



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**POLİKLİNİĞE BAŞVURAN 18-25 YAŞ ARASINDAKİ
KİŞİLERDE ANKSİYETE-DEPRESYON İLE AKILLI TELEFON
BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dr. ABDULLAH ERKUL
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi AHMET YILMAZ**

DİYARBAKIR-2019

ÖNSÖZ

Aile hekimliği insanlara doğum öncesinden başlayıp ölüme kadar hizmet sunan bir branştır. Psikiyatrik hastalıklar aile hekimliği polikliniğe başvuran hastaların sorunların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Depresyon ve anksiyete psikiyatrik hastalıkların en sık görülen ikilisidir.

Her ne kadar toplum tarafından depresyon ve anksiyetenin tanısının psikiyatristler tarafından konduğu veya tedavi ve takibini psikiyatristlerin yürüttüğu düşünülse de aile hekimleri bu hastaların tanı, tedavi ve takip aşamasının herhangi bir bölümünde bulunabilir. Elbette gerektiğinde bu hastaların psikiyatriye konsülte edilmesi ya da sevki yapılmaktadır .

Anksiyete ve depresyonun tanı ve tedavisinin dışında; takibi, komplikasyonlarının belirlenmesi, bilişsel davranışçı tedavi, tamamlayıcı tedavi gibi hastalığın pek çok noktasında aile hekimliği önem arz etmektedir. Bunun gibi nedenlerden dolayı aile hekimlerine çok büyük görev düşmektedir. Aile hekimlerinin en önemli görevlerinden biri koruyucu hekimlik olduğu için bu hastalar belirti atık olmadan önce ya da daha erken evredeyken saptanması hayati öneme sahiptir.

Özellikle Güney Doğu Anadolu Bölgesinde tanı almadığı için yâda yeterince tedavi verilmediği ve takibi yapılmadığı için anksiyete bozuklukları veya depresyon sebebiyle birçok suisid vakası yaşanmaktadır. Bu tez ile polikliniğe başvuran ve akıllı telefon kullanan kişilerin anksiyete-depresyon durumlarını belirleyip akıllı telefonla olan ilişkisini çeşitli boyutlarla saptamayı amaçladık.

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince deneyimlerini ve yardımlarını bir gün olsun esirgemeyen; Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU'na, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ hocaya, Dr. Öğr. Üyesi Hamza Aslanhan'a, Dr. Öğr. Üyesi Gamze ERTEN BUCAKTEPE'ye, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Aldığım rotasyonlar süresince bilge ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarıma ve asistan arkadaşlara; sevgi ve saygı çerçevesinde çalıştığım bölüm personelleri ve hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Aile Hekimliğindeki asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterime, klinik ve poliklinikte beraber çalıştığım hemşire arkadaşlarıma, palyatif bakım kliniğinde bizden yardım ve desteklerini esirgemeyen, bize sıcak bir çalışma ortamı sağlayan üniversitemizin Başhekimisi Prof. Dr. Ali Kemal Kadiroğlu'na teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında bir an olsun benden desteklerini esirgemeyen başta annem olmak üzere tüm aileme; iyi ve kötü günümde hep yanımda olan akraba ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

Tablo 4.2: Cinsiyete göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.3: Medeni duruma göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.4: Eğitim düzeyine göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.5: Mesleğe göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.6: Ekonomik duruma göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.7: Aile yapısına göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.8: Sigara içme durumuna göre Anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.9: Alkol kullanım durumuna göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.10: İkamet yerine göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.11: Anksiyete, depresyon ve ATBÖ arasındaki korelasyon tablosu.

ÖZET

Amaç: Polikliniğe başvuran 18-25 yaş arası hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkiyi sosyodemografik veriler ve çeşitli etkenler açısından araştırmak.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evreni Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-25 yaş arası ve akıllı telefon kullanan hastalardır. Çalışmamıza 120'si kadın ve 130'u erkek olmak üzere 250 kişi katıldı. Çalışmada katılımcılara 10 tane sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, HAD ölçeği ve ATBÖ-KF ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmadaki katılımcıların 120 (%48)'i kız, 130 (%52)'si erkektir. HAD-A ortalama puanı $8,66\pm 3,9$, HAD-D ortalama puanı $7,14\pm 3,71$ ATBÖ-KF ortalama puanı ise $31,18\pm 14,59$ 'dir. Bu çalışmada eğitim düzeyi lisans olan hastaların depresyon ortalama puanı eğitim düzeyi daha düşük olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. İşsiz hastaların depresyon ortalama puanı memur ve özel sektörde çalışan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ekonomik durumu iyi olan hastaların depresyon ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Geniş aile yapısına sahip hastaları depresyon ortalama puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Sigara içen hastaların depresyon ortalama puanı içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Anksiyete, depresyon ve ATBÖ arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda anksiyete, depresyon ve ATBÖ'nun her biri arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Akıllı telefon bağımlılığı açısından risk altında olan kişilerin anksiyete ve depresyon yönünden de araştırılması yararlı olabilir. Son yıllarda kullanımı artan mobil telefonların, bağımlılık yapma ve psikiyatrik hastalıkları tetikleme durumuyla ilgili daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Depresyon, Akıllı telefon bağımlılığı.

SUMMARY

Objectives:

To investigate the relationship between anxiety-depression levels and smart phone addiction in terms of sociodemographic data and various factors in patients aged 18-25.

Materials and Methods: The population of this cross-sectional study was 18-25 years olds who applied to the Dicle University School of Medicine Family Medicine outpatient clinic. 250 people including 120 women and 130 men participated in our study. In the study, the sociodemographic data form consisting of 10 questions, the HAD (Hospital anxiety and depression scale) and the SAS-SV (Smartphone addiction scale-short version) were filled.

Results: Of the participants, 120 (48%) were female and 130 (52%) were male. The average HAD-A score was $8,66 \pm 3,9$, and the HAD-D mean score was $7,14 \pm 3,71$, while the mean score SAS-SV was $31,18 \pm 14,59$. In this study, the average depression score of the patients with educational level was significantly lower than those with under-education. The average depression score of unemployed patients is significantly higher than that of civil servants and private sector workers. The average depression score of the patients with good economic status was statistically lower. Depression mean score is significantly higher in patients with large family structure. The mean depression score of the smokers was significantly higher than the nonsmokers. A positive correlation was found between anxiety, depression and SAS-SV.

Conclusion: In our study, there was a positive correlation between anxiety, depression and SAS-SV. It may also be useful to investigate anxiety and depression in people who are at risk for smartphone addiction. More recent researches on mobile phones, which have been increasing in use in the past few years, have to be done in terms of addiction and triggering psychiatric diseases.

Key words: Anxiety, Depression, Smartphone addiction.

İÇİNDEKİLER	SAYFA
ÖNSÖZ.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
TABLO LİSTESİ.....	IV
ÖZET.....	V
SUMMARY.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
KISALTMALAR.....	X
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Anksiyete Bozuklukları.....	3
2.1.1. Anksiyetenin tanımı.....	3
2.1.2. Anksiyete bozukluklarının tarihçesi.....	3
2.1.3.Epidemiyoloji.....	4
2.1.4.1. DSM V'e göre anksiyete sınıflandırması.....	5
2.1.5. Anksiyete etyolojisi.....	6
2.1.5.1. Genetik.....	6
2.1.5.2. Nörotransmitterler.....	6
2.1.5.3. Psikolojik teoriler.....	6
2.1.6. Anksiyetenin risk faktörleri	7
2.1.7. Anksiyete bozukluklarında klinik	7
2.1.8. DSM V'e göre anksiyete bozukluğu tipleri ve tanı ölçütleri.....	8
a. Seçici konuşmazlık	8

b. Özgül fobi	8
c. Toplumsal anksiyete bozukluğu	8
d. Panik bozukluğu.....	9
e. Agarofobi	10
f. Yaygın anksiyete bozukluğu.....	10
g. Ayrılma kaygı bozukluğu.....	11
2.1.9. Anksiyete tedavisi.....	11
2.2. DEPRESYON.....	12
2.2.1. Tanım.....	12
2.2.2. Depresyonun tarihçesi.....	13
2.2.3. Epidemiyoloji.....	14
2.2.4. Depresyonda risk etkenleri.....	14
a. Yaş.....	14
b. Cinsiyet.....	14
c. Aile öyküsü ve genetik özellikler.....	14
d. Medeni durum.....	15
e. Sosyoekonomik düzey	15
f. Eğitim düzeyi.....	15
2.2.5. Depresyonda belirtiler.....	15
2.2.6. Depresyonun tanı kriterleri.....	16
2.2.7. Depresyon tedavisi.....	17
2.2.7.1. İlaç tedavisi.....	17
2.2.7.2. Bilişsel davranışçı tedavi.....	18
2.2.7.3. Yeni tedavi yöntemleri.....	18
2.3. Akıllı Telefon.....	19

2.3.1. Akıllı telefon gelişim süreci.....	19
2.3.2. Ülkemizde ve dünyada telefon kullanımı.....	20
2.3.3. Akıllı telefon bağımlılığının tanımlanması.....	21
2.3.3.2. 3. MATERYAL VE METOD.....	24
3.1. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD).....	25
3.2. Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği-Kısa Formu (ATBÖ-KF).....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇLAR	44
7. KAYNAKÇA	46
8. EKLER.....	56

KISALTMALAR

Ark	: Arkadaşları
ATB	: Akıllı telefon bağımlılığı
ATBÖ-KF	: Akıllı telefon bağımlılık ölçeği kısa formu
DSM	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
ECA	: Epidemiyolojik saha çalışması
EKT	: Elektrokonvülfiz tedavi
FDA	: Food and drug administration
GABA	: γ -aminobutyric asit
GPS	: Global Positioning System
GSM	: Global System for Mobile Communications
HAD	: hastane depresyon ölçeği
HAD-A	: hastane depresyon ölçeği-Anksiyete
HAD-D	: hastane depresyon ölçeği-Depresyon
İB	: İnternet bağımlılığı
ICD-10	: International classification of diseases
mhGAP	: Mental health gap action programme
Mhz	: Megahertz
NCS	: Ulusal eş tanı araştırması
SAS-SV	: Smartphone addiction scale-short version
SNRI	: Serotonin nöradrenalin geri alım inhibitörleri
SPSS	: Statistical package for social sciences

SSRI : serotonin geri alım inhibitörleri

TSA : Trisiklik anti depresanlar

WAP : Wireles aplication protocol

WiFi : Wireless fidelity

YAB : Yaygın anksiyete bozukluğu



GİRİŞ

Akıllı telefon kullanımı sağladığı imkânlar ve kullanım kolaylığı dolayısıyla her geçen gün artmaktadır. İlk çıktığı zaman yalnızca iletişim amacıyla kullanılan basit cep telefonlarının aksine birçok fonksiyona sahip olan akıllı telefonlar, insanlardaki genel işlevselliğe, kullanan kişilerde bir çok ruhsal ve fiziksel olumsuzluğa yol açar (1). Kişiler birçok yabancı maddeye bağımlılıklarında olduğu gibi alışveriş, televizyon, oyun, internet bağımlılığı (İB) gibi bağımlılıklardan dolayı sorun yaşayabilir (2). İnternet Bağımlılığına benzer şekilde günden güne kullanımda artış gösteren akıllı telefonların pek çok farklı fonksiyonel özelliğinin olması, uygunsuz ve aşırı akıllı telefon kullanımı diye adlandırılacak bir tabir olan Akıllı Telefon Bağımlılığını (ATB) ortaya koymuştur (3). Akıllı telefonların uygunsuz ve aşırı kullanımına rağmen daha ATB tanım olarak sağlık tanımlamalarında geçmemektedir. ATB’de yoksunluk semptomları, tolerans duygu durumunda düzensizlik, kontrol kaybı benzeri; bağımlılıktaki birçok özellik gösterilmiştir (3). Bu bağımlılığın ortaya çıkmasında akıllı telefon kullanırken geçen zamanın giderek artması da etkili olmaktadır (4).

İB ve ATB birçok yönüyle benzerlik gösterdiği için İB tanımı temel baz alınarak ATB, akıllı telefonların gereğinden fazla aşırı kullanılması ve kullanan kişilerde çeşitli sorunlara sebep olması şeklinde tanımlanabilir (5). Bununla beraber akıllı telefonların kolay taşınabilir olması, internete kolay erişim sağlaması ve doğrudan iletişim özellikleri gibi avantajları da vardır (3). Yapılan bir çalışmada Tayvan’lı, akıllı telefon kullanıcısı gençlerin %27’sinde planlanandan uzun süre kullanma, %36’sında yoksunluk belirtileri , %30’unda tolerans, %10’unda yakın ilişkilerde bozulma benzeri; bağımlılığın birçok tanı ölçütünün olduğu gözlemlenmiştir (6). İçinde bulunduğumuz, teknolojik gelişmelerin baş döndürücü bir hızla geliştiği 21. Yüzyıl insanlara sağladığı yararların yanında birçok sorunlara da yol açmaktadır bunların başında da psikolojik sorunlar gelmektedir. Anksiyete ve depresyon gün geçtikçe artış gösteren ve birçok faktöre bağlı ortaya çıkan iki hastalıktır.

