



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNDE İZLENEN
ERİŞKİMLERİN DİJİTAL BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sinem ÖZAYDIN SARI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANTALYA, 2021



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNDE İZLENEN
ERİŞKİNLERİN DİJİTAL BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sinem ÖZAYDIN SARI

Tez Danışmanı

Uzm. Dr. Zeynep AŞIK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANTALYA, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	ix
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
GEREÇ VE YÖNTEM	21
BULGULAR	23
TARTIŞMA	46
SONUÇ VE ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR	52
EKLER	60

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlama sürecinde büyük emeği olan, eğitimim süresince tıp nosyonunu ve tavrını örnek aldığım, samimiyeti ve bilgisiyle her zaman bana destek olan tez danışmanım Sayın Uzm. Dr. Zeynep AŞIK’a,

Asistanlığa ilk başladığım günden bugüne kadar her zaman yanımda olan anlayışıyla, eğitimimizdeki titizliğiyle ve tecrübeleriyle bana büyük katkısı olan Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlumuz Sayın Doç. Dr. Mehmet ÖZEN’e,

Eğitimime katkısı olan tüm değerli uzmanlarıma, beraber çalıştığım hemşire ve klinik sekreterlerimize,

Hayatıma dokunan ve zorlukları birlikte aştığım çekirdek grubuma ve asistan arkadaşlarıma,

Tüm çaba ve emeklerinin sonucunda sayelerinde bugünlere ulaştığım, beni gözünden bile sakınan ve her zaman kalbimde en önemli yere sahip olan canım annem ve babama,

Hayatın bana en güzel hediyesi, her zaman bana destek, moral ve neşe kaynağı olan biricik kardeşime,

Hayattaki en büyük destekçim, anlaşılacak için konuşmama gerek kalmayan canımın içi eşim Onur SARI’ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sinem ÖZAYDIN SARI

Antalya, 2021

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
COVID-19	: Korona virüs hastalığı
DM	: Diyabetes mellitus
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GWİ	: Global Web Index
HbA1c	: Glikolize hemoglobin
HL	: Hiperlipidemi
HT	: Hiperlipidemi
KAH	: Koroner arter hastalığı
PC	: Personel computer
PİK	: Patolojik internet kullanımı
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
TEMĐ	: Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği
THURP	: Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	: Vücut kitle indeksi
www	: World wide web

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. VKİ'ye göre obezite sınıflaması

Tablo 2.2. Obez kişilerde morbidite ve mortalite riskini arttıran faktörler

Tablo 2.3. Klinik kan basıncı düzeylerine göre hipertansiyon sınıflandırması

Tablo 4.1. Hasta özellikleri

Tablo 4.2. Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 4.3. Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek ve alt ölçek puan yüzdelerinin dağılımı

Tablo 4.4. Hasta özelliklerine göre toplam Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi

Tablo 4.5. Hasta özelliklerine göre aşırı kullanım puan yüzdesi

Tablo 4.6. Hasta özelliklerine göre nüks etme puan yüzdesi

Tablo 4.7. Hasta özelliklerine göre hayatın akışını engelleme puan yüzdesi

Tablo 4.8. Hasta özelliklerine göre duygu durum puan yüzdesi

Tablo 4.9. Hasta özelliklerine göre bırakamama puan yüzdesi

Tablo 4.10. Dijital Bağımlılık Ölçek ve alt boyut puan yüzdeleri ile diğer değişkenlerin korelasyonu

Tablo 4.11. Kronik hastalık ve görme bozukluğu süresi ile dijital yıl arasındaki korelasyon

Tablo 4.12. Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek toplam puan yüzdesi ile ilişkili faktörler

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Dünya çapında dijital kullanımı

Şekil 2.2. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi

Şekil 4.1. Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi ile yaş arasındaki korelasyon



ÖZET

Aile Hekimliği Polikliniklerinde İzlenen Erişkinlerin Dijital Bağımlılık Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Giriş: Günümüzde teknolojinin hızla gelişmesi sonucunda akıllı telefon, tablet, televizyon ve bilgisayar kullanımında her geçen gün artış olmaktadır. Bu artışa pandemi sebebiyle insanların sosyal aktivitelerinin kısıtlanması, toplu ortamlardan kaçınılması ve sonuçta diğer insanlarla etkileşime geçme şekli olarak internet ve sosyal medyayı seçmelerinin de katkısı olmaktadır. Dijital cihaz kullanımına yönelik bu artış insanların yaşam tarzında da değişikliğe neden olmuştur. Bireyleri daha sedanter bir yaşama yönlendirmiştir. Bu cihazların uzun süreli kullanımı ve sedanter yaşam kaynaklı oluşan fiziksel olumsuz etkiler kronik hastalıklara da zemin hazırlamış olabilir. Bu tez çalışmasında kişilerin dijital bağımlılık seviyesini ölçmek ve bağımlılık düzeyi ile katılımcıların kronik hastalıkları ve obezite durumları arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır. Araştırmamızdaki ikincil bir amacımız ise katılımcıların dijital bağımlılık seviyelerini ölçmek ve bu seviyenin katılımcının yaşam tarzına olan etkisini araştırmaktır. Sonuç olarak katılımcıların dijital bağımlılık seviyeleri ile ilgili farkındalık sağlamak ve dijital bağımlılık seviyelerini azaltmak çalışmamızda kazanılmış bir fırsat olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre ülkemizin nüfusunun %67,8'ini erişkin yaş grubu oluşturmaktadır. Çalışmamızın evrenini üç aylık süre içerisinde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine günde 30 hasta geleceği varsayılarak $(1800 \times 67,8 / 100 = 1220)$ 1220 kişinin oluşturması öngörüldü. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile %95 güven aralığı, %5 örneklem hatası ve %95 istatistiksel güç yöntemi kullanılmış ve örneklem büyüklüğü 292 kişi olarak hesaplanmıştır. Ocak 2021 ile Mart 2021 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden, soruları cevaplamaya engel mental/kognitif hastalığı olmayan, 18 yaşını doldurmuş gönüllü katılımcılarla çalışma yapılmış ve toplam 306 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmamız tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı bir

araştırmadır. Katılımcıların yazılı izinleri alındıktan sonra araştırma soruları katılımcılarla yüz yüze görüşülerek sorulmuştur. Yanıtlarda yanlışlık olmaması açısından ve standart bir uygulama sağlanabilmesi için tüm hastalarla aynı araştırmacı görüşmüştür.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 306 kişinin 182'si kadın, 124'ü erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $38,37 \pm 12,73$ yıl olup en küçük yaş 18 ve en büyük yaş 74'tür. Katılımcılardan 174'ü evli, 132'si bekardır. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması $25,24 \pm 4,29$ kg/m²'dir. Katılımcılardan 116 kişinin kronik bir hastalığı olduğu ve 108 kişide miyopi, 67 kişide hipermetropi ve 43 kişide astigmatizm olmak üzere toplam 166 kişide görme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların %10,5'inde hipertansiyon(HT) ve %7,5'inde diyabetes mellitus(DM) olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanlardan 98'inin ilaç kullandığı belirlenmiştir. Düzenli egzersiz yapan 108 katılımcı olduğu ve en sık yapılan egzersizin yürüyüş (%20,9) olduğu tespit edilmiştir.

Dijital ürünlere vakit ayırma süresinde son 4 yılda bir artış olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ($p=0,103$), hipotiroidi ($p=0,284$) ve egzersiz yapma ($p=0,170$) ile Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. VKİ değeri 25 altı olan katılımcıların Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Bekar katılımcıların toplam ölçek puan yüzdelерinin evli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan bireylerde toplam ölçek puan yüzdesi olmayanlara göre anlamlı daha düşük izlenmiştir ($p<0,001$). Benzer olarak, DM ($p<0,001$) ve HT ($p=0,010$) tanısı olan hastalarda toplam ölçek puan yüzdesi DM ve HT tanısı olmayanlara göre daha düşüktür. Depresyon olan hastalarda depresyon tanısı olmayanlara göre toplam ölçek puan yüzdesi daha düşük olup anlamlı bulunmamıştır ($p=0,056$). İlaç kullanan hastaların toplam ölçek puan yüzdesi ilaç kullanmayanlara göre daha düşük tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler sonucunda dijital cihaz bağımlılığının genç yaş grubunda daha sık görüldüğünü saptanmıştır. Dijital cihaz bağımlılığı,

erken önlem alınmazsa her geçen gün artmakta ve bireylerin hayatında önemli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu konuda toplumun bilinçlendirilmesi ve bireylerde farkındalık oluşturulması bağımlılık oluşmadan önlem almak açısından faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Dijital bağımlılık, sosyal medya, aile hekimliği, kronik hastalık, vücut kitle indeksi



ABSTRACT

Evaluation of Digital Addiction Level and Related Factors of Adults Followed in Family Medicine Clinics

Introduction: Nowadays, as a consequence of rapid developments in technology, the utilization of smart phones, tablets, televisions and computers has been increasing day by day. Pandemic-associated social restrictions, social distancing and preference of interaction with other people on internet and social media contribute to this increment. In addition, the increase towards the usage of digital devices has also caused a significant change in lifestyle habits of people. It has directed individuals to maintain a more sedentary life. Long-term use of digital devices and the negative effects in terms of physically caused by a sedentary life might have led up to chronic diseases. In this study, it is aimed to measure the digital addiction level of the participants and to do a research for connection between addiction level, chronic diseases and obesity status of participants. Secondary aim of the study is to measure the digital addiction levels of the participants and to survey the effects of this addiction level on the lifestyle of the participant. Consequently, to provide awareness about digital addiction levels of the participants and to reduce digital addiction level is being considered as an opportunity to gain of this study.

Methods: According to data from 2019 announced by Turkish Statistical Institute, adults constitute 67.8% of the total population. The population of this study is expected to be consisted by 1220 volunteer while assuming that 30 patients on a daily basis will come to “Family Medicine Clinic” of “Antalya Training and Research Hospital” during three months ($1800 \times 67.8 / 100 = 1220$). While determining sample size, a formula to calculate the sample size of a known population, 95% confidence interval, 5% sampling error and 95% statistical power analysis are used. As a result, the sample size is calculated as 292 people. Between January and March in 2021, the study was carried out in “Family Medicine Clinic” of “Antalya Training and Research Hospital”, with patients who are over 18 years old, who voluntarily accepted to be participant of the study and who have no any mental disease or cognitive disease that might prevent to answer the questions, and a total of 306

participants were counted. The study is a single-centered, cross-sectional and descriptive research. After written consents of the participants were obtained, face-to-face interview between researcher and participants was executed. In order to ensure a standard practice and avoid of having biased answers, same researcher had interviews with the participants.

Findings: 306 persons consisting of 182 female and 124 male, participated in this study with the average age of 38.37 ± 12.73 years. The youngest is 18, while the oldest is 74 years old. 174 of total participants are married and 132 of them are single. Average Body Mass Index (BMI) of participants are 25.24 ± 4.29 kg/m². 116 of participants have chronic diseases. 108 of them have myopia, 67 of them have hypermetropia and 43 of them have astigmatic. As summary, 166 of total participants were recorded as having visual impairment. It was determined that 10.5% of participants having chronic diseases have hypertension and 7.5% of them have diabetes mellitus. Moreover, 98% of those who are with chronic diseases are currently using medicine. It was determined that 108 of all participants regularly exercise and the most common exercise is walking (20.9%).

It was determined that spending time with digital products have been constantly increasing for 4 years. No significant correlation was found between gender ($p=0.103$), hypothyroidism ($p=0.284$), exercising ($p=0.170$) and Digital Addiction. It was determined that the scale score percentage of Digital Addiction for the participants with a lower BMI value than 25 was statistically higher than the participants with a BMI value between 25-29.9 and above 30 ($p<0.001$). It was determined that the total scale score percentages of participants who are single were higher than participants who are married ($p<0.001$). The percentage of total scale score was monitored significantly lower for participants having chronic disease than participants having none ($p<0.001$). Similarly, the percentage of total scale score is lower for participants who have diabetes mellitus ($p<0.001$) and hypertension ($p=0.010$). The percentage of total scale score was lower for participants having depression and it was not found as significant ($p=0.056$). The total scale score percentage of the participants who are using medicine was found to be lower than those who are not using ($p<0.001$).

Results: As a consequence of the data obtained in the study, digital device addiction is more common among the younger age groups. Digital device addiction is recently increasing and can cause serious health problems for people unless some precautions taken. Raising the awareness of public and creating awareness on the issue could be crucial in terms of precautions before addiction occurs.

Key words: Digital addiction, social media, family medicine, chronic disease, body mass index



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimleri, bireyleri bir bütün olarak ele alan, bireye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici birinci basamak sağlık hizmetleri ve danışmanlık veren hekimlerdir (1). Kendisine başvuran kişilerin mevcut olan hastalıklarına tanı koymak ve tedavi etmek dışında periyodik sağlık muayeneleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, hastalık gruplarına ve cinsiyete yönelik izlem ve taramalar, evde bakım hizmetleri ile palyatif bakım ve yaşam sonu bakım desteği aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarının arasındadır (2).

Aile hekimleri, bireylerin sağlık sistemiyle olan ilk tıbbi temasını sağlamaktadırlar. Bunu sağlarken; kişinin yaş, cinsiyet, ırk ve benzeri özelliklerini ayırt etmeden tüm sağlık sorunlarına çözüm bulmaktadırlar. Etkili iletişim kurabilme becerisi aile hekimleri için çok gerekli bir yeterliliktir. Birinci basamağa hizmet sunan aile hekimleri etkili bir iletişimle, bireyin sağlık sorunlarına uygun, süregelen bir sağlık hizmeti vererek iyilik halini sağlarlar. Kişinin sağlık sorunlarını tüm yönleriyle ele alarak kişi merkezli bir yaklaşım geliştirirler (3).

İnternet, günümüzde tüm dünyada eğitim, iletişim, ticaret ve eğlence için temel bir araç haline gelmiştir. İnternetin hayatımızın her alanına dahil olması ve internete erişimin çok kolay olması bazı kötüye kullanımlara ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Patolojik internet kullanımı (PİK) veya internet bağımlılığı, internet kullanımıyla ilgili olarak bozulmaya, sorunlara yol açan aşırı veya kötü kontrol edilen meşguliyetler, dürtüler veya davranışlarla karakterizedir (4).

İnternet bağımlılığının insan gelişimi üzerindeki olası olumsuz etkisi göz önüne alındığında, internet bağımlılığının doğası hakkında kapsamlı bir anlayışa ihtiyaç vardır (5). Aile hekimleri, bireylerin sağlık sorunlarını kapsamlı bir şekilde ele almayı ilke edindiğinden patolojik internet kullanımı, dijital cihaz bağımlılığı ve bunların yol açabileceği davranışsal, fiziksel ve ruhsal etkileri bir bütün olarak değerlendirmelidir.

Dijital bağımlılığın hem sedanter yaşamı artırması, insanları yalnızlaştırarak kişiler arası sosyal ilişkileri azaltması, hem de dijital ekranların zararlı etkileri olduğu

bilinmektedir. Tüm bu etkiler insan sağığının bozulmasına yol açabilir. Literatürde dijital cihaz bağımlılığının kronik hastalıklarla ilişkisini konu alan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda aile hekimliğı polikliniğine başvuran katılımcıların dijital cihazları kullanım yoğunluğunu ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisini araştırmayı amaçlamaktayız. Çalışmamızdaki bir diğere amaç ise dijital bağımlılık düzeyi ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi saptayabilmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİJİTAL CİHAZ TARİHÇESİ

Teknolojinin kullanımındaki hızlı artış, dijital cihazları hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline getirmiştir (6). Hayatımıza hızla giriş yapan sosyal ağ ve dijital araçlar, bizlere merak edilen her türlü bilgiye saniyeler içinde cevap bulma avantajı kazandırmıştır. Bu nedenle sosyal medyanın hayatımızdaki yerinin ve öneminin artmasının sonucu olarak, dijital araçlara ayrılan sürede de artış olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (7).

Bilgisayarın temelleri 1943 yılında Pennsylvania Üniversitesinde atılmıştır. İlk yapılan bu bilgisayar 30 ton ağırlığında olduğundan ve fazla miktarda elektrik harcadığından daha kullanışlı hale getirme çalışmaları başlamıştır. Bin dokuz yüz yetmiş bir yılında mikro işlemci geliştirilmiş ve bilgisayarın içine çip yerleştirilmiş, daha sonra 1981'de kişisel bilgisayar (personal computer; PC) adı verilen mikro bilgisayar halini almıştır (8). Teknolojideki gelişmeler ve masaüstü kullanımının artmasıyla bilgisayar, günümüzde artık dizüstü bilgisayar ve tablet bilgisayar şeklinde güncel halini almıştır (9).

Cep telefonları, dijital cihazlar arasında kullanması ve ulaşması en kolay olanıdır. Bu durum cep telefonlarının icadından bu yana en çok tercih edilen olmasını sağlamıştır. İlk cep telefonu 1973 yılında Motorola şirketinde mühendis olan Martin Cooper tarafından üretilmiştir. Bu üretilen ilk cihazın ekranının olmaması, konuşma süresinin kısa olması, bataryasının çok ağır ve zararlı maddelerden oluşması gibi dezavantajları, cep telefonlarına kadar uzanan gelişmeleri beraberinde getirmiştir (10). Sonrasındaki dönemde bu geliştirilen telefonların kullanıcı dostu olmalarını hedefleyen birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda cep telefonlarına yüksek performanslı işlemciler eklenmiştir. Böylece adeta taşınabilir mini bilgisayar olan akıllı cep telefonları 2007 yılında hayatımıza girmiştir (11).

2.2. İNTERNET VE SOSYAL AĞ TARİHÇESİ

İnsanoğlunun hayatını ve bilgiye ulaşmasını kolaylaştırması nedeniyle internet; iletişim, haberleşme ve bilgi akışında bireylerin yaşamında vazgeçilmez bir yere

sahiptir (12). İnternet, dijital cihazları birbirine bağlayan çok protokollü elektronik iletişim ağı olarak tanımlanmaktadır (13). İnternet ağı ilk defa Amerikan Savunma Bakanlığı'na bağlı bir araştırma ekibi tarafından, haberleşme ve bilgi aktarımı gibi konularda orduya fayda sağlamak amacıyla 1970 yılında kurulmuştur (14).

İnternet ilk kez 1990 yılında Web 1.0'la kitlesel olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemde sınırlı sayıda web sitesi bulunmaktadır ve bunlar da günümüze göre daha ilkel durumdadır. Web 1.0 teknolojisinde uzmanların ürettikleri içerikler sıkı kontrollerle sınırlı web sitelerinde yayınlanmakta ve burayı ziyaret eden okuyucularla çoğunluğa ulaşmaktadır (15). Web 2.0 terimi O'Reill ve MediaLive International tarafından 2004 yılında ortaya çıkmıştır. Web 2.0 ile internet kullanıcıları bu zamana kadar olan tek yönlü iletişimden farklı olarak içeriği değiştirebildikleri ve daha üretken olabildikleri bir konuma gelmişlerdir (16).

Sosyal ağ, insanların internet üzerinden birbirleriyle iletişim sağladıkları, görsel ve yazılı paylaşım yaptıkları yazılımlardır (17). Geleneksel medya; tek yönlü iletişim imkanı sunan televizyon, gazete, basın, radyo gibi kitle iletişim araçlarının örnek gösterilebileceği bir iletişim aracıdır (18). Sosyal medyanın tanıdığı imkanlarla geleneksel medyanınki birbirinden farklıdır. Yazılı basın ile televizyon gibi geleneksel iletişim yolları tek yönlü bir iletişim sağlamaktadır. Sosyal ağların sağladığı web uygulamalarında ise çift yönlü bir iletişim ve etkileşime imkan sağlanmaktadır (19). *Youtube, Myspace, Twitter, Facebook, Instagram* ve kişisel bloglar sosyal medyanın temelini oluşturan ağlara örnek olarak gösterilmektedir. Tüm bu platformlar Web 2.0 içinde yer almaktadır. Web 2.0, sosyal ağların gelişimine katkı sağlamaktadır (15). Web 2.0 aracılığıyla internet kullanımı etkileşim unsuru haline gelmiş ve kullanıcı kitlesi giderek artmıştır (20).

Son yıllarda teknolojide yaşanan gelişmeler, internet alanında ve dijital cihazlarda birçok yeniliğe neden olmuştur. İnternet alanında kat edilen gelişmelerden en önemlisi de etkileşimli ve çevrimiçi farklı gruplar oluşturan, bireysel yollarla bilginin paylaşımına katkı sağlayan sosyal medyadır. Bin dokuz yüz doksan bir yılında *World wide web*'in (www) oluşturulmasıyla sosyal medyanın hikayesi başlamış olup bunu takip eden yıllarda birçok forum ve uygulamalar kullanıcıların hayatına girmeye başlamıştır. Bin dokuz yüz doksan yedi yılında kendi profilini oluşturma ve arkadaş

listeleme özelliği, 2002 yılında ise bu özelliklere kullanıcıların sadece kendi arkadaşlarına ulaşma imkanı dışında arkadaşlarının arkadaşlarıyla da iletişim kurma fırsatı sunularak daha fazla sanal sosyalleşme olanağı sağlanmıştır. İki bin dört yılında Mark Zuckerberg tarafından Facebook, ondan iki yıl sonra da Twitter kurulmuştur. Bu uygulamalarla kullanıcılar bilgi, haber, fotoğraf, video paylaşımı yapmakta ve sohbet etmektedirler. Kullanıcıların, başka kullanıcıların oluşturdukları profillerine ve arkadaş listelerine erişim sağlayabilmesi sosyal medyayı diğerlerinden ayıran en önemli özelliktir (15, 21).

2.3. İNTERNET VE SOSYAL AĞ EPİDEMİYOLOJİSİ

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre hanelerin internet erişimi 2020 yılında %90,7 iken 2021 yılında %92,0'a yükselmiştir. Birey bazlı (16-74 yaş) internet kullanımı oranı ise 2020 yılında %79,0 iken 2021 yılında bu oran %82,6 olmuştur. Cinsiyete göre incelendiğinde; kadınlarda bu oran %77,5 iken erkeklerde %87,7 olarak saptanmıştır (22).

We Are Social Digital'in 2021 yılı verilerine göre; 4,66 milyar internet kullanıcısı bulunmaktadır. Bu oran Dünya nüfusunun %59'unu oluşturmakta, 2020 yılı verilerine kıyasla internet kullanıcı sayısında %7,3 (317 milyon) oranında yıllık bir artışa karşılık gelmektedir. Yapılan araştırma, 2021 yılında ortalama bir internet kullanıcısının tüm dijital cihazlarla internette harcadığı toplam sürenin günde yaklaşık 7 saat olduğunu göstermiştir.

Sosyal medya kullanıcısı 4,20 milyardır. Bu oran Dünya nüfusunun %53'ünü oluşturmaktadır. İki bin yirmi yılı verileriyle kıyaslandığında sosyal medya kullanıcı sayısında yıllık %13,2 oranında bir artış gözlenmiştir. Ortalama bir sosyal medya kullanıcısının günlük sosyal medyada geçirdiği süre yaklaşık 2 saat 25 dakikadır. Bu süre haftalık hesaplandığında bir bireyin yaklaşık olarak uyanık bir gününe denk gelmektedir.

Mobil cihaz kullanımı ise %1,8'lik bir artışla 5,22 milyara ulaşmış ve Dünya nüfusunun %66'sını oluşturmuştur. Dünya çapında dijital cihazlar üzerinden sağlanan internet erişiminin %53'nü tek başına cep telefonları oluşturmaktadır.

Global Web Index (GWI) tarafından yapılan araştırmanın sonucunda elde edilen veriler, cep telefonu dışındaki diğer dijital cihazların da günlük yaşamda hala önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. GWI verileri, internet kullanıcılarının üçte ikisinin internete erişmek için bir dizüstü veya masaüstü bilgisayar kullandığını kanıtlamaktadır (23).

We Are Social ve *Hootsuite* ortaklığında yayınlanan dünya çapında dijital kullanımını gösteren 2021 verileri aşağıda Şekil 2.1’de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Dünya çapında dijital kullanımı

(Kaynak: *Dijital 2021: 'Dijitalin Durumuna' İlişkin En Son Bilgiler 2021*)

2.4. DAVRANIŞ BAĞIMLILIĞI

Bağımlılık, olumsuz sonuçlara neden olsa bile bir maddeyi kullanmayı bırakamama veya bir davranışı yapmayı kontrol edememe şeklinde tanımlanmaktadır (24). Bağımlılık; madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılık olarak iki sınıfta incelenmektedir. Madde bağımlılığı bireyin alkol, opiyat, kannabis, hallüsinojenler, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, tütün ve benzeri maddeleri haz alabilmek amacıyla kullanması, bırakmakta güçlük çekmesi, kullanmadığı zaman yoksunluk yaşaması ve tüm olumsuzluklara rağmen kullanmaya devam etmesi şeklinde de tanımlanmaktadır (25). Madde bağımlılıklarında olduğu gibi davranışsal bağımlılıklarda da, bağımlılığın ana unsurları olan duygu durum değişkenliği, zihinsel meşguliyet, yoksunluk, tolerans ve nüks etme gibi özellikler görülmektedir (26).

Griffiths, davranışsal bağımlılığın tanımını maddesel bağımlılıkta da gördüğümüz altı kriterin tüm bileşenlerini içeren herhangi bir davranış olarak yapmıştır. Bu altı madde aşağıda anlatılmaktadır:

- **Belirginlik:** Bireyin bir davranışı yapmaya karşı aşırı istek duyması, kafasının sürekli bununla meşgul olması ve bunun hayatının en önemli parçası halini almasıdır.
- **Duygudurum değişikliği:** Bireyin davranışı her eyleme döktüğünde birbirinden farklı deneyimler ve duygular elde etmesidir.
- **Tolerans:** Bireyin davranışın sonunda elde ettiği olumlu yönleri devam ettirmek için daha fazla sürelerle eylemini devam ettirmesidir.
- **Yoksunluk:** Bireyin davranışı yapmadığı durumda aniden olan titreme, sinirlilik gibi fiziksel etkiler ya da olumsuz duygular hissetmesidir.
- **Çatışma:** Bireyin uzun süren davranışının etkisi sonucunda çevresiyle ya da kendi içinde yaşadığı sorunlardır.
- **Nüks:** Bireyin davranışını sonlandırmak için uğraş vermesine rağmen bu davranışa tekrar tekrar dönme eğilimidir (27).

Kumar, alışveriş, seks, internet gibi bağımlılıklar davranışsal bağımlılıklara örnek olarak gösterilebilir (25).

2.5. İNTERNET BAĞIMLILIĞI

İnternetin avantajı bilgiye ulaşmanın kolay ve hızlı olmasıdır. Fakat bu durum, internetin önlenemez popülerliği sebebiyle aşırı kullanıma ve internet bağımlılığı adı verebileceğimiz yeni bir bağımlılık türüne sebep olarak dezavantaja dönüşmüştür (26).

“Patolojik internet kullanımı” ya da “internet bağımlılığı” ilk olarak 1996 yılında Goldberg tarafından ortaya atılmıştır. Goldberg yaptığı çalışmalar ile internet bağımlılığı tanı ölçütlerinin, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV)’te kullanılan madde bağımlılığı ölçütlerinin uyarlanarak kullanılması gerektiğini ileri sürmüştür (28). Young internet bağımlılığını, interneti aşırı kullanma isteği ve kişinin bunu kontrol edememesi, internet dışında geçirilen zamanın önemini kaybetmesi, kullanımının kısıtlandığı durumda aşırı sinirlilik, saldırganlık hali ve

tüm bunların bireyin sosyal hayatını giderek olumsuz yönde etkilemesi olarak tanımlamaktadır (29, 30). Young patolojik kumar oynama ölçütlerini baz alarak internet bağımlılığı ölçütlerini geliştirmiştir (30).

Shapira patolojik internet kullanımının dürtü kontrol bozukluğu ile benzerlik gösterdiğini ileri sürmüş ve DSM-IV dürtü kontrol bozuklukları ölçütlerinin kullanılması gerektiğini savunmuştur. Aboujaoude ve arkadaşları ise obsesif kompulsif bozukluk, dürtü kontrol bozuklukları, madde bağımlılığı ve daha önce oluşturulan internet bağımlılığı ölçütlerini bir araya getirerek dört aşamalı bir tanı ölçütü geliştirmiştir (28, 31).

İnternet bağımlılığı sınıflandırması hakkında kesin bir sonuca varılamamakla birlikte birçok farklı görüş bulunmaktadır. Young, internet bağımlılığının beş farklı şekli olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar;

- İnternet kullanmak için önlenemez bir istek duyma,
- Sanal seks bağımlılığı,
- Aşırı bilgi yüklenmesi,
- Bilgisayar bağımlılığı,
- Sanal-ilişkisel bağımlılıktır (32).

Davis ise internet bağımlılığının genelleşmiş ve özelleşmiş olmak üzere iki sınıfa ayrıldığını savunmaktadır. Genel internet bağımlılığını daha geniş bir kullanıcı kitlesiyle ilişkilendirmiştir. Kullanıcıların sosyal ilişki yetersizliği ve yalnızlık duygusunu gidermek amacıyla interneti fazla kullanmasının tam tersine kullanıcıların gerçek hayata uyumunu ve sosyal iletişim becerilerini azaltarak sorunları görmezden gelmesine ve başa çıkamamasına neden olduğu görüşündedir. Özel internet bağımlılığını ise oyun ve kumar oynama, pornografi, cinsellik gibi daha spesifik internet uygulamalarıyla sınırlı tutmuştur (33).

Suler yaptığı çalışmalar sonucunda internetin bağımlılık yapıcı etkisini Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine dayanarak açıklamaktadır. İhtiyaçlar hiyerarşisi aşağıda Şekil 2.2'de gösterilmiştir:



Şekil 2.2. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi

(Kaynak: Tok G. Ortaöğretim öğrencilerinin ebeveynlerinden algıladıkları internet bağımlılığı durumlarının incelenmesi 2014)

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre insanlar öncelikle fizyolojik ihtiyaçlarını karşılama eğilimindedir. Daha sonra sırasıyla diğer ihtiyaçların karşılanması gündeme gelmektedir. Sırasıyla bu ihtiyaçlar şöyledir:

1. Fizyolojik ihtiyaçlar: İhtiyaçlar hiyerarşisinin ilk ve temel basamağını oluşturmaktadır. Yeme, içme, uyuma, üreme gibi temel ihtiyaçlar bu basamakta yer almaktadır. Suler, bireylerin interneti flört etme ve cinsel tatmin için kullandığını böylece temel üreme ihtiyacını karşıladığını savunmuştur.
2. Kişiler arası temas ihtiyacı: Piramidin üçüncü basamağında yer alan bu ihtiyaç, bireylerin çevresiyle iletişim kurma ve sosyalleşme isteğine dayanmaktadır. İnsanlar gerçek hayatta yakalayamadıkları sosyal iletişimi internetle sağlayabilmektedir. Bu sanal sosyalleşme içerisinde sürekli aktif olup kendini unutturmak istemeyen kullanıcılar internet bağımlılığına birer aday olmuşlardır (34).
3. Öğrenme ve saygınlık ihtiyacı: Bireyler çevresi tarafından takdir görmek ve saygı duyulmak isterler. İnsanlar gerçek hayatında göremediği takdir ve saygıyı, sosyal ağlarda olmak istedikleri kimliklere bürünüp profiller oluşturarak sağlayabilirler. Burada internet bağımlılığı için ortam hazırlayan unsur, kişilerin ihtiyacı olan benlik saygısının sosyal medya üzerinden sağlanmasıdır.

4. Kendini gerçekleştirme ihtiyacı: Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisindeki en üst basamaktır. Suler, bireylerin sosyal ağlar üzerinde yarattığı kimliğin kişinin benliklerinin bir yansıması olduğunu savunmaktadır. Bireylerin internetin sunduğu kolay ve sınırsız bilgiyle kendilerini daha özgür hissettiklerini ve kendilerine ait yeni yönlerini keşfettiklerini düşünmektedir. Gerçek hayatta tecrübe edemediklerini sanal ortamda keşfettiğini ve kendilerini geliştirdiğini düşünmektedir. Tüm bu etkenlerin bireylerin internet bağımlısı olmasına sebep olduğunu ileri sürmektedir (35).

İnternet bağımlılığından, Amerika Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM'nin 2000 yılından itibaren kullanılan el kitabı DSM-IV'te söz edilmezken 2013 yılında yayınlanan DSM-V'te "*Internet Gaming Disorder*" olarak bahsedilmektedir. DSM-V'te konu alınan internette oyun oynama bozukluğuna, internet üzerinden oynanan kumar oyunları dahil edilmemiştir. İnternet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital cihaz bağımlılığı gibi bağımlılıklar da bu tanım içinde yer almamaktadır (36).

2.6. İNTERNET BAĞIMLILIĞININ ETKİLERİ

İnternetin; kolay ulaşılabilir olması, ucuz olması, beyindeki ödül merkezlerini uyarması, hakimiyetin kişide olması, yüz yüze iletişimin olmaması, bireyin sorunlarıyla başa çıkmasına gerek duymadan kolayca kaçabilmesi, kişinin istediği kimliğe bürünebilmesi gibi birçok özelliği bağımlılık oluşturmada önemli rol oynamaktadır (37). İnternetin bilgiye ulaşma hızı insan hayatını kolaylaştırmıştır. Bunun yanı sıra erişimin kolay ve popüler hale gelmesi, dijital cihaz kullanım süresini hızla artırmıştır. Tüm bunlarla birlikte internetin hayatımıza olumsuz etkileri de araştırma konusu olmaya başlamıştır (38). İnternet bağımlılığının belirtileri davranışsal etkiler, fiziksel ve ruhsal etkiler ile sosyal etkiler olarak üç sınıfta incelenebilir.

2.6.1. Davranışsal etkiler;

- Giderek artan çevrimiçi zaman geçirme isteği,
- Planlanandan daha fazla internet kullanmak,
- İnternet kullanma süresi ve miktarı hakkında yalan söylemek,
- Zihnin sürekli internetle meşgul olması,
- Sorunlardan kaçış için internet kullanmak,

- İnternet kullanımından kaynaklanan olumsuz sonuçlara rağmen kişinin internet kullanımını sürdürmesi,

2.6.2. Fiziksel ve ruhsal etkiler;

- İnternet kullanımının sonuçları karşısında endişelenmek,
- İnternet kullanımını sınırlamak için istek duymak,
- Stres, unutkanlık, dikkat ve konsantrasyonda azalma, mide, baş ve kas ağrıları ile görme bozukluklarında artış,

2.6.3. Sosyal etkiler;

- İnternette geçirilen zaman nedeniyle sosyal etkinliklerin, önemli iş ve sorumlulukların yapılmaması,
- Verimliliğin azalması,
- Çalışma saatlerinin uzaması, boş vakitlerin azalması şeklindedir (39).

2.7. İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE KRONİK HASTALIKLAR

Modern toplumlara, dijital cihaz ve internetin sağladığı birçok kolaylık ve imkan bulunmaktadır. Bu imkanların yanı sıra akıllı telefonların internetin çoğu yönünü paylaştığı düşünüldüğünde, bağımlılık oluşturma ve buna ek olarak fiziksel ve psikososyal şikayetlere neden olma ihtimali yapılan çalışmalarla yüksek bulunmuştur. Odaklanmada güçlük çekme, planlı çalışmada aksama, bulanık görme, kas iskelet sisteminde ağrı ve uyku bozukluğu bu fiziksel ve psikososyal semptomlara birer örnektir. Akıllı telefonlar günlük yaşamımızın o kadar demirbaş bir parçası olmuştur ki birçoğumuzun konsantrasyon gereken işlerde bile dijital cihazları ve interneti akıllarından çıkaramadıkları için işlerini yapmakta zorluk çektikleri görülmüştür. Dijital cihazlarla çok vakit geçiren bireylerde bilek, boyun, göz ve baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar karşımıza çıkabilir (40).

Yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen veriler dijital cihazların aşırı kullanımının anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir (41). Obez bireylerde depresyon prevalansının arttığı ve prognozun daha kötü seyrettiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Çocuklarda sıklıkla depresyon

sonrasında obezite gelişirken yetişkin bireylerde obezite sonrasında depresyonun eşlik etmesi daha sık gözlenmiştir. Obezite ve depresyonun kısır döngü içinde birbirlerinin sebepleri ve sonuçları olduğu zaman içinde anlaşılmıştır (42).

Tüm dünya sosyal ve maddi eşitsizliklere rağmen birçok yönden daha teknolojik hale gelerek aşamalı olarak değişmiştir. İki bin on dokuz yılı Aralık ayında Çin’de başlayıp tüm dünyaya yayılan korona virüs hastalığı (COVID-19) küresel bir halk sağlığı sorunu olmuştur. COVID-19 pandemisi nedeniyle dünya genelinde uygulanan sokağa çıkma kısıtlamaları ve yasaklar yüz yüze iletişimde azalmaya neden olmuş ve teknolojinin günlük yaşamımızdaki yerini gittikçe artırmıştır. COVID-19 sürecinde sosyal izolasyon şartları nedeniyle çoğu sektörde çalışmalar evde internet üzerinden yapılmış, eğitim sistemi online eğitime dönüşmüştür. Bu zorunlu değişim ve dönüşümler sonucunda insanların internette geçirdikleri vakit pandemi öncesi döneme göre daha da artmıştır (43).

Dünyada COVID-19 salgınının hızla yayılması insanlarda korku, panik, kaygı, stres gibi olumsuz duygular uyandırmıştır. Araştırmalar sonucunda; insanların kendilerini içinde buldukları bu olumsuz duygularla başa çıkmak ya da psikolojik sorunlarını görmezden gelmek için internete başvurdıkları görülmüştür (44).

2.7.1. OBEZİTE

Obezite, vücudun harcadığı enerjinin, dışarıdan alınan enerjiden az olması sonucunda yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artmasıdır. Endokrin ve kardiyovasküler sistemler başta olmak üzere tüm sistemleri etkileyebilecek patolojilere ve hatta ölüme sebebiyet verebilen kronik bir hastalıktır (45). TÜİK 2019 verilerine bakıldığında 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite prevalansı %21,1 ile 2016 yılına göre %1,5 artış göstermiştir (46). Obezite; prevalansının başta gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler olmak üzere pek çok ülkede artması sebebiyle artık çağımızda ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaktadır (47).

Obeziteyi tanımlamak ve sınıflandırmak için kilonun boyun karesine oranlanması (kg/m^2) ile hesaplanan vücut kitle indeksi kullanılır. VKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 2.1'de gösterilmiştir (48).

Tablo 2.1. VKİ'ye göre obezite sınıflaması

Gruplar	VKİ(kg/ m^2)
Zayıf	< 18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kilolu	25-29,9
Obez	$\geq 30,00$
Hafif obez	30,00 – 34,99
Orta derece obez	35,00 – 39,99
Morbid obez	40,00 – 49,99
Süper obez	$\geq 50,00$

(Kaynak: TEMD Obezite Tanı ve Tedavi kılavuzu, 2019)

Obezite yağ dağılım bölgesine göre abdominal (bel) ve jinekoid (kalça ve basen) obezite şeklinde iki sınıfta da incelenebilir. Bu iki tip obezitenin ayrımını bel çevresi ölçümünün kalça çevresi ölçümüne oranı belirlemektedir. Bu oranın kadınlarda 0,9'dan, erkeklerde ise 1,0'dan yüksek olması 'abdominal obezite', düşük olması ise 'jinekoid obezite' olarak tanımlanmaktadır (49).

Yağ dağılımının gluteal ve femoral bölgelerde yoğun olduğu obezite tipi jinekoid obezite olarak adlandırılır. Jinekoid tip obezite neden olan östrojen hormonunun etkisidir. Bu sebeple kadınlarda daha çok görülmektedir (50).

Abdominal tip obezite diyabet, ateroskleroz gibi metabolik komplikasyonlara daha çok eşlik etmektedir. Kadınlarda bel çevresi 80 cm üzerinde ise hafif metabolik risk, 88 cm üzerinde ise ağır metabolik risk olarak değerlendirilirken; erkeklerde bu değerler 94 cm üzerinde hafif metabolik risk, 102 cm üzerinde ağır metabolik risk olarak değerlendirilmektedir (51).

Obezitenin neden olduğu başlıca sorunlar; artmış morbidite ve mortalite, artan sağlık harcamaları, sosyal dışlanma, azalmış üretkenlik ve çalışabilirliktir (52). Obezite;

hipertansiyon (HT), tip 2 diyabetes mellitus (DM), dislipidemi, koroner arter hastalığı (KAH), serebrovasküler olay, osteoartrit, obstrüktif uyku apne sendromu, prostat kanseri, meme kanseri gibi birçok kronik hastalığa eşlik etmektedir (53).

Obeziteyle mücadelede obeziteyle ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi önemli bir yere sahiptir. Hastaların bu risk faktörlerinden en az iki tanesine sahip olması durumunda yüksek mortalite ve morbidite riskinden bahsetmek mümkündür. Bu risk faktörleri aşağıda Tablo 2.2’de anlatılmaktadır (54).

Tablo 2.2. Obez kişilerde morbidite ve mortalite riskini arttıran faktörler

Yüksek Risk Faktörleri	Diğer Risk Faktörleri
Tip 2 diyabetes mellitus	Erkeklerde 45 yaş üzeri olmak
Koroner arter hastalığı	Kadınlarda 55 yaş üzeri olmak veya postmenapozal dönem
Uyku apnesi	Hipertansiyon
	LDL>160 mg/dl olması
	HDL < 35 mg/dl olması
	Ailesel erken koroner hastalık
	Yüksek açlık kan şekeri
	Safra taşları
	Osteoartrit
	Sigara içmek
	Stres inkontinansı

(Kaynak: Baltacı G. Obezite ve Egzersiz, 1. Basım, Klasmat Matbaacılık, Ankara; 2008.s.7-12.)

LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein

Ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olan, sıklığı gün geçtikçe artan, yaşam kalitesini düşüren obezitenin erken dönemde fark edilerek önlem alınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (55).

2.7.2. GÖRME BOZUKLUKLARI

Emetropi ışınların akomodasyona gerek olmadan gözün kırıcı gücü sayesinde foveada odaklanması ve böylece net görüntünün oluşması olarak tanımlanmaktadır. Çeşitli etiyolojik sebeplerle bu odaklanmanın oluşamamasına ise ametropi ismi verilmektedir (56). Ametropinin üç tipi aşağıdaki gibidir:

2.7.2.1. Miyopi: Göz küresinin beklenenden uzun olması ya da gözün kırıcı gücünün normalden fazla olmasından dolayı göze gelen ışınların retinanın önünde odaklanmasıdır. Bunun sonucunda bireyler uzağı net göremez.

2.7.2.2. Hipermetropi: Gözün kırıcı gücünün az veya göz küresinin normalden kısa olması durumuna verilen isimdir. Göze gelen ışınlar retinanın arkasına odaklanır ve hasta yakını net göremez (57).

2.7.2.3. Astigmatizm: Kornea meridyenlerinin farklı yarıçaplarda olması ve hepsinin birbirinden ayrı ışığı kırma güçlerine sahip olmasından dolayı bir noktanın görüntüsünün nokta olarak değil de çarpık ya da düz bir hat olarak gözükmesidir (58).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünyada 1 milyar insanın görme bozukluğu olduğu bilinmektedir. Görme bozukluğu olan hastalardan ise 123,7 milyonunun refraksiyon kusuru olduğu belirlenmiştir. Tedavi edilmemiş kırma kusurları bireylerin yaşam kalitesini düşüren önemli bir halk sağlığı sorunudur (59).

Gün boyunca yoğun bir şekilde dijital cihaz kullanımı ve buna bağlı dijital ekran maruziyet sürelerinin artması bireylerde yeni bir hastalık olan “dijital göz yorgunluğu sendromu” ya da “bilgisayara bağlı görüş sendromu” olarak adlandırılan bir dizi sağlık sorununa yol açmaktadır (60). İnternet ve bilgisayarla fazla vakit geçiren kullanıcılarda tespit edilen göz yorgunluğu bulanık görme, kızarıklık, kuruluk, yanma, sulanma ve baş ağrısı gibi şikayetlerle karakterizedir (61).

2.7.3. HİPERTANSİYON

Sistolik kan basıncının 140 mmHg'dan ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg'dan yüksek olması ya da hastanın antihipertansif ilaç kullanıyor olması durumu hipertansiyon olarak tanımlanır (62).

Hipertansiyon hastalarının %90'ının içinde yer aldığı esansiyel ya da primer hipertansiyonun etiyolojisinde epigenetik ve genetik faktörler yer almaktadır. Esansiyel hipertansiyona önlenebilir ve değiştirilemez faktörler neden olmaktadır. Aşırı tuz alımı, fazla alkol ve kahve tüketimi, yüksek kalorili beslenme, düşük potasyum alımı gibi beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam tarzı ve stres önlenebilir

risk faktörleri arasında yer almaktadır. Değiştirilemez risk faktörlerine ise ailede hipertansiyon öyküsü olması, ileri yaş ve erkek cinsiyete sahip olmak gibi etmenler örnek gösterilebilir (63).

Hipertansiyon hastalarının %5-10'u kadarını oluşturan sekonder hipertansiyon ise kronik böbrek yetmezliği, primer aldosteronizm, aort koarktasyonu, renovasküler hastalıklar, feokromasitoma, Cushing sendromu, uzun süreli steroid alımı, uyku apnesi gibi başka bir hastalık ya da nedenden dolayı oluşan hipertansiyon türüdür (64).

Hastalığı evrelendirme ve tedavi planını daha iyi belirleyebilmek için bazı hipertansiyon sınıflandırmaları yapılmıştır. Tüm dünyada hipertansiyon sınıflandırması için farklı görüşler olsa da ülkemizde Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu (THURP) baz alınmaktadır. THURP'ta belirtilen hipertansiyon sınıflaması aşağıdaki Tablo 2.3'deki gibidir (65).

Tablo 2.3. Klinik kan basıncı düzeylerine göre hipertansiyon sınıflandırması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış	120-139	ve/veya	80-89
Hipertansiyon	≥ 140	ve/veya	≥90
Evre 1	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2	≥ 160	ve/veya	≥ 100

SKB: Sistolik kan basıncı DKB: Diyastolik kan basıncı

(Kaynak: Erişkinde Hipertansiyon Yönetimi 2020)

Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması'nın 2012 verilerine göre hipertansiyon prevalansı erkeklerde %28,4, kadınlarda ise %32,3 olarak saptanmıştır (66). DSÖ'nün 2015 yılında yaptığı çalışmanın verilerine göre ise dünyada 1,13 milyar insana hipertansiyon tanısı konduğu görülmüştür. Erkeklerde %25, kadınlarda ise %20 oranında hipertansiyon görülmektedir. Çalışma bulgularına göre hipertansiyon tanısı alan her beş kişiden sadece bir tanesinde kan basıncının normal sınırlara düşürülmesi sağlanmıştır. Erken ölümlerin başlıca sebeplerinden biri olan hipertansiyon her yıl 9,4 milyon insanın ölümden sorumludur. HT, kardiyovasküler

hastalığa bağlı ölümlerin %51'ine sebep olduğundan dolayı mortalite açısından önemli bir risk faktörüdür (67).

2.7.4. DİYABETES MELLİTUS

Diyabetes mellitus; insülin sekresyonunda ya da etkisinde veya her ikisinde birden olan bir defekt sonucunda hiperglisemiyle seyreden kronik bir hastalıktır. Diyabet; poliüri, polidipsi, ağız kuruluğu, polifaji ya da iştahsızlık, yara iyileşmesinde gecikme, çabuk yorulma ve halsizlik gibi semptomlarla karşımıza çıkmaktadır (68).

Avrupa'da yapılan bir araştırmanın sonucuna göre 2017 yılında yaklaşık 32,7 milyon yetişkin diyabet tanısı almıştır. Erkek cinsiyetinde 2017 yılı verileri 2000 yılı ile kıyaslandığında; diyabetli hasta sayısının sekiz milyondan 17,1 milyona çıkarak iki kat arttığını göstermiştir. Kadın hastalarda ise bu oran aynı yıllarda 10,3 milyondan 15,6 milyona çıkarak %50'den fazla bir artış gözlenmiştir. Erkeklerde diyabet görülme sıklığının kadınlara göre daha fazla olduğu da bu çalışmanın bulguları arasındadır. Yaşa göre standartlaştırılmış diyabet prevalansı oranları, nüfusun yaşlanması, obezite, fiziksel inaktivite gibi nedenlere bağlı olarak son yıllarda birçok ülkede artış eğilimindedir. Bu oran Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde ortalama % 6'yken Türkiye'de %11,9'dur (69).

DM iki kategoride incelenmektedir; tip 1 diyabette pankreas adacık hücrelerindeki otoimmün hasardan dolayı insülin salınımının gerçekleşmemesi hastalığa neden olarak gösterilmektedir. Daha yaygın görülen tip 2 diyabetin etiyolojisinde ise insülin etkisine direnç ve azalmış doku tepkisi görülmektedir (70).

Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği'nin (TEMED) 2020 yılında yayınlanan DM ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzunda aşikar diyabet tanısı koyabilmek için aşağıdakilerden sadece bir tanesinin olması yeterlidir:

- En az 8 saatlik açlık sonrasında bakılan açlık plazma glikoz seviyesinin 126 mg/dl ve üzerinde olması,
- Besin alımından bağımsız olarak günün herhangi bir saatinde bakılan rastlantısal plazma glikoz seviyesinin 200 mg/dl ve üzerinde olması bununla birlikte diyabet semptomlarının olması,

- 75 g oral glikoz alımı ile yapılan oral glikoz tolerans testinde ikinci saatte ölçülen plazma glikoz seviyesinin 200 mg/dl' den yüksek olması,
- Glikolize hemoglobin (HbA1c) değerinin %6,5 ve üzerinde olması.

Hemoglobinopati, orak hücreli anemi, hemodiyaliz, kanama ve kan transfüzyon öyküsü, eritropoetin tedavisi, gebelik gibi durumlarda HbA1c yerine diğer tanı testleri kullanılmalıdır (71).

2.7.5. DEPRESYON

Depresyon; en az iki hafta süren ve bu dönemde bireylerin kendi ile çevresine ilgisinin azaldığı, hayattan zevk alamadığı, özgüveninin azaldığı, kendisini gün içinde yorgun ve bitkin hissettiği, dikkatinde azalma olduğu ruhsal hastalıklar arasında prevalansın çok yüksek olduğu duygu durum bozukluğu olarak tanımlanır (72).

Majör depresyon tanısı DSM-V tanı ölçütleri ile konulmaktadır. Bu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Çökkün duygu durum; günün büyük bir bölümünü kapsamalı,
- Anhedoni; ilgide azalma, eskiden yapmaktan hoşlanılan aktivitelerden artık zevk alamama,
- Kilo değişimi; istemsiz ve bunun için özel bir çaba harcamadan kilo verme ya da kilo alma (bir ay içinde kilosunun en az %5'i kadar kilo değişimi),
- Uyku değişimi; uykusuzluk, uykuya dalmada zorluk, sık uyanma veya aşırı uyuma,
- Psikomotor ajitasyon,
- Yorgunluk,
- Suçluluk veya değersizlik duyguları,
- Odaklanmada zorluk çekme,
- Tekrarlayan intihar düşüncesi ya da girişimi

Yukarıdaki tanı ölçütlerinden en az beş tanesinin bulunmasıyla tanı konulmaktadır. Bunlardan en az bir tanesi ya çökkün duygu durum ya da anhedoni olmalıdır. Bahsedilen semptomların başka bir patolojiyle açıklanamaması ve hastanın hiç

manik bir dönem geçirmemiş olması da tanı koyarken dikkat edilmesi gereken durumlardır (73).

Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasındadır. Bireyin yaşam kalitesini, çevresiyle olan iletişimini etkilemesi ve kronik hastalıklara eşlik etmesi sebebiyle depresyon önemli bir halk sağlığı sorunudur (74). İnternet bağımlılığının dünyada ve ülkemizde hızlı artışından dolayı bağımlılığa sebep olabilecek etkenler araştırılmaktadır. Depresyonun da internet bağımlılığı oluşumunda önemli bir faktörü olabileceği düşünülmektedir (75). Avrupa’da her yıl 15 kişiden birine majör depresyon tanısı konmakta ve bu hastalık yükü açısından bakıldığında nöropsikiyatrik hastalık sınıfında %15’lik bir oranla üçüncü sırada yer almaktadır (76).

2.7.6. KARŞILAŞILABİLECEK DİĞER SAĞLIK SORUNLARI

İnternet ve dijital cihaz kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artmaktadır. Yapılan çalışmalarla son yıllarda tüm yaş gruplarının internet kullanımında bir artış görölse de özellikle genç popülasyonda daha fazla oranda artış olduğu görülmüştür. Gençler interneti sosyalleşmek için amacıyla daha sık kullanma eğilimindedir fakat bu aşırı kullanım birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Bireylerin dijital cihazlarla giderek artan miktarda zaman harcamasının sonucunda sosyal geri çekilme, kendini ihmal etme, kötü beslenme ve fiziksel inaktivite gibi durumlarla karşılaşmaktadır. İnternet bağımlılığı kronik bir süreçtir ve sonuçları sinsidir. Giderek artan sürelerle uzun dönemde internet kullanımı sonucunda oluşan internet bağımlılığı bireyin yaşamını tüm yönleriyle etkilemektedir. İnternetin gece geç saatlerde uyumadan önce kullanımı uyku verimini düşürerek gün içinde bireyin uykusuz ve yorgun hissetmesine neden olabilmektedir. Bunun sonucu olarak da iş performansını olumsuz etkileyebilir ve iş kaybına neden olabilir. Ayrıca PİK olan kişilerde yaygın olarak öfke sorunları, depresyon ve anksiyete bozuklukları görülmektedir (77, 78).

İnternet bağımlılığı artan kullanım süresine bağlı olarak kronik süreçte ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Çin ve Güney Kore’de aralıksız video oyunu oynanmasının ardından ölümle sonuçlanan vakalar saptanmıştır. Dijital cihazlarla

fazla miktarda geçirilen zamanın beraberinde getirdiği sedanter yaşam tarzı, derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskini artırabilmektedir. Yine sedanter yaşam tarzının sonucunda obezite ve buna bağlı komplikasyonlar gelişmektedir (78).

Sedanter yaşam tarzının oluşumuna zemin hazırladığı kronik hastalıklardan bir diğeri hiperlipidemidir. Hiperlipidemi (HL), ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalık riski açısından önemli bir önlenbilir risk faktörüdür. Türkiye’de erişkin nüfusun yaklaşık %80’inde HL varlığı saptanmıştır. Tip 2 DM ve obezite sıklığının tüm dünyada giderek artması hiperlipidemi sıklığında da artışa sebep olmaktadır (79).

PubMed üzerinden yapılan literatür taraması sonucunda lipit profili ve internet bağımlılığı ilişkisini araştıran bir çalışma bulunamamıştır. İnternet ve diğital cihaz bağımlılığının olumsuz sonucu olarak görölen sedanter yaşam tarzı, uzun vadede dislipidemiye yol açmaktadır. Bu sebeple diğital cihaz bağımlılığının doğrudan olmasa da sebep sonuç ilişkisi içerisinde dolaylı yollardan lipit profilini etkilediğini düşünmekteyiz.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Veri toplama işlemi Ocak 2021-Mart 2021 tarihinde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Aile Hekimliği Kliniğine başvuran hastalar arasından 18 yaşını doldurmuş olan gönüllü katılımcılarla yapılmıştır. TÜİK 2019 verilerine göre ülkemiz nüfusunun %67,8'i erişkin yaş grubundadır. Bu nedenle araştırmanın evrenini $(1800 \times 67.8 / 100 = 1220)$ 1220 kişinin oluşturması hesaplandı. Örneklem büyüklüğü; evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile %95 güven aralığı, %5 örneklem hatası ve %95 istatistiksel güç ile en az 292 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma için belirlenen sürede toplam 306 hastaya ulaşılmıştır. Katılımcıların yazılı izinleri (Ek 1) alındıktan sonra araştırma soruları (Ek 2, 3) katılımcılarla yüz yüze görüşülerek sorulmuştur. Yanıtlarda yanlılık olmaması açısından ve standart bir uygulama sağlanabilmesi için tüm hastalarla aynı araştırmacı görüşmüştür.

3.1. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ

- Katılımcının araştırmaya katılmayı kabul etmesi ve yazılı onay vermesi
- On sekiz yaş ve üzeri olmak
- Araştırma sorularını cevaplamaya engel mental/kognitif hastalığı olmamak şeklindedir.

3.2. ARAŞTIRMADAN HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- On sekiz yaş altı olmak
- Araştırma sorularını cevaplamaya engel mental/kognitif hastalığı olmak şeklindedir.

3.3. DİJİTAL BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

Gençlerde dijital bağımlılık düzeyini ölçmek için tasarlanmış Dijital Bağımlılık Ölçeği, güvenilirlik ve geçerlilik açısından 2015 yılında Irmak ve Aydoğan tarafından test edilmiştir. Güvenilirlik Cronbach's alpha ve test-tekrar test yöntemleri ile belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi Dijital Bağımlılık Ölçeği'nin iyi uyarlanabilir değerlere sahip olduğunu göstermiştir. Ölçüt geçerliği kapsamında

Dijital Bağımlılık Ölçeği ile eş zamanlı uygulanan ölçeklerin de Dijital Bağımlılık Ölçeği ile anlamlı ve pozitif bir ilişki içinde olduğu görülmüştür.

Aşırı kullanım, nüks etme, hayatın akışını engelleme, duygu durum, bırakamama olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Toplamda 19 soru bulunmakta olup cevaplar “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Tamamen Katılıyorum” şeklindedir. Her sorunun cevabı sırasıyla sıfırdan dörde kadar puanlanmıştır (Ek 3).

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak kategorik verilerde sayı ve yüzde; numerik verilerde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum kullanılmıştır. İstatistiksel analizde öncelikle grupların normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorow-Smirnow veya Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Numerik verilerin değerlendirilmesinde parametrik veriler için Student’s T testi; nonparametrik veriler için Mann Whitney U testi; kategorik verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, Fisher testi ve Cochran Q testlerinden uygun olanlar seçilmiştir.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.5. ETİK KURUL ve İZİNLER

Araştırmaya katılan gönüllüler çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onam alınmıştır (Ek 1). Çalışma öncesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Antalya EAH İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu’ndan 10.12.2020 tarih ve 19/25 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma iyi klinik uygulamalar ilkelerine ve Helsinki Bildirgesi’ne uygun olarak yürütülmüştür.

4. BULGULAR

Çalışmaya Aile Hekimliğinde takip edilen toplam 306 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $38,37 \pm 12,73$ yıl olup en küçük yaş 18 ve en büyük yaş 74'tür. Hastaların VKİ ortalaması $25,24 \pm 4,29$ kg/m²'dir. Kronik hastalığı olan 116 hastanın medyan hastalık süresi 6 (min-maks: 1-40) yıl olarak hesaplanmıştır. Görme bozukluğu bulunan hastaların (n=166) medyan görme bozukluğu süresi dokuz (min-maks: 1-50) yıldır. Medyan dijital ürünlere vakit ayırma süresi dört (min-maks: 0-10) yıl olarak hesaplanmıştır.

Hastaların %59,5'i (n=182) kadındır. Hastaların öğrenim durumlarının dağılımı incelendiğinde, 158 hastanın (%51,6) üniversite, 90 hastanın (%29,4) lise, 27 hastanın (%8,8) ortaokul ve 28 hastanın (%9,2) ilkokul mezunu olduğu, iki hastanın (%0,7) okuryazar olduğu ve bir hastanın (%0,3) okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %26,1'i memur, %26,1'i özel sektör çalışanı, %12,7'si ev hanımı, %11,1'i emekli, %8,8'i öğrenci, %7,2'si işçi, 52,9'u esnaf iken %4,9'u işsizdir; 174 hasta (%56,9) evlidir. Hastaların %37,9'unda kronik hastalık olduğu, %10,5'inde HT ve %7,5'inde DM olduğu görülmüştür. Doksan sekiz hastanın (%32) ilaç kullandığı belirlenirken, 33 hastanın (%10,8) antihipertansif ve 22 hastanın (%7,2) antidiyabetik ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yüz sekiz hasta (%35,3) düzenli egzersiz yaptığını belirtmiş ve en sık yapılan egzersizin yürüyüş (%20,9) olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, 27 kişinin (%8,8) düzenli olarak fitness ve 17 kişinin (%5,6) pilates yaptığı gözlenmiştir. Yüz altmış altı hastada (%54,2) görme bozukluğu olduğu görülürken, 108 hastada (%35,3) miyop, 67 hastada (%21,9) hipermetrop ve 43 hastada (%14,1) astigmat olduğu saptanmıştır. Hastaların genel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hasta özellikleri (n=306)

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-maks)
Yaş (yıl)	38,37±12,73	36(18-74)
Boy (cm)	168,65±9,58	168(148-193)
Kilo (kg)	72,05±14,87	70(44-120)
VKİ (kg/m ²)	25,24±4,29	24,87(16-44,44)
Kronik hastalık süresi (yıl)	9,34±8,84	6(1-40)
Görme bozukluğu süresi (yıl)	12,33±10,67	9(1-50)
Dijital yıl	3,98±3,16	4(0-10)
Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	124	40,5
Kadın	182	59,5
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	1	0,3
Okuryazar	2	0,7
İlkokul	28	9,2
Ortaokul	27	8,8
Lise	90	29,4
Üniversite	158	51,6
Meslek		
Ev hanımı	39	12,7
Memur	80	26,1
İşçi	22	7,2
Esnaf	9	2,9
Özel sektör	80	26,1
İşsiz	15	4,9
Emekli	34	11,1
Öğrenci	27	8,8
Medeni durum		
Bekar	132	43,1
Evli	174	56,9
Kronik hastalık	116	37,9
<i>DM</i>	23	7,5
<i>HT</i>	32	10,5
<i>Hipotiroidi</i>	15	4,9
<i>Depresyon</i>	8	2,6
<i>KAH</i>	8	2,6
Kronik hastalık (n=116)		
<i>DM</i>	23	19,8
<i>HT</i>	32	27,6
<i>Hipotiroidi</i>	15	12,9
<i>Depresyon</i>	8	6,9
<i>KAH</i>	8	6,9

Tablo 4.1. Hasta özellikleri (devamı)

Değişkenler	n	%
İlaçlar	98	32,0
Analjezik	6	2,0
Antidiyabetik	22	7,2
Antihipertansif	33	10,8
Antihiperlipidemik	10	3,3
Dispeptik ilacı	10	3,3
Antidepresyon	9	2,9
Tiroid ilacı	11	3,6
İlaçlar (n=98)		
Analjezik	6	6,1
Antidiyabetik	22	22,4
Antihipertansif	33	33,7
Antihiperlipidemik	10	10,2
Dispeptik ilacı	10	10,2
Antidepresyon	9	9,2
Tiroid ilacı	11	11,2
Egzersiz yapma durumu	108	35,3
Yürüyüş	64	20,9
Fitness	27	8,8
Pilates	17	5,6
Yoga	2	0,7
Kardiyo	3	1,0
Görme bozukluğu	166	54,2
Miyop	108	35,3
Hipermetrop	67	21,9
Astigmat	43	14,1
Görme bozukluğu (n=166)		
Miyop	108	65,1
Hipermetrop	67	40,4
Astigmat	43	25,9

Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde sonuçlar şu şekildedir.

Aşırı kullanım alt boyutundaki sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde:

“Yemek yerken aynı zamanda telefon, tablet ya da bilgisayarım ile meşgul olurum” sorusunu hastaların %40,8’inin “Kesinlikle katılmıyorum” ve %20,6’sının “Katılmıyorum” olarak yanıtladığı görülmüştür.

“Gezi, piknik veya arkadaşlarla olduğum sosyal ortamlarda sürekli dijital araçlarına (cep telefonu ya da tablet) bakarım” sorusunu hastaların %26,5’i “Kesinlikle katılmıyorum” ve %30,4’ü “Katılmıyorum” olarak cevaplamıştır.

“Dijital araçları amacı dışında aşırı bir şekilde kullanıyorum” sorusunu hastaların %34,3’ü “Kesinlikle katılmıyorum” ve %33’ü “Katılmıyorum” olarak yanıtlamıştır.

“Bir işe uğraşırken kendimi dijital araçlarımı kontrol ederken buluyorum” sorusunda hastaların %32,4’ü kesinlikle katılmadığını ve %28,8’i katılmadığını bildirmiştir.

“Dikkat gerektiren işleri yaparken bile telefon, tablet gibi dijital araçlarla uğraşırım” sorusuna hastaların %49’u kesinlikle katılmadığını ve %26,5’i ise katılmadığını belirtmiştir.

Hastaların nüks etme alt boyutundaki sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde:

“Dijital araçları kullanma süresi konusunda kendimi kontrol edemiyorum” sorusunu hastaların %42,2’si “Kesinlikle katılmıyorum” ve %26,5’i “Katılmıyorum” olarak işaretlemiştir.

“Dijital araçlarla harcadığım zamanı kıstamak için başarısız çabalarım oldu” sorusuna hastaların %45,8’i “Kesinlikle katılmıyorum” ve %27,8’i “Katılmıyorum” olarak yanıt vermiştir.

“Dijital araçlarla harcadığım zamanı azaltamıyorum” sorusuna hastaların %44,8’i kesinlikle katılmadığını ve %30,4’ü katılmadığını belirtmiştir.

Hastaların hayatın akışını engelleme alt boyutundaki sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde:

“Dijital araçlar ev ve okul ile ilgili sorumluluklarımı yerine getirmemi engelliyor” sorusunu hastaların büyük bir çoğunluğu “Kesinlikle katılmıyorum” (%53,9) ve “Katılmıyorum” (%32) olarak yanıtladığı saptanmıştır.

Benzer olarak, “Dijital araçlarla çok vakit harcadığımdan dolayı birçok fırsatı kaçırdığım olmuştur” sorusunda da hastalar daha çok kesinlikle katılmadığını (%50,7) veya katılmadığını (%33,7) belirtmiştir.

“Dijital araçlar ev ve okul ile ilgili sorumluluklarımı yerine getirmemi engelliyor” sorusunu hastaların %47,1’i “Kesinlikle katılmıyorum” ve %35,9’u “Katılmıyorum” olarak işaretlemiştir.

“Dijital araçları kullanmam nedeniyle üretkenliğimin azaldığını hissediyorum.” sorusunda hastaların %41,2’si kesinlikle katılmadığını ve %30,4’ü katılmadığını bildirmiştir.

Hastaların duygu durum alt boyutundaki sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde:

“Dijital araçlarla vakit geçirirken bana herhangi bir iş verilmesi beni öfkeliendirir” sorusunu hastaların %46,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” ve %33,3’ü “Katılmıyorum” olarak işaretlemiştir.

“Dijital araçları kullanamayacağım ortamlar beni sıkıyor” sorusuna hastaların %42,2’si “Kesinlikle katılmıyorum” ve %31’i “Katılmıyorum” olarak yanıt vermiştir.

Hastaların büyük bir kısmı “Sahip olduğum dijital uzun süre kullanmadığımda kendimi çok mutsuz ve sinirli hissedirim” sorusuna kesinlikle katılmadığını (%50) veya katılmadığını (%28,4) belirtmiştir.

“Dijital araçlarla vakit geçirirken kendimi çok mutlu hissediyorum” sorusuna hastaların %24,2’si “Kararsızım”, %21,6’sı “Katılıyorum” olarak cevaplarırken, %28,1’i kesinlikle katılmadığını ve %20,9’u katılmadığını belirtmiştir.

Bırakamama alt boyutunda genel olarak “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” olarak yanıt verenlerin oranının daha yüksek olduğu görülmektedir:

“Sahip olduğum dijital araçların bozulması veya kaybolması beni huzursuz eder” sorusuna hastaların %35,9’u katıldığını ve %26,8’i kesinlikle katıldığını bildirmiştir.

“Kısa süreliğine bile olsa evden ayrıldığımda telefon/tablet gibi dijital araçları yanıma almak isterim” sorusunu hastaların %30,8’si “Katılıyorum” olarak işaretlerken %32,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” olarak işaretlemiştir.

“Akıllı telefon ve tablet gibi dijital araçları yatarken yanımda bulunduruyorum” sorusuna hastaların büyük bir bölümü “Katılıyorum” (%33) veya “Kesinlikle katılıyorum” (%29,4) olarak cevaplamıştır.

Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların frekans ve yüzdeleri Tablo 4.2.’de sunulmuştur.



Tablo 4.2. Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

Boyutlar	Ölçek maddeleri, n (%)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Aşırı Kullanım	1. Yemek yerken aynı zamanda telefon, tablet ya da bilgisayarımla meşgul olurum.	125(40,8)	63(20,6)	17(5,6)	67(21,9)	34(11,1)
	2. Gezi, piknik veya arkadaşlarla olduğum sosyal ortamlarda sürekli dijital araçlarına (cep telefonu ya da tablet) bakarım.	81(26,5)	93(30,4)	49(16)	63(20,6)	20(6,5)
	3. Dijital araçları amacı dışında aşırı bir şekilde kullanıyorum.	105(34,3)	101(33)	43(14,1)	45(14,7)	12(3,9)
	4. Bir işe uğraşırken kendimi dijital araçlarımı kontrol ederken buluyorum.	99(32,4)	88(28,8)	47(15,4)	54(17,6)	18(5,9)
	5. Dikkat gerektiren işleri yaparken bile telefon, tablet gibi dijital araçlarla uğraşırım.	150(49)	103(33,7)	20(6,5)	22(7,2)	11(3,6)
Nüks Etme	6. Dijital araçları kullanma süresi konusunda kendimi kontrol edemiyorum.	129(42,2)	81(26,5)	37(12,1)	42(13,7)	17(5,6)
	7. Dijital araçlarla harcadığım zamanı kıstak için başarısız çabalarım oldu.	140(45,8)	85(27,8)	35(11,4)	36(11,8)	10(3,3)
	8. Dijital araçlarla harcadığım zamanı azaltamıyorum.	137(44,8)	93(30,4)	23(7,5)	39(12,7)	14(4,6)
Hayatın Akışını Engelleme	9. Dijital araçlar ev ve okul ile ilgili sorumluluklarımı yerine getirmemi engelliyor.	165(53,9)	98(32)	21(6,9)	15(4,9)	7(2,3)
	10. Dijital araçlarla çok vakit harcadığımdan dolayı birçok fırsatı kaçırdığım olmuştur.	155(50,7)	103(33,7)	18(5,9)	23(7,5)	7(2,3)
	11. Dijital araçlarla uğraştığım zaman çevremde olup bitenden haberim olmaz.	144(47,1)	110(35,9)	33(10,8)	17(5,6)	2(0,7)
	12. Dijital araçları kullanmam nedeniyle üretkenliğimin azaldığını hissediyorum.	126(41,2)	93(30,4)	30(9,8)	41(13,4)	16(5,2)

Tablo 4.2. Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (devamı)

Boyutlar	Ölçek maddeleri, n (%)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Duygu Durum	13. Dijital araçlarla vakit geçirirken bana herhangi bir iş verilmesi beni öfkeliendirir.	142(46,4)	102(33,3)	23(7,5)	32(10,5)	7(2,3)
	14. Dijital araçları kullanamayacağım ortamlar beni sıkır.	129(42,2)	95(31)	36(11,8)	37(12,1)	9(2,9)
	15. Sahip olduğum dijital uzun süre kullanmadığımda kendimi çok mutsuz ve sinirli hissederim.	153(50)	87(28,4)	35(11,4)	26(8,5)	5(1,6)
	16. Dijital araçlarla vakit geçirirken kendimi çok mutlu hissediyorum.	86(28,1)	64(20,9)	74(24,2)	66(21,6)	16(5,2)
Bırakamama	17. Sahip olduğum dijital araçların bozulması veya kaybolması beni huzursuz eder.	40(13,1)	43(14,1)	31(10,1)	110(35,9)	82(26,8)
	18. Kısa süreliğine bile olsa evden ayrıldığımda telefon/tablet gibi dijital araçları yanıma almak isterim.	39(12,7)	46(15)	28(9,2)	94(30,7)	99(32,4)
	19. Akıllı telefon ve tablet gibi dijital araçları yataırken yanımda bulunduruyorum.	57(18,6)	37(12,1)	21(6,9)	101(33)	90(29,4)

Hastaların ortalama Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi $32,2 \pm 18,08$, en düşük puan yüzdesi 0 ve en yüksek puan yüzdesi 86,46'dır. Dijital Bağımlılık Ölçeği için Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,903 olarak hesaplanmıştır. Aşırı Kullanım alt boyutu puan yüzdesi ortalaması $31,58 \pm 23,63$, nüks etme alt boyutu ortalaması $26,15 \pm 26,17$, hayatın akışını engelleme alt boyutu ortalaması $20,92 \pm 19,72$, duygu durum alt boyutu ortalaması $26,86 \pm 21,2$ ve bırakamama alt boyutu ortalaması $61,98 \pm 26,38$ 'dir. En yüksek puan yüzdesi ortalamasının bırakamama alt boyutunda olduğu görülmektedir. Alt boyutlara ait güvenirlik katsayıları 0,606 ile 0,841 aralığında değişmektedir. Dijital Bağımlılık Ölçek ve alt boyut puan yüzdeslerine ait tanımlayıcı istatistikler ve güvenirlik katsayıları Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek ve alt ölçek puan yüzdelерinin dağılımı

	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum	Cronbach's alpha
Aşırı kullanım yüzdesi	31,58	23,63	0	100	0,809
Nüks etme yüzdesi	26,15	26,17	0	99,6	0,841
Hayatın akışını engelleme yüzdesi	20,92	19,72	0	93,75	0,763
Duygu durum yüzdesi	26,86	21,2	0	81,25	0,744
Bırakamama yüzdesi	61,98	26,38	0	99,6	0,606
Toplam ölçek yüzdesi	32,2	18,08	0	86,46	0,903

Cinsiyet ($p=0,103$), hipotiroidi ($p=0,284$) ve egzersiz yapma ($p=0,170$) ile Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. VKİ değeri 25 altı olan hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İlkokul mezunu hastaların toplam ölçek puan yüzdeleri ortaokul, lise ve üniversite mezunu hastalara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Bekar hastaların toplam ölçek puan yüzdelерinin evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan bireylerde toplam ölçek puan yüzdesi olmayanlara göre anlamlı daha düşük izlenmiştir ($p<0,001$). Benzer olarak, DM ($p<0,001$), HT ($p=0,010$) ve KAH ($p=0,021$) olan hastalarda toplam ölçek puan yüzdesi daha düşüktür. Depresyon olan hastalarda toplam ölçek puan yüzdesi daha düşük olup anlamlı bulunmamıştır ($p=0,056$). İlaç kullanan hastaların toplam ölçek puan yüzdesi kullanmayanlara göre daha düşük tespit edilmiştir ($p<0,001$). Görme bozukluğu olan hastaların toplam ölçek puan yüzdelерinin daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Görme bozukluklarından miyop olma durumu ile toplam ölçek puan yüzdesi ilişkili bulunmazken ($p=0,628$), hipermetrop olan hastalarda toplam ölçek puan yüzdesinin daha düşük ($p<0,001$) ve astigmat olan hastalarda toplam ölçek puan yüzdesinin istatistiksel olarak daha yüksek ($p=0,029$) olduğu belirlenmiştir. Hastaların genel özelliklerine göre Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi Tablo4.4.'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.4. Hasta özelliklerine göre toplam Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi

	Değişkenler	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	p
Cinsiyet	Erkek	124	34,33±18,62	32,75(0-86,46)	Z=-1,630	0,103
	Kadın	182	30,74±17,6	32,1(0-78,6)		
Vücut kitle indeksi	<25	157	36,44±17,64	35,37(0-86,46) ^a	KWH=19,964	<0,001
	25-29,9	117	28,72±17,69	27,51(0-78,6) ^b		
	≥30	32	24,11±16,53	19,65(0-66,81) ^b		
Öğrenim durumu	İlkokul	31	15,89±11,84	13,1(0-41,92) ^a	KWH=34,864	<0,001
	Ortaokul	27	27,51±18,84	20,96(0-70,74) ^b		
	Lise	90	33,57±17,21	34,06(0-74,67) ^b		
	Üniversite	158	35,42±17,71	34,72(0-86,46) ^b		
Medeni durum	Bekar	132	38,12±17,52	39,3(0-78,6)	Z=-5,264	<0,001
	Evli	174	27,71±17,22	26,86(0-86,46)		
Kronik hastalık	Yok	190	35,63±17,82	35,37(0-86,46)	Z=-2,460	<0,001
	Var	116	26,58±17,14	27,51(0-68,12)		
Diyabetes mellitus	Yok	283	33,27±18	32,75(0-86,46)	Z=-3,638	<0,001
	Var	23	18,97±13,39	17,03(0-43,23)		
Hipertansiyon	Yok	274	33,14±18,02	32,75(0-86,46)	Z=-2,578	0,010
	Var	32	24,15±16,76	22,27(0-56,33)		
Hipotiroidi	Yok	291	32,46±18,26	32,75(0-86,46)	Z=-1,072	0,284
	Var	15	27,07±13,41	28,82(6,55-48,47)		
Depresyon	Yok	298	32,53±18,03	32,75(0-86,46)	Z=-1,912	0,056
	Var	8	19,81±16,35	15,72(2,62-47,16)		
Koroner arter hastalığı	Yok	298	32,61±17,95	32,75(0-86,46)	Z=-2,301	0,021
	Var	8	16,7±16,93	13,76(0-40,61)		
İlaç kullanımı	Yok	208	35,49±17,91	34,06(0-86,46)	Z=-4,622	<0,001
	Var	98	25,21±16,44	22,27(0-68,12)		
Egzersiz yapma durumu	Hayır	198	33,21±17,92	32,75(0-86,46)	Z=-1,371	0,170
	Evet	108	30,35±18,31	31,44(0-78,6)		
Görme bozukluğu	Yok	140	36,78±17,42	35,37(0-86,46)	Z=-4,128	<0,001
	Var	166	28,33±17,77	27,51(0-78,6)		
Miyop	Yok	198	32,66±18,32	32,75(0-86,46)	Z=-0,484	0,628
	Var	108	31,36±17,67	31,44(0-77,29)		
Hipermetrop	Yok	239	35,17±17,29	34,06(0-86,46)	Z=-5,760	<0,001
	Var	67	21,61±16,91	14,41(0-78,6)		
Astigmat	Yok	263	31,27±17,81	31,44(0-86,46)	Z=2,185	0,029
	Var	43	37,87±18,89	35,37(0-78,6)		

Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu durumlarda farklı küçük harf ile gösterilmiştir.

Hastalarda hipotiroidi olması ($p=0,163$) ve egzersiz yapma durumuna ($p=0,112$) göre aşırı kullanım alt boyut puan yüzdeleri istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Erkek hastalarda Aşırı kullanım puan yüzdesi daha yüksek izlenmiştir ($p=0,009$). VKİ değeri 25 altı olan hastaların aşırı kullanım puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). İlkokul mezunu hastaların aşırı kullanım puan yüzdeleri ortaokul, lise ve üniversite mezunu hastalara göre, ortaokul mezunu hastaların puan yüzdeleri üniversite mezunu hastalara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Bekar hastaların aşırı kullanım puan yüzdelерinin evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan bireylerde Aşırı kullanım puan yüzdesi hastalığı olmayanlara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Aynı şekilde, DM ($p<0,001$), HT ($p=0,036$), depresyon ($p=0,043$) ve KAH ($p=0,026$) olan hastalarda Aşırı Kullanım puan yüzdesi daha düşük bulunmuştur. İlaç kullanan hastaların aşırı kullanım puan yüzdesinin kullanmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Görme bozukluğu olan hastaların aşırı kullanım puan yüzdelерinin olmayanlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Görme bozukluklarından miyop olma durumuna göre aşırı kullanım puan yüzdeleri açısından anlamlı fark gözlenmezken ($p=0,889$), hipermetrop olan hastalarda puan yüzdesinin daha düşük olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir. Astigmatı olan hastaların aşırı kullanım puan yüzdeleri olmayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,051$). Hastaların genel özelliklerine göre aşırı kullanım alt boyut puan yüzdesi Tablo 4.5.'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.5. Hasta özelliklerine göre aşırı kullanım puan yüzdesi

Değişkenler		n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	p
Cinsiyet	Erkek	124	35,69±24,25	35(0-100)	Z=-2,595	0,009
	Kadın	182	28,79±22,85	25(0-100)		
Vücut kitle indeksi	<25	157	36,05±22,67	35(0-100) ^a	KWH=13,986	0,001
	25-29,9	117	27,52±23,38	25(0-80) ^b		
	≥30	32	24,53±25,47	15(0-75) ^b		
Öğrenim durumu	İlkokul	31	10,16±15,08	0(0-65) ^a	KWH=43,526	<0,001
	Ortaokul	27	23,89±22,72	20(0-85) ^b		
	Lise	90	31,06±21,31	30(0-85) ^{b,c}		
	Üniversite	158	37,41±23,74	35(0-100) ^c		
Medeni durum	Bekar	132	39,7±23,37	40(0-100)	Z=-5,305	<0,001
	Evli	174	25,43±21,98	25(0-100)		
Kronik hastalık	Yok	190	35,32±22,8	35(0-100)	Z=-3,828	<0,001
	Var	116	25,47±23,8	20(0-85)		
Diyabetes mellitus	Yok	283	32,88±23,52	30(0-100)	Z=-3,531	<0,001
	Var	23	15,65±19,15	10(0-65)		
Hipertansiyon	Yok	274	32,48±23,57	30(0-100)	Z=-2,093	0,036
	Var	32	23,91±23,13	20(0-85)		
Hipotiroidi	Yok	291	32,04±23,84	30(0-100)	Z=-1,396	0,163
	Var	15	22,67±17,41	20(0-50)		
Depresyon	Yok	298	32±23,53	30(0-100)	Z=-2,019	0,043
	Var	8	16,25±23,72	2,5(0-60)		
Koroner arter hastalığı	Yok	298	32,06±23,65	30(0-100)	Z=-2,220	0,026
	Var	8	13,75±15,06	10(0-35)		
İlaç kullanımı	Yok	208	35,53±23,2	35(0-100)	Z=-4,446	<0,001
	Var	98	23,21±22,44	15(0-75)		
Egzersiz yapma durumu	Hayır	198	33,03±23,55	30(0-100)	Z=-1,589	0,112
	Evet	108	28,94±23,66	25(0-100)		
Görme bozukluğu	Yok	140	36,36±21,87	35(0-100)	Z=-3,584	<0,001
	Var	166	27,56±24,37	25(0-100)		
Miyop	Yok	198	31,69±23,16	30(0-100)	Z=-0,139	0,889
	Var	108	31,39±24,58	30(0-90)		
Hipermetrop	Yok	239	35,67±22,44	35(0-100)	Z=-6,391	<0,001
	Var	67	17,01±22,11	10(0-100)		
Astigmat	Yok	263	30,29±22,71	30(0-100)	Z=1,955	0,051
	Var	43	39,53±27,62	35(0-100)		

Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu durumlarda farklı küçük harf ile gösterilmiştir.

Erkek hastalarda nüks etme puan yüzdesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,040$). VKİ değeri 25 altı olan hastaların nüks etme puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İlkokul mezunu hastaların nüks etme puan yüzdeleri lise ve üniversite mezunu hastalara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Bekar hastaların nüks etme puan yüzdelerinin evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan bireylerde nüks etme puan yüzdesi hastalığı olmayanlara göre anlamlı daha düşüktür ($p=0,001$). Benzer olarak, DM ($p=0,001$) ve HT ($p=0,047$) olan hastalarda nüks etme puan yüzdesi daha düşük bulunmuştur. Hipotiroidi ($p=0,086$), depresyon ($p=0,054$) ve KAH ($p=0,095$) olan hastalarda nüks etme puan yüzdesi daha düşük gözlenirse de anlamlı bulunmamıştır. İlaç kullanan hastaların nüks etme puan yüzdesi kullanmayanlara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Egzersiz yapma durumu ile nüks etme puan yüzdesi ilişkili bulunmamıştır ($p=0,607$). Görme bozukluğu olan hastaların nüks etme puan yüzdelerinin olmayanlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0,001$). Miyop olma durumu ile nüks etme puan yüzdeleri ilişkili bulunmazken ($p=0,563$), hipermetrop olan hastalarda puan yüzdesinin daha düşük olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Astigmatı olan hastaların nüks etme puan yüzdeleri olmayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,063$). Hastaların genel özelliklerine göre nüks etme alt boyut puan yüzdesi Tablo 4.6.'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.6. Hasta özelliklerine göre nüks etme puan yüzdesi

Değişkenler		n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	p
Cinsiyet	Erkek	124	29,79±26,96	24,9(0-99,6)	Z=-2,050	0,040
	Kadın	182	23,67±25,38	16,6(0-99,6)		
Vücut kitle indeksi	<25	157	31,93±26,08	24,9(0-99,6) ^a	KWH=22,232	<0,001
	25-29,9	117	21,78±25,69	8,3(0-99,6) ^b		
	≥30	32	13,75±21,04	0(0-66,4) ^b		
Öğrenim durumu	İlkokul	31	8,84±15,59	0(0-49,8) ^a	KWH=23,230	<0,001
	Ortaokul	27	18,14±24,69	8,3(0-83) ^{a,b}		
	Lise	90	28,22±26,77	24,9(0-99,6) ^b		
	Üniversite	158	29,73±26,28	24,9(0-99,6) ^b		
Medeni durum	Bekar	132	32,76±27,18	24,9(0-99,6)	Z=-3,976	<0,001
	Evli	174	21,13±24,27	16,6(0-99,6)		
Kronik hastalık	Yok	190	30,14±27,18	24,9(0-99,6)	Z=-3,446	0,001
	Var	116	19,61±23,07	16,6(0-91,3)		
Diyabetes mellitus	Yok	283	27,39±26,2	24,9(0-99,6)	Z=-3,364	0,001
	Var	23	10,83±20,7	0(0-91,3)		
Hipertansiyon	Yok	274	27,11±26,29	24,9(0-99,6)	Z=-1,989	0,047
	Var	32	17,9±23,86	8,3(0-83)		
Hipotiroidi	Yok	291	26,7±26,28	24,9(0-99,6)	Z=-1,715	0,086
	Var	15	15,49±21,93	0(0-74,7)		
Depresyon	Yok	298	26,6±26,26	24,9(0-99,6)	Z=-1,929	0,054
	Var	8	9,34±15,65	0(0-41,5)		
Koroner arter hastalığı	Yok	298	26,49±26,12	24,9(0-99,6)	Z=-1,671	0,095
	Var	8	13,49±26,22	0(0-74,7)		
İlaç kullanımı	Yok	208	29,65±26,84	24,9(0-99,6)	Z=-3,591	<0,001
	Var	98	18,72±23,09	8,3(0-91,3)		
Egzersiz yapma durumu	Hayır	198	26,74±26,59	24,9(0-99,6)	Z=-0,514	0,607
	Evet	108	25,05±25,45	24,9(0-99,6)		
Görme bozukluğu	Yok	140	31,07±26,67	24,9(0-99,6)	Z=-3,182	0,001
	Var	166	22±25,07	16,6(0-99,6)		
Miyop	Yok	198	26,66±26,04	24,9(0-99,6)	Z=-0,578	0,563
	Var	108	25,21±26,49	20,75(0-99,6)		
Hipermetrop	Yok	239	29,41±26,28	24,9(0-99,6)	Z=-4,565	<0,001
	Var	67	14,49±22,31	0(0-83)		
Astigmat	Yok	263	25,03±25,79	24,9(0-99,6)	Z=1,863	0,063
	Var	43	33,01±27,68	24,9(0-99,6)		

Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu durumlarda farklı küçük harf ile gösterilmiştir.

Erkek hastalarda hayatın akışını engelleme puan yüzdesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,013$). VKİ değeri 25 altı olan hastaların hayatın akışını engelleme puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). İlkokul ve ortaokul mezunu hastaların hayatın akışını engelleme puan yüzdeleri lise ve üniversite mezunu hastalara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Bekar hastaların hayatın akışını engelleme puan yüzdelerinin evli olan hastalara göre anlamlı daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,007$). Kronik hastalık ($p=0,002$) ve DM ($p=0,025$) olan kişilerde hayatın akışını engelleme puan yüzdesi olmayanlara göre anlamlı daha düşüktür. HT ($p=0,248$), Hipotiroidi ($p=0,582$), depresyon ($p=0,115$) ve KAH ($p=0,448$) olma durumuna göre hayatın akışını engelleme puan yüzdesi açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. İlaç kullanan hastaların hayatın akışını engelleme puan yüzdesi kullanmayanlara göre anlamlı daha düşüktür ($p=0,002$). Egzersiz yapma durumu ile hayatın akışını engelleme puan yüzdesi ilişkili bulunmamıştır ($p=0,143$). Görme bozukluğu olan hastaların hayatın akışını engelleme puan yüzdelerinin olmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Miyop ($p=0,520$) ve astigmat ($p=0,165$) olma durumu ile hayatın akışını engelleme puan yüzdesi ilişkili bulunmazken, hipermetrop olan hastalarda puan yüzdesinin daha düşük olduğu ($p<0,001$) izlenmiştir. Hastaların genel özelliklerine göre hayatın akışını engelleme alt boyut puan yüzdesi Tablo 4.7.'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.7. Hasta özelliklerine göre hayatın akışını engelleme puan yüzdesi

Değişkenler		n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	p
Cinsiyet	Erkek	124	23,99±19,91	25(0-93,75)	Z=-2,481	0,013
	Kadın	182	18,82±19,37	12,5(0-68,75)		
Vücut kitle indeksi	<25	157	24,88±20,47	25(0-93,75) ^a	KWH=13,896	0,001
	25-29,9	117	17,2±18,59	12,5(0-68,75) ^b		
	≥30	32	15,04±16,1	12,5(0-56,25) ^b		
Öğrenim durumu	İlkokul	31	8,67±13,18	0(0-43,75) ^a	KWH=22,928	<0,001
	Ortaokul	27	14,81±21,66	6,25(0-93,75) ^a		
	Lise	90	23,13±19,44	25(0-75) ^b		
	Üniversite	158	23,1±19,67	25(0-81,25) ^b		
Medeni durum	Bekar	132	24,53±20,97	25(0-93,75)	Z=-2,715	0,007
	Evli	174	18,18±18,31	12,5(0-81,25)		
Kronik hastalık	Yok	190	23,72±20,64	25(0-93,75)	Z=-3,167	0,002
	Var	116	16,33±17,25	12,5(0-68,75)		
Diyabetes mellitus	Yok	283	21,64±19,98	18,75(0-93,75)	Z=-2,240	0,025
	Var	23	11,96±13,58	6,25(0-43,75)		
Hipertansiyon	Yok	274	21,46±20,13	18,75(0-93,75)	Z=-1,155	0,248
	Var	32	16,21±15,22	12,5(0-50)		
Hipotiroidi	Yok	291	20,96±19,46	18,75(0-93,75)	Z=-0,550	0,582
	Var	15	20±25,02	6,25(0-68,75)		
Depresyon	Yok	298	21,18±19,77	18,75(0-93,75)	Z=-1,575	0,115
	Var	8	10,94±15,58	0(0-37,5)		
Koroner arter hastalığı	Yok	298	21,06±19,78	18,75(0-93,75)	Z=-0,759	0,448
	Var	8	15,63±17,68	12,5(0-43,75)		
İlaç kullanımı	Yok	208	23,32±20,31	21,88(0-93,75)	Z=-3,146	0,002
	Var	98	15,82±17,45	12,5(0-68,75)		
Egzersiz yapma durumu	Hayır	198	22±19,79	18,75(0-93,75)	Z=-1,464	0,143
	Evet	108	18,92±19,53	18,75(0-75)		
Görme bozukluğu	Yok	140	25,67±20,95	25(0-93,75)	Z=-3,717	<0,001
	Var	166	16,91±17,72	12,5(0-68,75)		
Miyop	Yok	198	21,81±20,62	18,75(0-93,75)	Z=-0,643	0,520
	Var	108	19,27±17,95	18,75(0-68,75)		
Hipermetrop	Yok	239	23,43±19,95	25(0-93,75)	Z=-4,503	<0,001
	Var	67	11,94±16,05	6,25(0-62,5)		
Astigmat	Yok	263	20,39±19,74	18,75(0-93,75)	Z=1,387	0,165
	Var	43	24,13±19,56	25(0-68,75)		

Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu durumlarda farklı küçük harf ile gösterilmiştir.

Cinsiyet ($p=0,281$), HT ($p=0,114$), hipotiroidi ($p=0,347$), depresyon ($p=0,516$) ve egzersiz yapma durumu ($p=0,179$) ile duygu durum puan yüzdesi ilişkili bulunmamıştır. VKİ değeri 25 altı olan hastaların duygu durum puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,015$). İlkokul mezunu hastaların duygu durum puan yüzdeleri lise ve üniversite mezunu hastalara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Bekar hastaların duygu durum puan yüzdelerinin evli olan hastalara göre anlamlı daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$). Kronik hastalık ($p=0,001$) ve DM ($p=0,013$) olan hastalarda duygu durum puan yüzdesi olmayanlara göre anlamlı daha düşük bulunmuştur. KAH olan hastalarda duygu durum puan yüzdesi daha düşük olup anlamlı bulunmamıştır ($p=0,080$). İlaç kullanan hastaların duygu durum puan yüzdesi kullanmayanlara göre anlamlı daha düşüktür ($p<0,001$). Görme bozukluğu olan hastaların duygu durum puan yüzdelerinin olmayanlara göre anlamlı daha düşüktür ($p=0,003$). Miyop olma durumu ile duygu durum puan yüzdesinin ilişkili olmadığı ($p=0,520$), hipermetrop olan hastalarda duygu durum puan yüzdesinin daha düşük olduğu ($p=0,001$) izlenmiştir. Astigmatı olan hastaların duygu durum puan yüzdeleri olmayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,086$). Hastaların genel özelliklerine göre duygu durum alt boyut puan yüzdesi Tablo 4.8.'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.8. Hasta özelliklerine göre duygu durum puan yüzdesi

Değişkenler		n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	p
Cinsiyet	Erkek	124	28,58±22	25(0-75)	Z=-1,078	0,281
	Kadın	182	25,69±20,62	25(0-81,25)		
Vücut kitle indeksi	<25	157	30,1±21,1	31,25(0-81,25) ^a	KWH=8,365	0,015
	25-29,9	117	24,09±21,65	25(0-81,25) ^b		
	≥30	32	21,09±17,66	18,75(0-75) ^b		
Öğrenim durumu	İlkokul	31	11,49±15,65	0(0-43,75) ^a	KWH=23,309	<0,001
	Ortaokul	27	23,61±23,98	18,75(0-75) ^{a,b}		
	Lise	90	27,78±21,79	25(0-81,25) ^b		
	Üniversite	158	29,91±20,09	31,25(0-81,25) ^b		
Medeni durum	Bekar	132	30,59±20,14	31,25(0-81,25)	Z=-3,009	0,003
	Evli	174	24,03±21,6	25(0-81,25)		
Kronik hastalık	Yok	190	30,2±21,84	31,25(0-81,25)	Z=-3,431	0,001
	Var	116	21,39±18,96	18,75(0-81,25)		
Diyabetes mellitus	Yok	283	27,69±21,23	25(0-81,25)	Z=-2,476	0,013
	Var	23	16,58±18,33	12,5(0-56,25)		
Hipertansiyon	Yok	274	27,58±21,35	25(0-81,25)	Z=-1,581	0,114
	Var	32	20,7±19,08	18,75(0-56,25)		
Hipotiroidi	Yok	291	27,15±21,39	25(0-81,25)	Z=-0,940	0,347
	Var	15	21,25±16,84	25(0-50)		
Depresyon	Yok	298	26,97±21,19	25(0-81,25)	Z=-0,650	0,516
	Var	8	22,66±22,64	21,88(0-62,5)		
Koroner arter hastalığı	Yok	298	27,2±21,19	25(0-81,25)	Z=-1,753	0,080
	Var	8	14,06±18,53	3,13(0-43,75)		
İlaç kullanımı	Yok	208	30,02±21,59	31,25(0-81,25)	Z=-3,828	<0,001
	Var	98	20,15±18,75	18,75(0-81,25)		
Egzersiz yapma durumu	Hayır	198	28,12±21,65	25(0-81,25)	Z=-1,345	0,179
	Evet	108	24,54±20,25	25(0-75)		
Görme bozukluğu	Yok	140	30,98±21,98	31,25(0-81,25)	Z=-2,988	0,003
	Var	166	23,38±19,93	18,75(0-75)		
Miyop	Yok	198	27,37±21,75	25(0-81,25)	Z=-0,376	0,707
	Var	108	25,93±20,22	25(0-75)		
Hipermetrop	Yok	239	28,9±20,86	31,25(0-81,25)	Z=-3,441	0,001
	Var	67	19,59±20,98	12,5(0-75)		
Astigmat	Yok	263	26±20,93	25(0-81,25)	Z=1,714	0,086
	Var	43	32,12±22,31	31,25(0-75)		

Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu durumlarda farklı küçük harf ile gösterilmiştir.

Cinsiyet ($p=0,110$), hipotiroidi ($p=0,968$) ve egzersiz yapma durumu ($p=0,933$) ile bırakamama puan yüzdesi ilişkili bulunmamıştır. VKİ değeri 25 altı olan hastaların bırakamama puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). İlkokul mezunu hastaların bırakamama puan yüzdeleri ortaokul, lise ve üniversite mezunu hastalara göre anlamlı daha düşüktür ($p=0,031$). Bekar hastaların bırakamama puan yüzdelерinin evli olan hastalara göre anlamlı daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Kronik hastalık ($p=0,007$), DM ($p=0,008$), HT ($p=0,001$) ve KAH ($p=0,008$) olan hastalarda bırakamama puan yüzdesi olmayanlara göre anlamlı daha düşük belirlenmiştir. Depresyon olan hastalarda bırakamama puan yüzdesi daha düşük olup anlamlı bulunmamıştır ($p=0,055$). İlaç kullanan hastaların bırakamama puan yüzdesi kullanmayanlara göre anlamlı daha düşüktür ($p=0,001$). Görme bozukluğu olan hastaların bırakamama puan yüzdelерinin olmayanlara göre anlamlı daha düşük izlenmiştir ($p=0,004$). Miyop ($p=0,600$) ve astigmat ($p=0,222$) olma durumu ile bırakamama puan yüzdesinin ilişkili olmadığı görülürken, hipermetrop olan hastalarda bırakamama puan yüzdesinin daha düşük olduğu ($p=0,001$) gözlenmiştir. Hastaların genel özelliklerine göre bırakamama alt boyut puan yüzdesi Tablo 4.9.'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.9. Hasta özelliklerine göre bırakamama puan yüzdesi

Değişkenler		n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	p
Cinsiyet	Erkek	124	58,7±28,11	58,1(0-99,6)	Z=1,598	0,110
	Kadın	182	64,21±24,98	66,4(0-99,6)		
Vücut kitle indeksi	<25	157	66,08±26,4	74,7(0-99,6) ^a	KWH=13,467	0,001
	25-29,9	117	59,66±25,81	66,4(0-99,6) ^b		
	≥30	32	50,32±24,58	58,1(0-91,3) ^b		
Öğrenim durumu	İlkokul	31	48,19±29,57	49,8(0-99,6) ^a	KWH=8,851	0,031
	Ortaokul	27	65,48±28,32	74,7(0-99,6) ^b		
	Lise	90	65,29±25,29	66,4(0-99,6) ^b		
	Üniversite	158	62,2±25,38	66,4(0-99,6) ^b		
Medeni durum	Bekar	132	69,67±24,29	74,7(0-99,6)	Z=-4,707	<0,001
	Evli	174	56,14±26,48	58,1(0-99,6)		
Kronik hastalık	Yok	190	65,35±24,55	74,7(0-99,6)	Z=-2,690	0,007
	Var	116	56,45±28,4	58,1(0-99,6)		
Diyabetes mellitus	Yok	283	63,32±25,55	66,4(0-99,6)	Z=-2,649	0,008
	Var	23	45,47±31,24	49,8(0-99,6)		
Hipertansiyon	Yok	274	63,79±25,57	70,55(0-99,6)	Z=-3,401	0,001
	Var	32	46,43±28,51	49,8(0-99,6)		
Hipotiroidi	Yok	291	61,89±26,7	66,4(0-99,6)	Z=-0,041	0,968
	Var	15	63,63±20,01	66,4(16,6-99,6)		
Depresyon	Yok	298	62,44±26,23	66,4(0-99,6)	Z=-1,921	0,055
	Var	8	44,61±28,04	33,2(16,6-99,6)		
Koroner arter hastalığı	Yok	298	62,83±25,59	66,4(0-99,6)	Z=-2,642	0,008
	Var	8	30,09±36,84	16,6(0-99,6)		
İlaç kullanımı	Yok	208	65,4±25,01	74,7(0-99,6)	Z=-3,273	0,001
	Var	98	54,71±27,84	58,1(0-99,6)		
Egzersiz yapma durumu	Hayır	198	62,25±26,11	66,4(0-99,6)	Z=-0,084	0,933
	Evet	108	61,48±27	66,4(0-99,6)		
Görme bozukluğu	Yok	140	66,4±25,73	74,7(0-99,6)	Z=-2,875	0,004
	Var	166	58,25±26,43	58,1(0-99,6)		
Miyop	Yok	198	62,33±26,97	66,4(0-99,6)	Z=-0,524	0,600
	Var	108	61,33±25,39	66,4(0-99,6)		
Hipermetrop	Yok	239	64,7±25,48	74,7(0-99,6)	Z=-3,441	0,001
	Var	67	52,28±27,45	58,1(0-99,6)		
Astigmat	Yok	263	61,22±26,67	66,4(0-99,6)	Z=1,221	0,222
	Var	43	66,59±24,33	74,7(0-99,6)		

Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu durumlarda farklı küçük harf ile gösterilmiştir.

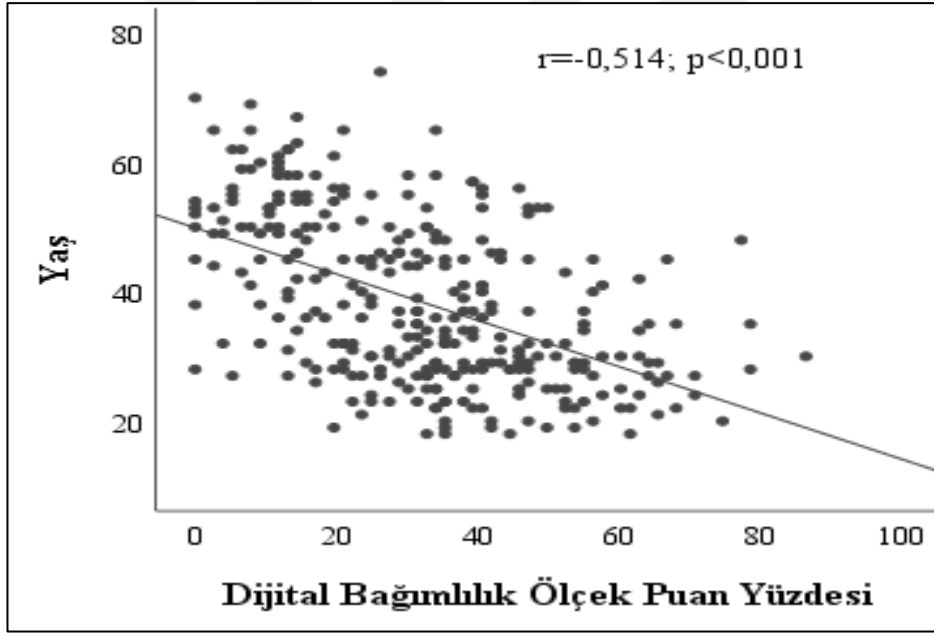
Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta düzeyde ($r=-0,514$; $p<0,001$), VKİ ile negatif yönde zayıf ($r=-0,271$; $p<0,001$) bir korelasyon olduğu, dijital ürüne vakit ayırma yılı ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,550$; $p<0,001$) bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyut puan yüzdeleri ile diğer değişkenlerin korelasyonu incelendiğinde, aşırı kullanım puan yüzdesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta düzeyde ($r=-0,519$; $p<0,001$), VKİ ile negatif yönde zayıf ($r=-0,226$; $p<0,001$), dijital ürüne vakit ayırma yılı ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,501$; $p<0,001$) bir korelasyona rastlanmıştır. Nüks etme puan yüzdesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta düzeyde ($r=-0,416$; $p<0,001$), VKİ ile negatif yönde zayıf ($r=-0,271$; $p<0,001$), dijital ürüne vakit ayırma yılı ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,453$; $p<0,001$) bir korelasyon tespit edilmiştir. Hayatın akışını etkileme puan yüzdesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ($r=-0,379$; $p<0,001$), VKİ ile negatif yönde çok zayıf ($r=-0,187$; $p=0,001$), dijital ürüne vakit ayırma yılı ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,446$; $p<0,001$) bir korelasyon belirlenmiştir. Duygu durum puan yüzdesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ($r=-0,349$; $p<0,001$), VKİ ile negatif yönde çok zayıf ($r=-0,178$; $p=0,002$), dijital ürüne vakit ayırma yılı ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,400$; $p<0,001$) bir korelasyon izlenmiştir. Bırakamama puan yüzdesi ile yaş ($r=-0,350$; $p<0,001$) ve VKİ ($r=-0,233$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf, dijital ürüne vakit ayırma yılı ile pozitif yönde zayıf ($r=0,355$; $p<0,001$) bir korelasyona rastlanmıştır. Dijital Bağımlılık Ölçek ve alt boyut puan yüzdeleri ile diğer değişkenlerin korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Dijital Bağımlılık Ölçek ve alt boyut puan yüzdeleri ile diğer değişkenlerin korelasyonu

Boyutlar	Yaş		VKİ		Hastalık süresi		Görme bozukluğu süresi		Dijital yıl	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Aşırı kullanım	-0,519	<0,001	-0,226	<0,001	-0,069	0,467	-0,008	0,916	0,501	<0,001
Nüks etme	-0,416	<0,001	-0,271	<0,001	-0,074	0,431	-0,029	0,715	0,453	<0,001
Hayatın akışını engelleme	-0,379	<0,001	-0,187	0,001	-0,058	0,538	0,042	0,592	0,446	<0,001
Duygu durum	-0,349	<0,001	-0,178	0,002	-0,002	0,984	0,041	0,604	0,400	<0,001
Bırakamama	-0,350	<0,001	-0,233	<0,001	0,008	0,931	0,011	0,885	0,335	<0,001
Toplam	-0,514	<0,001	-0,271	<0,001	-0,057	0,544	0,003	0,971	0,550	<0,001

Spearman korelasyon testi.

Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi ile yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon belirlenmiştir. Şekil 4.1.'de Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi ile yaş arasındaki korelasyon gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi ile yaş arasındaki korelasyon

Hastaların dijital ürünlere vakit ayırma yılı ile kronik hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmazken ($p=0,187$), görme bozukluğu süresi ile pozitif yönde çok zayıf bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,162$; $p=0,037$). Tablo 4.11.'de dijital ürüne vakit ayırma yılı ile kronik hastalık süresi ve görme bozukluğu süresi arasındaki korelasyon analizi sonucu gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Kronik hastalık ve görme bozukluğu süresi ile dijital yıl arasındaki korelasyon

Değişkenler	Dijital yıl	
	r	p
Kronik hastalık süresi	-0,124	0,187
Görme bozukluğu süresi	0,162	0,037

Spearman korelasyon testi.

Hastalarda Dijital Bağımlılık ölçek toplam puan yüzdesini bağımsız olarak etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çoklu lineer regresyon analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.12.'de sunulmuştur. Yapılan analiz sonucunda, cinsiyet, VKİ, kronik hastalık, ilaç kullanımı ve egzersiz yapma Dijital Bağımlılık Ölçek toplam puan yüzdesi ile bağımsız olarak ilişkili bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarda azalan yaş ($\beta=-0,390$; $p<0,001$) ve artan öğrenim düzeyi ($\beta=0,192$; $p<0,001$) ile birlikte Dijital Bağımlılık toplam ölçek puan yüzdesinin arttığı saptanmıştır. Evli olma durumu ile Dijital Bağımlılık toplam ölçek puan yüzdesinin negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,117$; $p=0,029$).

Tablo 4.12. Hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek toplam puan yüzdesi ile ilişkili faktörler

Model	Dijital Bağımlılık					95% Güven aralığı		
	B	SE	β	t	p	VIF	Alt limit	Üst limit
(Sabit)	49,509	7,457	-	6,639	<0,001	-	34,833	64,185
Yaş	-0,553	0,083	-0,390	-6,635	<0,001	1,51	-0,717	-0,389
Kadın cinsiyet	-2,661	1,816	-0,072	-1,465	0,144	1,068	-6,234	0,912
VKİ	-0,204	0,229	-0,048	-0,891	0,374	1,291	-0,653	0,246
Öğrenim düzeyi	3,411	0,888	0,192	3,841	<0,001	1,099	1,664	5,159
Evli olma	-4,247	1,931	-0,117	-2,199	0,029	1,23	-8,048	-0,446
Kronik hastalık	1,826	3,573	0,049	0,511	0,610	4,038	-5,205	8,857
İlaç kullanımı	-2,582	3,777	-0,067	-0,684	0,495	4,175	-10,016	4,852
Egzersiz yapma	-3,343	1,853	-0,089	-1,804	0,072	1,054	-6,989	0,304

$R=0,567$; $R^2=0,322$; $p<0,001$

5. TARTIŞMA

Günümüzde insan yaşamını etkileyen en önemli keşiflerden biri internettir. Artık teknoloji çağı olarak adlandırabileceğimiz bu dönemde insanların hayatında bilgiye ulaşmada en kolay, hızlı ve en çok tercih edilen yol internettir. İnternet kullanımı ve gelişimi sürecinde akıllı telefon, bilgisayar ve tablet gibi dijital cihazlar da sürekli yenilenmektedir. Her geçen gün yeni bir teknolojik gelişme ve özellikle karşımıza çıkan dijital cihazlar günlük hayatımızın önemli bir parçası olmuştur. Sosyal medyada yenilikleri, güncel haberleri ve diğer insanların ne yaptığını takip edebilmekle birlikte kendimize yeni bir profil ve hatta sanal bir kimlik oluşturmamız mümkündür. COVID-19 pandemisi de artan internet ve sosyal medya kullanımını daha da ivmelendirmiştir. Pandemi sürecinde bireyler yaşadıkları hastalığa yakalanma ve ölüm korkularıyla tüm bunların sonucunda oluşan stresle başa çıkmanın bir yolu olarak interneti görmüşlerdir. Bulaş ihtimali sebebiyle yüz yüze iletişimden kaçınmaları, sokağa çıkma kısıtlamaları da bireylerin daha çok internette vakit geçirmelerine ve sosyal ağları kullanmalarına neden olmuştur. COVID-19 sürecinde çoğu iş kolunun mümkün olduğunca evden çalışması ve okulların kapanıp online eğitimle öğrenime devam etmesi de dijital cihazların kullanımını artırmıştır. Bu çalışmada aşırı internet ve dijital cihaz kullanımının bireylerde fiziksel inaktiviteye sebep olduğunu bunun sonucunda da obeziteye ve kronik hastalıklara zemin hazırladığını tespit etmeyi amaçlamayız.

Aile hekimliğine başvuran bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dijital cihaz kullanım yoğunluğunu ve bunun refraksiyon kusurları, diyabet, depresyon ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklarla ilişkisini saptamayı amaçlamaktayız. Çalışmamız, bireylerin dijital cihazları aşırı kullanmaları hakkında farkındalık yaratmak, sağlık problemlerine neden olmadan, kronik hastalıklara sebebiyet vermeden önce erken tespit etmek açısından yol gösterici olabilmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet ($p=0,103$) ile Dijital Bağımlılık Ölçeği puan yüzdesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ukrayna merkezli 17-31 yaş arasında 402 üniversite öğrencisiyle yapılan cep telefonu bağımlılığı ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada da çalışmamıza paralel şekilde akıllı telefon

kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (80). Mitchell ve Hussain tarafından 2018 yılında 147 akıllı telefon kullanıcısının örneklemini oluşturduğu sorunlu akıllı telefon kullanımının yaş, cinsiyet, depresyonla ilişkisini araştırdığı çalışmada da bizim bulgularımızla paralel şekilde akıllı telefon kullanımıyla cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (81). Lepp ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde 2013 yılında 49 üniversite öğrencisiyle yapılan cep telefonu kullanımı ve fiziksel inaktivite arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada da günlük cep telefonu kullanımı ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (82). Bizim çalışmamız ve diğer benzer çalışmalarda da görüldüğü üzere cinsiyet ve dijital cihaz kullanımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bunun sebepleri çağımızda artık çoğu bireyin rahatlıkla dijital cihazlara erişiminin olması ve çalışma bölgesindeki toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanabilmesi olabilir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre bekar hastaların toplam Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdelерinin evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Çin'de 2017 yılında 18 yaş ve üzeri 4054 yetişkinle yapılan yetişkinlerde akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili sosyodemografik faktörleri ve sağlık davranışlarını incelemeyi amaçlayan çalışmada da Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği puanının çalışmamıza benzer olarak bekar olanlarda evli olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (83). Bunun sebebi yalnızlık duygusuyla başa çıkmak için interneti bir çözüm olarak görmek ya da yeni şeyler keşfetme isteği olabilir. İran'da 2017 yılında 320 üniversite öğrencisinin katılımıyla yapılan akıllı telefon bağımlılığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada medeni duruma göre akıllı telefon bağımlılık puanlarında anlamlı bir fark bulunmuş; evli olanların puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (84). Bu fark çalışmaya katılanların sosyokültürel özelliklerinin farklılığından ya da çalışmaların farklı zaman dilimde yapılmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta düzeyde bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. İrlanda'da 2017 yılında 18-52 yaş aralığında 126 katılımcıyla akıllı telefon bağımlılığı ile yaş, cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlayan çalışmada da araştırmamıza paralel olarak yaş ve akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı derecede orta negatif bir

korelasyon bulunmuştur (85). Avusturya’da 2010 yılında 17-35 yaş aralığında 196 katılımcıyla yapılan bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde cep telefonu kullanımıyla yaş arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur (86). Yaş arttıkça dijital cihaz ve internet kullanımının azalmasının sebebi gençlerin teknolojik gelişmeleri daha sıkı takip etmesi ve kolay ayak uydurması olabilir.

Çalışmamızda VKİ ile Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesi arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir. VKİ değeri 25 altı olan hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiği zaman bu konuda farklı merkezlerde yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. İngiltere merkezli 11-18 yaş aralığında 632 kişinin katıldığı dijital cihaz türü ile VKİ arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada cep telefonları hariç diğer dijital cihazlarla VKİ arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur (87). Hindistan’da 2018 yılında genç erkek yetişkinlerde akıllı telefon kullanımı ve VKİ arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla 20-25 yaş aralığında 151 üniversite öğrencisiyle yapılan bir araştırmada ise VKİ ve akıllı telefon ekran süresi arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır (88). Çin’de 2013 yılında 1150 ortaokul öğrencileriyle yapılan ortaokul öğrencilerinin obezite durumu ve internet bağımlılığı ilişkisini görmeyi amaçlayan bir çalışmada internet bağımlılığı olan ortaokul öğrencilerinin İnternet bağımlılığı olmayanlara göre önemli ölçüde daha yüksek VKİ’ye sahip olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızla diğer çalışmalar arasında farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni çalışmaların farklı yaş grubunda ve kültürel özelliklerdeki katılımcılarla yapılmış olması olabilir (89).

Yaptığımız çalışmada diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerde toplam ölçek puan yüzdesi kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük izlenmiştir. Kronik bir hastalık nedeniyle ilaç kullanan hastaların toplam ölçek puan yüzdesi ilaç kullanmayanlara göre daha düşük tespit edilmiştir. Bunun sebebi Dijital Bağımlılık Ölçek puanı yüksek olan popülasyonu genç katılımcıların oluşturması olabilir. Genç katılımcılarda daha az kronik hastalık ve buna bağlı daha düşük oranda ilaç kullanımı tespit edilmiştir. Macaristan’da 1817 katılımcının dahil edildiği lise öğrencilerinde internet bağımlılığının yaygınlığı ve risk faktörlerinin

araştırıldığı çalışmada diyabet ve depresyon öyküsü problemlili internet kullanımı ile önemli ölçüde pozitif ilişkili bulunmuştur (90). Yine Macaristan'da 18-65 yaş aralığında olan 485 hastane çalışanıyla 2020 yılında yapılan bir araştırmada da internet bağımlılığı ve diyabet arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (91). Bu farklılık sosyokültürel sebeplerden ya da örneklem büyüklüğünün farklı olmasından kaynaklı olabilir.

Bizim çalışmamızda depresyon tanısı olan hastalarda toplam ölçek puan yüzdesi depresyon tanısı olmayanlara göre daha düşük olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Örsal ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Eskişehir'de 3442 üniversite birinci sınıf öğrencisinin katılımıyla yapılan internet bağımlılığı ve depresyonu değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada ise internet bağımlılığı ve depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (92). Benzer şekilde 2012 yılında Sakarya'da internet bağımlılığı ve depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla 994 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada da depresyon tanılı katılımcılarda internet bağımlılık düzeyi depresyon tanısı olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek saptanmıştır (93). İran merkezli 595 lise öğrencisiyle ergenlerde internet bağımlılığı ve depresyon, anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan çalışmada da diğer çalışmalara benzer şekilde internet bağımlılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (94). Çalışmamızda Dijital Bağımlılık Ölçek puanı ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamasının sebebi çalışmaların farklı tarihlerde, farklı yaş gruplarıyla yapılmış olması olabilir. Bir diğer nedeni ise depresyon semptomları olmasına rağmen toplumumuzun kültürel yapısı sebebiyle psikiyatri polikliniğine gitmek istememeleri ve bu yüzden depresyon tanısı almamış olmaları olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnternet ve dijital cihaz kullanımı, teknoloji çağı olarak adlandırabileceğimiz çağımızda bilgiye kolay ulaşma, araştırma yapma, kolaylıkla iletişim kurabilmek açısından bizlere birçok avantaj sağlamaktadır. Birçok insanın yeni keşifler yapmasına, iş imkanı sağlamasına ve sosyalleşmesine de katkıda bulunmaktadır. Dijital cihazlar geldiğimiz bu noktada hayatımızın vazgeçilmez bir parçası olmuşlardır. Pandemi döneminde de kısıtlamalar ve sosyalleşme azlığı sebebiyle internette geçirilen sürenin arttığı görülmüştür. Bu artan dijital cihaz kullanım süresinin hayatımıza birçok olumsuz etkisi olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Dijital cihazları fazla kullanan kişilerin hangi özelliklere sahip oldukları ve bu kullanımın kronik hastalıklarla ne denli ilişkili olduğu merak edilerek bu araştırmaya başlanmıştır. Araştırma sonuçlarımız aşağıdaki gibidir:

- Dijital bağımlılığı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta düzeyde korelasyona rastlanmıştır.
- İlkokul mezunu hastaların dijital bağımlılığı ortaokul, lise ve üniversite mezunu hastalara göre anlamlı daha düşüktür.
- Bekar hastaların dijital bağımlılıklarının evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.
- VKİ ile dijital bağımlılığı arasında negatif yönde zayıf korelasyona bulunmuştur. VKİ değeri 25 altı olan hastaların Dijital Bağımlılık Ölçek puan yüzdesinin VKİ değeri 25-29,9 arasında olan ve 30 ve üzeri olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kronik hastalığı olan bireylerde toplam ölçek puan yüzdesi kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük izlenmiştir.
- İlaç kullanan hastaların dijital bağımlılık puan yüzdesi ilaç kullanmayanlara göre daha düşük tespit edilmiştir.
- Depresyon tanısı olan hastalarda dijital bağımlılığı depresyon tanısı olmayanlara göre daha düşük olup anlamlı bulunmamıştır.
- Görme bozukluklarından miyop olma durumu ile dijital bağımlılık ölçek puanı arasında ilişkili bulunmazken, hipermetrop olan hastalarda dijital

bağımlılık ölçeği puan yüzdesinin daha düşük ve astigmat olan hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Hastaların dijital ürünlere vakit ayırma yılı ile kronik hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmazken ($p=0,187$), görme bozukluğu süresi ile pozitif yönde çok zayıf bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızın bulguları doğrultusunda yapılabilecek önerilerimiz şu şekildedir;

Birinci basamakta aile hekimlerine başvuran hastalardan özellikle risk grubunda olan genç ve bekar bireyler aşırı internet ve dijital cihaz kullanımı açısından değerlendirilmeli ve bilgilendirilmelidir. Böylece bireylerde erken dönemde farkındalık yaratabilme ve bu davranışsal bağımlılık oluşmadan önüne geçilebilme fırsatını kaçırmamış oluruz. Aşırı dijital cihaz kullanım sürelerinden kaynaklanan sağlık problemlerinin oluşmadan önüne geçebiliriz.

İnternet ve dijital cihaz aşırı kullanımının olumsuz etkilerinin anlatıldığı kamu spotları oluşturularak toplumun bu konuda bilgilendirilmesi bilinç düzeyini artırmak açısından faydalı olabilir.

Aşırı kullanılan dijital cihazlarda kullanım sürelerinin aşıldığını gösteren uyarı sistemleri tasarlanarak bu sürenin kısıtlanması faydalı olabilir.

Dijital cihaz kullanımının genç yaştaki katılımcılarda daha çok görülmesi sebebiyle dijital cihaz aşırı kullanımının olumsuz etkileri hakkındaki konulara okul müfredatında daha fazla yer verilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Aile Hekiminin Tanımı, 2017. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html>. Erişim tarihi: 21.10.2021.
2. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>. Erişim tarihi: 22.10.2021.
3. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Özellikleri, 2011. Erişim adresi: <https://www.woncaeurope.org/>. Erişim tarihi: 18.12.2021.
4. Weinstein A, Lejoyeux M. Internet Addiction or Excessive Internet Use. The American journal of drug and alcohol abuse. 2010;36(5):277-83.
5. Pfaff DW. Neuroscience in the 21st century : from basic to clinical, Springer, New York; p. 2775-2811.
6. Yasacı Z, Mustafaoğlu R. Dijital Teknoloji Maruziyeti Çocukların Uyku Süresini Etkiler mi? 2020;20(1):11-22.
7. Ateş EC, Tokay A. Sosyal Ağ (medya) Kullanımı ve Suç Mağduriyeti. 2018;5(1):1-33.
8. İğrek AŞ. Yeni Bir Sosyal Ağ Oluşumu: İnternet'in İnsan İlişkileri Üzerindeki Etkileri (Tez). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2009.
9. Önder O, Yıldız G. Müzik Uygulamalarında Tablet Bilgisayar (ipad) Kullanımı. 2015;8(15):127-54.
10. Musayeva G. Gelişen Teknoloji Sayesinde Cep Telefon Operatörlerinin Değişimindeki Beklentiler. 2015;7(28):53-63.
11. Kuyucu M. Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı: "Akıllı telefon (kolik)" üniversite gençliği. 2017;7(14):328-59.
12. Şentürk H, Şendurur E. Sosyal ağ sitelerindeki bilgilerin güvenilirliği: lisans-yüksek lisans ve günlük-akademik karşılaştırmaları. 2017;13(3):906-18.
13. Polat R. Dijital hastalık olarak nomofobi. 2017;1(2):164-72.
14. Namazcı HÜ. Herkes için temel bilgisayar ve internet kılavuzu, 1. Basım, Bayrak Matbaası, İstanbul; 2012.s.54.

15. Kapan K, Üncel R. Gelişen Web Teknolojilerinin (Web 1.0-Web 2.0-Web 3.0) Türkiye Turizmine Etkisi. Dergi Park 2020;3(3):276-89.
16. Bozkurt A. Açık ve uzaktan öğretim: Web 2.0 ve sosyal ağların etkileri. XV. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri 2013;13:23-5.
17. Kalıncara V, Sarı İ. Yaşlılarda sosyal ağ kullanımı ve yalnızlık ilişkisinin belirlenmesi. 2019;12(1):8-19.
18. Şahin M, Şahin G. Geleneksel Medyanın Yeni Rakibi: Yeni Medya ve Canlı Yayınlar. 2016(1):50-63.
19. Solmaz B, Tekin G, Herzem Z, Demir M. İnternet ve sosyal medya kullanımı üzerine bir uygulama. 2013;7(4):23-32.
20. Küçükali A, Serçemeli C. Akademisyenlerin Sosyal Medya Kullanımı: Atatürk Üniversitesi Örneği. 2019;6(10):202-19.
21. Aral E. Yeni Bir Haber Mecrası Olarak İnternet Gazeteciliği: Facebook ve Twitter Kullanımları Üzerine Bir Araştırma. Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi 2019; 5(2) .s.153-175.
22. Menter A, Urquhart A, Borges V, Rabinovitch R, Singh M, Robinson W, et al. A woman with primary breast cancer and a solitary sternal metastasis. Oncology. 2006;20(9):1068-71, 75, 79-80.
23. Dijital 2021: 'Dijitalin Durumuna' İlişkin En Son Bilgiler 2021. Erişim adresi: <https://wearesocial.com/uk/blog/2021/01/dijital-2021-the-latest-insights-into-the-state-of-dijital/>. Erişim tarihi: 01.11.2021.
24. Egger O, Rauterberg M. (1996). Internet behaviour and addiction, Yüksek Lisans Tezi, Swiss Federal Institute of Technology (ETH), Zurich. Erişim adresi: <https://rauterberg.employee.id.tue.nl/ibq/report.pdf>. Erişim tarihi: 15.11.2021.
25. Koca EB, Tunca M. İnternet ve Sosyal Medya Bağımlılığının Öğrencilerin Performanslarına Etkileri Üzerine Bir Yazın Taraması. Dergi Park 2019;24(1):33-53.
26. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. Dergi Park 2009;1(1):55-67.
27. Griffiths MD, Pontes HM, Kuss DJ. Online addictions: conceptualizations, debates, and controversies. 2016;3(2):1-14.
28. Goldberg I. Goldberg's message 1996. Erişim adresi: <http://www.usr.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html>. Erişim tarihi: 30.12.2021.
29. Köse N. Ergenlerde İnternet Bağımlılığının Yaşam Doyumuna Etkisi. Elektronik Mesleki Gelişim Ve Araştırma Dergisi 2016, Vol. 2016(1) 15–23.
30. Problematic Internet Users and Psychiatric Morbidity in a Sample of Egyptian Adolescents 1999. Erişim adresi:

[https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=534601](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=534601). Erişim tarihi: 10.12.2021.

31. Aboujaoude E, Koran LM, Gamel N, Large MD, Serpe RT. Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS spectrums*. 2006;11(10):750-5.
32. Young KS, Case CJ. Internet abuse in the workplace: new trends in risk management. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*. 2004;7(1):105-11.
33. Balta OC, Horzum MB, Practices. İnternet bağımlılığı testi. 2008;7(13).
34. Günel E. Sosyal hizmet perspektifinden internet bağımlılığı üzerine bir gözden geçirme. *Karabük Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (UNIKA Toplum ve Bilim) Dergisi* Y.2021 C.1, S.1, s.18-27.
35. Tok G. Ortaöğretim öğrencilerinin ebeveynlerinden algıladıkları internet bağımlılığı durumlarının incelenmesi 2014. Erişim adresi: <http://docs.neu.edu.tr/library/6318788933.pdf>. Erişim tarihi: 04.11.2021.
36. Doğan A. İnternet bağımlılığı yaygınlığı (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü 2013.
37. Yalçın Ö, Karaçetin G. İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar 2016. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/303804141_Internet_Bagimlilik_ve_Diger_Teknolojik_Bagimlilikler. Erişim tarihi: 25.11.2021.
38. Esen E, Siyez DM. Ergenlerde internet bağımlılığını yordayan psiko-sosyal değişkenlerin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2011, 4 (36), 127-138.
39. Balcı Ş, Gülnar B. Üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve internet bağımlılarının profili. 2009;6(1):5-22.
40. Chen B, Liu F, Ding S, Ying X, Wang L, Wen Y. Gender differences in factors associated with smartphone addiction: a cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):341.
41. Zhang C, Zeng P, Tan J, Sun S, Zhao M, Cui J, et al. Relationship of Problematic Smartphone Use, Sleep Quality, and Daytime Fatigue Among Quarantined Medical Students During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:755059.

42. Obezite Ve Psikiyatrik Hastalıklar 2008. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/10558169-Obezitenin-psikiyatrik-yonu.html>. Erişim tarihi: 14.11.2021.
43. Lopez-Fernandez O. Emerging Health and Education Issues Related to Internet Technologies and Addictive Problems. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1).
44. Baltacı Ö, Akbulut ÖF, Zafer R. COVID-19 pandemisinde problemli internet kullanımı: Bir nitel araştırma. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2020; Cilt 1, Sayı 3, 126-140.
45. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi* 2006;13(4):138-42.
46. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661>. Erişim tarihi: 15.11.2021.
47. Gedik O. Obezite ve çevresel faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003;2(1):1-4.
48. Obezitenin önemi, epidemiyolojik veriler ve Patogenez 2018. Erişim adresi: http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144108.pdf. Erişim tarihi: 18.11.2021.
49. Gülcan E, Özkan A. Obezite. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü* 10. Sayı Mayıs 2006.
50. Ateş C. Obez Hastalarda Vücut Kütle İndekslerine Göre Framingham Risk Skorlarının Ve Skoru Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması (Tez). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi* 2016.
51. Aygün N. Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014;30(1):45-9.
52. Oran H. Obezite cerrahili olguların metabolik özellikleri ile mide histopatoloji bulguları arasındaki ilişkinin araştırılması (Tez). *Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi* 2019.
53. İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, Açikel M. Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2008;6(3):168-74.
54. Baltacı G. Obezite ve egzersiz, 1. Basım, Klasmat Matbaacılık, Ankara; 2008.s.7-12.
55. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. Erişim adresi: http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110325014324obezite_ile_iliskili_kronik_hast.pdf. Erişim tarihi: 14.11.2021.

56. Deniz Y. Miyopik Olgularda Maküla Fonksiyonun Anatomik ve Elektrofizyolojik Olarak Değerlendirilmesi (Tez). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2019.
57. Tokgöz M. Miyopik olgularda retina sinir lifi tabakası kalınlığı ve maküla kalınlığının optik koherens tomografi, retina hassasiyetinin multifokal elektroretinografi ile değerlendirilmesi (Tez). Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi 2009.
58. Tanalp R. Duyu Fizyolojisi, 1. Basım, Fon Matbaası, Ankara; 1975.s.155-160.
59. 8 Ekim Dünya Görme Günü 2018. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/8-ekim-dunya-gorme-gunu.html>. Erişim tarihi: 22.11.2021.
60. Mylona I, Deres ES, Dere GS, Tsinoopoulos I, Glynatsis M. The Impact of Internet and Videogaming Addiction on Adolescent Vision: A Review of the Literature. Front Public Health. 2020;8:63.
61. Koyuncu B, Kocabaşoğlu P. Bilgisayar ortamında görme bozukluklarının ortadan kaldırılması ve simülasyonu (Tez). Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü 2012.
62. Çelik C, Özdemir B. Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. 2010;2(1):52-65.
63. Koruk E. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2019.
64. Öztürk O. Birinci basamakta sekonder hipertansiyon tanısı süreci ve tedavi prensipleri. 2017;8:449-52.
65. Erişkinde Hipertansiyon Yönetimi 2020. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/hipetansiyon_kp_20200723.pdf. Erişim tarihi: 25.11.2021.
66. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. Erişim adresi: [file:///C:/Users/S2B/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_%C3%A7ok%20payda%C5%9F%20eylem%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/S2B/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_%C3%A7ok%20payda%C5%9F%20eylem%20(2).pdf). Erişim tarihi: 16.11.2021.
67. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü (TÜSEB-TÜHKE). Dünya Hipertansiyon Günü 17 Mayıs 2021. Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/hiper_tansiyon_rapor.pdf. Erişim tarihi: 17.11.2021.
68. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2007;30(suppl_1):s42–47.
69. Sağlığa Bakış: Avrupa Çevresinde Sağlık Durumu- Diyabet 2017. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket->

- haberler/sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9Fa-bak%C4%B1%C5%9F-diyabet.html. Erişim tarihi: 01.12.2021.
70. Mayfield J. Diagnosis and classification of diabetes mellitus: new criteria. *Am Fam Physician*. 1998;58(6):1355-62, 69-70.
71. Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu. 2020. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Erişim adresi: https://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20200625154506-2020tbl_kilavuz86bf012d90.pdf. Erişim tarihi: 28.11.2021.
72. Kafes AY. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. . *Humanistic Perspective*, 3 (1), 186-194.
73. Köroğlu E. DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. 1.Baskı, Hyb Yayınları, İstanbul 2013; s. 194-197.
74. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(1):51-66.
75. Mayda AS. Bir öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerindeki İnternet bağımlılığı ile Beck Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(1):6-14.
76. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415-24.
77. Alimoradi Z, Lin CY, Broström A, Bülow PH, Bajalan Z, Griffiths MD, Ohayon MM, Pakpour AH. Internet addiction and sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2019 Oct;47:51-61. doi: 10.1016/j.smr.2019.06.004. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31336284.
78. Flisher C. Getting plugged in: an overview of internet addiction. *Journal of paediatrics and child health*. 2010;46(10):557-9.
79. TEMD Dislipidemi Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2021. Erişim adresi: https://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20211026164301-2021tbl_kilavuzb66456ad2f.pdf. Erişim tarihi: 19.11.2021.
80. Ivanova A, Gorbaniuk O, Błachnio A, Przepiórka A, Mraka N, Polishchuk V, et al. Mobile phone addiction, phubbing, and depression among men and women: a moderated mediation analysis. *Psychiatric Quarterly*. 2020;91(3):655-68.
81. Mitchell L, Hussain Z. Predictors of problematic smartphone use: An examination of the integrative pathways model and the role of age, gender, impulsiveness, excessive reassurance seeking, extraversion, and depression. *Behavioral Sciences*. 2018;8(8):74.

82. Lepp A, Barkley JE, Sanders GJ, Rebold M, Gates P. The relationship between cell phone use, physical and sedentary activity, and cardiorespiratory fitness in a sample of US college students. *International Journal of Behavioral Nutrition and physical activity*. 2013;10(1):1-9.
83. Luk TT, Wang MP, Shen C, Wan A, Chau PH, Oliffe J, et al. Short version of the Smartphone Addiction Scale in Chinese adults: Psychometric properties, sociodemographic, and health behavioral correlates. *Journal of behavioral addictions*. 2018;7(4):1157-65.
84. Shahrestanaki E, Maajani K, Safarpour M, Ghahremanlou HH, Tiyyuri A, Sahebkar M. The relationship between smartphone addiction and quality of life among students at Tehran University of medical sciences. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2020;7(1):61-6.
85. Pugh S. Investigating the relationship between smartphone addiction, social anxiety, self-esteem, age & gender 2017. Erişim adresi: https://esource.dbs.ie/bitstream/handle/10788/3329/ba_pugh_s_2017.pdf?sequence=3&iAllowed=y. Erişim tarihi: 28.11.2021.
86. Augner C, Hacker GW. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *International journal of public health*. 2012;57(2):437-41.
87. Arora T, Hussain S, Lam KH, Yao GL, Thomas GN, Taheri S. Exploring the complex pathways among specific types of technology, self-reported sleep duration and body mass index in UK adolescents. *International Journal of Obesity*. 2013;37(9):1254-60.
88. Singh A, Singh H. Relationship between smartphone usage, leisure-time physical activity and body mass index among young male adults. *International Journal of Yogic, Human Movement and Sports Sciences*. 2019;4(1):1342-8.
89. Li M, Deng Y, Ren Y, Guo S, He X. Obesity status of middle school students in Xiangtan and its relationship with Internet addiction. *Obesity*. 2014;22(2):482-7.
90. Tóth G, Kapus K, Hesszenberger D, Pohl M, Kósa G, Kiss J, et al. Prevalence and Risk Factors of Internet Addiction among Hungarian High School Teachers Life. 2021;11(3):194.
91. Tóth G. Internet addiction and its consequences among healthcare workers (Doctoral Thesis). University of Pécs Medical School 2021.
92. Örsal O, Unsal A, Ozalp SS. Evaluation of internet addiction and depression among university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;82:445-54.

93. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A. Evaluation of the relationship between internet addiction and depression in university students. *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma'Zlatibor'*. 2013;18(49):14-27.
94. Shaikhamadi S, Yousefi F, Taymori P, Roshani D. The relationship between Internet addiction with depression and anxiety among Iranian adolescents. *Chronic Diseases Journal*. 2018;5(2):41-9.



8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye'yi ve Dünyayı Güçlendiriyor	Aile hekimliği polikliniklerinde izlenen erişkinlerin dijital bağımlılık düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sayın Gönüllü,

Günümüzde akıllı telefon ve internetin yaygınlaşması sonucu dijital cihaz kullanımı hızla artmakta ve hayatımızda önemli bir yere sahip olmaktadır. Bu bilinçsiz ve aşırı kullanımın fiziksel ve ruhsal birçok hastalık açısından risk oluşturduğu, yaşam tarzı değişikliğine sebep olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmamızda dijital bağımlılık seviyesini ölçmeyi ve bağımlılık düzeyiyle hastaların kronik hastalıkları ve obeziteyle ilişkisini araştırmayı amaçlamaktayız. Siz de kabul ederseniz doldurmanız için size bir bilgi toplama formu verilecektir.

Yaklaşık 292 gönüllünün katılması planlanan bu çalışma, katılımcılar yönünden herhangi bir risk taşımamaktadır. Sizden alınacak tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak, çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri, verilerin tamamı araştırmacı tarafından gizlilik ilkesine göre saklanacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğiniz kesin olarak gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya araştırmadan istediğiniz zaman çıkma hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili sormak istediğiniz, merak ettiğiniz bir konu olması halinde aşağıda numarası belirtilen araştırmacının telefonundan bize ulaşabilirsiniz.

Gönüllü Onamı: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullarla, aşağıda imzası olan ben "Aile hekimliği polikliniklerinde izlenen erişkinlerin dijital bağımlılık düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya katılmayı hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih: / / 202...

Ek 2. Veri Toplama Formu (1. Sayfa)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Tezi Sosyodemografik Araştırma Soruları

Sayın katılımcı; bu çalışma aile hekimliği polikliniklerinde izlenen erişkinlerin dijital bağımlılık düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Kişisel bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacak, ileride yapılacak araştırma programlarına yön vermek amacıyla istatistiki bilgi olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyet?
3. Öğrenim durumu: a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
4. Meslek: a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Esnaf e) Özel Sektör
f) İşsiz g) Emekli h) Öğrenci
5. Medeni durum: a) Evli b) Bekar
6. Boy:..... Kilo:..... VKİ:.....
7. Kronik hastalıklarınız var mıdır? a) Hayır b) Evet
8. Varsa; kronik hastalıklarınız nelerdir, kaç yıldır
var?.....
.....
9. Düzenli kullandığınız ilaçlar var mıdır? a) Hayır b) Evet
10. Varsa; kullandığınız ilaçlar
nelerdir?.....
.....
11. Düzenli egzersiz yapıyor mu? a) Hayır b) Evet
12. Evetse; ne sıklıkta ne kadar süre ne tür egzersiz
yaparsınız?.....
.....
13. Görme bozukluğunuz var mı? a) Hayır b) Evet
14. Eğer 13. Sorunun yanıtı evetse; kaç yıldır ve hangi göz bozukluğu
var?.....

Ek 3. Dijital Bağımlılık Ölçeği (2. Sayfa)

DİJİTAL BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ						
Boyut		Aşağıdaki her bir maddeyi okuyun. Bu madde sizin için her zaman doğru ise "Tamamen katılıyorum", genelde doğru ise "Katılıyorum", emin değilseniz "Kararsızım", genelde doğru değilse "Katılmıyorum", hiçbir zaman doğru değilse "Kesinlikle Katılmıyorum" şeklinde işaretleyiniz.	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Aşırı Kullanım	1	Yemek yerken aynı zamanda telefon, tablet ya da bilgisayarımla meşgul olurum.				
	2	Gezi, piknik veya arkadaşlarla olduğum sosyal ortamlarda sürekli dijital araçlarına (cep telefonu ya da tablet) bakarım.				
	3	Dijital araçları amacı dışında aşırı bir şekilde kullanıyorum.				
	4	Bir işe uğraşırken kendimi dijital araçlarımı kontrol ederken buluyorum.				
	5	Dikkat gerektiren işleri yaparken bile telefon, tablet gibi dijital araçlarla uğraşırım.				
Nüks Etme	6	Dijital araçları kullanma süresi konusunda kendimi kontrol edemiyorum.				
	7	Dijital araçlarla harcadığım zamanı kırmak için başarısız çabalarım oldu.				
	8	Dijital araçlarla harcadığım zamanı azaltamıyorum.				
Hayatın Akışını Engelleme	9	Dijital araçlar ev ve okul ile ilgili sorumluluklarımı yerine getirmemi engelliyor.				
	10	Dijital araçlarla çok vakit harcadığımdan dolayı birçok fırsatı kaçırdığım olmuştur.				
	11	Dijital araçlarla uğraştığım zaman çevremde olup bitenden haberim olmaz.				
	12	Dijital araçları kullanmam nedeniyle üretkenliğimin azaldığını hissediyorum.				
Duygu Durum	13	Dijital araçlarla vakit geçirirken bana herhangi bir iş verilmesi beni öfkeliendirir.				
	14	Dijital araçları kullanamayacağım ortamlar beni sıkır.				
	15	Sahip olduğum dijital uzun süre kullanmadığımda kendimi çok mutsuz ve sinirli hissederim.				
	16	Dijital araçlarla vakit geçirirken kendimi çok mutlu hissediyorum.				
Bırakamama	17	Sahip olduğum dijital araçların bozulması veya kaybolması beni huzursuz eder.				
	18	Kısa süreliğine bile olsa evden ayrıldığımda telefon/tablet gibi dijital araçları yanıma almaya isterim.				
	19	Akıllı telefon ve tablet gibi dijital araçları yataarken yanımda bulunduruyorum.				

Kaç yıldır dijital ürünlere daha çok vakit ayırıyorsunuz?.....