-	-
	p	,254	.	-	-	-	-	-	-
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	rs	-,012	,415	1,000	-	-	-	-	-
	p	,907	,000	.	-	-	-	-	-
Zorlantı	rs	,068	,203	,702	1,000	-	-	-	-
		,503	,043	,000	.	-	-	-	-
Aşırı Kaygı	rs	-,168	,489	,856	,474	1,000	-	-	-
	p	,094	,000	,000	,000	.	-	-	-
Aşırılık	rs	,146	,208	,834	,458	,604	1,000	-	-
	p	,147	,038	,000	,000	,000	.	-	-
İçini Rahatlatma	rs	-,143	,387	,761	,347	,743	,560	1,000	-
	p	,155	,000	,000	,000	,000	,000	.	-
Doktora Güvensizlik	rs	-,029	,225	,204	,437	,073	,027	-,080	1,000
	p	,775	,025	,042	,000	,472	,792	,426	.

r: SpearmanRank Korelasyon Katsayısı.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyine Tablo 23'te yer verilmiştir.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin 'Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği' puan ortalamalarının 'Sağlık Anksiyetesi Ölçeği' puan ortalamaları ile negatif yönde çok zayıf bir ilişkisi olduğu bulundu ($r=-0,266$, $p=0,006$).

Kronik hastalığı olmayan bireylerin 'Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği' puan ortalamalarının Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde çok zayıf bir ilişkisi ($r=-0,201$, $p=0,040$) vardı. Kronik hastalığı olmayan bireylerin 'Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği' puan ortalamaları arttıkça 'Sağlık Anksiyetesi Ölçeği' ve 'İçini Rahatlatma' puan ortalamalarının da azaldığı belirlendi.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin 'Sağlık Anksiyetesi Ölçeği' puan ortalamalarının; Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puan ortalamaları ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,363$, $p=0,000$), 'Zorlantı' alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,291$, $p=0,043$), 'Aşırı Kaygı' alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde orta bir ilişki ($r=0,525$, $p=0,000$), 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=0,238$, $p=0,014$), 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=-0,201$, $p=0,040$) vardı. Kronik hastalığı olmayan bireylerin 'Sağlık Anksiyetesi Ölçeği' puan ortalamaları arttıkça 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puan', 'Zorlantı', 'Aşırı Kaygı' ve 'Aşırılık' puan ortalamalarının da arttığı, 'Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği' ve 'İçini Rahatlatma' puan ortalamalarının da azaldığı belirlendi.

Tablo 23. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi (n=105)

ÖLÇEKLER		Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Zorlanti	Aşırı Kaygı	Aşırılık	İçini Rahatlatma	Doktora Güvensizlik
Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği	rs	1,000	-	-	-	-	-	-	-
	p	.	-	-	-	-	-	-	-
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	rs	-,266	1,000	-	-	-	-	-	-
	p	,006	.	-	-	-	-	-	-
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	rs	-,169	,363	1,000	-	-	-	-	-
	p	,085	,000	.	-	-	-	-	-
Zorlanti	rs	-,137	,291	,734	1,000	-	-	-	-
	p	,164	,003	,000	.	-	-	-	-
Aşırı Kaygı	rs	-,181	,525	,851	,604	1,000	-	-	-
	p	,064	,000	,000	,000	.	-	-	-
Aşırılık	rs	-,057	,238	,748	,311	,547	1,000	-	-
	p	,565	,014	,000	,001	,000	.	-	-
İçini Rahatlatma	rs	-,201	,122	,603	,349	,490	,387	1,000	-
	p	,040	,214	,000	,000	,000	,000	.	-
Doktora Güvensizlik	rs	-,029	,078	,250	,245	,079	,003	-,160	1,000
	p	,769	,426	,010	,012	,425	,974	,104	.

r: SpearmanRank Korelasyon Katsayısı.

Kronik hastalığı olan bireylerin ölçek puanları ile yaş ve kullandığı ilaç türü sayısı arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyine Tablo 24'te yer verilmiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerin yaşları ile 'Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği' puan ortalamaları ile pozitif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=0,213$, $p=0,033$), 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' toplam puan ortalamaları ile negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,368$, $p=0,000$), 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde orta bir ilişki ($r=-0,518$, $p=0,000$), 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=-0,205$, $p=0,041$) vardı. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşları arttıkça bireylerin 'Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği' puan ortalamalarının arttığı, 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği', 'Aşırılık' ve 'İçini Rahatlatma' puan ortalamalarının da azaldığı belirlendi.

Kronik hastalığı olan bireylerin günlük kullandıkları ilaç türü sayısı ile 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' toplam puan ortalamaları ile negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,465$, $p=0,000$), 'Zorlantı' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,360$, $p=0,000$), 'Aşırı Kaygı' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,318$, $p=0,000$), 'Aşırılık' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,471$, $p=0,000$), 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,260$, $p=0,041$) vardı. Kronik hastalığı olan bireylerin günlük kullandıkları ilaç türü sayısı arttıkça bireylerin 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği', 'Zorlantı', 'Aşırı Kaygı', 'Aşırılık' ve 'İçini Rahatlatma' puan ortalamalarının da azaldığı belirlendi.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin ölçek puanları ile yaşları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyine Tablo 25'te yer verilmiştir.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin yaşları ile 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' toplam puan ortalamaları ile negatif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=-0,200$, $p=0,041$), 'Zorlantı' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=-0,228$, $p=0,010$), 'Aşırı Kaygı' alt boyut puan ortalamaları ile negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,260$, $p=0,007$) vardı. Kronik hastalığı olmayan bireylerin yaşları arttıkça bireylerin 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği', 'Zorlantı', 'Aşırı Kaygı', ve 'Aşırılık' puan ortalamalarının da azaldığı belirlendi.

Tablo 24. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Ölçek Puanları İle Yaş ve Kullandığı İlaç Türü Sayısı Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi (n=100)

ÖLÇEKLER		Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği	Sağlık Anksiyete Ölçeği	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Zorlanıtı	Aşırı Kaygı	Aşırılık	İçini Rahatlatma	Doktora Güvensizlik
Yaş	rs	0,213	-0,07	-0,368	-0,196	-0,167	-0,518	-0,205	0,032
	p	0,033	0,486	0	0,051	0,096	0	0,041	0,75
Kullandığı ilaç türü sayısı	rs	0,088	0,036	-0,465	-0,36	-0,318	-0,471	-0,26	-0,16
	p	0,384	0,721	0	0	0,001	0	0,009	0,113

r: SpearmanRank Korelasyon Katsayısı.

Tablo 25. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Ölçek Puanları İle Yaş Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi (n=105)

ÖLÇEKLER		Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği	Sağlık Anksiyete Ölçeği	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Zorlanıtı	Aşırı Kaygı	Aşırılık	İçini Rahatlatma	Doktora Güvensizlik
Yaş	rs	0,087	-0,089	-0,2	-0,228	-0,26	-0,123	-0,06	0,089
	p	0,379	0,366	0,041	0,019	0,007	0,211	0,545	0,365

r: SpearmanRank Korelasyon Katsayısı.

7. TARTIŞMA

7.1.Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyi

Araştırmaya katılan kronik hastalık sahibi bireylerin ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ toplam puan ortalaması $37,42 \pm 4,63$ idi. Ölçeğin kestirim değeri 34 olduğundan kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip oldukları söylenebilir. Diyabet tanılı bireylerle aynı ölçek kullanılarak yapılan yakın zamanlı bir başka çalışmada hastaların ölçek puan ortalamasının $31,30 \pm 8,85$ olduğu ve buna bağlı olarak akılcı ilaç kullanım bilgilerinin düşük olduğu belirtilmiştir(Akyolgüner ve diğ. 2020). Yine 65 yaş üstü ve en az bir kronik hastalığa sahip katılımcılarla gerçekleştirilen bir başka çalışmada da katılımcıların ‘Akılcı İlaç Kullanımı’ ölçeği toplam puan ortalamaları ($33,55 \pm 3,16$) olup, akılcı ilaç kullanım bilgisinin yetersiz olduğu ifade edilmiştir (Bayer ve Uzuntarla 2022). Mevcut çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının daha düşük olması ve belli bir hastalık grubuna özgü veriler içermemesi akılcı ilaç kullanımının daha yüksek bulunması ile ilişkili olabilir. Diğer yandan Yavuzemik (2018) tarafından yapılmış bir tez çalışmasında sürekli ilaç kullanan katılımcıların genel olarak ilaçlarını akılcı biçimde kullandığı belirtilmiştir. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların eğitim öncesi akılcı ilaç kullanımının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Cengiz 2018). Mevcut çalışmada olduğu gibi düzenli ilaç kullanması gereken kronik hastalık sahibi bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgisinin iyi olması sevindiricidir.

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ toplam puan ortalamaları $20,92 \pm 9,98$ olarak bulunmuştur. Bu durumda kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık anksiyetesi durumlarının orta düzeyde olduğu kronik hastalığı olan bireylerin yüksek düzeyde olmamakla birlikte sağlıkları hakkında endişe yaşadıkları söylenebilir.Ülkemizde 237 morbid obez bireyin (Çelik 2019) ve Ürdün’de 153 KOAH hastasının değerlendirildiği (Abu Tabar ve diğ.2021) iki çalışmada da benzer şekilde katılımcıların orta düzeyde anksiyete yaşadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Bununla birlikte 200 diyabet hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların %32’sinin anksiyeteden eşik üstü puan aldıkları belirlenmiştir(Kavak ve Aktürk 2019). Kronik kalp yetersizliği olan 100 hastasının değerlendirildiği bir çalışmada (İlhan 2019) ve

114 kronik solunum sistemi ve kalp hastası ile yapılmış diğer bir çalışmada (Aydemir ve diğ. 2015) da hastaların anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalardan farklı olarak belli bir hastalığa spesifik olmayan kronik hastalığa sahip 119 bireyi kapsayan bir çalışmada ise katılımcıların anksiyete düzeylerinin yüksek olmadığına işaret edilmektedir (Buldan ve Kuzu Kurban 2018). Çalışmalarda kronik hastalıklarda anksiyete açısından farklı sonuçların bulunması hastalığın ciddiyeti, yaşam kalitesini etkileme durumu, kronik hastalıkla geçirilen süre, hastalık tipi gibi farklı değişkenlerle ilgili olabilir.

Kronik hastalığı olan katılımcıların siberkondri düzeylerine baktığımızda ‘Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’ toplam puan ortalaması $79,13 \pm 23,32$ olarak bulunmuştur. Katılımcılarımızın siberkondri düzeylerinin orta olduğunu söyleyebiliriz. Çalışma sonuçlarımıza paralel şekilde 345 kalp hastası ile yapılmış bir çalışmada katılımcıların siberkondri düzeylerinin mevcut çalışmaya benzer olduğu ifade edilmiştir (Güzel 2020). Katılımcıların %25,1’i kronik hastalık sahibi üniversite çalışanlarıyla yapılmış bir diğer çalışmada ise siberkondri düzeyi düşük bulunmuştur (Altındiş ve diğ. 2018). Çalışma sonuçlarının değişkenlik göstermesi çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması, eğitim seviyesi ve dolayısıyla dijital okur yazarlık durumları ile ilişkili olabilir.