Bir çalışmada, anksiyete ve depresyon akıllı telefonu fazla kullananlarda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek görülmüştür (7). Normal sınırlarda mobil telefon kullananlarla, aşırı mobil telefon kullananlardan oluşan ve akıllı telefon bağımlılığı yönünden riskli diye değerlendirilen grup arasında depresif belirtiler

yönünden yapılan kıyaslamada, riskli grubun puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir (8). Burdan yola çıkarak bu tez çalışmasının amacı anksiyete-depresyon ve ATB arasındaki ilişkiyi çeşitli faktörler yönünden araştırmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete Bozuklukları

2.1.1. Anksiyetenin tanımı

Anksiyete; nedeni belli olmayan, korku, sıkıntı, kötü bir şey olacaktıymış hissi yaratan bunaltı duygusudur. Hayatı tehdit eden ya da tehdit ediyormuş gibi bir duygu ortaya çıkaran uyarı halidir. Nerden geldiği belli olmayan tehlike şeklinde algılanan durumlara bir tepki halidir. Bu tepki hali hafif gerginlikten panik atağa kadar çıkabilen çeşitli düzeylerde görülebilir (9). Korku ve endişe durumlarının hakim olduğu, pek çok nedenle görülen duygu durum bozukluğudur. Kaygı veya bunaltı olarak da tabir edilebilir (10). Anksiyetenin tanımı; somatik belirtilerin eşlik ettiği tedirginlik ve korku hali şeklinde yapılabilir (11). Anksiyete neredeyse insanların hepsi tarafından daha önce yaşanmış bir duygudur. Bu duygu uyarıcı bir sinyal olarak tarif edilebilir. Anksiyete birçok organik bozuklukta görülebilen ve neredeyse her psikiyatrik bozukluğa eşlik eden bir duygudur (12).

Patolojik olmayan normal anksiyete canlıyı tehlike durumlarına karşı koruyan ve kaçma ya da savaşıma şeklinde cevap veren bir durumdur. Organizmanın içinde bulunduğu kötü durumun üstesinden gelmesine yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olabilmesi için, ortaya çıkan uyarının düzeyi ile kişide görülen anksiyete seviyesinin aynı olmaması, zaman geçtikçe azalmayarak aksine şiddetlenmesi ya da aynı düzeyde devam etmesi, bu klinik duruma fiziksel belirtilerin hakim olması, bu anksiyete haline dayanılamaması ve işlevsellikte bozulmaya yol açması gerekmektedir. Anksiyete bu hali alınca kişinin iş hayatını ve ailevi durumunu etkiler, kişilerarası ilişkilerinde bozulmaya yol açar, günün büyük bir bölümünü kapsar ve çok sık ortaya çıkar. Patolojik anksiyete kişinin başa çıkamadığı bir durumdur (13).

2.1.2. Anksiyete bozukluklarının tarihçesi

Tıbbi olarak 19. Yüzyılın sonlarına doğru karşımıza çıkan anksiyete Hint-Germen dili kökenli ‘angh’ kelimesinden ortaya çıkmıştır. Bu bozuklukla alakalı en eski kanıt M.Ö. 3000’lerde kaleme alınan Gılgamış Destanı’dır (14,15).

1800'lerin ilk yarlarına kadar anksiyetenin belirtileri gastrointestinal, merkezi sinir sistemi, kulak ya da kalp hastalıklarının birer belirtisi olarak düşünülürdü (16).

19. yüzyılda Bleuler, Kretshner ve Kraepelin anksiyete nevrozların, psikozların minör durumu diye anlatmışlardır. Pinel bunları moral bozuklukları diye anlamış; Mettrie ve Descartes'in katkılarıyla birlikte bu durum, artık psikolojik bir rahatsızlık diye belirtilmeye başlanmıştır (16).

Sigmund Freud'a göre Anksiyetenin bir tipi; kontrol altına alınamayan libidodan doğmaktadır (16).

Tarih boyunca anksiyete var olmuştur ve de varlığı kabul edilmiştir. İnsanlığın var olduğu ilk dönemlerde insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik bir durum olan anksiyete günümüzde yaşamla mücadele etmenin, kendini kabul ettirebilmenin, yeni şeyler keşfetmenin, canlılığın ve rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır (17).

1960'tan sonra elde edilen verilerle Anksiyete çerçevesinde bulunan klinik durumların ayrılarak birbirinden farklı hastalıklar olarak sınıflandırılmalarına girmesi ancak 1980'de DSM-III ile olmuştur (16).

2.1.3. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları %25 ile en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardandır (11). NCS'ye göre; yaşam boyunca herhangi bir zamanda görülme sıklıkları erkeklerde %19,2, kadınlarda ise %30,5'tir. ECA'ye göre bütün anksiyete bozuklukları için bir yıllık görülme sıklığı %12,6, yaşam boyu sıklığı ise %14,6'dır. Eş tanı %30 ile %60 arasında değişmektedir (11).

Yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, dünyada panik bozukluğunun yaşam boyu sıklığının %1,5-2,5 olduğunu göstermiştir. Anksiyete Bozuklukları genç erişkinlerde ve kadınlarda daha sık görülür. Panik Bozukluğu ise ergenlik döneminde ya da 30'lu yaşlarda daha çok ortaya çıkar. Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun (YAB) yaşam boyu sıklığı popülasyonda yaklaşık %5,5'tir. Erkek/kadın oranı 2/3 civarındadır. YAB, diğer anksiyete çeşitlerine kıyasla daha ileri yaşlarda ortaya çıkar. Vakaların çoğunun 35-45 yaş aralığında ortaya çıkmaya başladığı belirlenmiştir. YAB'lı

hastaların ortalama %25 kadarında panik bozukluk, %50-80'inde majör depresif bozukluk birlikte bulunur (18).

Özgül fobiler kadınlarda daha sıklıkta görülür. Değişik yaşlarda başlayabilir ;tedavi edilmediği takdirde uzun yıllar sürebilir (18).

Sosyal fobi genellikle ergenlik döneminde başlar. Özellikle elli yaşının üzerinde kişilerin alındığı çalışmalarda sosyal fobi daha az görülmesi bu bozukluğun yaşla birlikte azaldığını düşündürmüştür. Hayat boyu görülme sıklığı çeşitli tanı ölçütlerinde değişmekle birlikte %3-13 civarındadır (19,20).

2.1.4.1. DSM-V'e göre anksiyete sınıflandırması

- Seçici konuşmazlık,
- Özgül fobi,
- Ayrılma kaygısı bozukluğu,
- Toplumsal kaygı bozukluğu,
- Agorafobi,
- Panik bozukluğu,
- Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu,
- Yaygın anksiyete bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu (12).

2.1.5. Anksiyete etiyolojisi

2.1.5.1. Genetik

Etyolojisinde genetik faktörlerin rol oynadığı yönünde birçok çalışma vardır (21). Özellikle panik atak, nörotizm ve zarardan kaçınma gibi anksiyete bozukluklarında duyarlılığı araştırılan genler vardır. otizm, yeme bozuklukları ve alkolizm gibi

anksiyetede de çevresel faktörlerle birlikte genetik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (21).

2.1.5.2. Nörotransmitterler

Beyinde pek çok bölge sürekli etkileşir. Bu yüzden çok az beyin fonksiyonu tek bir bölgeyle ilgilidir. Bununla beraber belli bazı bölgeler anksiyetenin oluşmasına spesifik yollardan katkıda bulunurlar. Bilgi bir bölgeden diğerine nörotransmitterlerle iletilir. Bazı nörotransmitterler anatomik yapılar da bulunurlar ki bunlar uzak beyin bölgelerinin fonksiyonlarını mesaj taşıyarak modifiye ederler. Diğer nörotransmitterler primer olarak yakın bölgeleri etkilerler. Her bölge değişik nörotransmitterlerden giriş aldığından aralarındaki etkileşim komplekstir. GABA-erjik, glutamat ve adenozin sistemleri beyinde yaygındır ancak genelde sadece yakın bölgeleri etkilerler. Norepinefrin, serotonin ve dopamin sistemleri başta olmak üzere diğer sistemler spesifik çekirdeklerden doğar ve efferentlerini beyin uzak bölgelerine gönderirler. Son zamanlardaki bilgilere göre benzodiazepin-GABA, noradrenerjik, serotonerjik nörotransmitter sistemleri ve kortikotropin serbestleştirici hormon yolu direkt olarak anksiyete biyolojisiyle bağlıdır (22).

2.1.5.3. Psikolojik teoriler

Psikoanalitik kuramcılar anksiyetenin, bilinçaltındaki tatmin olmayı bekleyen dürtülerin kişiye uyarısı neticesinde oluştuğunu düşünmektedirler (23). Bilinçaltında olduğu inanılan saldırganlık veya cinsellik duyguları, giderek şiddetini arttırarak doyum için kişinin benliğine baskı uygular. Bu teoriye göre oluşan anksiyete benliğin savunma mekanizmalarıyla ortadan kaldırılır. Hep ilk etapta anksiyete benlik mekanizmalarının devreye girmesiyle bastırılmaya çalışılır, başarılıysa sorun yoktur; fakat bastırma başarılı değilse benliği bütün olarak bir arada tutmak amacıyla yalıtma, yapıp bozma, yer değiştirme benzeri öteki savunma yöntemleri devreye girer ve savunma mekanizmalarının tipine göre çeşitli anksiyete türleri ortaya çıkar (23).

2.1.6. Anksiyetenin risk faktörleri

İç dengenin bozulmuş olması anksiyetenin görülmesi için bir işaret teşkil edebilir. Temsil edilebilmek veya rahatlayabilmek için bastırıldığında, içinde bulunduğu duruma yanıt verme ya da kaçınmak amacıyla, içindeki kuvvetleri uyandırmaya yol açan bir sinyaldir. Bu sinyallebenliğin yaptığı baskıya yanıt verir. Bu baskı başarılı bir şekilde yanıt bulursa anksiyetenin savuşturulması veya denetim altına alınmasıyla psikolojik durum yeniden inşa edilir. Oluşturulan savunmalara göre psikonevrotik klinik şekilleri gösterebilir. Bastırma gereği kadar olmaz ve öteki koruma mekanizmaları devreye girmezse, anksiyete tek semptom olarak kalabilir ya da panik atağa kadar şiddetlenebilir (24).

Yapılan ikiz çalışmaları panik bozukluğunda genetik etkenlerin rolünü ortaya koymaktadır. Aile çalışmaları ve ikiz çalışmaları, panik atak şeklinde kendini gösteren ağır anksiyete bozukluklarında, hafif olan anksiyete bozukluklarına kıyasla daha büyük oranda genetik altyapı olduğuna dair bilgilere ulaşılmıştır (25).

Sosyal fobi vakalarının %50'den fazlasının travmatik bir durum sonrası görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Erken başlangıçlı sosyal fobi, ilişkilerin oluşturulması, psikolojik gelişim ve yaşam amaçlarının belirlenmesi gibi durumlara kötü etki etmektedir. Ayrıca ciddi psikiyatrik rahatsızlıkların ve komplikasyonların ortaya çıkmasına alt yapı teşkil etmektedir (26).

2.1.7. Anksiyete bozukluklarında klinik

Psikolojik travmanın en sık ortaya çıkan duygusal şekli; kontrol kaybı hissi ve korkudur. Aynı zamanda bir kaçınma tepkisi olan dissosiyasyon travma sonrasında görülen anksiyete sonucunda yüksek seviyeye çıkmaktadır. Kontrol kaybı ve ölüm korkusu benzeri korkularla karakterize travmatik deneyimlere yanıt özelliğindedir. Araştırmalarda, anksiyete hastalarının, anksiyete bozukluğu olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde dissosiyasyon durumu yaşadıkları bildirilmektedir. Geçici derealizasyon ile depersonalizasyon semptomları birçok anksiyete türü için tipiktir. Ayrıca derealizasyon ve depersonalizasyon panik atak sırasında meydana gelen sık görülen semptomlardır. Fobiler sadece korkulan nesne ya da durum ile yüz yüze gelme anında ortaya çıkabilir (27,28).

2.1.8. DSM V'e göre anksiyete bozukluğu tipleri ve tanı ölçütleri

a. Seçici konuşmazlık

Diğer hallerde konuşuyor olmasına rağmen, konuşmasının gerektiği toplumsal durumlarda, süregelen konuşmıyor olma durumu vardır. İşle ya da okulla alakalı başarıya engel olur. Süre en az bir aydır. Bu durum iletişim bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin veya psikoz ile seyreden diğer bir bozukluğun seyri esnasında çıkmamıştır (12).

b. Özgül fobi

Bir nesne veya olayla ilgili aşırı korku ya da kaygı duyma vardır. Korku kaynağı durum veya nesne hemen hemen her daim korku ya da kaygıya sebep olur. Hissedilen kaygı ve korku özgül nesne veya olayın meydana getirdiği gerçekte olan tehlikeye kıyasla kültürel toplumsal durumla orantılı değildir. Kaygı veya korku, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte bozulmalara yola çar (12).

c. Toplumsal anksiyete bozukluğu

Tanımadık insanlarla karşılaşma, karşılıklı konuşma, yemek yeme esnasında gözlenme, toplum önünde bir konuşma yapma benzeri başka kişiler tarafından değerlendirilebilecek bir ya da birden fazla durumda aşırı kaygı veya korku hissetmesinden oluşan bir durumdur. Bu toplumsal durumlar, hemen hemen daima kaygı ya da korku ortaya çıkarır. Algılanan kaygı ya da korku, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma kıyasla toplumsal ve kültürel bağlamla orantılı değildir. Kaçınma ve korku sürekli, altı veya daha uzun süre devam ediyordur. Bu durum klinik açıdan ciddi bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili veya diğer alanlarında işlevsellikte bozulmaya yol açar. Kaygı, korku veya kaçınma durumu madde etkisiyle, beden algısı bozukluğuyla, panik bozukluğuyla, otizm ile ilgili bir bozuklukla ya da organik bir hastalıkla ilişkilendirilemez (12).

d. Panik bozukluğu

Beklenmedik bir anda ortaya çıkan, yineleyici panik ataklarla karakterizedir. Bu panik ataklar dakikalar içinde en yüksek noktaya çıkar ve aşağıda sıralanan semptomlardan dört tanesinin veya daha fazlasının görüldüğü, şiddetli korku ya da içten gelen sıkıntının yol açtığı klinik görünümdür (29):

- Terleme,
- Çarpıntı, kalp hızının atması,
- Soluğun tıkanığı duyumu,
- Titreme ya da sarsılma,
- Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu,
- Soluğun daralığı ya da boğuluyor gibi olma durumu,
- Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu,
- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma,
- Bulantı ya da karın ağrısı,
- Ölüm korkusu,
- Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması durumu,
- Uyuşmalar,
- Gerçek dışılık.

Bu Ataklardan en az birinin ardından aşağıdaki durumlardan biri veya ikisi bir ay ya da daha uzun süre devam eder (12):

- Diğer panik atak semptomlarının olacağı ya da bu atakların sonuçlarıyla alakalı endişe hissetme,
- Panik ataklarla ilgili, adaptasyon bozukluğu ile seyreden davranış değişikliği sergileme.

e. Agarofobi

Aşağıda sıralanan beş maddeden iki veya daha fazlasıyla alakalı şiddetli kaygı veya korku vardır (12):

- Kapalı yerlerde olma (örneğin sinema, tiyatro, mağaza vb.) ,
- Toplu taşıma araçlarında bulunma esnasında (örneğin otobüs, otomobil, tren vb.),
- Yalnız başına evin dışındaki bir yerde olma,
- Açık alanlarda bulunma esnasında (örneğin alışveriş merkezleri, otoparklar vb.),
- Kuyrukta bekleme ya da kalabalık bir mekanda olma.

Bu durumu yaşayan kişi, kaçmanın zor olabileceğini veya panik benzeri durumun utanç veren diğer belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabileceği esnada yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür ortamlardan ya da durumlardan kaçır. Agorafobi durumunda kişi kendisine eşlik eden birine ihtiyaç duyar ya da şiddetli kaygı veya korkuyla bunu deneyimler. Hissedilen kaygı veya korku gerçekte var olan durumdan daha şiddetlidir ve toplumsal-kültürel olarak mantıklı değildir. Bu durum süreklilik teşkil eder. Agora fobi altı ay ya da uzun sürer. Bu durum klinik olarak yoğun sıkıntıya ya da işle alakalı alanlarda veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya yol açır. Korku kaygı ya da kaçınma aşırıdır ve başka bir ruhsal bozukluk belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (12).

f. Yaygın anksiyete bozukluğu

En az altı ay ya da daha uzun bir zaman zarfının çoğu gününde, okulda ya da işte performans sergileyebilme gibi bazı durumlar ya da etkinliklerle alakalı, yoğun bir kaygı veya korku vardır. Bu duruma aşağıdaki altı belirtiden üç tanesi veya daha fazlası eklenir (12):

- Kas gerginliği,
- Sakinleşememe (huzursuzluk) , gergin ya da daima diken üzerinde olma hali,
- Bir şeye konsantre olmakta zorluk yaşama ya da zihin boşalmasının olmaması,
- Kolay yorulma,

- Kolay kızma,
- Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürmede zorluk yaşama ya da dinlendirmeyen doyurmayan uyku.

Bu belirtiler, klinik olarak yoğun bir sıkıntıya veya toplumsal işlerle alakalı alanlarda ya da alanlarında işlevsellikte bozulmaya yol açar. Bu durum, bir maddenin kötüye kullanımı veya diğer bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz (12).

g. Ayrılma kaygı bozukluğu

Bu bozukluğu olan kişinin bağlandığı kişilerden ya da nesnelere ayrı kalmasıyla ilgili olarak aşırı ve uygunsuz bir korku ya da kaygı hissetmesidir (12).

2.1.9. Anksiyete tedavisi

Anksiyetesi ağır olanlarda antidepresanlar ve bilişsel davranışçı terapi beraber kullanılırken hafif seyredenlerde yalnız başına bilişsel davranışçı terapinin prognozu daha uzun süreli ve daha iyidir. Doğru tanı koyma tedavinin etkili olması için çok önemlidir. Hastanın tedaviye karşı tavrıda başarıyı etkiler. İlaça başladıktan sonra hastaların yaklaşık yarısı ilk üç ayda ilaç kullanmayı terkeder, bazıları da yazılan ilaçları hiç kullanmaz. Panik bozukluğu olan hastalar yanlış tanı sebebiyle acil servislere, aile hekimlerine ve kardiyojolojiye çok sık başvururlar. Bu durum ekonomik kayıplara da yol açar. Sayılan bu sebeplerden ötürü özellikle ile hekimliği ve acil servislerde panik bozukluk başta olmak üzere anksiyete bozukluklarına iyi tanı konulmalı ve doğru tedavi edilmelidir (30).

YAB'da ilaç tedavisi, davranışçı ve bilişsel psikoterapiler, relaksasyon gibi uygulamalar faydalıdır. Tedavide farmakolojik ve psikolojik tedavi uygulamaların beraber kullanılması tavsiye edilmektedir (31).

Çoğu panik bozukluğu için, SSRİ (serotonin geri alım inhibitörleri) ya da SNRI (serotonin nöradrenalin geri alım inhibitörleri) en uygun farmakoterapi olsa da, en çok kanıtın bulunduğu ve genellikle ilk seçenek olarak kabul gören ilaç grubu SSRİ'dir. Panik bozukluğunda bilişsel-davranışçı tedavinin birinci evresini, fizyolojik uyarılma semptomlarının yok edilmesinin hedeflendiği aşamalı kas gevşetme teknikleri ve solunum egzersizlerini içeren gevşeme teknikleri oluşturur.

Daha sonra dakikada 8-10 defa kontrollü bir şekilde nefes alıp verme eğitimi verilir ve hasta kişilerden stres durumlarında bu yöntemi uygulamaları istenir (32).

YAB'ın diğer tıbbi durumlardan veya bağımlılık yapıcı uyuşturucu maddelerinden doğan anksiyetenin ayırt edilmesi tedavi açısından önemlidir. Anksiyete yol açabilecek ürünlerden kaçınılması öğretilmelidir. Mümkün oldukça kafeinli gıdalar ve çikolata diyetten çıkarılmalıdır. Alkol, dekonjestanlar, teofilin, stimülanlar, kokain, esrar kullanımı kesilmelidir. YAB için ABD'de FDA (Food and Drug Administration) tarafınca onaylanmış farklı yan etki profilili ve etki mekanizmasına sahip üç ilaç vardır (33). Bu ilaçlar benzodiazepinler, venlafaksin, buspirondur. Son zamanlarda anksiyete bozuklukları tedavisinde hidrosizin, β -adrenerjik antagonistler ve ondansetron gibi ilaçlarda kullanılmaktadır (33).

Sosyal anksiyete tedavisinde, korku ile alakalı abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, anksiyetenin oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, fobik durumlardan kaçınmayı azaltmak, komorbid durumları tedavi etmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek şarttır. performans anksiyetesi için, 30 dakika önceden propranolol 10-40 mg alınabilmektedir (33).

2.2. DEPRESYON

2.2.1. Tanım

Depresyon, yoğun üzüntülü durum, hareketler ve konuşmada yavaşlama, değersizlik, durgunluk, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık, düşüncelerde ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama benzeri semptomlar içeren bir bozukluktur (34).

Bu durum insanın yaşam isteği ve zevkinin yok olduğu, kişinin derin bir keder duyduğu, geleceğe ilişkin karamsar-kötümser düşünceler, eskiyle alakalı yoğun pişmanlık, suçluluk hislerinin, iştah, uyku ve cinsel istek ile ilgili bozuklukların, ölüm düşüncesinin olduğu ve suisid girişimi sonucunda ölümün olabileceği ruhsal bir bozukluktur (35).

Depresyon 350 milyon insanın etkilendiği bir hastalık olup etkilenmiş kişide, Depresyon ve öteki psikiyatrik sorunların dünyadaki görülme sıklığı, iş veya aile hayatında önemli işlev kaybına neden olmakta ve daha kötüsü intihara sebep olmaktadır. Suisid dünyada, 15-29 yaş arasındaki kişilerde ikinci en sık ölüm sebebidir (36).

Depresyonun önlenmesi tanımlanması, tedavisi ve tekrarlamasındaki etmenlerin ortaya konması önem teşkil etmektedir. Depresyon birincil duygulanım bozukluğu şeklinde görülebileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma sekonder olarak da görülebilmektedir (37). Depresyon, etkileşim içinde olan fizyolojik biyolojik ve sosyal faktörlerin sonucu ortaya çıkar. Bu rahatsızlığın olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan insanlarda gelişmesi daha yüksek ihtimaldir. Daha çok disfonksiyona, strese neden olmakta, etkilenen kişinin hayatını daha da kötüleştirmekte ve kısır bir döngüye yol açarak depresyon daha da ağırlaşmaktadır (36).

Depresyonun etkili tedavi yöntemleri olmasına karşın, bu hastalığa yakalanan kişilerin %50'den daha azı tedaviye ulaşabilmektedir. Bazı ülkelerde bu %10'dan bile azdır. Etkili tedavinin önündeki sorunlar; yanlış değerlendirmeler, araştırma eksikliği, mental hastalıklara ilişkin sosyal damgalanmalar, eğitimli sağlık hizmet sunucusu eksikliğini içermektedir. (36). Depresyon, DSÖ'nün yapmış olduğu mhGAP(Mental Health Gap Action Programme) tarafından öncelikli durumlardan biri kapsamına koyulmuştur (36).

2.2.2. Depresyonun tarihçesi

Tarihte depresyonun tanımını ilk Hipokrat yapmıştır. Hipokrat "kara safra" manasına gelen melankoli terimiyle, depresyonu karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklı, isteksizlik, ilgisizlik, uykusuzluk, durgunluk, kaygı ve suisid düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık şeklinde tanımlamıştır (38). Duygulanımla alakalı hastalıkların kapsamlı bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılması önce Kahlbaum, sonra Kraepelin tarafından yapılmıştır. Kahlbaum "siklotimi","distimi" terimlerini tanımlamış olup bu terimlerin kapsamına giren duygulanım bozukluklarının sınıflandırmasını yapmıştır. Kraepelinin, ruh hastalıklarını sebeplerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü, duygu durum bozukluklarını sınıflandırmada daha sonra da etkili olmuştur (38). 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Kraepelin'in sınıflandırması etkili olmuştur. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile 1987'de yayınlanan DSM-III-R'de bu sınıflandırma değişikliğe uğramış olup, depresyonun klinik görüntüsünün endojenliği hakkında bilgi vermeyeceği kabul edilerek depresyon bir durum olarak tanımlanmaya başlanmıştır (39). 1994'de DSM-

IV çıkarılmış ve 2013 Mayısında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM'nin son hali olan DSM V kullanılmaya başlanmıştır (39).

2.2.3. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki majör depresif bozukluğun yaklaşık prevalansı yaş grubuna göre belirgin farklılıklar göstermekle birlikte % 7'dir. 18 - 29 yaş arasındaki bireylerde görülme sıklığı 60 yaş ve üstü bireylerde görülme sıklığından üç kat daha yüksektir. Adolesan kadınlarda adolesan erkeklerden 1.5-3 kat daha yüksek görülmektedir.(40). Türkiye'de bu alanda yapılmış araştırmalar vardır. Türkiye'deki çalışmaları araştıran Küey ve Güleç'in ulaştığı sonuçlara göre; Türkiye'deki klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 civarındadır (41). Aynı çalışmada depresyonun somatik belirtileri ortalama %20, suçluluk duyguları benzeri belirtiler ise yaklaşık %10 nokta prevalansına sahiptir. Küey ve Güleç'in çalışmasında kronik bedensel hastalığa sekonder depresyon nokta prevalansı ise %4-8.8 civarındadır (41).

2.2.4. Depresyonda risk etkenleri

a. Yaş

Depresyon orta yaş hastalığı denilebilir. 45 yaşının altında majör depresyona daha sık rastlanır (41).

b. Cinsiyet

Birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi majör depresyon kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür. Bu farklılık genç- orta yaş popülasyonda daha belirgindir. İlerleyen yaşlarda kadın erkek arasındaki bu fark azalmaktadır.

Menstürel siklus benzeri hormon değişikliklerine verilen anormal yanıtlar ya da ; menopoz, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri gibi diğer hormonal etkenler depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir (41). Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda artan progesteron ve düşen östrojen sorumlu tutulmaktadır. Diğer yandan kadına toplum içinde verilen rol, ona karşı verilen tepkiler, kadının yaşadığı stresler ve bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlikler de sorumlu tutulmaktadır (41).

c. Aile öyküsü ve genetik özellikler

Yapılan çalışmalar duygu durumu bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin önemli rol aldığını ortaya koymuştur (34). Duygu durum bozukluğu olan kişilerin birinci dereceden yakınlarında depresyon gelişme riski ciddi düzeyde fazladır.

Unipolar depresyonlu kişilerin birinci derece yakınlarında depresyona yakalanma ihtimali diğer popülasyona oranla 2-3 kat yüksek bulunmuştur. Tek yumurta ikizlerinin ikisinde de depresyon görülme oranı %40–50 olarak bulunmuştur (34).

d. Medeni durum

Bekâr insanlarda evlilere göre depresyonun daha yüksek görüldüğü belirtilmektedir. Hiç evlenmemiş, boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde depresyonun yüksek oranda ortaya çıktığı ileri sürülmesine karşın bazı çalışmalar bunu desteklememektedir (42).

e. Sosyoekonomik düzey

Almanya’da yapılan bir araştırmada şehirde yaşayanlarda depresyonun daha çok görüldüğü bulunurken Avustralya ve ABD çalışmalarında kent ve kırsal kesimde yaşayanlar arasında fark saptanmamıştır (43). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar saptanmıştır. Antalya’da yapılan bir araştırmada depresyon görülme oranı yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda daha düşük saptanmıştır (44). Eskişehir’deki bir araştırmadaysa Antalya’dakinin tam tersine sosyoekonomik düzeyi yüksek mahallede bulunan sağlık ocaklarında depresyon daha yüksek oranda tespit edilmiştir (45).

f. Eğitim düzeyi

Öteki ruhsal hastalıklara benzer şekilde eğitim düzeyi düşüklüğü depresyon için risk faktörüdür; ama yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar bulunmuştur. Blacker ve Clare (46) eğitim düzeyi düşüklüğünün depresyon riskini arttırdığını, Almeida ve ark. (47) ise eğitimle geçen yıl sayısı arttıkça ruhsal bozuklukların daha düşük oranda görüldüğünü bulmuşlardır (46,47).

2.2.5. Depresyonda belirtiler

Bu hastalık bir semptomlar kompleksinden oluşmaktadır. Bu semptomlar kötümserlik, kederli olma, kendini beğenmeme, konsantrasyon kaybı ve motivasyonsuzluktur. Libido kaybı, anoreksi, uykusuzluk, retardasyon, isteksizlik ajitasyon ve ölüm isteği gibi diğer belirtiler de görülebilmektedir. Bu belirtilerin şiddeti hastadan hastaya değişkenlik gösterebilmektedir (48).

Depresyonda her türlü davranış ve hareket çoğu zaman yavaşlamıştır. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm olur. Hastalarda durgun bir görünüm göze çarpar. Hastaların genel görünüm olarak yüz çizgilerinde belirginleşme, alın çizgilerinde

derinleşme görülür, çökkünlük ve çökük omuzlar, az bakımlı bir genel görünüm, üzüntülü yüz vardır (48). Depresyondaki hastalarında acı duyma ve üzüntüde artış ve sık ağlama görülür. Aile, iş, çevre ile iliş anlamsız görüldüğünden tümüyle kopar. Hastalarda isteksizlik, ve anhedoni (eskiden zevk alarak yaptığı,ilgilendiği şeylerde isteksizlik) vardır. Suçluluk düşünceleri, karamsarlık, ilgi, beceri, düşünce çarpıklıkları, konsantrasyon kaybı görülebilir. Hareketlerde ve düşüncede yavaşlama tipiktir (psikomotor yavaşlama). Değersizlik ve küçüklük düşünceleri varlığının ve yaşamın anlamsız olduğunu söyler ve suisid girişimleri olabilir (48).

Ruhsal durumdaki bozulmaya paralel hareketlerde yavaşlama (psikomotor yavaşlama) vardır (49). Yürüme iş görmede ve konuşmada zorluklar yaşanır. Fakat yoğun anksiyetenin de eşlik ettiği durumlarda yerinde duramama, ellerini ovuşturma, sürekli dolaşma ve aşırı tedirginlik gözlemlenebilir.İştahta azalma veya artma, kilo kaybı ya da artışı, konstipasyon, uykusuzluk menstruasyon değişiklikleri, ağrılar ve libido kaybı görülebilir. Uyku bozukluğu kimi hasatada; uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede zorluk ve erken uyanma şeklinde olmasına karşın, kimi hastada bu durum uykuya aşırı eğilim şeklinde görülebilir (49). Unutkanlık, dikkatsizlik, ve düşük değerlendirme şeklinde bilişsel yetiler tipiktir (49). Nadiren aşağılayıcı, suçlayıcı türden işitme halusinasyonlarından bahsedilir. Unutkanlık vardır ama gerçek bir bellek bozukluğundan bahsedilemez. Unutkanlık sıkıntı, üzüntü ve dikkat azalması nedeniyledir (49). Bilişsel işlevlerdeki değişmeler ve duygulanım hastaların kendilerine yönelik düşük değerlendirmelere neden olur. Depresyon hastaları kendilerini çirkin, kötü yeteneksiz, toplumsal ve ekonomik saygınlığı olmayan ve hiçbir işe yaramayan kişiler olarak görürler (49).

2.2.6. Depresyonun tanı kriterleri

DSM-V TR Majör depresif bozukluk tanı kriterleri (40).

A. Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması

(1.veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)

1. Depresif duygudurum,
2. Anhedoni, ilgi-istek azalması,
3. İştah azalması ya da artması,

4. Uyku azalması ya da artması,
 5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon,
 6. Enerji azalması, yorgunluk,
 7. Suçluluk, değersizlik hissi,
 8. Konsantrasyon güçlüğü,
 9. İntihar eğilimi,
- B. İşlev kaybı vardır.
- C. Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.
- D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik nöbet yoktur.

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) öncülüğünde ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin güncel sınıflaması olan DSM-V'de, DSM-IV'deki E ibaresindeki Tanı Ölçütündeki "yastan sonra 2 ay" koşulu kalkmıştır. DSM-4-TR'de "Majör Depresif Atığın" E tanı ölçütü şu şekildedir: "Bu semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz, sevilen birinin ölümünden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da semptomlar, belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyon, intihar düşünceleri, belirlidir."DSM-V'te bu madde tamamen kaldırılmıştır (40).

2.2.7. Depresyon tedavisi

2.2.7.1. İlaç tedavisi: Depresyon belirtilerinin sağaltımında kullanılan ilaçlar aşağıda sıralanmıştır.

a. Trisiklik Antidepresanlar: Sedatif etkileri olan trisiklik antidepresanlar (TSA), histaminerjik reseptörler üzerindeki etkileri nedeniyle, uyku ve anksiyete belirtilerinde özellikle sağaltımın ilk haftalarında olumlu düzelmeler sağlarlar. TSA'ların sağaltımın ilk haftalarındaki üstünlük gibi görülen bu sedatif etkileri, psikomotor etkinliği kısıtladığı için kişinin sosyal işlevselliğini de bozabilir. Depresyona anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği olgularda yüksek özkıym riski nedeniyle, yüksek dozda güvenli değildirler (50).

b. Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI), TSA'lara göre yan etkilerinin az olması nedeniyle daha güvenli ve ilaca uyum sorununun daha az yaşandığı ilaçlardır. SSRI'nın sağaltımın ilk günlerinde huzursuzluk, anksiyete ve ajitasyonu geçici olarak arttırmaları, depresyonun ağırlaştığı duygusunu yaratabilir. Bu nedenle, anksiyeteli ya da ajite depresyonu olanlarda SSRI ile sağaltım sırasında yakından izleme, ilgi, bilgilendirilme ve gereğinde sağaltım seçeneklerinin gözden geçirilmesi, özkıyım olasılığının engellenebilmesi açısından önem taşır (50).

c. Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri: Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri (SNRI)'nden olan Venlafaksin, başka antidepressanlardan kimyasal olarak farklı olan feniletilamin türevi bir antidepressandır. Venlafaksin, serotonin ve norepinefrin geriliminin potent bir inhibitörü ve dopamin geriliminin ise zayıf bir inhibitörüdür. Muskarinik, nikotinik, histaminerjik, opioid veya adrenerjik reseptörlerde aktiviteye sahip değildir. Mevcut antidepressanlardan daha hızlı bir antidepressan etki başlangıcına sahip olduğu ileri sürülmüştür. Milnasipran depresyon tedavisi için Avrupa'da mevcut olan bir serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörüdür. Dünyanın birkaç ülkesinde antidepressan olarak pazarlanmıştır. Venlafaksin ve duloksetin ile benzer etki mekanizmasını paylaşmaktadır (51).

2.2.7.2. Bilişsel davranışçı tedavi

Bu yöntem; anksiyete, depresyon, fobiler gibi çeşitli ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan etkin, yönlendirici, süresi sınırlı, yapılandırılmış bir tedavi yaklaşımıdır. Depresyonun akut tedavisinin yanı sıra farmakolojik tedaviye dirençli hastalarda da uygulanabilecek bir seçenektir. Bu tedavi ilaç tedavisiyle beraber veya tek başına uygulandığında akut tedavide farmakolojik tedaviye benzer sonuçlar alınmaktadır (52,53).

2.2.7.3. Yeni tedavi yöntemleri

EKT (Elektrokonvulzif tedavi) gibi bilinen yöntemlerin yanı sıra son zamanlarda, derin beyin uyarımı, vagal sinir uyarımı, tekrarlayan transmanyetik uyarımı gibi farmakolojik olmayan tedaviler giderek kabul görmeye ve kullanılmaya başlanmıştır (66). Transkraniyal manyetik stimülasyonun yapılan birçok çalışmada antidepresan

etkisinin olduğu bulunmuştur. Dirençli depresyon vakalarında etkili olabilmesi umut vaat etmektedir fakat etkileri sıklıkla kısa sürelidir (54).

2.3.Akıllı Telefon

2.3.1.Akıllı telefon gelişim süreci

Akıllı telefon gelişim süreci Graham Bell tarafından 1876'da telefonun icadı ile başlamıştır. Kablolü telefonlar kabloları nedeniyle bir yere bağılı kaldığı için gelişimi bir yerde sınırlı kalmıştır. Finlandiya ve İsveç gibi coğrafi nedenlerle kablo döşeme sıkıntısı yaşayan ülkelerin alternatif kanallar arama çabasıyla telefon kablosuz hale gelmiştir (55). 1991 yılında Finlandiyalı Nokia firmasının belli standartlarda olan ilk cep telefonu üretilmiştir (55). 1990 senesinden sonra Avrupa standartlarında GSM, küresel çapta 100'ün üzerinde ülkede 150'den fazla operatör tarafından kullanılmıştır (56). GSM sisteminin oturmasıyla birlikte cep telefonlarında önemli değişiklikler başlamış; ağırlıkta azalma ve boyutta küçülme olmuştur. Bu değişime paralel olarak cep telefonlarına, fonksiyonel eklemeler yapılarak kısa mesaj servisi, WAP (Wireless Application Protocol), arama kayıtları ve zil sesleri indirme özellikleri gelmiştir (57). Cep telefonu üretimine öncülük yapan ülkeler İskandinavya ve Avrupanın diğerk ülkeleridir (58). Kablosuz iletişim ağıları ilk kez İskandinav ülkeleri, Fransa, Almanya ve İngiltere tarafından kullanılmıştır. 1G olarak bilinen birinci ağı nesil sistemleri diğerk adıyla analog sistemler, yetersiz kapsam alanı ve düşük ses kalitesiyle sesli iletişim sağlamıştır. Sonraki sistemlere 2G adı verilmiştir. İkinci nesil iletişim sistemleri, ses aktarımının yanında mesaj alışverişi, veri aktarımı gibi hizmetlere de imkan vermiştir. Sonraki süreçte hücreli ağı sistemleri geliştirilerek 3G ve 4G sistemleri ortaya çıkmıştır. Günümüzde dünyada 5G sistemine geçişler söz konusudur (55).

Türkiye'de cep telefonu konusunda ilk çalışmalar 1985'te yapılmış ve 1986 yılında Ankara ve İstanbul arasında analog görüşmeler yapılmıştır. 1990'larda cep telefonu toplumun her kesimi tarafından rağbet görmüş ve Türkiye pazarına girmiştir. 2000'lerde dünyada cep telefonu sahipliği listesinde Türkiye ilk sıralarda yer almıştır (59). Sabit telefon abone sayısı 1929 ile 1993 yılları arasında artış göstermiştir. fakat 1990'lardan sonra cep telefonunun kullanılmasıyla sabit telefon abone sayısı kadar cep telefonunu sayısı oluşmuştur. Bugün bu yedi katına çıkmıştır. Sabit telefon abone

sayısı 2007 yılında en yüksek değere ulaşmış sonrasında giderek azalırken; cep telefonu sahipliği sürekli artmıştır (60).

Günümüzün vazgeçilmezlerden olan cep telefonları, günün her anında arama ve mesaj kontrolü yapılan, gazete ve kitap okunan, sosyal medya takibi yapılan, her an internete girilen ve alışveriş yapılabilen bir araç olmuştur. Cep telefonlarının gelişen işlevleri ile beraber GSM hizmetlerinin olmadığı zamanlarda da cihazla müzik dinlenebilmekte, fotoğraf çekilebilmektedir. Bu haliyle cep telefonları; yani akıllı telefonlar tüm insanlar için her an yanlarında olan mobil bilgisayarlara dönüşmüştür. Akıllı telefonlar verimlilik artışı, yenilikçilik kabiliyeti ve maliyet tasarrufu gibi sadece bireysel kullanıcılara değil ticari işletmelere de yarar sağlayabilmektedir. Akıllı telefonların faydalarını aşağıdaki gibi özetleyebiliriz (61);

- Global Positioning System (GPS) özelliği sayesinde çalışan takibi ve mekan paylaşımı yapılabilmektedir,
- E-mail hesaplarına erişimi kolaylaştırarak verimliliği artırıp maliyeti azaltmaktadır,
- Programlarla uzaktan veri paylaşımı ve transferi gerçekleştirilebilmektedir.
- Navigasyon sayesinde ulaşılacak istenen yerlere ulaşımında zaman ve maliyet tasarrufu sağlanabilmektedir,
- Kameralar sayesinde doküman paylaşımı yapılabilmektedir,
- WiFi (Wireless Fidelity) sayesinde başka internet sunucusu üzerinden ücretsiz internet erişimi yapılabilmektedir.

2.3.2. Ülkemizde ve dünyada telefon kullanımı

Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması 2015 verilerine göre İnternet kullanan bireylerin oranı %55,9 oldu (62).

Bilgisayar ve internet kullanım oranları 2015 yılı nisan ayında 16-74 yaş grubundaki bireylerde sırasıyla %54,8 ve %55,9 oldu. Bu oranlar erkeklerde %64 ve %65,8 iken, kadınlarda %45,6 ve %46,1'dir. Bilgisayar ve internet kullanım oranları, 2014 yılında %53,5 ve %53,8'di (62).

Hanelerin 2015 yılı Nisan ayında %96,8'inde cep telefonu veya akıllı telefon bulunurken, sabit telefon bulunma oranı %29,6 oldu. Aynı dönemde hanelerin %25,2'sinde masaüstü bilgisayar, %43,2'sinde taşınabilir bilgisayar ve %20,9'unda internete bağlanabilen TV bulunmaktadır (62).

2016 yılı üçüncü çeyreğinde 74,4 milyon olan cep telefonu abone sayısı 2017 yılı üçüncü çeyreğinde ise 77,9 milyon olmuştur (63).

2005'ten bu yana dünyada mobil telefonu kullanımı giderek artmıştır. Dünyada mobil telefon abone sayısı 2005'te 2.2 milyar iken bu sayı 2010 yılında 5.29 milyara yükselmiştir. Her 100 kişiye düşen abonelik sayısı 2005 senesinde 33.9 iken 2010'da ise bu sayı 76.6 olmuştur (78). Son yıllarda cep telefonu kullanımında artış yaşanmasına karşın sabit telefon abone sayılarında düşüş olmaktadır. Sabit telefon toplam abone sayısı 2006'da 1.26 milyar olan pik değerinden 2016 da 1 milyara düşmüştür. 2006'dan bu yana dünyada sabit telefon aboneliklerde her 100 kişiye düşen abone sayısı kademeli olarak düşmektedir (64).

2.3.3. Akıllı telefon bağımlılığının tanımlanması

Telekomünikasyon ve bilişim alanındaki gelişmelere paralel olarak son yıllarda her yerde mobil telefon ile internete ulaşım fırsatı doğmuştur. Akıllı telefonlar, sesli telefon görüşmelerinin yanı sıra sms, GPS, Bluetooth, Wi-Fi, gibi bağlantı seçenekleri, dokunmatik ekran, internet bağlantısı, navigasyon, üzerinde uygulama geliştirilebilen mobil işletim sistemi, uygulamaların yüklenebileceği bir uygulama marketi, dahili veya arttırılabilir hafıza, görüntü ve ses kaydı gibi birçok farklı özelliğe sahip olabilmektedir (65). Bütün bu yenilikler ve getirdiği kolaylıklara rağmen akıllı cep telefonları çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Bilinçsiz kullanıldığında ciddi zararlara yol açmakta, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarını meydana getirmektedir. Bu sorunları genel olarak aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (66);

- İkide bir cep telefonunu kontrol isteği sebebiyle konsantrasyon bozukluğu görülebilmektedir (66).
- Sürekli ekrana bakma sebebiyle göz bozukluğu baş ağrısı gibi sorunlara yol açabilmektedir (3),
- Mesajla haberleşme ve sosyal medya takibi yüzünden yüz yüze görüşmenin giderek azalması sonucunda insanlar asosyalleşebilmektedir (3,67),
- Yanlış kişilerle tanışıp sağlıksız ve yasadışı ortamlara çekilmeye neden olabilmektedir (68),

Akıllı telefon bağımlısı olan kişilerde aşağıdaki belirtiler görülür (69);

- Sürekli ekrana bakmak nedeniyle baş ağrısı, göz sulanması, göz yorgunluğu gibi fiziksel sağlık sorunlarına neden olması,
- Sosyal medya ve mesajlaşma uygulamalarının yaygınlaşması ile gerçek hayatta görüşmektense akıllı telefon üzerinden görüşmeye bağlı olarak asosyalliğe neden olması,
- Sürekli cep telefonunu kontrol etmek nedeniyle konsantre kaybına neden olması,
- Herkesle kolayca iletişim kurulabilmesi nedeniyle sağlıklı ve yasal olmayan ortamlara çekilebilme riski,
- Casus yazılımlar ile insanların özel hayatına müdahale edilebilmesi

Yapılan araştırmalarda gençlerin % 76'ında bir, % 40'ında ise ikinci bir cep telefonu olduğu tespit edilmiştir (73).

Kullanımının bu kadar yaygın olması; dürtü bozukluğu mu, alışkanlık mı yoksa bağımlılık mı? Sorunsalını akla getirmektedir.

DSM-IV-TR'de dürtü kontrol bozukluğu, karşı konulamayan, tekrarlanan davranış, kendine veya başkasına zararlı davranışta bulunmaya karşı koymadaki zorluk olarak tarif edilmektedir (70). Bağımlılık, sinir sisteminin bir maddeye biyolojik olarak bağlanması ile oluşur. Bir maddenin veya bir etkinliğin kişilerin ruhsal ve bedensel durumuna ya da sosyal yaşantısına zarar vermesine rağmen bu maddenin ya da etkin kullanımının devam etmesi, bu duruma yönelik önüne geçilemez istek duyma hali olarak tarif edilmektedir. Birtakım araştırmalara göre sadece biyolojik değil davranışsal bağımlılıklar da vardır (71).

İnsanlar yüz yüze iletişim kuramadıklarında ya da buna cesaret edemediklerinde varlıklarını sanal âlemde göstermek istemektedirler. Cep telefonları ile saatlerce sözlü ya da yazılı iletişim yeni bağımlılıklar doğurmakta ve kişilerde yeni davranışlar ortaya çıkarmaktadır (72). Kişiler cep telefonuyla yalnızlığını giderebilmekte, bunun sonucunda sürekli kontrol edilemeyen sosyal ađ takibi olduğu zaman bağımlılıktan bahsedilmektedir (57).

Netlessfobi terimi internetsiz kalma korkusu olarak tanımlanır. İnsanlar kimi zaman sosyalleşmek, kimi zaman da gerçek hayattan uzaklaşmak için interneti kullanır (73).

Akıllı telefon kullanan birinin nomofobik ve internet bağımlısı olması netlessfobi'nin belirtilerindedir (73).

Telefon bağımlılık düzeyi yüksek olan kişiler telefon kullanmadıkları anlarda rahatsız, sinirli ve endişeli olmaktadır (74).

Türk kullanıcılara bir hafta süresince cep telefonundan ayrılmamak için nelerden vazgeçebilecekleri sorulmuş; çay çikolata ve tatlı cevaplarını vermişlerdir. %7 oranındaki bir grup ise sevgilisinden ve eşinden vazgeçebileceğini söylemiştir (60).



3. MATERYAL VE METOD

Araştırmamız Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde 1-31 temmuz tarihleri arasında yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın evreni Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-25 yaş arası ve akıllı telefon kullanan hastalardır. Bu çalışmada polikliniğe başvuran 18-25 yaş arası kişilere sosyodemografik verilerle birlikte HAD (hastane depresyon ölçeği) ve ATBÖ (Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği) uygulayarak anksiyete-depresyon ve akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkinin saptanması hedeflenmiştir..

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 1).Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuruyor olması
- 2).Akıllı telefon kullanıyor olması
- 3).18-25 yaşa aralığında olması

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.06.2018 tarih ve 229 sayı ile onay alınmıştır(Ek 1).

Çalışma verileri, 2018 yılı, temmuz ayında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-25 yaş arası akıllı telefon kullanan hastalara anket uygulanarak toplanmış olup, sonuçların analizi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Biyoistatistik ve Aile Hekimliği Bilim Dalları işbirliği ile yapılmıştır. İstatistik analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 24.0 programı ile yapılmıştır. Veriler, ortalama \pm standart sapma (ort. \pm SD) olarak gösterildi. Verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov/Smirnov Testi ile kontrol edildi. Veriler normal dağılmadığından ikili grupların karşılaştırılması için Mann Whitney, ikiden fazla grubun karşılaştırılması için Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Gruplar arası değerlendirmede, kategorik veriler için ki-kare analizi yapıldı. Verilerin arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Değerlendirmede $p<0,05$ ise gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; anksiyete düzeyleri, depresyon düzeyleri ve akıllı telefon bağımlılık düzeyleri olup bağımsız değişkenleri sosyodemografik veri anketinde yer alan bilgilerdir (Ek-3).

Araştırmadaki güç (power) %80 olacak şekilde örnek hacminin The Survey System tarafından hazırlanmış olan “This Sample Size Calculator Software” (<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) ile hesaplandığında minimum 150 kişi olması gerektiği görülmüş, tarafımızca 250 hastaya ulaşılmıştır. Hastalara HAD ölçeği ve ATBÖ uygulandı

3.1. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Ölçek Zigmond ve Snaith (75) tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (76) tarafından yapılmıştır. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. HADÖ’nün Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (75).

3.2. Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği-Kısa Formu (ATBÖ-KF)

ATBÖ-KF Kwon ve ark. (3) tarafından ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı riskini ölçmek için geliştirilen, 10 maddeden oluşan ve altılı Likert dereceleme ile değerlendirilen bir ölçektir (Ek-4). Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Demirci ve ark. (103) tarafından yapılmıştır. Ölçekteki maddeler; 1’den 6’ya doğru puanlandırılmıştır. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Testten elde edilen puan arttıkça bağımlılık için risk artmaktadır. Ölçek bir faktörlü olup alt ölçekleri yoktur. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir. Özgün formunun iç tutarlılık ve eş zamanlı geçerliliğinin Cronbach alfa katsayısı 0.91’dir (3).

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine baktığımızda, katılımcıların 18-25 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının $22,03 \pm 2,17$ olduğu görölmektedir. Katılımcıların %48'inin kadın ,%52'sinin erkek;%6,8'inin evli, %90,8'inin bekar %2,4'ünün diğer gruba dahil;%12,4'ünün ilköğretim mezunu,%20,4'ünün lise mezunu;%10,8'inin önlisans mezunu;%56,4'ünün lisans mezunu;katılımcıların %60,4'ünün öğrenci,%39,6'sının çeşitli meslek gruplarına dahil ya da çalışmamaktadır. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri tablo 4.1'de verilmiştir



Tablo 4.1: Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyodemografik özellikler	n	%
<u>Yaş</u>		
18	15	6
19	23	9,2
20	35	14
21	29	11,6
22	33	13,2
23	36	14,4
24	38	15,2
25	41	16,4
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	120	48
Erkek	130	52
<u>Medeni durum</u>		
Evli	17	6,8
Bekar	227	90,8
Diğer	5	2,4
<u>Eğitim düzeyi</u>		
İlköğretim	31	12,4
Lise	51	20,4
Ön lisans	27	10,8
Lisans	141	56,4
<u>Meslek</u>		
Öğrenci	151	60,4
Diş hekimi	2	0,8
Hekim	6	2,4
Memur	2	0,8
İşçi	13	5,2
Ev hanımı	8	3,2
Oyuncu	1	0,4
Halkla ilişkiler	3	1,2
Ticaret	16	6,4
Personel	2	0,8
Şoför	1	0,4
Güvenlik	1	0,4
Öğretmen	8	3,2
Laborant	1	0,4
İşsiz	35	14,0
<u>Ekonomik durum</u>		
İyi	59	23,6
Orta	149	59,6
Kötü	42	16,8
<u>Aile yapısı</u>		
Çekirdek aile	150	60,0
Geniş aile	98	39,2
Diğer	2	0,8
<u>Sigara içme</u>		
Evet	64	25,6
Hayır	186	74,4
<u>Alkol kullanma</u>		
Evet	29	11,6
Hayır	221	88,4
<u>Yaşadığı yer</u>		
İl merkezi	197	78,8
İlçe	34	13,6
Köy	19	7,6
<u>Toplam</u>	250	100

Çalışmamızda kadınlarda anksiyete, depresyon ve ATBÖ'nün ortalama puanları erkeklere göre daha yüksek çıkmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Cinsiyete göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması

	Cinsiyet	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete puanı	Kadın	9,17±4,11	0,087
	Erkek	8,18±3,64	
	Toplam	8,66±3,90	
Depresyon puanı	Kadın	7,35±3,77	0,88
	Erkek	6,94±3,67	
	Toplam	7,14±3,71	
ATBÖ puanı	Kadın	31,19±11,56	0,13
	Erkek	31,17±16,94	
	Toplam	31,18±14,59	

Çalışmamızda medeni duruma göre boşanmış kişilerde anksiyete, depresyon ve ATBÖ'nün ortalama puanları evli ve bekar kişilere göre daha yüksek olmasına rağmen sayısal olarak boşanmış kişi sayısı az olduğu için istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Bekar kişilerde anksiyete ve depresyonun ortalama puanları evli kişilerden daha yüksek, ATBÖ'nün ortalama puanı ise bekar kişilerde evli ve boşanmış kişilerden daha düşüktür ama iki durum da istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4.3: Medeni duruma göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması.

	Medeni durum	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete puanı	Evli	8,94±4,01	0,512
	Bekar	8,58±3,35	
	Boşanmış	11,0±4,94	
	Toplam	8,66±3,90	
Depresyon puanı	Evli	7,04 ±3,64	0,230
	Bekar	7,82 ±3,76	
	Boşanmış	9,60 ±4,56	
	Toplam	7,14±3,71	
ATBÖ puanı	Evli	31,00 ±14,14	0,649
	Bekar	29,64 ±15,78	
	Boşanmış	35,00 ±16,32	
	Toplam	31,18 ±14,59	

Eğitim d¼zeyi İlköğretim olan hastaların ortalama anksiyete ve depresyon puanı diğer hastalara göre daha yüksektir ve depresyon puanı istatistiksel olarak anlamlıdır.Ön lisans mezunu hastaların ortalama ATBÖ puanı diğer kişilere göre daha yüksektir fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Eğitim düzeyine göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması.

	Eğitim düzeyi	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete puanı	İlköğretim	9,94 ±4,79	0,17
	Lise	9,02 ±3,58	
	Ön lisans	9,04 ±3,83	
	Lisans	8,18 ±3,67	
	Toplam	8,66 ±3,90	
Depresyon puanı	İlköğretim	8,48 ±3,64	0,021
	Lise	7,78 ±3,93	
	Ön lisans	7,78 ±3,67	
	Lisans	6,48 ±3,65	
	Toplam	7,14 ±3,71	
ATBÖ puanı	İlköğretim	30,26 ±10,08	0,87
	Lise	31,57 ±11,99	
	Ön lisans	36,19 ±28,71	
	Lisans	30,28 ±12,11	
	Toplam	31,18 ±14,59	

Çalışmamızda işsiz hastalarda depresyon ortalama puanları memur ve özel sektörde çalışanlara göre daha yüksek ve HAD ölçeğinde kesme puanı olan 7'nin üzerindedir. İşsizlerde depresyon 'p' değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.5, p =0,027).

Tablo 4.5: Mesleğe göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanların karşılaştırması.

	Meslek	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete puanı	Memur	7,89±4,06	0,375
	Özel sektör	8,55±3,71	
	İşsiz	9,36 ±4,42	
	Toplam	8,66 ±3,90	
Depresyon puanı	Memur	6,59±4,06	0,027
	Özel sektör	6,86±3,70	
	İşsiz	8,21±4,43	
	Toplam	7,14±3,71	
ATBÖ puanı	Memur	31,74 ±29,69	0,209
	Özel sektör	31,15 ±11,84	
	İşsiz	31,00 ±11,16	
	Toplam	31,18 ±14,59	

Tabloya bakıldığında ekonomik durum iyileştikçe anksiyete, depresyon ortalama puanları düşmekte ve depresyon puanındaki düşme istatistiksel olarak anlamlıdır. Ekonomik durum iyileştikçe ATBÖ ortalama puanı düşmektedir ama istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.6, p=0.02).

Tablo 4.6: Ekonomik duruma göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması.

	Ekonomik durum	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete puanı	İyi	7,17 ±3,54	0,54
	Orta	9,02±3,90	
	Kötü	9,48±4,05	
	Toplam	8,66 ±3,90	
Depresyon puanı	İyi	5,80 ±3,54	0,02
	Orta	7,28 ±3,54	
	Kötü	8,50 ±4,00	
	Toplam	7,14 ±3,71	
ATBÖ puanı	İyi	29,68 ±12,52	0,2
	Orta	31,12 ±15,59	
	Kötü	33,50 ±13,62	
	Toplam	31,18 ±14,59	

Geniş aile yapısına sahip hastalarda depresyon ortalama puanları çekirdek aile yapısına sahip olan hastalarinkinden daha yüksek, HAD ölçeğine göre kesme puanı olan 7 puanın üstünde olup istatistiksel olarak da anlamlıdır. Geniş aile yapısına sahip olan kişilerde ATBÖ ortalama puanları çekirdek aile yapısına sahip olanlarınkine göre daha düşüktür ama istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.7, p=0,018).

Tablo 4.7: Aile yapısına göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması.

	Aile yapısı	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete puanı	Çekirdek aile	8,53 ±3,79	0,761
	Geniş aile	8,85 ±4,11	
	Toplam	8,66 ±3,90	
Depresyon puanı	Çekirdek aile	6,71 ±3,73	0,018
	Geniş aile	7,78 ±3,61	
	Toplam	7,14 ±3,71	
ATBÖ puanı	Çekirdek aile	31,67 ±16,26	0,801
	Geniş aile	30,45 ±11,70	
	Toplam	31,18 ±14,59	

Bu çalışmada sigara içen hastalarda içmeyenlere göre depresyon ve anksiyete ortalama puanları daha yüksek olarak saptandı ve depresyon ortalama puanlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

ATBÖ ortalama puanlarında sigara içen ile içmeyenler arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.8, $p=0,01$).

Tablo 4.8: Sigara içme durumuna göre Anksiyete ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması.

	Sigara içme	Puan ortalaması\pmSS	p
Anksiyete puanı	Evet	9,45 \pm 4,26	0,113
	Hayır	8,39 \pm 3,77	
	Toplam	8,66 \pm 3,90	
Depresyon puanı	Evet	8,59 \pm 3,91	0,01
	Hayır	6,63 \pm 3,51	
	Toplam	7,14 \pm 3,71	
ATBÖ puanı	Evet	31,39 \pm 21,52	0,238
	Hayır	31,11 \pm 11,35	
	Toplam	31,18 \pm 14,59	

Tabloya bakıldığında alkol kullanan kişilerde anksiyete,depresyon ve ATBÖ ortalama puanları alkol kullanmayanlara göre daha yüksektir ama alkol kullanan kişilerin azlığı nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Alkol kullanım durumuna göre anksiyete ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması.

	Alkol kullanma	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete puanı	Evet	9,52 ±3,76	0,162
	Hayır	8,55 ±3,93	
	Toplam	8,66 ±3,90	
Depresyon puanı	Evet	7,48 ±4,54	0,952
	Hayır	7,09 ±3,60	
	Toplam	7,14 ±3,71	
ATBÖ puanı	Evet	36,07 ±28,43	0,518
	Hayır	30,54 ±11,60	
	Toplam	31,18 ±14,59	

İlçede yaşayan hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları daha yüksektir ve depresyon puanındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır.

Köyde yaşayan hastaların ATBÖ puan ortalaması diğer hastalara göre daha yüksektir ama istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.10, p=0,028).

Tablo 4.10: İkamet yerine göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının karşılaştırması.

	İkamet yeri	Puan ortalaması±SS	p
Anksiyete panı	İl merkezi	8,42 ±3,82	0,272
	İlçe	9,38 ±3,61	
	Köy	9,89 ±5,14	
	Toplam	8,66 ±6,90	
Depresyon puanı	İl merkezi	6,92 ±3,79	0,028
	İlçe	8,50 ±3,47	
	Köy	6,63 ±2,65	
	Toplam	7,14 ±3,71	
ATBÖ puanı	İl merkezi	30,70 ±15,16	0,234
	İlçe	31,80 ±11,86	
	Köy	35,00 ±12,87	
	Toplam	30,18 ±14,59	

Anksiyete,depresyon ve ATBÖ ortalama puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Anksiyete, depresyon, ATBÖ arasındaki korelasyon tablosu.

	Anksiyete puanı	Depresyon puanı	ATBÖ
Anksiyete puanı r p	1	0,546 < 0,001	0,321 < 0,001
Depresyon puanı r p	0,546 <0,001	1	0,156 0,014
ATBÖ r p	0,321 0,0001	0,156 0,014	1

Çalışmamızda HAD ölçeği toplam Cronbach Alfa Katsayısı 0,8 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda ATBÖ-KF'nin toplam Cronbach Alfa Katsayısı 0,914 olarak saptanmıştır. ATBÖ-KF, Kwon ve ark. (98) tarafından akıllı telefon bağımlılığı riskini ölçmek için geliştirilen, Özgün iç tutarlılık ve eşzamanlı geçerliliğinin Cronbach alfa katsayısı 0,91'dir (3).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada polikliniğe başvuran hastalarda anksiyete,depresyon ve akıllı telefon bağımlılık durumunu sosyodemografik verilerle beraber araştırılmıştır.

Çalışmaya 250 hasta katılmıştır. Çalışmamızda anksiyete ortalama puanı HAD-A ölçeğinde kesme puan olan 9'un altında bulunmuştur. Depresyon ortalama puanı ise HAD-D ölçeğine göre kesme puan olan 7'nin az da olsa üzerinde bulunmuştur. Bu sonuçlarımızın aksine Hacıhasanoğlu ve ark. yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır (77). Çalışmamızda ATBÖ ortalama puanı erkeklerde kesme puanı olan 31'in üzerinde çıktı; sonuçlarımızın aksine Gümüş'ün (78) yaptığı çalışmada ATBÖ ortalama puanı daha düşük saptandı. Bu farklılık çalışmaların yapıldığı hastaların yaş durumundan kaynaklanıyor olabilir.

Cinsiyete göre HAD anksiyete ve depresyon ortalama puanları çalışmamıza katılanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu Yazıcı ve ark. (79) HAD kullanarak yaptıkları çalışmanın bulgularıyla uyumludur. HAD kullanılarak İskoçya'da yapılan araştırmada depresyon ve anksiyete puanlarında cinsiyete göre fark olmadığı sonucuna varılmıştır (80). Bizim çalışma sonuçlarımızın aksine Crespo ve ark. (81) depresyon ve anksiyetenin hastanede yatan kadın hastalarda daha sık görüldüğünü belirtmiştir (81). Çalışma gruplarında farklı sonuçlar çıkmasının sebebi araştırmaların yapıldığı grupların coğrafik yaşamfarklılıkları, sosyokültürel değişiklikler ve yaş farklılıkları olabilir.

Çalışmamızda cinsiyete göre ATBÖ ortalama puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Noyan ve ark. (82) Üsküdar Üniversitesi'nde yürüttükleri çalışmada cinsiyete göre akıllı telefon bağımlılığı ölçek puanından alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır .Yine Samsun Üniversitesi'nde öğrencilerle yapılan çalışmada kadın ve erkekler arasında akıllı telefon bağımlılığı ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (83).Bizim çalışma sonuçlarımızın aksine Kwon ve ark. (98) yaptıkları çalışmada kadınların akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının erkeklerle göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine ABD'de yapılan bir çalışmada kızlarda akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden alınan puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (84). Bu farklılığın araştırmaya

dahil olan hastaların sosyokültürel durumlarının, yaşlarınınve yaşanılan coğrafyanın benzer olmamasından kaynaklanıyor olabileceği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların medeni durumlarına göre anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanları değerlendirilmiş: Medeni duruma göre anksiyete,depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarında istatistiksl olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Boşanmış kişilerin anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanları rakamsal olarak ciddi düzeyde yüksek olmasına rağmen çalışmaya katılan boşanmış kişi sayısı 5 olduğu için net bir değerlendirme yapılamamıştır. Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda medeni durumun anksiyete ile depresyon üzerine artırıcı ya da azaltıcı etkileri olduğu saptansa da genel görüş bekar olma veya boşanmış olmanın anksiyete ve depresyon riskini arttırdığıdır. Çalışmamızın aksine Maral ve ark. (85) yürütmüş olduğu bir araştırmada bekar/dul olanlarda depresyon sıklığı %46,5, evli olanlarda bu oran %15,6 olarak saptanmıştır. Evde yaşayanlar için bekâr/dul olmak depresyon ve anksiyete açısından risk etkenidir ve bu kişilerde depresyon riski 4.72 kez daha fazla saptanmıştır (85). Literatürde bulunan sonuçların aksine bizim çalışmamızda cinsiyete göre anksiyete ve depresyonun kadınlarda daha fazla tespit edilmemesinin sebebi çalışmayı yaptığımız popülasyonun çoğunun yirmili yaşlarda olan öğrenciler olması ve bu öğrencilerin birçok yönden eşit haklara sahip olan; aile baskısının olmadığı yurtlarda ya da arkadaşlarıyla birlikte özgür yaşıyor olması olabilir.

Çalışmamıza benzer olarak Aslan ve Yazıcı (86) tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada medeni durum ile internet bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamıza katılan hastalar eğitim durumuna göre değerlendirildi. Lisans öğrencilerinin anksiyete ve depresyon ortalama puanları eğitim düzeyi daha düşük olan diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Depresyon ortalama puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim durumuyla ilgili ATBÖ ortalama puanları her ne kadar eğitim durumuna göre eğitim düzeyi arttıkça düşüyor gibi görünse de ilköğretim mezunlarından lisans mezunlarına doğru istikrarlı bir düşüş göstermiyordu ve istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Çelik ve Acar’ın (87) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların anksiyete ve depresyon ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Bizim sonuçların aksine Uğuz ve ark. (88) yaptıkları

çalışmada anksiyete, depresyon ile eğitim durumu arasında ilişki saptanamamışlardır. Çalışmamızda eğitim durumu ile ATBÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı, buna benzer Umur'un (89) yaptığı doktora tezi çalışmasında internet bağımlılığı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bizim sonuçların aksine Demir ve Seferoğlunun'nun (90) 'Bilgi Okuryazarlığı, İnternet Bağımlılığı, Sanal Aylaklık ve Çeşitli Diğer Değişkenlerin Sanal Zorbalık ile İlişkisinin İncelenmesi' adlı çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça internet bağımlılığı ve sanal zorbalığın azaldığı görülmüştür (90).Bu farklılık bizim hasta popülasyonunun coğrafik şartlarının, sosyokültürel durumlarının ve yaş dağılımının benzer olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarını meslek durumuna göre araştırılmıştır. Anksiyete ve depresyon ortalama puanları işsiz hastalarda, özel sektörde çalışan veya memur olan hastaların ortalama puanlarından daha yüksekti, depresyon puanındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı. Sonuçlarımıza benzer olarak Türkçapar ve ark. (91) yaptığı çalışmada işsiz kişilerde depresyon ve antisosyal kişilik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bizim sonuçlarımızın aksine Çelik ve Acar'ın (87) yaptığı çalışmada anksiyete-depresyon ile meslek arasında ilişki saptanamamıştır. İşsiz kişilerde depresyon ortalama puanının yüksek olması işsizliğin ekonomik durumu doğrudan etkilemesi ve bunun sonucunda yaşam standartlarının yaşanılan çevreye göre kötü olmasının ruhsal durumuma bir yansıması olabilir. Çalışmamızda ATBÖ ortalama puanı ile meslek arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bizim sonuçlara benzer olarak Kwon ve ark. (3) yaptıkları çalışmada mobil telefon bağımlılığı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit etmemişlerdir. Bulgularımızın aksine Demir ve Seferoğlu'nun (90) yaptığı çalışmada mesleğin internet bağımlılığını etkilediği sonucuna varılmıştır. Bizim sonuçların Demir ve Seferoğlunun çalışma sonuçlarından farklı olmasının sebebi hasta popülasyonunun yaş gurubunun aynı olmaması, ATBÖ ortalama puanlarının farklı olması ve hastaların meslek guruplarındaki oranların benzer olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya dahil olan kişiler ekonomik durumlarına göre değerlendirilmiştir. Ekonomik durumu iyi olan hastaların anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanları ekonomik durumu orta ve kötü olan hastalara göre daha düşüktü ve

depresyon puanındaki düşüklük istatistiksel olarak anlamlıydı. Ocaktan ve ark. (92) yaptığı çalışmada ekonomik durumun anksiyete ve depresyona olan etkisi bizim bulgularımıza benzerdi. Yine bizim sonuçlarımıza benzer şekilde Çelik ve Acar'ın (87) Siirt ve Batman Devlet Hastanelerinde hastalarla yaptıkları çalışmada ekonomik durumun anksiyete ve depresyonu etkilediği sonucuna varılmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili bulgularımız Gümüş'ün (78) Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Tezel ve ark. (93) Erzurum'da üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında ekonomik durumun akıllı telefon bağımlılığını istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yüksek düzeyde etkilediğini saptamışlardır.

Çalışmamızda katılımcılar aile yapısına göre değerlendirilmiştir. Geniş aile yapısına sahip hastalarda HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon ortalama puanları diğer hastalara göre daha yüksekti ve depresyon ortalama puanındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı. Bizim sonuçların aksine Medeni'nin (94) Ankara'da 15 yaşından büyük kişilerde yaptığı çalışmada aile yapısının depresyonu etkilemediği bulunmuştur. Yine bizim çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Yılmaz ve Ocakçı'nın (95) yaptığı çalışmada çekirdek aile yapısına sahip öğrencilerde hafif düzeyde anksiyete olduğu; geniş aile yapısına sahip öğrencilerde ise orta düzeyde anksiyete olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda geniş aile yapısına sahip bireylerin depresyona yatkın çıkmalarının sebebi geniş aile yapısına sahip hastaların yaşadığı ekonomik sorunlar ve geniş aile yapısının ortaya çıkardığı kötü yaşam koşulları olabilir. Çalışmamızda aile yapısının akıllı telefon bağımlılığını etkilemediği sonucuna varılmıştır. Bizim sonuçlarımıza benzer olarak Kuyucu'nun (96) Aydın Üniversitesi'nde akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yaptığı çalışmada aile yapısının akıllı telefon bağımlılığını etkilemediği sonucuna varılmıştır. Yine Çağan ve ark. (97) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde yaptığı bir çalışmada aile yapısının akıllı telefon bağımlılığını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

katılımcılar sigara içme durumuna göre değerlendirildiğinde sigara içenlerin anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanları içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Depresyon ortalama puanındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır. Medeni'nin (94) yaptığı çalışmada depresyon ile sigara arasında bizim çalışmamızın aksine istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken anksiyete ile

sigara arasında ise bizim çalışmamıza paralellik gösteren sonuçlara ulaşılmıştır. Patton ve ark. (98) Öğrencilerde yaptığı ve sigara ile anksiyete-depresyonun ilişkisinin birçok faktöre bağlı olarak araştırıldığı bir çalışmada sigara içen öğrencilerde anksiyete ve depresyonun içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yine Breaslau ve ark. (99) yaptığı çalışmada sigara içimiyle birlikte alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı olan kişilerde anksiyete ve depresyonun istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ama sadece sigara içicisi olup alkol ve uyuşturucu madde bağımlısı olmayan kişilerde ise anksiyete ve depresyonun istatistiksel olarak daha yüksek oranda görülmediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda sigara kullanan kişilerde anksiyete ve depresyon ortalama puanlarının yüksek olmasının sebebi anksiyete-depresyon ile sigaranın sebep sonuç ilişkisinden çok; bir kısır döngü içinde birbirini besleyici etki göstermesinden kaynaklanıyor olabilir. Tıp fakültesi öğrencilerinde yürütülen bir çalışmada sigara kullanımı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (78). Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Kwon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara ile akıllı telefon bağımlılığı ilişkisi saptanmamıştır (3).

Hastalar alkol kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde alkol kullanan hastaların anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanlarının kullanmayan hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Anksiyete ve depresyon ile ilgili bizim sonuçların aksine Medeni'nin (94) yaptığı çalışmada alkol ile hem anksiyete hem de depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamıştır. Strine ve ark. (100) Amerika'da yaptığı bir çalışmada alkol kullanımının kadınlarda anksiyete ve depresyonu istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttırdığı; erkeklerde ise etkilemediği sonucuna varılmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Kwon ve ark. (3) alkol kullanımı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamamışlardır. Yine bizim çalışma sonuçlarımıza paralel olarak Ünal'ın (60) Ankara'da tıp fakültesi öğrencilerinde yürüttüğü çalışmada alkol ile akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hastalar yerleşim yeri tipine göre değerlendirilmiş, ilçede yaşayan hastaların depresyon ortalama puanı diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yine

Medeni'nin Ankara'da yaptığı çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak yerleşim yeri ile anksiyete arasında ilişki saptanmamıştır ama depresyon ile yerleşim yeri arasındaki ilişki bizim sonuçlarımızın aksi yöndedir (94). Gümüş'ün (78) Van'da yaptığı çalışmada yerleşim yerine ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çelik ve Acar'ın (87) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada yerleşim yeri ile anksiyete-depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hastaların yerleşim yerine göre ortalama ATBÖ puanlarına bakıldığında köyde yaşayan kişilerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ama köyde yaşayan hasta sayısının az olmasından dolayı bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gümüş'ün (78) yaptığı çalışmada akıllı telefon bağımlılığı ile yerleşim yeri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yine Öztunç'un problemlili internet kullanımı ile ilgili yaptığı çalışmada problemlili internet kullanımı ile yerleşim yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (101).

Çalışmamızda anksiyete, depresyon ve ATBÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Boumosleh ve Jaalouk (102) akıllı telefon ölçeğinden alınan yüksek puan ile depresyon arasında pozitif korelasyon saptadılar. Yine bizim sonuçlara benzer olarak Demirci ve ark. (103) üniversite öğrencileriyle yürüttükleri çalışmada akıllı telefon kullanma oranı ile depresyon ortalama puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Kim ve ark. (104) yaptıkları çalışmada da akıllı telefon bağımlılığıyla depresyon arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada da depresyon ve akıllı telefon bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır (105). ABD'de yapılan bir çalışmada herhangi bir anksiyete bozukluğu olan hastaların %68'inde majör depresyon da olduğu bildirilmiştir (106). Yine başka bir çalışmada 40 yıllık bir süre boyunca herhangi bir anksiyete bozukluğu olan hastalar takip edilmiş ve bu hastaların yarısından fazlasında depresyon da görülmüştür (107). Lepp ve ark. (108) kolej öğrencilerinde yaptığı çalışmada anksiyete ve mobiltelefon kullanımı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Yine Augner'in (109) genç erişkinlerde yaptığı çalışmada mobil telefon kullanım düzeyi ile kronik stress arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

6. SONUÇLAR

Kesitsel olarak yaptığımız ve anksiyete-depresyon ile akıllı telefon kullanımını çeşitli sosyodemografik verilerle değerlendirdiğimiz bu çalışmada daha önce bulgular ve tartışma bölümlerinde de belirttiğimiz bazı önemli verileri şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Anksiyete,depresyon ve akıllı telefon kullanımı arasındaki korelasyon özellikle son yıllarda dünyada iletişim alanında yaşanan baş döndürücü gelişmeler ve psikolojik hastalıklardaki artışla birlikte pozitif yönde etki göstermektedir.

2. Çalışmamızda akıllı telefon kullanan hastalarda ATBÖ ortalama puanı erkekçelerde kesme puanı olan 31'in üzerinde 31,18; HAD-A puanı kesme puanı olan 9'a yakın 8,66 ve HAD-D ortalama puanı ise kesme puan olan 7'nin üstünde 7,14 olarak saptandı. Bu sonuçlar gençlerde akıllı telefon kullanımıyla ilgili endişe verici verilerdir ve bu konuda çeşitli önlemler almayı gündeme getirebilir.

3. Çalışmamızda boşanmış hastaların anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanları rakamsal olarak ciddi düzeyde yüksek olmasına rağmen çalışmaya katılan boşanmış hasta sayısı 5 kişi olduğu için net bir değerlendirme yapılamamıştır. Bu konuda daha fazla kişiyi kapsayacak başka çalışmalar yapılmalıdır.

4. Bu çalışmada eğitim düzeyi lisans olan hastaların depresyon ortalama puanı eğitim düzeyi lisans altı olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Bu sonuç eğitim düzeyinin depresyonda önleyici etkisini bir kez daha gözler önüne sermiştir.

5. Hastaların anksiyete ve depresyon ortalama puanları işsiz hastalarda, özel sektörde çalışan veya memur olan hastaların ortalama puanlarından daha yüksekti; depresyon puanındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı. Burdan ekonomik durumun depresyonu etkilediği sonucu çıkarılabilir.

6. Geniş aile yapısına sahip hastalarda HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon ortalama puanları diğer hastalara göre daha yüksekti ve depresyon ortalama puanındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu bulgular geniş ailelerde yaşanan ekonomik sorunlar,kişisel özgürlüğün kısıtlanması ve kalabalık aile içindeki çeşitli sorunların kişiye doğrudan ya da dolaylı olarak yansması sonucu olabilir.

7. Sigara içen hastaların anksiyete, depresyon ve ATBÖ ortalama puanları içmeyenlere göre daha yüksek bulundu ve depresyon ortalama puanındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı. Depresyon ortalama puanındaki bu yükseklik sigara içiciliğinin bir sonucu mu yoksa depresif duygu durum sigara içmeyi mi tetikliyor sorunsalı daha fazla çalışma gerektiren bir konudur.

8. Hastalar yerleşim yerine göre değerlendirildi. İlçede yaşayan hastaların depresyon ortalama puanı diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksekti ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürdeki araştırmaların çoğu yerleşim yerinin depresyon üzerine etkisinin olmadığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda böyle bir sonuç çıkmasının sebebi katılımcı sayısının azlığı, yaş dağılımının homojen olmaması, küçük yerlerde yaşayan gençlerin özgüvenlerinin kısıtlanması, sosyal aktivite alanlarının azlığı olabilir.

9. Çalışmamızda anksiyete, depresyon ve ATBÖ'nün ikili korelasyon analizi yapıldı. Anksiyete, depresyon ve ATBÖ arasında pozitif korelasyon saptandı. Bu sonuçlar akıllı telefon kullanımının hızla yaygınlaştığı bu dönemde yeni araştırmalar için yol gösterici niteliktedir.

7.KAYNAKÇA

1. Park N, Lee H. Social implications of smartphone use: Korean college students' smartphone use and psychological well-being. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012;15:491-497.
2. Kim S, Kim R. A study of internet addiction: Status, causes, and remedies-focusing on the alienation factor. *International Journal of Human Ecology*. 2002;3:1-19.
3. Kwon M, Lee JY, Won WY, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PLoS One*. 2013;8(2):e56936.
4. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction – a review of the psychological literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8:3528–3552.
5. Kim H. Exercise rehabilitation for smartphone addiction. *J Exerc Rehabil*. 2013;9:500-505.
6. Yen CF, Tang TC, Yen JY, et al. Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *J Adolesc*. 2009;32:863–873.
7. Hwang KH, Yoo YS, Cho OH. Smartphone overuse and upper extremity pain, anxiety, depression, and interpersonal relationships among college students. *J Korean Contents Assoc*. 2012;12:365–375.
8. Kim SM, Huh HJ, Cho H, et al. The effect of depression, impulsivity, and resilience on smartphone addiction in university students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 2014;53:214-220.
9. Karakaya İ. Psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik tedavi gören hastalarda dış hekimliği yönünden yaklaşım, Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, bitirme tezi, İzmir 2012.
10. Doğan P. Aerobik egzersizin kadınlarda ve erkeklerde anksiyeteye olan etkisinin araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Fizyolojisi yüksek lisans tezi, İzmir 2010.
11. Bal U. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, Adana 2010.

12. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5®). 5th ed. London: American Psychiatric Pub; 2013. p. 189-232.
13. Özakkaç T. Anksiyete bozukluklu hastaların çeşitli tedavilere karşı anlık ve sürekli kaygı düzeylerinin değişiminin incelenmesi. Azerbaycan Tıp Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları ve Yayınlanmış Makaleler;2013.
14. Medeni İ. Bir ilçede 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığı ile ilişkili risk etmenleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, Ankara 2016.
15. Tekin M, Tekin A. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2014;6(4):330-339.
16. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları. 4. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizini. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları;2006.
17. Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği. II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, Sivas; 1993:25-33.
18. Sungur M Z. Fobik Bozukluklar. Psikiyatri Dünyası. 1997;1(1):5-11.
19. Wittchen U, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia, Acta Psychiatr Scand. 2003;1(417):4-18.
20. Lampe LA, Social phobia: a review of recent research trends, Curr Opin Psychiatry. 2000;13(2):149-155.
21. Arnold PD et al. Genetics of anxiety disorders, Curr Pshichatry Rep. 2004;6(4):243-254.
22. Kocabaşoğlu N. Stres ve anksiyete. <http://www2.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4719.pdf>. (Erişim tarihi: 23.02.2019).
23. Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history, Psychiatry, Elsevier. 2006;5(4):119-122.
24. Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizini. 2006;1:469–481.

25. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Küçük A, Yargıç İ, Yzıcı O. Anksiyete risk faktörleri. Ed: Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Psikiyatri. pp. 59-60. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Basım ve Yayınevi;2009.
26. Rosenbom J. The etiology of social phobia, The Journal of Clinic Psychiatry. 1994;55(6):10-16.
27. Hoyer J. Depersonalization/derealization during acute social stres in social phobia. Journal of Anxiety Disord. 2013;27(2):178-187.
34. Wolfradt U, Meyer T. Interrogative Suggestibility, Anxiety and Dissociation Among Anxious Patients and Normal Controls. Pers Individ Diff. 1998;25(2):425-432.
28. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A, et al. Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2011;3(3):368-386.
29. Alper Y. Tanısı, nedenleri, psikodinamiği ve tedavisi. Bütün Yönleriyle Depresyon. Gendaş A.Ş. 1999;1:19-20.
30. Kocabaşoğlu N. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi Yayını. 62. Sempozyum Dizisi Yayını. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 6-7 Mart 2008.
31. Roberts RE. Does growing old increase the risk for depression? Am J Psychiatry. 1997;154:1384-1390.
32. Tükel R. Panik hastasına yaklaşım, klinik görünüm, ayırıcı tanı ve tedavi ilkeleri. Klinik Gelişim Dergisi. 2009;22(4):1-9.
33. Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar, Klinik Psikofarmokoloji Bülteni. 2001;15(24):60-77.
34. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. pp. Ankara: 12. Hekimler Yayın Birliği;1994.
35. Çevik, A, Volkan VD. Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi. 1993;3:109-122.
36. Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (Erişim tarihi: 01.01.2019).

37. Marakođlu K, ivi S, Őahsıvar Ő, zdemir S. Tıp fakóltesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi. 2006;7:129-134.
38. Babaoğlu A. Psikiyatri tarihi. Ed: Mumcu C. pp. 56-95. Okuyan Us Yayınevi, İstanbul, 2002.
39. Köknel . Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1(1):5-11.
40. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5®). 5th ed. London: American Psychiatric Pub; 2013. p. 155-189.
41. Küey L, Güleç C. Depresyonun epidemiyolojisi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1993.
42. Kaplan H, Sadock B. Behavioral sciences, clinical psychiatry, Synopsis of Psychiatry. 1995;(7):516-555.
43. Baumeister H, Harter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2007;42(7):537-554.
44. Belek İ. Genel Sağlık Anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eŐitsizlikler–Antalya’da bir alan araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10:163-72.
45. Ayrancı , Yenilmez . Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001;2(2):87-98.
46. Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. Br J Psychiatry. 1987;150:737-51.
47. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NKC. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting—report from a survey in So Paulo, Brazil. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1997;12(7):728-36.
48. zer SK, Demir B, Tuğal . Montgomery -Asberg Depresyon Değerlendirme leği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik alıŐması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(3):185-194.

49. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(2):89-98
50. Mavissakalian MR, Perel JM. The side effects burden of extended Imipramine treatment of panic disorder, *J Clin Psychopharmacol*, 2000;20(5):547-555.
51. Duran A. Psikiyatride ilaçla tedavi, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi No:62. 2008;(1):275-302.
52. Türkçapar H. Dirençli depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım, *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*. 2011;1(3):239-240.
53. Hawton KE, Salkovskis PM., Kirk JE, et al. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press; 1989.
54. Ebrinç S. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(5):51-53.
55. Uğurlu EG, Elif G. Tarih ve kavram olarak yeni iletişim teknolojileri. Ed: T. Yüzer V, Mutlu ME. pp. 2-22. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir 2013.
56. Başaran F. İletişim teknolojileri ve toplumsal gelişme. Ankara: Ütopya Yayınevi;2010.
57. Özaşçılar M. Cep telefonu kullanımının sosyolojik boyutu, bireysel güvenlik ve günlük hayattaki yeri, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul 2009.
58. Lorente S. Youth and mobile telephones, More than a fashion. *Revista de Estudios de Juventud*. 2002;57(2):9-24.
59. Şimşek GG, Noyan F. Türkiye’de cep telefonu cihazı pazarında marka sadakati için bir model denemesi, *ODTÜ Gelişme Dergisi*. 2009;(36):121-159.
60. Ünal MH. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2015.

61. Pitichat, T. Smartphones in the workplace: Changing organizational behavior, transforming the future. A Journal of Transdisciplinary Writing and Research from Claremont Graduate University. 2013;3(1):1-8.
62. Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24646/> (Erişim tarihi: 05.01.2019).
63. İletişim-hizmetleri-istatistikleri 3. Çeyrek. <https://www.btk.gov.tr/2017> (Erişim tarihi: 05.01.2019).
64. ITU (İnternational Telecommunications Union), Measuring the Information Society Report 2017 Volume 1. 2017. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/publications/mis2017.aspx>. (Erişim Tarihi: 05.01.2019).
65. Akıllı telefon nedir, ne işe yarar? Dünyadaki akıllı telefon kullanım oranları ve Türkiye'deki durum. <http://androidturkey.net/2011/12/24/akilli-telefon-nedir-ne-ise-yarar-dunyadaki-akilli-telefon-kullanim-oranlari-ve-turkiyedeki-durum/#comments>. (Erişim tarihi: 05.01.2019).
66. Al-Khlaiwi T, Meo SA. Association of mobile phone radiation with fatigue, headache, dizziness, tension and sleep disturbance in Saudi population. Saudi medical journal. 2004;25(6):732-6.
67. Choi HS, Lee HK, Ha JC. The influence of smartphone addiction on mental health, campus life and personal relations-Focusing on K university students. Journal of the Korean Data and Information Science Society. 2012;23(5):15-1005.
68. Dredge R, Gleeson J, de la Piedad Garcia X. Cyberbullying in social networking sites: An adolescent victim's perspective. Computers in Human Behavior. 2014;36:13-20.
69. Ünal A, T, Arslan, A. Devlet ve vakıf üniversiteleri eğitim fakültesi öğrencilerinin cep telefonu kullanım sıklıklarını ve marka tercihlerinin karşılaştırılması, Gaziantep University Journal of Social Sciences. 2013;12 (1):1-19.
70. Oztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. İstanbul: Evrim Yayınları; 1989.
71. Comings DE. Tourette's syndrome: a behavioral spectrum disorder. Advances in neurology. 1994;65:293-303.
72. Ertem F. Cep telefonu kullanımının insan ilişkilerine etkisi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2006.

73. Öztürk UC. Bağlantıda Kalmak Ya Da Kalmamak İşte Tüm Korku Bu: İnternetsiz Kalma Korkusu Ve Örgütsel Yansımaları. *Journal of International Social Research*. 2015;8(37):629-638.
74. Laramie DJ. Emotional and behavioral aspects of mobile phone use. Los Angeles: Alliant International University; 2007.
75. Zigmond AS, Snaith PR The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-367.
76. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:280-287.
77. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Prev Med Bull* 2010; 9(3):209-216.
78. Gümüş A. Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi. Yüzüncü Yıl Ünversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anablm Dalı, Uzmanlık Tezi, Van 2018.
79. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A. Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyondüzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium Dergisi*. 2003;41:120-124.
80. Beausang P, Syeed R. Screening for anxiety anddepression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J* 1998;43:177-180.
81. Crespo D, Gil A, Porras CA. Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2001;29(2):75-83.
82. Noyan CO, Darçın AE, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16(1):73-81.
83. Kumcagiz H, Gunduz Y. Relationship between psychological well-being and smartphone addiction of university students. *International Journal of Higher Education*, 2016;5(4):1-13.
84. Lee EB. Heavy smartphone and Facebook utilization by African American young adults. *Journal of Black Studies*. 2015;46(1):44-61.

85. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumın M.A. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(4):251-259.
86. Aslan E, Yazıcı A. Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve ilişkili sosyodemografik faktörler. *Klinik Psikiyatri*. 2016;19:109-117.
87. Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2007;12(1):23-27.
88. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7:42-47.
89. Umur I. Medya bağımlılığı teorisi doğrultusunda internet kullanımının etkileri ve internet bağımlılığı. Konya Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Araştırma Yöntemleri Bilim Dalı Doktora Tezi, Konya 2007.
90. Demir Ö, Seferoğlu SS. Bilgi okuryazarlığı, internet bağımlılığı, sanal aylaklık ve çeşitli diğer değişkenlerin sanal zorbalık ile ilişkisinin incelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying*. 2016;3(1):1-26.
91. Türkçapar H, Güriz O, Özel A, Işık B, Örsel SD. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda öfke ve depresyonun ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004; 15(2):119-124.
92. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M, et al. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2002;55(1):21-28.
93. Tezel A, Arslan S, Topal M, Aydoğan Ö, Koç Ç, Şenlik M. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2009;12(4):1-10.
94. Medeni İ. Bir İlçede 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Sıklığı İle İlişkili Risk Etmenleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2016.

95. Yılmaz M, Ocakçı F. Bir Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2002;3(1):1-9.
96. Kuyucu M. Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı. Global Media Journal TR Edition. 2017;7(14):328-359.
97. Çağan Ö, Ünsal A, Çelik N. Evaluation of College Students the Level of Addiction to Cellular Phone and Investigation on the Relationship Between the Addiction and the Level of Depression. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;114:831–839.
98. Patton G, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? American Journal of Public Health. 1996;86(2):1-6.
99. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine Dependence, Major Depression and Anxiety in Young Adults. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(12):1069-1074.
100. Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. General Hospital Psychiatry. 2008;30:127–137.
101. Öztunç M. analysisi of problematic mobil phone use, feeling of shyness and lonelines in accordance with several variable. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;106:456–466.
102. Boumosleh J.M, Jaalouk D. Depression, anxiety and smartphone addiction in university students-a cross sectional study. PLoS one, 2017;12(8):1-14.
- 103 Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. Journal of Behavioral Addictions. 2015;4(2):85-92.
104. Kim M, Kim H, Kim K, Ju S, Choi J, Yu M. Smartphone addiction:(Focused depression, aggression and impulsion) among college students. Indian Journal of Science and Technology. 2015; 8(25):1-6.

105. Kim EY, Cho I, Kim EJ. Structural equation model of smartphone addiction based on adult attachment theory: Mediating effects of loneliness and depression. *Asian Nursing Research*. 2017;11(2):92-97.
106. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
107. Murphy JM, Horton NJ, Laird NM, et al. Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(5):355-375.
108. Lepp A, Barkley JE, Karpinski AC. The relationship between cell phone, academic performance, anxiety, and satisfaction with life in college students. *Computers in Human Behavior*. 2014;(31):343–350.
109. Augner C. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *International Journal of Public Health*. 2011;57(2):437-41.

8.EKLER

Ek 1: Sosyodemografik veri formu

18-25 YAŞ ARASINDAKİ HASTALARDA AKILLI TELEFON İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

Anket No:

1)Kaç yaşındasınız:

2)Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2.Erkek

3) Medeni durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Diğer

4) Eğitim düzeyiniz nedir: 1.İlköğretim mezunu 2.Lise mezunu 3.Önlisans 4.Lisans

5) Mesleğiniz nedir:

6) Size göre ekonomik durumunuz nasıl: 1. Çok İyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü

7) Aile yapınız nedir: 1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Diğer...

8) Sigara kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

9) Alkol kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

10)Kaç yıldır akıllı telefon kullanıyorsunuz? a.0-2 b.3-5 c.6-10 d. >10

11)Günde kaç saat akıllı telefon kullanıyorsunuz? a.0-2 b.3-5 c.6-10 d. >10

Ek 2: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı soyadı

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

Ek 3: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az

Ek 4: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

Ek 1. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form

Yönerge: Aşağıda akıllı telefon kullanımı ile ilgili çeşitli duygu ve düşünceleri içeren anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımın size ne kadar uyduğunu değerlendirerek en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız.

1-Kesinlikle katılmıyorum,	2-Katılmıyorum,	3-Kısmen katılmıyorum,	4-Kısmen katılıyorum,	5-Katılıyorum,	6-Kesinlikle katılıyorum	
1 Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım.	1	2	3	4	5	6
2 Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5	6
3 Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissederim.	1	2	3	4	5	6
4 Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6
5 Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve şinirdi olurum.	1	2	3	4	5	6
6 Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır.	1	2	3	4	5	6
7 Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem.	1	2	3	4	5	6
8 İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçımamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim.	1	2	3	4	5	6
9 Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım.	1	2	3	4	5	6
10 Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler.	1	2	3	4	5	6

Değerlendirme: Ölçek maddeleri 1'den 6'ya doğru puanlandırılmıştır. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Testten elde edilen puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. Ölçek bir faktörlü olup alt ölçekleri yoktur. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir.

