



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

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI
HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERDE
SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIK DÜZEYİ VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Mehmet Sait KILIÇ

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

ADANA-2022



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

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI
HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERDE
SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIK DÜZEYİ VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dr. Mehmet Sait KILIÇ
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

**Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-
2022-14419 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve uzmanlık tezimi hazırlama sürecinde engin bilgi birikimi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, desteğini hep hissettiğim, nezaket ve hoşgörüsünü benden esirgemeyen, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Esra SAATÇI'ya,

İhtisas süresi boyunca eğitimime olan bilimsel katkıları ve desteklerinden dolayı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Sevgi Özcan'a, Prof. Dr. Ersin Akpınar'a, Doç. Dr. Hatice KURDAK'a, Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU'na, Öğr. Gör. Dr. Z. Yelda ÖZER'e, Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nur TOPUZ'a,

Tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, rotasyon yaptığım bölümlerdeki hocalarıma, arkadaşlarım Efe, Esra, Betül ve Zeynep'e,

Üniversite ve Asistanlık sürecinde her zaman yanımda olan Gökhan, Ümit ve Mehmet Ali'ye,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, hayatımın her anında beni destekleyen ve yol gösteren, sevgilerini hep hissettiğim, canım annem, babam ve kardeşlerim Umut'a, Duygu'ya, Elif'e ve Enes'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet Sait KILIÇ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sosyal Medyanın Tanımı	3
2.1.1. Sosyal Medyanın Tarihçesi.....	3
2.1.2. Sosyal Medya Özellikleri.....	4
2.2.3. Sosyal Medya Araçları.....	5
2.2.3.1. Facebook	5
2.2.3.2. Twitter.....	6
2.2.3.3. Instagram	6
2.2.3.4. Youtube.....	7
2.2.3.5. Whatsapp	8
2.2. Bağımlılık	8
2.2.1. Bağımlılık Tanımı.....	8
2.2.2. Sosyal Medya Bağımlılığı	9
2.3. Yaşam Kalitesi	10
2.3.1. Yaşam kalitesi Tanımı	10
2.4. Türkiye’de Uzmanlık Eğitimi Öğrencisi (Asistan Hekim) Olmak	13

3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	16
3.3. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler	16
3.4. Veri Toplama Araçları	17
3.4.1. Anket Formu	17
3.4.2. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMBÖ).....	17
3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu(WHOQOL-BREF-TR).....	18
3.5. Verilerin Toplanması	19
3.6. Verilerin Analizi	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	35
5.1. Sosyodemografik Özellikler	35
5.2. Sosyal Medya Kullanımı	36
5.3. Yaşam Kalitesi.....	39
5.4. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	44
7. KAYNAKLAR	47
8. EKLER.....	54
8.1. Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu ve Anket Formu	54
8.2. Ek 2. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği.....	58
8.3. Ek 3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR).....	59

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	20
Tablo 2. Katılımcıların çalışma ortamlarına ilişkin bulgular	22
Tablo 3. Katılımcıların sosyal yaşama ilişkin bulguları	23
Tablo 4. Katılımcıların hobilerine ilişkin bulgular	25
Tablo 5. Katılımcıların sosyal medya kullanım durumları	25
Tablo 6. Katılımcıların bergen sosyal medya bağımlılığı ölçek bulguları.....	26
Tablo 7. Çalışmada kullanılan ölçek puanlarının incelenmesi.....	27
Tablo 8. Katılımcıların BSMBÖ puanları ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisi.....	28
Tablo 9. Katılımcıların BSMBÖ puanları ile yaş, boy, vücut ağırlığı ve BKİ arasındaki ilişki	29
Tablo 10. BSMBÖ puanları ile çalışma ortamına ilişkin bulguların karşılaştırılması	30
Tablo 11. BSMBÖ puanları ile Sosyal yaşam alışkanlıkları arasındaki ilişki	31
Tablo 12. BSMBÖ puanları ile hobiler arasındaki ilişki	32
Tablo 13. Ölçek puanları ile Sosyal medya kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişki.....	33
Tablo 14. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Sosyal medyada kullanılan platformlar 24



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BSMBÖ	: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
WHOQOL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Asistan Hekimlerde Sosyal Medya Bağımlılık Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Amaç: Çalışmamızın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerde sosyal medya bağımlılık düzeyini saptamak ve bunun yaşam kalitesi ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan ve gönüllü olan asistan hekimler ile Aralık 2021 – Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan 576 asistan hekim oluşturmaktadır. Araştırmaya 106 kadın, 96 erkek olmak üzere toplam 202 asistan hekim katılmıştır. Asistan hekimler, Sosyodemografik Veri Toplama Anketi, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu'nu (WHOQOL-BREF-TR) online anket yöntemi ile doldurmuşlardır. Veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Asistan hekimlerden 95'i (% 47,0) erkek, 107'si (% 53,0) kadındı. Asistan hekimlerin yaş ortalamaları $29,4 \pm 5,2$ yıl (min: 24 max: 50), boy ortalamaları $170,2 \pm 9,2$ cm (min:150, max:197), vücut ağırlıkları ortalamaları $70,6 \pm 14,3$ kg (min:47, max:130), Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamaları ise $24,2 \pm 3,6$ kg/m² (min:17,7 max:38,7) olduğu tespit edildi. Asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması 16,8 olarak bulundu. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametreleri olan genel sağlık $49,4 \pm 20,0$, fiziksel sağlık $57,8 \pm 17,8$, psikolojik sağlık $52,0 \pm 16,3$, sosyal ilişkiler $55,1 \pm 17,8$, çevre $53,5 \pm 13,8$ şeklinde sıralandı Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ile yatarken son bir kez sosyal medya hesabını kontrol etme, sabah uyanır uyanmaz sosyal medya hesabını kontrol etme, çok yoğun olursa bile sosyal medya hesabını kontrol etme davranışları arasında anlamlı ilişki bulundu. Yaşam kalitesi ölçeği ile medeni durum, cinsiyet, kimlerle yaşadığı, meslekte kıdem/yıl, nöbet tutma durumu, fiziksel aktivite yapma sıklığı, sosyal medya kullanımına bağlı olarak uyku düzeninin etkilenmesi arasında anlamlı ilişki bulundu. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile fiziksel sağlık ($p=0,01$ $r=-0,18$), psikolojik sağlık ($p=0,002$ $r=-0,22$), çevre ($p=0,02$ $r=-0,166$) ve WHOQOL ($p=0,01$ $r=-0,187$) alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi.

Sonuç: Asistan hekimlerin büyük çoğunluğu sosyal medyayı günlük hayatında kullanmaktadır. Sosyal medyanın aşırı kullanımı, bağımlılık benzeri davranışlara neden olabilmektedir. Çalışmamızda, sosyal medya bağımlılığı düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Asistan hekimlerin yaşam kalitesinin kötüleşmesi, verecekleri hizmeti etkileyeceğinden hekimlerin yaşam kalitelerinin olabilecek en iyi durumda olması sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracaktır. Bu nedenle hekimlerin yaşam kalitelerine yönelik çalışmaların yapılması önemlidir. Aile hekimleri son yıllarda ciddi oranda artan sosyal medya

kullanımı, bağımlılığı ve bu bağımlılığın yaşam kalitesine etkileri hakkında bilgi sahibi olmalı, gerektiğinde disiplinin ilkeleri doğrultusunda uygun danışmanlık hizmeti verebilmelidirler.

Anahtar Sözcükler: Asistan hekim, Sosyal medya, Bağımlılık, Yaşam kalitesi, Aile hekimliği.



ABSTRACT

The Relationship Between Social Media Addiction Level and Quality of Life in Residents Working at Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital

Aim: The aim of our study is to determine the level of social media addiction among residents (trainees) working at Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital and to reveal its relationship with their quality of life.

Materials and Methods: Our study was carried out between December 2021 and April 2022 with volunteer residents working at Çukurova University Medical Faculty Balcalı Hospital. The universe of the research consists of 576 residents working at Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital. A total of 202 residents, 106 female and 96 male, participated in the study. The residents completed the Sociodemographic Data Collection Questionnaire, Bergen Social Media Addiction Scale and the World Health Organization Quality of Life Scale Short Form Turkish Version (WHOQOL-BREF-TR) using the online questionnaire method. Data was analyzed with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 package program.

Results: Of the residents, 95 (47.0%) were male and 107 (53.0%) were female. The mean age was 29.4 ± 5.2 years (min: 24 max: 50), the mean height was 170.2 ± 9.2 cm (min:150, max:197), the mean body weight was 70.6 ± 14 kg (min:47, max:130), the mean Body Mass Index (BMI) was 24.2 ± 3.6 (min:17.7, max:38.7). The mean score for Bergen Social Media Addiction Scale was 16.8. The sub-parameters of the quality of life scale were listed as $49.4 \pm 20,0$ in general health, $57.8 \pm 17,8$ in physical health, $52.0 \pm 16,3$ in psychological health, $55.1 \pm 17,8$ in social relations, and $53.5 \pm 13,8$ in the environment. A significant relationship was found between the Bergen Social Media Addiction Scale score and the behaviors including checking social media accounts just before going to bed, checking social media accounts as soon as waking up in the morning, and checking social media accounts even if they are very busy. A significant relationship was found between the quality of life scale and marital status, gender, household individuals, seniority/year in the profession, being on duty, frequency of physical activity, and having sleep disorders due to social media use. There was a weak negative correlation between total score for Bergen Social Media Addiction Scale and Physical health ($p=0.01$ $r=-0.18$), psychological health ($p=0.002$ $r=-0.22$), environment ($p=0.02$ $r=-0.166$) and WHOQOL ($p=0.01$ $r=-0.187$) subscale scores.

Conclusion: The majority of residents use social media in their daily lives. Excessive use of social media can cause addiction-like behaviors. In our study, there was a weak negative relationship between the level of Social Media Addiction and the quality of life subscale scores. Since the worsening in the quality of life will affect the health care services provided by the residents, the best possible level of quality of life for physicians will improve the quality and quantity of health care services. Future research is needed to have a more general conclusion. It is important for family physicians to have information about the use of social media, which has increased

significantly in recent years, and its consequences, to use the opportunities and the principles of family medicine discipline to provide appropriate counseling services.

Keywords: Residents (Trainees), Social media, Addiction, Quality of life, Family medicine.



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bilgiye ulaşmak; başarıyı, gelişmeyi ve kalkınmayı desteklemek için vazgeçilmez bir koşuldur. Bilgiye ulaşmak günümüz dünyasında oldukça hızlı ve kolaydır. Bu bilginin topluma yayılması kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, internet, telefon vb.) ile oldukça kolay bir şekilde sağlanmaktadır. Teknolojinin gelişimi ve kitle iletişim araçlarına ulaşmanın kolaylaşması, toplumun kültürel ve psikolojik olarak değişmesinin etkenlerindendir. Sosyal medyanın ortaya çıkması ve kullanımıyla birlikte insan ilişkileri ve iletişimini kolaylaştırıp arttırdığı düşünülmektedir. Teknolojinin ve internetin aşırı kullanımı insan ilişkilerini, özellikle de aile ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bireyler giderek daha az yüz yüze iletişim kurup daha çok sanal âlemdeki sanal ilişkilerde paylaşımda bulunmaya başlayabilirler. Sosyal medyanın ve internetin aşırı kullanımları bağımlılık benzeri davranışlara neden olabilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2021 yılı ağustos ayında gerçekleştirilen Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre %92,0'nın evden internete erişim imkanına sahip olduğu gözlenmiştir. Bu oran geçen yıl %90,7 idi. İnternet kullanım oranı 2021 yılında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %82,6 idi. Bu oran, bir önceki yıl %79,0 idi. İnternet kullanım oranı cinsiyete göre incelendiğinde; bu oranın erkeklerde %87,7 ve kadınlarda %77,5 olduğu görülmüştür.¹ Kullanıcıların internette geçirdikleri zamanın büyük bir kısmını; sosyal ağlar, online haber siteleri, film ve müzik sayfaları oluşturmaktadır. Dolayısıyla iletişimin en önemli araçlarından biri haline gelen internetin daha çok sosyal amaçlı kullanıldığı görülmektedir. Ancak, internet ve sosyal medya öncesinde sosyal yaşamda gerçekleşen iletişim, kendini ifade etme ve eğlence gibi ihtiyaçların sanal ortama aktarılması, sosyal medyaya olan bağımlılığı tetikleyebilmekte ve kişiler toplumsal yaşamdan izole olabilmektedir. Kişinin toplumsal yaşamdan izole yaşaması yaşam kalitesini etkilemektedir.

Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, “Bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargıları bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarını algılamaları” olarak tanımlamaktadır.² Tıbbın ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil aynı zamanda yaşam

kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin ölçümü ile ilgili çalışmalar artmaktadır.

Çalışmamızın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerde sosyal medya bağımlılık düzeyini saptamak ve bunun yaşam kalitesi ile ilişkisini ortaya koymaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Medyanın Tanımı

Sosyal medya, insanlar tarafından bilgi, fikir, mesaj ve videolar gibi diğer içeriklerin paylaşımına olanak sağlayan, iletişim ortamı yaratan çevrimiçi araçlar ve web sitelerini ifade etmek için kullanılan medya sistemidir. Bu tanımda iki nokta ön plana çıkmaktadır: İlk olarak sosyal medya çevrimiçi iletişimi içermelidir, bundan dolayı sosyal medyanın tarihi internetin icadından önce başlayamaz. İkinci olarak sosyal medya, kullanıcı tarafından oluşturulan içeriğe bağlıdır. Bu nedenle tipik web siteleri sosyal medya dünyasına dahil edilmez. Bu sitelerde yalnızca belirli kişiler paylaşımında bulunabilir ve yüklenen içerik türleri üzerinde önemli kısıtlamalar vardır. Bu tanımı kullanarak, sosyal medya platformlarını WhatsApp ve Viber gibi mesajlaşma uygulamaları, Facebook ve LinkedIn gibi profil tabanlı platformlar, YouTube gibi video portalları ve ayrıca Gmail gibi e-posta istemcileri gibi çok çeşitli uygulamalar olarak anlayabiliriz.

2.1.1. Sosyal Medyanın Tarihçesi

Birçok insan, sosyal medyanın tarihini, 19. yüzyılın sonundan bu yana meydana gelen iletişim teknolojisindeki büyümeye dayandırır. Ortak bir başlangıç noktası, Samuel Morse'un 1844'te Washington, D.C. ve Baltimore arasında gönderdiği ilk telgrafıdır. Ancak daha önceki tanımımızdan yola çıkarak bu tür bir iletişim sosyal medya olarak nitelendirilemez. Birincisi, "çevrimiçi" gerçekleşmemiştir ve ikincisi, telgraflar daha büyük herhangi bir topluluğa veya topluluğa katkıda bulunmamaktadır. Bunun yerine, iki kişi arasında bireysel mesajlar göndermek için kullanılırlar. Dolayısıyla, sosyal medya tarihi, 1970'lerde internetin ortaya çıkmasıyla başlar.

İnternetle birlikte web teknolojisinde meydana gelen gelişmeler Web 1.0 teknolojilerinden sonra Web 2.0 teknolojisinin ortaya çıkmasını yol açmıştır. Web 1.0 internetin ilk ve en ilkel dönemi olarak tanımlanmaktadır³. Kullanıcılar sadece interneti gözlemlediği ve kendi içeriklerinin oluşturamadığından tek yönlü bilgi akışı vardır⁴. Web 2.0, selefi Web 1.0'dan daha dinamik ve etkileşimlidir⁵ ve kullanıcıların bir Web sitesindeki içeriğe hem erişmesine hem de ona katkıda bulunmasına olanak tanır.⁶ Web

2.0, kullanıcıların okur olmaktan çıkıp okuryazar oldukları yeni platformun adıdır.⁷ Web 2.0 teknolojisinin ortaya çıkmasıyla sosyal medya platformları ortaya çıkmıştır.

Sosyal medya; temelleri Web 2.0 teknolojileri ve felsefesi üzerine kurulmuş olan, içeriğin tüketicilerce yaratılmasına ve paylaşılmasına olanak sağlayan internet tabanlı uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Sosyal medyanın bugüne kadar bilenen medya türlerinden başlıca iki farkı vardır. Bunlar en az iki yönlü ve eş zamanlı bilgi aktarımına izin vermesidir. Cep telefonu, tablet gibi yeni iletişim araçlarının sağladığı imkânlarla zaman ve mekân sınırlamasını ortadan kaldırmıştır.⁷

We Are Social ve Hootsuite'in birlikte paylaştığı 2022 yılının ilk raporu olan 2022 Türkiye İnternet Kullanımı ve Sosyal Medya İstatistikleri verilerine göre internet, sosyal medya ve mobil kullanıcı istatistikleri ;⁸

- 69,95 milyon internet kullanıcısı, ülkemizin nüfusunun %82'sini
- 68,90 milyon sosyal medya kullanıcısı, nüfusumuzun %80,8'ini
- 76,89 milyon mobil kullanıcısı, nüfusumuzun %90,8'ini oluşturmaktadır.

2.1.2. Sosyal Medya Özellikleri

Sosyal medya, insanların bilgi paylaşarak ve tüketerek birbirleriyle etkileşim kurmasını sağlayan web tabanlı iletişim araçlarıdır⁵. Kullanıcı her zaman ve her yerde paylaşımda bulunabilir. Sosyal medyada bilgiye ulaşım daha hızlı ve kolaydır. Bu durum, yaşamı kolaylaştırmaktadır. Ancak sosyal medyada bilgi kirliliği de olduğundan elde edilen bilginin kaynağı sorgulanmalıdır. Bilgi teyit edilmelidir. Sosyal medya herkesin kullanımına açıktır ve engeller olmadan herkes tarafından rahatça ulaşılabilir.

Televizyon, radyo ve gazete vb. geleneksel medyaya göre maliyeti göreceli olarak düşüktür. Sosyal medya öncesi kullanıcılar genelde tüketici iken sosyal medya sonrası hem içerik tüketebilmekte aynı zaman içerik üretebilmektedir. Sosyal medya ve geleneksel medyanın ortak özelliği; küçük veya büyük kitlelere ulaşabilmeleridir. Örnek olarak hem sosyal medya platformundaki bir yazı hem de televizyondaki bir program sıfır kişiye de ulaşabilir milyonlarca kişiye de ulaşabilir. Sosyal yaşamda birey sosyalleşirken sahip olduğu meslek, gelir durumu ve eğitim düzeyi gibi özellikler kişiye engel olabilirken sosyal medyada engel teşkil etmez.

Sosyal medyanın özelliklerinin bir kısmını şöyle sıralayabiliriz:⁹

Katılım: Sosyal medya kullanıcılarının hepsinin katkı sağlamasını ve geri bildirimleri destekler.

Açıklık: İçerikten yararlanma ve giriş için engeller yok denecek kadar azdır. Erişim tüm kullanıcılara açıktır.

Konuşma: Geleneksel medyada iletişim tek yönlü iken sosyal medyada iletişim iki yönlüdür.

Topluluk: Sosyal medya ortamında kullanıcıların toplulukların oluşmasına ve birbirleriyle iletişim kurmasını sağlar.

Bağlantılılık: Sosyal medyanın çoğu herhangi bir konuda link vererek diğer sosyal medya platformlarına yönlendirir. Kaynakların, kişilerin ve diğer web sayfalarının bağlantılılık kapsamında gücüne güç katmaktadır.

2.2.3. Sosyal Medya Araçları

Sosyal medya platformları zaman ilerledikçe üye sayılarını artırmakta ve daha popüler hale gelmektedir. Dünyanın her yerinden bağlanılabilen sosyal medya platformlarında geçirilen zaman da gün geçtikçe artmaktadır. Dünyada en sık kullanılan sosyal medya platformlarından bazıları şunlardır; Facebook, Instagram, Twitter, Youtube, Whatsapp, Telegram ve LinkedIn vb.

2.2.3.1. Facebook

Facebook, 2004 yılında Harvard Üniversitesi'nde okuyan Mark Zuckerberg tarafından kurulmuştur.¹⁰ Zuckerberg'in Facebook'u kurma amacı, öğrencilerin birbiriyle iletişime geçebilmesi ve diğer arkadaşlarının nereli olduğu, hangi bölümde okuduğu ve yaşı gibi bilgilere ulaşabileceği bir platform oluşturmaktır. Ancak kurulduğundan itibaren öğrencilerin ilgisini çekti ve ABD'deki diğer üniversitelere yayıldı. Daha sonraları Facebook ekibi tarafından geliştirerek geniş bir iletişim ağına dönüştü.

Facebook kullanıcıların birbirleriyle iletişim kurmalarını ve bilgi alışverişi yapmalarını sağlayan bir sosyal medya platformudur. Kullanımı ücretsiz olup gelirini reklam ve sponsorlardan elde etmektedir. Facebook kullanıcıları profilinde fotoğraflarını, ilgi alanlarını, arkadaş gruplarını ve demografik bilgilerini sergilemektedir.

We Are Social ve Hootsuite'in birlikte paylaştığı 2022 yılının ilk raporu olan 2022 Türkiye İnternet Kullanımı ve Sosyal Medya İstatistikleri, Facebook'un 2022 başında Türkiye de 34,40 milyon kullanıcısı olduğunu göstermektedir. Bu veriye göre Facebook kullanıcı sayısı toplam nüfusun yüzde 40,3'üne eşittir. Ancak Facebook, platformunun kullanımını 13 yaş ve üstü kişilerle sınırlandırdığından Türkiye'deki 'uygun' hedef kitlenin yüzde 50,5'inin 2022'de Facebook kullandığı belirtilmektedir. Türkiye'de Facebook kullanıcılarının yüzde 34,4'ü kadın, yüzde 65,6'si erkektir.⁸

2.2.3.2. Twitter

Twitter, kullanıcıların birbirlerine iletiler göndermek ve gönderilen iletileri okumalarını sağlayan bir Mikroblogdur.¹¹ Twitter, 2006 yılında kurulmuştur. Kullanımı ücretsiz olup mesajlar yani tweetler, yazarın profil sayfasında görüntülenen ve yazarın takipçi olarak bilinen abonelerine iletilen 140 karaktere kadar metin tabanlı gönderilerdir. Twitter kullanıcılarına, normal blog sitelerinde olduğu gibi internet sitesi üzerinden çevrelerinde ve yaşamlarındaki değişiklikleri, fikir ve düşüncelerini, fotoğraf veya video paylaşabilmeleri, paylaşımlarına takipçilerinin yorum yapılabilmesine, cevap verebilmesine imkân sağlaması kuşkusuz her geçen gün kullanıcı sayısını arttırmaktadır.

Günümüzde devlet kurumları Twitter'ı hem içeride hem de dışarıda bilgi yaymak, vatandaşlar ve diğer meslektaşlar da dahil olmak üzere hedeflenen birey gruplarıyla bağlantı kurmak için kullanılmaktadırlar.¹¹

We Are Social ve Hootsuite'in birlikte paylaştığı 2022 yılının ilk raporu olan 2022 Türkiye İnternet Kullanımı ve Sosyal Medya İstatistikleri, Twitter'ın 2022 yılı başında Türkiye de 16,10 milyon kullanıcısı olduğunu göstermektedir. Bu veriye göre kullanıcı sayısı toplam nüfusun yüzde 18,9'udur. Ancak Twitter platformunun kullanımı da 13 yaş ve üstü kişilerle sınırlandırıldığı için Türkiye'deki 'uygun' hedef kitlenin yüzde 23,6'sının 2022'de Twitter platformunu kullandığı belirtilmektedir.⁸

2.2.3.3. Instagram

İlk olarak 2010 yılında, Kevin Systrom ve Mike Krieger tarafından IOS (iPhone-iPad) araçları için geliştirilmiştir. Sahip olduğu kaliteli filtreler ve sosyal ağ özellikleri ile kısa bir süre içerisinde oldukça popüler olan bir fotoğraf düzenleme ve paylaşma

uygulaması olmuştur. Instagram 2012 yılında Facebook tarafından satın alınmış ve hem Android hem de IOS mobil cihazlarda kullanılabilmesi kullanımını artırmıştır. Instagram, gün geçtikçe artan kullanıcı sayısı ve geliştirilen kullanım özellikleriyle kullanıcılar arasında giderek popüler olmaktadır.

We Are Social ve Hootsuite'in birlikte paylaştığı 2022 yılının ilk raporu olan 2022 Türkiye İnternet Kullanımı ve Sosyal Medya İstatistikleri, Instagram'ın 2022 başında Türkiye de 52,15 milyon kullanıcısı olduğunu göstermektedir. Bu veriye göre kullanıcı sayısı toplam nüfusun yüzde 61,1'idir. Ancak Instagram platformunun kullanımını 13 yaş ve üstü kişilerle sınırlandırıldığından Türkiye'deki 'uygun' hedef kitlenin yüzde 76,5'inin 2022'de Instagram platformunu kullandığı belirtilmektedir. Türkiye'de Instagram kullanıcılarının yüzde 44,5'i kadın, yüzde 55,5'i erkektir.⁸

2.2.3.4. Youtube

Paypal şirketinin çalışanları olan Steve Chen, Chad Hurley ve Jawed Karim tarafından 2005 yılında kurulmuş olan Youtube kullanıcılarına oluşturdukları videoları hızlıca ve kolayca paylaşma imkânı tanıyan bir Amerikan çevrimiçi video paylaşım ve sosyal medya platformudur.¹²

Genel olarak video klipler, televizyon klipleri, müzik videoları, video bloglar, kısa özgün videolar ve eğitim videoları gibi içerikler yayınlanmaktadır.

YouTube'un önemini artıran bir diğer unsur ise diğer sosyal ağlardan farklı olarak YouTube'da içerik üreticilerinin etkileşim ve abone karşılığında para kazanabiliyor olmalarıdır. Youtube bu yönüyle para kazandıran bir sosyal ağ olma özelliği taşır. Bu durum hem işletmelerin hem de kullanıcıların YouTube'da kalmalarını sağlamaktadır.

We Are Social ve Hootsuite'in birlikte paylaştığı 2022 yılının ilk raporu olan 2022 Türkiye İnternet Kullanımı ve Sosyal Medya İstatistikleri, YouTube'nin 2022 başında Türkiye de 57,40 milyon kullanıcısı olduğunu göstermektedir. Bu veriye göre kullanıcı sayısı toplam nüfusun yüzde 67,3'üdür. Ancak YouTube platformunun kullanımı 13 yaş ve üstü kişilerle sınırlandırıldığından Türkiye'deki 'uygun' hedef kitlenin yüzde 82,1'inin 2022'de YouTube platformunu kullandığı belirtilmektedir. Türkiye'de YouTube kullanıcılarının yüzde 49,3'ü kadın, yüzde 50,7'si erkektir.⁸

2.2.3.5. Whatsapp

Whatsapp, 2009 yılında eski Yahoo çalışanları olan Biran Acton ve Jan Koum tarafından kurulmuştur.¹² En temel özellik akıllı telefonlar aracılığıyla mesajlaşma ve arama yapılabilmesidir. Kullanıcılarına internet bağlantıları üzerinden, aralarında ücretsiz olarak sesli ve görüntülü arama, mesajlaşma, fotoğraf, video ve müzik yollama gibi olanaklar sunmaktadır.

2.2. Bağımlılık

2.2.1. Bağımlılık Tanımı

Bağımlılık ile ilgili birçok tanımlama yapmak mümkündür. Türk Dil Kurumu'na göre “bağımlı”; “başka bir şeyin istemine, gücüne veya yardımına bağlı olan, özgürlüğü, özerkliği olmayan, tabi” ve “bir kimseye veya şeye maddi veya manevi yönden aşırı bağlı olan” gibi anlamlara gelmektedir. Bağımlılık ise; “bağımlı olma durumu, tabiiyet” durumunu ifade etmektedir.¹³ Bağımlılık, bir madde kullanmayı bırakamama ya da davranışı yapmaya devam etme, bırakamama veya kontrol edememe şeklinde tanımlanabilmektedir.¹⁴

Bağımlılık denince bireylerin aklına sigara, alkol, uyuşturucu vb. madde bağımlılıkları gelmektedir. Bu tip fiziksel bir maddeye dayanan bağımlılıklar dışında oyun bağımlılığı, seks bağımlılığı, bilgisayar bağımlılığı, televizyon bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, internet bağımlılığı gibi davranışa dayanan bağımlılıklardan söz edilebilir. Hangi tür davranışların bağımlılık olarak kabul edileceği ile ilgili altı kriter kullanılmaktadır.¹⁵ Bunlar: belirginlik, ruh hali değişikliği, tolerans, geri çekilme belirtileri, çatışma ve nükstür.¹⁶

Belirginlik: Davranışın kişinin yaşamında önemli bir yeri olduğunu ifade eder. Kişi bu davranışı yapmadığında bile aklını meşgul etmektedir. Sigara ve alkol gibi fiziksel bağımlılıklarda kişi davranışı diğer faaliyetlerle aynı anda yapabildiği için bağımlılık düşüncelerine hâkim değildir.

Ruh hali değişikliği: Kişinin tercih ettiği davranışın farklı zamanlarda farklı etkiler oluşturma kapasitesine sahip olabilmesidir. Örneğin bir sigara bağımlısı sigarayı sabah kalktığında nikotin ihtiyacını karşılamak için kullanırken başka zamanlarda rahatlamak ve stresini azaltmak için kullanabilir.

Tolerans: Kişinin yaptığı davranışta önceki etkileri elde etmesi aktivitenin miktarında artışın gerekli olduğunu ifade eder. Madde bağımlılıklarında iyi tanımlanmış bir durumdur ve davranışsal bağımlılıklar alanında kanıtlar artmaktadır.

Çekilme belirtileri: Bağımlılık yapıcı davranışın azaltıldığında veya kesildiğinde ortaya çıkan duygu durum ve/veya fiziksel etkileri ifade eder. Yoksunluk belirtileri madde bağımlılıklarında iyi tanımlanmış bir durumdur ve davranışsal bağımlılıklar alanında kanıtlar artmaktadır. Sinirlilik, mide bulantısı, terleme, baş ağrısı, uykusuzluk gibi belirtiler olmaktadır.

Çatışma: Bağımlı olan kişi ile temas halinde olan kişiler arasında ya da kendisiyle olan çatışmayı ifade eder. Kısa vadeli zevk ve rahatlamamanın tekrarlanarak devam etmesi olumsuz sonuçların göz ardı edilmesine yol açar.

Tekrarlama: Bağımlılığa neden olan davranışın tekrar ortaya çıkmasını ifade eder. Yıllarca süren yoksunluk veya kontrolden sonra bile hızlı bir şekilde ortaya çıkabilir.

2.2.2. Sosyal Medya Bağımlılığı

Sosyal medya bağımlılığı, sosyal medya hakkında aşırı bir endişe; diğer sosyal aktiviteleri, çalışmaları, kişilerarası ilişkileri, zihinsel sağlığı ve iyiliği sınırlayacak kadar çok zaman ve çaba harcamak olarak tanımlanmıştır.¹⁷ Sosyal medya bağımlılığı, internet bağımlılığının bir alt kümesi olarak görülmekte ve erişim kolaylığı, yetersiz kontrol mekanizması, ucuz erişim gibi faktörler nedeniyle bağımlılığa yakalanma riskini artırmaktadır¹⁸. Sosyal medya bağımlılığı konusunda resmi bir tanı olmamasına rağmen sosyal medya aşırı kullanma alışkanlığı çok sayıda tartışma ve araştırmanın konusu olmuştur. Dijital oyun bağımlılığı, DSM-V ile birlikte ilk defa bir davranışsal bağımlılık olarak kategorize edilen; “Kumar Oynama Bozukluğu”, “Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları” kategorisindeki “Maddeyle İlişkili Olmayan Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır.¹⁹

Sosyal medya bağımlısı olan bireyler sosyal medyaya giriş yapma ve kullanma konusunda kontrol edilmez bir dürtüyle hareket ederler.²⁰ Sosyal medyanın aşırı kullanımı kişide olumsuz etkilere neden olabilir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

- Anksiyete, depresyon
- Artan izolasyon ve yalnızlık

- Özellikle sosyal medyayı yatmadan önce kullanıyorsa uyku düzeni bozuklukları
- Düşük iş performansı
- Daha fazla sosyal medya kullanımına neden olabilecek bir şeyi kaçırma korkusu (FOMO)
- Başkalarıyla empati kurma yeteneğinde azalma

2.3. Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam kalitesi Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organisation - WHO) ortak bildirisine göre sağlık; sakatlık ve/veya hastalık olmadan bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır.²¹ Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesi için yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. Yaşam kalitesinin, günümüzde herkes tarafından kabul gören bir tanımı bulunamamaktadır. Ancak tüm tanımlardaki ortak nokta insan faktörü ve onun öznel değerlendirmeleridir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi, bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları olarak tanımlamaktadır.²²

Yaşam kalitesi, yaşamı değerlendirilen zihinsel olarak uyanık birey tarafından belirlenen genel yaşam doyumu hissidir.²³ Toplulukların, aileler veya bireyler gibi grupların deneyimlerine verilen bir değer yargısını ifade eder.

Yaşam kalitesi, geçmişten günümüze, toplumların bir biçimde ulaşmayı amaçladığı evrensel bir hedef halini almıştır. Yaşam kalitesinin evrensel bir hedef olmasının nedeni, Maslow'un (1970) ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilir. Bu teoriye göre insan gereksinimleri önceliklerine göre beş başlıkta sıralanmıştır.²⁴:

1. Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
2. Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
3. Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
4. Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)
5. Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...)

Maslow'un teorisi bize, insan yaşamının her döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçları sıralarken yaşam kalitesi, bu ihtiyaçların kantitesi (nicelik) ile birlikte kalitesinin (nitelik) de önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Yapılan çalışmalarda bir insanın yaşam kalitesini ölçmek istendiğinde hem objektif hem de subjektif ölçütlerin bir arada değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir.²⁴ Objektif parametreler arasında kişinin geliri, eğitimi, sağlığı, yaşanan konut durumu gibi sayılırken; kişinin sahip olduğu imkânlardan duyduğu doyum subjektif parametrelerden sayılabilir. Kimi araştırmacıya göre subjektif parametreler önemli iken kimisine göre de objektif parametreler daha önemlidir.

Yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamına ilişkin deneyimlerine ve içinde bulunduğu yaşam koşullarına göre değerlendirileceğinden belirsizdir. Bu nedenle yaşam kalitesi öznelidir. Engelli bir kişi yüksek yaşam kalitesi bildirirken işini yeni kaybetmiş sağlıklı bir kişi düşük yaşam kalitesi bildirebilir.

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesi göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek yaşanan konut ve özellikleri sağlık eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri olarak sıralanabilir.

Cinsiyet: Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde istihdama katılma ve eğitim alanında cinsiyet açısından büyük farklılıklar görülmektedir. Bunun yanı sıra toplumların kadına yüklediği yemek pişirme, temizlik ve çocuk vb. sorumluluklar kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir. Yapılan bazı çalışmalar ise cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığını ortaya koymaktadır.²⁵

Yaş: Yaşlılık yaşam kalitesinde azalmanın en fazla olduğu dönemdir. Artan sağlık sorunları, emeklilik sonrası gelir azalması, yalnızlık (eşin kaybı, çocukların evden ayrılması) sosyal hayattan kopma vb. hususlar yaşam kalitesinde azalmanın nedenleri arasında sayılabilir.

Medeni durum: Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde dul veya boşanmış olmak kabul görmemektedir. Toplumda cinsiyet eşitsizliği ve kadın namus kavramı bütünleştirildiğinden dolayı dul veya boşanmış kadınlar daha fazla dışlanmaktadırlar. Yapılan çalışmalar, evli olmanın veya bir eş ile birlikte yaşamın yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir.²⁵

Eğitim: Eğitim düzeyi yüksek olanlar nitelikli ve geliri yüksek işe, daha iyi sosyal olanaklara sahip olurlar. Bu kişinin daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmasını sağlar. Yapılan bazı çalışmalarda, eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği saptanmıştır.²⁶

Gelir: Yapılan çalışmalar, gelir durumu yüksek olanların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Her ne kadar yaşam kalitesi gelir düzeyinden etkilense de tek başına yeterli bir gösterge değildir.

Sağlık: Bireyin fiziksel psikolojik ve sosyal sağlığı, yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümünün yapıldığı çalışmalarda çeşitli bedensel rahatsızlıkların, akut ve kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.²⁷

Sosyal destek: Bireyin ‘var olabileceği’, ‘ait olabileceği’ ve ‘kendini gerçekleştirebileceği’ destekleyici bir aile çevresi, yaşam kalitesinin gelişmesine önemli katkıda bulunur.²⁸ Yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencileri arasında herhangi bir öğrenci topluluğuna üye olanların yaşam kalitesinin herhangi bir topluluğa üye olmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁹

Yaşanılan konut ve özellikleri: Bireyin güvenli ve konforlu bir konutta yaşaması yaşanılan konutun tipi ve özellikleri yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiye sahiptir. Yapılan bazı çalışmalarda, aylık gelir düzeyi arttıkça yaşanılan konut tipinin ve özelliklerinin iyileştiği, dolayısıyla yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur.³⁰

İş yaşamı: Yapılan bazı çalışmalarda, bireyin ilgisini çeken, hoşuna giden, gelir düzeyi ve iş yerindeki pozisyonun yüksek olması, iş tatminini artırdığı ve dolayısıyla yaşam kalitesi artırdığı gösterilmektedir.³¹⁻³³

Boş zaman faaliyetleri: Gelişmiş ülkelerde boş zamanı değerlendirme, bireyin yaşam kalitesini artıran ve geliştiren önemli unsurlardan birisi olup, bireyin kendisini keşfetmesine yenilemesine katkı sağlamaktadır. Boş zamanı değerlendirme faaliyetleri; ülkeden ülkeye, kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Ülkemizde gençlerin boş zamanlarını daha çok bilgisayar başında ve internet ortamında geçirdikleri, en az ise kitap okuyarak değerlendirdikleri görülmektedir.³⁴ Boş zaman faaliyetleri gelir düzeyinden etkilenmektedir. Düşük gelir düzeyine sahip kişilerin, sinema, tiyatro, seyahat gibi paraya endeksli faaliyetlere katılımı sınırlı olabilmektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Çalışmalarda genel olarak kadın olmak, yaşlı olmak, dul ve boşanmış olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, zayıf sosyal destek, yaşanan konutun özelliklerinin yetersizliği, akut ve/veya kronik bir hastalığa sahip olmak, düşük iş doyumu ve boş zaman aktivitelerinin yetersiz olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğünü göstermektedir.

Yaşam kalitesinin tıp literatürüne girmesi 1960 yıllara dayanır. Bu tarihten önce, yaşam kalitesi ile ilgili araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Sonraki yıllarda tıbbi literatür veri tabanlarında anahtar kelime olarak kullanılmaya başlanmıştır. Pubmed’de başlıkta “yaşam kalitesi” ifadesi olan araştırmalar için yapılan aramada 1960’larda az sayıda makale yer alırken bu sayı günümüzde on binlerce referansa ulaşmıştır.

Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980’den beri yaşam kalitesini ölçmek ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla, kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı 100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF anketi oluşturulmuştur.³⁵

Küresel pazarlama iletişim şirketi VMLY&R’nin bir birimi olan BAV Group ve Pensilvanya Üniversitesi’nden Wharton Okulu ile ortaklaşa oluşturulan 2021 En İyi Ülkeler sıralaması, 78 farklı parametrede 78 ülkenin algılarını değerlendirmek için dört bölgeden 17.000’den fazla dünya vatandaşının katıldığı bir araştırmaya dayanmaktadır. Yaşam Kalitesi alt sıralaması, bir ülkedeki yaşam kalitesiyle ilgili dokuz ülke özelliğinden alınan eşit ağırlıklı ortalama puanlara dayanır: ekonomi, iyi bir iş piyasası, ekonomik olarak istikrar, aile dostu, gelir eşitliği, politik olarak istikrar, güvenli, iyi - gelişmiş halk eğitim sistemi ve iyi gelişmiş halk sağlığı sistemidir. Bu araştırmada, Kanada birinci sırada, Danimarka ikinci ve İsveç üçüncü sırada yer almaktadır. Ülkemiz sıralamada 34. sırada yer almaktadır.³⁶

2.4. Türkiye’de Uzmanlık Eğitimi Öğrencisi (Asistan Hekim) Olmak

Asistan hekim tanımı, geçmişten gelen bir ifade olup, geleneksel tıp eğitimi anlayışına işaret etmekte, asistan hekimi uzmana destek olan bir konuma

yerleştirmektedir. Bu nedenle “uzmanlık öğrencisi hekim” ya da bilimsel bilgi üretimi sorumluluğuna da işaret eden “araştırma görevlisi hekim” ifadelerinden biri daha iyi ifade etmektedir.

Türkiye’de asistan hekimlik, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ve İngilizce sınavında belli puan alıp tercih sonrası yerleştikten sonra başlar. Türkiye’de Tıpta Uzmanlık Bölümleri; Temel Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri ve Cerrahi Tıp Bilimleri olarak üç grupta toplanır. Türkiye’de asistan hekimlik süresi bölümden bölüme değışmektedir. Bu süreç üç ve beş yıl arasında değışmektedir. Asistan hekimlik süreci zorlu ve meşakkatli bir yol olarak tanımlanabilir. Asistan hekimlikte nöbet sayıları hastaneden hastaneye ve bölümden bölüme 0-15 arasında değışmektedir. Yüksek sayıda nöbet tutulan bölümlerde, asistan hekimlik süresinin sonuna doğru bu sayı 4-5 nöbete kadar düşmekte hatta bazı bölümlerde nöbet tutulmamaktadır. Nöbet süreleri ve sonraki gün mesai saati devamı ile çalışma saatleri 36 saati bulabilmektedir. Bu çalışma süreleri insani şartlara uygun değildir. Bu çalışma sürelerinin nedenlerinden biri yeterli asistan sayısının olmamasıdır. Son dönemde çalışma süresinin 36 saat olması, bunun insani şartlara uygun olmaması ve bu nedenle yaşanan sorunlar sonucunda nöbet sonrası izin verilmeye başlanmıştır. Fakat verilen izinlerin asistan hekimlerin nöbet ücretlerinden kesilmesi ve diğer bazı sorunlar nedeniyle tüm hastanelerde uygulanmamaktadır. Asistan hekimlerin yaşadığı sorunların bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1) Tutulan nöbet sayısının fazlalığı
- 2) Nöbet sonrası mesaiye devam edilmesi
- 3) Sağlıkta yaşanan şiddet olayları
- 4) Beraber çalıştığı arkadaşları veya hocaları tarafından mobbinge uğramaları
- 5) Hasta muayene süresinin 10 dakikanın altında hatta 5 dakikanın bile altında olması
- 6) Artan iş yoğunluğu
- 7) Eğitim ihtiyacının karşılanamaması
- 8) Yetki, görev ve sorumlulukların net olmaması
- 9) Görev tanımının net olmaması

İşyerinde şiddet; çalışanların, işyerinde veya işe gidip gelirken işleriyle ilgili oluşan durumlardan dolayı tehdit edilme, saldırıya uğrama, rahatsız edilme gibi güvenliklerini tehlikeye atan olayların etkisinde kalmaları durumu olarak

tanımlanmaktadır³⁷. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimi diğer sektör çalışanlarına kıyasla daha yüksek düzeydedir. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik şiddet en fazla hasta ve yakınları tarafından gerçekleştirilmektedir.³⁸

İşyerinde psikolojik şiddet ya da yaygın kullanılan adıyla yıldırma (mobbing) işyerinde gerçekleşen, bir veya daha fazla kişi tarafından, bir veya daha fazla kişiye, sistemli bir şekilde, düşmanca ve ahlakdışı bir yaklaşımla, süreklilik gösteren bir sıklıkla, kişiyi sindirme maksadı ile yapılmaktadır. Kişinin özgüvenine uygulanan psikolojik ve hatta fiziksel saldırgan davranışları ifade eder. Her meslekte olduğu gibi hekimlikte de mobbing yapılmaktadır. İşyerinde yıldırmaya başvuranlar, ne yazık ki, geleneksel tıp eğitimi ve yönetim anlayışları içerisinde eylemlerini doğal görmektedirler.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), muayene süresinin 20 dakika olmasını tavsiye etmektedir. Hekim yetersizliği, nüfusun fazla olması ve diğer bazı nedenlerle hasta muayenesi için ayrılan süre 10 dakikanın altına hatta 5 dakikanın bile altına düşmektedir. Hastanın öyküsü, fiziki muayene, tanı ve tedavi aşamalarının bu kadar kısa sürede yapılmaya çalışılması, hekimler, hastalar, hasta yakınları, sağlık kurumu ve sağlık hizmeti kalitesi açısından önemli sorunlara yol açmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yaptığı araştırmaya göre, ülkemizde yeni doğmuş bir bireyin mevcut ölümlülük risklerine maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı olarak tanımlanan “doğuşta beklenen yaşam süresi” Türkiye’de 2013-2015 döneminde 78 yıl iken, 2017-2019 döneminde 78,6 yıldır. Yapılan bazı araştırmalara göre, hekimlerde beklenen yaşam süresinin genel popülasyona göre daha kısa olduğu belirtilmektedir.³⁹ Yukarıda saydığımız faktörler, hekimlerin yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumsuz etkilemektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde çalışan asistan hekimlerde sosyal medya bağımlılığını ve yaşam kalitesini değerlendirmek ve bunların birbirleriyle ilişkilerini ortaya koymak amacıyla yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma soruları:

1. Asistanların sosyal medya bağımlılık durumları nasıldır?
2. Asistanların yaşam kalitesi durumları nasıldır?
3. Asistanların sosyodemografik özellikleri ve diğer bazı özelliklerine göre sosyal medya bağımlılığı ve yaşam kalitesi farklılaşmakta mıdır?
4. Sosyal medya bağımlılığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan ve gönüllü olan asistan hekimler ile Aralık 2021 – Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan 576 asistan hekim oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, power analizinde minimum 198 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya 107 kadın, 95 erkek olmak üzere toplam 202 asistan hekim katılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.12.2021 tarihli 117 sayılı toplantısında 22 numaralı kararı ile etik kurul onayı alındı.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan asistan hekim listeleri alındı.

Veriler, çevrimiçi ortamda toplanmış olup ankete başlamadan önce katılımcılara anket hakkında bilgiler sunuldu ve onamları alındı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, katılımcılardan tarafımızdan oluşturulan Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMBÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) ve çalışmamızın sonuçlarına katkı sağlayabileceği düşünülen sosyal medya kullanımı ile ilişkili olabilecek bazı soruları cevaplamaları istendi. Anketler çevrimiçi ortamda uygulandı.

3.4.1. Anket Formu

Literatür tarandıktan sonra tarafımızdan oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini inceleyen bu anket formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, kilo ve boy, kronik hastalık varlığı, katılımcının kimlerle yaşadığı, meslekteki kıdem/yılı, çalıştığı bölüm, asistanlıktaki yılı, aylık nöbet sayısı, sigara ve alkol alışkanlıkları, tıp dışı kitap okuma alışkanlığı, fiziksel aktivite alışkanlığı, kültürel faaliyetlere katılım durumu, günlük televizyon ve dijital platform izleme süresi, gazete okuma alışkanlığı soruldu.

3.4.2. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMBÖ)

Katılımcıların sosyal medya bağımlılık düzeylerini ölçmek için Demirci tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMBÖ) kullanıldı.⁴⁰ Andreassen ve arkadaşlarının geliştirdiği Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği altı maddeden oluşmaktadır.⁴¹ Ölçekteki her madde zihinsel uğraş, duygu durum değişikliği, tolerans, yoksunluk, çatışma ve başarısız bırakma girişimi olmak üzere altı temel bağımlılık ölçütünü karşılamaktadır. Ölçek (1) çok nadir ile (5) çok sık arasında değişen beşli Likert tipi derecelendirmeye göre yanıtlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 6-30 arasında değişmektedir. Özgün ölçeğin iç tutarlılığı 0.88 olarak bulunmuştur.⁴⁰

3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu(WHOQOL-BREF-TR)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği, DSÖ tarafından geliştirilmiş, Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁴² Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Ölçek; bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan puanı çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan puanı çevre puanı yerine kullanılır. Ölçek, yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilmektedir. Ölçek, sağlık çalışanlarında da uygulanmıştır.⁴³ Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için ölçeğin puanlaması 100 puan veya 20 puan üzerinden olmak üzere iki şekilde hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Çalışmamızda puanlama 100 üzerinden yapılmıştır.⁴²

WHOQOL-BREF'te tek bir toplam puan yoktur, yani bütün puanlar toplanarak tek bir yaşam kalitesi puanına ulaşılamamaktadır. Ölçek ile dört alan şu şekilde hesaplanmaktadır:

1. Fiziksel (bedensel) alan: Ağrı ve rahatsızlık, ilaçlar ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, uyku ve dinlenme, gündelik işleri yürütebilme ve çalışabilme gücü değerlendirilmektedir.
2. Psikolojik (ruhsal) alan: Olumlu duygular, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama, beden imgesi ve dış görünüş, benlik saygısı ve olumsuz duygular değerlendirilmektedir.
3. Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, cinsel yaşam ve sosyal destek değerlendirilmektedir.
4. Çevre alanı: Güvenlik ve emniyet, fiziksel çevre, maddi kaynaklar, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme, ev ortamı, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşım, ulaşım ve sosyal baskı değerlendirilmektedir.³⁵

WHOQOL-BREF alt ölçekleri ve alt ölçekleri kapsayan sorular aşağıda belirtilmiştir.

- Genel Sağlık Durumu: 1,2
- Bedensel Alan: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18

- Ruhsal Alan: 5, 6, 7, 11, 19, 26
- Sosyal Alan: 20, 21, 22
- Çevre Alanı: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25
- Çevre Alan TR: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25, 27

Ankette bulunan 3, 4, 26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır. Bu nedenle bu sorulara verilen yanıtlar ters puanlanmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmamız, Kasım 2020’de planlanmaya başlandı. Kasım 2021’de Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda tez proje önerisi olarak sunuldu ve diğer öğretim üyelerinin önerileri alındı. Gerekli izinler alındıktan sonra Aralık 2021 – Nisan 2022 tarihlerinde veriler toplandı. Nisan 2022 tarihinde verilerin istatistiksel analizleri yapıldı. Mayıs 2022 tarihinde tez yazımı tamamlandı.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde medyan (ortanca) ve minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerde ikili grup analizlerinde bağımsız student t-testi, ikiden fazla grup analizlerinde Oneway ANOVA testi kullanılmıştır. Değişkenlerden ikiden fazla grup olanların gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemede Post Hoc testlerinden Tukey testine başvurulmuştur. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde görev yapan 202 asistan hekim dahil edildi. Asistan hekimlerden 95'i (%47,0) erkek, 107'si (% 53,0) kadındı. Asistan hekimlerin yaş ortalamaları $29,4 \pm 5,2$ yıl (min: 24 max: 50), boy ortalamaları $170,2 \pm 9,2$ cm (min:150, max:197), vücut ağırlıkları ortalamaları $70,6 \pm 14,3$ kg (min:47, max:130), Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamaları ise $24,2 \pm 3,6$ (min:17,7 max:38,7) olduğu tespit edildi.

Medeni durum açısından asistan hekimlerin 97'sinin (%48,0) evli oldukları gözlenirken 49'unun (%24,3) çocuğunun olduğu belirlendi. Ayrıca ortalama çocuk sayısının $1,3 \pm 0,5$ (min:1 max:3) olduğu tespit edildi.

Asistan hekimlerden 198'inin (%98,0) evde, üçünün (%1,5) lojmanda, birinin (%0,5) ise pansiyonda yaşadığı saptandı. İkamet ettikleri yerde 37'sinin (%18,3) anne-baba ile, 53'ünün (%26,2) eşi ile, 45'inin (%22,3) eşi ve çocukları ile, 67'sinin (%33,2) ise yalnız yaşadıkları gözlemlendi.

Sigara kullanımı alışkanlığı açısından 38'inin (% 58,5) ara-sıra içici, 27'sinin (% 41,5) düzenli içici, 10'unun (%4,9) eski içici (sigarayı bırakmış) ve 127'sinin (%62,9) hiç sigara içmedikleri tespit edildi. 65 kişi (%32,2) sigara kullanmaktadır.

Alkol kullanımı asistan hekimlerden 103'ünde (% 51,0) tespit edilirken; 42'sinin (% 40,8) ayda bir gün, 24'ünün (% 23,3) haftada bir gün, 21'inin (% 20,4) ise yılda birkaç gün, 14'ünün (% 13,6) haftada birkaç gün, iki kişinin (% 1,9) her gün, 21'inin (% 20,4) ise yılda birkaç gün alkol kullandıkları belirlendi.

Kronik hastalık varlığı, 27 (% 13,4) asistan hekimde tespit edildi. En sık tespit edilen kronik hastalıklar sırasıyla altı katılımcıda (%22,2) hipotiroidi, beşinde (% 18,6) migren, dördünde (% 14,8) astım, dördünde (% 14,8) allerjik rinit iken diyabet, epilepsi, hepatit B, hiperlipidemi, keratokonus, lumbalji, mitral kapak yetmezliği ve psoriasis hastalıkları birer asistan hekimde saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	107	53,0
Erkek	95	47,0

Tablo 1'in devamı

Medeni durum		
Bekar	105	52,0
Evli	97	48,0
Çocuk sahibi olma durumu		
Yok	153	75,7
Var	49	24,3
Yaşanılan yer		
Ev	198	98,0
Diğer (Lojman, Pansiyon)	4	2
Kimlerle yaşadığı		
Yalnız	67	33,2
Eşi ile	53	26,2
Eşi ve çocukları ile	45	22,3
Anne-baba ile	37	18,3
Sigara alışkanlığı		
Hiç içmedim	127	62,9
Ara-sıra içiyorum	38	18,9
Her gün içiyorum	27	13,3
İçiyordum, bıraktım	10	4,9
Alkol kullanımı		
Var	103	51,0
Yok	99	49,0
Alkol kullanım sıklığı		
Ayda bir gün	42	40,8
Haftada bir gün	24	23,3
Yılda birkaç gün	21	20,4
Haftada birkaç gün	14	13,6
Her gün	2	1,9
Kronik hastalığı		
Yok	175	86,6
Var	27	13,4
Kronik hastalığı olanlarda		
Hipotiroidi	6	22,2
Migren	5	18,6
Astım	4	14,8
Allerjik rinit	4	14,8
Diğer	8	29,6
Kronik hastalığı olanlarda ilaç kullanımı		
Yok	7	25,9
Var	20	74,1

	Ort±SS	Med (Min-Maks)
Yaş	29,4±5,2	29 (24-85)
Boy	170,2±9,2	170 (150-197)
Vücut ağırlığı	70,6±14,3	70 (47-130)
BKİ	24,2±3,6	24,1 (17,7-38,7)
Çocuk sayısı	1,3±0,5	1 (1-3)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, BKİ: Beden Kitle İndeksi

Asistan hekimlerin çalışma ortamlarına ilişkin bulgular Tablo 2'de incelendi. Buna göre meslekte kıdem/yıl 158'inde (% 78,2) 1-5 yıl arası, 33'ünde (% 16,3) 6-9 yıl, 11'inde (% 5,4) ise 10 yıl ve üzeri olduğu belirlendi.

Çalıştıkları bölüm açısından asistan hekimlerin 144'ünün (% 71,3) dahili tıp bilimlerinde, 42'sinin (% 20,8) cerrahi tıp bilimlerinde, 16'sının (% 7,9) ise temel tıp bilimlerinde görev aldıkları saptandı.

Asistan hekimler asistanlıkta geçirdikleri süre açısından; 48 katılımcı (% 23,8) birinci yıl, 48 katılımcı (% 23,8) ikinci yıl, 58 katılımcı (% 28,7) üçüncü yıl, 41 katılımcı (% 20,3) dördüncü yıl, yedi katılımcı (% 3,5) ise beş yıl ve üzeri olduğu belirlendi.

Asistan hekimlerin 154'ünün (% 76,2) nöbet tuttuğu tespit edilirken aylık nöbet sayısı ortalama $6,7 \pm 2,4$ olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların çalışma ortamlarına ilişkin bulgular

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslekte kıdem/yıl		
1-5 yıl	158	78,2
6-9 yıl	33	16,3
10 yıl ve üzeri	11	5,4
Çalıştıkları bölüm		
Dahili tıp bilimleri	144	71,3
Cerrahi tıp bilimleri	42	20,8
Temel tıp bilimleri	16	7,9
Asistanlıkta kaçınıcı yıl		
Üçüncü	58	28,7
İkinci	48	23,8
Birinci	48	23,8
Dördüncü	41	20,3
Beş ve üzeri	7	3,5
Nöbet tutma		
Var	154	76,2
Yok	48	23,8
	Ort±SS	Med (Min-Maks)
Bir ayda tutulan nöbet sayısı	$6,7 \pm 2,4$	7 (2-19)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Asistan hekimlerin sosyal yaşama ilişkin bulguları Tablo 3'de özetlendi. Asistan hekimlerde tıp dışı kitap okuma sıklığı; 79'unda (% 39,1) ayda bir gün, 23'ünde (% 11,4) haftada bir gün, 54'ünde (% 26,7) haftada birkaç gün, altısında (% 3,0) her gün iken 40 katılımcının (% 19,8) hiç tıp dışı kitap okumadığı belirlendi.

Fiziksel aktivite sıklığı açısından 37 katılımcı (% 18,3) ayda bir gün, 51'i (% 25,2) haftada bir gün, 64'ü (% 31,7) haftada birkaç gün, 10'u (% 5,0) her gün fiziksel aktivite yaptığını belirtirken 40 katılımcı (% 19,8) hiç fiziksel aktivite yapmadığını belirtti.

Kültürel faaliyetlere katılım sıklığı; 91’inde (% 45,0) yılda birkaç kez, 77’sinde (% 38,1) ayda bir gün, 25’inde (% 12,4) haftada bir gün, bir katılımcıda (% 0,5) haftada birkaç gün iken sekiz katılımcının (% 4,0) hiç bir kültürel faaliyete katılmadıkları saptandı.

Asistan hekimlerin televizyon ve dijital platformları takip süreleri ele alındığında, 123’ünde (% 60,9) 1-3 saat, 50’sinde (% 24,8) bir saatten az, 27’sinde (% 13,4) 4-6 saat, iki katılımcıda (% 1,0) ise yedi saatten fazla kullandıkları saptandı.

İş/eğitim amacıyla internette harcadıkları süreler incelendiğinde, 105’inde (% 52,0) 1-3 saat, 62’sinde (% 30,7) bir saatten az, 31’inde (% 15,3) 4-6 saat, dört katılımcıda ise (% 2,0) yedi saatten fazla olduğu belirlendi.

Asistan hekimlerin iş nedeni ile cep telefonunu kullanma sıklığı; 107’sinde (% 53,0) sık sık, 78’inde (% 38,6) her zaman, 17’sinde (% 8,4) nadir olarak tespit edildi (Tablo 3).

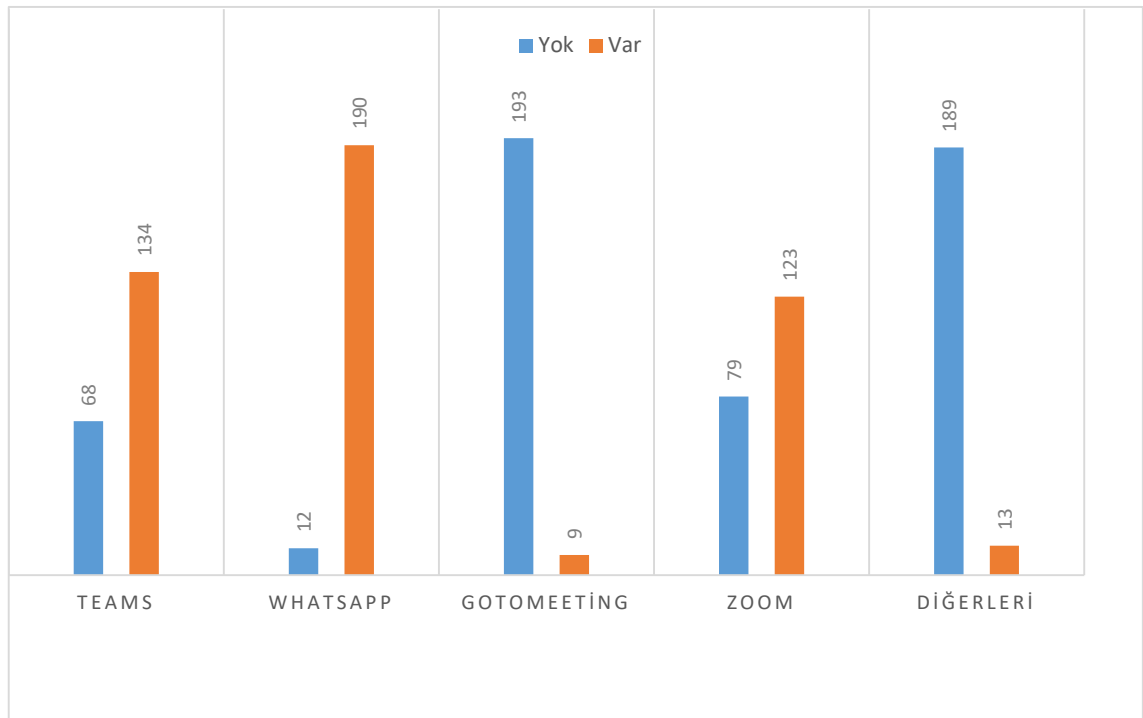
Tablo 3. Katılımcıların sosyal yaşama ilişkin bulguları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıp dışı kitap okuma sıklığı		
Ayda bir gün	79	39,1
Haftada birkaç gün	54	26,7
Hiç okumam	40	19,8
Haftada bir gün	23	11,4
Her gün	6	3,0
Fiziksel aktivite yapma sıklığı		
Haftada birkaç gün	64	31,7
Haftada bir gün	51	25,2
Yapmam	40	19,8
Ayda bir gün	37	18,3
Her gün	10	5,0
Kültürel faaliyetlere (sinema, tiyatro, opera, konser, sergi, müze, vb.) katılma sıklığı		
Yılda birkaç kez	91	45,0
Ayda bir gün	77	38,1
Haftada bir gün	25	12,4
Hiç	8	4,0
Haftada birkaç gün	1	0,5
Televizyon ve dijital platformları izleme süresi (günde)		
1-3 saat	123	60,9
1 saatten az	50	24,8
4-6 saat	27	13,4
7 saatten fazla	2	1,0
İş/eğitim amacıyla internette bir günde harcanan süre		
1-3 saat	105	52,0
1 saatten az	62	30,7
4-6 saat	31	15,3
7 saatten fazla	4	2,0

Tablo 3'ün devamı

İş nedeni ile cep telefonu kullanma sıklığı		
Sık sık	107	53,0
Her zaman	78	38,6
Nadir	17	8,4

Asistan hekimlerin eğitim ve mesleki amaçlarla kullandıkları uygulamalar Şekil 1'de verildi. Buna göre asistan hekimlerin 190'ının (% 94,1) Whatsapp, 134'ünün (% 66,3) teams, 123'ünün (% 60,9) Zoom uygulamalarını kullandıkları gözlemlendi. En az kullanılan uygulamaların dokuz katılımcıda (% 4,5) Go-to-meeting, 13'ünde (% 6,4) ise diğer uygulamalar olduğu belirlendi.



Şekil 1. Sosyal medyada kullanılan platformlar

Asistan hekimlerden 26'sının (% 12,9) online oyun oynadıkları saptandı. Online kumar oynama 12 (% 5,9) asistan hekimde tespit edilirken kumar oynama sıklıkları üç katılımcıda (% 25,0) ayda bir gün, üç katılımcıda (% 25,0) haftada bir gün, iki katılımcıda (% 16,7) haftada birkaç gün, iki katılımcıda (% 16,7) her gün, iki katılımcıda (% 16,7) ise yılda birkaç gün olarak saptandı.

Gazete okuma 80 (% 39,6) asistan hekimde tespit edilirken; 76 (% 95,0)'sının dijital gazete, 4 (% 5,0)'ünün ise basılı gazete okudukları belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların hobilerine ilişkin bulgular

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Online oyun oynama		
Hayır	176	87,1
Evet	26	12,9
Online kumar oynama		
Hayır	190	94,1
Evet	12	5,9
Kumar oynama sıklığı		
Ayda bir gün	3	25,0
Haftada bir gün	3	25,0
Haftada birkaç gün	2	16,7
Her gün	2	16,7
Yılda birkaç gün	2	16,7
Gazete okuma		
Hayır	122	60,4
Evet	80	39,6
Gazete tipi		
Dijital	76	95,0
Basılı	4	5,0

Asistan hekimlerden 187'sinin (% 92,6) sosyal medyayı kullandıkları gözlenirken; en sık kullanılan sosyal medya araçları; 180'inde (% 96,3) Whatsapp, 173'ünde (% 92,5) Instagram, 169'unda (% 90,4) Youtube, 131'inde (% 70,1) Google, 100'ünde (% 53,5) ise Twitter olduğu tespit edildi.

Asistan hekimlerin sosyal medyada günde harcadıkları zaman; 130'unda (% 69,5) 1-3 saat arası, 39'unda (% 20,9) 4-6 saat, 15'inde (% 8,0) bir saatten az, üçünde (% 1,6) ise yedi saatten fazla olarak belirlendi.

Asistan hekimlerden 160'ının (% 85,6) yatarken son bir kez sosyal medya hesaplarını kontrol ettikleri; 102'sinin (% 54,5) sabah uyanır uyanmaz sosyal medya hesaplarını kontrol ettikleri; 63'ünün (% 33,7) çok yoğun olsalar bile sosyal medya hesaplarını kontrol ettikleri; 51'inin (% 27,3) ise sosyal medya kullanımlarının uyku düzenlerini etkiledikleri görüşünde oldukları saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların sosyal medya kullanım durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sosyal medya kullanımı		
Evet	187	92,6
Hayır	15	7,4
Kullanılan sosyal medya platformları		
Whatsapp	180	96,3
Instagram	173	92,5
Youtube	169	90,4
Google	131	70,1
Twitter	100	53,5

Tablo 5'in devamı

Sosyal medyaya günde harcanan süre		
1-3 saat	130	69,5
4-6 saat	39	20,9
1 saatten az	15	8,0
7 saatten fazla	3	1,6
Yatmadan önce son bir kez sosyal medya hesabını kontrol etme alışkanlığı		
Evet	160	85,6
Hayır	27	14,4
Sabah uyanır uyanmaz sosyal medya hesabını kontrol etme alışkanlığı		
Evet	102	54,5
Hayır	85	45,5
Çok yoğun olsa da sosyal medya hesabını kontrol etme alışkanlığı		
Hayır	124	66,3
Evet	63	33,7
Sosyal medya kullanımının uyku düzenine etkisi		
Yok	136	72,7
Var	51	27,3

Tablo 6'da katılımcıların Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği'ne (BSMBÖ) ilişkin yanıtları incelendi.

Tablo 6. Katılımcıların bergen sosyal medya bağımlılığı ölçek bulguları

	Çok nadir	Nadir	Bazen	Sıkça	Oldukça sık	Ort±SS
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Sosyal medyayı düşünerek ya da sosyal medya kullanmayı planlayarak çok fazla zaman harcadınız mı?	33 (17,6)	40 (21,4)	64 (34,2)	40 (21,4)	10 (5,3)	2,75±1,1
Sosyal medyayı giderek daha fazla kullanma arzusu hissettiniz mi?	32 (17,1)	38 (20,3)	51 (27,3)	50 (26,7)	16 (8,6)	2,89±1,2
Sosyal medyayı kişisel sorunlarınızı unutmak için kullandınız mı?	37 (19,8)	26 (13,9)	47 (25,1)	52 (27,8)	25 (13,4)	3,01±1,3
Sosyal medya kullanmayı bırakma denemeleriniz başarısızlıkla sonuçlandı mı?	58 (31,0)	40 (21,4)	47 (25,1)	26 (13,9)	16 (8,6)	2,48±1,3
Sosyal medya kullanmanız yasaklansaydı rahatsız ve sıkıntılı olur muydunuz?	36 (19,3)	18 (9,6)	38 (20,3)	46 (24,6)	49 (26,2)	3,29±1,4
Sosyal medyayı çok fazla kullanmanız işlerinizi/çalışmalarınızı olumsuz etkiledi mi?	60 (32,1)	45 (24,1)	46 (24,6)	26 (13,9)	10 (5,3)	2,36±1,2

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Kılıç (2016) çalışmasında, Cronbach alfa güvenilirlik katsayı aralıklarını; $0,0 < \alpha < 0,4$ aralığında ‘ölçek güvenilir değildir’, $0,41 < \alpha < 0,6$ aralığında ‘ölçek düşük güvenilirliktedir’, $0,61 < \alpha < 0,8$ aralığında ‘ölçek orta güvenilirliktedir’, $0,81 < \alpha < 1,00$ aralığında ise ‘ölçek yüksek güvenilirliktedir’ şeklinde bildirmiştir.⁴⁴ Asistan hekimlerin katıldıkları çalışmamızda kullanılan Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ($\alpha=0,798$), Genel sağlık ($\alpha=0,737$), Sosyal ilişkiler ($\alpha=0,690$) ve Çevre ($\alpha=0,779$) ölçek puanlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayı değerlerinin orta güvenilirlikte; Fiziksel sağlık ($\alpha=0,845$), Psikolojik sağlık ($\alpha=0,824$) ve WHOQOL ($\alpha=0,917$) ölçek puanlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayı değerlerinin ise yüksek güvenilirlikte olduğu belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7’de ayrıca ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini anlamak için Çarpıklık ve Basıklık testlerine başvuruldu. Hair ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1 ve -1 aralığında olması gerektiği bildirilirken Tabachnick ve Fidell (2013) çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 aralığında olması gerektiğini, George ve Mallery (2010) ise çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ile -2 aralığında olması gerektiğini bildirmişlerdir.⁴⁵⁻⁴⁷ Çalışmamızda elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde; Tabachnick ve Fidell’in (2013) elde ettikleri gibi +1 ve -1 değerleri arasında olduğu saptanmıştır.⁴⁶ Bu bağlamda, çalışmada kullanılan ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışmada kullanılan ölçek puanlarının incelenmesi

	Madde sayısı	Ort±SS	Med (Min-Max)	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı
Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	6	16,8±5,4	17 (6-30)	-0,047	-0,636	0,798
Genel sağlık	2	49,4±20,0	50 (0-100)	-0,556	0,324	0,737
Fiziksel sağlık	7	57,8±17,8	57,1 (0-100)	-0,420	0,517	0,845
Psikolojik sağlık	6	52,0±16,3	50 (4,2-91,7)	-0,364	0,400	0,824
Sosyal ilişkiler	3	55,1±17,8	58,3 (0-100)	-0,200	0,356	0,690
Çevre	8	53,5±13,8	53,1 (6,3-100)	0,193	0,749	0,779
WHOQOL	27	53,8±12,9	53,2 (10,2-96,3)	-0,098	0,879	0,917

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Max: Maksimum

Asistan hekimlerden erkek olanların fiziksel sağlık ölçek puanının, kadın asistan hekimlere göre anlamlı daha yüksek olduğu gözlenirken ($p=0,03$) diğer ölçek puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Evli olan asistan hekimlerin sosyal ilişkiler ölçek puanının, bekar olan asistan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanırken ($p=0,02$); diğer ölçek puanları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$).

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları, sigara, alkol kullanımı ve kronik hastalık durumları ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Asistan hekimlerin ikamet ettikleri yerde kimlerle yaşadıkları ile psikolojik sağlık ($p=0,03$) ve sosyal ilişkiler ($p=0,001$) ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlendi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı incelendiğinde, psikolojik sağlık ölçek puanında, eşleri ile birlikte yaşayan asistan hekimlerin ölçek puanlarının, eş ve çocukları ile birlikte yaşayan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,04$). Sosyal ilişkiler ölçek puanında ise eşleri ile birlikte yaşayan asistan hekimlerin ölçek puanlarının, anne-baba ($p=0,01$), eş ve çocuklar ($p=0,01$) ile yalnız ($p=0,01$) yaşayan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların BSMBÖ puanları ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisi

	Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	Genel sağlık	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre	WHOQOL
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet							
Erkek	16,3±5,8	49,9±20,0	60,0±16,4	53,2±18,1	54,7±18,1	53,4±14,9	54,6±13,1
Kadın	17,2±5,1	49,1±20,1	55,8±18,7	50,9±14,4	55,5±17,6	53,7±13,2	53,1±12,9
t	-1,10	0,28	1,68	1,01	-0,28	-0,12	0,85
p	0,27	0,77	0,03*	0,32	0,78	0,91	0,40
Medeni durum							
Bekar	16,5±5,3	47,9±19,3	56,8±16,9	50,3±16,1	52,4±16,1	53,1±13,9	52,6±12,2
Evli	17,1±5,5	51,2±20,7	58,9±18,7	53,9±16,4	58,1±19,1	54,1±13,7	55,1±13,7
t	-0,72	-1,17	-0,84	-1,55	-2,29	-0,51	-1,35
p	0,47	0,24	0,40	0,12	0,02*	0,61	0,18
	Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	Genel sağlık	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre	WHOQOL
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çocuk sahibi olma durumu							
Yok	16,6±5,1	49,7±19,4	58,2±16,8	52,6±15,8	55,9±17,5	53,6±13,7	54,1±12,2
Var	17,3±6,3	48,7±21,9	56,6±20,8	50,3±17,8	52,7±18,8	53,3±14,1	52,9±15,3
t	-0,71	0,29	0,57	0,83	1,08	0,17	0,57
p	0,48	0,77	0,57	0,41	0,28	0,87	0,57

Tablo 8'in devamı

Kimlerle yaşadığı								
Anne-baba (1)	16,8±5,1	50,0±16,9	58,0±15,7	51,2±15,7	51,4±17,8	53,4±12,0	53,4±11,5	
Eş (2)	16,3±4,9	53,8±20,9	61,1±18,8	57,5±14,5	63,2±18,5	56,3±15,4	57,7±13,2	
Eş ve çocuklar (3)	17,9±6,0	47,5±20,0	54,4±19,6	48,9±17,4	51,5±17,9	51,5±11,3	51,2±13,7	
Yalnız (4)	16,4±5,5	47,0±20,8	57,5±16,7	50,2±16,5	53,2±15,4	52,8±14,8	52,7±12,6	
F	0,88	1,31	1,16	2,99	5,40	1,06	2,42	
p	0,45	0,27	0,33	0,03*	0,01*	0,37	0,07	
Post Hoc (Tukey) p	-	-	-	2-3; p=0,04	2-1; p=0,01 2-3; p=0,01 2-4; p=0,01	-	-	
Sigara alışkanlığı								
Yok	16,5±5,5	50,7±20,5	58,4±18,1	52,6±16,9	55,4±17,9	53,4±13,5	54,1±13,0	
Var	17,4±5,1	46,7±18,8	56,6±17,1	50,7±14,9	54,5±17,7	53,8±14,5	53,1±12,9	
t	-1,13	1,33	0,64	0,79	0,34	-0,15	0,52	
p	0,26	0,19	0,52	0,43	0,73	0,88	0,60	
Alkol kullanımı								
Yok	16,5±5,7	51,1±21,1	58,0±19,1	52,5±17,9	55,1±18,9	53,9±14,9	54,2±14,3	
Var	17,1±5,2	47,8±18,9	57,6±16,5	51,6±14,6	55,1±16,8	53,2±12,7	53,4±11,6	
t	-0,76	1,18	0,18	0,39	0,02	0,34	0,44	
p	0,44	0,24	0,86	0,69	0,10	0,73	0,66	
Kronik hastalığı								
Yok	16,7±5,2	49,9±19,8	58,6±16,9	52,4±16,5	55,1±18,5	53,7±13,5	54,2±12,8	
Var	17,0±6,4	46,8±21,5	52,5±22,6	49,8±14,9	55,2±18,9	52,8±16,0	51,4±14,2	
t	-0,26	0,75	1,67	0,75	-0,04	0,31	1,05	
p	0,80	0,46	0,10	0,46	0,97	0,76	0,30	

* p<0,05, **p<0,001, t: bağımsız student t-test, F: Oneway ANOVA test, Post Hoc Tukey test

Asistan hekimlerin yaşları ile Genel sağlık (r=0,170), Fiziksel sağlık (r=0,174), Çevre (r=0,264) ve WHOQOL (r=0,226) ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi (p<0,05). Yaş ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (p>0,05).

Asistan hekimlerin boy, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların BSMBÖ puanları ile yaş, boy, vücut ağırlığı ve BKİ arasındaki ilişki

	Yaş		Boy		Vücut ağırlığı		BKİ	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği								
Genel sağlık	0,17*	0,02	0,05	0,47	-0,05	0,49	-0,10	0,17
Fiziksel sağlık	0,17*	0,01	0,08	0,24	0,08	0,25	0,06	0,41
Psikolojik sağlık	0,12	0,08	0,05	0,46	0,07	0,32	0,06	0,39
Sosyal ilişkiler	0,11	0,13	0,04	0,54	0,06	0,42	0,06	0,43
Çevre	0,26**	<0,001	-0,01	0,84	-0,07	0,34	-0,06	0,39
WHOQOL	0,23**	0,001	0,05	0,45	0,03	0,67	0,02	0,83

* p<0,05, **p<0,001, r: Pearson korelasyon test

Asistan hekimlerin çalıştıkları bölüm ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (p>0,05).

Meslekteki kıdem/yıl ile fiziksel sağlık ($p=0,02$), sosyal ilişkiler ($p=0,02$), çevre ($p=0,01$) ve WHOQOL ($p=0,01$) ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı Post Hoc Tukey testi ile incelendiğinde, 10 yıl ve üzerinde görev yapanların fiziksel sağlık ölçek puanlarının, 6-9 yıl arasında görev yapanların fiziksel sağlık ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edildi ($p=0,02$). Sosyal ilişkiler ölçeğinde tespit edilen farklılığın kaynağı araştırıldığında, 1-5 yıl arasında görev yapanların sosyal ilişkiler ölçek puanlarının, 6-9 yıl arasında görev yapanların sosyal ilişkiler ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,03$). Çevre ve WHOQOL ölçek puanlarındaki farklılığın kaynağı araştırıldığında, 10 yıl ve üzerinde görev yapanların ölçek puanlarının, 1-5 yıl ($p=0,01$) ve 6-9 yıl ($p=0,04$) arasında görev yapanların ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı gözlemlendi. Meslekte kıdem/yıl ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$)

Nöbet tutma durumu ile genel sağlık ($p=0,01$), çevre ($p=0,01$) ve WHOQOL ($p=0,04$) ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Nöbet tutma durumu ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$). Nöbet tutmayanların yaşam kalitesi ölçek puanları nöbet tutanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 10).

Tablo 10. BSMBÖ puanları ile çalışma ortamına ilişkin bulguların karşılaştırılması

	Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	Genel sağlık	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre	WHOQOL
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Meslekte kıdem/yıl							
1-5 yıl (1)	16,6±5,2	49,4±19,8	57,8±17,2	52,5±16,2	56,2±17,7	53,1±13,8	53,9±12,7
6-9 yıl (2)	18,3±5,6	46,2±19,9	53,0±18,9	47,7±17,2	47,7±17,7	51,3±10,9	50,1±11,9
10 yıl ve üzeri (3)	14,3±6,9	59,1±23,1	69,8±18,2	58,7±12,8	62,1±15,1	65,6±16,5	63,5±15,3
F	2,17	1,72	3,80	2,16	4,10	4,89	4,62
p	0,12	0,18	0,02*	0,12	0,02*	0,01**	0,01*
Post Hoc (Tukey) p	-	-	3-2; $p=0,02$	-	1-2; $p=0,03$	3-1; $p=0,010$ 3-2; $p=0,008$	3-1; $p=0,043$ 3-2; $p=0,008$
Çalıştıkları bölüm							
Cerrahi tıp bilimleri	16,7±5,7	47,9±21,9	60,2±19,1	54,8±19,3	56,3±20,4	52,6±16,3	54,9±15,3
Dahili tıp bilimleri	16,9±5,4	49,2±19,7	56,8±17,4	51,6±15,1	54,8±16,0	53,2±12,9	53,2±12,1
Temel tıp bilimleri	16,5±4,8	55,5±18,2	60,3±18,1	48,7±18,0	54,7±25,6	58,9±13,9	56,0±14,7
F	0,05	0,85	0,74	0,98	0,13	1,39	0,55
p	0,95	0,43	0,48	0,38	0,88	0,25	0,58

Tablo 10'un devamı

Nöbet tutma durumu							
Yok	16,4±5,6	56,3±16,1	61,9±15,9	52,9±16,1	58,3±17,9	57,9±12,9	57,1±12,0
Var	16,9±5,4	47,3±20,7	56,5±18,2	51,8±16,4	54,1±17,7	52,2±13,8	52,8±13,1
t	-0,61	2,74	1,84	0,41	1,44	2,53	2,05
p	0,54	0,01**	0,07	0,68	0,15	0,01*	0,04*

* p<0,05, **p<0,001, t: bağımsız student t-test, F: Oneway ANOVA test, Post Hoc Tukey test

Asistan hekimlerin fiziksel aktivite yapma sıklığı ile genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve WHOQOL ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı incelendiğinde, genel sağlık ölçek puanında haftada bir gün fiziksel aktivite yapan asistan hekimlerin, fiziksel aktivite yapmayan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi (p=0,05). Fiziksel sağlık (p=0,02) ve sosyal ilişkiler (p=0,01) ölçek puanında haftada birkaç gün fiziksel aktivite yapan asistan hekimlerin, fiziksel aktivite yapmayan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı gözlemlendi. Psikolojik sağlık (p=0,01) ve WHOQOL (p=0,002) ölçek puanlarında ise fiziksel aktivite yapmayan asistan hekimlerin ölçek puanlarının, haftada bir gün ve haftada birkaç gün fiziksel aktivite yapan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı saptandı.

İş nedeni ile sıklıkla cep telefonu kullanma alışkanlığı ile çevre ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (p=0,004). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı incelendiğinde; nadiren cep telefonu kullananların ölçek puanlarının her zaman (p=0,004) ve sık sık (p=0,005) cep telefonu kullanan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre anlamlı daha yüksek olmasından kaynaklandığı gözlemlendi. İş nedeni ile sıklıkla cep telefonu kullanma durumu ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 11. BSMBÖ puanları ile Sosyal yaşam alışkanlıkları arasındaki ilişki

	BSMBÖ	Genel sağlık	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre	WHOQOL
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Fiziksel aktivite yapma sıklığı							
Ayda bir gün (1)	18,2±4,7	46,9±17,5	54,3±16,8	49,2±16,1	52,0±15,9	50,7±12,3	51,1±11,9
Haftada bir gün (2)	16,6±5,4	52,9±19,5	58,9±15,6	56,3±14,1	57,2±18,3	54,8±14,3	55,8±12,0
Haftada birkaç gün(3)	16,6±4,8	51,9±18,3	61,9±16,8	55,3±13,5	59,5±15,6	56,3±12,8	57,0±11,3
Her gün (4)	12,7±5,4	55,0±22,2	63,9±17,6	55,0±17,7	57,5±14,9	57,2±17,2	57,8±13,9
Hiç (5)	17,1±6,6	41,9±23,4	51,3±20,9	43,1±19,3	47,7±20,5	49,2±14,1	47,7±15,2
F	2,13	2,47	3,03	5,31	3,35	2,37	4,44
p	0,08	0,05*	0,02*	0,01*	0,01*	0,06	0,01*
Post Hoc (Tukey) p							
	-	2-5; p=0,05	3-5; p=0,02	2-5; p=0,01 3-5; p=0,01	3-5; p=0,01	-	2-5; p=0,02 3-5; p=0,01

Tablo 11'in devamı

İş nedeni ile cep telefonu kullanma sıklığı							
Her zaman (1)	16,9±5,3	47,6±20,8	56,5±18,7	52,4±16,1	56,4±17,8	52,3±14,7	53,4±13,1
Nadir (2)	16,6±6,2	58,1±22,9	65,9±20,6	53,4±20,2	59,3±17,6	63,9±14,8	60,2±16,5
Sık sık (3)	16,7±5,4	49,4±18,8	57,4±16,5	51,5±15,9	53,5±17,8	52,8±12,3	53,1±12,1
F	0,06	1,93	2,03	0,14	1,12	5,58	2,28
p	0,95	0,15	0,13	0,87	0,33	0,01**	0,11
Post Hoc (Tukey) p						2-1; p=0,004 2-3; p=0,005	-

* p<0,05, **p<0,001, F: Oneway ANOVA test, Post Hoc Tukey test, **BSMBÖ**: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği

Asistan hekimlerin online oyun oynama, online kumar oynama ve gazete okuma alışkanlıkları ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 12. BSMBÖ puanları ile hobiler arasındaki ilişki

	Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	Genel sağlık	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre	WHOQOL
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Online oyun oynama							
Evet	17,7±5,2	47,6±19,4	54,9±9,0	51,4±15,3	56,7±17,6	52,6±15,5	52,9±14,0
Hayır	16,7±5,4	49,7±20,2	58,2±17,6	52,1±16,5	54,9±17,9	53,7±13,6	53,9±12,9
t	0,90	-0,50	-0,89	-0,19	0,49	-0,355	-0,388
p	0,38	0,62	0,38	0,85	0,62	0,723	0,698
Online kumar oynama							
Evet	19,6±5,1	43,8±26,9	55,1±21,4	50,3±24,7	57,6±25,5	54,2±19,9	53,2±20,6
Hayır	16,6±5,4	49,8±19,6	57,9±17,6	52,1±15,7	54,9±17,3	53,5±13,4	53,9±12,4
t	1,82	-1,02	-0,55	-0,37	0,51	0,16	-0,16
p	0,07	0,31	0,58	0,71	0,61	0,87	0,88
Gazete okuma							
Evet	16,8±5,5	50,0±9,2	59,3±16,9	53,0±14,8	56,8±16,1	54,8±12,9	54,9±12,1
Hayır	16,8±5,4	49,1±20,7	56,8±18,3	51,4±17,2	54,0±18,8	52,7±14,3	53,1±13,5
t	0,05	0,32	0,98	0,71	1,07	1,05	1,03
p	0,96	0,75	0,33	0,48	0,29	0,29	0,31

* p<0,05, **p<0,001, t: bağımsız student t-test, F: Oneway ANOVA test, Post Hoc Tukey test

Asistan hekimlerin sosyal medya kullanım alışkanlıkları ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı (p>0,05).

Yatarken son bir kez sosyal medya hesaplarını kontrol eden asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanırken (p=0,01) bu alışkanlığın diğer ölçek puanları ile anlamlı ilişkili olmadığı saptandı (p>0,05).

Sabah uyanır uyanmaz sosyal medya hesaplarını kontrol eden asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanları, bu alışkanlığa sahip olmayan katılımcılara kıyasla anlamlı yüksek ($p=0,01$); psikolojik sağlık ölçek puanları ise anlamlı düşük bulundu ($p=0,03$). Bu alışkanlık ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$).

Çok yoğun olsalar da sosyal medya hesaplarını kontrol eden asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanlarının, bu alışkanlığa sahip olmayan katılımcılara kıyasla anlamlı yüksek olduğu saptanırken ($p=0,001$) bu alışkanlık ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ($p>0,05$).

Sosyal medya kullanımları nedeniyle uyku düzenleri etkilenen asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanlarının, uyku düzeni etkilenmeyen katılımcılara kıyasla anlamlı yüksek ($p<0,001$); Genel sağlık ($p=0,02$), Fiziksel sağlık ($p=0,001$), Psikolojik sağlık ($p<0,001$), Çevre ($p=0,01$) ve WHOQOL ($p<0,001$) ölçek puanlarının ise anlamlı düşük olduğu tespit edildi. Sosyal ilişkiler puanı ile sosyal medya kullanımı nedeniyle uyku düzeninin etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Ölçek puanları ile Sosyal medya kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişki

	Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	Genel sağlık	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre	WHOQOL
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sosyal medya kullanımı							
Evet	16,8±5,4	49,3±19,5	57,8±17,5	52,2±15,5	55,4±17,3	53,5±13,5	53,8±12,6
Hayır	-	51,7±26,2	57,4±21,5	50,3±24,9	51,1±23,9	53,8±17,1	53,6±17,9
t		-0,45	0,10	0,43	0,91	-0,06	0,07
p		0,66	0,92	0,67	0,37	0,95	0,94
Yatmadan önce son bir kez sosyal medya hesabını kontrol etme alışkanlığı							
Evet	17,4±5,2	42,3±19,5	57,5±16,5	51,4±15,3	55,4±16,7	53,1±13,1	53,5±11,9
Hayır	13,3±5,5	49,1±20,2	59,8±22,8	56,5±16,2	55,6±20,7	55,8±16,0	55,7±16,2
t	3,755	0,06	-0,62	-1,58	-0,04	-0,94	-0,83
p	0,01*	0,96	0,54	0,12	0,97	0,35	0,41
Sabah uyanır uyanmaz sosyal medya hesabını kontrol etme alışkanlığı							
Evet	18,4±5,6	49,9±19,5	57,1±17,7	49,9±15,5	54,7±17,6	53,8±12,7	53,3±12,5
Hayır	14,9±4,5	48,5±19,6	58,7±17,4	54,8±15,2	56,3±16,9	53,2±14,5	54,4±12,8
t	4,67	0,47	-0,61	-2,15	-0,61	0,34	-0,59
p	0,01*	0,64	0,55	0,03*	0,54	0,74	0,56
Çok yoğun olsa bile sosyal medya hesabını kontrol etme alışkanlığı							
Evet	20,1±4,9	46,8±21,2	56,6±17,9	49,1±14,7	56,2±15,9	52,0±12,9	52,4±12,5
Hayır	15,1±4,9	50,5±18,6	58,5±17,4	53,7±15,7	55,0±17,9	54,3±13,8	54,6±12,6
t	6,59	-1,22	-0,71	-1,92	0,44	-1,07	-1,13
p	0,01*	0,23	0,48	0,06	0,66	0,28	0,26
Sosyal medya kullanımı nedeniyle uyku düzeninde etkilenme							
Evet	21,5±3,7	43,9±19,1	50,7±18,7	45,7±15,7	52,5±19,0	49,1±12,5	48,6±12,5
Hayır	15,0±4,9	51,3±19,4	60,5±16,3	54,6±14,7	56,6±16,5	55,2±13,6	55,8±12,1
t	8,61	-2,34	-3,52	-3,63	-1,45	-2,76	-3,60
p	0,01*	0,02*	0,01*	0,01	0,15	0,06*	0,01*

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, t: bağımsız student t-test

Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek toplam puanı ile Fiziksel sağlık ($p=0,01$ $r=-0,18$), Psikolojik sağlık ($p=0,002$ $r=-0,22$), Çevre ($p=0,02$ $r=-0,166$) ve WHOQOL ($p=0,01$ $r=-0,187$) alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi.

WHOQOL ölçek puanı ile Genel sağlık ($r=0,800$), Fiziksel sağlık ($r=0,891$), Psikolojik sağlık ($r=0,837$), Sosyal ilişkiler ($r=0,722$) ve Çevre ($r=0,843$) ölçek puanları arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,001$) (Tablo 14).

Tablo 14. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği		WHOQOL	
	r	p	r	p
Genel sağlık	-0,094	0,198	0,800**	<0,001
Fiziksel sağlık	-0,188**	0,010	0,891**	<0,001
Psikolojik sağlık	-0,221**	0,002	0,837**	<0,001
Sosyal ilişkiler	-0,046	0,531	0,722**	<0,001
Çevre	-0,166*	0,023	0,843**	<0,001
WHOQOL	-0,187*	0,010		

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, r: Pearson korelasyon test

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; , Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerde sosyal medya bağımlılık düzeyi, yaşam kalitesi, bunlarla ilişkili sosyodemografik özellikler ve sosyal medya bağımlılık düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere yönelik değerlendirmelere yer verilecektir. Elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Hekimlerde yapılan çalışmalarda Düzce'de BKİ ortalaması 24.6 ± 4.3 olup %41.6'sı fazla kilolu veya obez,⁴⁸ Trakya bölgesinde hekimlerde yapılan bir çalışmada BKİ ortalaması $25,3 \pm 4$ saptanmıştır.⁴⁹ Bizim çalışmamızda araştırma görevlilerinin BKİ ortalamaları $24,2 \pm 3,6$ bulunmuş olup bulgumuz literatürle uyumludur.

Çalışmamızda, asistan hekimlerin %13,4'ünde kronik hastalık görülmekte olup en çok belirtilen kronik hastalıklar hipotiroidi, migren ve alerjik rinit olarak bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %25,1'inde kronik hastalık görülmekte olup en çok belirtilen kronik hastalıklar hipotiroidi, astım, diyabet ve hipertansiyon olarak bildirilmiştir.⁵⁰ Hekimlerde yapılan başka bir çalışmada kronik hastalık yüzdesi % 23,7 olarak bildirilmiştir.⁵¹ Çalışmamızın örnekleminin yaş ortalamasının, diğer çalışmalara göre daha düşük olması nedeniyle çalışmamızda kronik hastalık görülme sıklığı diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuş olabilir.

Sigara, dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinden biridir. WHO verilerine göre dünyada sigara kullanımından dolayı 2019 yılında sekiz milyonun üzerinde ölüm gerçekleşmiştir.⁵² Tütün yetiştiren ve üreten bir ülke olmasının da etkisiyle, Türkiye'de sigara kullanım oranı yüksektir. Ülkemiz, dünyada en çok tütün kullanan ülkeler arasında ilk onuncu sıradadır.⁵³ Türkiye'de yapılan bir çalışmada, asistan hekimlerde sigara içme oranı %34,9 olarak belirtilmiştir.⁵⁴ Yaptığımız çalışmada, benzer şekilde katılımcıların %32,2'si sigara kullanmaktadır. İtalya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %16'sının sigara içtiği saptanmıştır.⁵⁵ Hekimler arasında sigara içme yaygınlığı ile ilgili yapılan bir meta-analizde sigara içme sıklığı %21 olarak saptanmıştır.⁵⁶

Yaptığımız çalışmada katılımcıların % 51'i alkollü içki kullanmaktadır. Bu oran, sağlık çalışanları ile yapılmış bazı çalışmalara göre yüksek, bazı çalışmalara göre ise düşük bulunmuştur.^{51,57} TÜİK'in 2019 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun %14,9'u alkollü içki kullanmakta ve nüfusun %74,4'ü hayatı boyunca hiç alkollü içki kullanmamıştır.⁵⁸ Alkol tüketiminin kişilerin tercihi ve sosyal alışkanlıkları dolayısıyla değişebildiği bilinmektedir.

5.2. Sosyal Medya Kullanımı

Asistan hekimlerde sosyal medya kullanımı yaygındır. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerden 187'sinin (%92,6) sosyal medyayı kullandıkları saptanmıştır. Türkiye'deki halk sağlığı uzmanları ile yapılan bir çalışmada, sosyal medya kullanım oranı %97 olarak tespit edilmiştir.⁵⁹ Teksas'da sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada, sosyal medya kullanımı oranının %87,9 olduğu tespit edilmiştir.⁶⁰ Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarında 2020 yılında yapılan bir çalışmada ise sosyal medya kullanım sıklığının %96,8 olduğu görülmüştür.⁶¹ 2017 yılında Tekayak'ın aile hekimlerinde yaptığı çalışmada sosyal medya kullanım sıklığını %89,6'sı günde birkaç kez olarak belirtilmiştir.⁶²

Çalışmamızda sorulan “Sosyal medya uygulamalarından hangilerini kullanıyorsunuz?” sorusuna katılımcıların 180'i (% 96,3) Whatsapp, 173'ü (% 92,5) Instagram, 169'u (% 90,4) Youtube, 131'i (% 70,1) Google, 100'ü (% 53,5) ise Twitter olarak yanıt vermiştir. “We Are Social”ın 2022 Türkiye Raporu'na göre en çok kullanılan sosyal medya platformu %93,2 ile Whatsapp iken %92,5 ile Instagram, %78,1 ile Facebook, %69,6 ile Twitter şeklinde sıralanmaktadır.⁸ Aile hekimlerinde yapılan çalışmada en çok kullanılan sosyal medya platformu 299'u (%92,6) Whatsapp, 183'ü (%56,7) Facebook, 137'si (%42,4) Youtube olarak saptanmıştır.⁶²

Asistan hekimlerin sosyal medyada günde harcadıkları süre incelendiğinde, 130'unun (% 69,5) 1-3 saat arası, 39'unun (% 20,9) 4-6 saat arası, 15'inin (% 8,0) bir saatten az, üçünün (% 1,6) ise yedi saatten fazla zaman ayırdıkları belirlenmiştir. Halk sağlığı uzmanları ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların günde ortalama 2,18 saat sosyal medya kullandıkları saptanmıştır.⁵⁹ “We Are Social”ın 2022 raporuna göre Türkiye'de günlük ortalama sosyal medya kullanım süresi iki saat 59 dakikadır.⁸

Çalışmamızda bulduğumuz günlük ortalama sosyal medya kullanım düzeylerinin literatür ile benzer düzeylerde olduğu söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada, sosyal medyayı kullanım amaçları arasında en sık %86 ile arkadaşlarla iletişim kurmak, % 79,3 ile güncel bilgiler edinmek ve %63,8 ile eğitime katkı sağlayıcı bilgiler edinmek şeklindedir. Halk sağlığı uzmanları ile yapılan çalışmada, katılımcılar sosyal medyayı en çok işbirliği ve iletişim kurma için kullanmaktadır.⁵⁹ “We Are Social”ın 2022 Türkiye raporuna göre sosyal medya en çok arkadaşlar ve aile ile iletişim halinde kalmak, haber okumak için kullanılmaktadır.⁸

Çalışmamızda, yaş ortalaması 29,4 yıl ve % 53’ü kadın olan katılımcıların sosyal medya bağımlılık puanı 30 üzerinden ortalama 16,8 olarak (en düşük 6, en yüksek 28) bulunmuştur. Çalışmamızda kadın ve erkek asistan hekimler arasında sosyal medya bağımlılığı açısından anlamlı fark saptanamamıştır. Katılımcıların medeni durumu, çocuğunun olması, yaşadığı yerde kimlerle yaşadığı, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, meslekteki kıdem/yıl, çalıştıkları bölüm, nöbet tutma durumları, online oyun oynama, online kumar oynama durumları ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMBÖ) puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda, asistan hekimlerde Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği’nde asistan hekimlerin aldığı puan ortalaması 16,8 bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da bizim bulgularımıza benzer bulgular elde edilmiştir.⁶³ Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, doktorların aldığı puan ortalaması 15,41 bulunmuştur.⁶⁴ Yine aynı çalışmada diğer sağlık çalışanlarının aldıkları puanlar anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yetişkinlerde yapılan bir araştırmada, puan ortalaması 12.8 bulunmuştur.⁶⁵ Çalışmamızda bulunan ortalama puanın, literatürdeki diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmasının nedenleri; iş temposunun yoğunluğu içerisinde kaçacak bir sığınak ve iş için kullanılması olarak düşünülebilir.

Puanların yorumlanmasıyla ilgili kesin bir kesme noktası olmamakla birlikte esnek bir değerlendirme tercih edilerek 6 maddeden en az 4’ünden 3 ve daha fazla puan almış olmanın ya da daha katı bir değerlendirme tercih edilerek her maddeden 3 ve üzeri puan almış olma, sosyal medya bağımlılığının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Biz çalışmamızda daha katı bir değerlendirme olan her maddeden 3 ve üzeri puan almayı sosyal medya bağımlılığının yüksek olması olarak değerlendirdik.

Buna göre, çalışmamızda 187 kişi (%92,6) sosyal medya kullanmakta olup kullanan kişilerden 32'sinde (%16) sosyal medya bağımlılığı yüksek olarak saptanmıştır.

Yaptığımız çalışmada, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanı ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ikamet edilen yerde kimlerle yaşandığı, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, meslekte kıdem/yıl, çalıştıkları bölüm, nöbet tutma, fiziksel aktivite sıklığı, online oyun oynama ve online kumar oynama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Gürkan tarafından 2021 yılında yetişkinlerde ile yapılan çalışmada, sosyal medya bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.⁶⁶ Kadın katılımcıların, erkeklere göre Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği'nde daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada, sosyal medya bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır.⁶⁴ Jeurissen'in 2021 yılında tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, erkek ve kadın katılımcıların ölçek puanları karşılaştırıldığında, sosyal medya bağımlılığı ölçek puanlarının kadınlarda yüksek olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu bulunmuştur.⁶³

Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, sosyal medya bağımlılığı ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunmuştur.⁶⁴ Bekarların sosyal medya bağımlılık ölçek puanları, evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de yapılan başka bir araştırmada, medeni durum ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur.⁶⁶ Çalışmamızla sosyal medya bağımlılığı ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamasının nedeni örneklemelerin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışmamızda da, anlamlı fark bulunmamasına rağmen ölçek puanları bekarlarda, evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni eş ve/veya çocuklar gibi zaman ayırmaları gereken aile bireylerinin olması ve sosyal medyada geçirmek için daha kısıtlı zamanları olması olabilir. Bunun dışında, genç yetişkin bekar katılımcıların romantik bir ilişki kurabilmek amacıyla da evlilere kıyasla sosyal medyayı daha sık kullandıkları düşünülebilir.

Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, alkol ve sigara kullanım durumu ile sosyal medya ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.⁶⁴ Yine aynı çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile sosyal medya ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁶⁴ Bizim çalışmamızda sosyal medya bağımlılık ölçek puanı ile

çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamasının nedeni, yaş gruplarının farklı olması olabilir.

Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, düzenli egzersiz ile sosyal medya bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.⁶³ Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Fakat düzenli egzersiz yapanların sosyal medya bağımlılık puanları daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni, örneklemimde yer alan bireylerin, yoğun akademik çalışmalar nedeniyle düzenli egzersiz için zaman bulamaması olabilir. Ancak davranışsal bağımlılıkların patofizyolojisi düşünüldüğünde düzenli egzersizin nörobiyolojik süreçler üzerinde düzenleyici rolü olabileceği düşünülmektedir.⁶⁷

5.3. Yaşam Kalitesi

WHOQOL-BREF anketi, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alan, psikolojik sağlık sorularının yanında sağlıktan memnuniyet durumu ve genel yaşam kalitesinin sübjektif olarak değerlendirildiği sorulardan oluşmaktadır. Çalışmamızda, katılımcıların WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlara göre en yüksek puanlar fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alanında olmuştur. En düşük puan ise genel sağlık alanındadır.

Çalışmamızda, yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametre ortalama puanları genel sağlık $49,4 \pm 20,0$, fiziksel sağlık $57,8 \pm 17,8$, psikolojik sağlık $52,0 \pm 16,3$, sosyal ilişkiler $55,1 \pm 17,8$, çevre $53,5 \pm 13,8$ şeklinde sıralanmaktadır. Yalvaç Devlet Hastanesi'nde sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, doktorların yaşam kalitesi alt parametre ortalama puanları; genel sağlık 66,13, fiziksel sağlık 55,87, psikolojik sağlık 68,01, sosyal ilişkiler 73,46, çevre alan 67,24 şeklinde bulunmuştur⁵⁰. Endonezya'da bir tıp fakültesinde asistan hekimler ile yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi puanları; fiziksel sağlık 63.24, psikolojik sağlık 65.85, sosyal sağlık 62.58 ve çevre sağlığı 63.06'dır⁶⁸. Yaptığımız çalışmada bulunan ortalama ölçek puanları, literatüre göre daha düşük bulunmuştur. Yalvaç Devlet Hastanesi'nde yapılan çalışmada, sadece fiziksel sağlık puanı daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel alan dışındaki tüm alt parametreler çalışmamızda daha düşük bulunmuştur. Bunu nedeni; fiziksel alanda ağrı ve rahatsızlık, ilaç ve tedaviye bağımlılık, gündelik işleri yürütebilme gibi özelliklerin değerlendiriliyor olması olabilir. Ayrıca, Yalvaç Devlet Hastanesi'nde çalışmaya

katılanların yaş ortalamasının bizim örneklemimizin yaş ortalamasına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmamızdaki hekimlerde diğer parametrelerin ortalama puanlarının daha düşük olmasının nedenleri; tutulan nöbet sayısının fazlalığı, iş yükünün fazlalığı, nöbet sonrası mesaiye devam edilmesi, yetki, görev ve sorumlulukların net olmaması, pandemi sürecinde üniversite hastanesinde tüm bölümlerin asistanlarının pandemi servislerinde, polikliniklerinde ve yoğun bakım ünitelerinde görevlendirilmesi, maddi kazancın daha az olması olarak sayılabilir.

Çalışmamızda, asistan hekimlerde yaşam kalitesi durumu, WHOQOL-BREF Ölçeği ile incelenmiştir. Cinsiyet ile WHOQOL-BREF Ölçeği'nin "Fiziksel Sağlık" alt faktörü puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. En yüksek puan ortalaması "Fiziksel Sağlık" alt faktöründe erkek cinsiyette; en düşük puan ortalaması "Genel sağlık" alt faktöründe kadın cinsiyette saptanmıştır. Çin'de yapılan bir çalışmada, erkeklerin kadınlara kıyasla fiziksel sağlıkta daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır.⁶⁹ Ghazanfar ve ark. tarafından Pakistan'da yapılan başka bir araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur.⁷⁰ Kadın doktorlar için kariyer ve aile arasında kabul edilebilir bir denge bulmak zor bir iştir. Tıpta bir kariyer, bazen kişinin evliliği, çocukları ve kişisel hayatı pahasına, hastalarına bakmaya özverili bir vurgu gerektirir. Kadın hekimler, kişisel ve mesleki sorumluluklarını dengelemeye çalışırken zahmetli bir görevle karşı karşıyadır. Kadın hekimlerin hekim, eş ve anne olarak çoklu rollerini dengelemede ele almaları gereken birçok zorluk vardır. Çalışmalarda ve bizim çalışmamızda fiziksel sağlık puan durumunun farklı olmasının nedenlerinden biri bu olabilir. Polat tarafından yapılan çalışmada, erkek hekimlerin tüm yaşam kalitesi puanları kadınlarınkiyle benzer bulunmuştur.⁵¹ Çalışmamızda cinsiyetin sadece fiziksel sağlığı etkilediği diğer alt parametrelerde etkili olmadığı, olumsuz koşulların her iki cinsiyeti de aynı şekilde olumsuz etkilediği gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin 105'inin (%52) bekâr, 97'sinin (%48) evli olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt faktörlerinde aldıkları ortalama puanlar, evli olanlarda, bekar olanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Fakat sadece sosyal ilişkiler alanında anlamlı fark saptanmıştır. İskender'in 2017 yılında yaptığı çalışmada, asistan hekimlerde medeni durum ile sosyal alan puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.⁴⁸ Vural'ın 2018 yılında acil servis asistanları ile yaptığı çalışmada da bizim yaptığımız çalışmaya benzer olarak

sadece sosyal ilişkiler alanında anlamlı fark saptanmıştır.⁵⁷ Sosyal alan puanlarının evlilerde yüksek olması evliliğin sürekli bir sosyal destek sağladığını düşündürmüştür. Çalışmalarda, evliliğin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.^{48,57}

Asistan hekimlerin ikamet ettiği yerde kimlerle yaşadığı ile sosyal ilişkiler ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, eşleri ile birlikte yaşayan asistan hekimlerin, anne-baba, eş ve çocukları ile ve yalnız yaşayan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Literatürde benzer bir bulguya rastlanmamıştır. Eş ile yaşayan kişilerin yaşam kalitesinin diğer kişilere göre daha yüksek olmasının nedeni, eşin sürekli bir sosyal destek sağlaması ile ilişkili olabilir.

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları, sigara ve alkol kullanım durumları ve kronik hastalığı olma durumları ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bu değişkenlerin varlığı yaşam kalitesi alt faktör puan ortalamalarını düşürmektedir. BKİ değeri ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hekimler ile yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer bulgular saptanmıştır.^{48,57,71}

Asistan hekimlerin çalıştıkları bölüm ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. İskender'in 2017 yılında yaptığı çalışmada, asistan hekimlerin dahili, cerrahi ya da temel tıp bilimleri bölümlerinde çalışıyor olmaları ile tüm yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.⁴⁸ Polat'ın 2018 yılında hekimler ile yaptığı başka bir çalışmada, çalışılan bölüm ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.⁵¹ Pakistan'da yapılan başka bir çalışmada ise cerrahlar ve diğer bölümler arasında yaşam kalitesi ölçeği alan puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur.⁷⁰ Farklılığın nedenleri olarak örneklemelerin farklı olması ve sağlık sisteminin ülkeden ülkeye değişmesi düşünülebilir. Çalışmamızdaki hekimlerin yaşam kalitesi puanları çok düşük olup çalıştıkları bölümden etkilenmemektedir.

Nöbet tutma durumu incelendiğinde nöbet tutmayanların yaşam kalitesi ölçeği alt birim puanları nöbet tutanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Nöbet tutan ve tutmayan grupların genel sağlık ve çevre sağlığı puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hekimlerde yapılan çalışmada, aylık altı ve üzerinde nöbet tutanların fiziksel alan yaşam kalitesi puanı anlamlı düşük bulunmuştur.⁵⁴ İskender'in 2017 yılında asistan hekimler ile yaptığı çalışmada, nöbet tutmayanların, bedensel alan, sosyal alan, çevresel

alan puanları, nöbet tutanlardan daha yüksek bulunmuştur.⁴⁸ Çevre sağlığı değerlendirmesinde; ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatı yer almaktadır. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda çevre sağlığı puanlarının nöbet tutmayanlarda anlamlı fark bulunmasının nedeni, çevre sağlığında değerlendirdiğimiz parametrelere yeterli zamanının olmaması olabilir.

Asistan hekimlerin fiziksel aktivite yapma sıklığı ile genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve WHOQOL ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı incelendiğinde; haftada birkaç gün fiziksel aktivite yapan asistan hekimlerin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler ölçek puanının, fiziksel aktivite yapmayan asistan hekimlerin ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı gözlenmiştir. Erzurum’da hekimler ile yapılan bir çalışmada, düzenli spor yapan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları, spor yapmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.⁷¹ Fiziksel aktivite iyi bir yaşam kalitesinin göstergelerinden biridir.⁷² Düzenli fiziksel aktivitenin kalp hastalığı, strok, diyabet ve çeşitli kanserler gibi bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemeye ve yönetmeye yardımcı olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca hipertansiyonun önlenmesine, sağlıklı vücut ağırlığının korunmasına yardımcı olur ve zihinsel sağlığı, yaşam kalitesini ve esenliği iyileştirebilir.⁷³ DSÖ üye devletleri fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik anlaşılmaya varmışlardır.⁷³

Asistan hekimlerin online oyun oynama, online kumar oynama ve gazete okuma alışkanlıkları ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Sosyal medya kullanımı nedeniyle uyku düzeni etkilenen asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanlarının yüksek olduğu; sosyal medya kullanımı nedeniyle uyku düzeni etkilenen asistan hekimlerin genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre ve WHOQOL ölçek puanlarının ise daha düşük olduğu tespit edildi. Sosyal medya kullanımı nedeniyle uyku düzeni etkilenme durumu ile sosyal ilişkiler puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Polat tarafından hekimler ile yapılan bir çalışmada, uyku problemi ile tüm yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁵¹ ABD’de genç yetişkinler ile yapılan bir çalışmada, uyumadan 30 dakika önce sosyal medya kullanımı, uyku bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur.⁷⁴

Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanı ile fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre ve WHOQOL ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyal ilişkiler ile ölçek puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Bunun nedeni, sosyal ilişkiler ölçeğinde diğer kişilerle ilişkilerin değerlendirilmesi olabilir. Sosyal medyada iletişimin kolaylaşmasından ötürü sınırların ortadan kalkması gündeme gelmiş ve sosyalleşme kavramına da farklı bir tanım ve boyut kazandırmıştır.⁷⁵ 2021 yılında Çin’de yapılan bir çalışmada, sosyal medya kullanımı ile sosyal yaşam kalitesi arasında pozitif olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁷⁶

Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gerek olduğu açıktır. Çalışmamız, bu konuda yapılan az sayıdaki çalışmadan biridir.

5.4. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Çalışmamıza katılan asistanların asistanlıktaki yıllarına göre homojen dağılım göstermeleri çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Çalışmamız, sosyal medya bağımlılığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıdaki çalışmadan biridir.

Literatürde asistan hekimlerde sosyal medya bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışma sayısının az olması kısıtlılıklardan biridir. Çalışmamızın bulguları, genelleme yapmak için uygun değildir. Katılımcılar, anket sorularına çevrimiçi ortamda cevap verdikleri için özensiz ya da dikkatsiz davranmış olabilirler. Konu ile ilgili literatür sınırlı olduğu için bulgularımızın bir kısmı, doğrudan olmasa da dolaylı olarak ilişkili sayılabilecek çalışmalar çerçevesinde yorumlanıp tartışılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüzde teknolojinin gelişimiyle birlikte sosyal medyanın kullanımı büyük oranda artmıştır. Sosyal medya kullanımı sayesinde bireyler, bilgiye erişim, sosyalleşme ve eğlence gibi ihtiyaçlarını kolayca karşılayabilmektedirler. Sosyal medyanın aşırı kullanımı, bağımlılık benzeri davranışlara neden olabilmektedir. Sosyal medya bağımlılığı, bireylerin sanal dünya dışında geçirdikleri zamanın azalmasına, günlük aktivitelerinde ve sorumluluklarının gerçekleştirilmesinde aksaklıklara neden olmaktadır.

Çalışanların yaşam kaliteleri, mesleki performanslarını doğrudan etkilemektedir. Yoğun, yorucu ve stresli bir çalışma ortamı olan hekimlerin yaşam kalitesinin tanımında geçen tam bir iyilik haline ulaşmaları daha zordur. Tıbbın ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil aynı zamanda yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Hekimlerin yaşam kalitelerinin olabilecek en iyi durumda olması sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kantitesini arttıracaktır. Bu nedenle hekimlerin yaşam kalitelerine yönelik çalışmaların yapılması önemlidir.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerde sosyal medya bağımlılık düzeyini ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelemek amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

1. Yaş ortalaması $29,4 \pm 5,2$ yıl olan çalışma grubunun %53'ünü kadınlar oluşturmaktadır.
2. Çalışma grubunun Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ortalaması $16,8 \pm 5,4$ 'dür.
3. Sosyal medya bağımlılık ölçeği puanı ile yatarken son bir kez sosyal medya hesabını kontrol etme, sabah uyanır uyanmaz sosyal medya hesabını kontrol etme, çok yoğun olursa bile sosyal medya hesabını kontrol etme gibi davranışlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
4. Asistan hekimlerde sosyal medya kullanımı yaygındır.
5. Asistan hekimler her gün sosyal medya kullanmaktadır.
6. Asistan hekimlerde en sık kullanılan sosyal medya uygulaması Whatsapp'tır.
7. Çok yoğun olsalar da sosyal medya hesaplarını kontrol eden asistan hekimlerin, sabah uyanır uyanmaz sosyal medya hesaplarını kontrol eden

asistan hekimlerin, yatarken son bir kez sosyal medya hesaplarını kontrol eden asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanları, bu alışkanlığa sahip olmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek saptanmıştır.

8. Sosyal medya kullanımları nedeniyle uyku düzenleri etkilenen asistan hekimlerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanları, uyku düzeni etkilenmeyen katılımcılara kıyasla daha yüksek saptanmıştır.
9. Araştırmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametreleri genel sağlık 49,4 fiziksel sağlık 57,8 psikolojik sağlık 52,0 sosyal ilişkiler 55,1 çevre 53,5 şeklinde sıralanmaktadır.
10. Yaşam kalitesi ölçeği ile medeni durum, cinsiyet, kimlerle yaşadığı, meslekte kıdem/yıl, nöbet tutma durumu, fiziksel aktivite yapma sıklığı, sosyal medya kullanımının uyku düzenini etkileme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
11. Asistan hekimlerden erkek olanların fiziksel sağlık ölçek puanı, kadın asistan hekimlere göre anlamlı yüksek saptanmıştır.
12. Evli olan asistan hekimlerin sosyal ilişkiler ölçek puanı, bekar olan asistan hekimlere göre anlamlı yüksek saptanmıştır.
13. Meslekteki kıdem/yılı 10 yıl ve üzeri olan asistanlarda fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve WHOQOL ölçek puanları, meslekteki kıdem/yılı 6-9 yıl olanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur.
14. Nöbet tutmayan asistan hekimlerin genel sağlık, çevre ve WHOQOL ölçek puanları nöbet tutan asistan hekimlere göre daha yüksek saptanmıştır.
15. Asistan hekimlerde haftada birkaç gün fiziksel aktivite yapanların, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve WHOQOL ölçek puanları fiziksel aktivite yapmayan asistan hekimlerden daha yüksek saptanmıştır.
16. Sosyal medya kullanımları nedeniyle uyku düzenleri etkilenen asistan hekimlerin, uyku düzeni etkilenmeyen katılımcılara kıyasla genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre ve WHOQOL ölçek puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
17. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek puanı ile fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre ve WHOQOL ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir

ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyal ilişkiler ölçek puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Asistan hekimler, fiziksel aktivite yapmaları konusunda teşvik edilmeli ve bu konuda yeterli imkân sağlanmalıdır.

Asistan hekimlerin iş yükünün ve nöbet sayılarının azaltılması, nöbet sonrası izin kullanmalarının sağlanması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

Göreve yeni başlayan hekimlerin görevlerine adaptasyonlarıyla ilgili düzenlemeler yapılmalı, tüm hekimler için izin konusunda esnek olunmalı, hekimlerin çalışma koşulları düzeltilmelidir.

Sigara içme ve ara sıra da olsa alkol tüketimi sıklığı toplum genelinde yapılmış Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda bildirilene yakındır ve TÜİK verilerine benzerdir. Katılımcıların farklı çalışmalarla bu risk faktörlerine yönelik kullanım nedenleri sorgulanmalı ve bunların kullanımı azaltılmalıdır. Her türlü risk faktörüne yönelik koruyucu önlemler sayesinde kronik hastalıklar da azalacak ve sağlık durumu algılarının iyileşmesiyle sağlıklı yaşam davranışları ve yaşam kaliteleri iyileşecektir.

Hekimlerin verimli olarak çalışmalarını sağlayacak etmenlerin başında yaşam kalitesi gelmektedir. Bu nedenle tıp fakültelerinde görev yapan hekimlerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalı, özlük hakları düzeltilmeli, kendine zaman ayırabilme, yeterli uyku ve dinlenme olanağı sağlanmalıdır. Çalışma ortamı sağlıklı çalışma ortamı haline getirilmeye çalışılmalıdır.

Aile hekimlerinin son yıllarda ciddi oranda artan sosyal medya kullanımı ve sonuçları hakkında bilgilerinin olması, disipline özgü ilkelerden yararlanarak fırsatları değerlendirmeleri ve uygun danışmanlık hizmeti vermeleri önemlidir.

Bilişim alanındaki gelişmeler sonucu sosyal medya kullanımı, insan hayatında vazgeçilmez hale gelmiştir. Sanal ortamın etkilerini incelemeye yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. **Kurumu Tİ.** Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. 2021; [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Survey-on-Information-and-Communication-Technology-\(ICT\)-Usage-in-Households-and-by-Individuals-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Survey-on-Information-and-Communication-Technology-(ICT)-Usage-in-Households-and-by-Individuals-2021-37437). Accessed 20 January, **2022**.
2. **Organization WH.** WHOQOL: measuring quality of life. <https://www.who.int/toolkits/whoqol>. Accessed 20 January, **2022**.
3. **Yildirim O, Başer E.** İnternetin girişimciliği kapsamında değişen enformasyon siteleri üzerine bir değerlendirme. *Global Media Journal TR Edition*. **2016**; 6(12):172-200.
4. **Bozkurt A.** Açık ve uzaktan öğretim: Web 2.0 ve sosyal ağların etkileri. *Akademik Bilişim*. **2013**; 13:23-25.
5. **İşlek MS.** Sosyal medyanın tüketici davranışlarına etkileri: Türkiye'deki sosyal medya kullanıcıları üzerine bir araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2012**.
6. **Murugesan S.** Understanding Web 2.0. *IT professional*. **2007**; 9(4):34-41.
7. **Tuncer AS.** Sosyal medyanın gelişimi. *Sosyal Medya Kitabı İçinde (sf: 2-25)*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir. **2013**.
8. **We Are Social 2022 Türkiye Raporu.** <https://datareportal.com/reports/digital-2022-turkey>. Accessed 16 March, **2022**.
9. **Mayfield A.** What is Social Media, iCrossing, e-book, **2014**.
10. **Wikipedia.** Facebook. <https://en.wikipedia.org/wiki/Facebook>.
11. **Wigand FDL.** Twitter in government: Building relationships one tweet at a time. Paper presented at: 2010 seventh international conference on information technology: New generations, **2010**.
12. **Ansiklopedi VÖ.** WhatsApp. <https://tr.wikipedia.org/wiki/WhatsApp>. Accessed 28 February, **2022**.
13. **Kurumu TD.** <https://sozluk.gov.tr/>. Accessed 20 January, **2022**.

14. **Egger O, Rauterberg M.** Internet Behaviour and Addiction (Unpublished Master's thesis). *Work &.* **1996**.
15. **Griffiths M.** Internet addiction: Fact or fiction? *The psychologist.* **1999**.
16. **Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg GS, Pallesen S.** Development of a Facebook addiction scale. *Psychological reports.* **2012**; 110(2):501-517.
17. **Kuss DJ, Griffiths MD.** Online social networking and addiction—a review of the psychological literature. *International journal of environmental research and public health.* **2011**; 8(9):3528-3552.
18. **Longstreet P, Brooks S.** Life satisfaction: A key to managing internet & social media addiction. *Technology in Society.* **2017**; 50:73-77.
19. **Association AP, Association AP.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA. **2013**.
20. **Hou Y, Xiong D, Jiang T, Song L, Wang Q.** Social media addiction: Its impact, mediation, and intervention. *Cyberpsychology: Journal of psychosocial research on cyberspace.* **2019**; 13(1).
21. **Organization WH.** *The first ten years of the World Health Organization:* World Health Organization; **1958**.
22. **Staff WHO, Organization WH.** *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability:* World Health Organization, **1996**.
23. **Meeberg GA.** Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing.* **1993**; 18(1):32-38.
24. **Boylu AA, Paçacioğlu B.** Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD).* **2016**; 8(15):137-150.
25. **Kadriye A, Kayıhan P.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* **2004**; 30(2):81-85.
26. **Torlak Evinç S, Savaş Yavuzçehre P.** Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler.* **2008**; 17(2):23-44.

27. **Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I.** Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **2007**; 18(4):353-363.
28. **Özmete E.** Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. *Journal of International Social Research*. **2010**; 3(11).
29. **Eriş HM, Anıl D.** Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. **2016**.
30. **Aydiner Boylu A, Terzioğlu G.** Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve sübjektif göstergelerin incelenmesi. **2007**.
31. **Kiliç R, Keklik B.** Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve motivasyona etkisi üzerine bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **2012**; 14(2):147-160.
32. **Baştemur Y.** İş tatmini ile yaşam tatmini arasındaki ilişkiler: Kayseri Emniyet Müdürlüğü'nde bir araştırma. *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi*. **2006**.
33. **Aksungur A.** "Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi." Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2009**.
34. **Aksaçlıoğlu AG, Yılmaz B.** Öğrencilerin televizyon izlemeleri ve bilgisayar kullanmalarının okuma alışkanlıkları üzerine etkisi. *Türk Kütüphaneciliği*. **2007**; 21(1):3-28.
35. **Organization WH.** *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996*: World Health Organization, **1996**.
36. **VM LY, Ün RP.** <https://www.usnews.com/news/best-countries/rankings/quality-of-life>. Accessed 26 March, **2022**.
37. **Di Martino V.** Workplace violence in the health sector. *Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. **2002**; 3-42.

38. **Özcan NK, Bilgin H.** Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Sıddet: SistematiK Derleme/Violence Towards Healthcare Workers in Turkey: A Systematic Review. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi.* **2011**; 31(6):1442.
39. **Pandey SK, Sharma V.** Doctor, heal thyself: Addressing the shorter life expectancy of doctors in India. *Indian Journal of Ophthalmology.* **2019**; 67(7):1248.
40. **Demirci İ.** Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkisinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi.* **2019**; 20.
41. **Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, et al.** The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors.* **2016**; 30(2):252.
42. **Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E.** WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF’in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi.* **1999**; 7(2):23-40.
43. **Kavlu İ.** *Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi*, Marmara Üniversitesi (Turkey), **2008**.
44. **Kılıç S.** Cronbach’ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders.* **2016**; 6(1):47-48.
45. **Hair J, Black W, Babin B, Anderson R, Tatham R.** Multivariate Data Analysis. Essex, England: Pearson Education Limited, **2013**.
46. **Tabachnick B, Fidell L.** Using multivariate statistics, 6th (ed.) Boston, MA: Pearson/Allyn & Bacon, **2013**.
47. **George D, Mallery M.** SPSS for windows step by step: A simple guide and reference. **2010**.
48. **İskender S.** Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde yaşam kalitesi, algılanan stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. **2017**.
49. **Çiftçi T.** Trakya Bölgesinde çalışan acil servis doktorlarının kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. **2020**.

50. **Çetinkaya B.** Sağlık Çalışanlarında Yeme Davranışının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri: Yalvaç Devlet Hastanesi Örneği, **2021**.
51. **Polat Z.** Hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve etki eden faktörler. *Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, 2018*.
52. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>.
53. Global Adult Tobacco Survey Turkey **2016**. https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf.
54. **Açıkgöz M.** Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Eğitimi Alan Hekimlerde İş Stresi ve Yaşam Kalitesinin Nedenselliği ve Etkileşiminin Araştırılması: Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Manisa, **2012**.
55. **Minardi V, D'Argenio P, Gallo R, et al.** Smoking prevalence among healthcare workers in Italy, PASSI surveillance system data, 2014-2018. *Ann Ist Super Sanita*. **2021**; 57(2):151-160.
56. **Besson A, Tarpin A, Flaudias V, et al.** Smoking Prevalence among Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. **2021**; 18(24).
57. **Vural Ö.** Acil Servis Asistanlarının İş Doyumunun Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, **2018**.
58. Bireylerin Alkol Kullanma Durumunun Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı. **2019**, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>.
59. **Azboy N.** Halk Sağlığı Uzmanlarında Sosyal Medya Kullanımı, **2020**.
60. **Surani Z, Hirani R, Elias A, et al.** Social media usage among health care providers. *BMC Res Notes*. **2017**; 10(1):654.
61. **Parildar G.** Sağlık çalışanlarında sosyal medya bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişki, **2020**.
62. **Tekayak HV.** Ak-tek sağlıkta sosyal medya kullanımı ölçeğinin geliştirilmesi ve aile hekimlerinin sosyal medya kullanımlarının kişisel ve mesleki gelişimlerine etkilerinin değerlendirilmesi, **2017**.

63. **Jeurissen RM.** *Tip fakültesi öğrencilerinde sosyal medya bağımliliğinin psikopatoloji ve yaşam doyumu ile ilişkisi*, **2021**.
64. **AL AF.** *Sağlık çalışanlarında iş tatmin düzeyi ile nomofobi ve sosyal medya bağımliliği ilişkisinin değerlendirilmesi*, **2021**.
65. **Türker G.** *Investigation Of Covid-19 Anxiety And Social Media Addiction In Adults In Terms Of Socio Demographic Characteristics*, **2021**.
66. **Gürkan İ.** *Genç yetişkinlerde sosyal medya bağımliliğinin çocukluk çağı yaşantıları ile ilişkisinin incelenmesi*, **2021**.
67. **Li S, Wu Q, Tang C, Chen Z, Liu L.** Exercise-based interventions for internet addiction: neurobiological and neuropsychological evidence. *Frontiers in Psychology*. **2020**; 11:1296.
68. **Nurikhwan PW, Felaza E, Soemantri D.** Burnout and quality of life of medical residents: a mixed-method study. *Korean J Med Educ*. **2022**; 34(1):27-39.
69. **Wei Y, Yin Z, Gao Y, Yan B, Wang Z, Yang J.** Quality of life of Chinese urologists: a cross-sectional study using WHOQOL-BREF. *Hong Kong Med J*. **2015**; 21(3):232-236.
70. **Ghazanfar H, Iqbal S, Naseem S.** Quality of life of post-graduate medical students working in private and public hospitals in Punjab as measured by WHOQOL-BREF questionnaire. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. **2018**; 68(6):908-913.
71. **Özyıldırım E.** Erzurum il merkezinde çalışan hekimlerde yaşam kalitesi, algılanan stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum*, **2015**.
72. **Organization WH.** Global strategy on diet, physical activity and health. **2004**.
73. Physical activity. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
74. **Levenson JC, Shensa A, Sidani JE, Colditz JB, Primack BA.** Social Media Use Before Bed and Sleep Disturbance Among Young Adults in the United States: A Nationally Representative Study. *Sleep*. **2017**; 40(9).
75. **Hasanoğlu Y.** *Sosyal medya kullanım düzeyinin yalnızlık ve yaşam doyumu açısından incelenmesi*, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2019**.

76. **Kwok C, Leung PY, Poon KY, Fung XC.** The effects of internet gaming and social media use on physical activity, sleep, quality of life, and academic performance among university students in Hong Kong: A preliminary study. *Asian Journal of Social Health and Behavior*. **2021**; 4(1):36.



8. EKLER

8.1. Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu ve Anket Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERDE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerde Sosyal Medya Bağımlılık Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışma planlanmıştır

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Tüm sorulara eksiksiz ve içtenlikle gerçekleri yansıtacak bir şekilde yanıt vermeniz çalışmamız için oldukça önemlidir. (Çalışmamız için 3 Aralık 2021 tarih ve 117 toplantı sayılı 22 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.)

Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğiniz de, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi: Araş.Gör.Dr. Mehmet Sait KILIÇ, Prof Dr Esra SAATÇI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERDE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu anket, hekimlerin sosyal medya alışkanlıklarını ve bağımlılık düzeylerini ölçmeye yönelik tıpta uzmanlık tezim ile ilgilidir. Anket kapsamında paylaşacağınız bilgiler tamamıyla bilimsel amaçlı kullanılacak olup kesinlikle başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Kimlik bilgisi sorulmamaktadır. Soruları eksiksiz ve dikkatli doldurmanız çalışmanın doğru sonuçlanması için önemli olup göstereceğiniz dikkat ve ayırmış olduğunuz zaman için teşekkür ederiz.

Arş Gör. Dr. Mehmet Sait Kılıç

Prof. Dr. Esra Saatçı

ÇÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1. Cinsiyetiniz: (1) kadın (2) erkek
2. Yaşınız:.....yıl
3. Boyunuz ve kilonuz: boy:cm kilo: Kg bilmiyorum
4. BKİ (tarafımızdan hesaplanacaktır)
5. Medeni durumunuz: 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Eşi vefat etmiş 5) Nişanlı/Sözlü
6) Diğer.....(lütfen açıklayınız)
6. Çocuğunuz var mı? 1) yok 2)tek 3) iki 4) üç ve daha fazla
7. Yaşadığınız yer 1)ev 2)lojman 3)pansiyon 4)Diğer(lütfen açıklayınız)
8. İkamet ettiğiniz yerde kimlerle yaşıyorsunuz? A)Yalnız b) Anne-Baba c)Eş d)Eş ve çocuklar e)Arkadaş(lar) f)Diğer (lütfen açıklayınız.....
.....)
9. Meslekteki kıdem/yıl?(1) 0-5 yıl (2) 6 -9 yıl (3) 10-14 yıl (4) 15 yıl ve üzeri
10. Hangi bölümde çalışıyorsunuz? 1) Temel Tıp Bilimleri 2)Dahili Tıp Bilimleri
3)Cerrahi Tıp Bilimleri
11. Asistanlıkta kaçınıcı yılınız? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ve üzeri
12. Bir ayda tuttuğunuz nöbet sayısı?.....
13. Sigara kullanıyor musunuz? 1)Hiç içmedim 2)Ara-sıra içiyorum 3) Her gün içiyorum 4) İçiyordum bıraktım
14. Alkol kullanıyor musunuz? (1)Hayır (2)Evet

15. Alkol kullanma sıklığınız 1)Her gün 2) Haftada birkaç gün 3) Haftada bir gün 4) Ayda bir gün 5)Yılda birkaç gün
16. Kronik hastalığınız var mı? (1) Yok (2)Var
17. Kronik hastalık tanınız.....
18. Kronik hasatlığınız nedeniyle sürekli ilaç kullanıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır
19. Ne sıklıkla tıp dışı kitap okursunuz? 1)Her gün 2) Haftada birkaç gün 3) Haftada bir gün 4) Ayda bir gün 5)Hiç okumam
20. Ne sıklıkla fiziksel aktivite yaparsınız? 1)Her gün 2)Haftada Birkaç gün 3) Haftada Bir Gün 4)Ayda Birgün 5)Yapmam
21. Kültürel faaliyetlere (sinema, tiyatro, opera, konser, sergi, müze vb.) ne sıklıkla katılırsınız? 1)Haftada birkaç gün 2) Haftada bir gün 3) Ayda bir gün 4)Yılda birkaç gün 5) Hiç
22. Günde ne kadar süre televizyon ve dijital platformları izlersiniz? a) 1 saatten az b) 1-3 saat arası c) 4-6 saat arası d)7 saatten fazla
23. İş/eğitim amacıyla internette günde ne kadar süre harcarsınız? ? 1 saatten az b) 1-3 saat arası c) 4-6 saat arası d) 7 saatten fazla
24. Eğitim ve mesleki amaçlarla hangi uygulamaları kullanıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)1)Teams 2) Zoom 3)Whatsapp 4)Hangouts 5) Gotomeeting 6)Webex 7)Diğer.....(lütfen açıklayınız)
25. İş nedeni ile ne sıklıkla cep telefonu kullanırsınız? (1) nadir (2) sık sık (3) her zaman
26. Online oyun oynuyor musunuz? (1)Evet (2) Hayır
27. Kumar oynar mısınız? (1) hayır (2) evet.....(lütfen açıklayınız)
28. Kumar oynama sıklığınız 1) Her gün 2)Haftada Birkaç gün 3)Haftada Bir Gün 4) Ayda Birgün 5)Yılda birkaç gün
29. Gazete okur musunuz? (1) Hayır (2) Evet
30. Cevabınız evet ise 1)dijital gazete 2)hardcopy basılı gazete
31. Sosyal medya kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır cevabınız hayır ise yaşam kalitesi ölçeğine geçin
32. Sosyal medya uygulamalarından hangilerini kullanıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) (1) Facebook (2)Twitter (3)Instagram (4) Whatsapp (5)

Youtube (6) Pinterest (8) Google 9) Snapchat 10)Teams 11) Zoom
12)Diğer.....(lütfen açıklayınız)

33. Sosyal medyaya günde ne kadar süre harcarsınız? 1 saatten az b) 1-3 saat arası c) 4-6 saat arası d) 7 saatten fazla
34. Akşam yatarken son bir kez sosyal medyanızı kontrol eder misiniz ?) Evet b) Hayır
35. Sabah uyanır uyanmaz sosyal medyanızı kontrol eder misiniz? a) Evet b) Hayır
36. Çok yoğun olsanız da sosyal medyanızı kontrol eder misiniz? a) Evet b) Hayır
37. Sosyal medya kullanımınız uyku düzeninizi etkiliyor mu? (1) Hayır (2)Evet
38. Sosyal Medyayı Kullanım Amalarınız (birden çok şık işaretleylebilirsiniz)
- 1)Arkadaşlarla iletişim Kurmak
- 2)Arkadaşlarının Yaşamlarını incelemek
- 3)Arkadaşlarla Tekrar iletişime Geçebilmek
- 4)Kendi Düşüncelerini Paylaşmak
- 5)Beğenileri Paylaşmak
- 6)Yeni Arkadaşlıklar Edinmek
- 7)Tanınmak ve Popüler Olmak
- 8)Eğitime Katkı Sağlayıcı Bilgiler Edinmek
- 9)Güncel Farklı Bilgiler Edinmek
- 10)Mesleki amaçla
- 11)Oyun Oynamak

8.2. Ek 2. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği

Son bir yılınızı düşünerek sosyal medya (Facebook, Instagram, Twitter, vb.) kullanımınız hakkındaki aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.						
<i>(1) Çok nadir (2) Nadir (3) Bazen (4) Sıkça (5) Oldukça sık</i>						
1	Sosyal medyayı düşünerek ya da sosyal medya kullanmayı planlayarak çok fazla zaman harcadınız mı?	1	2	3	4	5
2	Sosyal medyayı giderek daha fazla kullanma arzusu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
3	Sosyal medyayı kişisel sorunlarınızı unutmak için kullandınız mı?	1	2	3	4	5
4	Sosyal medya kullanmayı bırakma denemeleriniz başarısızlıkla sonuçlandı mı?	1	2	3	4	5
5	Sosyal medya kullanmanız yasaklansaydı rahatsız ve sıkıntılı olur muydunuz?	1	2	3	4	5
6	Sosyal medyayı çok fazla kullanmanız işlerinizi/çalışmalarınızı olumsuz etkiledi mi?	1	2	3	4	5

8.3. Ek 3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe

Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1)Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2)Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?					
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					

	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
13. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?					
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?					

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20. Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					