7.2. Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyi

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ toplam puan ortalamaları $37,28 \pm 3,66$ olarak bulunmuştur. Ölçek kestirim değeri 34 olduğundan, katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduklarını söyleyebiliriz. Yakın zamanlı yapılan diğer çalışmalarda da çalışmaya katılan bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgisinin iyi düzeyde olduğu yönünde veriler bulunmaktadır (Öztürk ve Acar 2021; Uçman ve Uysal 2021; Macit ve diğ. 2019; Aca ve Özkan 2020). Bu durum akılcı ilaç kullanımına yönelik farkındalıkların arttığını göstermesi açısından sevindiricidir.

Kronik hastalığı bulunmayan katılımcıların sağlık anksiyetesi durumlarına baktığımızda ise ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ toplam puan ortalamaları $15,83 \pm 5,86$ olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlıkları ile ilgili ciddi düzeyde bir endişe yaşamadığı söylenebilir. Türkiye’de 1050 kişi ile yapılmış bir

çalışmada kronik hastalık varlığı sorgulanmadan katılımcıların sağlık anksiyetesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tutku ve diğ. 2020). Hemşirelik, tıp gibi sağlık alanı öğrencileri ve diğer bölümlerde okuyan üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da öğrencilerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin benzer olduğu görülmektedir (Doğan ve diğ. 2021; Özgül ve Saatçi 2021). Yardımcı ve AnaforoğluKülünkoğlu'nun (2022) paralimpik sporcularla yaptığı çalışmada katılımcıların sağlık anksiyete düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Mevcut çalışmanın bulguları diğer çalışmaların bulgularıyla karşılaştırıldığında sağlık anksiyetesi açısından benzer sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir.

Kronik hastalığı olmayan katılımcılarınsiberkondri düzeylerine baktığımızda 'Siberkondri Ciddiyet Ölçeği' toplam puan ortalamaları $82,33 \pm 20,90$ olarak bulunmuştur. Katılımcılarınsiberkondri düzeylerinin orta olduğunu söyleyebiliriz. Ülkemizde bir üniversitenin 335 çalışanının katıldığı bir çalışmada benzer şekilde katılımcıların siberkondri düzeylerinin orta olduğu belirtilmiştir (Uzun 2016). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da öğrencilerin siberkondri düzeyleri orta (Aydın Kartal ve Kaya 2021) veya ortanın biraz üstünde (Elçiyar ve Taşçı 2017) tespit edilmiştir. Buna karşın Hindistan'da teknoloji firmalarında çalışan 205 kişiyle gerçekleştirilen bir çalışmada siberkondrigörülme sıklığı %55,6 olarak belirtilmiş olup, siberkondrinin bu grupta yaygın olduğu ifade edilmektedir (Makarla ve diğ. 2019). Çalışmalarda katılımcıların kronik hastalık varlığı dikkate alınmamış olmakla birlikte mevcut çalışmamız da göz önünde bulundurularak ülkemizde sağlıklı popülasyon açısından siberkondrinin var olduğunu ancak yüksek olmadığını söyleyebiliriz.

7.3.Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanım durumlarını karşılaştırdığımızda gruplar arasında 'Akılcı İlaç Kullanımı' ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatikselaçından anlamlı bir fark bulunamadı. Yakın zamanlı çalışmalarda kronik hastalığı olan ve olmayan yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanım tutumlarında fark olmadığı (Kuloğlu ve Ekici 2022), akılcı ilaç kullanımı bilgi yeterliliği açısından benzer olduğu (Kılıç 2020), akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımına göre değişmediği (Uçman ve

Uysal 2021) bildirilmiştir. Dağtekin ve diğ. (2018) akılcı olmayan ilaç kullanımını sorguladıkları çalışmalarında kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların benzer sonuçlar gösterdiğini bildirmektedir. Farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin değerlendirildiği geniş popülasyonlu bir çalışmada (Akkaya ve Koçaşlı 2022) ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (Özkan ve Aca 2020) da kronik hastalığa sahip olmanın akılcı ilaç kullanımında değişiklik göstermediği ifade edilmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışma da kronik hastalığa sahip olmanın reçetesiz ilaç kullanımıyla ilişkisinin olmadığı bildirilmiştir (Açıksöz ve diğ. 2019). Ulaşılan bu çalışmalar mevcut çalışmada elde edilen kronik hastalık varlığının akılcı ilaç kullanımı açısından fark yaratmadığı bulgusunu destekler niteliktedir. Kronik hastalığı olsun veya olmasın her bireyin ilaç kullanımı ihtiyacı olduğunda doğru biçimde ilaç kullanımı hem bireylerin sağlığı hem de kaynakların en iyi şekilde kullanımı açısından önemlidir.

Diğer yandan akılcı ilaç kullanımı kavramının kronik hastalığı olanlar tarafından daha fazla bilindiği ifade edilmektedir (Yaramış ve Ulupınar 2021). Bağrıyanık (2019) tarafından yapılmış bir tez çalışmasında kronik hastalığa sahip bireylerin diğer bireyler nazaran akılcı ilaç kullanımı konusuna daha ilgili oldukları tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin düzenli ilaç kullanmaları ve sağlık kurumlarına daha sık başvurmalarından dolayı akılcı ilaç kullanımı ifadesini daha fazla duymaları ve dolayısıyla farkındalıklarının daha yüksek olması beklenebilir. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarla yapılan bir başka çalışmada da kronik hastalığı olmayan bireylerde doktora danışmadan ilaç kullanma oranının daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (Kılıç 2020). Bununla birlikte ‘evde bulunması için’ hekimden ilaç reçete etmesini isteme ve bitkisel ilaçları kullanma ve evde bulundurma kronik hastalık varlığıyla ilişkili olduğu da belirtilmektedir (Ötegen 2017). Kronik hastalık sahibi bireyler düzenli ilaç kullanma zorunluluğundan dolayı ilaca ulaşmada sorun yaşamamak adına evde fazladan ilaç bulunduruyor olabilirler. Kronik hastalığı olan bireylerin ilaçların son kullanma tarihlerine daha az dikkat ettikleri, prospektüslerini daha az sıklıkta okudukları gibi sonuçlar da mevcuttur (Köse 2018). Çalışma sonuçlarında elde edilen benzerlik veya farklılıklar akılcı ilaç kullanımında kronik hastalık varlığının yanı sıra sosyo-demografik veya hastalıkla ilişkili başka değişkenlerin de rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri karşılaştırıldığında, kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşıldı. Diğer çalışmalar incelendiğinde mevcut çalışmaya benzer şekilde kronik hastalığasahipkatılımcıların, diğer bireylere göre daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi yaşadığı görülmektedir (Polat 2020; Aktürk Oğulluk 2019; Beyoğlu 2019; Esen ve diğ. 2018). Çeşitli nedenlerle hastanede yatan hastalarla yapılmış bir çalışmada da kronik hastalığa sahip olmanın ve bu sebepten dolayı ilaç kullanımının sağlık anksiyetesini arttırdığı bulunmuştur (Bahadır Yılmaz ve diğ. 2018). Yaşlı bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmada da kronik hastalığa sahip yaşlıların ölüm kaygısı ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Şanal Karahan ve Hamarta 2019). Daha genç popülasyon olan tıp fakültesinde öğrenim görenbireyler ile gerçekleştirilmiş çalışmada da kronik hastalığa sahip öğrencilerin anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur (Yeniocak Tunç ve Yapıcı 2019). Kronik hastalıklar bireylerin yaşam alışkanlıklarında ve biçimlerinde önemli düzenlemeler veya değişiklikler gerektirebilir. Ayrıca mevcut veya olası diğer akut sağlık sorunlarını da etkileyebilir. Bu durum kronik hastalığa sahip bireylerin daha fazla düzeyde anksiyete yaşamalarına yol açıyor görünmektedir.

Kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların siberkondri düzeyleri incelendiğinde ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla beraber, bazı alt boyutlarda fark bulundu. Alt boyut puan ortalamaları Aşırılık ve Doktora Güvensizlik açısından farklılaşmaktayken, İçini Rahatlatma, Aşırı Kaygı ve Zorlantı açısındanbir fark yoktu. Kronik hastalığı olmayan bireylerin Aşırılık ve Doktora Güvensizlik düzeyleri daha yüksek idi. Bu durumun kronik hastalık sahibi bireylerin sağlık kurumuna daha fazla başvuru yapması ve hekimi ile daha sık görüşmesi ile ilişkisi olabilir. Sık ve düzenli görüşmelerin hekim hasta ilişkisinin daha sağlıklı olmasına, prognoz iyileştikçe doğru tedavi aldığına yönelik inancın artmasına, dolayısıyla hekime daha çok güvenmeye yol açtığı düşünülmektedir.Ülkemizde bu konuda yapılmış diğer çalışmalara baktığımızda kronik hastalığı olmayan bireylerin siberkondri düzeylerinin kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğuna yönelik veriler bulunmaktadır (Altındış ve diğ. 2018; Tüter 2019). Yada kronik hastalığı olanların zorlantı alt boyut düzeyinin daha yüksek olduğu gibi bulgulara da rastlanmaktadır (Aygün 2021).Çalışmalar arasında

siberkondrininkronik hastalık ile ilişkisine yönelik benzerlik ve farklılıklar olabildiği görülmektedir. Sonuçlar, yaş, eğitim seviyesi ve dijital okur yazarlık gibi siberkondri ile ilişkili değişkenlerinden kaynaklanmış olabilir.

7.4 Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi İle İlişkili Faktörler

7.4.1. Akılcı İlaç Kullanımı

Cinsiyet

Mevcut çalışmada bireylerin akılcı ilaç kullanımını ile ilişkili faktörlere baktığımızda hem kronik hastalığı olan hem de olmayan bireylerin ölçek puan ortalamaları cinsiyete göre değişmemekteydi. Aile hekimlerine başvuran bireyler ile gerçekleştirilmiş bir çalışmada (Kılıç 2020) ve kronik hastalığı bulunan hastalarla yapılan diğer bir çalışmada da (Bayer ve Uzuntarla 2022) cinsiyet ve akılcı ilaç kullanımı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Akılcı ilaç kullanımını kuşaklar arası inceleyen bir çalışmada (Şengül 2021) ve öğrencilerde yapılan bazı çalışmalarda (Uçman ve Uysal 2021; Özkan ve Aca 2020) görüldüğü gibi sağlıklı grupların akılcı ilaç kullanımının kadın ve erkeklerde benzer olduğu görülmüştür. Diğer yandan diyabet hastası kadınların akılcı ilaç kullanımının, erkek hastalardan daha iyi olduğu (Akyol Güner ve diğ. 2020), kadın öğrencilerin daha yüksek düzeyde akılcı ilaç kullanımı olduğu (Öztürk ve Acar 2020; Akkaya ve Koçaşlı 2022), kadınların akılcı ilaç kullanımı farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu (Bağrıyanık 2019), ilaçların kullanma talimatlarını kadınların daha fazla okudukları (Yaramış ve Ulupınar 2021) gibi kadınlar lehine sonuçlara da rastlanmaktadır.

Medeni Durum

Mevcut çalışmada kronik hastalığa sahip olan ve olmayan bireylerin medeni durumlarına göre akılcı ilaç kullanımı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Aile sağlığı birimine başvuran bireyler ile gerçekleştirilen çalışmada ilacın kullanım amacını bilme, reçetesiz ilaç alma, bitkisel ilaç kullanma, evde ilaç bulundurma, ilacı doktordan temin etme ve tedaviyi erken bırakma gibi akılcı ilaç kullanımını gösteren bazı davranışların medeni durumla ilgisi olmadığı bulunmuştur (Yavuz Emik 2018). Benzer şekilde kronik hastalığı olan bireylerin medeni durumunun akılcı ilaç kullanımını etkilemediği görülmüştür (Bayer ve

Uzuntarla2022). Bu çalışmalardan farklı olarak hem sağlıklı popülasyon hem de kronik hasta popülasyonu açısından farklı sonuçlar bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Uçman ve Uysal (2021) evli bireylerin bekarlara göre ve Akyol Güner ve diğ. (2020) evli diyabet hastalarının bekar hastalara göre akılcı ilaç kullanım düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Eğitim Durumu

Mevcut çalışmada akılcı ilaç kullanımının üniversite mezunlarında daha yüksek olduğu bu durumun kronik hastalığı olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu bulunmuştur. Bayer ve Uzuntarla (2022) eğitim düzeyinin yaşlı hastaların akılcı ilaç kullanımında belirleyici bir faktör olmadığını belirtse de eğitim düzeyi yükseldikçe gerek kronik hastalığı olan gerekse olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımının daha iyi olduğunu tespit eden (Akyol Güner ve diğ.2020; Şengül 2021; Uçman ve Uysal 2021) çalışmalar da mevcuttur. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin doğru bilgiye ulaşması ve dolayısıyla sağlık bilgilerinin de artması beklenen bir durumdur.

Yaş

18-65 yaş arası kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin dahil edildiği bu çalışmada akılcı ilaç kullanım düzeyi her iki grup açısından da yeterli bulundu. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerin yaşları ile akılcı ilaç kullanım düzeyleri aralarında pozitif yönlü ve çok düşük düzeyde ilişki tespiti yapıldı. Akyol Güner ve diğ. (2020) tarafından 65 yaş üstü bireylerin de dahil edildiği diyabet hastaları ile yapılan çalışmada akılcı ilaç kullanımının mevcut çalışmaya göre daha düşük olduğu ve yeterli düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Bu durum daha yaşlı katılımcılarda yaşa bağlı unutkanlık, çoklu ilaç kullanımı gibi faktörlerle ilgili olabilir.Şengül (2021) tarafından yapılan farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı durumunu ölçmek için gerçekleştirilmiş bir çalışmada Y kuşağı bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgisinin diğer bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Farkındalık bilinci yüksek olarak bilinen Y kuşağının akılcı ilaç kullanımında da duyarlı olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışma Durumu

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin çalışma durumları ile akılcı ilaç kullanımı puan ortalamalarına bakıldığında istatikselaçındanherhangi bir fark bulunmadı. Benzer şekilde diğer çalışmalarda da

akılcı ve güvenli ilaç kullanımının çalışma durumuna göre değişiklik göstermediği tespit edilmiştir (Bayer ve Uzuntarla 2022; Kuloğlu ve Ekici 2021). Yavuz Emik (2018) eczacıya danışarak ilaç temin etme, reçetesiz ilaç alma, doktordan bilgi alma, yan etki görüldüğünde sağlık kuruluşuna başvurma gibi durumların, bireylerin çalışma durumuna göre değişmediğini, Ötegen (2017) de antibiyotik tedavisinin tamamlamadan kesilmesi, yakınlarla ilaç önerme ve doktora danışmadan ilaç kullanıma gibi durumların bireylerin çalışma durumları ile ilişkili olmadığını belirtmektedir. Görüldüğü gibi bireylerin bir işte çalışıp çalışmamasının akılcı ilaç kullanımını açısından bir fark yaratmadığı anlaşılmaktadır.

Ekonomik Durum

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımını puan ortalamaları üst gelir grubunda daha yüksek bulunsa da bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu sonuçlar diğer bazı çalışma sonuçlarını (Özkan ve Aca 2020; Akkaya ve Koçaşlı 2022) desteklemektedir. Bununla birlikte gelir durumu iyi olanların akılcı ilaç kullanım düzeyinin (Akyol Güner ve diğ. 2020; Bayer ve Uzuntarla 2022) ve akılcı ilaç kullanım farkındalığının daha yüksek olduğu (Macit ve diğ. 2019) da ifade edilmektedir. Gelir durumu yüksekliğinin daha üst düzeyde eğitim almayı, daha iyi sağlık hizmeti almayı ve bilgiye ulaşmayı kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Sağlık Hizmeti ve İlaç Kullanımı

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin sürekli kullandığı ilaçlara başlama süresi ile akılcı ilaç kullanımını puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel açıdan bir ilişki tespit edilmedi. İlaç kullanım süresinin hastalık tanısının alındığı süreyle paralel olduğu düşünülürse, hastalık süresinin akılcı ilaç kullanımını etkilemediği bulgusu (Bayer ve Uzuntarla 2022) mevcut çalışmanın verilerini destekler niteliktedir. Bu durum hastaların sürekli kullandığı ilaçlarını hastalığın başında öğrendiklerini ve bu şekilde devam ettiklerini göstermesi açısından olumlu bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin hekime başvuru sıklığının ve nedenlerinin akılcı ilaç kullanımını ile ilişkili olmadığı anlaşılmıştır. Buna rağmen kronik hastalığı olmayan bireyler arasında hastalık veya rahatsızlık olmasa bile düzenli hekim başvurusu olan hastaların akılcı ilaç kullanımının daha düşük düzeyde

olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bazı bireyleri ciddi bir hastalıkları olmasa da sağlığı ile ilgili endişelerinin daha fazla olmasıyla, dolayısıyla gereğinden daha fazla ilaç kullanımıyla ilişkili olabilir.

7.4.2.Sağlık Anksiyetesi

Cinsiyet

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan erkek ve kadın katılımcıların ölçek puan ortalamalarının bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Buna göre sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre değişmediğini söyleyebiliriz. Yapılan çalışmalarda mevcut çalışma bulgularıyla çelişen; kronik hastalığa sahip kadınların erkeklerden daha yüksek sağlık anksiyetesi olduğuna yönelik sonuçlara (Beyoğlu 2019; Çelik 2019; Buldan ve Kuzu Kurban 2018; Aydemir ve diğ. 2015) veya mevcut çalışmayla örtüşen; kronik hastalığı bulunan kadın ve erkeklerin anksiyete düzeylerinin benzer olduğuna (Polat 2020; Aktürk Oğulluk 2019) yönelik verilere rastlanmıştır. Sağlıklı gruplar, örneğin üniversite öğrencileri (Özgül ve Saatçi 2021) ve sporcular (Yardımcı ve AnaforoğluKülünkoğlu 2022) ile yapılan çalışmalarda da kadın ve erkekler arasında sağlık anksiyetesi düzeylerinin benzer olduğu bildirilmiştir.

Medeni durum

Mevcut çalışmada medeni durumun sağlık anksiyetesiyle anlamlı bir ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerle (Beyoğlu 2019; Buldan ve Kuzu Kurban 2018; Aydemir ve diğ. 2015) ve sağlıklı yetişkin bireylerle yapılmış diğer çalışmalarda da (Esen ve diğ. 2018; Yeniocak Tunç ve Yapıcı 2019) medeni durumun sağlık anksiyetesini etkilemediği görülmüştür. Yapılan çalışmalara bakıldığında mevcut çalışma bulgularının desteklendiği anlaşılmaktadır.

Eğitim Durumu

Mevcut çalışmada eğitim durumu ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir fark olmasa da eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık anksiyetesinin azaldığı gözlemlendi. Literatürde eğitim durumu yüksek olanların sağlık anksiyetelerinin daha düşük olduğu (Beyoğlu 2019) veya eğitimin sağlık anksiyetesinde fark yaratmadığı (Esen ve diğ.2018) gibi farklı sonuçlara işaret eden bulgulara rastlanmaktadır. Mevcut çalışmada da kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin eğitim durumlarına göre

sağlık anksiyetelerinin değişmediği anlaşılmıştır. Bu durum bireylerin eğitim düzeylerinden ziyade sağlık okur yazarlığı ile ilişkili olabilir.

Yaş

Çalışmamızda kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin sağlık anksiyetesi ile yaşları arasında ilişki bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında yapılan diğer birkaç çalışmada da katılımcıların yaşları ile sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (Polat 2020; Esen ve diğ. 2018). Mevcut çalışma literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışma Durumu

Mevcut çalışmada bireylerin çalışma durumuna göre sağlık anksiyetesinin değişmediği tespit edilmiştir. Aydemir ve diğ. (2015) ve Esen ve diğ. (2018) bireylerin bir işte çalışma durumu ve sağlık anksiyetesi açısından benzer sonuçlar bildirmektedir. Sağlık anksiyetesi yerine genel anksiyetenin değerlendirildiği bir çalışmada da (Beyoğlu 2019) mesleği olmayan kronik hastalık sahibi bireylerin daha yüksek anksiyete yaşadığı bildirilmiş olup, bu durum bireylerin geçim kaygısının daha ön planda olması ile ilişkili olabilir.

Ekonomik Durum

Sosyoekonomik düzeyin kötü olmasının sağlık anksiyetesini artırdığı belirtilmektedir (Bahadır Yılmaz ve diğ.2018). Ekonomik yetersizlik algısı sağlık harcamalarına ayrılacak bütçenin de yetersiz algılanmasını gerektirebilir. Bununla birlikte kronik hastalığı olan veya olmayan bireyler ile yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik durumun sağlık anksiyetesi ile ilişkili olmadığı (Beyoğlu 2019; Buldan ve Kuzu Kurban 2018) belirtilmiştir. Mevcut çalışmada da ekonomik durumla ilgili benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Sağlık Hizmeti ve İlaç Kullanımı

Kronik hastalığa sahip katılımcıların ilaç kullanım süreleri ile sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Buna karşın bir hastalık/rahatsızlık veya yaralanma olmadan düzenli hekime başvuranların sağlık anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin hastalıkları ile ilgili kaygılarının hekimi daha sık ziyaret etmeye, dolayısıyla sağlık kontrollerini yaptırmaya yönelttiği anlaşılmaktadır.

7.4.3. Siberkondri

Cinsiyet

Mevcut çalışmada siberkondri düzeyini etkileyen faktörlere baktığımızda kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin cinsiyetleri ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Literatürde kadınlarda siberkondri düzeyinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Tüter 2019) Bununla birlikte mevcut çalışmaya benzer şekilde cinsiyetin siberkondri ile ilişkili olmadığını söyleyen çalışmalara da rastlanmaktadır (Altındış ve diğ.2018; Elciyar ve Taşçı 2017; Aygün 2021).

Medeni Durum

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin siberkondri düzeylerinin medeni duruma göre değişmediği, ancak kronik hastalığı olan eşi vefat etmiş veya boşanmış bireylerin aşırılık düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna karşın bekarların siberkondri düzeylerinin daha düşük olduğunu belirten çalışmalara rastlanmıştır(Tüter 2019).Kronik hastalığı olan bireyler ile yapılan diğer çalışmalarda medeni durumun siberkondri ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Güzel 2020; Altındış ve diğ.2018; Uzun 2016). Çalışmalardan elde edilen sonuçların farklılığı yaş, sağlık okuryazarlığı gibi diğer faktörlerle de ilgili olabilir.

