



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ VE TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Dilara Genç Demirağ

Ankara, 2017



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ VE TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Dilara Genç Demirağ

TEZ DANIŞMANI

Uzm. Dr. İrep Karataş Eray

Ankara, 2017

ÖNSÖZ

Hem çok şey öğrendiğim, meslekteki acemiliğimi üstümden atarken aynı zamanda mesleğime yepyeni bir bakış açısı kazandığım, hem de çok güzel anılar yaşadığım, yeni dostluklar kazandığım uzmanlık eğitimimin sonuna gelmiş bulunmaktayım.

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden beri ilgili yaklaşımla engin bilgi ve tecrübelerinden faydalanmama olanak tanıyan değerli hocam Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet Uğurlu'ya,

Sadece tez konusunda değil her konuda arayabildiğim ve birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım güler yüzlü, etrafına mutluluk saçan kıymetli hocam, tez danışmanım Sayın Uzm. Dr. İrep Karataş Eray'a,

Uzmanlık eğitimimizin en güzel ve yeterli biçimde ilerlemesi için çabalarını eksik etmeyen kıymetli hocalarım Sayın Doç. Dr. Yusuf Üstü, Sayın Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet Keskin ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Basri Furkan Dağcıoğlu'na,

Bugüne kadar aldığım tıp eğitiminde emeği geçen tüm saygıdeğer hocalarıma

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bana kazandırdığı en güzel şeyler olan ve tez yazma sürecinde de hep yanımda olan dostlarım Dr. Mukaddes Pekgenç Abatay, Dr. Nefise Şen, Dr. Sevil Özdemir Takak, Dr. Oğuz Ali Özşahin, Dr. Onur Günaydın'a ve adını sayamadığım diğer tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Her zaman desteklerini hissettiğim, benim bir parçam haline gelmiş değerli dostlarım Gökçe Ergin, H. Mert Yıldız, Melike Demir ve Elif Bayram'a,

Kardeşim ile beraber yardımlarını eksik etmeyerek anket dağıtma işinin keyifli hale gelmesini sağlayan Şemsettin İslamoğlu'na,

Güler yüzlü, güzel yürekli "teyzişim" Hatice (Ayşe) Baba'ya,

Hayatımın neşe kaynakları, her şeyi paylaşmaktan çok keyif aldığım canımdan öte kardeşlerim İlayda Genç ve Arda Genç'e,

Beni bu günlere getiren Dünya'nın en özverili, en düşünceli ve sıcacık yürekli annesi Nigar Genç'e ve Dünya'nın en tatlı, en eğlenceli ve aynı zamanda en ilgili babası Ünal Genç'e

Ve her zaman yanımda olan, en stresli anımda bile bana huzur veren, sevgi dolu eşim Süleyman Demirağ'a

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Dilara Genç Demirağ

Ankara, 2017

ÖZET

Giriş ve Amaç: Çok fonksiyonlu ve kolay taşınabilir olan akıllı telefonların yaygınlığı giderek artmaktadır. İşlevsellikleri ile oldukça faydalı olan bu cihazlar keyif verici özellikleri ile ise akıllara bağımlılık terimini getirmektedir. Davranışsal bağımlılıklar kendi başlarına bir sağlık sorunu olmalarının yanı sıra depresyon ve anksiyete gibi başka psikiyatrik sorunlarla da beraberlik gösterebilmektedir. Bu çalışmada, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğrencilerinden 18 yaşını doldurmuş ve daha önce tanı almış herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 512 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında sosyodemografik veriler ve cep telefonu kullanım özellikleri ile ilgili sorular içeren anket formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form (ATBÖ-KF), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programının 24.0 versiyonu kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Analizi, Mann-Whitney U Testi, Spearman Korelasyon Analizi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 512 öğrenci dahil edilmiştir. Bunlardan %75,4'ü (n=386) kadın, %24,6'sı (n=126) erkektir. Yaş ortalaması $20,45 \pm 1,95$ yıl olup en genç öğrenci 18, en yaşlı öğrenci ise 30 yaşındadır. Katılımcılar cep telefonlarını en fazla sosyal medyayı takip etmek amacı ile kullanmaktadırlar (%77,1). Bunu sırası ile mesajlaşmak ve konuşmak takip etmektedir (%75,0, %66,2). Katılımcıların ATBÖ-KF skor ortalamaları $28,69 \pm 10,19$ puandır. Kadınların ATBÖ-KF skorları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,004$). ATBÖ-KF skorları ile sosyal medya, fotoğraf çekmek ve müzik dinlemek amaçlı akıllı telefon kullanımı arasında anlamlı pozitif ilişki vardır ($p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,006$). Ayrıca, günlük akıllı telefon kullanımına ayrılan zaman ile ATBÖ-KF skorları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($p=0,001$). Bunun dışında kendilerini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirenlerin ATBÖ-KF

skorları daha yüksek bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p=0,001$). Akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı pozitif bir ilişki vardır ($p=0,001$). ATBÖ-KF skorları ile BDE skorları ve BAÖ skorları arasında ileri derecede anlamlı pozitif zayıf bir korelasyon mevcuttur ($p=0,001$, $r=0,232$; $p=0,001$, $r=0,209$). Buna ek olarak kendilerini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirenlerin BDE ve BAÖ skorları da istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$, $p=0,006$).

Sonuç: Her ne kadar henüz DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)'te tanı başlıkları arasında geçmese de akıllı telefon bağımlılığı özellikle gençlerde depresyon ve anksiyete gibi ciddi problemlerle ilişkili olabilecek önemli bir sağlık sorunudur. Risk faktörleri kadın cinsiyet, cep telefonunun yoğun kullanımı ve akıllı telefonun sosyal medya, fotoğraf çekmek ve müzik dinlemek amaçlı kullanımı olmakla birlikte akıllı telefonların yaygınlığı da düşünülürse aslında tüm toplum risk altındadır. Kendilerini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirenlerin akıllı telefon bağımlılığının yanı sıra depresyon ve anksiyete skorlarının da anlamlı derecede yüksek çıkmış olması sadece birkaç saniye ayrılarak “Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?” sorusunu sormanın bile bu problemler açısından risk altındaki toplumun bir kısmının saptanmasına ve erken müdahale edilmesine aracı olabileceğini düşündürmektedir. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili tanımlamaların ve tanı kriterlerinin netleştirilmesi amacıyla geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akıllı telefon bağımlılığı, cep telefonu, sosyal medya, depresyon, anksiyete

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Smartphones that are multifunctional and easy to carry are becoming increasingly prevalent. Although the smartphones are quite useful with their functionalities, they remind the term “addiction” on the minds with their enjoyable features. Behavioral addictions may be associated with other psychiatric problems such as depression and anxiety as well as being a health problem on their own. In this study, it was aimed to investigate the relationship between the smartphone addiction levels and depression and anxiety levels in Ankara Yıldırım Beyazıt University Health Sciences Faculty Nursing Department and Medical Faculty students.

Material and Method: This study is a cross-sectional descriptive study. 512 volunteers from Ankara Yıldırım Beyazıt University Health Sciences Faculty Nursing Department and Faculty of Medicine who were aged 18 or over and had no previous psychiatric disease were included in the study. Within the scope of the study, a questionnaire containing questions about sociodemographic data and mobile phone usage characteristics, Smart Phone Addiction Scale-Short Version (SAS-SV), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Scale (BAS) were administered. In the evaluation of the data, 24.0 version of SPSS program was used. Kruskal-Wallis Analysis, Mann-Whitney U Test, Spearman Correlation Analysis and Pearson Correlation Analysis were used to compare the groups. P value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 512 students were included in the study. 75.4% (n = 386) of them were female and 24.6% (n = 126) were male. The average age was 20.45 ± 1.95 years. The youngest student was 18 and the oldest student was 30 years old. Participants were using their mobile phones the most with the aim of tracking social media (77.1%), followed by messaging and talking with the order (75.0%, 66.2%). Participants' mean SAS-SV score was 28.69 ± 10.19 points. Female participants' mean SAS-SV score was significantly higher than males ($p=0.004$). There were a significant positive relationship between the SAS-SV scores and the use of smartphones for social media, taking pictures and listening to music ($p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.006$). In addition, a significant positive correlation was found between the daily time spent on smartphone usage and the SAS-SV scores ($p=0.001$). Furthermore, those who defined themselves as addicted to

smartphones were found to have a higher SAS-SV score and this relationship was statistically highly significant ($p=0.001$). There was a statistically highly significant positive correlation between depression and smartphone addiction ($p=0.001$). There were a statistically highly significant positive weak correlation between SAS-SV scores and BDI scores and BAS scores ($p=0.001$, $r=0.232$; $p = 0.001$, $r = 0.209$ respectively). In addition, participants who defined themselves as a smartphone addict were also had higher scores of BDI and BAI at a statistically significant level ($p=0.001$, $p=0.006$).

Conclusion: Although not yet mentioned in DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) as a disease, smartphone addiction is an important health problem that may be associated with serious problems like depression and anxiety, especially among young people. Although the risk factors are female sex, the intensive usage of mobile phone and using smartphone for the social media, photography and listening music; if the prevalence of smartphones is also considered, the whole community is at risk. Those who defined themselves as a smartphone addict had significantly higher depression and anxiety levels as well as smartphone addiction levels. This finding suggests that even asking the question "Do you consider yourself as a smartphone addict?" that would take only a few seconds may be instrumental in identifying some of the at-risk populations and early intervention in terms of these problems. There is a need for extensive and comprehensive work to clarify definitions and diagnostic criteria for smartphone addiction.

Keywords: Smartphone addiction, mobile phone, social media, depression, anxiety

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TELEFON	3
2.2. AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI.....	6
2.3. DEPRESYON	7
2.4. ANKSİYETE.....	9
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	11
3.1. AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORM	12
3.2 BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	12
3.3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	13
4. BULGULAR.....	14
4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI BİLGİLERİ.....	14
4.2 KATILIMCILARIN CEP TELEFONU KULLANIM ÖZELLİKLERİ.....	16
4.3. KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORM SKOR ORTALAMALARI	19
4.4. KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	19

4.5. CEP TELEFONU KULLANIM ÖZELLİKLERİ İLE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	22
4.6. KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	25
5.TARTIŞMA	29
6.SONUÇ	34
7. KAYNAKLAR	35
8.EKLER.....	38
8.1.EK-1 ANKET FORMU.....	38
8.2.EK-2 ETİK KURUL ONAYI.....	44
9.ÖZGEÇMİŞ	45

KISALTMALAR

ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BAS: Beck Anxiety Scale

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BDI: Beck Depression Inventory

DALY: Disability Adjusted Life Years – Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

GMCS: Global Mobil Kullanıcı Anketi

IDC: International Data Corporation

SAS-SV: Smart Phone Addiction Scale-Short Version

SPSS: Statistical Packages for the Social Sciences

TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1.1: Sabit Telefon ve Cep Telefonu Abone Sayılarının Yıllara Göre Değişimi ..4	
Tablo 4.1.1: Katılımcıların Medeni Durum, Konaklama Şekli ve Ortalama Aylık Gelirlerine Ait Bulgular	14
Tablo 4.1.2: Katılımcıların Sınıflarına Ait Bulgular	15
Tablo 4.1.3: Katılımcıların Tütün Ürünleri Kullanımına Dair Bulgular.....	15
Tablo 4.2.1: Katılımcıların Cep Telefonu İşletim Sistemleri.....	16
Tablo 4.2.2: Katılımcıların Cep Telefonlarını Değiştirme Sıklıkları.....	16
Tablo 4.2.3: Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Amaçları Sıklık Sıralaması.....	18
Tablo 4.4.1: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ..	19
Tablo 4.4.2: ATBÖ-KF Skorlarının Yaşlara Göre Ortalaması ve Aralarındaki İlişki	20
Tablo 4.4.3: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Eğitim Görülen Bölüm Arasındaki İlişki....	20
Tablo 4.4.4: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Ortalama Aylık Gelir Arasındaki İlişki	21
Tablo 4.4.5 Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Konaklama Şekli Arasındaki İlişki	21
Tablo 4.4.6: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Tütün Ürünü Kullanımı Arasındaki İlişki...22	
Tablo 4.5.1: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Telefonun İşletim Sistemi Arasındaki İlişki	22
Tablo 4.5.2: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Sosyal Medya Amaçlı Cep Telefonu Kullanımı Arasındaki İlişki.....	23
Tablo 4.5.3: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Fotoğraf Çekmek Amaçlı Cep Telefonu Kullanımı Arasındaki İlişki.....	23
Tablo 4.5.4: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Müzik Dinlemek Amaçlı Cep Telefonu Kullanımı Arasındaki İlişki.....	24
Tablo 4.5.5: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Cep Telefonu Kullanımına Harcanan Günlük Zaman (Saat) Arasındaki İlişki	24
Tablo 4.5.6: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki.....	25

Tablo 4.6.1: Beck Depresyon Envanteri Skorları	25
Tablo 4.6.2: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Depresyon Arasındaki İlişki	26
Tablo 4.6.3: Depresyon ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Arasındaki Korelasyon Durumu	26
Tablo 4.6.4: Depresyon ile “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	27
Tablo 4.6.5: Anksiyete ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Arasındaki Korelasyon Durumu	27
Tablo 4.6.6: Anksiyete ile “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	28



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 4.2.1: Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Amaçları	17
Şekil 4.2.2: Katılımcıların “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevaplar.....	18



1. GİRİŞ ve AMAC

İnsanların iletişim kurma ihtiyacını karşılamak için üretilmiş olan telefon, zaman geçtikçe taşınabilir hale gelmesi ve ardından pek çok fonksiyon kazanmasıyla birlikte farklı ihtiyaçlara da hitap etmeye başlamıştır. Konuşmak ve mesajlaşmak gibi başından beri sahip olduğu fonksiyonların yanında, günümüzde fotoğraf ve video çekmek ve paylaşmak, müzik dinlemek, bankacılık işlemleri, alışveriş, internet üzerindeki verilere erişim gibi pek çok amaç için de kullanılabilir olan “akıllı telefonlar” mevcuttur.

Her geçen gün artan kullanımlarıyla akıllı telefonlar tüm dünyada insanların büyük çoğunluğunun yaşamının bir parçası haline gelmiştir. We Are Social firmasının 2017 verilerine göre dünya nüfusunun %66'sının kendine ait cep telefonu bulunmaktadır. Bu oran 2016 yılı ile kıyaslandığında %5'lik bir artış göstermiş durumdadır. Türkiye verilerine bakıldığında ise nüfusun %89'unun cep telefonu aboneliği bulunmaktadır ve yetişkin nüfusun %75'i akıllı telefon kullanmaktadır. Yine tüm dünyadaki internet trafiğinin %50'den fazlasından akıllı telefonlar sorumludur ve önceki seneye göre bu oran %30 artmıştır. (1)

Akıllı telefon kullanımının bu kadar hızlı bir şekilde artmasının muhtemel sebepleri hem çok fonksiyonlu olması hem de kolay taşınabilir olmasının yanı sıra insanlara keyif veren bazı içeriklerinin de bulunması olabilir. Sosyal medya, giderek dünya üzerinde yaygınlaşmaktadır. Yıllar içerisinde akıllı telefonlar sosyal medyayı takip etmek için kullanılan araç olarak da ilk sıraya yerleşmiştir. We Are Social firmasının 2017 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun %60'ı sosyal medyayı kullanmaktadır ve nüfusun %52'si bunu akıllı telefonları ile yapmaktadır. Akıllı telefon ile sosyal medya kullanım oranı bir önceki yıla kıyasla %17 artmıştır. (1)

Pek çok işlevleriyle oldukça faydalı olan akıllı telefonlar, bireylere keyif veren davranışlara aracı olmalarıyla ise akıllara bağımlılık terimini getirmektedir.

Bir davranışı bağımlılık olarak nitelendirmeden önce bazı kriterleri karşılayıp karşılamadığını araştırmak gerekmektedir. Son dönemde tanımlamalarına hız verilen davranışsal bağımlılıkların ortak özellikleri olan keyif verici olmaları, kötü sonuçlar doğurabileceğinin bilinmesine rağmen aynı davranışın tekrarlanması, haz veren davranışın yinelenemediği durumlarda yoksunluk belirtilerinin olması ve zamanla aynı

davranışı daha çok tekrarlama ihtiyacı oluşması gibi bulguların akıllı telefon kullanıcılarında araştırılması gereklidir. (2-4) Bu maddelerin kolay bir şekilde irdelenebilmesi amacıyla akıllı telefon bağımlılığı ölçekleri geliştirilmiştir. (5, 6) Ancak henüz evrensel bir şekilde kabul edilen net tanı kriterleri oluşturulamamıştır.

Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi davranışsal bağımlılıklar da en sık genç yaşlarda başlamaktadır ve toplumda görülme sıklığı yine ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde en yüksektir. (7) Bu yüzden akıllı telefon bağımlılığı açısından da genç nüfus daha fazla risk altındadır.

Bağımlılık kendi başına bir psikiyatrik bozukluk olmasının yanı sıra, yapılan çalışmalarda davranışsal bağımlılıklara depresyon ve anksiyete gibi başka psikiyatrik sorunların da eşlik edebileceği gösterilmiştir. (8, 9)

Bu çalışmada, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı düzeylerini belirlemek ve akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki muhtemel ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır.

Araştırmanın hipotezi:

H₀: Akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif ilişki yoktur.

H₁: Akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif ilişki vardır.

H₀: Akıllı telefon bağımlılığı ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif ilişki yoktur.

H₁: Akıllı telefon bağımlılığı ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TELEFON

Çok uzak mesafelerle çok kısa sürede iletişim kurabilmeye olanak tanıyan telefon, hiç şüphesiz dönemin en büyük icatlarından biriydi. Bugün çok farklı amaçlarla da kullanılabilen, insanlara büyük kolaylıklar sağlayan ve en çok kullanılan teknolojik cihazlardan biri olan telefon, ilk kullanılmaya başlandığında şu anki halinden çok farklıymış.

Annesi ve eşi işitme engelli olan, babası ise işitme engellilere dersler veren Alexander Graham Bell, çocukluğundan beri akustik ve konuşma konusuna meraklıymış. A. Graham Bell, aslında işitme engelli insanlara konuşmayı öğretebilmek üzerine yoğunlaşmış. Sesleri titreşimlere ve ışıklara dökebilirse görebildikleri şeyi daha iyi anlayarak işitme engellilerin daha kolay konuşabileceğini düşünüyormuş. Bu yönde çalışmalar yaparken önce telgrafın geliştirilmesine büyük katkısı olmuş, ardından da telefonu icat etmiş. (10)

1910 yılında, bir çiftçi olan Ericsson, eşi Hilda'nın arabasına bir telefon yerleştirmiş. Bunun için aracı kablolarla şehrin genel telefon hatlarına bağlaması gerekmiş ancak hareketli bir telefon yapmayı başarmış. Yine bu dönemde özellikle savaşlarda kullanılan ve ancak büyük savaş araçlarıyla taşınabilecek kadar ağır olan kablosuz iletişim araçları geliştirilmekteymiş. Bu sayede telefonun kablolardan kurtulması için de bir adım atılmış olmuş. Ancak taşınabilirliği kısıtlayan birkaç faktör daha varmış: bataryaların güçlerinin yetersiz olmasının yanı sıra çok da ağır ve büyük olmaları. Bu sorunlar da nikel pillerin bulunmasıyla birlikte çözülmüş ve Martin Cooper 1973 yılında cep telefonunu icat etmiş. (11, 12)

Cep telefonları piyasaya ilk çıktığında küçük bir araba parası ediyormuş ve bir statü sembolü olarak kullanılıyormuş. Ancak 2002 yılına gelindiğinde cep telefonu servislerinin abone sayısı dünya çapında bir milyarı geçmiş. İzlanda, Finlandiya, İtalya ve Birleşik Krallık'ta nüfusun dörtte üçünün cep telefonu varmış ve Batı Avrupa ve Amerika'daki diğer ülkelerde de rakamlar benzerlik göstermekteymiş. Telefon, bir anda sokak başına veya hane başına bir adet bulunan bir teknolojik cihaz olmaktan çıkmış, her yerde ve herkeste bulunan bir teknoloji haline gelmiş. (11)

Cep telefonlarına bilgisayar özelliklerinin de eklenmesiyle akıllı telefonlar ortaya çıktı. Bu sayede sadece konuşmanın ve mesajlaşmanın dışında pek çok amaçla da cep telefonları kullanılmaya başlandı. Günümüzde hesap makinesi, çalar saat, fener gibi küçük aletlerin yerini almasının yanı sıra, akıllı telefonlar artık hem bir navigasyon cihazı, hem fotoğraf makinası, hem de internete girmek, internet paylaşımlarında bulunmak, sosyal medyayı takip etmek, gerektiğinde slayt hazırlamak, gerektiğinde bir makale veya kitap okumak için kullanılabilen çok fonksiyonlu cihazlar haline geldiler.

Akıllı telefonlar her yıl artan kullanımları ile sabit telefonların yerini aldılar ve artık hemen hemen herkeste bulunan bir teknolojik cihaz oldular. Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması verilerine göre 2004 yılında hanelerin %53,7'sinde cep telefonu bulunurken 2016 yılına gelindiğinde bu oran %96,9'a yükselmiştir. Yine Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre sabit telefon abone sayısı 2004 yılından sonra giderek azalırken, cep telefonu abone sayısı ise yıllar içerisinde giderek artmaktadır. Sabit telefon ve cep telefonu abone sayılarının yıllara göre değişimi Tablo 2.1.1'de gösterilmiştir. (13, 14)

Tablo 2.1.1: Sabit Telefon ve Cep Telefonu Abone Sayılarının Yıllara Göre Değişimi

Yıl	Sabit Telefon Abone Sayısı	Cep Telefonu Abone Sayısı
1929*	15 262	-
1994**	12 305 760	81 276
2004***	19 125 163	34 707 549
2006	18 831 616	52 662 709
2008	17 502 205	65 824 110
2010	16 201 466	61 769 635
2012	13 859 672	67 680 547
2014	12 528 865	71 888 416
2016	11 077 559	75 061 699

*Türkiye İstatistik Kurumunun sabit telefon abone sayısı verisinin olduğu ilk yıl.

**Türkiye İstatistik Kurumunun cep telefonu abone sayısı verisinin olduğu ilk yıl.

***Sabit telefon abone sayısının en yüksek olduğu yıl.

Sağlık sektöründen ziyade ticaret ile ilgilenen araştırma şirketlerinin cep telefonu yaygınlığı ile ilgili daha geniş verileri bulunmaktadır. Uluslararası geniş çaplı araştırmalar yapan IDC (International Data Corporation) şirketi verilerine göre cep telefonu sevkiyatı 2014'te %27,8, 2015'te %10,5 oranında artış göstermiştir. 2016'da ise bir yavaşlama ile %2,5 artış göstermiştir. Toplam sevkiyatın 2017'de 1,51 milyarı ve 2021 yılına gelindiğinde ise 1,74 milyarı bulacağı öngörülmektedir. (15, 16) Yine bir başka uluslararası araştırma şirketi olan Deloitte'nin Global Mobil Kullanıcı Anketi (GMCS) Türkiye verilerine göre akıllı telefona erişimi olan katılımcı sayısı 2013'te %67 iken 2015'te %86'ya yükselmiştir. Yine GMCS Türkiye 2015 sonuçlarına göre katılımcıların %53'ü önümüzdeki 12 ay içinde akıllı telefon almayı planlamaktadır ve katılımcıların %88'i mevcut telefonunu son 2,5 yıl içinde almıştır. (17)

Giderek artan bu yaygınlığın yanında insanların vazgeçmek istemeyecekleri bir teknolojik cihaz olarak da yine akıllı telefonlar karşımıza çıkmaktadır. On beş farklı ülkenin katılımıyla hazırlanan Cisco 2014 Connected World Technology Final Report verilerine göre 18-50 yaş arası katılımcıların büyük çoğunluğu televizyonları yerine akıllı telefonlarını tercih etmektedirler. Bunun yanında katılımcıların 5'te 1'i eğer soyguna uğrasalar kaybetmekten endişe duyacakları ilk şeyin akıllı telefonları olacağını belirtmişlerdir. Bir başka dikkat çekici sonuç olarak 31-50 yaş aralığındaki katılımcıların %54'ü, 18-30 yaş aralığındaki katılımcıların ise %38'i sabah kalktıklarında ilk iş olarak akıllı telefonlarına baktıklarını belirtmişlerdir. (18) Deloitte firmasının 30 ülkede gerçekleştirdiği GMCS 2015 verilerine göre akıllı telefonunu günde 50 defadan fazla kontrol etme oranı açısından Türkiye %41 ile birinci sıradadır. Yine GMCS 2015 Türkiye verilerine göre katılımcıların %28'i uyanır uyanmaz akıllı telefonlarını kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. Üstelik bu oran 18-24 yaş arası gençlerde %37'ye yükselmektedir. Katılımcıların %90'ı ise akıllı telefonlarını uyandıktan sonraki yarım saat içerisinde kontrol etmektedirler. Yatmadan hemen önce akıllı telefonunu kontrol ettiğini belirten katılımcı oranı ise %18 olarak belirlenmiştir. Yine katılımcıların %85'i ise yatmadan önce yarım saat içerisinde telefonlarını kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. (17)

Tüm bu veriler ışığında akıllı telefonların artık hemen herkesin elinde bulunan ve tüm gün boyunca aktif olarak kullanılan oldukça yaygın bir teknoloji olduğunu söyleyebiliriz. İnsanlar artık güne onunla başlayıp günü yine onunla

sonlandırmaktadırlar. Kısacası akıllı telefonlar toplumun büyük bir kesiminin gündelik yaşamının bir parçası haline gelmiştir.

2.2. AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI

Cep telefonlarının çok fonksiyonlu olması ve bireylerin ayrılmaz bir parçası haline gelmeleri ile beraber yeni bir risk ortaya çıktı: “akıllı telefon bağımlılığı”. Bireylere haz vermesi, ödül mekanizmasına hitap etmesi ve kötü sonuçlar oluşturabileceğinin bilinmesine rağmen yineleyici ve ısrarcı bir tutum sergilenmesi akıllara bağımlılık terimini getiriyordu. Davranışsal bağımlılık tanımı tüm bu açılardan madde bağımlılığı ile benzerlik gösteren davranış kalıpları için kullanılmaya başlandı. (2) Henüz net bir şekilde tanımlaması yapılmamış ve kılavuzlara girmemiş olsa da DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)’te öncekilerden farklı olarak “madde kullanımı ve bağımlılık bozuklukları” kategorisine madde ile ilişkili olmayan bağımlılık bozuklukları alt kategorisi eklendi. Bu başlık altında henüz sadece patolojik kumar bozukluğu yer alsa da ilerleyen zamanlarda alışveriş, internet, video oyunları, cinsellik, solaryum, egzersiz bağımlılıkları ve deri yolma bozukluğu gibi yeni davranışsal bozuklukların da eklenmesi beklenmektedir. (3, 4)

Davranışsal bağımlılıkların temel özelliği, kişiye veya başkalarına zarar vermesine rağmen bir dürtüye karşı koyulamamasıdır. (19) Her davranışsal bağımlılığın bu bağlamda tekrarlayan bir davranış kalıbı mevcuttur. Bu davranış kalıbı sürekli tekrarlandığından yaşamın diğer alanlarına da müdahale etmeye başlar ve kişi buna istese de karşı koyamaz. Bu açıdan alkol ve madde bağımlılığına oldukça benzerlik gösterir. (2) Bunun dışında etkilediği yaş grupları, süreç ve olumsuz sonuçları ile de oldukça benzerlik göstermektedirler. Davranışsal bağımlılıklar da madde bağımlılıkları gibi ergenlik döneminde ve genç erişkinlikte başlar ve bu yaş gruplarında daha yüksek oranlarda görülürler. (7) Her iki durumun da sürecinde eylemi başlatmadan önce bir gerginlik hali olur ve eylemin gerçekleştirilmesinin ardından zevk, tatmin ve rahatlama duyguları ortaya çıkar. (19) Her iki bozukluk da kronikleşebilen ve ataklarla seyredabilen bozukluklardır ve her iki bozuklukta da hastaların bir kısmı tıbbi veya psikolojik destek almaksızın spontan olarak bağımlı oldukları durumdan kurtulabilirler. (20)

Davranışsal bağımlılıkları olan kişiler üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcılar yineleyici davranışın giderek daha az tatmin ettiğini, daha az olumlu duyguduruma yol açtığını ve davranış kalıbını giderek daha sık aralıklarla tekrarlama ihtiyacı duyduklarını belirtmişlerdir. Bu da madde bağımlılığındaki tolerans kavramını karşılamaktadır. (21) Aynı zamanda uzun süre davranış kalıbını uygulamadıkları durumlarda disforik bir duygudurum içinde olduklarını belirtmişlerdir. Bu çekilme semptomu ile benzerlik göstermektedir ancak madde bağımlılığındaki fiziksel çekilme bulgularına benzerlik gösteren bir durum veya tıbbi olarak hayatı tehdit eden bir çekilme semptomu rapor edilmemiştir. (2)

Davranışsal bağımlılıkların majör depresyon, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla da ilişkisi sıkça raporlanmıştır. (8, 9) Ancak bu bulgular daha çok eskiden beri bilinen kumar bozukluğu ve kleptomani gibi davranışsal bağımlılıklar için belirtilmiş olup internet ve ardından akıllı telefon bağımlılığı son dönemde gündeme gelmeye başlamıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili ölçekler geliştirilmeye başlanmış olmakla birlikte henüz net tanı kriterleri mevcut değildir. (5, 6) Zaman içerisinde hem tanı kriterlerinin hem de olası sonuçlarının netleşmesi beklenmektedir.

2.3. DEPRESYON

“Depresyon, üzüntülü ve bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünme, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur.” Hasta üzüntülü bir görünümde, yüz çizgileri belirginleşmiştir, öz bakım azalmış olabilir. Şiddetli depresyonda hasta ile ilişki kurmak zordur, konuşmama görülebilir. Duygulanım çökkündür. Bazen diğer duyguların hissedilmesine engel olabilir, buna duygulanımda küntleşme denir. Anksiyete ve öfke de depresif duyguduruma sık eşlik eder. Eskiden zevkle yaptığı şeylere karşı isteksizlik ve zevk alamama şikayetleri de depresyonun önemli belirtilerindendir. Unutkanlık depresyona sık eşlik eder, yaşlı hastalarda demans ile karışmasına neden olabilir. Düşünce hızı yavaşlamıştır ve özsaygı azalmıştır. Değersizlik, küçüklük düşünceleri beraberinde küçüklük sanrılarını getirebileceği gibi, cezalandırılmayı hak ettiği düşünceleriyle kişiyi

intihara kadar götürebilir. Bunun yanı sıra özellikle yaşlı hastalarda ve gelişmekte olan ülkelerde bedensel semptomlar depresyona sık eşlik eder. (22)

DSM-V’te depresif bozukluklar kategorisi içerisinde yıkıcı ruh hali disregülasyon bozukluğu, majör depresif bozukluk, distimi, premenstrual disforik bozukluk, madde/ilaca bağlı depresif bozukluk, diğer bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, tanımlanmış diğer depresif bozukluk ve tanımlanmamış depresif bozukluk tanıları yer almaktadır. Tüm bu tanıların ortak özellikleri bireyin işlevselliğini bozan üzgün, künt veya irritabl duygudurum ve eşlik eden somatik ve kognitif değişikliklerdir. Aralarındaki fark zamanlama, süre ve varsayılan etiyolojidir. (3) Buradaki tanımda da üzerinde durulduğu gibi depresif bozukluklar kişilerin işlevselliğini bozmaktadır. Bunun yanı sıra kişileri intihara kadar sürükleyebilmektedir. Yapılan prospektif bir çalışmada majör depresyon tanısı ile 49 yıl izlenen bir grup hastada intihar oranı %3,4 olarak bulunmuştur. (23) Bir başka çalışmada birinci basamakta takip edilen majör depresyon tanılı hastalarda intihar girişimi oranları incelenmiş ve %10,4 olarak bulunmuştur. (24)

Yaşam kalitesini düşürmesinin yanı sıra intihar sebebiyle aslında mortalitesi de olan depresyon, aynı zamanda toplumda oldukça sık görülmektedir. Majör depresyon için 12 aylık prevelans %6,6, yaşam boyu insidans ise %16,2’dir. (25) Aralarında Türkiye’nin de olduğu 14 ülkede 1989-1993 yılları arasında gerçekleştirilen bir çalışmada temel sağlık hizmetine başvuran hastaların %10,4’ünde depresif bozukluk bulunmaktadır. (26) Türkiye verilerinde ise en sık görülen psikiyatrik rahatsızlık %11,6 ile depresif bozukluklardır. (27) Türkiye’de daha sonra yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’nda da 12 ayda depresif nöbet prevelansı %4,0, distimi prevelansı %1,6 ve kısa yineleyici depresyon prevelansı %1,6 olmak üzere depresif bozukluk prevelansının toplamda %7,2 gibi yüksek bir oranda olması göze çarpmaktadır. (28, 29) Hastalıkların yaşam kalitesi üzerine etkilerini hesaplamakta kullanılan DALY (disability adjusted life years – yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı) hesaplamasına göre 2000 yılında %4,4 ile yeti yitimine sebep olan 4. Önemli hastalık depresif bozukluklardır. (30) Giderek artan prevelansı da göz önünde bulundurulduğunda, 2020 yılına gelindiğinde yeti yitimine sebep olan hastalıklar sıralamasında 2. sıraya yükseleceği öngörülmektedir. (31)

Bu kadar yaygın görülen ve yaşam kalitesi üzerine ciddi etkileri olan depresif bozukluklar, hiç şüphesiz ki aile hekimliği uygulamasında büyük öneme sahiptir.

Koruyucu hekimlik misyonu da düşünülduğünde, depresif bozukluklara sebep olabilecek faktörleri önceden tespit etmek ve önlemek de aile hekimliğine düşecektir.

2.4. ANKSİYETE

Anksiyete, fiziksel gerilimin bedensel semptomları ile beraber gelecek endişesiyle karakterize negatif bir duygudurumdur. (3) Bir rahatsızlık duygusu ile beraber kişide endişeli veya tedirgin bir görünüm oluşur ve kalp atışlarında hızlanma veya kas tonusunda artma şeklinde fiziksel yansımaları da olabilir. (32) Aslında günlük yaşamımızda bir miktar anksiyete bazen faydalı olabilir. (33) Sınavlardan daha iyi puanlar almamızı sağlayabilir, bir iş görüşmesine daha iyi hazırlanmamıza sebep olabilir ve yeni başlayan ilişkilerimizde daha başarılı olmamıza yardımcı olabilir. Ancak olması gerektiğinden fazla ve kontrolsüz anksiyete oldukça zararlı da olabilir. Durumu kötüleştiren şey korkulacak veya endişe edilecek bir şey olmadığı bilinmesine rağmen anksiyetenin devam etmesidir. (32)

Anksiyete bozuklukları grubunda yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, fobik bozukluklar (agorafobi, sosyal fobi ve spesifik fobiler), ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve selektif mutizm yer alır. (32, 34) Bu alt gruplar arasındaki ayırım anksiyeteyi neyin tetiklediği ile ve biraz da panik atakların kalıplarıyla ilgilidir. (32)

Anksiyete bozuklukları toplumda oldukça sık görülmektedir. Toplum taramalarında yaşam boyu yaygınlığı için %13,6 ile %28,8 arasında sonuçlar elde edilmiştir. Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada 12 aylık yaygınlık oranları %6,4 (kadınlarda %17,5 erkeklerde %3,8) olarak belirlenmiştir. (35) Türkiye’de ise 12 aylık yaygınlık oranı %6,7 olarak belirlenmiştir. (28) Tıpkı davranışsal bağımlılıklar gibi anksiyete bozuklukları da genellikle erken yaşlarda başlar. İlk ortaya çıktığı yaş aralığı çoğunlukla 10-25 yaş arasındır. Olguların %80-90’ında ilk bulgular 35 yaşından önce ortaya çıkar. (34, 36)

Bir anksiyete bozukluğuna sahip olan bir bireyde başka bir anksiyete bozukluğu daha bulunabileceği gibi başka bir psikiyatrik bozukluk da bulunabilir. Tüm anksiyete bozukluklarına en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk majör depresif bozukluktur. Anksiyete bozukluğu bulunan bir hasta %50 ihtimalle yaşamının bir döneminde majör

depresif bozukluk yaşamaktadır. (32, 34) Ayrıca eşlik eden bir depresif bozukluk, alkol bağımlılığı veya madde bağımlılığı olduğunda anksiyetenin iyileşmesi daha zor olmakta ve tekrarlama ihtimali de daha yüksek olmaktadır. (32, 37)

Bunun yanında anksiyete fiziksel bozukluklarla da oldukça sık birliktelik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada herhangi bir anksiyete bozukluğunun varlığı ile tiroid bezi bozuklukları, solunum sistemi hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar, artrit, migren tipi baş ağrıları ve alerjik durumlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Net olarak kanıtlanamamakla birlikte anksiyete bozukluğunun fiziksel bozukluktan önce ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ayrıca anksiyete bozukluğuna eşlik eden fiziksel bozukluğu olan kişiler hem anksiyete bozukluğunu hem de fiziksel rahatsızlıklarını daha şiddetli yaşamakta ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olmaktadırlar. (32, 38, 39) Aynı ilişki anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozukluk) ve kardiyovasküler hastalıklar arasında da görülmektedir. (40)

İntihar girişimleri için risk faktörü olarak akla ilk aşamada depresif bozukluklar gelse de anksiyete bozuklukları da intihar girişimi riskini arttıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Weissman ve ark. 18 011 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada panik bozukluk tanısı olan hastaların %20 gibi yüksek bir oranla geçmişte intihar girişiminde bulduklarını ortaya koymuşlardır ve bu ilişkinin eşlik eden depresyon veya alkol bağımlılığı ile açıklanamayacağını belirtmişlerdir. (41) Bununla birlikte depresif bozukluklara anksiyete eşlik ettiğinde tek başına depresif bozukluğa göre daha yüksek oranlarda intihar riski ortaya çıkmaktadır. (32)

Toplumdaki sıklığının yanı sıra komorbiditeleri ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri düşünüldüğünde anksiyete bozuklukları aile hekimliği pratiğinde önemli yere sahiptir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.12.2016 tarih ve 300 sayılı Etik Kurul Kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. (Ek-2)

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğrencilerinden 18 yaşını doldurmuş ve daha önce tanı almış herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan gönüllüler çalışmaya dahil edilmiştir. Toplam 558 anket sözel ve yazılı onamları alınarak gönüllülere ulaştırılmış olup bunlardan 11 katılımcı daha önce tanı almış psikiyatrik hastalığı olduğunu belirttiğinden, 35 katılımcı da formları eksik doldurduğundan çalışma dışında bırakılmıştır. Kalan 512 katılımcı ile çalışma yürütülmüştür. Hedeflenen katılımcı sayısı 400 olarak planlanmıştı.

Çalışma kapsamında sosyodemografik veriler ve cep telefonu kullanım özellikleri ile ilgili sorular içeren anket formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form (6, 42), Beck Depresyon Envanteri (43-45) ve Beck Anksiyete Ölçeği (46, 47) uygulanmıştır.

Anket ve ölçekler 01.01.2017-28.02.2017 tarihleri arasında, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesinde, ders aralarında, gönüllü öğrencilere Dr. Dilara Genç Demirağ tarafından dağıtılmıştır. Öğrenciler istediklerinde araştırmacıya soru sorabilecekleri şekilde formları kendileri doldürmüşlardır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin değerlendirmeleri kaydedilmiştir. Kaydedilen veriler Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) programının 24.0 versiyonuyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel bilgiler ortalama \pm standart sapma veya % şeklinde verilmiştir. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Parametrik test varsayımlarını yerine getirmeyen ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Analizi yapılmıştır; analizin anlamlı çıkması halinde gruplar ikişerli olarak Mann-Whitney U Testi'ne tabi tutulmuştur. Parametreler arasındaki ilişkinin gücü ve yönünü belirlemek için; normal dağılıma uyan parametrelerde Spearman Korelasyon Analizi, normal dağılıma uymayan parametrelerde

de Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır ve korelasyon katsayısı (r değeri) belirtilmiştir.

3.1. AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORM

Akıllı telefon bağımlılığını değerlendirmek için Kwon M ve arkadaşları tarafından ilk olarak 33 soruluk bir ölçek geliştirilmiştir (Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği). Likert tipinde olan bu ölçek, kendi içinde 7 faktörden oluşmaktadır ancak kesme puanı yoktur. (5) Daha sonra daha pratik ve kolay uygulanabilir olması açısından 10 soruluk kısa formu geliştirmişlerdir. Bizim de çalışmamızda kullandığımız bu kısa form altılı likert tipindedir. Ölçek maddeleri 1'den 6'ya kadar sıralandırılmıştır (1-Kesinlikle katılmıyorum / 6- Kesinlikle katılıyorum). Ölçek puanı en az 10 en fazla 60 olabilmektedir. Alınan puan arttıkça bağımlılık riski artmaktadır. Alt ölçek bulunmamaktadır. Ölçekte “günlük yaşam işlevselliği” ile ilgili üç soru (1, 2 ve 3. sorular), “yoksunluk” ile ilgili dört soru (4, 5, 6 ve 7. sorular), “sanal ortam yönelimli ilişkiler”, “aşırı kullanım” ve “tolerans” ile ilgili birer soru bulunmaktadır (8, 9 ve 10. sorular). Kore örnekleminde kesme puanı kadınlar için 33, erkekler için ise 31 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,911'dir. (6) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Noyan CO ve ark. tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,867'dir. Türkiye için geçerli kesme puanı bulunmamaktadır. (42)

3.2 BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Uzun zamandır gerek epidemiyolojik çalışmalarda gerekse tedaviyi değerlendirmek için psikiyatri kliniklerinin rutinlerinde kullanılmakta olan bu ölçek, 1961 yılında Beck AT ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresif semptomları ve tutumları sorgulayan 21 sorudan oluşmaktadır. Her soru için 0'dan 3'e kadar numaralandırılmış 4 şık bulunmaktadır. Katılımcılar her soru için bir şık işaretleyebilirler. Ölçek puanı en az sıfır en fazla 63 olmaktadır. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Bunun dışında depresyonun şiddeti ile ilgili de bilgi verir. Skor yükseldikçe depresyon

şiddeti de artmaktadır. (43) Türkçe’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları vardır. (44, 45)

3.3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Anksiyete taramaları için sıklıkla kullanılan Beck Anksiyete ölçeği 1988 yılında Beck AT ve ark. tarafından geliştirilmiştir. (46) Ulusoy M tarafından 1993 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (47) Ölçek toplamda 21 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılardan soruları son 1 haftayı göz önünde bulundurarak işaretlemeleri istenir. Her bir soru için “hiç”, “hafif düzeyde”, “orta düzeyde” ve “ciddi düzeyde” olmak üzere 4 seçenek bulunmaktadır. “Hiç” şıkkı için sıfır puan, “hafif düzeyde” şıkkı için 1 puan, “orta düzeyde” şıkkı için 2 puan ve “ciddi düzeyde” şıkkı için 3 puan verilir. İşaretlenen her bir şık için elde edilen puanlar toplanarak en düşük sıfır en yüksek 63 olabilen bir skor elde edilir. Bu skor anksiyetenin düzeyi ile ilgili bilgi verir. (46)

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI BİLGİLERİ

Çalışmaya toplam 512 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların %75,4'ü (n=386) kadın, %24,6'sı (n=126) erkektir.

Katılımcıların %98,4 ü bekarır. Katılımcıların medeni durumları, konaklama şekilleri ve ortalama gelirlerine ait bulgular Tablo 4.1.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1: Katılımcıların Medeni Durum, Konaklama Şekli ve Ortalama Aylık Gelirlerine Ait Bulgular

	n=512	%
Medeni Durum		
Bekar	504	98,4
Evli	5	1,0
Eşinden ayrı yaşıyor	2	0,4
Dul	1	0,2
Konaklama Şekli		
Ailemle birlikte, evde	251	49,0
Arkadaşlarıyla birlikte, evde	58	11,3
Yalnız, evde	17	3,3
Devlet yurdunda	125	24,4
Özel yurttta	61	11,9
Ortalama Aylık Gelir		
1000 TL ve altı	36	7,0
1001-3000 TL	258	50,4
3001-5000 TL	123	24,0
5001-7000 TL	56	10,9
7001-10000 TL	24	4,7
10001 TL ve üstü	15	2,9

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,45 \pm 1,95$ yıldır. Çalışmaya katılan en genç öğrenci 18 yaşında, en yaşlı öğrenci ise 30 yaşındadır.

Öğrencilerin %45,5'i (n=233) Tıp Fakültesi'nde okumakta, %54,5'i (n=279) ise Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde okumaktadır. Öğrencilerin sınıflarına ait bulgular Tablo 4.1.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2: Katılımcıların Sınıflarına Ait Bulgular

	Tıp		Hemşirelik	
	n=233	%	n=279	%
Sınıf				
1.sınıf	98	42,0	48	17,2
2.sınıf	63	27,0	87	31,2
3.sınıf	23	9,9	46	16,5
4.sınıf	21	9,0	98	35,1
5.sınıf	9	3,9		
6.sınıf	19	8,2		

Katılımcıların tütün ürünleri kullanımlarına dair bulgular Tablo 4.1.3'te verilmiştir. Öğrenciler bu soruda birden fazla seçenek işaretleyebilmişlerdir.

Tablo 4.1.3: Katılımcıların Tütün Ürünleri Kullanımına Dair Bulgular

	n=512	%
Tütün Ürünü Kullanım Durumu		
Sigara	69	13,5
Nargile	44	8,6
Sarma tütün	17	3,3
Diğer	6	1,2
Herhangi bir tütün ürünü kullanmıyor	421	82,2

4.2 KATILIMCILARIN CEP TELEFONU KULLANIM ÖZELLİKLERİ

Öğrencilerin %99,2'sinin (n=508) akıllı telefonu bulunmaktadır. Katılımcıların telefonlarının işletim sistemine ait bulgular Tablo 4.2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.1: Katılımcıların Cep Telefonu İşletim Sistemleri

	n=512	%
Cep Telefonunuzun işletim sistemi nedir		
IOS	126	24,6
Android	379	74,0
Windows	4	0,8
Diğer	3	0,6

Katılımcıların cep telefonlarını değiştirme sıklıklarına ait bulgular Tablo 4.1.4'te gösterilmiştir.

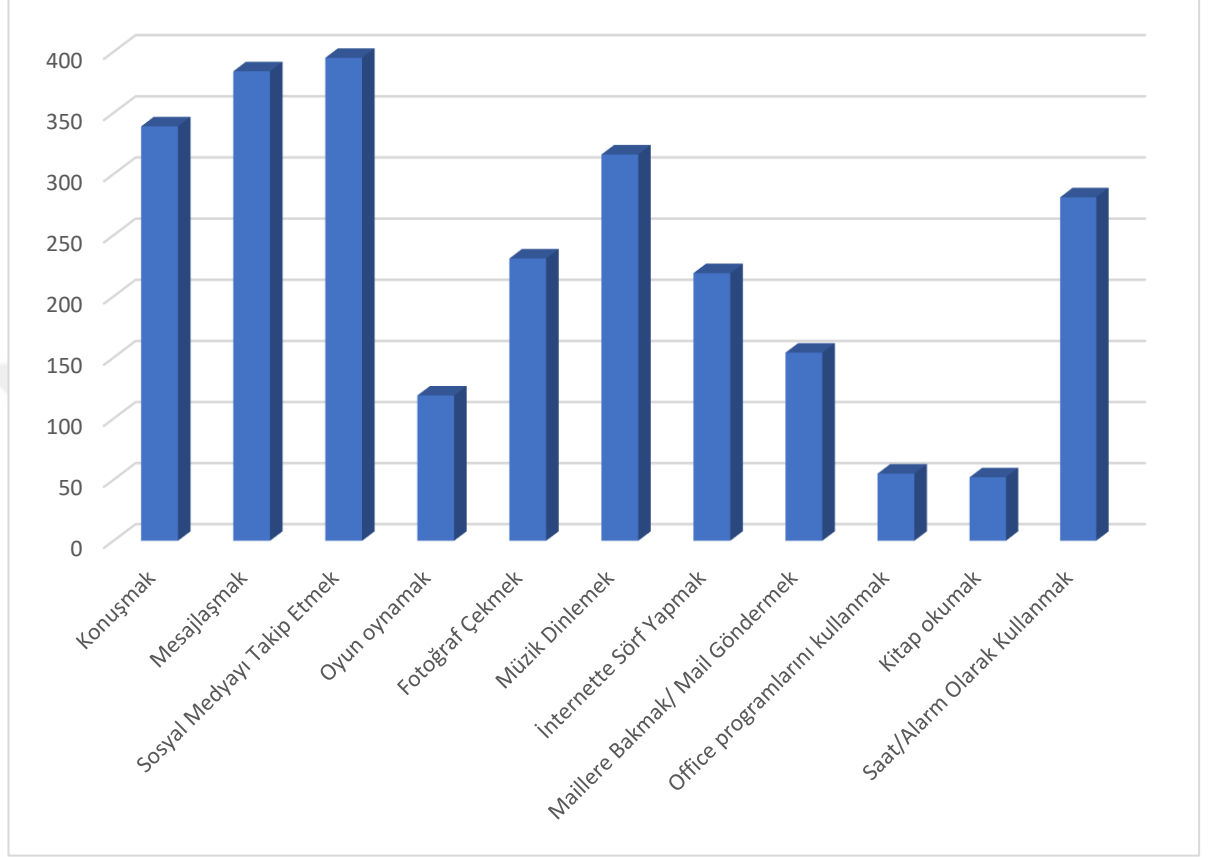
Tablo 4.2.2: Katılımcıların Cep Telefonlarını Değiştirme Sıklıkları

	n=512	%
Cep telefonunuzu değiştirme sıklığınız nedir?		
1 yıldan kısa sürede	9	1,8
1-2 yıl	112	21,9
3-4 yıl	269	52,5
4 yıldan uzun	122	23,8

Katılımcılar ilk cep telefonlarını ortalama $7,35 \pm 2,85$ yıl önce edinmişlerdir. En geç cep telefonu 1 yıl önce, en erken ise 15 yıl önce edinilmiştir. Katılımcılar günde ortalama $4,44 \pm 2,72$ saatlerini cep telefonu kullanarak geçirmektedir. En az zaman geçirdiğini belirten kişi günde sıfır saat, en fazla zaman geçirdiğini belirten kişi ise günde 16 saatini cep telefonu kullanarak geçirdiğini belirtmiştir.

Katılımcıların cep telefonu kullanım amaçlarına ait bulgular Şekil 4.2.1’de gösterilmiştir. Katılımcılar bu soruda birden fazla seçenek işaretleyebilmişlerdir.

Şekil 4.2.1: Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Amaçları



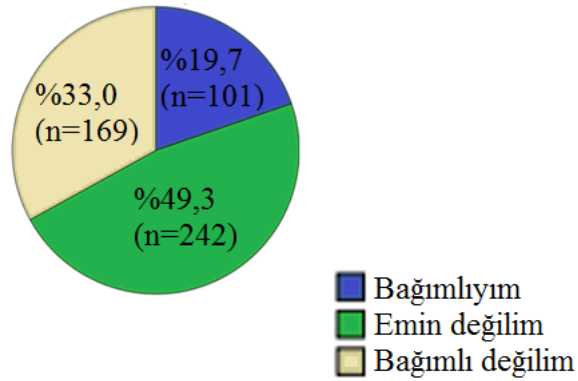
Öğrenciler en yüksek oranla telefonlarını sosyal medyayı takip etmek amacı ile kullanmaktadır (%77,1). Bunu %75,0 ile mesajlaşmak ve %66,2 ile konuşmak takip etmektedir. Telefon kullanım amaçları sıklık sıralaması Tablo 4.2.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.2.3: Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Amaçları Sıklık Sıralaması

	n=512	%
Telefonunuzu hangi amaçlarla kullanırsınız?		
Sosyal medyayı takip etmek	395	77,1
Mesajlaşmak	384	75,0
Konuşmak	339	66,2
Müzik dinlemek	316	61,7
Saat/alarm olarak kullanmak	281	54,9
Fotoğraf çekmek	231	45,1
İnternette sörf yapmak	219	42,8
Maillere bakmak/mail göndermek	154	30,1
Oyun oynamak	119	23,2
Office programlarını kullanmak	55	10,7
Kitap okumak	52	10,2
Diğer	19	3,7
-Video/Film İzlemek	13	2,5
-Diğer	6	1,2

Öğrencilerin “Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar şekilde gösterilmiştir. (Şekil 4.2.2)

Şekil 4.2.2: Katılımcıların “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevaplar



4.3. KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORM SKOR ORTALAMALARI

Katılımcıların Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form (ATBÖ-KF) skor ortalamaları $28,69 \pm 10,19$ puan olup en az puanı alan katılımcı ölçekten 10 puan, en fazla puanı alan katılımcı ise 60 puan almıştır.

4.4. KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Akıllı telefon bağımlılığı skoru ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,004$). Çalışmaya katılan kadınların bağımlılık skorları, erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek seyretmektedir (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	
	$\bar{x} \pm SD$	P*
Cinsiyet		
Kadın	$29,40 \pm 10,10$	0,004
Erkek	$26,52 \pm 10,19$	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Yaş ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,27$) (Tablo 4.4.2)

Tablo 4.4.2: ATBÖ-KF Skorlarının Yaşlara Göre Ortalaması ve Aralarındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	
Yaşlar	$\bar{x}\pm SD$	P*
18 yaş	27,40±9,69	0,27
19 yaş	30,49±10,65	
20 yaş	29,29±9,59	
21 yaş	28,29±10,19	
22 yaş	28,77±9,51	
23 yaş	26,84±11,80	
24 yaş	27,43±10,63	
25 yaş	25,40±9,20	
26 yaş	27,50±13,43	
27 yaş	48,0±0,00	
29 yaş	22,25±9,32	
30 yaş	27,0±0,00	

*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılığı ile eğitim görülen fakülte ve bölüm arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,125$) (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.3: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Eğitim Görülen Bölüm Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	
	$\bar{x}\pm SD$	P*
Bölüm		
Tıp	27,91±9,77	0,125
Hemşirelik	29,34±10,52	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılığı ile ortalama aylık gelir arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,830$) (Tablo 4.4.4).

Tablo 4.4.4: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Ortalama Aylık Gelir Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
Ortalama Aylık Gelir		
1000 TL altı	28,78±10,06	0,830
1001-3000 TL	28,86±10,07	
3001-5000 TL	28,65±9,89	
5001-7000 TL	28,21±10,42	
7001-10000 TL	29,58±10,11	
10000 TL ve üstü	26,27±11,94	

*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılığı ile konaklama şekli arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,608$) (Tablo 4.4.5).

Tablo 4.4.5 Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Konaklama Şekli Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
Konaklama Şekli		
Ailemle birlikte, evde	28,62±10,68	0,608
Arkadaşlarıyla birlikte, evde	29,38±11,07	
Yalnız, evde	26,0±11,19	
Devlet yurdunda	29,22±8,95	
Özel yurttta	28,02±9,46	

*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılığı ile tütün ürünü kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,893$) (Tablo 4.4.6)

Tablo 4.4.6: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Tütün Ürünü Kullanımı Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
Tütün Ürünü		
Kullanıyor	28,61±10,08	0,893
Kullanmıyor	29,08±10,74	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.5. CEP TELEFONU KULLANIM ÖZELLİKLERİ İLE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

İlk cep telefonu edinilen yaş ile ATBÖ-KF skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. (p=0,663)

Akıllı telefon bağımlılığı ile telefonun işletim sistemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,348) (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.5.1: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Telefonun İşletim Sistemi Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
Telefonun işletim sistemi		
IOS	28,64±10,97	0,348
Android	28,62±9,87	
Windows	38,0±9,12	
Diğer	27,67±16,62	

*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Sosyal medya amaçlı telefon kullananların akıllı telefon bağımlılığı skorları, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p=0,001) (Tablo 4.5.2).

Tablo 4.5.2: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Sosyal Medya Amaçlı Cep Telefonu Kullanımı Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
Telefon Kullanım Amacı-Sosyal Medya		
Evet	29,98±10,20	0,001
Hayır	24,33±8,91	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Telefonunu fotoğraf çekmek amaçlı kullananların akıllı telefon bağımlılığı skorları, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p=0,001) (Tablo 4.5.3).

Tablo 4.5.3: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Fotoğraf Çekmek Amaçlı Cep Telefonu Kullanımı Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
Telefon Kullanım Amacı-Fotoğraf Çekmek		
Evet	30,57±10,20	0,001
Hayır	27,15±9,94	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Telefonunu müzik dinlemek amaçlı kullananların akıllı telefon bağımlılığı skorları, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006) (Tablo 4.5.4).

Tablo 4.5.4: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Müzik Dinlemek Amaçlı Cep Telefonu Kullanımı Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	
	$\bar{x}\pm SD$	P*
Telefon Kullanım Amacı-Müzik Dinlemek		
Evet	29,75±10,28	0,006
Hayır	26,99±9,83	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılığı ile akıllı telefon kullanımına harcanan günlük zaman arasındaki ilişki incelendiğinde ileri derecede istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$). Telefon kullanımına harcanan zaman arttıkça akıllı telefon bağımlılığı skoru da artmaktadır (Tablo 4.2.9.).

Tablo 4.5.5: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Cep Telefonu Kullanımına Harcanan Günlük Zaman (Saat) Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	
	$\bar{x}\pm SD$	P*
Cep Telefonu Kullanımına Harcanan Günlük Zaman (Saat)		
1 saatten az	19,51±9,01	0,001
1-2 saat	24,21±8,88	
3-4 saat	27,84±8,65	
5 saatten fazla	33,05±10,01	

*Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılığı skorları ile “Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?” sorusuna verilen cevaplar karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,001$). Buna göre kendilerini bağımlı şeklinde ifade edenler, emin değilim ve bağımlı değilim diyenlerden daha fazla akıllı telefon bağımlısıdır (Tablo 4.5.6).

Tablo 4.5.6: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

	ATBÖ-KF	
	$\bar{x}\pm SD$	P*
Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?		
Bağımlıyım	36,86±10,71	0,001
Emin değilim	30,17±7,84	
Bağımlı değilim	21,70±8,17	

*Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.6. KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Çalışmaya katılan öğrencilere Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır. Bu envantere göre 512 öğrenciden 93'ünün yani %18,2'sinin BDE skoru, kesme puanı olan 17'nin üzerindedir. (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.1: Beck Depresyon Envanteri Skorları

	n=512	%
BDE Skoru \geq 17	93	18,2
BDE Skoru<17	119	81,8

Akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BDE skoru kesme puanı olan 17 ve üzerinde olanların ATBÖ-KF skorları BDE skoru 17'nin altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,001) (Tablo 4.6.2).

Tablo 4.6.2: Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Depresyon Arasındaki İlişki

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
BDE Skoru \geq 17	33,47 \pm 11,15	0,001
BDE Skoru<17	27,63 \pm 9,66	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Depresyon ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkinin gücü ve yönü incelenmiştir. Buna göre akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon arasında pozitif zayıf derecede bir korelasyon vardır ve bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.6.3).

Tablo 4.6.3: Depresyon ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Arasındaki Korelasyon Durumu

	Depresyon	
	p	r*
Akıllı Telefon Bağımlılığı	0,001	0,232

*Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır.

Bunun dışında BDE puanları ile “Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?” sorusuna verilen cevaplar karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,001). Buna göre kendilerini bağımlı şeklinde ifade edenler, emin değilim ve bağımlı değilim diyenlerden daha yüksek BDE skor ortalamasına sahiptir (Tablo 4.6.4).

Tablo 4.6.4: Depresyon ile “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

	BDE	P*
	$\bar{x}\pm SD$	
Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?		
Bağımlıyım	13,38±9,44	0,001
Emin değilim	10,93±8,58	
Bağımlı değilim	21,70±8,17	

*Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Anksiyete ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkinin gücü ve yönü incelenmiştir. Buna göre akıllı telefon bağımlılığı ile anksiyete arasında pozitif zayıf derecede bir korelasyon vardır ve bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.6.5).

Tablo 4.6.5: Anksiyete ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Arasındaki Korelasyon Durumu

	Akıllı Telefon Bağımlılığı	
	p	r*
Anksiyete	0,001	0,209

*Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır.

Buna ek olarak BAÖ puanları ile “Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?” sorusuna verilen cevaplar karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,006). Buna göre kendilerini bağımlıyım ve emin değilim şeklinde ifade edenlerin BAÖ puanları, bağımlı değilim diyenlerden daha yüksektir (Tablo 4.6.6).

Tablo 4.6.6: Anksiyete ile “Kendinizi Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Değerlendirir misiniz?” Sorusuna Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

	BAÖ	
	$\bar{x}\pm SD$	P*
Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?		
Bağımlıyım	12,34±10,54	0,006
Emin değilim	11,34±9,02	
Bağımlı değilim	8,99±8,04	

*Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı skoru yüksek olan kişilerde depresyon ve anksiyete düzeyleri de daha yüksek seyretmektedir. Depresyon için hem BDE kesme puanı esas alınarak yapılan kıyaslamada istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmış hem de korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki gösterilmiştir. Anksiyete için ise BAÖ kesme puanı olmadığından sadece korelasyon analizi yapılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra kendini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendiren katılımcıların hem akıllı telefon bağımlılığı skorları hem de depresyon ve anksiyete skorları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Sosyodemografik verilerden kadın cinsiyet ve cep telefonu kullanım özelliklerinden ise akıllı telefonun sosyal medya, fotoğraf çekmek veya müzik dinlemek amaçlı kullanımı ile ATBÖ-KF puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yani bu faktörler akıllı telefon bağımlılığına zemin hazırlıyor olabilir. Ayrıca akıllı telefon kullanımı için ayrılan ortalama günlük zaman arttıkça ATBÖ-KF skorlarının da anlamlı derecede arttığı görülmüştür.

Cep telefonu/akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili bugüne kadar yapılmış çalışmalarda cep telefonu bağımlılığı ve problemlili cep telefonu kullanımı kavramlarının var olduğu ile ilgili bir fikir birliği mevcuttur. Ancak net bir şekilde tanı kriteri olmadığından tanımlama şekilleri farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda cep telefonunun problemlili kullanımı, akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi (cep telefonuna erişiminin olmaması korkusu) gibi çeşitli ifadeler kullanılmaktadır. Standart bir tanımlaması olmadığından ve yapılan çalışmaların da çoğunlukla yalnızca ergenler ve genç yetişkinler üzerinde yapılmış olduğundan toplumdaki sıklığı üzerine yeterli ve güvenilir bilgi mevcut değildir. Ancak, akıllı telefon bağımlılığı, cep telefonunun problemlili kullanımı veya nomofobi ile ilişkili durumlar ve risk altında olan popülasyonun profili pek çok çalışmada tanımlanmıştır. (48)

Cep telefonu bağımlılığının mental sağlık üzerine etkilerini araştıran çalışmalarda cep telefonu bağımlılığı, kişilik değişiklikleri ile ilişkili bulunmasının yanı sıra uyku bozuklukları, anksiyete, stres ve daha az ölçüde de depresyon ile bağlantılı bulunmuştur. (48) İran'da çeşitli üniversitelerden rastgele seçilen 296 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada mental sağlık ile cep telefonu bağımlılığı arasında anlamlı derecede

negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir. (49) Tayvan’da 269 kadın öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada anksiyete ile mobil telefon bağımlılığı arasında anlamlı derecede pozitif korelasyon bulunmuştur. Regresyon analizinde ise anksiyetenin mobil telefon bağımlılığını tetiklediği düşünülmüştür. (50) Kore’de 1877 adolesana ait verilerin incelendiği bir çalışmada cep telefonu bağımlılığının da depresif semptomların da şiddetinin 3 yıl içerisinde tutarlı bir biçimde arttığı, cep telefonu bağımlılığı ile depresif semptomların iki yönlü anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir. (51) Türkiye’de ise Isparta’da 319 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada akıllı telefon kullanımı ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. (52) Bu çalışmada da akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiş ve literatürdeki bulguların çoğunluğunu destekler bir şekilde akıllı telefon bağımlılığının hem depresyon ile hem de anksiyete ile anlamlı pozitif ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız kesitsel olduğundan ilk önce ortaya çıkan faktörün hangisi olduğu, hangi faktörün diğerini tetiklediği net olarak gösterilememiştir. İki yönlü de düşünecek olursak, eğer akıllı telefon bağımlılığı depresyonu ve anksiyeteyi tetikliyorsa akıllı telefon bağımlılığını önceden saptamak ve zamanında müdahale etmek toplumda çok sık görülen ve yeti yitiminin yanında mortaliteye de sebep olabilen bu rahatsızlıkları koruyucu hekimlik misyonu ile önlememize aracı olabilir. Eğer depresyon ve anksiyete akıllı telefon bağımlılığına yatkınlık yapıyorsa da akıllı telefon bağımlılığı düşündüğümüz kişilerde depresyon ve anksiyete bulgularını da sorgulamak gerekecektir. Bu konuda neden sonuç ilişkisini daha net ortaya koyacak geniş çalışmalara ve akıllı telefon bağımlılığı tedavi edildiğinde depresyon ve anksiyete tedavisine etkisinin araştırıldığı daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamız kapsamında kendini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirenlerin ATBÖ-KF skorları anlamlı biçimde daha yüksek olduğu gibi, kendini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirenlerin BDE ve BAÖ puanları da anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, sadece birkaç saniyemizi ayırarak sorabileceğimiz “Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?” sorusunun belki de sandığımızdan çok daha kıymetli olduğuna işaret etmektedir. Sadece bu soruyu sorarak bile akıllı telefon bağımlılığı ve hatta depresyon ve anksiyete açısından risk altında olan bireyleri saptayabileceğimizi düşündürmektedir.

Telefonun ilk icat edildiği dönem de düşünüldüğünde temel kullanım amacı konuşmak olmasına rağmen akıllı telefonların gelişmesiyle beraber telefonun pek çok farklı kullanım amacı ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızda da, beklenenin aksine, en sık kullanım amacı konuşmak değil, %77,1 ile sosyal medyayı takip etmek olarak saptanmıştır. Ardından %75,0 ile mesajlaşmak gelmektedir. Konuşmak ise %66,2 oranı ile ancak 3. sırada yer alabilmiştir. Bu da yeni iletişim aracı olarak sosyal medya ve mesajlaşmanın ön plana çıktığını düşündürmektedir. Gerekliğinde fotoğraflar ve videolarla desteklenen, aynı anda pek çok kişiye ulaşılabilen, kendini olduğundan farklı gösterebilme imkanı sunan, kişilerin kendileri ile ilgili sadece yansıtmak istedikleri kadar gerçeği paylaşmalarına da olanak sağlayan daha renkli ve farklı bir iletişim dünyası olan sosyal medya, kişilerde bir duygusal tatmin de oluşturmaktadır. (53) Tüm bu yönleriyle sosyal medya, akıllı telefon kullanım amaçları arasında akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkisi en net olarak gösterilmiş olan faktördür. (54, 55) Bu çalışmada da akıllı telefon bağımlılığı ile sosyal medya kullanımı arasındaki ilişki gösterilmiştir. Bunun yanı sıra fotoğraf çekmek amaçlı akıllı telefon kullanımı ile de akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sosyal medya kullanıcılarının çoğunlukla fotoğraf çekme amaçlarının da sosyal medyada paylaşmak olduğu düşünülürse bu çok da şaşırtıcı bir sonuç değildir. Son olarak müzik dinlemek amaçlı akıllı telefon kullanımı ile de bağımlılık arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Müzik dinlemek süreklilik gerektirdiğinden bu kişilerin belki de sürekli ellerinin altında akıllı telefonlarını bulundurmaları bağımlılığa yatkınlık oluşturuyor olabilir. Bu konuda sebep sonuç ilişkisinin daha detaylı irdelendiği daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda depresyon oranı %18,2 ile toplumda kabul edilen sıklığından daha yüksek bulunmuştur. Örneklemini sadece kadınların oluşturduğu çalışmalarda %27,7- %51,3 gibi çok yüksek depresyon oranlarının bile tespit edildiği düşünülürse, bu çalışmada da depresyonun daha sık görüldüğü kadın cinsiyetin örnekleme baskın olması depresyon oranlarının bu şekilde yüksek çıkmasının bir sebebi olabilir. (56, 57)

Genellikle kadın cinsiyet ve genç yaş grubunda olmak yapılan çalışmalarda cep telefonunun problemlili kullanımı veya bağımlılığı veya nomofobi ile ilişkili bulunmuştur. (48, 52, 54, 58-60) Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde kadın cinsiyetin akıllı telefon bağımlılığı skorlarının erkek cinsiyete oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir. İnternet bağımlılığı daha çok erkeklerde görülürken akıllı telefon bağımlılığının ise kadınlarda

görülüyor olması akıllı telefon bağımlılığının internet bağımlılığından farklı, kendi başına yeni bir problem olduğunu destekler niteliktedir. (48) Bu çalışmada yaş ile akıllı telefon bağımlılığı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi örneklemimizin yaş aralığının dar olması olabilir.

Cep telefonu bağımlılığı konusunda 2016 yılında yayınlanan bir derlemede cep telefonu bağımlılığı ile sosyoekonomik veya kültürel düzey arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. (48) Bu çalışmada da aylık gelir düzeyi, eğitim görülen fakülte ve konaklama biçimi ile akıllı telefon bağımlılığı skorları arasında ilişki bulunamamıştır.

Cep telefonunun günlük kullanım süresi arttıkça problemlerli cep telefonu kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığının da arttığı yine pek çok çalışmada gösterilmiştir. (48, 54, 60, 61) Bunun dışında Haug S ve ark. tarafından 1519 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada uyandıktan sonra ilk kez cep telefonu kullanana kadar geçen süre kısaldıkça akıllı telefon bağımlılığı skorunun arttığı gösterilmiştir. (54) Bu çalışmada da günlük akıllı telefon kullanımına harcanan zaman arttıkça akıllı telefon bağımlılığı puanlarının arttığı gösterilmiştir. Bu kişiler zamanlarının büyük çoğunluğunu akıllı telefon kullanarak geçirdikleri için mi bağımlılığa yatkın hale geldiler yoksa bağımlılığa yatkın oldukları için mi uzun zamanlarını akıllı telefonlarını kullanmak için harcıyorlar net değildir. Bununla birlikte bu bulgu akıllı telefon bağımlılığı açısından risk altındaki bireylerin saptanmasında akıllı telefon kullanarak geçirilen zamanın bir risk faktörü olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Cep telefonu bağımlılığı ile ilgili yapılan bir derlemede cep telefonu kullanımı ile tütün ve alkol gibi madde kullanımı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. (48) Bu çalışmada ise tütün ürünleri kullanımı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında ilişki bulunamamıştır. Yine bu çalışmaya benzer şekilde İsviçre’de 1519 meslek yüksekokulu öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada da alkol ve tütün kullanımı ile akıllı telefon bağımlılık skorları arasında ilişki bulunamamıştır. (54) Bu çelişkili sonuçların nedeni bu çalışmanın örneklemini geleceğin sağlık çalışanlarının oluşturması gibi tütün ürünleri kullanımı oranlarını etkileyen ek faktörlerin olması olabilir.

Tüm bu bulgular ışığında akıllı telefon bağımlılığı açısından risk faktörlerini cep telefonunun sosyal medya, fotoğraf çekmek veya müzik dinlemek amaçlı kullanımı, kadın cinsiyet ve cep telefonunun yoğun kullanımı olarak sıralayabiliriz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları;

Örneklemeimiz, tek bir üniversiteden ve bu üniversite içerisinde de yalnızca iki fakülteden oluşturulmuş olmasından dolayı, toplumdaki üniversite öğrencilerinin tamamını yeterince yansıtmıyor olabilir. Bunun yanı sıra örneklemeimiz yalnızca üniversite öğrencilerinden oluştuğundan farklı öğrenim durumundaki genç erişkin nüfusu temsil etmemektedir.

Özellikle hemşirelik bölümünde kadın öğrenci sayısının çok fazla olması örnekleme kadını cinsiyet oranının yüksek olmasına yol açmıştır. Örneklemeimizin cinsiyet oranlarının homojen olmaması da çalışmamızın kısıtlılıklarından biri haline gelmiştir.

Akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif ilişki bulunmuş olmasına rağmen çalışmamız kesitsel olduğundan sebep-sonuç ilişkisi gösterilememiştir. Yani bir bireyde akıllı telefon bağımlılığı belirtilerinin mi yoksa depresyon veya anksiyete bulgularının mı daha önce oluştuğu bilinmemektedir.

Akıllı telefon kullanım alanları sorgulanırken şıklar arasına “video/film seyretmek” koyulmamasına rağmen 13 katılımcı “diğer” şikkının açıklamasına yazacak şekilde video/film izlemek amaçlı akıllı telefonunu kullandığını belirtmiştir. Şıklar arasına koyulsaydı belki de çok daha büyük bir kesimin bu amaçla akıllı telefonunu kullandığını bulabilirdik. Dolayısı ile şıklar arasında “video/film izlemek” olmamasından dolayı, sıklığının yüksek olma ihtimali olan bir akıllı telefon kullanım alanını tespit edememiş olabiliriz.

6.SONUÇ

Akıllı telefon bağımlılığı depresyon ve anksiyete gibi ciddi problemlerle ilişkisi olan, önemli bir sağlık sorunudur. Daha çok kadın cinsiyette görülmektedir. Akıllı telefon kullanımına harcanan günlük zaman arttıkça akıllı telefon bağımlılığı riski artmaktadır. Sosyal medya, fotoğraf çekmek ve müzik dinlemek amaçlı akıllı telefon kullanımı akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur. Bu risk faktörlerinin yanında, akıllı telefonların yaygınlığı da düşünülürse aslında tüm toplum risk altındadır.

Koruyucu hekimlik misyonu da düşünüldüğünde, yaşam alışkanlıklarının şekillendiği ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki bireyleri akıllı telefon bağımlılığı ve bunun olası kötü sonuçları ile ilgili bilgilendirmek toplum sağlığı açısından faydalı olabilir. Günlük pratiğimize sadece “Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?” sorusunu ekleyerek bile akıllı telefon bağımlılığı ve hatta depresyon ve anksiyete açısından risk altında olan bireylerin bir kısmını saptayabiliriz.

Akıllı telefon bağımlılığı, problemlerli cep telefonu kullanımı veya nomofobi gibi akıllı telefon ile ilişkili davranışsal problemlerin daha net tanımlanması ve belli tanı kriterleri oluşturularak standardizasyonunun sağlanması gereklidir. Bu sayede yapılan çalışmalardaki sonuçlar daha kolay bir şekilde kıyaslanabilir ve birleştirilebilir.

Yapılan çalışmalar daha çok risk altında olduğu düşünülen genç nüfusa yoğunlaşmıştır. Ancak akıllı telefon toplum genelinde tüm yaş gruplarında yaygın kullanılan bir teknolojik cihazdır ve tüm popülasyonu temsil edecek çalışmalara da ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. <https://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in-2017-global-overview>. Digital in 2017: Global Overview. (Erişim tarihi 01.05.2017) 2017.
2. Grant JE ve ark. Introduction to behavioral addictions. The American journal of drug and alcohol abuse 2010; 36(5): 233-241.
3. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.
4. Holden C. Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. Science 2010; 327(5968): 935-935.
5. Kwon M ve ark. Development and validation of a smartphone addiction scale(SAS). PloS one 2013; 8(2): e56936.
6. Kwon M ve ark. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. PloS one 2013; 8(12): e83558.
7. Chambers RA ,Potenza MN. Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. Journal of Gambling Studies 2003; 19(1): 53-84.
8. Presta S ve ark. Kleptomania: clinical features and comorbidity in an Italian sample. Comprehensive psychiatry 2002; 43(1): 7-12.
9. Di Nicola M ve ark. Behavioural addictions in bipolar disorder patients: role of impulsivity and personality dimensions. Journal of Affective Disorders 2010; 125(1): 82-88.
10. Osborne HS. Biographical Memoir Of Alexander Graham Bell 1847-1922. 1943.
11. Agar J. Constant Touch: A Global History of the Mobile Phone. icon, 2004.
12. Cooper M ve ark., *Radio telephone system*. 1975, Google Patents.
13. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779>. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2016 (Erişim tarihi 01.05.2017) 2016.
14. www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1580. TÜİK Sabit telefon, cep telefonu ve internet abone sayısı. (Erişim tarihi 25.05.2017) 2016.
15. <http://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=prUS41425416>. Worldwide Smartphone Growth Forecast to Slow to 3.1% in 2016 as Focus Shifts to Device Lifecycles, According to IDC. (Erişim tarihi 24.04.2017) 2016.
16. <http://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=prUS42628117>. Coming Off a Slow 2016, Smartphone Shipment Volume Expected to Recover in 2017 and Gain Momentum into 2018, According to IDC. (Erişim tarihi 31.05.2017) 2017.
17. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/tr/Documents/technology-media-telecommunications/deloitte-global-mobil-kullanici-anketi-2015-f.pdf>. Deloitte Global Mobil Kullanıcı Anketi 2015. (Erişim tarihi 24.04.2017) 2015.
18. <http://www.cisco.com/c/dam/en/us/solutions/collateral/enterprise/connected-world-technology-report/cisco-2014-connected-world-technology-report.pdf>. 2014 Connected World Technology Final Report. (Erişim tarihi 13.03.2017) 2014.
19. Association AP ,Association AP. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000; 75.
20. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. American Journal of Psychiatry 2006; 163(2): 297-302.
21. Grant JE, Brewer JA,Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. CNS spectrums 2006; 11(12): 924-930.
22. Öztürk MO ,Uluşahin NA. Duygudurum Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2015: Ankara.

23. Thomson W. Long term follow up of suicide in a clinically depressed community sample. *Journal of affective disorders* 2012; 139(1): 52-55.
24. Riihimäki K ve ark. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychological medicine* 2014; 44(02): 291-302.
25. Akiskal HS. Mood disorders: clinical features. Sadock BJ, Sadock VA (ed) 2005: 702-709.
26. Ustun TB ,Sartorius N, *Mental illness in general health care: an international study*. 1995, JSTOR.
27. Üstün T, Sağduyu A, Rezaki M. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar, uluslararası DSÖ çalışması. Ankara, HÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Bİ-DSÖ İşbirliği Merkezi 1997.
28. Kiliç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Eriskin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, N. Erol, Kiliç C, M, Ulusoy, M Keçeci, Z. simsek (Ed), Ankara. Eksen Tanitim Ltd. sti 1998: 77-94.
29. Öztürk MO ,Uluşahin NA. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2015: Ankara.
30. Üstün TB ve ark. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry* 2004; 184(5): 386-392.
31. Murray CJ ,Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 1997; 349(9064): 1498-1504.
32. Barlow D ,Durand M. *Abnormal Psychology An Integrative Approach Seventh Edition*. 2013.
33. Yerkes RM ,Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of comparative neurology and psychology* 1908; 18(5): 459-482.
34. Öztürk MO ,Uluşahin NA. Bunaltı Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2015: Ankara.
35. Horwath E, Gould F, Weissman MM. Epidemiology of Anxiety Disorders. *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. John Wiley & Sons, Ltd 2011. p. 311-328.
36. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007; 6(4): 136-142.
37. Bruce SE ve ark. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(6): 1179-1187.
38. Sareen J ve ark. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of internal medicine* 2006; 166(19): 2109-2116.
39. Antony MM ,Stein MB. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. Oxford University Press, 2008.
40. Gomez-Caminero A ve ark. Does panic disorder increase the risk of coronary heart disease? A cohort study of a national managed care database. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67(5): 688-691.
41. Weissman MM ve ark. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine* 1989; 321(18): 1209-1214.
42. Noyan C ve ark. Validity and reliability of the Turkish version of the Smartphone Addiction Scale-Short Version among university students. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015: 1.

43. Beck AT ve ark. An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry 1961; 4(6): 561-571.
44. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji dergisi 1988; 6(22): 118-122.
45. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji dergisi 1989; 7(23): 3-13.
46. Beck AT ve ark. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56(6): 893-7.
47. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri-geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1993. (Yayınlanmamış)
48. De-Sola Gutierrez J, Rodriguez De Fonseca F, Rubio G. Cell-Phone Addiction: A Review. Front Psychiatry 2016; 7: 175.
49. Babadi-Akashe Z ve ark. The Relationship between Mental Health and Addiction to Mobile Phones among University Students of Shahrekord, Iran. Addiction and Health 2014; 6(3-4): 93-99.
50. Hong F-Y, Chiu S-I, Huang D-H. A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese university female students. Computers in Human Behavior 2012; 28(6): 2152-2159.
51. Jun S. The reciprocal longitudinal relationships between mobile phone addiction and depressive symptoms among Korean adolescents. Computers in Human Behavior 2016; 58: 179-186.
52. 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.
53. Alioğlu N. Duygusal tatmin aracı olarak sosyal medya kullanımı üzerine bir alan araştırması. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2016; 9(2).
54. Haug S ve ark. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. Journal of behavioral addictions 2015; 4(4): 299-307.
55. Ünal MH. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara 2015 (yayınlanmamış)
56. Kayahan B ve ark. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 208-18.
57. Önen FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi. Kriz Dergisi 1994; 3(1-2): 88-103.
58. Choi S-W ve ark. Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and Internet addiction. Journal of behavioral addictions 2015; 4(4): 308-314.
59. Yıldırım C ve ark. A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students. Information Development 2016; 32(5): 1322-1331.
60. Gezgin DM, Çakır Ö. Analysis of nomophobic behaviors of adolescents regarding various factors. Journal of Human Sciences 2016; 13(2): 2504-2519.
61. Muñoz-Miralles R ve ark. The problematic use of Information and Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. BMC pediatrics 2016; 16(1): 140.

8.EKLER

8.1.EK-1 ANKET FORMU

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ VE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı;

Bu anket çalışması Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla sosyodemografik veriler ve cep telefonu kullanım özellikleri ile ilgili anket ve bazı ölçekler uygulanacaktır. Soruların herhangi bir doğru cevabı olmayıp her madde için size en yakın şıkkı işaretlemeniz beklenmektedir. Veriler tez çalışması için kullanılacak ve bilgiler gizli tutulacaktır.

Bu anketin amacı ile ilgili bilgilendirildim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okudum. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

1. Yaşınız
.....
2. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni Durumunuz
 - a) Bekar
 - b) Evli
 - c) Boşanmış
 - d) Eşinden ayrı yaşıyor
 - e) Dul
4. Konaklama şekliniz
 - a) Ailemle birlikte, evde
 - b) Arkadaşım/arkadaşlarımla birlikte, evde
 - c) Yalnız, evde
 - d) Devlet yurdunda
 - e) Özel yurttta
5. Ailenizin ortalama aylık geliri
 - a) 1000 TL ve altı
 - b) 1001-3000 TL
 - c) 3001-5000 TL
 - d) 5001-7000 TL
 - e) 7001-10000 TL
 - f) 10001 TL ve üstü

6. Bölümünüz?
a) Tıp
b) Hemşirelik
7. Kaçınıcı sınıftasınız?
a) Hazırlık
b) 1
c) 2
d) 3
e) 4
f) 5
g) 6
8. Akıllı telefonunuz var mı?
a) Evet
b) Hayır
9. Cep telefonunuzun işletim sistemi nedir?
a) IOS
b) Android
c) Windows
d) Diğer (belirtiniz)
10. İlk cep telefonunuzu kaç yıl önce edindiniz?
.....
11. Cep telefonunuzu değiştirme sıklığınız nedir?
a) 1 yıldan kısa sürede
b) 1-2 yıl
c) 3-4 yıl
d) 4 yıldan daha uzun
12. Günde yaklaşık kaç saatinizi cep telefonu kullanarak geçirirsiniz?
.....
13. Cep telefonunu en çok hangi amaçla/amaçlarla kullanırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a) Konuşmak
b) Mesajlaşmak
c) Sosyal medyayı takip etmek
d) Oyun oynamak
e) Fotoğraf çekmek
f) Müzik dinlemek
g) İnternette sörf yapmak
h) Maillere bakmak/Mail göndermek
i) Office programlarını kullanmak
j) Kitap okumak
k) Saat/Alarm olarak kullanmak
l) Diğer (belirtiniz)
14. Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirir misiniz?
a) Bağımlıyım
b) Emin değilim
c) Bağımlı değilim

15. Aşağıdaki tütün ürünlerinden kullandıklarınızı işaretleyiniz

- a) Sigara
- b) Nargile
- c) Sarma tütün
- d) Diğer (Belirtiniz:.....)

16. Daha önce tanı almış herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

- a) Evet (Belirtiniz:.....)
- b) Hayır

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 hissedirim. 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 sinirli 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 kaçırmamak 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 kullandığımı söylerler. 1 2 3 4 5 6

Her madde için kendinize en yakın hissettiğiniz şıkkı işaretleyiniz.

- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

- (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

- (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

- (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

- (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

- (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini işaretleyiniz.

	HİÇ	HAFİF DÜZEYDE	ORTA DÜZEYDE	CİDDİ DÜZEYDE
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

8.2.EK-2 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 300

21.12.2016

KONU : 21.12.2016 Tarih ve 293 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği

Sorumlu Araştırmacılığımı yapmış olduğunuz "Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı İle Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli Dr. Dilara GENÇ DEMİRAĞ' ın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21/12/2016 tarih ve 293 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası
Bilkent Yolu 3.Km. Çankaya /Ankara
Telefon: 0(312) 291 25 25 / 36 45

9.ÖZGEÇMİŞ

Dilara Genç Demirağ 1989 yılında Ankara’da doğdu. İlköğretimi Ankara’da Hürriyet İlköğretim Okulu’nda ve lise öğrenimini Ankara’da Dr. Binnaz Ege Dr. Rıdvan Ege Anadolu Lisesi’nde tamamladı. 2007 yılında girdiği Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden 2013 yılında mezun oldu. Aynı yıl Nevşehir – Ürgüp’te Ürgüp Devlet Hastanesi’nde 2 ay pratisyen hekim olarak görev yaptı. 2014 yılından beri Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.



Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. Bu kurallarda anılan ve tüm başvuru materyalinin gerektirdiği sorumluluk bana aittir.

Dr. Dilara Genç Demirağ

