



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**18-65 YAŞ ARASI ERİŞKİNLERDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE  
YALNIZLIK İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Büşra ÇİÇEK BİRLER

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2025



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**18-65 YAŞ ARASI ERİŞKİNLERDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE  
YALNIZLIK İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Büşra ÇİÇEK BİRLER

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar  
Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ  
Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA-2025

## TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve desteğiyle mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan, tez çalışmamın her aşamasında rehberliğini ve ilgisini esirgemeyen, hekimlik duruşu ve insani yaklaşımlarıyla örnek aldığım kıymetli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU ve Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca eğitimim boyunca bilgi ve birikimlerinden yararlandığım, desteklerini her zaman hissettiren saygıdeğer hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN ve Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra YAKA'ya ayrıca teşekkür ederim.*

*Asistanlık sürecim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili asistan arkadaşlarıma, işini özveriyle yapan değerli bölüm sekreterimiz Birsen BATAŞ'a ve hemşiremiz Nurcan BÜYÜKDEMİR'e içten teşekkür ederim.*

*Hayatım boyunca olduğu gibi bu süreçte de her daim yanımda olan, sevgisini ve inancını yanımda hissettiğim, varlıklarıyla bana her zaman güç veren biricik aileme; canım annem Hatice ÇİÇEK, canım babam Rıdvan ÇİÇEK, ablam Feyza ÇİÇEK AYDOĞAN, kardeşim İrem Belemir ÇİÇEK, abim Emre AYDOĞAN ve sevgili yeğenlerim Çağan ile Atahan AYDOĞAN'a kalpten teşekkür ederim. Ayrıca her zaman sevgi, destek ve anlayışlarını hissettiğim annem Nuray BİRLER ve babam Nurettin BİRLER'e içtenlikle teşekkür ederim.*

*Her koşulda bana inanan, mesleğinin yoğun temposuna rağmen gerektiğinde kendi yorgunluğunu bir kenara bırakarak koşulsuz sevgisi ile en büyük destekçim olan, varlığıyla bana güç veren canım eşim Ali İhsan BİRLER'e sonsuz teşekkür ederim. Bu sürecin her anında bana ilham veren, gülümsemesiyle tüm yorgunluğumu unutturan, sevgisiyle hayatıma bambaşka bir anlam ve neşe katan canım oğlum Aren BİRLER'e teşekkür ederim.*

*Büşra ÇİÇEK BİRLER*

*KASIM-2025*

## ÖZET

### 18-65 YAŞ ARASI ERİŞKİNLERDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE YALNIZLIK İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

**Dr. Büşra ÇİÇEK BİRLER**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA-2025**

**Amaç:** Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte akıllı telefonlar yalnızca iletişim aracı olmaktan çıkmış; bireylerin bilgiye ulaşma, sosyalleşme, eğlenme ve gündelik yaşamlarını organize etme süreçlerinin merkezinde yer alan çok işlevli cihazlara dönüşmüştür. Bu dönüşüm toplumda akıllı telefon kullanımını yaygınlaştırmıştır ve akıllı telefon bağımlılığı, sorunlu akıllı telefon kullanımı gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkmıştır. Akıllı telefonların aşırı ve sık kullanımı bireylerin yüz yüze iletişimden uzaklaşmasına, sosyal ilişkilerinin zayıflamasına, zamanla yalnızlık duygusunun oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu çalışmada, yetişkin bireylerin (18-65 yaş) akıllı telefon bağımlılığı düzeyinin yalnızlık üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini 18-65 yaş arasındaki yetişkinler oluşturdu. Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formunda; sosyodemografik bilgiler, bireylerin akıllı telefon kullanımı, akıllı telefon kullanımı nedeniyle günlük rutinlerinin etkilenme durumlarını sorgulayan sorular, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu (ATBÖ-KF) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu yer almaktaydı. 2025 Şubat-Mart tarih aralığında oluşturulan anket formu Google Forms ile online olarak uygulandı. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) programı kullanılarak analiz edildi.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 403 katılımcının yaş ortalaması  $35,61 \pm 11,70$  (min=18, maks=65) yıl idi. Katılımcıların %59,3'ü (n=239) kadın, %56,3'ü (n=227) evli ve %81,1'i (n=327) üniversite/yükseköğretim düzeyine sahipti. Çalışmaya katılanların algıladıkları stres düzeyi sorgulandığında %42,7'si (n=172) orta düzeyde olarak belirtti, depresyon şüphesi olan katılımcı oranı %50,9 (n=205) idi. Katılımcıların günlük ortalama telefon kullanım süresi  $4,02 \pm 2,33$  saattir (min=1, maks=15). Çalışmaya katılanların akıllı telefon kullanma amacı sorusuna en çok verilen cevap %77,9 (n=313) ile sosyal paylaşım siteleri (Facebook, Instagram vb.) idi. Bekar olan katılımcıların ATBÖ-KF ( $29,00 \pm 11,09$ ) ve UCLA-KF toplam puanları

(13,01±4,70), evli olanlardan daha yüksekti (**sırasıyla p=0,000, p=0,002**). Öğrenim durumu yüksekokul/üniversite olanların ATBÖ-KF puanı (27,12±10,64), öğrenim durumu lise (22,93±10,54) olanlara göre yüksekti (**p=0,026**). Algıladıkları stres düzeyi yüksek olan katılımcıların ATBÖ-KF (28,39±11,31) ve UCLA-KF puanı (13,08±4,69), stres düzeyi düşük olanlardan yüksekti (**p=0,000**). Depresyon şüphesi olan katılımcıların ATBÖ-KF (28,66±10,46) ve UCLA-KF (13,08±4,61) puanı, depresyon şüphesi olmayanların ATBÖ-KF (23,84±10,40) ve UCLA-KF (11,41±3,76) puanından yüksekti (**sırasıyla p=0,000, p=0,000**). Telefon kullanım süresi ile ATBÖ-KF toplam puanı arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttu (**r=0,336, p=0,000**). Cinsiyet, en uzun yaşanan yer, çalışma durumu, aile yapısı, gelir durumu, obezite durumu, sigara kullanımı ile akıllı telefon bağımlılığı veya yalnızlık arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü. Telefonu yanında yokken huzursuzluk hissetmeyenlerin ATBÖ-KF puanı (21,36±9,30), huzursuzluk hissedenlere (28,23±10,84) göre düşüktü (**p=0,000**). Telefon kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerin veya performansının etkilendiğini düşünenlerin ATBÖ-KF (30,20±12,91) ve UCLA-KF (13,14±4,49) puanı, etkilenmediğini düşünenlerin ATBÖ-KF (23,63±9,02) ve UCLA-KF (11,72±4,14) puanına göre yüksekti (**p=0,000, p=0,012**). Telefonun sosyal ilişkilere zarar vermediğini düşünenlerin (21,53±7,87) ATBÖ-KF puanı, bazen zarar verdiğini düşünenlere (29,54±10,74) göre düşüktü (**p=0,006**). ATBÖ-KF ile UCLA-KF arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı korelasyon tespit edildi (**r=0,208, p<0,001**).

**Sonuç:** Cinsiyet farkının, çalışma durumunun, gelir durumunun ve aile yapısının akıllı telefon bağımlılığını ve yalnızlık durumunu etkilemediği görüldü. Artmış stres düzeyi ve depresyon şüphesi, akıllı telefon bağımlılığı düzeyini ve yalnızlık hissini artırıyordu. Akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksek olan ve yalnız hisseden bireylerin iş/sınıf performansı düşüktü ve sosyal ilişkileri zarar görmüştü. Akıllı telefonların uzun süreli ve kontrolsüz kullanımının bireylerin sosyal ilişkilerini ve psikolojik iyi oluşlarını olumsuz yönde etkilemişti. Bu nedenle, bireylerin farkındalıklarının artırılması, akıllı telefon kullanımına ilişkin sağlıklı alışkanlıkların kazandırılması ve aile hekimliği birimleri aracılığıyla akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Akıllı telefon, akıllı telefon bağımlılığı, bağımlılık, yalnızlık

## ABSTRACT

### INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN SMARTPHONE ADDICTION AND LONELINESS IN ADULTS AGED 18-65

**Dr. Büşra ÇİÇEK BİRLER**

**THE MASTER THESIS**

**KONYA-2025**

**Aim:** With the advancement of technology today, smartphones have evolved beyond being mere communication tools; they have become multifunctional devices at the center of individuals' processes of accessing information, socializing, entertaining themselves, and organizing their daily lives. This transformation has popularized smartphone use in society and has led to psychosocial problems such as smartphone addiction and problematic smartphone use. Excessive and frequent use of smartphones can lead individuals to withdraw from face-to-face communication, weaken their social relationships, and eventually cause feelings of loneliness. This study aimed to assess the effect of smartphone addiction levels among adults (aged 18-65) on loneliness.

**Materials and Methods:** The population of this descriptive study consisted of adults aged 18-65. The questionnaire form, developed by the researchers in line with the literature, included questions on sociodemographic information, individuals' smartphone use, the extent to which their daily routines were affected by smartphone use, the Smartphone Addiction Scale-Short Form (SAS-SF), and the UCLA Loneliness Scale Short Form. The questionnaire form, created between February and March 2025, was administered online using Google Forms. The data were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) program. A  $p < 0.05$  value was considered statistically significant.

**Results:** The average age of the 403 participants in the study was  $35.61 \pm 11.70$  (min=18, max=65) years. 59.3% of participants (n=239) were female, 56.3% (n=227) were married, and 81.1% (n=327) had a university/college education level. When asked about their perceived stress level, 42.7% (n=172) of the participants reported a moderate level, and 50.9% (n=205) of the participants had suspected depression. The participants' average daily phone usage time was  $4.02 \pm 2.33$  hours (min=1, max=15). When asked about the purpose of using smartphones, the most common response was social networking sites (Facebook, Instagram, etc.) at 77.9%

(n=313). The ATBÖ-KF (29.00±11.09) and UCLA-KF total scores (13.01±4.70) of single participants were higher than those of married participants (p=0.000 and p=0.002, respectively). The ATBÖ-KF score (27.12±10.64) of those with a college/university education was higher than that of those with a high school education (22.93±10.54) (p=0.026). Participants who perceived high stress levels had higher ATBÖ-KF (28.39±11.31) and UCLA-KF scores (13.08±4.69) than those with low stress levels (p=0.000). Participants with suspected depression had higher ATBÖ-KF (28.66±10.46) and UCLA-KF (13.08±4.61) scores were higher than those of participants without suspected depression (ATBÖ-KF (23.84±10.40) and UCLA-KF (11.41±3.76) scores) (p=0.000 and p=0.000, respectively). There was a moderately significant correlation between phone usage time and ATBÖ-KF total score (r=0.336, p=0.000). No significant correlation was found between gender, longest place of residence, employment status, family structure, income status, obesity status, smoking, and smartphone addiction or loneliness. The ATBÖ-KF score of those who did not feel uneasy when their phone was not with them (21.36±9.30) was lower than that of those who felt uneasy (28.23±10.84) (p=0.000). Those who thought their social relationships or performance were affected by phone use had higher ATBÖ-KF (30.20±12.91) and UCLA-KF (13.14±4.49) scores than those who did not think they were affected, and higher ATBÖ-KF (23.63±9.02) and UCLA-KF (11.72±4.14) scores of those who did not think so (p=0.000, p=0.012). The ATBÖ-KF score of those who believed that the phone did not harm social relationships (21.53±7.87) was lower than that of those who believed it sometimes harmed social relationships (29.54±10.74) (p=0.006). A low level of positive correlation was found between ATBÖ-KF and UCLA-KF (r=0.208, p<0.001).

**Conclusion:** Gender differences, employment status, income level, and family structure were found to have no effect on smartphone addiction and loneliness. Increased stress levels and suspected depression increased the level of smartphone addiction and feelings of loneliness. Individuals with high levels of smartphone addiction and feelings of loneliness had low work/class performance and damaged social relationships. Prolonged and uncontrolled use of smartphones negatively affected individuals' social relationships and psychological well-being. Therefore, it is important to raise individuals' awareness, instill healthy habits regarding smartphone use, and promote preventive mental health services related to smartphone addiction through family medicine units.

**Keywords:** Smartphone, smartphone addiction, addiction, loneliness

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1. Bağımlılık</b> .....	<b>3</b>
2.1.1. Bağımlılığın Tanımı .....	3
2.1.2. Bağımlılık Oluşumu .....	3
2.1.3. Bağımlılık Tanı Kriterleri .....	4
2.1.4. Bağımlılık Türleri .....	5
2.1.5. Davranışsal Bağımlılıklar .....	5
2.1.6. Teknolojik Bağımlılık .....	6
2.1.7. Teknolojik Bağımlılıkların Sağlık Üzerindeki Etkileri.....	6
<b>2.2. Akıllı Telefonlar</b> .....	<b>6</b>
2.2.1. Akıllı Telefon Tanımı .....	6
2.2.2. Akıllı Telefonların Kullanımı ve Yaygınlığı .....	7
2.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı.....	7
2.2.4. Akıllı Telefon Bağımlılığı Yaygınlığı .....	8
<b>2.3. Yalnızlık</b> .....	<b>9</b>
2.3.1. Yalnızlık Tanımı .....	9
2.3.2. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon.....	9
2.3.3. Yalnızlık Durumunun Yaygınlığı .....	9
2.3.4. Yalnızlık Türleri.....	10
2.3.5. Yalnızlığın Sağlık Üzerindeki Etkileri.....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1. Araştırmanın Şekli</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2. Araştırmanın Evreni</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3. Araştırmanın Örnekleme</b> .....	<b>12</b>
<b>3.4. Çalışmaya Alınma Kriterleri</b> .....	<b>12</b>
<b>3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri</b> .....	<b>12</b>
<b>3.6. Etik Kurul Onayı</b> .....	<b>12</b>
<b>3.7. Veri Toplama Araçları</b> .....	<b>13</b>
3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	13
3.7.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu.....	13
3.7.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu .....	13
<b>3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi</b> .....	<b>14</b>
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>15</b>
<b>Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi</b> .....	<b>15</b>
<b>Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri</b> .....	<b>20</b>

<b>Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form (ATBÖ-KF) Puanları ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması .....</b>	<b>20</b>
<b>ATBÖ-KF Puanı ile UCLA-KF Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi.....</b>	<b>27</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>28</b>
<b>6. SONUÇ .....</b>	<b>35</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>36</b>
<b>8. KAYNAKÇA .....</b>	<b>38</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>41</b>
<b>EK-1. Etik Kurul Onay Formu .....</b>	<b>41</b>
<b>EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....</b>	<b>42</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu

UCLA-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu

SAS-SF: Smartphone Addiction Scale-Short Form

ULS-SF: UCLA Loneliness Scale Short Form

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Baskı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BKİ: Beden Kitle İndeksi

IBM: International Business Machines

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....</b>	<b>15</b>
<b>Tablo 2. Katılımcıların Boy, Kilo, Obezite Durumu Bilgileri .....</b>	<b>16</b>
<b>Tablo 3. Katılımcıların Algıladıkları Stres Durumu ve Olası Depresyon Durumuna Ait Bilgiler .....</b>	<b>16</b>
<b>Tablo 4. Katılımcıların Günlük Ortalama Telefon Kullanım Süresine Ait Sayısal Değerler .....</b>	<b>17</b>
<b>Tablo 5. Katılımcıların Telefon Kullanım Amaçlarının Dağılımı .....</b>	<b>17</b>
<b>Tablo 6. Katılımcıların Sigara Kullanımı, Düzenli Egzersiz Durumu ve Uyku Düzenine Ait Bilgiler .....</b>	<b>18</b>
<b>Tablo 7. Katılımcıların Telefon Kullanımına Dair Bilgiler .....</b>	<b>19</b>
<b>Tablo 8. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri .....</b>	<b>20</b>
<b>Tablo 9. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması .....</b>	<b>21</b>
<b>Tablo 10. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Obezite Durumunun Karşılaştırılması .....</b>	<b>22</b>
<b>Tablo 11. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Katılımcıların Algıladıkları Stres Durumu ve Olası Depresyon Durumunun Karşılaştırılması.....</b>	<b>23</b>
<b>Tablo 12. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Günlük Ortalama Telefon Kullanım Süresinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>23</b>
<b>Tablo 13. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Sigara Kullanımı, Düzenli Egzersiz Durumu ve Uyku Düzeninin Karşılaştırılması .....</b>	<b>24</b>
<b>Tablo 14. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Katılımcıların Telefon Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo 15. ATBÖ-KF ile UCLA-KF Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon.....</b>	<b>27</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bağımlılık döngüsü .....	4
Şekil 2. DSM-5'e göre bağımlılık kriterleri .....	4
Şekil 3. DSM-5'e göre bağımlılık bozukluklarının sınıflandırılması .....	5
Şekil 4. TÜİK verilerine göre 16-74 yaş aralığındaki bireylerin cep telefonu kullanım oranının yıllar içindeki değişimi (%).....	7
Şekil 5. Tahmini akıllı telefon bağımlılığı yaygınlığını akıllı telefon bağımlılığı ölçeği-kısa form toplam puanına göre gösteren harita.....	8
Şekil 6. Yalnızlık ile sosyal izolasyon ilişkisi.....	9
Şekil 7. Yalnızlık durumunun farklı ölçütlere göre sınıflandırılması .....	10

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Genel tanımıyla bağımlılık, yarattığı olumsuz sonuçlara rağmen haz veren ve içsel huzursuzluktan uzaklaşmayı sağlayan bir davranış üzerinde, kontrolün kaybedilmesiyle birlikte sürekli olarak bu davranışı gerçekleştirme halidir (1). Başka bir tanımıyla bağımlılık; ruhsal ve bedensel sağlıklarına ya da sosyal yaşamlarına zarar vermesine karşın, insanların belirli bir takıntılı davranışı yinelemeye yönelik engellenemeyen bir istek duymaları ve bunu sürdürmeleri halidir (2). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) 2013 baskısında bağımlılık; madde ile ilişkili bozukluklar (alkol, tütün, kafein, uyuşturucu maddeler) ve madde ile ilişkili olmayan bozukluklar (kumar oynama bozukluğu) şeklinde ikiye ayrılmıştır. Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar alt başlığı davranışsal bağımlılıkları vurgulamak üzere DSM-5'e eklenmiştir (3).

Akıllı telefonlar çok yönlü ve çok amaçlı oluşu nedeniyle iletişim kurmada, sosyal aktivitelerde, meslek hayatında ve başka birçok alanda kullanılabilen yaşamın vazgeçilmez bir ögesi haline gelmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı, 2000'li yıllardan sonra ortaya çıkan, iletişim teknolojisinin gelişmesi sonucunda gün geçtikçe her yaş aralığındaki bireye etki eden ve günümüze kadar artarak devam eden bir bağımlılık çeşididir (4). Akıllı telefonlar hayatı kolaylaştırıp yeniliklere ayak uydurmayı sağlamaktadır. Ancak bilinçsiz kullanıldığı durumlarda fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Genel olarak konsantrasyon bozukluğu, görme bozukluğu, duruş bozukluğu, baş ağrısı, kas ağrısı, yorgun hissetme, uyku kalitesinin bozulması, yeme bozukluğu, asosyalleşme gibi sosyal ve ruhsal pek çok soruna neden olabilmektedir (5-7)

İnsanlar, yaşamlarını sürdürebilmek ve çevresel değişikliklere uyum sağlayabilmek için diğer bireylerle etkileşimde bulunmak ve toplumun bir parçası olmak zorundadırlar. İnsanların gelişimi ilerledikçe bu etkileşimler de çeşitlenir ve bireyin toplumsal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar (8). Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisine göre, bireylerin sevgi ve ait olma ihtiyaçlarını karşılamak için diğer insanlarla sosyal ilişkiler kurmaları ve sürdürmeleri gereklidir. Bu ihtiyaçların karşılandığı durumlarda bireylerin yalnızlık hissi azalmakta ve hatta ortadan kalkmaktadır (9). Yalnızlık durumu sağlık sorunları ile ilişkilidir ve kişinin stresini artırmaktadır. Bunun sonucunda da zihinsel sağlık ve fiziksel sağlık olumsuz yönde etkilenmekte, sosyal ilişkiler zarar görmektedir (10).

Akıllı telefon bağımlılığı, depresyon, anksiyete, uyku ve yeme bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik belirtilerle ilişkili bulunmakla birlikte bireylerde yalnızlık duygusunun artışıyla da bağlantılı olabileceği bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada yalnızlık duygusunun akıllı

telefon bağımlılığını etkilediği ve yalnızlık duygusu belirginleştikçe akıllı telefonlarla uğraşma ve ellerinden bırakamama durumu oluştuğu tespit edilmiştir (11). Literatürde akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlık ilişkisi genellikle ergen ve gençlerde araştırılmıştır ancak erişkin bireylerde yapılan az sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılığı, modern yaşamın getirdiği en önemli davranışsal bağımlılıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada erişkin bireylerin akıllı telefon bağımlılığı düzeyinin yalnızlık ile ilişkisi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Yalnızlık hissi ve buna eşlik eden psikolojik bozuklukların erken tanılanması ve önlenmesinde akıllı telefon bağımlılığının da dikkate alınması, gelecekte ruh sağlığını korumaya yönelik toplumsal stratejiler ve farkındalık programlarının geliştirilmesine bilimsel zemin sağlayabilir.

Akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlık arasındaki ilişkinin araştırılması, birinci basamak sağlık hizmetleri açısından da önemli bir konudur. Aile hekimleri, bireylerle sürekli ve bütüncül bir ilişki içinde olmaları sayesinde, dijital bağımlılık davranışlarını erken dönemde fark edebilme ve psikososyal destek sunabilme konumundadır. Bu bağlamda, akıllı telefon bağımlılığının yalnızlık ve ilişkili ruhsal durumlar üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, aile hekimlerinin koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini planlamasında ve riskli bireylere yönelik müdahalelerde rehberlik edebilir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Bağımlılık**

#### **2.1.1. Bağımlılığın Tanımı**

Türk Dil Kurumu bağımlılığı “bir şeye veya bir kimseye bağlı olma durumu; tabiiyet” ifadeleriyle tanımlamaktadır (12). Amerikan Psikiyatri Birliği ise bağımlılığı “Uyuşturucu veya alkol gibi diğer maddelerin kullanımına ya da aktivite veya davranışlara karşı psikolojik ve/veya fiziksel bağımlılık durumu” olarak tanımlamaktadır (13).

Bağımlılık; bir maddenin ruhsal, fiziksel ya da sosyal sorunlara yol açmasına rağmen alımına devam edilmesi, bırakma isteğine karşın bırakılamaması, kullanım kontrolünün kaybedilmesi, maddeyi alma isteğinin durdurulamaması ve tekrarlı kullanım olarak tanımlanabilir (14). Daha ayrıntılı olarak ise olumsuz sonuçlarına rağmen madde alımının durdurulamadığı; maddeyi sağlamak, kullanmak ve etkilerinden kurtulmak amacıyla çok zaman harcadığı için sosyal aktivitelere katılamadığı; kişilerarası sorunların yaşandığı; bireyin kendisinden beklenen sorumlulukları yerine getiremediği; fiziksel, sosyal veya psikolojik problemlere neden olmasına rağmen madde alımının devam ettiği; madde alınmadığında kişilerde yoksunluk belirtilerinin yaşandığı ve alınan madde miktarının giderek arttığı bir durumdur (14).

Madde ile ilişkili bağımlılıkların; korunma, tanı, destek ve tedavi açısından uzun yıllardır araştırılan bir konu olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda, bağımlılık tanımlamalarının başlangıçta daha çok madde kullanımına odaklandığı, ancak zamanla bağımlılığın yalnızca maddeye değil, eylemlere de yönelik olabileceğinin fark edildiği görülmüştür. Madde ile ilişkili olmayan yani davranışsal bağımlılıklar ise literatürde görece yeni bir alan olarak yer almakla birlikte bu konuda yapılan araştırmalar son yıllarda belirgin bir artış göstermektedir. Buna paralel olarak bağımlılık kavramına ilişkin tanımlamalar da madde ilişkili olmayan bağımlılıkları da kapsayacak biçimde genişleyecektir (15).

#### **2.1.2. Bağımlılık Oluşumu**

Bağımlılığa psikolojik ve biyolojik birçok etken neden olabilmektedir. Genel olarak bireyde merakla birlikte bir kereden bir şey olmaz düşüncesi ile ilk kullanım gerçekleşmektedir. Bu aşamadan sonra ise bağımlılık adımları birbirini takip ederek kişide bağımlılık derinleşmektedir (Şekil 1). Bağımlılık beyinde dopamin adlı nörotransmitter üzerinden oluşmaktadır. Dopamin; düşünce, his, motivasyon, hareket, dikkat ve karar verme gibi birçok temel bilişsel fonksiyonları etkilemektedir. Kullanım sürecinin uzamasıyla dopamin sisteminde meydana gelen bozulmalar, bağımlılık gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (16) (Şekil 1).



Şekil 1. Bağımlılık döngüsü (16)

### 2.1.3. Bağımlılık Tanı Kriterleri

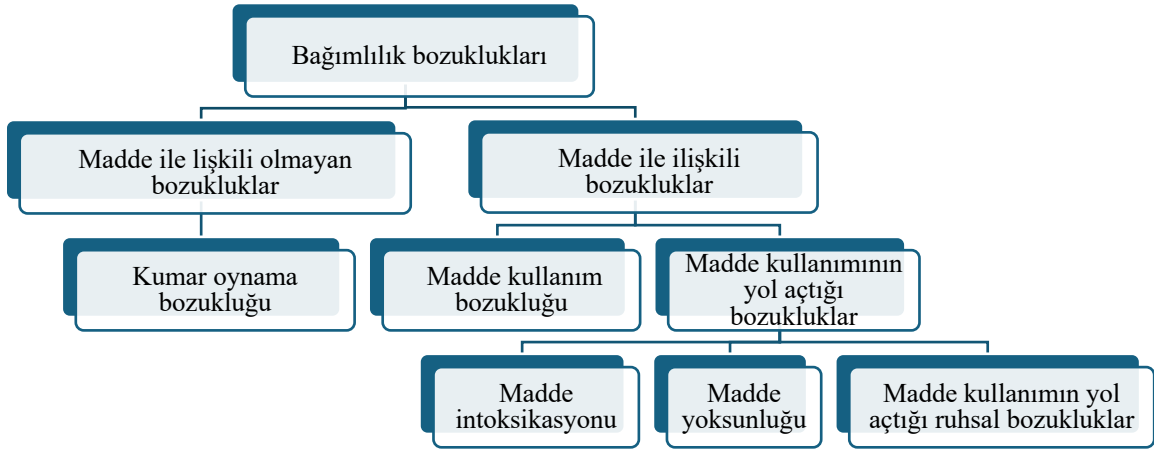
Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması (DSM-5) bağımlılık kriterlerinden iki veya daha fazlası bağımlılık tanısını koymak için yeterlidir (17) (Şekil 2).

Tasarladığından daha uzun süreli kullanım
Geçmişte başarısız bırakma girişimleri
Zamanının çoğunu madde bulmak ve kullanmak için ayırma
Olumsuz etkilerine ve zarar görmesine rağmen kullanmaya devam etme
Madde kullanım isteği
Tolerans (kullanılan madde miktarının yeterli gelmemesi sebebiyle giderek artırılması)
Yoksunluk

Şekil 2. DSM-5'e göre bağımlılık kriterleri

#### 2.1.4. Bağımlılık Türleri

DSM-5 ilk kez ‘Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluklar’ tanı grubunu da içermektedir. Bu haliyle madde ile ilişkili olan bozukluklar ve madde ile ilişkili olmayan bozukluklar olarak iki kategori mevcuttur. Şu anda yalnızca kumar oynama bozukluğu madde ile ilişkili olmayan bozukluklar tanı grubunda yer alıyor olsa da güncel literatürde internet kullanımı, internette oyun oynama, alışveriş yapma, telefon kullanımı, egzersiz yapma, yemek yeme gibi birbirinden farklı davranışlar; zorlayıcı ve işlevsiz şekilde yerine getirilen aktiviteler olup bağımlılık kavramı kapsamında ele alınmaktadır (15) (Şekil 3).



Şekil 3. DSM-5'e göre bağımlılık bozukluklarının sınıflandırılması

#### 2.1.5. Davranışsal Bağımlılıklar

Fiziksel bir maddeyle bağlantısı olmayan, davranış merkezli bağımlılıklar olarak tanımlanan davranışsal bağımlılıklar; teknoloji, oyun, bilgisayar, televizyon, seks, kumar, alışveriş, yemek vb. bağımlılıkları kapsamaktadır (18). Marks 1990 yılında maddeye bağlı olmayan davranışsal bağımlılıklar kavramını, “zarar verici şekilde davranmaya yönelik tekrarlayıcı dürtüler” olarak ilk kez tanımlamıştır (15). Davranışsal bağımlılıklar bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal problemler yaşamasına yol açmaktadır (19).

### **2.1.6. Teknolojik Bağımlılık**

Günümüzde davranışsal bağımlılıklar içerisinde teknoloji bağımlılığı ön plana çıkmaktadır. Teknoloji bağımlılığı üst başlığı altında; dijital oyun, sosyal medya ve çevrimiçi alışveriş bağımlılığı gibi bağımlılıklar yer almaktadır (18). Akıllı telefon bağımlılığı da bir tür teknolojik bağımlılık olarak düşünülmektedir.

Griffiths 1996 yılında teknolojik bağımlılıkları “operasyonel olarak insan-makine etkileşimini içeren kimyasal olmayan davranışsal bağımlılıklar” olarak tanımlamıştır (20).

### **2.1.7. Teknolojik Bağımlılıkların Sağlık Üzerindeki Etkileri**

Teknolojik bağımlılıkların birey üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak sınıflandırılabilir birtakım etkileri mevcuttur;

- Fiziksel sorunlar: Göz hastalıkları, boyun kaslarında ağrı ve sertleşme, beden duruşunda bozukluk, elde uyuşukluk, halsizlik, çocukların motor gelişimiyle ilgili problemler, obezite, solunum ve dolaşım sistemi problemleri
- Psikolojik sorunlar: Uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, uyum problemleri, davranış bozuklukları, gerçeği değerlendirme yetisinin gelişmemesi veya gerilemesi, duygu düzenleme becerisinin gelişmemesi, olumsuz kimlik gelişimi ve kişilik bozuklukları
- Sosyal sorunlar: Akademik başarıda düşüş, iletişim kurma ve iletişimi sürdürme problemleri, fiziksel ve sosyal aktivitelerin azalması, sosyal alandan uzaklaşma ve sosyalleşememe, sorumlulukların ertelenmesi, ihmal edilmesi ve zaman yönetiminde başarısızlık, aile işlevlerinin bozulması yalnızlaşma, yabancılaşma, toplumsal olaylara karşı duyarsızlaşma (18)

## **2.2. Akıllı Telefonlar**

### **2.2.1. Akıllı Telefon Tanımı**

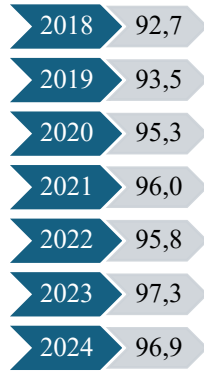
Akıllı telefon genellikle dokunmatik ekran ara yüzü, internet erişimi ve bir işletim sistemi olan, indirilen uygulamaları çalıştırabilen cep telefonudur (21). Akıllı telefonların icat edilme amacı bir bilgisayar ile yapılabilecek neredeyse tüm işlerin taşınabilir telefonlarla yapılabilmesidir. Teknolojinin gelişmesi, iletişimin ilerlemesi, yeni bilgi kaynaklarının oluşması akıllı telefonların yaşamın her alanında kullanılmasını sağlamış ve akıllı telefonlar neredeyse insan bedeninin bir uzantısı haline gelmiştir (22).

### 2.2.2. Akıllı Telefonların Kullanımı ve Yaygınlığı

Gelişen teknoloji günlük yaşamımızın her anını etkilemektedir. Cep telefonları gün geçtikçe iletişim kurma, internete girme, haberleşme, bilgi alma, konum bulma, fotoğraf çekme, müzik dinleme, sosyal medya kullanma, eğlenme, yapay zeka kullanma gibi kullanıcıların birçok isteğine hizmet eden akıllı telefonlara dönüşmüştür (23). Dünya geneline baktığımızda geçmiş yıllara göre akıllı telefon kullanımı ciddi bir artış göstermektedir. 2016 yılından 2023 yılına kadar dünya genelinde akıllı telefona sahip olanların sayısının 3,67 milyardan 6,93 milyara; akıllı telefona sahip olanların sayısının toplam nüfusa oranının ise %49,4'ten %86'ya ulaştığı görülmektedir. Bu hızla devam ederse önümüzdeki birkaç yılda akıllı telefona sahip olanların sayısının 7,52 milyara ulaşması ön görülmektedir (24).

Türkiye'deki kullanım yaygınlığı da dünya ile paralellik göstermekte olup akıllı telefona sahip olanların sayısının 81,68 milyona; oranının %95,4'e ulaştığı görülmektedir (24). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ise cep telefonu kullanım oranı 16-74 yaş arasındaki kişilerde 2018 yılında %92,7 iken 2024 yılında %96,9'a yükselmiştir (25) (Şekil 4). Akıllı telefon kullanım oranının da cep telefonu kullanım oranı ile benzer olduğu varsayılabilir.

Akıllı telefon kullanımındaki artış nedeniyle aşırı ve sorunlu akıllı telefon kullanımı, akıllı telefon bağımlılığı gibi bozukluklar tanımlanmış ve bunlar üzerinde yapılan araştırmalar artmıştır (7).



Şekil 4. TÜİK verilerine göre 16-74 yaş aralığındaki bireylerin cep telefonu kullanım oranının yıllar içindeki değişimi (%) (25)

### 2.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı

Akıllı telefon bağımlılığı tanımı genel olarak, “Kişilerde tolerans gelişmesi, ruh hallerinde bozulma, şiddetli istek, kontrolü kaybetme ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi durumlar ortaya çıkmasına rağmen haz yaşamak için sorunlu bir şekilde akıllı telefon kullanımı” şeklinde yapılmaktadır. Akıllı telefonların bağımlılık özelliklerini vurgulayan çok sayıda araştırma olmasına rağmen henüz Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan

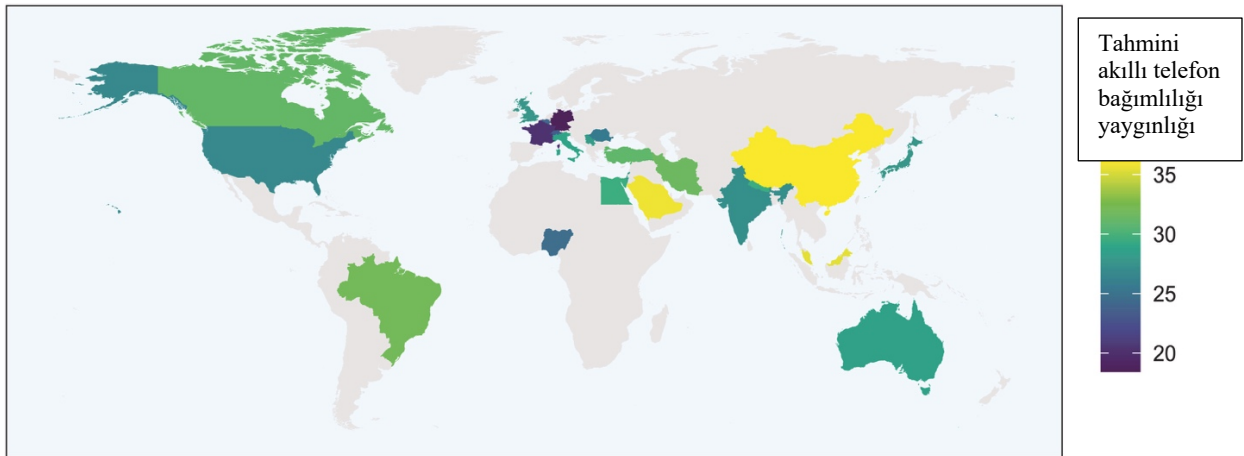
Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM) veya Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nda (ICD) akıllı telefon bağımlılığı resmi olarak tanınmamıştır (7).

Akıllı telefonların markası, modeli, kalitesi, ekran çözünürlüğü, depolama kapasitesi, kamera çekim kalitesi ve sosyal medya uygulamaları başta olmak üzere diğer birçok uygulamayı kullanıma imkan vermesi akıllı telefonlara bağımlılığın oluşumunda etkili olmaktadır (23). Teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesi, bireylerin günlük yaşam pratiklerini önemli ölçüde dönüştürmektedir. Günümüzde birçok günlük iş akıllı telefonlar aracılığıyla gerçekleştirilebilmekte ve bu cihazların sunduğu imkanlar her geçen gün çeşitlenerek artmaktadır. Bunun sonucu olarak da toplumda sorunlu akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı yaygınlaşmaktadır.

#### 2.2.4. Akıllı Telefon Bağımlılığı Yaygınlığı

Akıllı telefonların uzun süre, amaçsız ve plansız kullanımı yani akıllı telefon bağımlılığı gün geçtikçe daha çok kendini belli eden ve hızla artan bir gerçektir (23). Dünya genelinde 2022 yılında yapılan bir çalışmada Çin, Suudi Arabistan ve Malezya'nın akıllı telefon bağımlılığında öne çıkan ülkeler olduğu belirtilmektedir ve bu sıralamada Türkiye 8. sırada yer almaktadır (26).

Türkiye'de akıllı telefon bağımlılığı yaygınlığı üzerine çok çalışma bulunmamaktadır. Türk ergenler arasında yapılan bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı yaygınlığı %28 olarak bulunmuştur (27). Dünya genelinde ergenler üzerine yapılan çalışmalarda ise 2019'da yapılan bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı yaygınlığı %7,5 (28) iken 2020'de yapılan başka bir çalışmada %62,6 (29) olarak bulunulmuştur.



Şekil 5. Tahmini akıllı telefon bağımlılığı yaygınlığını akıllı telefon bağımlılığı ölçeği-kısa form toplam puanına göre gösteren harita (26)

## 2.3. Yalnızlık

### 2.3.1. Yalnızlık Tanımı

Yalnızlık kavramının açıklanmış net bir tanımı olmamakla beraber yıllardır üzerinde konuşulmuş ve araştırılmış ruhsal bir durumdur. Psikanaliz biliminin kurucusu olan Sigmund Freud, 1939 yılında yalnızlık olgusundan ilk kez bir terim olarak bahsetmiştir. Peplau ve Perlman 1982 yılında yalnızlık tanımını “Kişinin başka insanlarla, var olan ilişkileri ile arzuladığı ilişkileri arasındaki farklılık sonucu ortaya çıkan sıkıntılı ruh hali” olarak yapmışlardır (30).

İnsan doğası gereği sosyal bir varlıktır (31). Yalnızlık, bireyin sosyal ilişkilerinde önemli eksiklikler olduğunun bir göstergesi ve modern yaşamın sonuçlarından biridir (32). Bireylerin yalnızlık düzeyinin ve bunun insan hayatına etkilerinin günümüzde giderek artmasından dolayı, yalnızlık kavramı araştırmacıların ilgisini çeken önemli bir konu haline gelmiştir (33).

### 2.3.2. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon

Yalnızlık ve sosyal izolasyon eş anlamlı kavramlar gibi düşünülerek birbiri yerine kullanılsa da aslında farklı anlamlar taşırlar. Yalnızlık sosyal ilişkilerin nesnel büyüklüğünden bağımsız olarak bireyin kendini izole hissetmesidir. Sosyal izolasyon ise başkalarıyla daha az miktarda ve kalitede temas kurmak olarak tanımlanabilir (34). Bireyde bu iki durum bir arada görülebilmektedir (Şekil 6).



Şekil 6. Yalnızlık ile sosyal izolasyon ilişkisi

### 2.3.3. Yalnızlık Durumunun Yaygınlığı

Yalnızlık, hemen hemen her ülkede farklı derecelerde yaşandığı için küresel boyutlu sosyal bir sorundur. Özellikle gelişmiş ülkelerde modernleşmenin insan yaşamına etkisiyle

birlikte bireylerin hissettiği yalnızlık duygusunda artış görülmüş ve böylece bir sorun olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (35). Gelişmiş ülkelerde her üç kişiden birinin yalnız hissettiği düşünülmektedir (36). Yapılan bir çalışma 1976 ile 2019 yılları arasında yetişkinlerde yalnızlık düzeylerinin arttığını göstermektedir (37). Konya’da yapılan başka bir çalışmada yalnızlık prevalansının %43,3 olduğu bulunmuştur (31).

Yapılan çalışmalarda yalnızlığın yaş, cinsiyet, gelir veya eğitim düzeyinden bağımsız olarak tüm bireyleri etkileyen bir durum olduğu konusunda ortak bulgular mevcuttur. Yani yalnızlık sadece hasta olan ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde değil; kişinin yaşamı boyunca olabilmekte ve hatta çevresinde çok sayıda kişi olan veya sosyal medyada çok sayıda takipçisi olan kişilerde bile görülebilmektedir (36).

#### 2.3.4. Yalnızlık Türleri

Perlman ve Peplau’ya göre yalnızlık üç faktöre göre sınıflandırılabilir. Bunlar; pozitiflik-negatiflik, kaynak ve süredir (30). Moustakes 1961 yılında yalnızlığı yalnızlık, pozitiflik- negatiflik kriterine göre varoluşçu yalnızlık ve yalnızlık kaygısı olarak sınıflandırmıştır. (38). Pozitif olan başlangıçtan beri insanların yalnız olduğu gerçeğini ele alan varoluşçu yalnızlık, negatif olan insanlar arası yabancılaşmadan kaynaklanan yalnızlık kaygısıdır. Weiss 1973 yılında yalnızlığı, kaynağına göre duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık olarak ikiye ayırmıştır (39). Duygusal yalnızlık bir kişiye yakın bir bağlılığın olmamasından kaynaklanan, kaygı ve boşluk duygularının görüldüğü durumken sosyal yalnızlık ise sosyal bağlantı ve topluluk duygusunun eksik olması, bir gruba ait olamama, sosyal ilişkilerinin olmaması durumu ile karakterize olan haldir. Young 1982 yılında yalnızlığı süresine göre geçici, durumsal ve kronik yalnızlık olarak üçe ayrılır (40). Geçici yalnızlık günlük, geçici, kısa süren yalnızlıktır; durumsal yalnızlık ayrılma, boşanma, şehir değiştirme gibi nedenlerden kaynaklanan değişiklik sonucu bireyin sosyal ilişkilerinde azalma durumudur; kronik yalnızlık ise bireyin iki yıl ya da daha fazla süre sosyal ilişkilerden eksik kaldığı yalnızlık türüdür (41).

Moustakes’e göre	Weiss'e göre	Young'a göre
<ul style="list-style-type: none"><li>•Varoluşçu yalnızlık</li><li>•Yalnızlık kaygısı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Duygusal yalnızlık</li><li>•Sosyal yalnızlık</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Geçici yalnızlık</li><li>•Durumsal yalnızlık</li><li>•Kronik yalnızlık</li></ul>

Şekil 7. Yalnızlık durumunun farklı ölçütlere göre sınıflandırılması

### 2.3.5. Yalnızlığın Sağlık Üzerindeki Etkileri

Maslow'a göre sevmeye, sevilme, saygı duyulma ve ait hissetme gibi ihtiyaçlar insanların temel gereksinimleridir ve bireyler bu ihtiyacı giderebilmek için diğerleriyle etkileşime girme ya da bir gruba dahil olma çabası içine girerler (42). Bu ihtiyaçların karşılanamadığı durumlarda ise kişiler çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bir çalışma; bu problemlerin yanında, yalnızlık düzeyi yüksek olan bireylerin, sosyalleşme ihtiyaçlarını gidermek amacıyla da sağlık kurumlarına başvuru sayılarının yüksek olduğunu göstermiştir (31).

Yalnızlığın fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilerine yönelik yapılan araştırmalar incelendiğinde;

- Depresyon (43), işlevsel bozukluklar, intihar düşünceleri (43), kardiyovasküler hastalıklar (44), demans (45), obezite (44), tekrarlayan felç (46) gibi hastalıkların daha sık görüldüğü
- Sigara bağımlılığı, alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları (47), uyku düzensizlikleri (48) gibi zararlı davranışlara eğilimin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan araştırmalar yalnızlığın sağlık sorunlarının gelişmesinde, şiddetlenmesinde ve artan ölüm oranlarında (49) rolü olduğunu ortaya koymuştur. Halk sağlığı yetkilileri yaptıkları çalışmalarda yalnızlığın insan sağlığı için en az obezite ve sigara kadar ciddi bir risk olduğunu göstermişlerdir (46).

Yalnızlıkla olumsuz başa çıkma yöntemlerinden biri olarak kişilerin akıllı telefon kullanımını artırdığı, yalnız kalabilecekleri ortamlarda daha çok bulunarak yoğun bir şekilde akıllı telefon kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür. Bu nedenle akıllı telefon kullanımının izolasyona yol açtığı ve yalnızlık için önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (50).

Yalnızlık düzeyinin artması bireyleri dijital ortamlarda sosyal doyum arayışına yönlendirerek akıllı telefon bağımlılığı riskini artırabilir. Öte yandan, akıllı telefonun aşırı ve işlevsiz kullanımı yüz yüze etkileşimi azaltarak yalnızlık hissini pekiştirebilir. Bu döngüsel ilişki, birinci basamakta ruhsal iyi oluşun korunması açısından önemli bir müdahale alanı oluşturmaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 18-65 yaş arasındaki yetişkin bireyler oluşturmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmaya %5 hata payı %95 güven aralığı ile en az 384 kişi dahil edilmesi hesaplandı ancak boş bırakılan, eksik doldurulan anketler olabileceği düşünülerek %10 artışla yaklaşık 400 yetişkine anket yapılması planlandı. Bu amaçla oluşturulan anket formu, Google Forms ile online olarak toplandı. Bu araştırma için hesaplanan örneklem büyüklüğüne yaklaşık beş ayda (2025 Mart – 2025 Temmuz) ulaşıldı. Bu sürede toplam 403 anket sayısına ulaşıldı. Toplanan anketlerin tamamının verileri çalışmaya dahil edildi.

#### **3.4. Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- Anadili Türkçe olmak, Türkçe okuyup anlamak
- Okuryazar olmak
- Akıllı telefon kullanmak

#### **3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri**

- Anadili Türkçe olmayan, Türkçe okuyup anlayamayanlar
- İletişime engel olacak sağlık problemi olmak (işitme, konuşma, görme vs.)
- Organik veya psikiyatrik bir hastalığı olmak

#### **3.6. Etik Kurul Onayı**

Çalışma 07.03.2025 tarih ve 2025/5587 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden yetişkinlere üç bölümden oluşan anket formu uygulandı.

- 1- Sosyodemografik Bilgi Formu
- 2- Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu
- 3- UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Formu

Oluşturulan anket formu Google Forms üzerinden online olarak katılımcılara uygulandı.

#### 3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

30 sorudan oluşan ankette katılımcıların; cinsiyet, yaş, boy, kilo, medeni hal, kimlerle yaşadığı, eğitim düzeyi, gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığı, gelir durumu, düzenli egzersiz yapıp yapmadığı, sigara içme durumu, akıllı telefon kullanımı, akıllı telefon kullanımını nedeniyle günlük rutinlerinin etkilenme durumlarını anlamaya yönelik sorular mevcuttu. Bunlara ek olarak hissedilen stres düzeyi, depresyon olasılığı, yeme alışkanlıkları, uyku alışkanlıkları da soruldu.

#### 3.7.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu

ATBÖ-KF, Kwon ve ark. tarafından 2013 yılında ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı riskini ölçmek için geliştirilen, ülkemizde Noyan ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanıp, üniversite öğrencileri grubunda geçerlilik ve güvenilirliği çalışılan ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Altılı Likert dereceleme ile değerlendirilen ölçeğin maddeleri 1'den 6'ya doğru puanlandırılmıştır. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Alınan puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. Ölçek bir faktörlü olup alt ölçekleri yoktur. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir. Özgün formunun iç tutarlılık ve eş zamanlı geçerliliğinin Cronbach alfa katsayısı 0.91'dir (51, 52)

#### 3.7.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu

Hays ve DiMatteo tarafından geliştirilen, Yıldız ve Duy tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek 7 maddeden oluşmaktadır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin tek boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.74 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. UCLA-KF'nin yanıtlama biçimi "1- Hiç, 2 - Nadiren, 3-Bazen ve 4- Her zaman" şeklinde dört dereceli bir yapıda düzenlenmiştir. Ölçeğin 5. maddesi olan, "İstedğim zaman arkadaş bulabilirim" maddesi tersten puanlanmaktadır. Ölçeğin yedi maddesinin toplanmasıyla genel yalnızlık puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en

düşük puan 7 iken en yüksek puan 28'dir. Ölçekten alınan puanların düşüklüğü yaşanan yalnızlık duygusunun azlığına işaret ederken, puanın yüksekliği yaşanan yalnızlık duygusunun yoğunluğunun artmasına işaret etmektedir (53, 54).

### **3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için "SPSS (Statistical Package for Social Sciences)" kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Nümerik değişkenlerde normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda "Student-t Testi", üç ve daha fazla olan gruplarda "One Way ANOVA Testi" uygulandı. Verileri normal dağılan ve değişkenleri homojen olan verilerin kendi içinde anlamlılığını değerlendirmek için "Post Hoc Analiz" de "Tukey Testi" kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği  $p < 0,05$  olarak kabul edildi. Ölçekler arasındaki ilişkileri saptamak için "Pearson" korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,000-0,249 arası ise zayıf, 0,250-0,499 arası ise orta, 0,500-0,749 arası ise güçlü, 0,750-1,000 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

##### Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen 403 katılımcının yaş ortalaması 35,61±11,70 (min=18, maks=65) yıldı. Katılımcıların %59,3'ü (n=239) kadın, %56,3'ü (n=227) evli ve %81,1'i (n=327) üniversite/yükseköğretim düzeyine sahipti. Bireylerin %78,2'si (n=315) hayatının büyük çoğunluğunda kentsel bölgede yaşamıştı, %68,7'si çalışıyordu, %78,9'u (n=318) çekirdek aileye sahipti, %53,8'i (n=217) çocuk sahibiydi ve %46,4'ünün (n=187) geliri giderine denkti (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

	<b>Min-Maks</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Yaş</b>	18-65	35,61±11,70
<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	239	59,3
Erkek	164	40,7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	227	56,3
Bekar	176	43,7
<b>Öğrenim durumu</b>		
İlkokul	7	1,7
Ortaokul	9	2,2
Lise	60	14,9
Yükseköğretim/Üniversite	327	81,1
<b>En uzun yaşanılan yer</b>		
Kırsal	88	21,8
Kentsel	315	78,2
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	277	68,7
Çalışmıyor	126	31,3
<b>Aile yapısı</b>		
Parçalanmış	39	9,7
Çekirdek	318	78,9
Geniş	46	11,4
<b>Çocuk durumu</b>		
Evet	217	53,8
Hayır	186	46,2
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	92	22,8
Gelir gidere denk	187	46,4
Gelir giderden fazla	124	30,8

Çalışmaya katılanların BKI (beden kitle indeksi) ortalaması  $25,63 \pm 4,31$   $\text{kg/m}^2$  (min=17, maks=42) idi. BKI' ne göre katılanların %43,4'ü (n=175) fazla kiloluydu (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcıların Boy, Kilo, Obezite Durumu Bilgileri**

	Min-Maks	Ort $\pm$ SD
Boy (m)	1,49–2,04	1,68 $\pm$ 0,089
Kilo (kg)	43-128	73,47 $\pm$ 14,89
BKI*	17-42	25,63 $\pm$ 4,31
<b>Obezite durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Zayıf	10	2,5
Normal	154	38,2
Fazla kilolu	175	43,4
Obez	64	15,9

\*BKİ: Beden Kitle İndeksi

Çalışmaya katılanların algıladıkları stres düzeyi sorgulandığında; %42,7'si (n=172) orta düzeyde olduğunu belirtti. Bireylerin %53,1'inin (n=214) geçtiğimiz 2 hafta içinde düşük, çökkün veya çaresiz hissetme durumuna evet cevabı verirken %68,5'inin (n=276) bir şeyler yapmak için ilgisiz veya keyifsiz hissettiği tespit edildi. Bu iki soru ile değerlendirilen olası depresyon durumu sonucunda ise depresyon şüphesi olan katılımcı oranı %50,9 (n=205) idi (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Algıladıkları Stres Durumu ve Olası Depresyon Durumuna Ait Bilgiler**

Algılanan stres düzeyi	n	%
Çok düşük	8	2,0
Düşük	44	1,9
Orta	172	42,7
Yüksek	141	35,0
Çok yüksek	38	9,4
<b>Geçtiğimiz 2 hafta içinde kendinizi düşük, çökkün veya çaresiz hissettiniz mi?</b>		
Evet	214	53,1
Hayır	189	46,9
<b>Geçtiğimiz 2 hafta içinde bir şeyler yapmak için kendinizi ilgisiz veya keyifsiz hissettiniz mi?</b>		
Evet	276	68,5
Hayır	127	31,5
<b>Olası depresyon durumu</b>		
Depresyon şüphesi olan	205	50,9
Depresyon şüphesi olmayan	198	49,1

Katılımcıların günlük ortalama akıllı telefon kullanım süresi  $4,02 \pm 2,33$  (min=1, maks=15) saati (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcıların Günlük Ortalama Telefon Kullanım Süresine Ait Sayısal Değerler**

	<b>Min- Maks</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Telefon kullanım süresi (saat)</b>	1-15	4	4,02±2,33

Çalışmaya katılanların akıllı telefon kullanma amacı sorgulandığında en çok verilen cevap %77,9 (n=313) ile sosyal paylaşım sitelerini (Facebook, Instagram vb.) kullanmaktı (Tablo 5).

**Tablo 5. Katılımcıların Telefon Kullanım Amaçlarının Dağılımı**

<b>Telefon kullanım amacı</b>	<b>n (403)</b>	<b>%</b>
Sosyal paylaşım siteleri (Facebook, Instagram vb.) kullanmak	313	77,9
İletişim	284	70,6
Müzik dinlemek ve/veya film, video vb. seyretmek	196	48,8
Eğitim ve/veya araştırma	174	43,3
Haber ve/veya spor etkinliği takibi	138	34,3
Alışveriş	136	33,8
Oyun oynama	68	16,9
Mesleki amaç	8	2,0

\*Çoklu yanıtlar verildiği için toplanan sayısı, örneklem sayısını geçer.

Çalışmaya katılanların %32,0'ı (n=129) sigara kullanıyor, %48,9'u (n=197) düzenli egzersiz yapmıyordu ve %39,0'ının (n=157) uykusu düzenli değildi. Katılımcıların %19,6'sı da (n=79) gündüz uyukluyordu.

Hayatlarında olumsuz bir durum yaşadıklarında %52,9'unun (n=213) yeme alışkanlığı, %66,3'ünün (n=267) uyku alışkanlığı değişiyordu (Tablo 6).

**Tablo 6. Katılımcıların Sigara Kullanımı, Düzenli Egzersiz Durumu ve Uyku Düzenine Ait Bilgiler**

<b>Sigara kullanım durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kullanıyor	129	32,0
Kullanmıyor	234	58,1
Bazen, kullanıyor	40	9,9
<b>Düzenli egzersiz yapabilme durumu</b>		
Evet	66	16,4
Hayır	197	48,9
Bazen	140	34,7
<b>Uykusunun düzenli olma durumu</b>		
Evet	180	44,7
Hayır	157	39,0
Bazen	66	16,4
<b>Hayatında olumsuz bir durum yaşadığında yeme alışkanlığının değişim durumu</b>		
Evet	213	52,9
Hayır	119	29,5
Bazen	71	17,6
<b>Hayatında olumsuz bir durum yaşadığında uyku alışkanlığının değişim durumu</b>		
Evet	267	66,3
Hayır	60	14,9
Bazen	76	18,9
<b>Gündüz uyuklama durumu</b>		
Evet	79	19,6
Hayır	184	45,7
Bazen	140	34,7

Çalışmaya katılanların %49,6'sı (n=200) uykuya dalarken, %32,3'ü (n=130) ise yemek yerken telefon kullanıyordu. Katılımcıların %68,5'i (n=276) uyandıktan hemen sonra telefonlarını kontrol ediyordu. %56,8'i (n=229) telefonu yanından yokken huzursuzluk yaşarken, %29,5'i (n=119) birkaç saat telefonsuz kalınca zorlanıyordu. Bireylerin %27,3'ü (n=110) telefon kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerin veya iş/sınıf performansının etkilendiğini düşünüyordu. Telefon kullanımı nedeni ile %30,8'i (n=124) göz yorgunluğu, baş ağrısı veya uyku problemleri yaşıyordu. Katılımcıların %83,4'ü (n=336) gerçek hayatta sohbetler sırasında telefona bakmanın sosyal ilişkilere zarar verdiğini düşünüyordu ve %58,8'i (n=237) toplu taşımada, yürüyüş yaparken veya araba sürerken telefon kullanıyordu (Tablo 7).

**Tablo 7. Katılımcıların Telefon Kullanımına Dair Bilgiler**

<b>Uykuya dalarken telefon kullanım durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	200	49,6
Hayır	145	36,0
Bazen	58	14,4
<b>Yemek yerken telefon kullanım durumu</b>		
Evet	130	32,3
Hayır	216	53,6
Bazen	57	14,1
<b>Uyandıktan hemen sonra telefon kontrol etme durumu</b>		
Evet	276	68,5
Hayır	69	17,1
Bazen	58	14,4
<b>Telefon yanında yokken huzursuzluk hissi</b>		
Evet	229	56,8
Hayır	105	26,1
Bazen	69	17,1
<b>Birkaç saat telefonsuz kalınca zorlanma durumu</b>		
Evet	119	29,5
Hayır	214	53,1
Bazen	70	17,4
<b>Telefon kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerin veya iş/sınıf performansının etkilenmesi durumu</b>		
Evet	110	27,3
Hayır	235	58,3
Bazen	58	14,4
<b>Telefon kullanımı nedeniyle göz yorgunluğu, baş ağrısı veya uyku problemleri yaşama durumu</b>		
Evet	124	30,8
Hayır	182	45,2
Bazen	97	24,1
<b>Gerçek hayatta sohbetler sırasında telefona bakmanın sosyal ilişkilere zarar verdiğini düşünme</b>		
Evet	336	83,4
Hayır	32	7,9
Bazen	35	8,7
<b>Toplu taşımada, yürüyüş yaparken veya araba sürerken telefon kullanım durumu</b>		
Evet	237	58,8
Hayır	115	28,5
Bazen	51	12,7

## Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri**

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort ±SD	Cronbach's alpha
Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form	10	10-60	26,29±10,69	0,902
UCLA Yalnızlık Ölçeği – Kısa Form	7	7-25	12,26±4,29	0,787

### Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form (ATBÖ-KF) Puanları ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

ATBÖ-KF ve UCLA-KF toplam puanları ile katılımcıların cinsiyeti, en uzun yaşadıkları yer, çalışma durumu, aile yapısı ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla  $p=0,471$ ,  $p=0,751$ ,  $p=0,255$ ,  $p=0,317$ ,  $p=0,626$  ve  $p=0,064$ ,  $p=0,201$ ,  $p=0,575$ ,  $p=0,640$ ,  $p=0,630$ ).

Yaşı 35 ve altında olan katılımcıların ATBÖ-KF puanı ( $28,63\pm 10,98$ ) yaşı 35 üstü olanlardan ( $23,05\pm 9,40$ ) yüksekti ( $p<0,001$ ). Yaş ile UCLA-KF arasında anlamlı bir fark görülmedi ( $p=0,171$ ). Bekar olan katılımcıların ATBÖ-KF ( $29,00\pm 11,09$ ) ve UCLA-KF toplam puanları ( $13,01\pm 4,70$ ), evli olanların ATBÖ-KF ( $13,01\pm 4,70$ ) ve UCLA-KF  $11,68\pm 3,85$  daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,000$ ,  $p=0,002$ ). Öğrenim durumu yüksekokul/üniversite olanların ATBÖ-KF puanı ( $27,12\pm 10,64$ ), öğrenim durumu lise ( $22,93\pm 10,54$ ) olanlara göre yüksekti ( $p=0,026$ ). Öğrenim durumu ile UCLA-KF arasında ise anlamlı bir ilişki görülmedi ( $p=0,178$ ). Çocuk sahibi olanların ATBÖ-KF puanı ( $23,97\pm 10,20$ ), çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı düzeyde düşükken ( $p<0,001$ ), UCLA-KF puanı ile anlamlı bir ilişki görülmedi ( $p=0,079$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

	<b>ATBÖ-KF*</b>	<b>UCLA-KF**</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Yaş</b>		
35 yaş ve altı	28,63±10,98	12,50±4,56
35 yaş üstü	23,05±9,40	11,92±3,88
p <sup>***</sup>	<b>&lt;0,001</b>	0,171
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	25,97±10,46	11,93±4,20
Erkek	26,76±11,04	12,74±4,39
p <sup>***</sup>	0,471	0,064
<b>Medeni durum</b>		
Evli	24,19±9,91	11,68±3,85
Bekar	29,00±11,09	13,01±4,70
p <sup>***</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>
<b>Öğrenim durumu</b>		
İlköğretim <sup>a</sup>	21,93±9,26	12,12±4,08
Lise <sup>b</sup>	22,93±10,54	13,21±4,06
Yüksekokul/Üniversite <sup>c</sup>	27,12±10,64	12,09±4,33
p <sup>****</sup>	<b>0,026<sup>bc</sup></b>	0,178
<b>En uzun yaşanılan yer</b>		
Kırsal	25,97±10,24	12,78±4,06
Kentsel	26,38±10,83	12,12±4,35
p <sup>***</sup>	0,751	0,201
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyorum	26,70±10,58	12,34±4,23
Çalışmıyorum	25,39±10,92	12,08±4,43
p <sup>***</sup>	0,255	0,575
<b>Aile yapısı</b>		
Parçalanmış	26,87±13,24	13,22±3,95
Çekirdek	25,84±10,44	12,17±4,36
Geniş	27,82±10,64	12,24±4,12
p <sup>****</sup>	0,317	0,640
<b>Çocuk durumu</b>		
Evet	23,97±10,20	11,91±3,93
Hayır	29,00±10,65	12,67±4,65
p <sup>***</sup>	<b>&lt;0,001</b>	0,079
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	25,91±11,21	12,63±4,22
Gelir gidere denk	25,97±10,53	12,20±4,37
Gelir giderden fazla	27,07±10,60	12,08±4,24
p <sup>****</sup>	0,626	0,630

\*ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı- Kısa Form \*\*UCLA-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Form \*\*\*Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. \*\*\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılanlarda ATBÖ-KF ve UCLA-KF toplam puanları ile obezite durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi (sırasıyla  $p=0,180$ ,  $p=0,770$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Obezite Durumunun Karşılaştırılması**

	ATBÖ-KF*	UCLA-KF**
	Ort±SD	Ort±SD
<b>Obezite durumu</b>		
Zayıf	30,80±11,17	12,70±5,07
Normal	27,26±11,33	12,29±4,37
Fazla kilolu	25,19±9,89	12,39±4,39
Obez	26,28±10,98	11,76±3,71
p***	0,180	0,770

\*ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı- Kısa Form \*\*UCLA-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Form \*\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

Algıladıkları stres düzeyi yüksek olan katılımcıların ATBÖ-KF puanı ( $28,39±11,31$ ) stres düzeyi düşük ( $20,86±8,67$ ) ve orta ( $25,76±9,97$ ) olanlardan (**sırasıyla  $p=0,000$ ,  $p=0,049$** ), orta olanların da düşük olanlardan ( $20,86±8,67$ ) **yüksekti ( $p=0,009$ )**. Algıladıkları stres düzeyi yüksek olanların UCLA-KF puanı ( $13,08±4,69$ ), düşük ( $11,13±3,81$ ) ve orta ( $11,75±3,84$ ) olanlara göre **yüksekti (**sırasıyla  $p=0,010$ ,  $p=0,010$** )**.

Depresyon şüphesi olan katılımcıların ATBÖ-KF puanı ( $28,66±10,46$ ), depresyon şüphesi olmayanlardan ( $23,84±10,40$ ) **yüksekken ( $p=0,000$ )**, UCLA-KF puanı da benzer şekilde depresyon şüphesi olanlarda ( $13,08±4,61$ ), olmayanlardan ( $11,41±3,76$ ) **yüksekti ( $p=0,000$ )** (Tablo 11).

**Tablo 11. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Katılımcıların Algıladıkları Stres Durumu ve Olası Depresyon Durumunun Karşılaştırılması**

	ATBÖ-KF*	UCLA-KF**
	Ort±SD	Ort±SD
<b>Algılanan stres düzeyi</b>		
Düşük <sup>a</sup>	20,86±8,67	11,13±3,81
Orta <sup>b</sup>	25,76±9,97	11,75±3,84
Yüksek <sup>c</sup>	28,39±11,31	13,08±4,69
p <sup>***</sup>	<b>0,009<sup>ab</sup> ; 0,000<sup>ac</sup> ; 0,049<sup>bc</sup></b>	<b>0,010<sup>ac</sup> ; 0,010<sup>bc</sup></b>
<b>Olası depresyon durumu</b>		
Depresyon şüphesi olan	28,66±10,46	13,08±4,61
Depresyon şüphesi olmayan	23,84±10,40	11,41±3,76
p <sup>***</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı- Kısa Form \*\*UCLA-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Form \*\*\*Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. \*\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA posthoc Tukey testi kullanılmıştır.

Telefon kullanım süresi ile ATBÖ-KF toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken ( $r=0,336$ ,  $p=0,000$ ), telefon kullanım süresi ile UCLA-KF arasında ilişki yoktu ( $p=0,092$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Günlük Ortalama Telefon Kullanım Süresinin Karşılaştırılması**

		ATBÖ-KF	UCLA-KF
<b>Telefon kullanım süresi (saat)</b>	r	0,336 <sup>**</sup>	0,084
	p	<b>&lt;0,001</b>	0,092

\*\*Korelasyon, 0,01 düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Uykusu düzenli olan katılımcıların ATBÖ-KF puanı (24,71±10,73), düzenli olmayan (27,38±10,94) katılımcılardan düşüktü ( $p=0,025$ ). UCLA-KF toplam puanı ile uyku düzeni arasında ise anlamlı bir ilişki görülmedi ( $p=0,127$ ). Hayatında olumsuz bir durum yaşarken yeme alışkanlığı değişenlerin ATBÖ-KF puanı (27,65±10,62), değişmeyenlere (23,22±10,32) göre göre yüksekti (sırasıyla  $p=0,000$ ,  $p=0,024$ ). UCLA-KF puanı ise yeme alışkanlığı değişenlerin (12,71±4,47), değişmeyenlere (11,43±4,12) göre yüksekti ( $p=0,025$ ). Hayatında olumsuz bir durum yaşarken uyku alışkanlığı değişenlerin ATBÖ-KF puanı (26,77±10,38), değişmeyenlere (23,15±11,16) göre yüksekken ( $p=0,046$ ), UCLA-KF puanı ile anlamlı bir ilişki görülmedi ( $p=0,074$ ). Gündüz uyuklayanların ATBÖ-KF puanı (29,08±13,39), uyuklamayanlara (24,50±9,79) göre yüksekti ( $p=0,004$ ). UCLA-KF puanı da benzer şekilde uyuklayanlarda (13,22±4,83), uyuklamayanlara (11,81±4,11) göre yüksekti ( $p=0,038$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Sigara Kullanımı, Düzenli Egzersiz Durumu ve Uyku Düzeninin Karşılaştırılması**

	<b>ATBÖ-KF*</b>	<b>UCLA-KF**</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Sigara kullanım durumu</b>		
Evet	27,06±11,22	12,40±4,20
Hayır	25,97±10,66	12,32±4,45
Bazen	25,67±9,11	11,50±3,60
p <sup>***</sup>	0,603	0,488
<b>Düzenli egzersiz</b>		
Evet	26,74±9,61	12,07±4,25
Hayır	26,06±11,48	12,19±4,34
Bazen	26,42±10,08	12,45±4,26
p <sup>***</sup>	0,892	0,805
<b>Uykusunun düzenli olma durumu</b>		
Evet	24,71±10,73	11,78±4,03
Hayır	27,38±10,94	12,71±4,73
Bazen	28,03±9,49	12,50±3,78
p <sup>***</sup>	<b>0,025****</b>	0,127
<b>Hayatında olumsuz bir durum yaşadığında yeme alışkanlığının değişim durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	27,65±10,62	12,71±4,47
Hayır <sup>b</sup>	23,22±10,32	11,43±4,12
Bazen <sup>c</sup>	27,38±10,63	12,30±3,86
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup> ; 0,024<sup>bc</sup></b>	<b>0,025<sup>ab</sup></b>
<b>Hayatında olumsuz bir durum yaşadığında uyku alışkanlığının değişim durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	26,77±10,38	12,47±4,49
Hayır <sup>b</sup>	23,15±11,16	11,10±3,82
Bazen <sup>c</sup>	27,11±11,11	12,44±3,79
p <sup>***</sup>	<b>0,046<sup>ab</sup></b>	0,074
<b>Gündüz uyuklama durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	29,08±13,39	13,22±4,83
Hayır <sup>b</sup>	24,50±9,79	11,81±4,11
Bazen <sup>c</sup>	27,07±9,73	12,31±4,13
p <sup>***</sup>	<b>0,004<sup>ab</sup></b>	<b>0,038<sup>ab</sup></b>

\*ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı- Kısa Form \*\*UCLA-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Form \*\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. \*\*\*\*Posthoc Tukey testi yapıldığında anlamlı sonuç bulunmadı.

Uykuya dalarken telefon kullanan katılımcıların ATBÖ-KF puanı ( $28,37 \pm 10,69$ ), kullanmayanlara ( $23,48 \pm 10,38$ ) göre yüksekti ( $p=0,000$ ). Yemek yerken telefon kullananların ( $31,14 \pm 11,63$ ) ATBÖ-KF puanı kullanmayanlara ( $22,95 \pm 8,83$ ) göre yüksekti ( $p=0,000$ ). Uyandıktan hemen sonra telefonlarını kontrol edenlerin ATBÖ-KF puanı ( $28,00 \pm 10,65$ ), kontrol etmeyenlere ( $21,97 \pm 10,43$ ) göre yüksekti ( $p=0,000$ ). Telefonu yanında yokken huzursuzluk hissetmeyenlerin ( $21,36 \pm 9,30$ ) ATBÖ-KF puanı huzursuzluk hissedenlere ( $28,23 \pm 10,84$ ) göre düşüktü ( $p=0,000$ ). Birkaç saat telefonsuz kalınca zorlananların ( $30,65 \pm 12,06$ ) ATBÖ-KF puanı zorlanmayanlara ( $23,22 \pm 9,05$ ) göre yüksekti ( $p=0,000$ ). Telefon kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerin veya performansının etkilendiğini düşünenlerin ( $30,20 \pm 12,91$ ) ATBÖ-KF puanı etkilenmediğini düşünenlere ( $23,63 \pm 9,02$ ) göre yüksekti ( $p=0,000$ ). Telefon kullanımı nedeniyle sağlık sorunları yaşayanların ATBÖ-KF puanı ( $31,25 \pm 11,36$ ) yaşamayanlara ( $22,91 \pm 9,54$ ) göre yüksekti ( $p=0,000$ ). Telefonun sosyal ilişkilere zarar vermediğini düşünenlerin ( $21,53 \pm 7,87$ ) ATBÖ-KF puanı bazen zarar verdiğini düşünenlere ( $29,54 \pm 10,74$ ) göre düşüktü ( $p=0,006$ ). Trafikte telefon kullananların ATBÖ-KF puanı ( $28,67 \pm 10,73$ ) kullanmayanlara ( $21,73 \pm 9,47$ ) göre yüksekti ( $p=0,000$ ).

Telefon kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerin veya performansının etkilendiğini düşünenlerin UCLA-KF puanı ( $13,14 \pm 4,49$ ), düşünmeyenlere ( $11,72 \pm 4,14$ ) göre yüksekti ( $p=0,012$ ). Telefon kullanımı nedeniyle sağlık sorunları yaşayanların UCLA-KF puanı ( $13,29 \pm 4,94$ ), yaşamayanlara ( $11,52 \pm 4,01$ ) göre yüksekti ( $p=0,001$ ). Değerlendirilen diğer seçenekler ile UCLA-KF arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. ATBÖ-KF ve UCLA-KF Toplam Puanları ile Katılımcıların Telefon Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması**

	<b>ATBÖ-KF*</b>	<b>UCLA-KF**</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Uykuya dalarken telefon kullanım durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	28,37±10,69	12,28±4,57
Hayır <sup>b</sup>	23,48±10,38	12,37±4,12
Bazen <sup>c</sup>	26,18±9,99	11,91±3,72
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup></b>	0,782
<b>Yemek yerken telefon kullanım durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	31,14±11,63	12,92±4,86
Hayır <sup>b</sup>	22,95±8,83	11,80±3,97
Bazen <sup>c</sup>	27,89±10,47	12,52±3,93
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup> ; 0,003<sup>bc</sup></b>	0,055
<b>Uyandıktan hemen sonra telefon kontrol etme durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	28,00±10,65	12,31±4,43
Hayır <sup>b</sup>	21,97±10,43	12,05±4,20
Bazen <sup>c</sup>	23,31±9,12	12,25±3,77
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup> ; 0,005<sup>ac</sup></b>	0,904
<b>Telefon yanında yokken huzursuzluk hissi</b>		
Evet <sup>a</sup>	28,23±10,84	12,50±4,32
Hayır <sup>b</sup>	21,36±9,30	11,87±4,34
Bazen <sup>c</sup>	27,39±9,92	12,07±4,14
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup> ; 0,000<sup>bc</sup></b>	0,429
<b>Birkaç saat telefonsuz kalınca zorlanma durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	30,65±12,06	12,22±4,34
Hayır <sup>b</sup>	23,22±9,05	11,96±4,31
Bazen <sup>c</sup>	28,28±9,94	13,25±4,06
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup> ; 0,001<sup>bc</sup></b>	0,090
<b>Telefon kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerin veya iş/sınıf performansının etkilenmesi durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	30,20±12,91	13,14±4,49
Hayır <sup>b</sup>	23,63±9,02	11,72±4,14
Bazen <sup>c</sup>	29,67±9,11	12,77±4,25
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup> ; 0,000<sup>bc</sup></b>	<b>0,012<sup>ab</sup></b>
<b>Telefon kullanımı nedeniyle göz yorgunluğu, baş ağrısı veya uyku problemleri yaşama durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	31,25±11,36	13,29±4,94
Hayır <sup>b</sup>	22,91±9,54	11,52±4,01
Bazen <sup>c</sup>	26,31±9,40	12,34±3,61
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup> ; 0,001<sup>ac</sup></b>	<b>0,001<sup>ab</sup></b>
<b>Gerçek hayatta sohbetler sırasında telefona bakmanın sosyal ilişkilere zarar verdiğini düşünme</b>		
Evet <sup>a</sup>	26,41±10,79	12,20±4,31
Hayır <sup>b</sup>	21,53±7,87	11,84±4,00
Bazen <sup>c</sup>	29,54±10,74	13,25±4,33
p <sup>***</sup>	<b>0,035<sup>ab</sup> ; 0,006<sup>bc</sup></b>	0,326
<b>Toplu taşımada, yürüyüş yaparken veya araba sürerken telefon kullanım durumu</b>		
Evet <sup>a</sup>	28,67±10,73	12,30±4,47
Hayır <sup>b</sup>	21,73±9,47	12,17±4,17
Bazen <sup>c</sup>	25,52±9,78	12,27±3,75
p <sup>***</sup>	<b>0,000<sup>ab</sup></b>	0,963

\*ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı- Kısa Form \*\*UCLA-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Form \*\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

## ATBÖ-KF Puanı ile UCLA-KF Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

“ATBÖ-KF” ile “UCLA-KF” toplam puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı korelasyon tespit edildi ( $r=0,208$ ,  $p<0,001$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. ATBÖ-KF ile UCLA-KF Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon**

		Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form
UCLA Yalnızlık Ölçeği -Kısa Form	r	0,208**
	p	<0,001

\*\*Korelasyon, 0,01 düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, 18–65 yaş aralığındaki geniş bir erişkin örneklemede yalnızlık, algılanan stres, depresyon ve akıllı telefon bağımlılığı değişkenlerini birlikte ele alması açısından önemli bir çalışmadır. Literatürde yalnızlık ve akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte, bu çalışmaların çoğu öğrenci örneklemleriyle sınırlıdır ve ruhsal değişkenlerin (örneğin stres ve depresyon) etkisini birlikte değerlendiren birinci basamak temelli araştırmalar sınırlı sayıdadır (31, 55). Elde edilen bulgular, yalnızlık ve stresin akıllı telefon bağımlılığıyla anlamlı ilişkili olduğunu; ayrıca sosyal ilişkiler üzerindeki olumsuz algının bağımlılık riskini güçlendirdiğini göstermektedir.

Çalışmada genç yaş grubunda (35 yaş altı) akıllı telefon bağımlılığı düzeyi ileri yaş grubuna (35 yaş üstü) göre yüksekti. Nikolic ve ark. yaş ile akıllı telefon bağımlılığı arasında bir ilişki görmemiştir (7). Demirci ve ark., Haug ve ark. ise genç bireylerde akıllı telefon bağımlılığını yüksek olarak bulmuşlardır (56, 57). Akıllı telefonların kullanımının yaygınlaşmaya başladığı dönem, şu anda erişkin yaş grubunda olan bireylerin yetiştiği dönemden gelmektedir. Akıllı telefonlar ileri yaş grubunun ilgi alanı dışında olduğu için adapte olmaları daha zor olabilmektedir. Ayrıca okul ve iş hayatında akıllı telefonlar bilgi kaynağı ve iletişim amacıyla kullanılmaktadır. Genç yaş grubunun bu nedenlerle akıllı telefonları daha sık kullandığı düşünülebilir.

Kadın ve erkek cinsiyet arasında akıllı telefon bağımlılığı düzeyi benzer bulundu. Literatürde bu durumla ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Noyan ve ark., Kwon ve ark. çalışmalarında benzer şekilde cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki bulmazken (51, 52), Nikolic ve ark. ile Demirci ve ark. akıllı telefon bağımlılığının kadın cinsiyette daha fazla olduğunu saptamışlardır (7, 57). Hindistan’da genç yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada ise akıllı telefon bağımlılığı düzeyi erkek cinsiyette yüksek bulunmuştur (58). Akıllı telefonlar günümüzde günlük hayatın her alanında kullanılmaktadır. Kullanım amaçları farklı olabilir ancak her iki cinsiyetin ihtiyaç ve kullanım düzeylerinin benzer olduğu düşünülebilir ve kullanım kolaylığı cinsiyetler arası farkı eşitliyor denilebilir.

Sunulan çalışmada bekar ve çocuk sahibi olmayan bireylerin akıllı telefon bağımlılık düzeyi yüksek bulundu. Lübnanlı yetişkinlerde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde bekar olanların evli olanlara göre bağımlılık düzeyini yüksek saptamıştır (59). Bekar olan ve/veya çocuk sahibi olmayan katılımcıların evli ve/veya çocuk sahibi olanlara göre akıllı telefon kullanımına daha çok zaman ayırabildikleri ve yaş olarak daha küçük oldukları varsayılarak

akıllı telefon ile daha erken dönemde tanıştıkları için hayatlarını akıllı telefon ile daha çok bağdaştırdıklarını varsaymak mümkündür.

Çalışmadaki eğitim düzeyi yüksek olanların akıllı telefon bağımlılık düzeyi de yüksekti. Horvath ve ark. çalışmasında ise bağımlılık düzeyi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (60). Teknolojik cihazlar günümüzde önemli bir bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bu cihazlar arasında kolay taşınabilirliği ve hızlı erişim sağlaması nedeniyle akıllı telefonlar öne çıkmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek okul veya üniversite olan bireylerin, bilgiye ulaşma ve güncel gelişmeleri takip etme gereksinimleri doğrultusunda akıllı telefon kullanımına daha fazla ihtiyaç duydukları düşünülebilir.

Sunulan çalışmanın sonuçlarına göre yalnızlık düzeyi kadın ve erkeklerde benzerdi. Pop ve ark. çalışmasında da cinsiyet ile yalnızlık arasında bir ilişki gösterilememiştir (61), Karaoğlu ve ark., Duyan ve ark. çalışmalarında erkeklerin kadınlara göre daha yalnız hissettiğini (31,62), Beutel ve ark. ise aksine kadınların erkeklere göre daha yalnız hissettiğini saptamıştır (63). Yalnızlık herkesin hayatının bir evresinde tecrübe edebileceği bir duygudur ve cinsiyet farkı gözetmeksizin toplumun her bireyini etkileyebileceği düşünmek yanlış olmayacaktır.

Çalışmaya katılanlar her yaş grubunda yalnızlık düzeyi açısından benzer bulundu. Terzioğlu ve ark. erken yetişkinlik ve geç yetişkinlikte yalnızlığın yüksek düzeyde, orta yetişkinlikte ise düşük düzeyde olduğunu bulmuştur (64). Yalnızlık algılandığı kadarıyla ölçülebilmektedir. İleri yaş grubundaki bireylerin yüz yüze iletişimi daha sık tercih etmeleri, yalnızlık duygusunu azaltan bir etken olarak değerlendirilebilir. Buna karşılık, genç yaş grubundaki bireylerin çevrimiçi iletişim platformlarını daha yoğun kullanmaları nedeniyle, bu sanal etkileşim biçiminin onların yalnızlık algısını azalttığı varsayılabilir. Bu nedenle farklı yaş gruplarının algıladıkları yalnızlık duygusu birbirine benzer çıkmış olabilir.

Bekar olan katılımcıların evli olanlara göre daha yalnız hissettiği görüldü. Pop ve ark., Yılmaz ve ark. benzer şekilde bekar olanların evli olanlara göre yalnızlık duygusunu daha yüksek olduğunu bulmuştur (61, 65). Evli bireylerin partneriyle yakınlık ve bağ kurması onları, duygusal olarak yalnızlık hissinden uzaklaştırabilir. Bekar olan bireylerin hayatında sürekli olarak birinin olmadığı varsayılırsa yalnız hissetmeleri beklenen bir durumdur.

Sunulan çalışmada kişinin obezite durumu ile akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlık düzeyi arasında ilişki saptanmadı. Das ve ark. çalışmasında benzer şekilde akıllı telefon bağımlılığı ile obezite arasında ilişki bulmazken (58), Gill ve ark. çalışmasında ise akıllı telefon bağımlılığının obezite riskini artırdığını bulmuştur (66). Katılımcıların yaş ortalamasının genç olması, eğitim düzeyinin yüksekliği ve telefon kullanım amacının ağırlıklı olarak sosyal medya etkileşimi olması, bu sonucu etkileyen olası faktörlerdir. Rotenberg ve ark. obez bireylerin daha

fazla yalnızlık hissettiğini bildirmiştir (67). Bizimki gibi yakın sosyal ilişkilerin güçlü olduğu kültürlerde, bireyler fiziksel görünülerinden bağımsız olarak sosyal destek görmekte ve toplum tarafından kabul edilmektedirler. Bu durum, kişinin beden ağırlığına ilişkin olumsuz algısının yalnızlık duygusuna neden olmasını engelleyebilir. Dolayısıyla obezite, bireyin yalnızlık düzeyini artıran bir etken olarak değil; sosyal çevrenin kabullenici tutumu nedeniyle nötr bir değişken olarak kalmaktadır.

Katılımcıların stres düzeyi arttıkça akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlık düzeylerinin de arttığı görüldü. Benzer şekilde Haug ve ark., Nikolic ve ark. çalışmalarında stres düzeyi ile akıllı telefon bağımlılığını ilişkili bulmuşlardır (7, 56). Birey stresli hissettiği zaman odağını değiştirerek stres faktöründen kaçınma davranışı gösterir. Akıllı telefonlar kolay ulaşılması ve çok işlevli olması sayesinde bireyin kaçınma ihtiyacını karşılamaktadır. Bu nedenle stres düzeyi yüksek olanların akıllı telefonlara daha sık başvurduğu söylenebilir. Literatürde benzer şekilde stres düzeyi ile yalnızlık hissinin bağlantılı olduğunu rapor eden çalışmalar mevcuttur (68, 69). Stresli birey kendini toplumdaki soyutlayabileceği gibi, toplum da stresli bireyden zamanla uzaklaşmaktadır. Bunun sonucunda da stres düzeyi yüksek kişiler yalnızlaşmaktadır. Ayrıca yalnızlık stres faktörlerinden biridir. Bu iki durumun iç içe geçmiş ruhsal sorunlar olduğu düşünülmektedir.

Akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksek olan bireylerin depresyon ihtimalinin de yüksek olduğu görüldü. Literatürde depresyon gelişme olasılığı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. (7, 28, 57). Akıllı telefon kullanımı ile yüz yüze sohbetler daha çok sanal ortama evrilmiş durumdadır. Akıllı telefonların kontrolsüz kullanımı, bireyin yüz yüze iletişimden uzaklaşması ve sosyal ortamlardan izole olması sonucunda depresif semptomların gelişmesine neden olabilmektedir. Ayrıca akıllı telefonlar aracılığı ile sosyal medya uygulamaları sıkça kullanılmaktadır; sosyal medyada takip edilen diğer kişilere göre yetersizlik, değersizlik, gelişmeleri kaçırmaktan korkma gibi ruh hallerinin de bireyde depresif semptomlara neden olabileceği belirtilmektedir (70).

Çalışmadaki depresyon şüphesi olan bireylerin daha yalnız hissettiği görüldü. Mann ve ark., Kraav ve ark. benzer şekilde yalnız bireylerin depresyona daha yatkın olduğunu bulmuşlardır (72, 73). Yalnız hisseden veya yalnızlığı çeşitli nedenlerden dolayı tercih eden bireyler sosyal olarak aktif olmadığı için aktivitelerden, toplumdaki uzaklaşırlar ve hayattan aldıkları keyif azalabilir. Bu durum depresif semptomların ortaya çıkmasına ve ilerlemesine neden olur. Depresyona yatkın olan bireylerin de kendini toplumdaki soyutlayarak yalnızlaştığı söylenebilir. Yalnızlık ve depresyon birbirlerinin hem nedeni hem de sonucu olabilir (73).

Uyku sorunları yaşayan bireylerin akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksekti. Demirci ve ark., Sohn ve ark., Nikolic ve ark. da akıllı telefon bağımlılığının uyku düzenini ve uyku kalitesini bozduğunu belirtmişlerdir (7, 57, 74). Akıllı telefonların aşırı kullanımı; uykuyu başlatma gücü, uyku bölünmeleri ve toplam uyku süresinde azalma gibi sonuçlara yol açabilir. Mavi ışığın melatonin salgısını baskılaması ve sosyal medya içeriklerinin zihinsel uyarılmayı artırması uyku hijyenini bozan mekanizmalardandır (75). Ayrıca uyku sorunlarının artmasıyla bireylerin telefonu rahatlatma ya da dikkat dağıtma aracı olarak daha sık kullanmaya yönelmesi, ilişkiyi karşılıklı güçlendiren bir kısır döngüye neden olabilir.

Yeme bozukluğu riski olan bireylerde akıllı telefon bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğu görüldü. Tayhan Kartal ve ark., Wang ve ark. da akıllı telefon bağımlılığı ile yeme bozukluğu riski arasında ilişki görmüştür (6, 76). Akıllı telefonların aşırı kullanımı ile bireyler kendilerini diğerleri ile kıyaslayabilir, beden algısı bozulabilir. Bedeninden memnun olmama durumu ortaya çıkabileceği, bunun sonucunda da yeme bozukluklarının meydana geldiği düşünülmektedir. Ayrıca akıllı telefonlar kullanılırken; sağlıksız atıştırmalıklara, gazlı içeceklere ve fast food tarzı yiyeceklere yönelimin artması ile de yeme bozuklukları gelişebilmektedir. Yeme bozukluğu riski olan katılımcıların daha yalnız hissetmesi, çalışmanın bir diğer sonucudur. Cortes ve ark., Kobayashi ve ark. çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir (47, 77). Bizim kültürümüzde ana öğünler bir arada yenmektedir, bu anlarda birey sosyalleşmektedir. Yeme bozukluğu olan bireylerde ise öğün kavramının dışında bir beslenme tarzı mevcut olduğu için, bu bireyler topluca yenilen yemeklerden uzak kalmakta ve yalnızlık düzeyleri artmaktadır denilebilir.

Akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksek olan bireylerin uykuya dalarken daha çok telefon kullandıkları görüldü. Göktaş ve ark., Bragazzi ve ark. da benzer sonuçlar elde etmişlerdir (78, 79). Bağımlılık düzeyi yüksek bireyler telefonda uzak kaldıklarında huzursuzluk, gerginlik yaşayabilirler ve uykuya geçerken telefonu bırakmakta zorlanabilirler. Dolayısıyla yatmadan önce artan kullanımın, yoksunluk belirtilerini azaltma çabasının bir yansıması olduğu düşünülebilir. Oysa uykuya başlarken zihnin rahatlamış olması gerekmektedir. Uykuya geçerken akıllı telefon kullanımı, uyku hijyenini olumsuz yönde etkileyerek uyku problemlerinin yaşanmasına neden olabilir.

Gonçalves ve ark. akıllı telefonların yemek sırasında en sık kullanılan teknolojik cihazlardan biri olduğunu, bunun da bilinçsiz yemek yemeye ve kalori alımında artışa neden olduğunu bulmuştur (80). Bu çalışmada da benzer şekilde yemek yerken akıllı telefon kullanan bireylerin bağımlılık düzeyi yüksekti. Akıllı telefon kullanımının yaygınlaşması ile beraber akıllı telefonlar, ebeveynlerin çocuklarını oyalama yöntemlerinden biri haline gelmiştir. Bu

amaçla, ebeveynlerin çocuklarına yemek yedirirken akıllı telefonları sıkça kullandığı bilinmektedir. Çocukların bu davranışa erken yaşta alışması, ilerleyen dönemlerde de yemek sırasında telefon kullanımını sürdürmelerine neden olabilir. Yeme davranışı ile akıllı telefon kullanımının küçük yaşlardan itibaren koşullanabildiği söylenebilir.

Dinç ve ark., Haug ve ark. bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerin sabah uyanmaları ile akıllı telefona bakmaları arasındaki sürenin kısa olduğunu belirtmektedir (56, 81). Çalışmadaki akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksek olan katılımcıların da uyanır uyanmaz telefonlarını kontrol ettikleri görüldü. Akıllı telefonlarını sık kullanan bireyler hayatlarının büyük kısmını telefonlarına entegre etmişlerdir. Bu bireylerin günlük notlarına bakmak, alarmlarını kapatmak, yapılacaklar listesini kontrol etmek, uyuduğu süre içerisindeki gelişmeleri takip etmek için uyanınca akıllı telefonlarını kontrol ettikleri varsayılabilir.

Çalışmadaki bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerin telefonlarından uzak kaldıkları zaman huzursuz oldukları ve zorlandıkları görüldü. Çobanoğlu ve ark., Buctot ve ark. benzer şekilde bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerin telefonsuz kalınca kaygı, korku hissettiklerini bulmuşlardır (82, 83). Bağımlılık düzeyi yüksek olan bireyler, bağımlı oldukları nesneye ulaşamadıklarında ya da ulaşamayacaklarını düşündüklerinde yoğun bir kaygı hissederler. Bu kaygı arttıkça nesneden uzak kalmakta zorlanırlar ve bu durum bağımlılık döngüsünü derinleştirir. Akıllı telefon bağımlılığında da benzer bir süreç yaşanmaktadır ve telefonsuz kalma durumunda ortaya çıkan kaygı nomofobi olarak adlandırılmaktadır (84).

Lepp ve ark. akıllı telefon bağımlılığının akademik başarıyı düşürdüğünü bulmuşlardır (85). Bu çalışmada da bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerin iş/sınıf performansının daha çok etkilendiği görüldü. Nikolic ve ark. ise akıllı telefon bağımlılığı ile akademik başarı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (7). Bağımlı olan birey akıllı telefonu ile daha çok vakit geçirmektedir, vakit geçiremediği zamanlarda da aklı akıllı telefonunda kalmaktadır. Bu durumun da kişinin işine veya dersine odaklanamamasına neden olması kaçınılmaz bir durumdur.

Çalışmadaki ilginç bir sonuç da bağımlılık düzeyi yüksek olan katılımcıların sohbet ederken akıllı telefona bakmanın iletişime zarar verdiğini düşünüyor olmasıydı. Parasuraman ve ark. da kişiler arası iletişimin kalitesinin telefona bakmayla düştüğünü belirtmiştir (86). İletişim sadece sözlerle değil, jest ve mimiklerle de kurulmaktadır. Özellikle göz temasının olmadığı bir iletişimin verimi düşmektedir. Akıllı telefonları sık kullanan bireyler iletişim sırasında da akıllı telefonlarını düşündüğü için bu bireylerde devamlı telefona bakma isteği olmaktadır. Ayrıca akıllı telefonlar konsantrasyon kaybına neden olduğu için birey yüz yüze sohbeti devam ettirmekte zorlanabilmekte ve alışkanlık ile de telefonuna bakabilmektedirler.

Çalışmadaki bağımlılık düzeyi yüksek olan katılımcılar akıllı telefon kullanımı nedeniyle baş ağrısı, göz yorgunluğu gibi sağlık problemleri yaşıyorlardı. Demirci ve ark. da bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda baş ağrısı, gözlerde bulanıklık şikayetlerinin geliştiğini bildirmişlerdir (87). Demir ve ark. da akıllı telefonların aşırı kullanımı ile baş ağrısının ilişkili olduğunu bulmuştur (5). Priya ve ark. akıllı telefon kullanımının göz yorgunluğuna yol açtığını, bu nedenle telefona devamlı bakarken özellikle 40. dakikadan sonra göz kırpma sıklığının arttığını belirtmişlerdir (88). Akıllı telefonu uzun süre kullanan bireylerde devamlı belli bir noktaya bakma, ekran ışığına sürekli maruz kalma, göz kaslarının aşırı kullanılması gibi etkenler nedeniyle göz yorgunluğu; bozulmuş uyku düzeni, artmış stres, bozulmuş postür gibi etkenler nedeniyle de baş ağrısı şikayetleri oluşması beklenen sonuçlardır.

Ne yazık ki bağımlılık düzeyi yüksek olan katılımcıların araba kullanırken veya yürüyüş yaparken de akıllı telefonlarını kullanmaları önemli bir riske işaret etmektedir. Yeo ve ark. da bağımlılık düzeyi yüksek sürücülerin akıllı telefonlarını kullandıklarını raporlamıştır (89). Mourra ve ark. da bağımlılık düzeyi yüksek olan yayaların da yürüyüş sırasında akıllı telefonlarını daha sık kullandıklarını göstermişlerdir (90). Gelişen teknolojiyle birlikte akıllı telefonların sunduğu olanaklar önemli ölçüde artmıştır. Bu cihazlar aracılığıyla müzik dinlenebilmekte, konum bilgisi takip edilebilmekte, yürüyüş sırasında adım sayısı ve yakılan kalori hesaplanabilmekte, mesajlar ve bildirimler kontrol edilebilmektedir. Ancak bu kolaylıklar, bireylerin farkında olmadan dikkatlerini çevresel uyarıcılardan uzaklaştırmalarına ve karşılaşılabilecekleri tehlikeleri göz ardı ederek akıllı telefonlarını kullanmaya devam etmelerine yol açmaktadır.

Akıllı telefon kullanımları nedeniyle iş/sınıf performanslarının düştüğünü düşünen katılımcılar kendilerini daha yalnız hissediyordu. Coşkun ve ark. da akıllı telefon bağımlılığı arttıkça akademik performansın azaldığını, yalnızlık düzeyinin ise arttığını bulmuşlardır (91). Yalnızlık, birey için yalnızca duygusal bir boşluk değil, aynı zamanda motivasyon kaybı, dikkat dağınıklığı ve akademik/iş performansında düşüş gibi sonuçları da beraberinde getiren önemli bir psikososyal sorundur. Dolayısıyla, yüz yüze sosyal etkileşimin yerini dijital etkileşimlerin alması, bireyin hem psikolojik iyi oluşunu hem de üretkenliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmadaki telefon bağımlılığı nedeniyle göz yorgunluğu, baş ağrısı gibi sağlık problemleri yaşayan bireylerin daha yalnız hissettiği görüldü. Westergaard ve ark. sık baş ağrısı yaşayan bireylerin sosyal destek konusunda eksik kaldıklarını ve daha yalnız hissettiklerini belirtmiştir (92). Wacks ve ark. akıllı telefon kullanımının göz hastalıkları ve yalnızlık durumunun ortaya çıkmasına neden olabileceğine dikkat çekmektedir (93). Akıllı telefonların

sık ve aşırı kullanımı özellikle göz kuruluğu, bulanık görme, göz yorgunluğu ve baş ağrısı gibi fiziksel semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (5, 88). Bununla birlikte, yalnızlık düzeyi yüksek bireylerin bedensel duyuumlara karşı daha hassas oldukları ve şikayetlerini daha yoğun algılama eğiliminde oldukları düşünülebilir. Bu durum, yalnız bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan akıllı telefon kullanımına bağlı semptomları daha sık ve daha belirgin şekilde hissetmelerine zemin hazırlayabilir.

Akıllı telefon bağımlılığı arttıkça katılımcılardaki yalnızlık hissini de arttığı belirlendi. Sönmez ve ark., Çakır ve ark., Kim ve ark. akıllı telefon bağımlılığı ile yalnızlık arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (94-96). Akıllı telefonlar bireylere sürekli bağlantı imkânı sağlamakla birlikte, bu bağlantıların yüz yüze etkileşimlerin yerini tam olarak dolduramaması nedeniyle “dijital yalnızlık” olarak tanımlanan yeni bir sosyal izolasyon biçimine yol açtığı düşünülmektedir (97). Birey çevrimiçi ortamda daha fazla sosyal bağlantı kurmasına rağmen, gerçek hayattaki ilişkilerinin niteliği azaldıkça yalnızlık hissi artmaktadır. Ayrıca telefon kullanım süresi arttıkça akıllı telefon bağımlılığı düzeyinin ve yalnızlık puanlarının paralel biçimde arttığı görüldü. Bu sonuç, dijital etkileşimlerin gerçek sosyal destek hissini tam olarak karşılamadığını ve bireyin psikososyal doyumunu azaltabileceğini göstermektedir. Özellikle sosyal medya kullanımının yaygın olması, bireylerin kendilerini sürekli sosyal karşılaştırma içinde hissetmesine ve gerçek ilişkilerde tatminsizlik yaşamasına neden olabilir. Bu süreç, yalnızlığı hem akıllı telefon bağımlılığının nedeni hem de sonucu haline getiren döngüsel bir ilişki doğurur.

## 6. SONUÇ

Yetişkinlerde (18-65 yaş) akıllı telefon bağımlılığının yalnızlık ile ilişkisinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada;

- Genç yaş grubunda akıllı telefon bağımlılığı ileri yaş grubuna göre daha yüksekti. Yaş ile yalnızlık durumu arasında ise literatürdeki diğer çalışmaların aksine bir ilişki görülmedi.
- Cinsiyet farkının, çalışma durumunun, gelir durumunun, aile yapısının akıllı telefon bağımlılığını ve yalnızlık durumunu etkilemediği görüldü.
- Bekar olanların evli olanlara göre akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksekti ve bekar olanların yalnız hissettiği görüldü.
- Sigara kullanımı, düzenli egzersiz yapma durumu, obezite durumu ile akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlık durumu arasında bir ilişki saptanmadı.
- Artmış stres düzeyi ve depresyon şüphesi, akıllı telefon bağımlılığı düzeyini ve yalnızlık hissini artırıyordu.
- Akıllı telefon kullanım süresi arttıkça akıllı telefon bağımlılığı düzeyi de artmaktaydı, kullanım süresi ile yalnızlık durumunun ise bir ilişkisi yoktu.
- Akıllı telefonların kullanım amaçları içerisinde birinci sırada sosyal paylaşım sitelerine girmek, ikinci sırada ise iletişim kurmak yer aldı.
- Akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksek olan kişilerin uyku düzeninin ve kalitesinin bozulmuş olduğu görüldü.
- Yeme bozukluğu riski olan bireylerin akıllı telefon bağımlılığına yatkınlığı artmıştı ve bu bireyler yalnız hissediyordu.
- Akıllı telefon bağımlılığı düzeyi yüksek olan ve yalnız hisseden bireylerin iş/sınıf performansı düşüktü ve sosyal ilişkileri zarar görmüştü.
- Bağımlılık düzeyi yüksek olanlar, akıllı telefon kullanımı nedeniyle baş ağrısı, göz yorgunluğu gibi sağlık problemleri yaşıyorlardı ve bu kişiler yalnız hissediyordu.

## 7. ÖNERİLER

Günümüzde teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte akıllı telefonlar, bireylerin günlük yaşamlarının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. İletişim kurmak, bilgiye erişmek, alışveriş yapmak, eğlenmek ve sosyal platformlarda etkileşimde bulunmak gibi birçok işlevi tek bir cihazda toplaması, akıllı telefonları modern yaşamın merkezine yerleştirmiştir. Ancak bu kolaylık, beraberinde aşırı ve kontrolsüz kullanımı da getirmekte; bu durum akıllı telefon bağımlılığı olarak tanımlanan yeni bir davranışsal bağımlılık türünü ortaya çıkarmaktadır. Akıllı telefon bağımlılığı sosyal ilişkileri, akademik performansı ve ruhsal iyi oluşu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Dijitalleşen dünyada sosyal etkileşim şekilleri de değişime uğramış; yüz yüze iletişim giderek azalırken, bireyler çevrimiçi etkileşimleri tercih etmeye başlamıştır. Bu dönüşüm, bir yandan iletişimi kolaylaştırırken diğer yandan yalnızlık duygusunu artırabilmektedir. Akıllı telefonlar, bireylere sosyal ağlar üzerinden sürekli bağlantı olanağı sunsa da bu sanal etkileşimler çoğu zaman yüz yüze iletişimin yerini tutmamakta ve sosyal bağların zayıflamasına yol açmaktadır. Bu nedenle, akıllı telefon bağımlılığı bireyin yalnızlık düzeyiyle yakından ilişkili bir durumdur.

Akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlık duygusunun bireylerin sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için hem bireysel hem de toplumsal düzeyde çeşitli önlemlerin alınması önerilmektedir. Aile hekimleri bu sürecin merkezinde yer alan önemli bir sağlık profesyoneli grubudur. Aile hekimleri kişiyi yalnızca hastalık odaklı değil, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirdiği için akıllı telefon bağımlılığının erken fark edilmesi ve yalnızlıkla ilişkili ruhsal belirtilerin tanınmasında kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle, aile hekimlerinin muayene ve danışmanlık süreçlerinde akıllı telefon kullanım alışkanlıklarını ve sosyal ilişkileri sorgulaması, gerektiğinde danışmanlık vermesi ve sevk etmesi önemlidir.

Aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde, akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlıkla baş etme temalı eğitim programları düzenlenebilir. Bu eğitimlerde bireylere akıllı telefonun kontrollü kullanımı, ekran süresi farkındalığı ve sosyal etkileşimi artırma yolları öğretilmelidir. Yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu bireylerde, akıllı telefonun “duygusal boşluk doldurma” aracı haline gelmesi sık görülen bir durumdur. Bu nedenle, bireylerin yüz yüze iletişimi artıracak sosyal faaliyetlere yönlendirilmesi, gerçek sosyal bağların güçlenmesini

sağlayarak yalnızlık hissinin azalmasına katkıda bulunabilir. Aile hekimleri bu konuda koruyucu ruh sağlığı hizmeti sunma potansiyeline sahiptir.

Ulusal düzeyde politika geliştirilmesi ve kamu bilincinin artırılması akıllı telefon bağımlılığı ve yalnızlık ile mücadele açısından önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı koordinasyonunda aile hekimlerinin aktif rol aldığı farkındalık kampanyaları yürütülmelidir; bireylerin akıllı telefon kullanımını kontrol altına almalarını destekleyen rehberler hazırlanmalıdır, akıllı telefon üreticileri ve uygulama geliştiricileri kullanıcıların ekran süresini izlemesine ve sınırlandırmasına olanak tanıyan araçları daha erişilebilir hale getirmelidir. Bu çok yönlü yaklaşımlar, hem akıllı telefon bağımlılığı ile yalnızlık arasındaki olumsuz döngünün kırılmasına hem de aile hekimliğinin koruyucu ve önleyici ruh sağlığındaki rolünün güçlenmesine katkı sağlayacaktır.

## 8. KAYNAKÇA

1. Goodman A. Addiction: definition and implications British journal of addiction. 1990;85(11):1403-8.
2. Uzbay İT. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi 2009;5:15.
3. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Bulduklı Y, Özer NP. Gençlerin akıllı telefon kullanım motivasyonları İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2016;5(8):2963-86.
5. Demir YP, Sumer MM. Effects of smartphone overuse on headache, sleep and quality of life in migraine patients Neurosciences (Riyadh). 2019;24(2):115-21.
6. Tayhan Kartal F, Yabancı Ayhan N. Relationship between eating disorders and internet and smartphone addiction in college students Eat Weight Disord. 2021;26(6):1853-62.
7. Nikolic A, Bukurov B, Kocic I, Vukovic M, Ladjevic N, Vrhovac M, et al. Smartphone addiction, sleep quality, depression, anxiety, and stress among medical students Frontiers in Public Health. 2023;11:1252371.
8. Pekin Z, Yurtcu PA, Olgun KB. Examining loneliness and nomophobia in terms of different variables Edu 7: Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2022;11(13):36-53.
9. Erdoğan EG, Mersin S. The relationship between the level of satisfaction of maslow's hierarchy of needs and loneliness, happiness and life satisfaction in elderly individuals J Clin Nurs. 2025.
10. Smith AP, Alheneidi H. The internet and loneliness AMA J Ethics. 2023;25(11):E833-8.
11. Mert A, Özdemir G. Yalnızlık duygusunun akıllı telefon bağımlılığına etkisi. OPUS International Journal of Society Researches. 2018;8(1):88-107.
12. TDK. Güncel Türkçe Sözlük 2025 Erişim tarihi: 23.10.2025 [Available from: <https://sozluk.gov.tr/>].
13. APA Dictionary of Psychology. Addiction 2021 Erişim tarihi: 06.10.2025 [Available from: <https://dictionary.apa.org/addiction>].
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı Bağımlılık nedir? Erişim tarihi: 22.09.2025 [Available from: <https://alo191.saglik.gov.tr/TR-21183/bagimlilik-nedir.html>].
15. Karahan AS. Davranışsal bağımlılıklara yönelik müdahalelere ilişkin bir derleme. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi. 2023;10(3):356-75.
16. Yeşilay. Bağımlılık nedir Erişim tarihi: 05.10.2025 [Available from: <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir>].
17. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. 2013;170(8):834-51.
18. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Davranışsal bağımlılık Erişim tarihi: 22.09.2025 [Available from: <https://bmyk.gov.tr/TR-67183/davranissal-bagimlilik.html>].
19. Petry, N. M. Zajac, K. Ginley, M. K. Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be? Annu Rev Clin Psychol 2018;14:399-423
20. Griffiths M. Gambling on the Internet: A brief note. J Gambl Stud. 1996;12:4-471.
21. English Oxford Living Dictionaries Erişim tarihi: 16.10.2025 [Available from: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/smartphone>].
22. Özkoçak Y. Türkiye'de akıllı telefon kullanıcılarının oyalanma amaçlı tercih ettikleri mobil uygulamalar. Global Media Journal: Turkish Edition. 2016;6(12):106-30.
23. Sarıtaş H, Balcı Ş. Sosyal medyanın aracılığında narsisizm ve benlik sunumunun akıllı telefon bağımlılığı üzerindeki etkisi. Abant Sosyal Bilimler Dergisi. 2025;25(1):80-96.
24. Çorak T. Benlik saygısı ve akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkide psikolojik semptomların aracılık etkisi. Bağımlılık Dergisi. 2025;26(1):1-11.
25. TÜİK. Cinsiyete göre bireylerin cep telefonu kullanma oranı, 2018-2024 2024 Erişim tarihi: 01.10.2025 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=cep%20telefonu>].
26. Olson JA, Sandra DA, Colucci ES, Al Bikaii A, Chmoulevitch D, Nahas J, et al. Smartphone addiction is increasing across the world: A meta-analysis of 24 countries. Computers in Human Behavior. 2022;129:107138.
27. Semerci A. Nomophobia as the predictor of secondary school students' smartphone addiction. Bartın University Journal of Faculty of Education. 2019;8(3):947-65.
28. Kim SG, Park J, Kim HT, Pan Z, Lee Y, McIntyre RS. The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity in South Korean adolescents. Ann Gen Psychiatry. 2019;18:1.
29. Buctot DB, Kim N, Kim JJ. Factors associated with smartphone addiction prevalence and its predictive capacity for health-related quality of life among Filipino adolescents. Children and Youth Services Review. 2020;110:104758.
30. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. Personal relationships. 1981;3:31-56.
31. Karaoğlu N, Avşaroglu S, Deniz M. Yalnız mısın? Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde yalnızlık düzeyi ile ilgili bir çalışma. Marmara Medical Journal. 2009;22(1):19-26.
32. Batıgün AD. İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. Türk Psikoloji Dergisi. 2008;23(62):65-75.
33. Seki T, Kurnaz MF. Bireylerin dijital bağımlılıkları ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir meta-analiz çalışması. Educational Academic Research. 2022(45):24-34.

34. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020;66(3):176-82.
35. Akgül H. Yalnızlık duygusu ve ölçümü. *The Journal of Social Sciences*. 2024;9(9):273-89.
36. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):238-49.
37. Buecker S, Mund M, Chwastek S, Sostmann M, Luhmann M. Is loneliness in emerging adults increasing over time? A preregistered cross-temporal meta-analysis and systematic review. *Psychol Bull*. 2021;147(8):787-805.
38. Moustakas CE. *Loneliness*: Hauraki Publishing; 2016.
39. Weiss R. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*: MIT press; 1975.
40. Young JE. *Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application*. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982:379-406.
41. Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(2):49-67.
42. Maslow A, Lewis KJ. Maslow's hierarchy of needs. Salenger Incorporated. 1987;14(17):987-90.
43. Diehl K, Jansen C, Ishchanova K, Hilger-Kolb J. Loneliness at universities: determinants of emotional and social loneliness among students. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9).
44. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-16.
45. Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. Loneliness and risk of dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75(7):1414-22.
46. Ozawa-de Silva C, Parsons M. Toward an anthropology of loneliness. *Transcult Psychiatry*. 2020;57(5):613-22.
47. Cortés-García L, Rodríguez-Cano R, von Soest T. Prospective associations between loneliness and disordered eating from early adolescence to adulthood. *Int J Eat Disord*. 2022;55(12):1678-89.
48. Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford LE, Ernst JM, Burlinson MH, Kowalewski RB, et al. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med*. 2002;64(3):407-17.
49. Leigh-Hunt N, Baguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71.
50. Kabadayi F. Smartphone addiction, depression, distress, eustress, loneliness, and sleep deprivation in adolescents: a latent profile and network analysis approach. *BMC Psychol*. 2024;12(1):608.
51. Kwon M, Lee J-Y, Won W-Y, Park J-W, Min J-A, Hahn C, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS one*. 2013;8(2):e56936.
52. Noyan CO, Enez Darçın A, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin kısa formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16:73-81
53. Hays RD, DiMatteo MR. A short-form measure of loneliness. *Journal of personality assessment*. 1987;51(1):69-81.
54. Yıldız MA, Duy B. Adaptation of the short-form of the UCLA loneliness scale (ULS-8) to Turkish for the adolescents. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*. 2014;27(3).
55. Budakoglu İİ, Karaoğlu N, Coşkun Ö. Loneliness, hopelessness, anxiety and self compassion of medical students: Gazi example. *Gazi Medical Journal*. 2014;25(4A).
56. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015;4(4):299-307.
57. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict*. 2015;4(2):85-92.
58. Das P, Saraswathy KN, Chaudhary V. Prevalence of smartphone addiction and its relationship with obesity among young adults: a cross-sectional study from Delhi, India. *Indian J Community Med*. 2024;49(3):544-8.
59. Sfeir E, Hallit S, Akel M, Salameh P, Obeid S. Smartphone addiction and personality traits among Lebanese adults: the mediating role of self-esteem. *Psychol Health Med*. 2023;28(5):1190-200.
60. Horvath J, Mundinger C, Schmitgen MM, Wolf ND, Sambataro F, Hirjak D, et al. Structural and functional correlates of smartphone addiction. *Addict Behav*. 2020;105:106334.
61. Pop LM, Iorga M, Iurcov R. Body-Esteem, Self-esteem and loneliness among social media young users. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9).
62. Duyan V, Duyan GÇ, Çifti EG, Sevin Ç, Erbay E, İkizoğlu M. Lisede okuyan öğrencilerin yalnızlık durumlarına etki eden değişkenlerin incelenmesi. *Education and Science*. 2008;33(150).
63. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):97.
64. Terzioğlu ÖP, Söyler HÇ, Menekşe Ö. Çocukluk çağı travmalarının, yalnızlık duygusu ve sosyal anksiyete ile ilişkisi. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*. 2023;6(2):160-82.
65. Yılmaz E, Aslan H. Öğretmenlerin iş yerinde yalnızlıkları ve yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*. 2013;3(3):59-69.
66. Gill E, Chung W. The effect of smartphone addiction on obesity in children and adolescents. *Psychol Health Med*. 2025:1-15.
67. Rotenberg KJ, Bharathi C, Davies H, Finch T. Obesity and the social withdrawal syndrome. *Eat Behav*. 2017;26:167-70.
68. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Speicher CE, Holliday JE. Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *Journal of behavioral medicine*. 1985;8(3):249-60.
69. Campagne DM. Stress and perceived social isolation (loneliness). *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;82:192-9.

70. Jing Z, Yang W, Lei Z, Junmei W, Hui L, Tianmin Z. Correlations between social media addiction and anxiety, depression, FoMO, loneliness and self-esteem among students: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2025;20(9):e0329466.
71. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(11):2161-78.
72. Kraav SL, Lehto SM, Junttila N, Ruusunen A, Kauhanen J, Hantunen S, et al. Depression and loneliness may have a direct connection without mediating factors. *Nord J Psychiatry*. 2021;75(7):553-7.
73. Sbarra DA, Ramadan FA, Choi KW, Treur JL, Levey DF, Wootton RE, et al. Loneliness and depression: bidirectional mendelian randomization analyses using data from three large genome-wide association studies. *Mol Psychiatry*. 2023;28(11):4594-601.
74. Sohn SY, Krasnoff L, Rees P, Kalk NJ, Carter B. The association between smartphone addiction and sleep: A UK cross-sectional study of young adults. *Front Psychiatry*. 2021;12:629407.
75. Baranwal N, Yu PK, Siegel NS. Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Prog Cardiovasc Dis*. 2023;77:59-69.
76. Wang J, Hao QH, Peng W, Tu Y, Zhang L, Zhu TM. Relationship between smartphone addiction and eating disorders and lifestyle among Chinese college students. *Front Public Health*. 2023;11:1111477.
77. Kobayashi LC, Steptoe A. Social isolation, loneliness, and health behaviors at older ages: longitudinal cohort study. *Annals of Behavioral Medicine*. 2018;52(7):582-93.
78. Göktaş H, Demirer V. Lise öğrencilerinin nomofobi, akıllı telefon bağımlılığı ve akademik başarı düzeyleri arasındaki ilişki. *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*. 2023;13(1):209-32.
79. Bragazzi NL, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*. 2014:155-60.
80. da Mata Gonçalves RF, de Almeida Barreto D, Monteiro PI, Zangeronimo MG, Castelo PM, van der Bilt A, et al. Smartphone use while eating increases caloric ingestion. *Physiology & behavior*. 2019;204:93-9.
81. Dinç F, Kurt A, Atay SN, Erboğa Ü, Kılıç K. Determinants of nomophobia and its relationship with loneliness in adolescents: A cross-sectional study. *Anatolian Journal of Health Research*. 2025;6(2):123-30.
82. Çobanoğlu A, Bahadır-Yılmaz E, Kiziltan B. The relationship between nursing students' digital and smartphone addiction levels and nomophobia: A descriptive, correlational study. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(4):1727-34.
83. Buctot DB, Kim N, Kim SH. The role of nomophobia and smartphone addiction in the lifestyle profiles of junior and senior high school students in the Philippines. *Social Sciences & Humanities Open*. 2020;2(1):100035.
84. King ALS, Valenca A-M, Silva A-CO, Baczynski T, Carvalho MR, Nardi AE. Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in human behavior*. 2013;29(1):140-4.
85. Lepp A, Barkley JE, Karpinski AC. The relationship between cell phone use and academic performance in a sample of US college students. *Sage Open*. 2015;5(1):2158244015573169.
86. Parasuraman S, Sam AT, Yee SWK, Chuon BLC, Ren LY. Smartphone usage and increased risk of mobile phone addiction: A concurrent study. *Int J Pharm Investig*. 2017;7(3):125-31.
87. Demirci S, Demirci K, Akgonul M. Headache in smartphone users: a cross-sectional study. *J Neurol Psychol*. 2016;4(1):5.
88. Priya DB, Subramaniyam M. Fatigue due to smartphone use? Investigating research trends and methods for analysing fatigue caused by extensive smartphone usage: A review. *Work*. 2022;72(2):637-50.
89. Yeo J, Park S-H. Effect of smartphone dependency on smartphone use while driving. *Sustainability*. 2021;13(10):5604.
90. Mourra GN, Sénécal S, Fredette M, Lepore F, Faubert J, Bellavance F, et al. Using a smartphone while walking: The cost of smartphone-addiction proneness. *Addict Behav*. 2020;106:106346.
91. Coşkun S, Kılıç HS. Ergenlerin internet ve akıllı telefon bağımlılığının yalnızlık, uyku kalitesi ve akademik başarı düzeyleri ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2022;23(4):511-21.
92. Westergaard ML, Lau CJ, Allesøe K, Andreassen AH, Jensen RH. Poor social support and loneliness in chronic headache: Prevalence and effect modifiers. *Cephalalgia*. 2021;41(13):1318-31.
93. Wacks Y, Weinstein AM. Excessive smartphone use is associated with health problems in adolescents and young adults. *Front Psychiatry*. 2021;12:669042.
94. Çakır Ö, Oğuz E. Lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2017;13(1):418-29.
95. Sönmez M, Gürlek Kısacık Ö, Eraydın C. Correlation between smartphone addiction and loneliness levels in nursing students. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(1):82-7.
96. Kim E, Cho I, Kim EJ. Structural equation model of smartphone addiction based on adult attachment theory: Mediating effects of loneliness and depression. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2017;11(2):92-7.
97. Deveoğlu M. Yalnızlığın yeni hali: Dijital yalnızlık *Sosyologica* 2024;9(18-19)

## 9. EKLER

### EK-1. Etik Kurul Onay Formu

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 215

Toplantı Tarihi: 07 Mart 2025

**Karar Sayısı:2025/5587:**(Başvuru ID: 23507) N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'ın "18-65 Yaş Arası Erişkinlerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Yalnızlık İlişkisinin Araştırılması" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Arş. Gör. Dr. Büşra ÇİÇEK BİRLER'in uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

**Not:** Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

**Sorumlu Araştırmacı:** Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ  
**Yardımcı Araştırmacılar:** Arş. Gör. Dr. Büşra ÇİÇEK BİRLER, Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU



**Prof. Dr. Ayşe Saide ŞAHİN**  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

**Sayın Katılımcı,**

Aşağıda size yönlendirilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamında “18-65 Yaş Arası Erişkinlerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Yalnızlık İlişkisi” ni araştırmak amacı ile sorulmaktadır. Ankette isminiz yer almayacaktır ve tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Soruları size uygun yanıtları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayabilirsiniz. Kronik (hipertansiyon, diyabet, astım gibi) veya psikiyatrik bir hastalığınız varsa lütfen anketi doldurmayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1- Yaşınız: .....

2- Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek

3- Boyunuz: .....metre (m) **Kilonuz:** .....kilogram (kg)

4- Öğrenim durumunuz:

İlkokul  Ortaokul  Lise  Yüksekokul/Üniversite ve üzeri

5- Şu an içinde yaşadığınız aile yapısı nedir?

Çekirdek aile  Geniş aile  Parçalanmış aile

6- En uzun süre yaşadığınız yeri nasıl tanımlarsınız?  Kırsal Bölge  Kentsel Bölge

7- Medeni Durumunuz:  Evli  Bekar

8- Çocuğunuz var mı?  Var  Yok

9- Şu andaki çalışma durumunuz hangisine uyar?  Çalışıyorum  Çalışmıyorum

10- Kişisel aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Gelir giderden az  Gelir gidere denk  Gelir giderden fazla

11- Stres düzeyinizi düşündüğünüzde aşağıdaki seçeneklerden hangisi sizi tanımlar?

Çok Düşük  Düşük  Orta  Yüksek  Çok Yüksek

	Evet	Hayır
12- Geçtiğimiz 2 hafta içinde kendinizi düşkün, çökkün veya çaresiz hissettiniz mi?		
13- Geçtiğimiz 2 hafta içinde bir şeyler yapmak için kendinizi ilgisiz veya keyifsiz hissettiniz mi?		

14- Telefon başında geçirdiğiniz süre günde ortalama ne kadardır?.....

**15- Telefonu hangi amaç/amaçlarla kullanmaktasınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- ( ) İletişim ( ) Alışveriş  
( ) Oyun ( ) Sosyal paylaşım (Facebook, Instagram vb.)  
( ) Haber ve/veya spor etkinliği takibi ( ) Eğitim ve/veya araştırma (bilgi arama,ödev yapmak vb.)  
( ) Müzik dinlemek ve/veya film, video ( )Diğer.....  
vb. seyretmek

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Bazen</b>
<b>16- Sigara kullanıyor musunuz?</b>			
<b>17- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?</b>			
<b>18- Uykunuz düzenli mi?</b>			
<b>19- Uykuya dalma sürecinde telefon kullanıyor musunuz?</b>			
<b>20- Yemek yerken telefon kullanıyor musunuz?</b>			
<b>21- Hayatınızda olumsuz bir durum yaşadığınızda yeme alışk anlığınız değişir mi?</b>			
<b>22- Hayatınızda olumsuz bir durum yaşadığınızda uyku alışkanlığınız değişir mi?</b>			
<b>23- Gündüz günlük işlerinizi yaparken uyuklama durumunuz nasıldır?</b>			
<b>24- Uyandıktan sonra telefonunuzu hemen kontrol ediyor musunuz?</b>			
<b>25- Telefonunuzu yanınıza almadığınızda huzursuzluk hissediyor musunuz?</b>			
<b>26- Birkaç saat telefonsuz kalmanız gerektiğinde zorlanıyor musunuz?</b>			
<b>27- Telefon kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerinizin veya iş/sınıf performansınızın etkilendiğini düşünüyor musunuz?</b>			
<b>28- Telefon kullanımınız nedeniyle göz yorgunluğu, baş ağrısı veya uyku problemleri yaşıyor musunuz?</b>			
<b>29- Gerçek hayattaki sohbetler sırasında telefona bakmanın sosyal ilişkilere zarar verdiğini düşünüyor musunuz?</b>			
<b>30- Telefonunuzu toplu taşımada, yürüyüş yaparken veya araba sürerken kullanır mısınız? (Herhangi birinde kullanıyorsanız evet seçeneğini işaretleyiniz)</b>			

### Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

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

1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kısmen katılmıyorum,  
4-Kısmen katılıyorum, 5-Katılıyorum, 6-Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5	6
1. Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım.						
2. Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim.						
3. Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim.						
4. Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem.						
5. Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum.						
6. Kullanmasam da akıllı telefonum aklımdadır.						
7. Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem.						
8. İnsanların Twitter veya Facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim.						
9. Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım.						
10. Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığımı söylerler						

### UCLA Yalnızlık Ölçeği

Aşağıdaki ölçekte kendinize ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Bu ifadelerde yer alan durumu ne sıklıkta hissettiğinizi ve yaşadığınızı gösteren cevaplardan hangisi size daha çok uyuyorsa o durumun altında yer alan parantezin içine bir çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen her soru için tek bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Her zaman
1. Arkadaşım yok.				
2. Başvurabileceğim hiç kimse yok.				
3. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.				
4. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
5. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.				
6. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.				
7. Çevremde insanlar var ama benimle değil.				

**KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.**