Eğitim Durumu

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde eğitim durumu siberkondri açısından fark yaratmazken, kronik hastalığı olmayan okuryazar bireylerin siberkondri düzeyleri yüksek bulunmuştur. İlkokul ve orta okul mezunu bireylerin siberkondri düzeyleri ise lise ve üniversite mezunu olan bireylere göre düşük bulunmuştur. Görüldüğü gibi daha fazla eğitilmiş grup ile eğitimsiz grubun sonuçları benzerdir. Güleşen (2019) lise ve üstü eğitimi olanlarda, Tüter (2019) üniversite mezunlarında siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Eğitim düzeyi yüksek bireyler sağlıkları ile ilgili daha fazla bilgi edinmekte ve bu konuda endişelenmekte olabilir. Okuryazar grubunun siberkondri düzeylerinin yüksek olması ise sağlık okuryazarlığının ve teknoloji okuryazarlığının düşük olması ile ilgili olabilir.

Yaş

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin yaşları ile siberkondri düzeyleri arasında negatif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin yaşları arttıkça siberkondri düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Güzel (2020)'in çalışmasında 30 yaş altı bireylerde siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. 50 yaş altı bireylerin siberkondri düzeylerinin daha yaşlı bireylere göre yüksek olduğu belirtilmiştir (Tüter 2019; Güleşen 2019) Bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu durumun genç yaştaki bireylerin interneti daha fazla kullanmasından kaynaklandığı kanaatindeyiz.

Çalışma Durumu

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan emekli bireylerin aşırı kaygı ve aşırılık alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşük bulundu. Çalışanların ise aşırı kaygı alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulundu. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların çalışma durumları ve siberkondri düzeyleri arasında bir ilişki bulunamadı. Tüter (2019) benzer şekilde bireylerin bir işte çalışma durumunun siberkondri açısından fark yaratmadığını ifade etmekte olup, mevcut çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Diğer yandan kalp hastaları ile yapılan bir çalışmada tam zamanlı çalışan hastaların siberkondri düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Güzel 2020). Mevcut çalışmanın farklı kronik hasta gruplarını dahil etmesi, Güzel'in çalışmanın ise yoğun iş temposunun önemli olduğu kalp hastaları ile yapılması farklı sonuçlar elde edilmesine neden olmuş olabilir. Kronik hastalığı olan emeklilerin bazı siberkondri alt boyutlarının düşük çıkması, hastaların yaşlarının daha yüksek olması ve dolayısıyla internet kullanımlarının daha az olması ile ilişkili olabilir.

Ekonomik Durum

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların ekonomik durumları ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bireylerin siberkondri düzeyinin ekonomik durumları ile bağlantılı olmadığı Altındış ve diğ. (2018) tarafından da bildirmekte olup, mevcut çalışmanın bulguları ile benzerdir

Sağlık Hizmeti ve İlaç Kullanımı

Literatürde bireylerin sağlık kurumuna başvuru sayısı daha yüksek olanların siberkondri düzeylerinin de yüksek olduğu bildirilmiştir (Güzel 2020; Tüter 2019). Bu durum siberkondri düzeyi yükseldikçe bireylerin hastalığı olduğu düşüncesi ile sağlık hizmeti arama davranışının artması ile ilgili olabilir. Mevcut çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin ilaç kullanım süresi, hekime başvuru sıklığı ve başvuru nedenleri açısından siberkondri düzeylerinin farklılaşmadığı anlaşılmıştır. Kronik hastalığı olan bireyler düzenli sağlık kontrolüne gittikleri için sağlık personeli ile görüşerek elde ettikleri sağlık bilgilerini yeterli buluyor olabilirler.

Görüldüğü gibi sosyo-demografik değişkenler ile akılcı ilaç kullanımı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi ilişkisine yönelik çalışma sonuçları benzerlik veya farklılıklar gösterebilmektedir. Bu durum diğer karıştırıcı değişkenlerin etkisi veya çalışmaların yöntemsel özellikleri ile ilgili olabilir.

7.5. Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri Arasındaki İlişki

7.5.1. Sağlık Anksiyetesi- Siberkondri

Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyi arttıkça siberkondri düzeyinin arttığı ve bu artışın siberkondrinin tüm boyutlarında (aşırılık, içini rahatlatma, zorlantı, doktora güvensizlik ve aşırı kaygı) olduğu anlaşıldı. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeyleri aralarında da pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edildi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin de sağlık anksiyetesi düzeyi arttıkça siberkondri düzeyinin arttığı ve bu artışın siberkondrinin zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık boyutlarından kaynaklandığı anlaşıldı. İnternet üzerindeki tıbbi bilgileri incelemek, bireylerde tıbbi olarak yanlış giden herhangi bir şeyin var olmadığına dair güvence oluşturmaya çalıştıkları bir güvenlik davranışı olabilir (Fergus 2013). Sağlık anksiyetesi ile ilgili güvenlik davranışı, tıbbi sorunlar üzerinde bilinmeyeni azaltma ya da belirsizlik ortamını son buldurma girişimidir. Dolayısıyla güvenlik davranışına katılım ile sağlık kaygısının korunabileceği düşünülmektedir (Olatunji ve diğ. 2011). Medyada hastalıklarla alakalı bilgilere sıkça maruz kalınmasının ciddi sağlık

anksiyetesi başlanmasına neden olacağı ve odaklanmayı olumsuz etkileyeceği bildirilmektedir(Abramowitzve diğ. 2002). Sağlık anksiyetesinin hem çevirim içi sağlık bilgisi arama hem de siberkondri ile ilişkili olduğuna yönelik sonuçlar (McMullan ve diğ.2019) mevcut çalışmanın verileriyle de desteklenmiştir. İçlerinde kronik hastalığı olanların da bulunduğu hemşirelerle yapılmış bir çalışmada siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasında mevcut çalışmaya benzer bir ilişki bulunmuştur (Polat 2020). Yapılan diğer çalışmalarda da siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir (Doğan ve diğ 2021; Özyıldız ve Alkan 2022). İnternette sağlık ile ilgili daha çok arama yapan kişilerin endişe düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Başoğlu 2018). Sağlık anksiyetesine yönelik bilinmezliği azaltılabilmesi için internet üzerinden erişilen tıbbi bilgilerle bireyler kendilerine tutarlı ve uyumlu bir bilgi sistemi oluşturmaya çalışmaktadır (Caiata ve Zufferey 2010). Buna göre sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin internetteki bilgilere dayanarak sağlıklarını değerlendirdiğini ve çözüm aradığını söyleyebiliriz. Diğer bir bakış açısıyla da internetteki sağlık bilgilerine göre sağlıklarını değerlendirerek çözüm arayan hastaların daha fazla sağlık anksiyetesi yaşadığını da düşünebiliriz.

7.5.2. Akılcıİlaç Kullanımı- Sağlık Anksiyetesi

Mevcut çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, kronik hastalığı olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında negatif yönde zayıf da olsa bir ilişkisi bulundu. Buna göre kronik hastalığı olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımı arttıkça sağlık anksiyetesinin azaldığını veya diğer yönden sağlık anksiyetesi arttıkça akılcı ilaç kullanımının azaldığını söyleyebiliriz. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada reçeteli ilaçların tıbbi olmayan kullanımını bildiren katılımcıların sağlık anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, sağlık hizmeti randevularının daha sık olduğu ve kronik hastalık bildirme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık anksiyetesi yüksekliğinin ilaçların tıbbi olmayan kullanımını artırdığı, dolayısı ile akılcı ilaç kullanımı için risk faktörü oluşturduğu ifade edilmektedir (Jeffers ve diğ. 2015). Sağlık anksiyetesi değerlendirilmemiş olmakla birlikte ölüm kaygısının artmasının akılcı ilaç kullanımını azalttığı bildirilmiştir (Korkut ve Sevinç 2021). Buna göre bireylerin

sağlık ve hayatta kalma ile ilgili kaygılarının onları hatalı ilaç kullanmaya yöneltebileceği anlaşılmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin ise sağlıkları ile ilgili endişeleri olsa da akılcı ilaç konusunda daha duyarlı davrandıkları ve hastalıklarının takip gerektirmesi nedeniyle hekim kontrollerine ve önerilen tedaviye bağlı kaldıkları düşünülebilir.

7.5.3. Akılcı İlaç Kullanımı -Siberkondri

Mevcut çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin akılcı ilaç kullanımı ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Kronik hastalığı olmayan bireylerin ise akılcı ilaç kullanımının siberkondri 'İçini Rahatlatma' boyutu ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu bulundu. Kronik hastalığı olan bireyler düzenli kontrollere gitmek durumunda olmaları dolayısıyla ilaç kullanımı konusunda doğru bilgileri sağlık personelinde almakta ve internetten bilgi aramaya fazla ihtiyaç duymuyor olabilir. Oysaki kronik bir hastalığı olmayan bireylerin sağlık sorunları ile ilgili öncelikle internete yöneldikleri, daha sonra kaygılarını azaltmak için bulduğu bilgileri sağlık personeline onaylatmaya çalışmakla birlikte kendi düşüncelerine göre ilaç kullandıkları anlaşılmaktadır. Tosun ve Hoşgör (2021) E-sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin akılcı ilaç kullanım farkındalıklarının daha yüksek olduğunu söylemektedir.

Üniversite çalışanları ile yapılan bir çalışmada, internette sağlık bilgisi arama sonrası doktorlarının başlamış olduğu tedaviyi yarım bırakanların oranı %5,8 ve internetten edindikleri bilgiler doğrultusunda kendi sağlıklarını doğru bir şekilde takip edebileceklerini düşünenlerin oranı %13,8 olarak bulunmuştur. Bireylerin %38.7'sinin internet üzerinden bilgi sahibi oldukları ilaçlar ve tetkikler konusunda doktora ısrarcı oldukları, %85.5'inin bir sağlık kuruluşuna veya doktora gitmeden yaşadığı sağlık sorunu ile ilgili ilgili internetten araştırma yaptığı, %12.1'inin internet üzerinden yaptıkları araştırmalar ile sahip oldukları rahatsızlığa tanı koyabildiklerini ve ilaç başladıkları anlaşılmıştır. Katılımcıların %68.2'si doktorun verdiği ilaçları uygulamadan önce bu ilaçlarla ilgili internetten araştırma yaptıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca %34.1'i de hastalık ile alakalı belirti ve şikayetlerini internetle araştırmanın aile ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Altındış ve diğ. 2018). Yine üniversite çalışanlarının katıldığı diğer bir çalışmada da doktor tavsiyesiharicinde ilaç kullananların ve eczane haricinde ilaç

veya benzeri madde temin edenlerin siberkondri düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Uzun 2016). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde sağlık sorunlarında sağlık personeline danışmak yerine internetteki bilgilere göre hareket edenlerin akılcı ilaç kullanımına da gerekli özeni göstermedikleri anlaşılmaktadır.



8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri ilişkisini değerlendiren çalışmamızdan elde edilensonuçlar şu şekildedir:

- Kronik hastalığı olan grupta düzenli olarak kontrol amaçlı sağlık kurumu/hekime başvurma sıklığı daha yüksek idi. Kronik hastalığı olmayan grupta vücudunda ciddi düzeyde bir ağrı/yaralanma/rahatsızlık/değişiklik oluştuğunda(travma veya kanama gibi) sağlık kurumu/hekime başvurma sıklığı daha yüksek idi ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanım düzeyleri yeterli idi ve aralarında fark yoktu ($p>0.05$).
- Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek idi ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde orta düzeyde Siberkondri olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olmayan bireylerin Siberkondri ‘Aşırılık’ ve ‘Doktora Güvensizlik’ düzeyleri daha yüksek idi ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olan bireylerin siberkondri düzeyleri eğitim, medeni durum ve çalışma durumuna göre farklılaşmaktaydı ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olmayan bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve siberkondri düzeyleri eğitim durumuna göre değişmekteydi ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık süresine göre siberkondridoktora güvensizlik düzeyleri arasında fark vardı ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık kurumu/hekime başvurma durumuna göre sağlık anksiyetesi düzeyleri farklılaşmaktaydı ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olmayan bireylerde sağlık kurumu/hekime başvurma durumuna göre akılcı ilaç kullanımı düzeyleri farklılaşmaktaydı ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olan bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçek puan ortalamaları ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardı ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olmayan bireylerin Sağlık Anksiyetsi Ölçek puan ortalamaları ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardı ($p<0.05$).

- Kronik hastalığı olmayan bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puan ortalamaları ile Sağlık Anksiyetesi Ölçek puan ortalamaları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardı ($p<0.05$).
- Kronik hastalığı olmayan bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı ile Siberkondri 'İçini Rahatlatma' alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardı ($p<0.05$).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

-Akılcı ilaç kullanımı ile sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasında negatif ilişki bulunduğu için, akılcı ilaç kullanımı çalışmalarına devam edilmesini önermekteyiz.

-İlaç tedavisi alan eğitim seviyesi ve sağlık okuryazarlığı düşük bireylere doktor, eczacı ve hemşireler tarafından akılcı ilaç kullanımı hakkında daha kapsamlı bilgiler verilebilir.

-Sağlık profesyonelleri ile daha az etkileşimde olan bireylerle doğru sağlık bilgisi paylaşımı için koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında düzenli aralıklarla görüşmeler yapılabilir.

-Sağlık profesyonelleri tarafından kitle iletişim araçları kullanılarak sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili bilgilendirici eğitimler düzenlenebilir.

-Katılımcıların siberkondri düzeyleri orta seviyede olduğundan, toplumun sağlık ile ilgili güvenli verilere ulaşmasını sağlamak, bilgi karmaşasını gidermek için sağlık otoritelerinin desteği ile dijital sağlık platformları oluşturulabilir.

-Bireylerin dijital okur-yazarlık ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini arttırmak için çalışmalar yapılabilir.

-Bu çalışmada örneklemin belirlenmesinde gruplar arasında randomizasyon yapılmamıştır. Grupların sosyo-demografik değişkenler açısından benzer olmaları sonuçların değerlendirilmesinde daha net yorumlara ulaşmayı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- ABRAMOWITZ, J. S., SCHWARTZ, S. A., WHITESIDE, S. P. 2002. A Contemporary Conceptual Model of Hypochondriasis, *Mayo Clinic Proceedings*. 77(12):1323-1330
- ABU TABAR, N., AL QADIRE, M., THULTHEEN, I., ALSHRAIDEH, J. 2021. Health-Related Quality Of Life , Uncertainty, and Anxiety Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 26:10-420
- ACAR, A., YEĞENOĞLU, S. 2005. Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formülleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*. 34 (3): 207- 218 .
- AÇIKSÖZ, S., KURT, G., SEYFİ, M. 2020. Hemşirelik Öğrencilerinin Reçetesiz İlaç Kullanma Durumları.
- AKBULUT, H. 2008. Konya İl Merkezinde Bulunan Sağlık Kurumlarında Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Teşhisi İle Düzenlenen Reçetelerin Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- AKDEMİR, N. 2005. Kronik Hastalıklar ve Sorunları, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara 2: 193-200.
- AKICI, A. 2013. Akılcı İlaç Kullanımı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1: 1-54.
- AKICI, A., BAŞARAN N. F. 2012. Patients' Experience and Perspectives On The Rational Use Of Drugs In Turkey: A Survey Study. *Patient Preference Adherence* 6:719-24
- AKICI, A., KALAÇA, S. 2013. Toplumaya Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. Ankara. Erişim Adresi: <http://www.tki.gov.tr/Dosyalar/Dosya/akilcilackul.pdf> Erişim Tarihi: 28.05.2022
- AKICI, A., OKTAY, Ş., KAYAALP, SO. 2012. Reçete Yazma Kuralları ve Akılcı İlaç Kullanımı. Ankara, Pelikan Yayıncılık. 140-154.
- AKKAYA, A., KOÇAŞLI, S. 2022. Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 246-256.
- AKTÜRK OĞULLUK, Z. 2019. Sosyodemografik Özellikler İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.
- AKYOL GÜNER, T., KUZU, A., BAYRAKTAROĞLU, T. 2020. Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*. 3: 214-223.
- ALBERT, NM., SHARPE, D., KEHLER, MD. 2011. Health Anxiety: Comparison Of The Latent Structure In Medical and Nonmedical Samples, *J Anxiety Disord*. 25:612-4
- ALP, H., TÜRK, S., YILMAZ, S., TIRYAKI, Ü., YIĞITBAŞI, M. 2018. Akılcı İlaç Kullanımı. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 9 (33): 20-28
- ALPDOĞAN, C., ALTINDIŞ, S. 2019. Eczacıların Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Yaklaşımları. *Sakarya Tıp Dergisi*. 9 (1):103-112

- ALSULAMI, Z., CONROY, S., CHOONARA, I. 2013. Orta Doğu Ülkelerinde İlaç Hataları: Literatürün Sistematik Bir Derlemesi. *Eur J ClinPharmacol.* 69: 995-1008.
- ALTINDIŞ, S., İNCİ, MB., ASLAN, FG., ALTINDIŞ, M. 2018. Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi.* 8:359-370.
- ASSOCIATION, A. P. 2013. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders.* AmericanPsychiatric Publishing.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE Erişim Adresi: <http://www.aihw.gov.au/chronicdiseases/> Erişim Tarihi: 21.11.2021
- AYDEMİR, Y., DOĞU, Ö., AMASYA, A., YAZGAN, B., GAZİOĞLU, E. Ö., GÜNDÜZ, H. 2015. Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi.* 5(4): 199-203.
- AYDEMİR, Ö., KIRPINAR, İ., SATI, T., UYKUR, B., CENGİSİZ, C. 2013. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 50: 325-331
- AYGÜN, S. 2021. Sağlık Yönetimi ve Bankacılık ve Sigortacılık Bölümü Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- AYDIN KARTAL, Y., KAYA, L. 2021. Covid-19 Salgınında Ebelik Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi.* 541-556.
- AYTAÇ, Ö., VE KURTDAŞ, MÇ. 2015. Sağlık- Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 25(1):231-50
- AYYILDIZ, Ö., 2020. Dahiliye Hastalarında Sağlık Anksiyetesinin Sağlıklı Beslenme Takıntısı ve Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonuna Etkisi (Doktora Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- BAĞRIYANIK, S. 2019. Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tekirdağ Süleymanpaşa İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları Örneği, (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- BAHADIR YILMAZ, E., AYYAT, İ., ŞİRAN, B. 2018. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi.* 23(1).
- BARSKY, AJ., ETTNER, SL., HORSKY, J.2001 *Resource Utilization Of PatientesWithHypocondriacalHealthAnxietyandSomatization.MedCare.* 39:705-15
- BAŞOĞLU, MA. 2018. Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondrinin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- BATİ, AH., MANDİRACIOĞLU, A., GOVSA, F., ÇAM, O. 2018. *HealthAnxietyandCyberchondriaAmong Ege UniversityHealthScienceSudentsNurseEducToday.* 71:169-173
- BAYER, N., & UZUNTARLA, Y. 2022. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı ve Geleneksel Tıp Tutumlarının Belirlenmesi: Akılcı İlaç Kullanımı ve Geleneksel Tıp. *Journal of SocialandAnalyticalHealth.* 2(1), 21-27

- BAYINDIR, S. K., ÜNSAL, A. 2015. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde En Sık Ele Alınan Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 3(1): 31-39
- BEAGLEHOLE, R., EPPING-JORDAN, J., PATEL, V., CHOPRA, M., EBRAHİM, S., KİDD, M., HAİNES, A. 2008. ImprovingThePreventionandAnagement Of ChronicDisease in Low-incomeandMiddle-incomeCountries: A PriorityForPrimaryHealthCare, The Lancet. 372(9642): 940-949.
- BEYOĞLU, M. 2019. DiyabetesMellitusveya Hipertansiyonu Olan Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Endişe ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerle Karşılaştırılması. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- BOLSOY, N., VE SEVİL, Ü. 2006. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 9(3):78-87
- BOSTON, AF., MERRİCK, PL, 2010. HealthAnxietyAmongolder People: An ExploratorystudyOf HealthandSafetybehaviorsInCohortOf OlderadultsIn New Zeland, Int. Psychogeriatri. 22:549-58
- BOUMAN, TK. 2014. CognitiveandBehavioralModelsandCognitive-BehavioralandRelatedTherapiesForHealthAnxietyandHypochondriasis. HypochondriasisandHealthAnxiety A Guide ForClinicians. 149-98.
- BULDAN, Ö., KURBAN, N. K. 2018. Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 11(4), 274-282.
- CAIATA-ZUFFEREY, M., ABRAHAM, A., SOMMERHALDER, K., SCHULZ, P. J. 2010. Online Health Information SeekingInTheContextOf TheMedicalConsultationInSwitzerland. QualitativeHealthResearch. 20(8): 1050-1061
- CANDAN, Ç. 2021. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi İle Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- CENGİZ, Z. 2018. Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. HealthandEconomicCostsOf ChronicDiseases. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/costs/index.htm> Erişim tarihi: 20.05.2022.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. LeadingCausesOf Death, 2019. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm> Erişim tarihi: 20.05.2022
- CEYHAN, Y. Ş., ÜNSAL, A. 2018. Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 11(4): 263-273.
- CHEN, Q., ZHANG, Y., ZHUANG, D., MAO, X., Mİ, G., WANG, D., DU, X., Yİ, Z., SHEN, X., SUİ, Y., Lİ, H., CAO, Y., ZHU, Z., HOU, Z., Lİ, Q., YUAN, Y. 2019. HealthAnxietyInMedicalEmployees: A MulticentreStudy. J IntMed Res.47(10):4854-4861.
- CLARK, N. M., GONG, M. 2000. Management Of ChronicDiseaseByPractitionersandPatients: AreWeTeachingTheWrongThings?. BMJ, 320: 572-575

- ÇELİK, E. 2019. Obezite Nedeniyle Başvuran Bireylerin Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete-Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
- ÇELİK, R., KARACADIR, V. 2019. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Kaygı Düzeylerini Değerlendirmeye Yönelik Bir Çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*. 7(18): 225-238
- DAĞTEKİN, G., DEMİRTAŞ, Z., ALAİYE, M., SAĞLAN, R., ÖNSÜZ, M. F., IŞIKLI, B., METİNTAŞ, S. 2018. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Erişkinlerin Akılcı İlaç Kullanım Tutum ve Davranışları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 3(1), 12-23.
- DEALE, A. 2007. Psychopathology and Treatment Of Severe Health Anxiety, *Psychiatry*. 6(6): 240-246
- DEMİRAG, S. A. 2009. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*. 1(1): 58-65
- DEMİRTAŞ, Z., DAĞTEKİN, G., SAĞLAN, R., ALAİYE, M., ÖNSÜZ, MF., IŞIKLI, B., KILIÇ, F.S., METİNTAŞ, S. 2018. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 3(3):37-46
- DOĞAN, S., ACAR, F., DOĞAN, T. G. B. 2021. İnternet Bağımlılığı ve Sağlık Anksiyetesinin Siberkondri Davranışları Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.
- DUANGBUBHA, S., HANUCHARURNKUL, S., POOKBOONMEE, R., ORATHAI, P., KIATBOONSRI, C. 2013. Chronic Care Model Implementation and Outcomes Among Patient With COPD In Care Teams With and Without Advanced Practice Nurses. *Pacific Rim Int J Nursing Res*, 17(2): 102-116.
- DURNA, Z., AKIN, S. 2012. Kronik Hastalıklar ve Bakım. *Nobel Tıp Kitabevleri*. İstanbul. 520-558.
- ELCİYAR, K., TAŞCI, D. 2017. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*. 2(4): 57-70.
- EL-GABALAWY, R., MCKENZIE, CS., THIBODEAU, MA, 2013. Health Anxiety Disorders In Older adults: Conceptualizing Complex Conditions In Late Life. *Clin Psychol Rev*. 33:1096-105
- ERGÜN Y., ALTINTAŞ AYKAN D. 2019. Akılcı İlaç Kullanımında Genel İlkeler. 28(1).
- ERKOÇ, Y., YARDIM, N. 2011. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara, Anıl Matbaası, 18.
- ESEN, A. D., KAFADAR, D., ARICA, S. 2018. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 7(1): 5-13.
- FANG, L., GAO, P., BAO, H., TANG, X., WANG, B., FENG, Y., CONG, S., JUAN, J., FAN, J., LU, K., WANG, N., HU, Y., WANG, L. 2018. Chronic Obstructive Pulmonary Disease In China: A Nationwide Prevalence Study. *Lancet Respir Med*. 6(6):421-430.
- FERGUS, T. A. 2013. Cyberchondria and Intolerance Of Uncertainty: Examining When Individuals Experience Health Anxiety In Response To Internet Searches For Medical Information. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 16(10), 735-739

- FINK, P., ORNBOL, E., TOFT, T., SPARLE, K. C., FROSTHOLM, L., OLESON, F. 2004. A New Empirically Grounded Hypochondriasis Diagnosis. *Am J Psychiatry*. 161:1680-91.
- FOX, S., DUGGAN, M. 2013. Health Online Erişim Adresi <https://www.pewinternet.org/2013/01/15/health-online-2013>. Erişim tarihi: 27.05.2020
- GBD 2017 Oral Disorders Collaborators, BERNABE, E., MARCENES, W., HERNANDEZ, CR, BAILEY, J., ABREU, LG., KASSEBAUM, NJ. 2020. 1990'dan 2017'ye Kadar Oral Koşulların Yükündeki Küresel, Bölgesel ve Ulusal Düzeyler ve Eğilimler: Küresel Hastalık Yükü 2017 Çalışması İçin Sistemik Bir Analiz. *Dişhekimliği Araştırmaları Dergisi*. 99 (4), 362-373.
- GENÇER, A. G., KARADERE, M. E., OKUMUŞ, B., & HOCAOĞLU, Ç. 2018. DSM-5'e Giremeyen Tanılar (Kompulsif Satın Alma, Misophonia, Facebook Kıskançlığı, Pagofaji, siberkondria, İnternet Bağımlılığı). *DSM-5'in Yeni Tanıları*. Ankara, Türkiye Klinikleri. 11:87-96.
- GEYMAN, J. P. 2007. Disease Management: Panacea, Another False Hope, Or Something In Between?. *Ann Fam Med*, 5: 257-260
- GHADDAR, SF., VALERİO, MA., GARCÍA, CM., HANSEN, L. 2012. Adolescent Health Literacy: The Importance Of Credible Sources For Online Health Information. *Journal of School Health*. 82(1):28-36
- GÜL, Aİ., ÖZDEMİR, T., BÖREKÇİ, E. 2014 Dahiliye Polikliniğine Birden Fazla Gelen Hastalarda Sağlık Anksiyetesi Düzeyi. *J Clin Analytical Med*. 1-3. Doi : 10.4328/JCAM.2951
- GÜLEŞEN, A., 2019. Kalp Hastası Kadınlarda Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- GÜNER, T. A., KUZU, A., BAYRAKTAROĞLU, T. 2020. Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*. 4(3), 214-223.
- GÜZEL, S. 2020. Kalp Hastalarında Siberkondria Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Sebahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- HART, J., BJORGVINSSON, T. 2010. Health Anxiety and Hypochondriasis: Description and Treatment Issues Highlighted Through A Case Illustration, *Bulletin Of The Menninger Clinic*. 74(2) 122-140.
- HASKETT, T. 2006. Chronic Illness Management: Changing The System, *Home Health Care Management Practice*, 18: 492-496
- HEDMAN, E., LİNDEFORS, N., ANDERSSON, G., ANDERSSON, E., LEKANDER, M. RÜCK, C., LJÓTSSON, B. 2013. Predictors Of Outcome In Internet-Based Cognitive Behavior Therapy For Severe Health Anxiety, *Behaviour Research and Therapy*. 51(10): 711-717
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [ICN]. 2010. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, *International Nurses Day*. 1: 1-69
- İLAÇ ENDİSTÜRİSİ İŞVERENLER SENDİKASI. Türkiye İlaç Sektörü 2020. Erişim adresi: <http://ieis.org.tr/ieis/tr/sectorraporu2020> Erişim tarihi: 27.05.2022
- İLAÇ ENDÜSTRİSİ İŞVERENLER SENDİKASI. 2019. Erişim Adresi: <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari> Erişim Tarihi: 20.03.2022

- İLHAN, P. 2019. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- JEFFERS, AJ., BENOTSCH, EG., GREEN, BA., BANNERMAN, D., DARBY, M., KELLEY, T., MARTİN, AM. 2015. Health Anxiety and The Non-medical Use Of Prescription Drugs In Young Adults: A Cross-Sectional Study. *Addict Behav.* 50:74-7.
- JONES, S. L., HADJİSTAVROPOULOS, H. D., & GULLİCKSON, K. 2014. Understanding Health Anxiety Following Breast Cancer Diagnosis. *Psychology, Health and Medicine.* 19(5): 525-535
- KANITA DAYALI TIP DERNEĞİ. 2016. Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu. Erişim Adresi: <http://saglikliturkiye.org/modules/yayinlar/datafiles/saglikliyaslanmavekronikhastaliklarfarkindalikprojesi-2016-06-23.pdf> Erişim Tarihi: 20.11.2021
- KAPAPIÇAK, K. Ö., AKTAŞ, K., ASLAN, S. 2012. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 15:41-8.
- KAR, SS., PRADHAN, HS., MOHANTA, GP. 2010. Concept Of Essential Medicines and Rational Use In Public Health, *Indian J Community Med.* 35(1):10
- KARAHAN, F. Ş., HAMARTA, E. 2019. Geriatrik Olgularda Kronik Hastalıkların ve Polifarmasinin Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi.* 2(1), 8-13.
- KARTAL, Y. A., KAYA, L. 2021. Covid-19 Salgınında Ebelik Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi.* 6(3), 541-555.
- KAVAK, F., AKTÜRK, Ü. 2019. Diyabet Hastalarında Hastalık Algısının Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* (4), 740-747.
- KAYIŞ, A. 2010. Kronik Hastaların Bakımında Bütüncül Yaklaşım, Etkileyen Faktörler ve Kronik Hastalıklı Bireylerin Aileleri, *Acıbadem Hemşirelik E Dergisi (Elektronik Dergi)* 23: 1-4 Erişim Adresi: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/> Erişim tarihi: 22.05.2022
- KEHLER, MD., HADJİSTAVROPOULOS, HD. 2009. Is Health Anxiety a Significant Problem For Individuals With Multiple Sclerosis?. *J Behav Med.* 32:150-61
- KILIÇ, R., 2020. Denizli ili Pamukkale İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı, (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli.
- KORKUT, B., SEVİNÇ, N. 2021. Ölüm Kaygısı ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Jour Turk Fam Phy.* 12(2):76-83.
- KÖSE, E., ERDOĞAN, N., BEDİR, N., DEMİRBAŞ, M., İNCİ, M. B., KARABEL, M. P., EKERBİÇER, H. Ç. 2018. Sakarya'nın Taraklı İlçesindeki Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bazı Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi.* 8(1), 80-89.
- KPMG Sektörel Bakış-İlaç 2020. Erişim adresi: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/tr/pdf/2020/03/sektorel-bakis-2020-ilac.pdf> Erişim tarihi: 27.05.2022
- KULOĞLU, Ç., EKİCİ, E. 2022. Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanım Tutumlarının İncelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 1-10.

- LOMBARDO, L., SHAW, R., SAYLES, K., ALTSCHUL, D. 2020. AnxietyandDepressionInPatientsWhoUndergo A CerebrovascularProcedure. *BMC Neurol.* 7;20(1):124
- LOOPER, K. J., & KIRMAYER, L. J. 2001. HypochondriacalConcernInACommunityPopulation. *PsychologicalMedicine.* 31: 577-584
- LOOS, A. 2013. "Cyberchondria: TooMuch Information ForTheHealthAnxiousPatient?", *JournalOf Consumer HealthOn The Internet.* 17(4): 439-445
- LUIZA, V. L. 2019. InappropriateUse Of MedicinesandAssociatedFactorsInBrazil: An ApproachFrom A NationalHouseholdSurvey, *Oxford JournalsHealthPolicyand Planning.* 3(27): 35.
- MACİT, M. KARAMAN, M, PARLAK, M.2019. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 6 (2): 372-387
- MAKARLA, S., GOPICHANDRAN, V., TONDARE, D. 2019. PrevalenceandCorrelates Of CyberchondriaAmongProfessionalsWorkingInthe Information TechnologySectorInChennai, India: A Cross-sectionalStudy, *J PostgradMed.* 65(2):87-92.
- MATTILA, E., PELTOKOSKI, J., NEVA, MH., KAUNONEN, M., HELMİNEN, M., PARKKILA, AK. 2021. COVID-19: AnxietyAmongHospitalStaffandAssociatedFactors. *Ann Med.* 53(1):237-246
- MCDALD D PA-L. ONLINE HEALTH: UNTANGLING THE WEB Erişim Adresi: http://www.bupa.com.au/staticfiles/Bupa/HealthAndWellness/MediaFiles/PDF/LSE_Report_Online_Health.pdf Erişim tarihi: 27.05.2021
- MCELROY, E., SHEVLİN, M. 2014. Siberkondrişiddeti Ölçeğinin (CSS) Geliştirilmesi ve İlk Doğrulaması. *Anksiyete Bozuklukları Dergisi.* 28 (2), 259-265.
- MCLEAN, G., GUNN, J., WYKE, S., GUTHRIE, B., WATT, G. C., BLANE, D. N., & MERCER, S. W. 2014. TheInfluenceOfSocioeconomicDeprivationOn MultimorbidityAt DifferentAges: ACross-SectionalStudy, *British Journal of General Practice.* 64(624)
- MCMULLAN, RD., BERLE, D., ARNÁEZ, S., STARCEVIĆ, V. 2019. TheRelationshipsBetweenHealthAnxiety, Online Health Information Seeking, andCyberchondria: SystematicReviewand Meta-analysis. *J AffectDisord.*
- MEKONNEN, BD., AYALEW, MZ., TEGEGN, AA. 2021. RationalDrugUse Evaluation Based On World HealthOrganizationCoreDrugUseIndicatorsInEthiopia: A SystematicReview, *DrugHealthcPatient Saf.* 13:159-170
- MOLLAOĞLU, M., ÖZKAN TUNCAY, F., KARS FERTELLİ, T. 2011. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. 4 (3), 125-130
- NEWBY, JM., MCELROY, E. 2020.The Impact Of Internet-deliveredCognitiveBehaviouralTherapyForHealthAnxiety On Cyberchondria, *Journal Of Anxiety Disorders.*69:102150.
- OLATUNJİ, B. O., ETZEL, E. N., TOMARKEN, A. J., CIESIELSKI, B. G., DEACON, B. 2011. TheEffectsOf SafetyBehaviorsOn HealthAnxiety: An ExperimentalInvestigation, *BehaviourResearchandTherapy.* 49(11), 719-728
- ÖTEGEN, V. R. 2017. Adana İli Havutlu Mahallesinde Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Tutum ve Davranışların Araştırılması.

- ÖZDEMİR, L., AKDEMİR, N., AKYAR, İ. 2005. Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu ve Geriatrik Sorunlar. *Türk Geriatri Dergisi*. 8(2),94-100.
- ÖZEL, Ç., BÜYÜKTANIR, B. G. 2011. Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin ve Eczacının Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü. *JournalOf IstanbulUniversityLawFaculty*. 327-344.
- ÖZGÜL, Ö. O., SAATÇI, E. 2021. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TurkishJournalOf FamilyPractice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 25(3).
- ÖZKAN, Ş., ACA, Z. 2020. Akılcı İlaç Kullanımında Sağlıklı Yaşam Becerilerinin Etkisi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*. 10(2), 273-288.
- ÖZTÜRK, H., ACAR, F. 2021. Yükseköğretim Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Algı ve Tutumlarının Değerlendirilmesi: Bir Devlet Üniversitesi Örneği. *UsaysadDerg*. 7(1):32 -46
- ÖZTÜRK, O., ÜNAL, M., ORUÇ, MA., ÖZDEMİR, M. 2021. Bir Aile Hekimliği Biriminde Düzenlenen İlaç Raporlarının Değerlendirilmesi. *TJFMPC*. 15(1):27-32.
- ÖZYILDIZ, K. H., ALKAN, A. 2022. Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri İleSiberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 13(33):309-324.
- PATEL, N., DESAI M., SHAH, S., PATEL, P, GANDHI, A. 2016. A Study Of MedicationErrorsIn A TertiaryCareHospital. *PerspectivesClinRes*. 2(7): 168-73.
- PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HEALTH. Enterprise Data DisseminationInformatics Exchange (EDDIE). Erişim adresi: <https://www.phaim1.health.pa.gov/EDD/>. Erişim tarihi: 20.05.2022
- PENNSYLVANIA, DEPARTMENT OF HEALTH. ChronicDiseaseBurden Report 2021. Erişim adresi: https://www.health.pa.gov/topics/Documents/Programs/ChronicDiseaseBurdenReport_8-18-2021.pdf. Erişim tarihi: 20.05.2022
- PİRİNÇCİ, E., Bozan, T. 2016. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları, *Fırat Tıp Dergisi*. 21(3): 129-136.
- POLAT, G. 2020. Hemşirelerde Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondria İlişkisi, (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- PRESCOTT, C. 2016. *Internet Access-HouseholdsandIndividuals*. Great Britain: 2016 Newport, Wales, Office ForNationalStatistics.
- REİSER, SJ., MCMİLLAN, KA., WRİGHT, KD., ASMUNDSON, GJ. 2014 Adverse ChildhoodExperiencesandHealthAnxietyInAdulthood. *Child AbuseNegl*. 38(3):407-13.
- RODE, S., SALKOVSKİS, P., DOWD, H. 2006. HealthAnxietyLevelsInChronicPainClinicattenders, *J PsychosomRes*. 60:155-61
- ROTHMAN, A., WAGNER, E., H. 2003. ChronicIllness Management: WhatIs The Role Of PrimaryCare?, *Ann InternMed*. 138: 256- 261
- SAĞLIK BAKANLIĞI 2011. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları, T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, ANKARA. 50-59

- SAĞLIK BAKANLIĞI 2013. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, ANKARA. Erişim Adresi: [Http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Khrfat.Pdf](http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Khrfat.Pdf) Erişim Tarihi: 13.12.2022
- SAĞLIK BAKANLIĞI 2014. İyi Eczacılık Uygulamaları Klavuzu, sy. 2-5.
- SAĞLIK BAKANLIĞI 2018. TÜRKİYE İLAÇ ve TIBBİ CİHAZ KURUMU Erişim Adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=4391>). Erişim Tarihi:23.10.2021
- SAĞLIK BAKANLIĞI1993. SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ, Akılcı ilaç Kullanımının Alfabeti, Ankara
- SAKARYA, S. 2015. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü. Türkiye Klinikleri Akılcı İlaç Kullanımı Özel Sayısı 3(1):94-8
- SALKOVSKIS, P. M., RIMES, K. A., WARWICK, H. M. C., CLARK, D. M. 2002. TheHealthAnxiety Inventory: Development andValidationOf ScalesForTheMeasurementOf HealthAnxietyandHypochondriasis, PsychologicalMedicine. 32(5):843–853
- SANDALCI, B., UYAROĞLU, OA., SAİN GÜVEN, G. 2020. COVID-19’da Kronik Hastalıkların Rolü, Önemi ve Öneriler. 25:1-7
- SAYGILI, M., ÖZER, Ö., UĞURLUOĞLU, Ö. 2015., Bir Kamu Hastanesinde Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 8(3): 162-170
- SEMA, FD., ASRES, ED., WUBESHET, BD. 2021. Evaluation Of RationalUseOf Medicine Using WHO/INRUD CoreDrugUseIndicatorsAt TedaandAzezoHealthCenters, GondarTown, NorthwestEthiopia. IntegrPharmResPract. 21;10:51-63
- SGK .SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI,2013. Yayın No: 93, Ankara.
- STARCEVIC, V., BERLE, D. 2013. “Cyberchondria: Towards A BetterUnderstandingOf ExcessiveHealth-Related Internet Use”, ExpertReviewOf Neurotherapeutics. 13(2): 205–213
- STARCEVIC, V. 2017. Cyberchondria: ChallengesOf Problematic Online SearchesForHealth-RelatedInformation, PsychotherapyandPsychosomatics. 86(3):129-33.
- STARCEVIC, V., BERLE, D. 2015. Cyberchondria: An OldPhenomenonInA New Guise. MentalHealthInTheDigital Age: GraveDangers, Great Promise. 106-17
- STATİSTA. 2020. Erişim Adresi: <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/> Erişim tarihi: 27.05.2021
- STEFFLER, M., Lİ, Y., WEİR, S., SHAIKH, S., MURTADA, F., WRİGHT, JG., KANTAREVİC, J. 2021. TrendsInPrevalence Of ChronicDiseaseandMultimorbidityIn Ontario, Canada. CMAJ. 193(8)
- SÜRMEİOĞLU, N., KIROĞLU, O., ERDOĞDU, T., KARATAŞ, Y. 2015. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.24(4): 452-462.
- ŞANTAŞ, F., UĞURLUOĞLU, Ö. 2018. Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 21(4): 264-270.

- ŞENGÜL, B. N. 2021. Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- TANG, NKY., SALKOVSKIS, PM., HODGES. A. 2009. ChronicPainSyndromeAssociatedWithHealthAnxiety: A QualitativeThemAticcomParisonBetweenPainPatientsWith High andLowHealthAnxiet, British J ClinPsychol. 48:1-20
- TAYLOR, S. 2004. UnderstandingandTreatingHealthAnxiety: A Cognitive-BehavioralApproach, CognitiveandBehavioralPractice. 11: 112-123.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ, 1993. Akılcı İlaç Kullanımı'nın Alfabetesi. Ankara.
- TOKLU, H. Z., DÜLGER, G. A. 2011. Akılcı İlaç Kullanımı ve Eczacının Rolü. Marmara PharmaceuticalJournal. 89-93.
- TOPRAK, S. 2013. Hastanelerde Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- TOSUN, N., HOŞGÖR, H. 2021. E-Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 22(2): 82-102.
- TUİK,2019. Türkiye İstatistik Kurumu . Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 Erişim Tarihi: 24.12.2021
- TUNÇ, A. Y., YAPICI, G. 2019. Bir Tıp Fakültesindeki Öğrencilerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi. TurkishJournal of PublicHealth, 17(2), 153-168.
- TUTKU, E. K. İ. Z., ILIMAN, E., DÖNMEZ, E. 2020. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle Covid-19 Salgını Kontrol AlgisininKarşılaştırılması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 6(1): 139-154.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU2022. İstatistiklerle Yaşlılar, Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636> ,Erişim tarihi:22.05.2022
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU 2019. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Son Üç Ay İçinde İnternet Kullanan Bireylerin İnterneti Kişisel Kullanma Amaçları.Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 Erişim tarihi: 27.05.2021
- TÜTER, M. 2019. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- TYRER, P., COOPER, S., CRAWFORD, M. 2011. PrevalanceOf HealthAnxietyProblemsInMedicalclinics. J PsychosomRes. 71:392-4
- UÇAR, M., SARP, Ü., KARAASLAN, Ö., VE ARK. 2015. HealthAnxietyandDepressionInPatientsWithFibromyalgiasyndrome. J IntMedRes. 43:679-85
- UÇMAN, T., UYSAL, N. 2021. Yetişkin Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 3(2), 126-133.
- ULUPINAR, S., AKINCI, A. 2015. Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı, Türkiye Klinikleri J Pharmacol Special Topics. 2015; 3(1): 84-93.

- USKUN, E., USKUN S. B., ÖZTÜRK M., KİŞİOĞLU, A. N. 2004. Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. Türk Tabipleri Birliği. STED 13(12): 451- 4
- UZUN, U. S. 2016. Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Denizli.
- UZUN, U. S., ZENCİR, M. 2016 Siberkondri Şiddeti Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. CurrPsychol 40, 65–71
- WAGNER, E. H. 1998. ChronicDisease Management: What Will ItTakeToImproveCareForChronicIllness?.EffectiveClinicalPractice, 1: 2-4.
- WAGNER, E. H. 2000. The Role Of PatientCareTeamsInChronicDisease Management. BMJ. 320: 569-572.
- WHÍTE, RW., HORVÍTZ, E. 2009. Cyberchondria: StudiesOfTheEscalation Of MedicalConcernsIn Web Search ,ACM TransactionsOn Information Systems (TOIS). 27(4):1-37
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON 1987. “EffectivePublicEducation” İn PromotingRationalDrugUse. WHO ProgrammeOn EssentialDrugsAnd International Network ForTheRationalUseOf Drugs, Nairobi.
- WORLD HEALD ORGANİZATİON 2008.ChronicDisease. Erişim Adresi: http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/ Erişim Tarihi: 07.12.2021
- WORLD HEALD ORGANİZATİON 2011. Diet, NutritionandThePrevention Of ChronicDiseases. WHO Technical Report Series: 916, Erişim Adresi: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/Geneva> Erişim Tarihi: 19.09.2021
- WORLD HEALD ORGANİZATİON 2019. Erişim Adresi:<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> Erişim Tarihi: 14.11.2021
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON2002. PromotingRationalUseOf Medicines: CoreComponents. WHO PolicyPerspectiveOn Medicines.
- YARAMIŞ, M. İ., ULUPINAR, S. 2021. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Davranışları. Ordu University J NursStud. 4(1), 10-20.
- YARDIMCI, F. B., KULUNKOGLU, B. 2022. Tokyo 2020 Paralimpik Oyunlarına Hazırlanan Sporcuların Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 27(1), 89-100.
- YAVUZEMİK, K. 2018. İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Akılcı İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
- YENİOCAK TUNÇ, A., YAPICI, G. 2019. Bir Tıp Fakültesindeki Öğrencilerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi.Turk J PublicHealth, 17(2):153-168.
- YILMAZ, BE., AYVAT, İ., ŞİRAN, B. 2018. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Dergisi. 23(1):11-17
- YILMAZTÜRK, A. 2013. Türkiye’de ve Dünya’da Akılcı İlaç Kullanımı, Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2(1): 42-49.

YU, M., ZHAO, G., LUNDBNORG, C.S., ZHU, Y., ZHAO, Q., XU, B. 2014. Knowledge, Attitudes, and Practices Of Parents In Rural China On The Use Of Antibiotics In Children: A Cross-Sectional Study BMC Infect Dis. 27: 14-112

EKLER

EK 1. HASTA BİLGİ FORMU

EK 2. SİBERKONDİRİ CİDDİYET ÖLÇEĞİ

EK 3. AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ

EK 4. SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

EK 5. ETİK KURUL KARARI

EK 6. KURUM İZİNİ

EK 7. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

EK 1. HASTA BİLGİ FORMU

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMININ SAĞLIK ANKSİYETESİ VE SİBERKONDRI İLE İLİŞKİSİ

Değerli Katılımcı, Bu çalışma, kronik hastalığı olan bireylerde akılcı ilaç kullanımının sağlıkanksiyetesi ve siberkondri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Soruları cevaplamanızı tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm sorularını eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Verilecek yanıtlar, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi: Ahmet KALMAZ
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Münire TEMEL

- 1-)Yaş:.....
- 2-)Cinsiyet: 1)Erkek 2)Kadın
- 3-)Medeni Durum: 1)Evlü 2)Bekar 3)Diğer(boşanmış/eşi vefat etmiş)
- 4-)Meslek:
- 5- Çalışma durumu: 1)çalışıyor 2)Emekli 3)Çalışmıyor/işsiz
- 6-)Eğitim Durumu: 1)Okur-yazar 2)İlköğretim 3)Lise 4)Üniversite
- 7-Ekonomik durumunuzu nasıl görüyorsunuz?
() Düşük gelir düzeyi () Orta gelir düzeyi () Üst gelir düzeyi
- 8-)Kronik hastalığınız var mı ? 1) Evet
(adı.....) 2)Hayır
- Yukarıdaki soruya evet yanıtını vermiş iseniz alttaki diğer soruları da yanıtlayınız
- 9- Kronik hastalığınız için sürekli kullandığınız ilaç ya da ilaçlar var mı? 1) Evet
2)Hayır
- 10- Kronik hastalığınız ile ilgili kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz?
0-1 yıl 1-5 yıl 5 yıl ve üstü

11- Kronik hastalığınız ile ilgili günlük kullandığınız ilaç sayısı nedir?.....



EK 2. SİBERKONDRİ CİDDİYET ÖLÇEĞİ (SCÖ)

Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.

(1)HİÇBİR ZAMAN (2)NADİREN (3)BAZEN (4)GENELLİKLE (5)HER ZAMAN

1 Vücutumla ilgili açıklayamadığım bir durum fark edersem bunu internette araştırırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

2 Aynı hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette birçok kez araştırırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

3 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, Facebook/Twitter/diğer sosyal ağlarda harcadığım zamanı engeller.

(1) (2) (3) (4) (5)

4 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, aile hekimime başvurmama neden olur.

(1) (2) (3) (4) (5)

5 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra rahatlayamam. (1) (2) (3) (4) (5)

6 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, diğer çalışmalarımı engeller.

(1) (2) (3) (4) (5)

7 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra tedirginliğim artar.

(1) (2) (3) (4) (5)

8 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette yaptığım boş zaman aktivitelerimi (Ör: film izlemek...vs) engeller.

(1) (2) (3) (4) (5)

9 Aile hekimimin/uzman doktorun görüşünü, internette yaptığım araştırmalardan daha fazla ciddiye alırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

10 Hastalık belirtilerimin/şikâyetlerimin, nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta bulunduğunu internette okuduğumda paniğe kapılıyorum.

(1) (2) (3) (4) (5)

11 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, o hastalığı olan kişilerin tıbbi durumlarını, hastalık belirtilerini ve deneyimlerini tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.

(1) (2) (3) (4) (5)

12 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, işimi engeller.

(1) (2) (3) (4) (5)

13 Aynı sağlık durumuyla ilgili farklı internet sayfalarını okurum.

(1) (2) (3) (4) (5)

14 Hastalık belirtilerini /şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi engeller (Ör: ailemle/arkadaşlarımla geçirdiğim zamanı azaltır).

(1) (2) (3) (4) (5)

15 İnternette edindiğim tıbbi bilgileri, aile hekimimle/sağlık çalışanlarıyla görüşürüm.

(1) (2) (3) (4) (5)

16 İnternette okuduğum, ihtiyacımın olabileceği tanı yöntemini (biyopsi, BT, MR, özel kan testi...vs) aile hekimime/uzman doktora öneririm.

(1) (2) (3) (4) (5)

17 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette haber / spor / eğlence ile ilgili yazıları okumamı engeller.

(1) (2) (3) (4) (5)

18 Hastalık belirtilerim/şikâyetlerim ile ilgili olarak aynı internet sayfasını birçok kez okurum.

(1) (2) (3) (4) (5)

19 Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi arama motoruna girdiğimde; sonuç sayfasındaki sıralamanın, hastalık yaygınlığına göre olduğunu ve daha üstte yer alanların en olası tanı olduğunu düşünürüm.

(1) (2) (3) (4) (5)

20 Ciddi bir hastalık hakkında internette bilgi okuyuncuya kadar iyi olduğumu düşünürüm.

(1) (2) (3) (4) (5)

21 Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim.

(1) (2) (3) (4) (5)

22 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissederim.

(1) (2) (3) (4) (5)

23 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim.

(1) (2) (3) (4) (5)

24 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi (Skype,WhatsApp,Messenger,Viber) engeller/yavaşlatır.

(1) (2) (3) (4) (5)

25 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller.

(1) (2) (3) (4) (5)

26 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur.

(1) (2) (3) (4) (5)

27 Sağlık sorunlarım ile ilgili internetten edindiğim bilgileri aile hekimimiyle konuşmak beni rahatlatır.

(1) (2) (3) (4) (5)

28 Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim.

(1) (2) (3) (4) (5)

29 İnternette araştırdığım hastalık belirtilerim/şikâyetlerim hakkındaki kaygılarımı gidermekte güçlük çekerim.

(1) (2) (3) (4) (5)

30 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.

(1) (2) (3) (4) (5)

31 Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

32 “Eğer internette hastalık belirtim/şikâyetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm.

(1) (2) (3) (4) (5)

33 Aile hekimim/uzman doktor internetten elde ettiğim bilgileri ‘önemseme’ derse endişem gider.

(1) (2) (3) (4) (5)

EK.3. AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ

ÖNERMELER	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1) Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2) Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3) Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımızın olup olmadığını doktor belirler.			
4) İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5) Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6) İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7) İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatından öğrenilebilir.			
8) İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9) Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10) Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11) İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12) Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13) Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14) İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15) Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16) Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17) İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18) Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19) Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20) Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21) Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			



EK.4. SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ayıçindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daireiçinealarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin;birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
 - (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
 - (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
 - (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
- 2.(a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
 - (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
 - (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
 - (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
 - (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
 - (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
 - (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
 - (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
 - (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
 - (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
 - (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.

(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.(a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.

(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.

(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.

(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.

(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.

(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.

(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10. (a) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinizden yaranarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK.5. ETİK KURUL KARARI

BASVURU BİLGİLERİ						
Araştırmanın Açık Adı	Kronik hastalığı olan bireylerde akılcı ilaç kullanımının sağlık anksiyetesi ve siberkondri ile ilişkisi					
Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi MİNİRE TEMEL / TNKÜ Sağlık Yüksekokulu					
Etik Kurul Toplantı Tarihi	29.09.2020					
Araştırma Protokol Numarası	2020.231.09.18					
Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Diğer: _____					
Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/> TNKÜ BAP <input type="checkbox"/> Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer: _____					
Araştırmanın Bütçesi	100 ₺					
Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/> Çok Merkezli <input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ						
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
		E	H	E	H	
Ünvan/Ad/Soyad	Biyofizik	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Tıbbi Biyokimya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Tıbbi Biyokimya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Tıbbi Mikrobiyoloji	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Biyostatistik	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Ortopedi ve Travmatoloji	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Adli Tıp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	İç Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	İç Hastalıkları (Hemşireliği)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Tıbbi Farmakoloji	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza
Ünvan/Ad/Soyad	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imza

EK.6. KURUM İZİNİ

**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Kronik hastalığı olan bireylerde akılcı ilaç kullanımının sağlık anksiyetesi ve siberkondri ile ilişkisi" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

17.04.2020
imza
Adı ve Soyadı \
Dr. Öğr. Üyesi Münire TEMEL
Sorumlu Yürütücü
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu/Hemşirelik Bölümü

UYGUNDUR
imza

EK.7. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

1.SİBERKONDRİ CİDDİYET ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

----- Forwarded message -----

Gönderen: S. Utku Uzun <[REDACTED]>

Date: 19 Ağu 2020 Çar 09:33

Subject: Re:

Tc: Ahmet Kalmaz <[REDACTED]>

Sayın Ahmet Kalmaz,

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğumuz Siberkondri Ciddiyet Ölçeğini (SCÖ-33) makalemize atıf yaparak çalışmanızda kullanabilirsiniz. link.springer.com/article/10.1007%2Fs12144-018-0001-x

E-posta ekinde size SCÖ-33 ölçeği ilgili bilgilendirme yazısını ve makalemizi gönderiyorum.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Öğr. Gör. Dr. S. Utku UZUN



2.AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

AHMET KALMAZ <[REDACTED]>

Ara: per +

----- Forwarded message -----

Gönderen: zeynep demirtaş <[REDACTED]>

Date: 20 Ağu 2020 Per 13:51

Subject: Re:

To: Ahmet KalmaZ <[REDACTED]>

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyum. Akilci ilaç kullanımı ölçeği ektedir.

Ölçeğe verilen cevaplar Evet: 2 puan, Bilmiyorum: 1 puan, Hayır: 0 puan şeklinde puanlanmaktadır.

2, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20. maddeler ters önerme olup tam tersi puanlanmaktadır.

Ölçekten alınan puanlar arttıkça akilci ilaç kullanımı bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçek için kestirim değeri 34 puan olarak belirlendi.

35 puan ve üzeri akilci ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirilebilir veya ölçekten alınan puan arttıkça akilci ilaç kullanımı bilgi düzeyi artıyor olarak değerlendirilebilir. İyi çalışmalar dilerim.



3. SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

AHMET KALMAZ <[REDACTED]@[REDACTED]>

Alıcı: ben ▾

----- Forwarded message -----

Gönderen: Omer Aydemir <[REDACTED]@[REDACTED]>

Date: 26 Ağu 2020 Çar 08:45

Subject:

To: Ahmet Kalmaz <[REDACTED]@[REDACTED]>

Sayın Ahmet Kalmaz,

Araştırmamızda Sağlık Anksiyetesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar diliyorum

Prof Dr Ömer Aydemir

On Tuesday, August 25, 2020, 02:16:40 AM GMT+3 Ahmet Kalmaz <[REDACTED]@[REDACTED]> wrote: