

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YETİŞKİNLERİN PROBLEMLİ AKILLI TELEFON KULLANIMI
DÜZEYLERİ İLE BİRİNCİ BASAMAK İÇİN DEPRESYON
TARAMA ÖLÇEĞİ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esra KÜPCÜ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erol AKTUNÇ

ZONGULDAK

2024

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YETİŞKİNLERİN PROBLEMLİ AKILLI TELEFON KULLANIMI
DÜZEYLERİ İLE BİRİNCİ BASAMAK İÇİN DEPRESYON
TARAMA ÖLÇEĞİ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esra KÜPCÜ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erol AKTUNÇ

ZONGULDAK

2024

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında büyük emeği ve katkısı olan, olumlu tavrıyla beni cesaretlendiren, beraber çalışmaktan gurur duyduğum tez danışmanım ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Erol AKTUNÇ başta olmak üzere, Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN'a, Prof. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ'e,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, her zaman destekçim olan Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince almış olduğum rotasyonlarda birlikte çalıştığım, tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma, hemşirelere ve sağlık çalışanı diğer mesai arkadaşlarıma,

Beni bu yaşa getiren, bende emeği olan anne ve babama; ablama ve beni bıkmadan usanmadan dinleyen arkadaşım Elif Kepenek'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zonguldak, 2024

Dr. Esra KÜPCÜ

ÖZET

Küpcü E, Yetişkinlerin Problemlili Akıllı Telefon Kullanımı Düzeyleri İle Birinci Basamak İçin Depresyon Tarama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi Zonguldak, 2024.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi (ZBEÜTF) aile hekimliği polikliniklerine başvuran sağlıklı yetişkin bireylerde nomofobi düzeyleri ile depresif semptom skorları arasındaki muhtemel ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma nicel ve kesitsel-tanımlayıcı bir araştırma olup ZBEÜTF aile hekimliği polikliniklerine 01 Mayıs 2023-31 Temmuz 2023 tarihleri arasında başvurmuş olan 200 birey ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada geçerli ve güvenilir ölçekler olan BDÖ-BB (Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği) ve Nomofobi ölçekleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamız %60,5'i (n=121) kadın, %39,5'i (n=79) erkek olmak üzere 200 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarımız 18-60 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Katılımcılarımızın eğitim durumu haricinde demografik değişkenler bakımından Türkiye geneline benzer özellik göstermektedir. Hiç evlenmemiş bireylerde evlilere göre depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Kadın katılımcılarımızdaki nomofobi düzeyi erkek katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar: Katılımcılarımız 18-60 yaş aralığındaki bireylerden oluşmuş ve tüm çalışma grubunun depresyon riski %43,5, nomofobi var olma sıklığı %96,5 olarak bulunmuştur. Nomofobi düzeyi ile depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki bulunduğu görülmüştür. Nomofobi skorları ve BDÖ-BB skorları arasındaki bağıntıyı değerlendirmek için kohort çalışmaları yapılabilir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği, Nomofobi, Nomofobi Ölçeği, Zonguldak

ABSTRACT

Küpcü E, Evaluation of the Relationship Between Adults' Levels of Problematic Smartphone Use and Primary Care Depression Screening Scale Scores, Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Family Medicine Specialization Thesis Zonguldak, 2024.

Objective: The aim of this study is to evaluate the possible relationship between nomophobia levels and depressive symptom scores in healthy adult individuals applying to Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine (ZBEÜTF) family medicine outpatient clinics.

Materials and Methods: This research is a good and cross-sectional-descriptive research and was conducted with 200 people who applied to ZBEÜTF family medicine outpatient clinics between 01 May 2023 and 31 July 2023. BDÖ-BB (Beck Depression Scale for Primary Care) and nomophobia scales, which are valid and reliable scales of this failure, were used.

Findings: Our study was conducted on 200 individuals, 60.5% (n=121) of whom were women and 39.5% (n=79) of whom were men. Our participants consist of individuals between the ages of 18-60. Except for the educational level of our participants, it is similar to Turkey in terms of demographic variables. It has been observed that the risk of depression is higher in never-married individuals than in married individuals. The nomophobia level in our female participants was found to be higher than in our male participants.

Results: Our participants consisted of individuals between the ages of 18-60, and the depression risk of the entire study group was found to be 43.5%, and the frequency of nomophobia was found to be 96.5%. It was observed that there was a statistically significant but negligibly low relationship between the nomophobia level and the depression score. Cohort studies can be conducted to evaluate the correlation between nomophobia scores and BDÖ-BB scores for primary care.

Keywords: Depression, BDÖ-BB (Beck Protection for Primary Care) Scale, Nomophobia, Nomophobia Scale, Zonguldak

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon Tanımı	3
2.2. Depresyonun Tarihçesi	3
2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	4
2.4. Depresyonun Etiyolojisi	4
2.5. Depresyon İçin Risk Faktörleri	5
2.6. Depresyon Tanısı ve Ayırıcı Tanı	5
2.6.1. Depresyon tanısı	5
2.6.2. Depresyonun türleri	6
2.6.3. Depresyonun ayırıcı tanısı	7
2.7. Depresyon Taramasında Kullanılan Ölçekler	8
2.7.1 Birinci basamakta depresyonun tarama yöntemi	8
2.8. Depresyonun Tedavisi	9
2.8.1. İlaç Tedavisi ve Psikoterapi	9
2.8.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri	9
2.8.3. Kombinasyon Tedavisi	10
2.8.4. ElektroKonvülviz Tedavi(EKT)	10
2.9. Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşım	10
2.10. Psikiyatrik Hastalıkların Önlenmesi	11
2.10.1. Birincil önleme (Primer önleme)	11
2.10.2. İkincil önleme (Sekonder önleme)	11
2.10.3. Üçüncül önleme (Tersiyer önleme)	12
2.11. Bağımlılıklar	12
2.11.1. Teknoloji bağımlılığı	13
2.11.2. İnternet bağımlılığı ve netlessfobi	13
2.11.3. Gelişmeleri kaçırma korkusu ve sosyal medya bağımlılığı	14
2.11.4. Akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi	14
2.12. Nomofobi Epidemiyolojisi	17
2.13. Bağımlılık ve Depresyon	17
2.14. Nomofobi ve Depresyon ile İlgili Araştırmalar	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni	19
3.4. Araştırmanın Örnekleme	19
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	20
3.7. Araştırmanın Veri Kaynakları	20
3.7.1. Veri toplama formları	20
3.7.2. Sosyodemografik özellikler veri formu	20
3.7.3. BDÖ-BB ve Nomofobi Ölçeği	21
3.7.4. Veri toplama formlarının uygulanması	21
3.8. Araştırma Sorularımız	22
3.9. İstatistiksel Analiz	22
3.10. Araştırmanın Bütçesi	23
3.11. Çalışmanın İzinleri	23
4. BULGULAR	24
5.TARTIşMA	32
5.1. Sınırlılıklar	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. KAYNAKÇA	38
8. EKLER	48
EK 1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu ve Gönüllü Olur Formu	48
EK 2. Ölçekler	49
EK 3. Ölçek İzinleri	51
EK 4. Etik Kurul Onayı	52

KISALTMALAR VE SİMGELER

KISALTIMA	AÇIKLAMASI
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BDÖ-BB	Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği
EKT	ElektroKonvülsiv Tedavi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

SİMGELER

SİMGE	AÇIKLAMASI
%	YÜZDE
+	ARTI
-	EKSİ
<	KÜÇÜKTÜR
>	BÜYÜKTÜR
±	ARTI EKSİ

TABLolar DİZİNİ

Tablo Numarası	Tablonun Başlığı	Sayfa Numarası
1	Nomofobi Belirtileri	16
2	Katılımcılarımızın Demografik Özellikler Bakımından Cinsiyete Göre Aralarında Gözlenen Farkların Analizi	26
3	Katılımcılarımızın Demografik Özellikler Bakımından BDÖ-BB Skorlarının Analizi	28
4	Katılımcılarımızın Demografik Özellikler Bakımından Nomofobi Skorlarının Analizi (Hafif ve Orta/Şiddetli)	30

1. GİRİŞ

Nomofobi bireylerin cep telefonu, tablet, bilgisayar gibi teknolojik cihazlardan uzak kaldığında kendisini endişeli ve huzursuz hissetmesi durumudur (1,2). Burada “cep telefonu” ile kast edilen akıllı mobil telefonlardır (Smartphone) (2). Bu huzursuzluk ve endişe durumu İngilizce “no mobile phonephobia” ifadesinin kısaltmasından türetilmiş “nomophobia” ifadesi ile anılmaktadır (3). İlk jenerasyon cep telefonları kişisel telefon ve mesajlaşma amacı ile kullanıldıkları halde, yeni jenerasyon akıllı cep telefonları internet erişimi aracılığı ile sosyal medyaya bağlantı sağlayan, alışveriş yapılan, çeşitli uygulamalar aracılığı ile 7/24 kişinin bütün yaşamını ilgilendiren işlerini görülmesinde yardımcı olan küçük kişisel bir cep bilgisayarı haline gelmiştir (4).

Depresyon kişinin kendisini değersiz, isteksiz, çökkün, mutsuz hissetmesi ve aktivitelerde yavaşlama gibi semptomları olan bir duygudurum bozukluğudur (5).

Depresyon bireyde iş ve aile hayatında işlev kaybına neden olabilen, morbidite ve mortalitesi olan bir hastalıktır. Bu hastalık 350 milyon kişide var olduğu göz önünde bulundurulduğunda sık görülen bir hastalıktır ve intihar da 15-29 yaş arasındaki bireylerde sık görülmektedir (6).

Depresyon tanısında bazı ölçekler yardımcı olarak kullanılmakla birlikte, kesin depresyon tanısı yapılandırılmış hekim görüşmesi ile konulmaktadır. Bu görüşme ise uzun zaman almaktadır. Erişkinlerde kullanılan depresyon tarama testleri arasında Beck Depresyon Ölçeği Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Zung Depresyon Ölçekleri sayılabilir. Erişkinlerde kullanılan bu ölçeklerin hastalar tarafından doldurulma süreleri 20-30 dakika arasında değişmektedir.

Asmler birinci basamakta hastaların çok çeşitli nedenlerle başvurabildiği sağlık kuruluşlarıdır ve asmlerde depresyon riski yüksek hastalar güvenilir ve kısa sürede BDÖ-BB ile tespit edilebilir (7). BDÖ-BB'nin doldurulma süresi 5 dakikanın altındadır (8).

Birinci basamak sağlık bakımının önemli bir yönü zamanın etkin kullanımınıdır. Sekiz saatlik bir iş gününde 30 görüşme yapan bir hekim, görüşmelerini yaklaşık 15 dakika ile sınırlandırmak zorundadır. Bu nispeten kısa zamanda, ülkemizdeki yaygınlığı %10-20'yi bulan ve erişkinlerde rutin olarak taranması önerilen depresyonu ortaya koyabilmek için

birinci basamak hekiminin hızlı ve güvenilir sonuç veren BDÖ-BB'yi kullanması mümkündür (7).

Bu araştırmada, kısa sürede doldurulan, Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erişkinlerde depresyon ön tanısı için iç güvenilirliği ile birlikte duyarlık ve özgüllüğü de yüksek olan BDÖ-BB'nin kullanılması planlanmıştır.

Akıllı mobil telefonlar, getirdikleri kolaylıklara rağmen bilinçsiz kullanıldığında fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır (9). Bu sorunlar arasında sıkça cep telefonunu kontrol etme isteği nedeniyle dikkat dağınıklığı, konsantre olamama, telefonundan ayrı kalamama ve sonucunda ekrana uzun süre bakmaktan dolayı göz hastalıkları, mesajlaşma ve sosyal medya takibi yüzünden insanların asosyalleşmesi, uygunsuz karşılaşmalar nedeniyle yasadışı ortama çekilme olabilmektedir (9,10,11,12). Akıllı cep telefonu kullanımı ile depresif duygu durumu, gerginlik ve bitkinlik şikayetleri arasında bağlantı olduğu bulunmuştur (13). Akıllı cep telefonu bağımlılık skoru yükseldikçe bireyin uyku kalitesi bozulmaktadır (14). Problemlerli telefon kullanımı arttıkça kompulsif satın alma gibi bağımlılıkta görülen davranışlar artmaktadır (15). Problemlerli telefon kullanımı olan bireylerde ruhsal rahatsızlıklar, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulmalar ve davranış problemleri artmaktadır (16).

Nomofobinin DSM-IV tanı kriterleri arasında yer alması gerektiğine dair görüşler henüz konu hakkındaki bilgi birikiminin, bu durumu bir hastalık olarak sınıflandırma konusunda yetersiz olması nedeniyle kabul görmemektedir (4). Nomofobi daha çok problemlerli davranış olarak değerlendirilmektedir (4).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Tanımı

Depresyon denildiğinde, bireyin kendini üzgün, mutsuz ve umutsuz hissetmesi ve beraberinde kendi yaşamı için gereken fonksiyonelliği kaybetmiş olması kast edilmektedir. Depresyonun yaşam boyu görülme oranı %1,5 ile %19 arasında olduğundan doğru tanı koyulamadığı ve tedavi edilmediğinde yüksek morbidite ve mortaliteye yol açar. Özellikle çalışan popülasyonda ciddi iş gücü kaybı ve mali kayıplara neden olduğunu görmekteyiz (17).

Depresyonu var olan kişilerin büyük çoğunluğu birinci basamağa başvurur. Bundan dolayı depresyonun tanısı, tedavi ve izlemi birinci basamak hekimleri için çok önemlidir (18).

2.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon kelimesinin kökeni “depress”olup Latince “depressus” tan gelir. Eski çağlardan beri depresyon ve benzeri psikiyatrik hastalıkları tanımlandırma ve sınıflandırma uğraşısı vardır. Bu konuda bazı bilgilere Sümer ve Mısır kaynaklarında yer verilmiştir.

İlk defa eski Yunan’da Hipokrat ekolü, insanların duygularıyla alakalı kan, sarı safra, kara safra, lenf olarak 4 tane sıvının var olduğunu belirtmiş ve “kederli durum uzun sürerse melankolidir” diyerek depresyonu rahatsızlık olarak ele almıştır (19). Sonrasında Celcus, Vesalius, Burton ve Galen gibi isimler depresyonla alakalı çalışmalar yaparak katkıda bulunmuşlardır (20).

Celsus (M.S. 100’li yıllar) beyin ve merkezi sinir sisteminin yapı olarak birbirine yakın olduğunu ifade etmiştir. Galenos (M.S. 131-201) melankolinin gelişimini, hastalığa yatkın kişilik yapısında, beynin ve iç salgı bezlerinin işlevsel bozukluklarına bağlamıştır (21).

Burton 1621 yılında yazmış olduğu “Melankolinin Anatomisi” adlı eserinde, depresyonu olan bireylerin emosyonlarını, düşüncelerin ve kişilerin içinde bulunduğu

durumdan duyduğu rahatsızlıklarını dile getirmiştir (22). İlerleyen zamanlarda (16-17. yüzyıl) çalışmalarını en iyi tanımlayan ifade, depresyonun etiyolojisi konusunda Vesalius'un "melankoli beyin veya bir başka organın tümöründen kaynaklanır" görüşüdür (23).

Depresyonun tanımı günümüzde kullanılan şekline on dokuzuncu ve yirminci yüzyıllarda çeşitli bilim adamlarının katkılarıyla ulaşmıştır (24). Günümüze doğru yaklaşıldığında ise, ilk olarak 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Derneği depresif duygudurum bozukluğu için tanı ölçütlerini DSM kısaltmasıyla adlandırılan yayınlarda bildirilmiştir. Belli zaman aralıklarıyla bu sınıflandırma gerektiğinde revize edilmektedir. DSM-5'te depresyon tanı kriterleri son olarak 2013 yılında detaylı bir şekilde tanımlanmıştır (25).

2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Ruhsal hastalıklar arasında depresyonun tüm dünyada en yaygın görülen psikiyatrik rahatsızlık olduğu bilinmektedir. Her yaş grubunda görülebilir fakat daha çok 25-44 yaş grubu aralığındaki bireylerde yani genç erişkinlerde sıklıkla görülebilmektedir (26).

Her 5 kadından ve her 10 erkekten biri yaşamının belli bir döneminde depresif bozukluk yaşar (19). Epidemiyolojik verilere göre herhangi bir yılda kadınların %13'ü, erkeklerin %8'inin depresyonda olduğunu görmekteyiz (27,28,29).

2.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun neden kaynaklandığı bilinmemekle birlikte çok sayıda faktörün depresyonun gelişiminde rol aldığı aşikardır. Etiyolojide psikolojik, genetik ve biyolojik faktörler rol alır ve bu üç faktör birbiriyle ilişkili olduğundan depresyonun gelişiminde tek ve kesin bir nedenden bahsetmek mümkün değildir (30).

2.5. Depresyon İçin Risk Faktörleri

Majör depresyonunun risk etkenleri arasında kadın olmak, ailede depresyon öyküsü varlığı, gebelik, yaşamın stresli olması, genetik faktörler, ailenin işlevselliğindeki bozuklukları erken yaşlarda maruz kalınan olumsuz yaşam olayları, bağımlı ve obsesif kişilik özellikleri, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık varlığı, sosyal destek yoksunluğu, 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz olmak, bekar ya da dul olmak sayılabilir. Bu etkenler aynı zamanda hastalığın seyrini de olumsuz yönde etkiler (31).

Sigara bağımlılığı ciddi fiziksel sorunlara sebep olmasının yanı sıra depresyon riskini de artırır ve sigarayı bırakmayı deneyip başarısız olan kişilerde depresyon riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (32).

Bireylerin ortaya çıkan kronik hastalıklarının depresyona eşlik etmesi uzun süreli olarak depresyon tedavisine uyumu güçleştirir ve aynı zamanda kronik hastalık sürecinde de bireylerde depresyon gelişme sıklığı artar (33).

2.6. Depresyon Tanısı ve Ayırıcı Tanı

2.6.1. Depresyonun tanısı

Depresyon belirtileri çoğu insanda farklı zamanlarda görülebilir. Görülen bu belirtilerin bireyin işlevselliğini bozuyor olması ve geçici olmaması gereklidir. Depresyon tanısı, hastayla klinik görüşme sırasında DSM-5'teki semptomlar kullanılarak konulur ve DSM-5 kriterleri aşağıdaki gibidir (34):

A. İki haftalık bir dönem süresince, aşağıdaki semptomlardan en az beşinin ya da daha fazlasının bulunması ve önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi kaybı ya da zevk alamama olması,

1. Depresif ruh hali; üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi; neredeyse her gün
2. İlgi ve zevk kaybı; neredeyse her gün

3. İştah kaybı ya da kilo değişikliği; neredeyse her gün
 4. Psikomotor gerileme veya ajitasyon; neredeyse her gün
 5. Yorgunluk, enerji kaybı; neredeyse her gün
 6. Dikkati toplayamama; neredeyse her gün
 7. Değersizlik veya suçluluk düşünceleri; neredeyse her gün
 8. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri; neredeyse her gün
 9. Uykusuzluk veya aşırı uyuma; neredeyse her gün
- B. İşlev kaybı vardır.
- C. Semptomlar madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.
- D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir manik veya hipomanik dönem yoktur.

2.6.2. Depresyonun türleri

Depresyon terimi tek başına kullanıldığında majör depresif bozukluk kast edilir (34). Depresyon tek başına bir hastalık değildir ve farklı hastalıklardan oluşan bir hastalık grubudur (35).

DSM-IV'e göre depresyon başlığı altındaki hastalıklar şunlardır:

1. Majör depresif bozukluk.
2. Distimik bozukluk.
3. Bipolar bozukluktaki depresyon.
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon.
5. Depresyonlu uyum bozukluğu.
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk.

Depresyon terimi tek başına kullanıldığında majör depresif bozukluk kast edilir (34).

Diğer hastalıklarla birliktelik:

Kupfer depresyonun nüksedebileceğini ve kronikleşebileceğini söylemiştir ve ilk döngüden sonra yaklaşık %75-80 civarında nüks olduğunu belirtmiştir. Anksiyete bozukluklarında depresyon riski yüksektir. Parkinson hastalığı ve Alzheimer hastalıkları, epilepsi, migren, inme gibi nörolojik hastalıklarda depresyon yüksek oranda bulunur.

Primer uyku bozuklukları depresyon riskini yükseltir (28). Alkol ve maddenin kötüye kullanımıyla depresyon arasında yüksek sıklıkta birliktelik vardır (22). İnfluenza, aids gibi viral hastalıklar, diyabetes mellitus ve guatr gibi endokrin bozukluklar, romatoid artrit, kanserlerde depresyon riski artmaktadır. Histerektomi, sterilizasyon, transplantasyon gibi cerrahi müdahaleler sonrasında da depresyon sıkça görülebilmektedir (28).

2.6.3. Ayırıcı tanı

Hastaya tanı konulmadan önce medikal hastalığı olup olmadığı, ilaç veya madde kullanımına ikincil gelişen bir durum olup olmadığı gibi hastalığın altında yatan nedenlerin olabileceği unutulmamalıdır.

Depresyonda görülen belirtilerin eşlik edebileceği hastalıklar arasında yas reaksiyonu, demans, şizofreni, bipolar bozukluk gibi ruhsal problemler sayılabilir. Ayrıca miyokart enfarktüsü, mitral valv prolapsusu, hipertansiyon gibi kardiyolojik problemler, hipotroidi, hipertroidi gibi endokrin rahatsızlıklar da depresif bulgularla seyredebilir. Bunların yanı sıra birçok nörolojik hastalık, gastrointestinal hastalık, neoplastik hastalık, enfeksiyöz hastalık, romatolojik hastalık varlığında depresyon eşlik etme ihtimali yüksektir. Beslenme yetersizliklerinde (demir eksikliği, folat, b12 gibi) depresif bulgular kolayca görülebilir (36). İlaç ve madde kullanım durumlarına sekonder olarak depresyon görülebilir. İlaç kullanımına örnek olarak steroidleri ve madde kullanımına örnek olarak uyuşturucu kullanımını verebiliriz.

2.7. Depresyon Taramasında Kullanılan Ölçekler

Depresyon taramasında farklı yaş ve gruplarda kullanılabilen çeşitli ölçekler mevcuttur. Bu ölçekler doktorun hastaya uyguladığı veya hastanın kendisine uyguladığı ölçekler olarak iki çeşittir. Doktorun hastasına yüz yüze uyguladığı ölçeklere örnek olarak Hamilton Depresyon Derecelendirme ölçeği, Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği; hastanın kendi kendine uyguladıkları ölçekler arasında Beck Depresyon Ölçeği ve Zung Depresyon Anketi örnek olarak verilebilir. Bunların dışında çocuklar için ve geriatrik grup için özel olarak geliştirilmiş ölçekler de bulunmaktadır. Özel tıbbi durumlarda kullanılan Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği gibi ölçekler de vardır (25, 37).

2.7.1. Birinci basamakta depresyonun tarama yöntemi

Birinci basamakta depresyonu taramada kullanılacak hızlı bir tarama ölçeği Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği'dir. BDÖ-BB; üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini değerlendirerek yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Kullandığı başlıklar DSM-4'e göre majör depresif bozukluğu yansıtan Beck Depresyon Ölçeği'nden alınmıştır. BDÖ-BB hastalara verilirken DSM-4 ölçütlerini karşılayabilmek için 'bugün dahil son 2 hafta içindeki duygu durumları' sorulur. BDÖ-BB aracılığı ile aile sağlığı merkezlerinde hızlı şekilde depresyon taraması yapılabilir.

2.8. Depresyonun Tedavisi

Major depresyonda doğru tedavi yöntemleri kullanıldığında kür sağlanabilmektedir. Tedavinin hedefi hastalık süresini azaltmak (çoğunlukla 4 ve 6 hafta kadar bir süre), nüksleri önlemek, fonksiyonelliği normalleştirmek ve morbidite mortalite oranlarını

düşürmektir. Depresyonun tedavi yöntemleri arasında ilaç tedavisi, psikoterapi, egzersiz uygulama, kombinasyon tedavileri ve ElektroKonvülviz Tedavi (EKT') dir (35).

2.8.1. İlaç tedavisi ve psikoterapi

Majör depresyonun tedavisinde antidepresanlar kullanılır. Tedavi başlandığında 6 8 hafta içerisinde tedaviye yanıt alınmalıdır. Antidepresan tedavinin hastanın psikolojik durumunun düzelttiği ve nüksü engellediği gözlemlenmiştir. Tedaviye düşük dozlarda başlanıp kademeli olarak artırılmalıdır.

Tedaviye yönelik etkin bir planlama yapılmalıdır. İlk atakta en az 6 ay ikinci bir atakta ise 2 yıl boyunca ilaç tedavisi uygulanmalıdır. Tedavi boyunca özellikle alkol kullanımından uzak durulmalıdır (38).

Şiddetli depresyon tedavisinde ilaç tedavisi kesin verilmesi gerekse de hafif şiddetteki major depresyon bozukluğunda tek başına psikoterapi uygulanması yeterli olabilmektedir. Araştırmalarda psikoterapinin, depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların etkisini artırdığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte psikoterapi ve farmakoterapi beraber uygulanmasının; depresyon tedavisinde kullanılan en etkili yöntem olduğu, yapılan birçok araştırmalarda gösterilmiştir (30).

2.8.2. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler kapsamında egzersiz yapılması tek başına bile bazı durumlarda ilaç tedavisinden daha pozitif sonuçlar verebilmektedir. Meditasyonla ilgili aktivitelerin de kognitif terapiye katkıda bulunduğu ve depresyon nüksünü azalttığı görülmüştür.

Ayrıca arkadaş desteği, düzenli beslenme, değişik gevşeme uygulamaları, zevk veren faaliyetlerle ilgilenme, başarılabilir değişik hedefler tespit etme gibi durumlar da majör depresyon tedavisinde destekleyici olmaktadır (39).

2.8.3. Kombinasyon tedavisi

Orta ve şiddetli depresyon sırasında ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi önerilmektedir. Uygun tedaviye rağmen yeterli cevap alınamamış hastalarda da ilaç ile birlikte psikoterapi faydalı olmaktadır. Birçok araştırma ilaç tedavisine eklenen psikoterapinin hastalığın nüksünü azalttığını ve işlevselliği artırdığını göstermektedir (40).

2.8.4. Elektrokonvülviz tedavi(Ekt)

Yaklaşık %90 oranında başarısı bulunan ve en etkin tedavi yöntemi olmasına karşın yan etkileri nedeniyle antidepresanlara cevap vermeyen veya oral alımı olmayan hastalar için kullanılmaktadır. Yan etki olarak amnezi, kas ağrıları ve postiktal konfüzyon gözlemlenebilmektedir (41).

2.9. Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşım

Dünyadaki birçok ülkede tedavi edilebilecek psikiyatrik sorunu olan her 3-4 kişiden birinin, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurduğu bilinmektedir (42). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran tüm hastaların ise %15-40'ının en az bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu görmekteyiz (43).

Bir araştırma sonuçlarına göre ülkemizde erişkinlerde psikiyatrik rahatsızlık görülme oranı %15,4'tür. Fakat tedavi için başvuru sıklığı bu oranın yaklaşık üçte biri kadar olup %4,7'dir. Ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyan hastaların %39'u psikiyatri uzmanına başvururken, %33'ü diğer uzman hekimlere, %21'i ise birinci basamak hekimlerine başvurmaktadır (44).

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesi ilk olarak 1978 AlmaAta Bildirgesi'nde önerilmiştir (36). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) 2008 yılında ortaklaşa hazırladıkları Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Bildirgesi'ne göre toplumda yaygınlığı her geçen gün artan ruhsal

bozukluklara erken tanı konulması ve hastanın alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) tedavi edilmesi en uygun yaklaşım olarak benimsenmiştir (45).

2.10. Psikiyatrik Hastalıkların Önlenmesi

Psikiyatrik hastalıkların önlenmesi birincil (primer), ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) olmak üzere üç şekilde olabilir:

2.10.1. Birincil önleme

Hastalık oluşmadan önce alınması gereken önlemleri içerir. Hedefimiz risk faktörlerini tanımlayarak yok etmek ve bireylerin hastalıklara karşı güçlü olmayı sağlamaktır. Bu şekilde yeni hastaların oluşmasını önlemektir (42).

Stresle baş etme eğitimleri, sigara-alkol ve madde bağımlılığının zararları hakkında eğitimler primer önlemeye örnek olarak gösterilebilir (30).

2.10.2. İkincil önleme (Sekonder önleme)

Hastalık bireylerde klinik depresyon gelişmeden önce semptom vermeden ilerlemesini durdurmayı amaçlar. Erkenden tanı konulması ve tedavi verilmesiyle psikiyatrik rahatsızlıkların sıklığının azaltılması hedeflenir. Depresyonda ikincil önleme programı, aile hekimlerine herhangi bir nedenle başvuran tüm hastaların depresif semptomlar bakımından sorgulanması yolu ile gerçekleştirilir (46,47). Böylece bireylerde klinik depresyon gelişmeden önce tanı ve tedavi uygulaması başlatılabilir. Bu amaçla riskli bireylere tarama programları uygulanır.

Depresyon belirtilerinin taranmasıyla risk taşıyan bireylerin hastalığa yakalanmamasını sağlamak örnek olarak verilebilir (42).

2.10.3. Üçüncül önleme (Tersiyer önleme)

Mevcut hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu ile yeti kaybını azaltmak, işlev kaybını azaltmak, hastalığın tekrar oluşmasını önlemek ve kişiyi topluma kazandırmak hedeflenir. Özellikle şizofreni gibi ciddi psikiyatrik rahatsızlıklarda tersiyer koruma önemlidir (42).

2.11. Bağımlılıklar

İnsanlar doğaları gereği eşyalara, davranışlara ve zevk veren duygulara yoğun bir yönelim göstermekte ve bunlarla tekrar tekrar karşılaşmaktan heyecan duyarlar. Bu durum bağımlılık kavramını oluşmasına zemin hazırlamıştır. Bağımlılık, “tiryakilik”, “iptila”, “alışkanlık” gibi kelimelerle ifade edilebilir (48).

Eskiden beri insanlarda alkol, tütün, uyuşturucu madde kullanmak ve kumar oynamak gibi bağımlılıklardan bahsedilmekteyken günümüzde hızla gelişen teknolojinin sunduğu imkanlara bağlı olarak bağımlılıklar arasına aşırı teknoloji kullanımı da eklenmiştir (49).

Bağımlılık; tolerans gelişiminin olduğu, kişiyi psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak bireyi negatif etkileyen ve negatif etkilemesine rağmen bireylerin kullanmaya devam ettiği, tekrarlamalarla seyredilen kronik bir beyin hastalığıdır (50). Farklı bir tanımla bağımlılık, bir maddenin olması gereken amaç dışında kullanılması ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucunda da gittikçe daha fazla kullanılması, sonrasında insan hayatında problemlere neden olmasıdır. Bağımlı olunan madde ve işlevlerin yerine getirilmemesi ise bireylerde yoksunluk durumunu oluşturur (51).

Ebeveyne güçlü bağlanmanın stresle baş etmede önemli bir etken olduğu (52) ve internet kullanım gereksinimini azalttığı belirtilmektedir (53). Böyle bir bağa sahip olan kişilerin özsaygılarının yüksek, sosyal becerilerinin daha iyi olduğu ve genel olarak internete ve özel olarak sosyal medyaya bağımlı olma risklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir (54, 55).

2.11.1. Teknoloji bağımlılığı

Teknolojik aletlerin kullanımı sürekli gelişmekte olan teknoloji ile birlikte hayatımızda önemli bir yer kaplamaktadır (56, 57). Türkiye’de problemlili internet bağımlılığı daha çok gençlerde görülmektedir. Z kuşağı, hayatının büyük bir kısmını internet ve teknolojik araçlara maruz kalarak geçirmekte olduğundan gençlerde teknoloji bağımlılığı daha sık görülmektedir (58). Her bağımlılıkta olduğu gibi teknoloji bağımlılığı olan bireylerin teknolojik cihazlara ulaşamadıklarında bireylerde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (59).

2.11.2. İnternet bağımlılığı ve netlessfobi

İngilizce’de “Netlessfobia” olarak tanımlanan bu kavram, Türkçe’ye “İnternetsiz Kalma Korkusu” olarak çevrilmiştir. Netlessfobi, interneti aşırı kullanan bir kişinin internetin bulunmadığı bir ortamda duramaması ve yoksunluk benzeri huzursuzluk hissetmesidir (60).

Kişilerin internette geçirdikleri süreyi kontrol altına alamamaları nedeniyle internet bağımlılığı oluşmaktadır (61). İnternet bağımlısı olan kişilerde internetten uzak duramama, internette sürekli vakit geçirme ve internetten ayrılamama, geçen sürenin farkına varamama, internet kullanımı ile ilgili obsesyonlar ve dürtüsel davranma gibi durumlar görülmektedir (62, 63).

Bir çalışmada internet bağımlılığının depresyon gibi durumları ortaya çıkardığı görülmüştür (64).

2.11.3. Gelişmeleri kaçırma korkusu ve sosyal medya bağımlılığı

Sosyal medya günümüzde insanların çeşitli sosyal ihtiyaçlarını karşılayan bir kaynak haline gelmiştir. Sosyal medya en büyük haberleşme araçlarından olup oyundan iletişime birçok şeyi içerisinde barındırır (65). Bağımlılık sosyal medya sitelerinin aşırı kullanımıyla

ortaya çıkar (66). Van den Eijnden ve diğeri (2016) sosyal medya bağımlılığını; sosyal medyada fazlaca vakit geçirme, sürenin kontrol edilememesi, erişimin olmadığı durumlarda fiziksel ve duygusal huzursuzluk hissetme ve sosyal ilişkilerin zarar görmesi, gelişmeleri takip edememe ve gelişmeleri kaçırma korkusu olarak ifade etmektedir (67). Bu tür bağımlılığı olan bireyler “Acaba bir şey kaçırdım mı, şu an sosyal medyada neler konuşuluyor?” kaygısı ile devamlı kullandığı cihazları kontrol ederler (66). Bu korkuyla yaşayan kişilerin kendilerini yalnız hissettikleri görülmüştür (68). Ayrıca bu korkuyla yaşayan kişilerin sosyal medyada en az 7 saat vakit geçirdikleri saptanmıştır (69).

2.11.4. Akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi

Cep telefon kullanımı 2005'ten bu yana dünyada giderek artarak cep telefon abone sayısı 2005'te 2,2 milyar iken 2010 yılında bu sayı 5,29 milyara yükselmiştir. Cep telefonu kullanımı her 100 kişiye düşen abonelik sayısı 2005 senesinde 33,9 iken bu sayı 2010'da 76,6 olmuştur (70). Türkiye İstatistik Kurumu haberleşme istatistikleri verilerine göre sabit telefon abone sayısı 2004 yılından sonra giderek azalırken, cep telefonu abone sayısı ise yıllar içerisinde artmaktadır (71).

Sadece iletişim aracı olarak kullanılan cep telefonları internet ve birçok özelliği içerisinde barındırır (72,73). Günümüzde akıllı telefon kullanımının oldukça yaygın olduğunu görmekteyiz. Çalışmalarda akıllı telefon kullanımının beyinde dopamin artışına bağlı mutluluk oluşturması nedeniyle telefon ile vakit geçirme miktarının arttığı gösterilmiştir. Kişinin telefonuna bildirim gelmesi dopamin salınımını tetikler, mutluluk hissi verir ve kişi daha da bağımlı olur (74).

Akıllı telefonların aşırı kullanımının yaygınlaştığı günümüzde, bu cihazlardan yoksun kalma korkusu anlamına gelen nomofobi terimi ortaya çıkmıştır. Nomofobi kısaltmasıyla literatüre giren (No Mobile Phone Phobia) terim ise akıllı cep telefonu bağımlılığı olarak bilinmektedir. Nomofobi kısaca akıllı telefon bağımlılığıdır. Bireyin akıllı telefonundan uzak kaldığında akılcı olmayan endişe ve korku yaşaması olarak ifade edebiliriz (1,3).

Bu tanım ilk kez İngiltere’de yapılan bir çalışmada ortaya konmuştur ve 18-25 yaş grubunun daha ileri yaş gruplarına oranla daha nomofobik olduğu görülmüştür (75). Üniversite öğrencilerinde kadınların erkeklere oranla daha çok nomofobik tavırlar sergilediği gösterilmiştir. Kişiler üzerindeki stres kaygı endişe gibi olumsuz özellikleri düşünülerek nomofobinin DSM-5’e ayrıca eklenmesi gerektiği söylenmiştir. Nomofobi belirtilerini Tablo 1’de görüldüğü şekilde açıklamışlardır (76).

Tablo 1. Nomofobi Belirtileri

1-Günün büyük bir bölümünü akıllı telefonla geçirme, sürekli şarjı kontrol etme
2-Akıllı telefonda uzak kalma durumunda, şarj veya kontör bitmesi, telefonu bulamama gibi düşüncelerin bireylerde kaygı oluşturması
3-Akıllı telefon kullanımının mümkün olunmadığı mekan ve yerlerden uzak kalmak
4-Sürekli olarak bildirim, mesaj gelme durumunu kontrol etmek
5-Akıllı telefon için büyük masrafa girmek veya aşırı borçlanmak
6-Uyurken dahi akıllı telefonunu açık ve yakınında tutmak
7- Yüz yüze konuşmanın kaygı oluşturması nedeniyle dijital araçları kullanarak iletişim kurmak

Akıllı telefonlar eğitim, iş, alışveriş alanlarında kolaylık sağlamasına rağmen aşırı kullanılmasından dolayı bazı sorunlara neden olmaktadır (77).

Hindistan’da 1500 akıllı telefon kullanıcısıyla yapılan bir çalışmada kişilerin akıllı telefonlarından uzak kalmaları sonrasında, nefes darlığı, titreme, taşikardi, panik atak vb. durumlar yaşadıkları bildirilmiştir (78). Yıldırım ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %42,6’sında nomofobik davranışlar

gözlenmiştir. Düşük benlik algısı olan bireylerin daha fazla nomofobik olduğu ortaya çıkmıştır (80).

Nomofobik olan kişilerde yorgunluk, stres, baş ağrısı, aynı zamanda bel ve boyun ağrıları görülmektedir (81).

Nomofobi varlığı ve seviyesinin ölçülmesi nomofobi ölçeği sayesinde mümkün olmaktadır. Ölçek 20 sorudan oluşun ve her bir soruya 1 ve 7 arasında katılma derecesini bildiren bir ölçektir. Tüm soruların toplam puanı 20 ve 20'den düşük değerler nomofobi olmadığını, 21'den 59'a kadar olan değerler hafif nomofobi seviyesini, 60'dan 99'a kadar olan değerler orta şiddette nomofobi seviyesi ve 100'den 140'a kadar olan değerler aşırı şiddetli nomofobi düzeyi olarak değerlendirilmelidir (79).

2.12. Nomofobi Epidemiyolojisi

Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu verilerine göre, Türkiye' de toplam 90,6 milyon mobil abone vardır (82). Akıllı telefondan internet hizmeti alanların oranı ise 69 milyon kadardır. Deloitte'un (2018) "Global Mobil Kullanıcı Araştırmasına" göre, Türkiye'de her 5 kişiden 4'nün telefonunu kontrol ettiği ortaya çıkmıştır. Birçok kişide telefondan uzak kalamama fark edilmeden fobi özellikli bir bağımlılığa dönüşmüştür (83).

2.13. Bağımlılık ve Depresyon

Anksiyete ve depresyon olan kişilerde internet bağımlılığının fazla olduğu görülmüştür (84). Depresif kişiler daha fazla internete yönelip daha izole bir hayat yaşayarak daha da depresif hale gelmektedir (59).

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada depresyon düzeyi fazla olan kişilerin daha çok akıllı telefon kullandığı tespit edilmiştir (86).

Türkiye'de diğer yaş gruplarına göre gençlerde internet bağımlılığı daha sıktır (59).

2.14. Nomofobi ve Depresyon ile İlgili Araştırmalar

Augner ve Hacker (2012) üniversite öğrencilerinde sorunlu akıllı telefon kullanımıyla kronik stres, duygusal labilite, kadın cinsiyet, genç yaş, depresyon ve içedönük kişilik yapısının ilişkili olduğunu bulunmuştur. Araştırmanın sonucunda problemlı telefon kullanımıyla kronik depresyon düzeyi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bununla birlikte kadınların problemlı cep telefonu kullanımı erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür (86)

Kim, Seo ve David'in 395 öğrenci üzerinde problemlı akıllı telefon kullanımıyla depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmada, depresyon düzeyi yüksek olan öğrencilerin olumsuz duygularını azaltmak için daha fazla akıllı telefon kullandıkları görülmüştür. Bu çalışmada depresyon düzeyi yüksek olan öğrencilerin yüz yüze iletişim yerine telefonla iletişimi tercih ettikleri ortaya çıkmıştır. Bu durum dolayı bu bireylerin problemlı akıllı telefon kullanımlarının artırabilmektedir (87).

Demirci, Akgönül ve Akpınar ise düşük, orta ve yüksek düzeyde akıllı telefon kullanan üniversite öğrencilerinin akıllı telefon kullanımlarıyla uyku kaliteleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye baktıklarında depresyon, anksiyete düzeyi ve günlük işlevsizliğin akıllı telefon kullanımı yüksek olan grupta düşük olan gruba oranla daha fazla olduğunu görmüşlerdir. Akıllı telefon kullanımı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulmuşlardır (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran sağlıklı yetişkin bireylerde nomofobi (Cep telefonsuz kalma korkusu) düzeyleri ile depresif semptom skorları arasındaki muhtemel ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmış olan kesitsel-tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi (ZBEÜ) Aile Hekimliği Polikliniği ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Obezite ve Diyabet Uygulama ve Araştırma Merkezi (OBDİM) Aile Hekimliği Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, 01 Mayıs 2023-31 Temmuz 2023 tarihleri arasında ZBÜH ve OBDİM Aile Hekimliği Polikliniklerine başvurusu olan sağlıklı yetişkinlerden oluşmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, 01 Mayıs 2023-31 Temmuz 2023 tarihleri arasında SUAM ve DOUAM Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvurmuş, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler arasından gelişigüzel seçilen ardışık 200 birey oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya kabul edilme kriterleri, literatür incelemelerden sonra araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Bunlar;

- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme
- Soruları cevaplamaya engel bir durumu olmama
- 18-60 yaş arasında olmak
- Türkçe okuma ve yazmayı bilme

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeme
- Soruları cevaplamaya engel bir durumu olma
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmak
- Türkçe okuma ve yazmayı bilmemek

3.7. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

3.7.1. Veri toplama formları

Araştırma için kullanılan hiçbir formun üzerinde katılımcıya ait kimlik bilgileri verilmemiştir. Bunun yerine araştırmacı tarafından verilen rumuzlar kullanılmıştır. Rumuzların hangi katılımcıya ait olduğunu bildiren bir liste, geçerlik ve güvenirlilik çalışmasında kullanılmak üzere kayıt altına alınmıştır.

3.7.2. Sosyodemografik özellikler veri formu

Sosyodemografik veri formu, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış 11 adet çoktan seçmeli ve açık uçlu sorudan oluşmaktadır (Ek -1). İlk 11 soru bireylerin

yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, çocuk sahibi olma, ikamet edilen yer, çalışma durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımını içeren çoktan seçmeli sorulardır.

3.7.3. BDÖ-BB ve Nomofobi Ölçeği

BDÖ-BB hastalara verilirken DSM-4 ölçütlerini karşılayabilmek için 'bugün dahil son 2 hafta içindeki duygu durumları' sorulur. Beck Depresyon Ölçeği'nden yararlanılarak geliştirilmiş olan BDÖ-BB aracılığı ile aile sağlığı merkezlerinde hızlı şekilde depresyon taraması yapılabilir. BDÖ-BB 7 sorudan oluşan ve cevapları dörtlü Likert tipinde derecelendirilen bir ölçektir. BDÖ-BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Kesme puanı 4 olup %93 duyarlılık ve %94 özgüllük olacak şekilde aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde majör depresyon bozukluğunu ayırt etmede azami klinik etkinlik göstermiştir (7).

Nomofobi varlığı ve seviyesinin ölçülmesi nomofobi ölçeği sayesinde mümkün olmaktadır. Ölçek 20 sorudan oluşan ve her bir soruya 1 ve 7 arasında katılma derecesini bildiren bir ölçektir. Tüm soruların toplam puanı 20 ve 20'den düşük değerler nomofobi olmadığını, 21'den 59'a kadar olan değerler hafif nomofobi seviyesini, 60'dan 99'a kadar olan değerler orta şiddette nomofobi ve 100'den 140'a kadar olan değerler aşırı şiddetli nomofobi olarak değerlendirilmelidir (63).

3.7. 4. Veri toplama formlarının uygulanması

Anket formları, katılımcıların mahremiyetlerinin sağlandığı uygun koşullar altında uygulanmıştır. Uygulama sırasında, katılımcılara forma isim ve soy isim yazılmayacağı, formun nasıl doldurulacağı, formun kapalı olarak teslim alınıp, diğer formlar arasına karıştırılacağı bilgisi verilmiştir. Bilgilendirmenin ardından, katılımcıların formu bireysel olarak cevaplaması sağlanmıştır. Araştırmacı formun doldurulması esnasında, katılımcı ile aynı ortamda ancak formu görmeyeceği uzaklıkta bulunmuştur. Veri toplama formlarının cevaplanma süresi ortalama 5-10 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırma Sorularımız

1. BDÖ-BB puan dağılımları nasıldır?
2. BDÖ-BB puanlarına etkili olan demografik özellikler var mıdır?
3. Nomofobi düzeyi puan dağılımları nasıldır?
4. Nomofobi düzeyi puanlarına etkili olan demografik özellikler var mıdır?
5. Katılımcıların nomofobi düzeyleri ile Birinci Basamak İçin Depresyon Tarama Ölçeği puanları arasındaki ilişki nasıldır?

3.9. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizleri paket istatistik programıyla yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ya da tek yönlü varyans analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığı taktirde Mann Whitney-U ya da Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında gerekli olması durumunda Pearson ki-kare, Yates düzeltmeli ki-kare ya da Fisher kesin ki-kare testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman veya Pearson korelasyon katsayıları ile değerlendirilmiştir. Pearson ve Spearman korelasyon katsayılarının 0,00-0,19 arasındaki değerleri önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişkiyi, 0,20-0,39 arası değerleri zayıf ilişkiyi, 0,40-0,69 arası değerleri orta düzeyde ilişkiyi, 0,70-0,89 arası değerleri kuvvetli ilişkiyi ve 0,90-1,00 arası değerleri çok kuvvetli ilişkiyi göstermektedir. Pozitif işaretili korelasyon katsayıları değişkenlerin birlikte artıp azaldığını, negatif işaretili korelasyon katsayıları ise değişkenlerden biri artarken diğerinin azaldığını göstermektedir (19). Test-Tekrar test puanlarının karşılaştırılmasında eşleştirilmiş gruplarda bağımlı örneklem t testi kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel karşılaştırmalarda p değeri 0.05'in altında bulunduğunda gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır.

3.11. Çalışmanın İzinleri

Çalışmanın etik kurul onayı ZBEÜN Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 05.04.2023 tarih ve 2023/07 sayılı kararı ile alınmıştır.

Çalışmanın hastanemizde uygulanabileceğine dair onayı 25.12.2023 tarih ve 69967613-900-394963 sayılı kararı ile ZBEÜN Rektörlüğü'nden alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamız %60,5'i (n=121) kadın, %39,5'i (n=79) erkek olmak üzere 200 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarımız 18-60 yaş aralığındaki bireylerden oluşmuş ve tüm çalışma grubunun yaş ortalaması $34,8 \pm 10,8$ olarak bulunmuştur. Kadın katılımcıların yaş ortalaması $22,7 \pm 0,9$, erkek katılımcıların yaş ortalaması $38,1 \pm 1,2$ olup kadın katılımcıların yaşları normal dağılırken, erkek katılımcıların yaşları normal dağılıma uymamaktadır. (Kolmogorov-Smirnov testi sırasıyla $p < 0,01$, $p = 0,164$). Kadın katılımcılarımızın yaş ortancası 30 (min=18, max=60), erkek katılımcılarımızın yaş ortancası 38 (min=18, max=58) olup kadınların erkeklerden 8 yaş daha genç oldukları bulunmuş ancak aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,051$, Mann-Whitney U testi).

Çalışmaya katılan bireyler içerisinde 84 kişi (%42) hiç evlenmemiştir. Evlenip boşanmış olan 11 kişi ve halen evli olan 105 katılımcı başlarından en az bir evlilik geçmişi olan bireyler şeklinde tek bir grup içerisinde değerlendirmeye alınmışlardır (n=116, %58).

Katılımcılarımız arasında ilkökul (n=17 %8,5) ve ortaokul (n=7 %3,5) mezunu olan bireylerin az sayıda olması nedeniyle karşılaştırmalar sırasında ilkökul, ortaokul, lise (n=60 %30) mezunu olan bireyler tek bir grup halinde değerlendirmeye alınmıştır (n=84 %42). Benzer şekilde katılımcılarımız arasında yüksek lisans (n=15 %7,5) ve doktoralarını (n=1 %0,5) tamamlamış bireylerin de az sayıda olması nedeniyle yüksek lisans, doktora ve üniversite (n=100 %50) mezunu olan bireyler tek bir grup halinde değerlendirmeye alınmıştır (n=116 %58).

Çalışmaya katılan kişilerin %44'ü (n=22) herhangi bir işte çalışmadığını, %4'ü (n=8) emekli, %72'si (n=144) ise aktif olarak gelir getiren bir işte çalıştığını belirtmiştir. Emekli olan kişiler (n=8) 'çalışmıyor' kategorisinde incelenmiştir. Katılımcılarımızdan 4 kişi de bu soruya cevap vermemiş olduğundan istatistiksel analizlere dahil edilememişlerdir. Sonuç olarak herhangi bir işte çalışmayan 52 (%26) ve halen çalışmakta olan 144 (%72) katılımcı iki grup halinde değerlendirmeye alınmıştır.

Katılımcılarımızın meslek dağılımı ise öğrenci 36 (%18,0), hekim 31 (%15,5), memur 51 (%25,5), işçi 6 (%3), ev hanımı 24 (%12), personel 3 (%1,5), güvenlik 1 (%0,5),

öğretmen 6 (%3), özel sektör 27 (%13,5), işsiz 1 (%0,5) olarak dağılım göstermiştir. Meslek dağılımı öğrenciler ve işsiz olarak işaretleyen katılımcılar bir grup diğer mesleklerdeki katılımcılar ise tek ikinci bir grup olarak değerlendirmeye alınmıştır. Mesleğinin ne olduğu sorusuna 14 katılımcı (%7) cevap vermemiş olup bunlar değerlendirmeye alınamamıştır.

Etik kurul başvurusu sırasında ülkemizde mevcut olan ekonomik duruma göre yapılmış olan gelir düzeyi sınıflandırması son bir yıl içerisinde gerçekleşen ekonomik değişim nedeniyle güncelliğini yitirmiş olduğundan çalışma verilerimiz üzerinde gelir durumunun analizini yapmamız mümkün olmamıştır.

Çalışmamızda katılımcılarımızın sahip olduğu kronik hastalıklar sorgulanmıştır. Buna göre katılımcılarımızda hipotiroidi (n=10), hipertansiyon (n=11), diyabetes mellitus (n=7), kardiyak ve damarsal problemler (n=7), astım (n=3), alerjik rinit (n=3), üritiker (n=1), alerji (n=1), nörolojik problemler (n=2), hiperlipidemi (n=2), gastrit ve reflü (n=1), gut (n=1), sistemik lupus eritematozus (n=1), psöriazis (n=2), Ailevi Akdeniz Ateşi (n=1) gibi kronik hastalığı bulunan toplam 45 (%22,5) birey olduğu görülmüştür. Ancak katılımcılarımızda bulunan her bir farklı kronik hastalığa sahip olan birey sayısı istatistiksel analiz yapabilmek için yeterli miktarda olmadığından, istatistiksel analizler sırasında kronik hastalığı bulunan ve bulunmayan bireyler olarak iki grup şeklinde karşılaştırmalar yapılmıştır.

Katılımcılarımız tütün kullanım durumuna göre halen tütün ve ürünlerini kullananlar (n=53, %26,5) ve halen tütün ve ürünleri kullanmayanlar (n=147, %73,5) şeklinde sınıflandırılmışlardır. Halen tütün kullanmayanlar arasına daha önce tütün ve ürünlerini kullanmış ancak çalışma sırasında bırakmış olanlar (n=25, %12,5) da dahil edilmiştir.

Katılımcılarımızın alkol kullanım durumları halen alkol kullanmakta olanlar (n=26, %13,0) ve halen alkol kullanmayanlar (n=174, %87,0) olarak değerlendirilmiştir. Halen alkol kullanmayanlar arasında daha önce alkol kullanmış ancak çalışmamız sırasında bırakmış olanlar (n=18, %9,0) da dahil edilmiştir. Bu açıklamalar ışığında çalışma grubumuzun cinsiyete göre demografik özelliklerinin analizi Tablo 2’de verilmiştir.

Katılımcılarımız çoğunlukla kadınlardan oluşmuştur. Kadınların da erkeklerin de yarısına yakın bir kısmının gelir getiren bir işte çalışan bireyler olduğunu görmekteyiz. Katılımcılarımız arasında tütün kullanımı beklendiği gibi erkeklerde daha fazla sıklıkta

gözlemlendi. Kadın katılımcılarımız arasında çalışmayanların oranı erkekler arasındaki çalışmayan bireylerin oranından daha fazlaydı. Bu açıklamaların analizleri Tablo 2’de mevcuttur.

Tablo 2. Katılımcılarımızın Demografik Özellikler Bakımından Cinsiyete Göre Aralarında Gözlenen Farkların Analizi

		KADIN n (%)	ERKEK n (%)	p*
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	54 (44,6)	30 (38,0)	0,216
	Evlenmiş	67 (55,4)	49 (62,0)	
Toplam		121(100,0)	89 (100,0)	
Eğitim	İlkokul, ortaokul ve lise	51 (42,1)	33 (41,8)	0,538
	Üniversite ve üzeri	70 (57,9)	46 (58,2)	
Toplam		121(100,0)	89 (100,0)	
Çalışma durumu***	Yok	41 (35,0)	11 (13,9)	<0,001
	Var	76 (65,0)	68 (86,1)	
Toplam		117 (100,0)	79 (100,0)	
Meslek Grupları***	Öğrenci ve İşsiz	25 (22,5)	12 (16,0)	0,183
	Diğer Meslekler	86 (77,5)	63 (84,0)	
Toplam		111(100,0)	75 (100,0)	
Kronik hastalık	Yok	92 (76,0)	63 (79,7)	0,332
	Var	29 (24,0)	16 (20,3)	
Toplam		121(100,0)	89 (100,0)	
Sigara kullanımı	Kullanmaktayım	19 (15,7)	34 (43,0)	<0,001
	Kullanmıyorum	102 (84,3)	45 (57,0)	
Toplam		121 (100,0)	89 (100,0)	
Alkol kullanımı	Kullanmaktayım	13 (10,7)	13 (16,5)	0,169
	Kullanmıyorum	108 (89,3)	66 (83,5)	
Toplam		121 (100,0)	89 (100,0)	

*Ki-kare Testi

** BDÖ-BB puanı

***Çalışma durumu ve meslekleri hakkında cevap vermemiş katılımcılar analize dahil edilememişlerdir.

Katılımcılarımızın BDÖ-BB skorlarına göre depresyon riski bakımından cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek grubu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı değişkenlerine göre ayrıışmadıkları görülmüştür.

Katılımcılarımızdan hiç evlenmemiş bireylerin BDÖ-BB skorlarına göre majör depresyon riskinin en az bir kez evlenmiş bireylerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Bu açıklamalar ışığında çalışma grubumuzun demografik özellikler bakımından Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Skorlarının analizi Tablo 3'te verilmiştir.



Tablo 3. Katılımcılarımızın Demografik Özellikler Bakımından Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Skorlarının Analizi

		4 ve üzeri ** n (%)	3 ve altı** n (%)	p*
Cinsiyet	Erkek	33 (37,9)	46 (40,7)	0,401
	Kadın	54 (62,1)	67 (59,3)	
Toplam		87 (100)	113 (100)	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	48 (55,2)	36 (31,9)	0,001
	Evlenmiş	39 (44,8)	77 (68,1)	
Toplam		87 (100)	113 (100)	
Eğitim	İlkokul, ortaokul ve lise	36 (41,4)	48 (42,5)	0,496
	Üniversite ve üzeri	51 (58,6)	65 (57,5)	
Toplam		87 (100)	113 (100)	
Çalışma*** durumu	Yok	23 (44,2)	29 (55,8)	0,471
	Var	61 (42,4)	83 (57,6)	
Toplam		84 (100)	112 (100)	
Meslek*** Grupları	Öğrenci ve İşsiz	20 (25,0)	17(16,0)	0,092
	Diğer Meslekler	60 (75,0)	89 (84,0)	
Toplam		80 (100)	106 (100)	
Kronik hastalık	Yok	67 (77,0)	88 (77,9)	0,509
	Var	20 (23,0)	25 (22,1)	
Toplam		87 (100)	113 (100)	
Sigara kullanımı	Kullanmaktayım	20 (23,0)	33 (29,2)	0,205
	Kullanmıyorum	67 (77,0)	80 (70,8)	
Toplam		87 (100)	113 (100)	
Alkol kullanımı	Kullanmaktayım	14 (16,1)	12 (10,6)	0,176
	Kullanmıyorum	73 (83,9)	101 (89,4)	
Toplam		87 (100)	113 (100)	

*Ki-kare Testi

** BDÖ-BB puanı

***Çalışma durumu ve meslekleri hakkında cevap vermemiş katılımcılar analize dahil edilememişlerdir.

Katılımcılarımız arasında 7 kişide nomofobi olmadığı görülmüştür. Bu kişilerin 4'ü kadın 3'ü erkek olup hepsi evlidir. Bu 7 kişinin 5 tanesi lise veya altında 2 tanesi ise

üniversite veya üzerinde eğitim görmüş kişilerdi. Yine bu 7 kişinin 4 tanesi gelir getiren bir işte çalışmaktayken 3 tanesi emekli veya çalışmayan bireylerdi. Bu katılımcıların sadece 2 tanesinin kronik hastalığı olup ve hiçbiri sigara alkol kullanmamaktaydı. Bu 7 kişi sayı azlığı nedeniyle analizlere dahil edilememiştir.

Katılımcılarımızın nomofobi düzeylerine baktığımızda 73 (%36,5) katılımcıda hafif nomofobi, 95 (%47,5) katılımcıda orta nomofobi, 22 (%11) katılımcıda şiddetli nomofobi düzeyi bulunmaktadır.

Katılımcılarımızın nomofobi düzeylerinin eğitim durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı değişkenlerine göre ayrışmadıkları görülmüştür.

Kadın katılımcılarımızda orta/şiddetli nomofobi görülme sıklığı erkek katılımcılarımıza oranla istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek görülmüştür, ancak hafif nomofobi oranlarına bakıldığında kadınlardaki oransal yüksekliğin daha az belirgin bulunması katılımcı sayımızın yetersizliği ile bağlantılı olabilir.

Evli olan katılımcılarımızda hafif nomofobi görülme sıklığı, hiç evlenmemiş olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ancak orta ve/veya şiddetli nomofobi görülme sıklığı bakımından evlenmiş olan veya hiç evlenmemiş katılımcılar arasındaki farkın hiç evlenmemişler lehine yüksek olmasıyla birlikte çok belirgin olmadığı görülmüştür.

Herhangi bir meslek grubuna mensup bireylerdeki katılımcılarımızın hafif, orta/şiddetli nomofobi bulunma oranı öğrenci olan katılımcılarımızdaki hafif, orta/şiddetli nomofobi bulunma oranından istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kronik hastalığı olmayan katılımcılarımızın hafif, orta/şiddetli nomofobi bulunma oranı kronik hastalığı olan katılımcılarımızdaki hafif, orta/şiddetli nomofobi bulunma oranından istatistiksel olarak anlamlı olarak daha sık görülmüştür. Buna göre demografik özellikler bakımından Nomofobi Skorlarının analizi tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcılarımızın Demografik Özellikler Bakımından Nomofobi Skorlarının Analizi

		Hafif**	Orta ve Şiddetli**	p*
Cinsiyet	Erkek	36 (49,3)	40 (33,3)	0,020
	Kadın	37 (50,7)	80 (66,7)	
Toplam		73 (100,0)	120 (100,0)	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	22 (30,1)	62 (51,7)	0,030
	Evlenmiş	51 (69,9)	58 (48,3)	
Toplam		73(100,0)	120 (100,0)	
Eğitim	İlkokul, ortaokul ve lise	31 (42,5)	48 (40,0)	0,425
	Üniversite ve üzeri	42 (57,5)	72 (60,0)	
Toplam		73 (100,0)	120 (100,0)	
Çalışma durumu***	Yok	20 (28,2)	29 (24,6)	0,352
	Var	51 (71,8)	89 (75,4)	
Toplam		71 (100,0)	118 (100,0)	
Meslek Grupları***	Öğrenci ve İşsiz	6 (9,0)	31 (27,7)	0,020
	Diğer Meslekler	61 (91,0)	81 (72,3)	
Toplam		73 (100,0)	120 (100,0)	
Kronik hastalık	Yok	48 (65,8)	102 (85,0)	0,020
	Var	25 (34,2)	18 (15,0)	
Toplam		73(100,0)	120 (100,0)	
Sigara kullanımı	Kullanmaktayım	24 (32,9)	29 (24,2)	0,126
	Kullanmıyorum	49 (67,1)	91 (75,8)	
Toplam		73 (100,0)	120 (100,0)	
Alkol kullanımı	Kullanmaktayım	12 (16,4)	14 (11,7)	0,233
	Kullanmıyorum	61 (83,6)	106 (88,3)	
Toplam		73 (100,0)	120 (100,0)	

*Ki-kare Testi

** Nomofobi Düzeyi

***Çalışma durumu ve meslekleri hakkında cevap vermemiş katılımcılar analize dahil edilememişlerdir.

Katılımcılarımızın nomofobi düzeyleri ile (hafif ve orta/şiddetli) BDÖ-BB skorları arasındaki ilişkinin analizi Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir, buna göre nomofobi düzeyi ile depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki bulunduğu görülmüştür. ($r:0.176$, $p:0.014$)



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ortalama 34 yaşında olan, çoğunlukla kadın bireylerden oluşmuş, çoğunluğu gelir getiren bir işte çalışan, kronik hastalığı bulunmayan, çoğunlukla tütün ve alkol kullanımı olmayan, yarısı yüksek öğrenim görmüş ve hiç evlenmemiş bir erişkin örneklem grubu üzerinde nomofobi ve BDÖ-BB ölçekleri kullanılarak nomofobi düzeyleri ve depresyon riski belirlendikten sonra nomofobi düzeylerine etkili olan demografik değişkenler araştırılmış ve nomofobi düzeyi ile BDÖ-BB skorları arasındaki bağıntı analiz edilmiştir.

Çalışmamızda görüldüğü üzere, kadın katılımcılarımızın önemli bir kısmı gelir getiren bir işte çalışmıyordu ve tütün kullanımı daha çok erkek katılımcılarımızda görülmekteydi. Bu çalışmada yer alan kadın ve erkekler bu iki demografik değişken haricinde homojen bir demografik dağılım göstermekteydi.

Kadın katılımcılarımızda izlediğimiz erkeklere göre daha düşük iş hayatına katılıyor olma durumu ülkemizde yapılan ‘Hanehalkı İşgücü Araştırması’ sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Bu araştırmaya 15 ve üzerindeki yaş grubunda kadınların istihdam oranı %28,0 iken erkeklerin istihdam oranı ise %62,8’dir (88).

Çalışmamızda tütün kullanımı erkeklerde daha yüksek görülmüştü. Bu bulgularımız da Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2022 yılında yapılmış olan Türkiye Sağlık Araştırması sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. TÜİK 2020 sonuçlarına göre erkeklerin %41,3’ü, kadınların ise %15,5’i tütün mamülü kullanmaktaydı (89).

Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularımız TÜİK’in yukarıda belirttiğimiz sonuçlarıyla örtüşmektedir. Bu bakımdan da örneklemimizin Türkiye geneline uyum gösterdiğini görmekteyiz.

TÜİK’in 2022 yılına ait verilerine göre hiç evlenmeyen kadın oranı %24,6, erkek oranı %32,6’dır. Bu verilere göre ülkemizde cinsiyete göre medeni durumun dağılımına bakıldığında, erkeklerde hiç evlenmeyenlerin oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (90).

Bizim çalışmamızda ise hiç evlenmeyen kadın oranı %44,6, erkek oranı %38'dir. TÜİK'in verileri ile karşılaştırıldığında bizim örneklememizde hiç evlenmeyen kadın oranı yüksek buna karşın hiç evlenmeyen erkek oranının çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir.

Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri çalışmasına göre herhangi bir kronik hastalığı olmayanların oranı yaşa ve cinsiyete standardize olarak %62,8'dir (91). Bizim çalışmamızda bu oran %77,5 olup bizim örneklememizde bu oranın daha yüksek olduğu görülmektedir.

25 yaş üstü nüfusta her dört kişiden sadece birinin üniversite diploması var (92). Bizim çalışmamızda üniversite diploması olan bireylerin oranı %58'dir. Buna göre katılımcılarımızın eğitim seviyesi Türkiye genelinden daha yüksektir.

TÜİK'in 2022 yılı verilerine göre alkol kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı %12,1'dir. Bu oran erkeklerde %18,4, kadınlarda ise %5,9 olduğu tespit edilmiştir (93). Bizim çalışmamızda ise alkol kullanım oranı %13 olup TÜİK verileriyle benzerdir. Bizim çalışmamızda bu oran kadınlarda %10,7 bulunmuştur ve TÜİK verilerine göre daha yüksektir. Erkeklerde ise bu oran %14,6 bulunmuş olup TÜİK verilerine benzerdir.

Katılımcılarımız eğitim durumu haricinde demografik değişkenler bakımından Türkiye geneline benzer özelliktedir. Örneklem grubumuz çalışma durumu ve tütün kullanımını hariç diğer demografik değişkenler bakımından homojen bir grup oluşturmaktaydı.

Araştırmacılar, evli insanların bekarlara göre daha iyi zihinsel ve fiziksel sağlıklarının olduğunu ifade etmektedir. Özellikle dul veya boşanmış kişilerin daha düşük zihinsel ve fiziksel sağlığı olduğu bulunmuştur (94). Araştırmacılar, evliliğin avantajlarından birinin birbirine destek sağlamak olduğunu düşünmektedirler. Destek, çoğunlukla duygusal destek açısından tanımlanmakta ve evlilikte duygusal destek artabileceğinden psikolojik iyilik halinin artabileceği düşünülmektedir (95).

BDÖ-BB'de 4 ve üzerinde puan alan bireylerde klinik depresyon görülme riski 3 ve altında puan alan bireylerden daha fazladır (7).

Bu bilgilerle uyumlu olarak bizim çalışmamızda hiç evlenmemiş bireylerde BDÖ-BB'den 4 ve üzerinde puan alma durumu daha sık görülmüştü.

Çalışmamızda katılımcılarımızın %96,5'inin (n=193) çeşitli düzeylerde nomofobik olduğu görülmüştür.

Türkiye'de 537 üniversite öğrencisi üzerinden yapılan bir araştırmada Yildirim ve Correr tarafından geliştirilen nomofobi ölçeği kullanılmış (3) ve üniversite öğrencileri arasındaki nomofobi sıklığı ölçülmüştür ve genç yetişkinlerin %42,6'sında nomofobisi olduğu bulunmuştur (79).

Türkiye'deki genel popülasyondaki nomofobi sıklığı 25.03.2024 tarihindeki TR Dizin ve Yök Tez Merkezi incelenmesinde yeterli çalışma olmadığı için bulunamamıştır.

İngiltere'de 2012 yılında 1000 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %66'sının nomofobisi olduğu bulunmuştur. Katılımcıların büyük bir kısmı her yere akıllı telefonlarını yanlarında götürdüklerini, uyurken de yataklarının etrafında bulundurduklarını söylemektedir (96).

Bizim çalışmamızda hafif ve orta/şiddetli nomofobi oranlarına bakıldığında kadın cinsiyetin nomofobi sıklığının erkek cinsiyetteki nomofobi sıklığına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Avusturya'daki üniversite öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada kadın cinsiyetinin daha nomofobik olduğu görülmektedir (86). Üniversite öğrencilerinde yapılmış bir başka çalışmada tıp ve mühendislik öğrencilerinden kız olanlarda nomofobi oranı daha yüksek bulunmuştur (97).

Bu çalışmalarda kadınlar nomofobi oranının yüksek olması bizim çalışmamızla benzer özelliktedir.

Literatürde cinsiyetle ilgili anlamlı istatistiksel farkların olmadığı veya tersi yönde erkeklerin daha nomofobik olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur. Matar Boumosleh ve Jaalouk (2017) çalışmalarında nomofobi ve cinsiyet arasında korelasyon olmadığı sonucuna varmışlardır (98). Çalışmamızın aksine Kalyani ve ark. (2019) tarafından 358 tıp öğrencisinin katılımıyla yapılan çalışmada ise erkeklerin daha nomofobik olduğu bulunmuştur (99).

Çalışmamızda orta/şiddetli nomofobi düzeyi bekar katılımcılarda evli olanlara göre yüksektir.

Akıllı telefon bağımlılığı, sınırlı sayıda çalışmada da olsa medeni durum ve eğitim durumu açısından da değerlendirilmiştir. Bu araştırmaların bir kısmı, bekâr bireylerin evlilere göre anlamlı derecede daha fazla akıllı telefon bağımlılığı gösterdiğini ifade etmiştir (100).

Bazı araştırmalarda bekâr bireylerin nomofobi düzeylerinin evli bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu sonuçları bulunmuştur (101).

Çalışmamızın aksine Aksu ve Doğan'ın (2021) yaptığı çalışmada nomofobi ile medeni durum arasında ilişki bulunmamaktadır (102).

Bazı çalışmalarda ise akıllı telefon bağımlılığı açısından evli bireyler lehine fark olduğu da görülmektedir (103).

Kronik hastalığı olmayanlarda hafif ve orta/şiddetli nomofobi düzeyleri daha fazla idi.

Bu konuda kronik hastalığı olan ve olmayanlardaki farkın incelendiği çalışma bulunamamıştır.

Herhangi bir meslek grubundaki bireylerin hafif ve orta/şiddetli nomofobi düzeyleri öğrenci ve işsizlere oranla daha yüksekti.

Literatür incelemelerinde yetişkinlerin ve öğrencilerin nomofobi düzeylerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızda nomofobi düzeyi ile depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak önemsiz düzeyde düşük ilişki bulunduğu görülmüştür. ($r=0.176$, $p=0.014$)

Çalışmamızla benzer olarak Demirci, Akgönül ve Akpınar'ın (62) Isparta'da okuyan 319 üniversite öğrencisine yaptığı çalışmada nomofobi şiddeti ve depresyon skorları arasında ($r = 0,267$, $p < 0,001$) anlamlı ve pozitif korelasyon saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak Özen ve ark 310 tıp fakültesi öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada da nomofobi ile depresyon skorları arasında ile pozitif ilişki ($r = 0,351$, $p < 0,001$) bulunmuştur (104).

Aksine depresyon skorları ve nomofobi arasında ilişki olmadığını (105) ve klinik olarak depresyonu olan bireylerde nomofobi sıklığının daha az olduğunu (106) bulan çalışmalar da mevcuttur.

5.1. Sınırlılıklar

Çalışmamızda nomofobik olmayan birey sayısı (n=7) çok az olduğu için istatistiksel analizlerde, nomofobik olmayan veya çeşitli düzeylerde nomofobik olan bireylerin karşılaştırılması mümkün olmamıştır. Bu nedenle analizler 193 katılımcı üzerinden yapılmıştır.

Çalışmamızda sosyodemografik verilere göre kategorize edilmiş şiddetli nomofobik bireylerin az sayıda olması (örneğin şiddetli nomofobik erkekler n=7 %3,5) nedeniyle bu özellikteki bireylerin tek başına analizi mümkün olmamıştır. Bu nedenle istatistiksel analiz yapılmadan önce orta ve şiddetli nomofobikler tek bir grup halinde (orta/şiddetli) birleştirilmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlarımız:

Katılımcılarımızın nomofobi sıklığının oranı %96,5'tur.

Kadın katılımcılardaki nomofobi sıklığı daha fazla idi.

Katılımcılarımızın yaklaşık yarısında klinik depresyon riski vardı.

Nomofobi ölçeği skorları ile BDÖ-BB skorları arasında anlamlı ancak zayıf bir ilişki vardı.

Öneriler:

Çeşitli yaş gruplarına mensup kadın ve erkeklerde nomofobi sıklığının belirlenmesi için toplumu temsil eden bir örneklem üzerinde çalışma yapılmalıdır.

Nomofobi ölçeği skorları ile BDÖ-BB skorları arasındaki bağıntıyı değerlendirmek için kohort çalışmalarına gerek vardır.

Aile hekimliği polikliniğimize başvuran tüm hastalara son iki hafta içerisinde çökkün, umutsuz ve mutsuz hissedip hissetmedikleri sorusunun sorulması uygun görünmektedir.

7. KAYNAKÇA

- 1- King ALS, Valena AM, Silva ACO, Baczynski T, CarvalhoM, Nardi AE. Nomophobia: Dependency on virtual environment sorsocial phobia? Computers in Human Behavior. 2013; 29 (1):140-144.
- 2-Utrecht C. Nomophobia: a rising trend among adolescents. 2016.
<http://strengthenourvoices.org/2016/09/09/in-our-own-personals-nomophobia/09.09.2016>.
- 3-Yıldırım C and Correia A-P. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported question naire. Computers in Human Behavior .2015; 49: 130–137.
- 4-Sahu M, Sailaxmi G, Manoj Kumar S, Phil M. Mobile Phone Addiction Among Children and Adolescents Journal of Addictions Nursing . 2019; 30(4) :261–268
- 5-Wolfradt U, Meyer T. Interrogative Suggestibility, Anxiety and Dissociation. Among Anxious Patients and Normal Controls. 1998; 25(2): 425-432.
- 6-Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (Erişim tarihi:15.03.2023).
- 7-Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C. The Reliability And Validity Analysis Of The Turkish Version Of Beck Depression Inventory For Primary Care. Türk Aile Hek Derg .2005; 9(3): 117-122.
- 8-Sharp LK, Lipsky MS. Screening fo rdepression across the life span: Areview of measuresforuse in primary care settings. Am Fam Physician. 2002; 66(6): 1001-8.
- 9-Al-Khlaiwi T, Meo SA. Association of mobile phone radiation with fatigue, headache, dizziness, tension and sleep disturbance in Saudipopulation. Saudi medical journal. 2004; 25(6): 732-6.
- 10-Kwon M, Lee JY, Won WY. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). PLoSOne. 2013; 8(2): e56936.
- 11-Choi HS, Lee HK, Ha JC. The influence of smartphone addiction on mentalhealth, campus life and personal relations -Focusing on K university students. Journal of the Korean Data and Information Science Society. 2012; 23(5): 15-1005.

12-Dredge R, Gleeson J, de la Piedad Garcia X. Cyberbullying in social networkingsites: An adolescentvictim's perspective. *Computers in Human Behavior*. 2014; 36: 13-20.

13-Ikeda K, Nakamura K. Association between mobile phone use and depressed mood in Japanesea dolescents: A cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2014; 19(3), 187–193.

14-Lee JE, Jang SI, Ju YJ, Kim W, Lee HJ, Park EC at all. Relation ship between mobile phone addiction and theincent: Alongitudinal study of the Korean Children and Youth Panel Survey. *Journal of Korean Medical Science*. 2017; 32(7): 1166.

15-Martinotti G, Villella C, DiThiene D, DiNicola M, Bria P, Conte G at al. Problematic mobile phone use in adolescence :Across-sectional study. *Journal of Public Health*. 2011; 19(6): 545–551.

16-Roser K, Schoeni A, Foerster M, Rösli M. Problematic mobile phone use of Swissadolescents: Is it linked with mental health or behaviour? *International Journal of Public Health*. 2016; 61(3):

307–315.

17-<https://dergipark.org.tr/tr/pub/gopctd/issue/24113/255971> adresinden 13.02.2024 tarihinde erişilmiştir.

18-Şen G. Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarında sosyal destek durumu ve tedaviye uyuma etki eden faktörler. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar, 2021.

19-Pıçakçıefe M. Çalışma Yaşamı ve Anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010; 9: 367-374.

20- Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*. 2000; 5: 11-15.

21-Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. 2000; 5: 5-11.

22- Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003: 258-333.

23-Oral T. Karasevda'dan Depresyon'a hüznün tarihi. *Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi*. 2009; 1: 5.

- 24-Ceylan M. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, duygudurum bozuklukları. İstanbul: Nobel Yayınevi; 2021.
- 25-Yalçın BM, Öztürk O. The management of major depressive disorder in primary care. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016; 10: 250-8.
- 26-Olchanski N, Myers MM, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. Clinical therapeutics. 2013 ;35 :512-22.
- 27-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 1999.
- 28-Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum dizisi. 2000; 1 :29-38.
- 29-Rihmer Z, Angst J. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2005; 447-59.
- 30-Doğan M, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum'da Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üstü Kişilerde Tanı Konulmamış Depresyon Riskinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2021.
- 31-Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. Klinik Psikiyatri. 2002; 5: 8.
- 32-Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø H-M, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. European Psychiatry. 2008; 23: 77-84.
- 33-Sarıkaya A. Sağlık Bakanlığının Birinci Basamakta Depresyon Sorgulaması İçin Önerdiği Sorular ile Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2020.
- 34-Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013; 55: 21.
- 35-Özüren E, Covid-19 salgını sonrasında anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2021.

36-Tezvaran Z, Akan H, İzbrak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. Turkish Family Physician. 2010; 1: 1-7.

37-Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi. 2011; 86: 39-47.

38-Karakuş G, Tamam L. Depresyon Tedavisinde Temel İlkeler. Temel Psikofarmakoloji. https://www.researchgate.net/profile/Lut_Tamam/publication/303344345_Depresyon_Tedavisinde_Temel_Ilkeler_Basic_Principles_in_Treatment_of_Depression/links/573dc3e208ae298602e6cc27/Depresyon-Tedavisinde-Temel-Ilkeler-Basic-Principles-in-Treatment-of-Depression.pdf adresinden 14.02.2024 tarihinde ulaşılmıştır.

39-Koruç Z, Bayar P. Egzersizin Depresyon Tedavisindeki Yeri ve Etkileri. Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi. 2004; 15: 49-64.

40-De Maata, SM, Dekker J, Schoevers RA., de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Eur Psychiatry. 2007; 22: 1–8.

41-Datto J. Side effects of electroconvulsive therapy. *Depress Anxiet*. 2000; 12: 130–34.

42-Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 25: 83-94.

43- Clarke DM, McKenzie DP. An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003; 37: 236-9.

44-Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 1998.

45-Funk M. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva 27, Switzerland: World Health Organization; 2008.

46-Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. *Duygudurum dizisi*. 2001; 6: 277-82.

47-Aile Hekimliği Periyodik muayene ve lab tetkikleri

48-Köseliören M. İnternet, Online Oyun ve Bağımlılık. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2017.

49-Argumosa-Villar L, Boada-Grau J, Vigil-Colet A. Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). *Journal of Adolescence*. 2017; 56: 127-135.

50-DSM-V, 2013.

51-Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012; 4: 37-50.

52-Song I. Internet gratifications, depression, self-efficacy, and internet addiction. Michigan State University:Michigan State University. Department Of Telecommunication, a2003; 2018.

53-Yang X, Zhu L, Che Q, Song P, Wang Z. Parent marital conflict and Internet addiction among Chinese college students: The mediating role of father-child, mother-child, and peer attachment. *Computers in Human Behavior*. 2016; 59: 221–229.

54-Monacis L, de Palo V, Griffiths MD, Sinatra, M. Social networking addiction, attachment style, and validation of the Italian version of the Bergen Social Media Addiction Scale. *Journal of Behavioral Addictions*. 2017;6: 178–186.

55-Rao G, Madan A. A study exploring the link between attachment styles and social networking habits of adolescents in urban Bangalore. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2012; 3: 1–12.

56-Eichenberg C, Schott M, Decker O, Sindelar B. Attachment style and internet addiction: an online survey. *Journal of Medical Internet Research*, 2017; 19: 170.

57-Eroğlu A, Bayraktar S. İnternet bağımlılığı ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2017; 3: 184-199.

58-Ertemel AV, Aydın G. Dijital ekonomide teknoloji bağımlılığı ve çözüm önerileri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2018; 5: 665–690.

59-Çakmakçı B. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinde nomofobi, depresyon ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans tezi, Aydın, 2022.

- 60-Güney B. Dijital Bağımlılığın Dijital Kültüre Dönüşmesi: Netlessfobi. *Yeni Medya Elektronik Dergisi*, 2017; 1: 207– 13.
- 61-Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold MS et all. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*. 2003; 17: 207-216.
- 62-Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behavior*, 1998; 3: 237-244.
- 63-Beard KW, Wolf, EM. Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior*. 2001; 4: 377-383.
- 64- Dieris-Hirche J, Bottel L, Bielefeld M, Steinbüchel T, Kehyayan, A, Dieris, B et all. Media use and internet addiction in adult depression: A case-control study. *Computers in Human Behavior*. 2017; 68: 96-103.
- 65-Aktan AK, Kutlay Ö. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı, Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 12: 176-182.
- 66-Fox J, Moreland JJ. The dark side of social networking sites: An exploration of the relational and psychological stressors associated with Facebook use and affordances. *Computers in Human Behavior*. 2015; 45:168–176.
- 67-Eijnden V, RJJ M, Lemmens JS, Valkenburg PM. The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*. 2016; 61: 478–487.
- 68-Dossey, Fomo L. Digital dementia, and our dangerous experiment. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2014; 10: 69-73.
- 69-Hoşgör H, Koç-Tütüncü S, Gündüz-Hoşgör D, Tandoğan Ö. Üniversite öğrencileri arasında sosyal medyadaki gelişmeleri kaçırma korkusu yaygınlığının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *International Journal of Academic Value Studies*. 2017; 3: 213-223.
- 70-Gümüş A. Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi. *Van Yüzyıl Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi*, Van, 2018.
- 71-Sabit telefon verileri. http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1062. Erişim Tarihi: 10.12.2019.

- 72-Balcı, Bal E. Akıllı cep telefonu bağımlılığı: Kişilik özellikleri ve kullanım örüntülerinin etkinliği üzerine bir inceleme. *Erciyes İletişim Dergisi*. 2020; 7: 369-394.
- 73-Lee H, Ahn H, Choi S, Choi W. The SAMS: Smartphone Addiction Management System and Verification. *Journal of Medical Systems*. 2014; 38 :1-10.
- 74-Güzeller C, Güzeller O, Güzeller T, Coşguner T. Development Of A Problematic Mobile Phone Use Scale For Turkish Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2012; 15 :205-11.
- 75-Bragazzi NL, Del Puente, G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology Research and Behavior Management*. 2014; 7: 155.
- 76-Dixit S, Shukla H, Bhagwat AK., Bindal A, Goyal A, Zaidi, AK et al. A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India. *Indian Journal of Community Medicine. Official Publication of Indian Association of Preventive Social Medicine*. 2010; 35: 339.
- 77-Hawi NS, Rupert MS. Impact of e-Discipline on children's screen time. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. 2015; 18: 337-342.
- 78-Kanmani A, Bhavani U, Maragatham R. An Insight into its Psychological Aspects in India, *International Journal of Indian Psychology*. 2017; 4: 87-5396.
- 79-Yıldırım C, Sumuer, E, Adnan M ve Yıldırım S. A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students. *Information Development*. 2016; 32: 1322-1331.
- 80-Elhai JD, Hall B, Erwin M. Emotion regulation's relationships with depression, anxiety and stress due to imagined smartphone and social media loss. *Psychiatry Research*. 2017; 261: 28-
- 81-Argumosa-Villar, L., Boada-Grau, J. ve Vigil-Colet, A. (2017). Exploratory Investigation of Theoretical Predictors of Nomophobia Using The Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). *Journal of Adolescence*, 56, 127–135. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.02.003
- 82-BTK çeyrek raporu, 2022:50

83-Deloitte, Global Mobil Kullanıcı Araştırması.

<https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/global-mobile-consumer-survey.html> adresinden 14.02.2024 tarihinde erişilmiştir.

84-Durak EŞ, Durak M. The Mediator Roles of Life Satisfaction and Self-Esteem between the Affective Components of Psychological Well-Being and the Cognitive Symptoms of Problematic Internet Use. Social Indicators Research. 2011; 103: 23-32.

85- Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. Journal of Behavioral Addictions. 2015; 4: 85–92.

86.-Augner and Hacker. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. International Journal Of Public Health. 2012; 57: 437-441.

87- Kim, Seo ve David. Alleviating depression only to become problematic mobile phone users: Can face-to-face communication be the antidote? Computers in Human Behavior. 2015; 51: 440–447.

88-<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2022-49668> erişim tarihi: 22.03.2024

89-<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> erişim tarihi: 22.03.2024

90- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685> erişim tarihi: 23.03.2024

91extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/v9s_NCDkohort_.pdf erişim tarihi: 23.03.2024

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hatalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması Ankara, 2021.

92-<https://tr.euronews.com/2023/06/19/turkiyede-25-yas-ve-ustu-nufusun-yaridan-fazlasi-ortaokul-veya-alti-egitim-duzeyine-sahip#:~:text=25%20ya%C5%9F%20%C3%BCst%C3%BC%20n%C3%BCfusta%20her,n%C3%BCfusta%20bu%20oran%20y%C3%BCzde%2051.> erişim tarihi: 23.03.2024

93-<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747#:~:text=Alkol%20kullanan%2015%20ya%C5%9F%20ve%20%C3%BCst%C3%BC%20bireylerin%20oran%C4%B1%20%12%2C1%20oldu&text=Bu%20oran%C4%B1%202022%20y%C4%B1%20C4%B1%20inda%20erkeklerde%20%18%2C4%2C%20kad%C4%B1larda%20ise,artarak%20%87%2C9%20oldu>. Erişim tarihi: 23.03.2024

94- Cotten SR. Marital status and mental health revisited: examining the importance of risk factors and resources. *Family Relations*. 1999 ;48 (3) :225-233.

95-Hahn BA. Marital status and women's health: The effect of economic marital acquisitions. *Journal of Marriage and Family*, 1993; 55 (2): 495-504.

96-<https://securevoy.com/blog/66-population-suffer-nomophobia-fear-being-without-their-phone-2/> erişim tarihi 22.03.2024

97-Dasgupta P, Bhattacharjee S, Dasgupta S, Roy JK, Mukherjee A, Biswas R. Nomophobic behaviors among smartphone using medical and engineering students in two colleges of West Bengal. *Indian J Public Health*. 2017; 61:199-204.

98-Matar B and J, Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students - A cross sectional study. *PLoS One*. 2017;12 (8): e0182239.

99-Kalyani B, Reddi KN, Ampalam P, Kishore KR, Elluru S. Depression, Anxiety and Smartphone Addiction among Medical Students. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2019; 18 (2) :33-37.

100-Nahas M, Hlais S, Saberian C, Antoun J. Problematic smartphone use among Lebanese adults aged 18 to 65 years using MPPUS-10. *Computers in Human Behavior*. 2018; 87: 348–353.

101-Aksu BÇ, Doğan A, (2021). “Çalışanların Nomofobi Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Araştırma” 2019; 11: 421-439.

102-Aksu BÇ, Doğan A, (2021). “Çalışanların Nomofobi Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Araştırma” 2021; 11 (2): 483-508.

103-Shahrestanaki E, Maajani K, Safarpour M, Ghahremanlou H, Tiyuri A and 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):

104-Özen S, Topcu M. Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon, obsesyon-kompulsiyon, dürtüsellik, aleksitimi arasındaki ilişki. *Bağımlılık Derg.* 2017; 18 (1): 16-24.

105-Lemola S, Perkinson-Gloor N, Brand S, Dewald-Kaufmann JF, Grob A. Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance and depressive symptoms in the smartphone age. *Journal of Youth and Adolescence*. 2015; 44 (2): 405-418.

106-Choi SW, Kim DJ, Choi JS, Ahn H, Choi EJ, Song WY at all. Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and internet addiction. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015; 4 (4): 308-314.

8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu ve Gönüllü Olur Formu

Demografik Veri Formu						
RUMUZ						
Yaş:						
Cinsiyet:		Medeni durum:				
<input type="radio"/> Erkek	<input type="radio"/> Kadın	<input type="radio"/> Evli	<input type="radio"/> Bekar	<input type="radio"/> Boşanmış	<input type="radio"/> Dul	<input type="radio"/> Ayrı yaşıyor
En son bitirdiğiniz okul aşağıdakilerden hangisidir?						
<input type="radio"/> İLKOKUL <input type="radio"/> ORTAOKUL <input type="radio"/> LİSE <input type="radio"/> ÜNİVERSİTE <input type="radio"/> YÜKSEKLİSANS						
<input type="radio"/> DOKTORA						
Çalışma durumunuz: <input type="radio"/> Halen Çalışıyorum <input type="radio"/> Emekliyim						
Mesleğinizi yazınız.						
Tek başınıza size ait olan aylık geliriniz aşağıdakilerden hangisidir?						
<input type="radio"/> 2356 liradan az						
<input type="radio"/> 2357 lira ile 7675 lira arasında						
<input type="radio"/> 7676 liradan fazla						
Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir kronik hastalığınız var mı?						
İsimlerini yazınız.....						
Sürekli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?						
İsimlerini yazınız.....						
Sigara içme durumunuz:						
<input type="radio"/> Hiç içmedim. <input type="radio"/> İçiyordum, bıraktım. <input type="radio"/> Halen içiyorum.						
Alkol alma durumunuz:						
<input type="radio"/> Hiç almadım. <input type="radio"/> Alıyordum, bıraktım. <input type="radio"/> Halen almaktayım.						

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘‘Genç yetişkinlerin problemlili akıllı telefon kullanımı düzeyleri ile birinci basamak için depresyon tarama ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değeriendirilmesi’’dir. Bu araştırmada size 7 sorudan oluşan ‘‘birinci basamak beck depresyon ölçeği’’ ve 20 sorudan oluşan ‘‘nomofobi ölçeği’’ doldurtulacaktır. Bu araştırmada yer almanız neticesinde öngörölen süre 5-10 dk olup, araştırmada yer alacak toplam gönüllü sayısı 200 ‘dür.

Bu araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara en doğru şekilde doldurmanız istenmektedir. Bu araştırmada sizin için her hangi bir risk yoktur.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05372804831 nolu telefonda Esra KÜPCÜ’ye başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada katılmanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Yapılacak olan araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir. **Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

EK 2. Ölçekler

Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği

Açıklama:

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi

seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden

fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü

0- Üzgün değilim.

1- Zaman zaman üzgünüm.

2- Her zaman üzgünüm.

3- Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

2. Kötümserlik

0- Gelecekte umutsuz değilim.

1- Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.

2- Gelecekte çok umutsuzum.

3- Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geçmişteki başarısızlıklar

0- Kendimi başarısız görmüyorum.

1- Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.

2- Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.

3- Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

4. Kendini beğenmeme

0- Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.

1- Kendime olan güvenim azaldı.

2- Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.

3- Kendimden nefret ediyorum.

5. Kendini suçlama

0- Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum.

1- Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.

2- Kendimi bütün hataları için suçluyorum.

3- Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

6. İlgî kaybı

0- İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.

1- İnsanlar ve olaylara olan ilgim azaldı.

2- İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.

3- Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.

7. İntihar düşüncesi veya isteği

0- Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.

1- Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.

2- Kendimi öldürmek isterdim.

3- Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Türkçe Nomofobi Ölçeği

Akıllı telefonun kullanımınızla ilgili olarak aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi belirtiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum	1	2	3	4	5	6	Kesinlikle Katılıyorum
-------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------

1. Akıllı telefonumdan sürekli olarak bilgiye erişemediğimde kendimi rahatsız hissedirim.
2. Akıllı telefonumdan istediğim her an bilgiye bakamadığımda canım sıkılır.
3. Haberlere (örneğin neler olup bittiğine, hava durumuna ve diğer haberlere) akıllı telefonumdan ulaşamamak beni huzursuz yapar.
4. Akıllı telefonumu ve telefonumun özelliklerini istediğim her an kullanamadığımda rahatsız olurum.
5. Akıllı telefonumun şarjının bitmesinden korkarım.
6. Kontörüm (TL kredim) bittiğinde veya aylık kota sınırimi aştığımda paniğe kapılırım.
7. Telefonum çekmediğinde veya kablosuz İnternet bağlantısına erişemediğimde sürekli olarak sinyal olup olmadığını veya kablosuz erişim bağlantısı bulup bulamayacağımı kontrol ederim.
8. Akıllı telefonumu kullanmadığımda, bir yerlerde mahsur kalacağımdan korkarım.
9. Akıllı telefona bir süre bakmadıysam, bakmak için güçlü bir istek hissedirim.

Eğer akıllı telefonum yanımda değilse...

10. Ailemle ve/veya arkadaşlarımla hemen iletişim kuramayacağım için kaygı duyarım.
11. Ailem ve/veya arkadaşlarımla bana ulaşamayacakları için endişelenirim.
12. Gelen aramaları ve mesajları alamayacağım için kendimi huzursuz hissedirim.
13. Ailemle ve/veya arkadaşlarımla iletişim halinde olmadığım için endişelenirim.
14. Birinin bana ulaşmaya çalışıp çalışmadığını bilemediğim için genilirim.
15. Ailem ve arkadaşlarımla olan bağlantım kesileceği için kendimi huzursuz hissedirim.
16. Çevrimiçi kimliğimden kopacağım için gergin olurum.
17. Sosyal medya ve diğer çevrimiçi ağlarda güncel kalamadığım için rahatsızlık duyarım.
18. Bağlantılarımdan ve çevrimiçi ağlardan gelen güncelleme bildirimlerini takip edemediğim için kendimi tuhaf hissedirim.
19. Elektronik postaları kontrol edemediğim için kendimi huzursuz hissedirim.
20. Ne yapacağımı bilemiyor olacağımdan kendimi tuhaf hissedirim.

EK 3. Ölçek İzinleri

BDÖ-BB (Zekeriya Aktürk)

22 Kas 2022 Sal 14:09 tarihinde Ailem Akademik Danışmanlık yazdı:

şunu

Merhaba Esra Hanım,
Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği'ni araştırmalarınızda kullanmanızdan memnun olurum.
Başarılar
Zekeriya Aktürk

Am Di., 22. Nov. 2022 um 10:42 Uhr schrieb

ailem Akademik Danışmanlık
Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Nomofobi (Evren Samuer)

Merhaba,

Nomofobi Ölceğinin Türkçe uyarlamasını izin istemeden çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

Ölçeği çalışmalarınızda kullanma izni için yazıyorsanız, bu mesaj Nomofobi Ölceğinin Türkçe uyarlamasını çalışmalarınızda kullanma isteğinizi onayladığımızı gösterir niteliktedir.

Nomofobi ölçeği hakkında daha fazla bilgi için, lütfen aşağıdaki sayfayı ziyaret ediniz.

Bu sayfa ölçek maddelerini ve puanlama rehberini de içermektedir.


İlginiz için teşekkür ederiz.

Kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla,

Not: Ölçek Yildirim ve Correia (2015) tarafından geliştirilmiş, Yildirim, Sumuer, Adnan ve Yildirim (2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.

EK 4. Etik Kurul Onayı

 **T.C.**
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 05/04/2023
TOPLANTI NO : 2023/07


KARARLAR :

2- Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Erol AKTUNÇ'un sorumluluğunda yürütülecek olan "Genç Yetişkinlerin Problemlili Akıllı Telefon Kullanımı Düzeyleri İle Birinci Basamak İçin Depresyon Tarama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

 **T.C.**
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 21/02/2024
TOPLANTI NO : 2024/04

KARARLAR :

2- 05/04/2023 tarih ve 2023/07 sayılı toplantıda uygun bulunan Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Erol AKTUNÇ'un sorumluluğunda yürütülen "Genç Yetişkinlerin Problemlili Akıllı Telefon Kullanımı Düzeyleri İle Birinci Basamak İçin Depresyon Tarama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın başlığının "Yetişkinlerin Problemlili Akıllı Telefon Kullanımı Düzeyleri İle Birinci Basamak İçin Depresyon Tarama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesinin uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı