

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ERGENLERDE RİSKLİ AKILLI TELEFON KULLANIMI VE
İLİŞKİLİ ETKENLER**

Dr. Yusuf Selman ÇELİK

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

ANKARA

2022

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ERGENLERDE RİSKLİ AKILLI TELEFON KULLANIMI VE
İLİŞKİLİ ETKENLER**

Dr. Yusuf Selman ÇELİK

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Burcu ERSÖZ ALAN**

ANKARA

2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, çok hasta danıştığım, tez çalışmamın ve uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bana her konuda destek veren, bilgili ve teşvik edici sözleri ile desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz Alan'a,

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi olarak uzmanlık eğitimim boyunca deneyimleri ve içtenlikleri ile mesleki kimliğimin oluşmasında katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür, Prof. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Prof. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Tuna Çak Esen, Doç. Dr. Şükran Gülin Evinç, Doç. Dr. Dilek Ünal, Uzm. Dr. Kevser Nalbant ve Uzm. Dr. Cihan Aslan'a,

Rotasyonumu tamamladığım ve klinik bakışma çok şey katan Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Prof. Dr. Suzan Özer, Prof. Dr. Başaran Demir, Doç. Dr. Sertaç Ak ve diğer psikiyatri hocalarıma ve Hacettepe Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma,

Araştırmanın her aşamasında bana destek olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım meslektaşlarım ve sevgili arkadaşlarım H. Berna Devocioğlu, Aslı Aytulun, Makbule Esen Öksüzoğlu, Kemal Saruhan, Ecem Selin Akbaş Aliyev, Ebrar Onar, Beyza Yaradanakul Ergül, Buket Kılıç ve diğer tüm çocuk ve ergen ruh sağlığı asistan hekimleri ve psikiyatri asistan hekimlerine,

Çalışma ortamını keyifli ve sıcak hale getiren Şeniz Özusta'ya, bölüm sekreterlerimiz Ayşe Mert, Sevim Tombaş ve Erhan Madenoğlu'na

Çalışmaya katılan tüm gönüllü gençlere ve ailelerine,

Yaşamımın her aşamasında sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim canım annem, babam, ağabeyim ve ablama, arkadaşımın çok kardeşim olan Barışcan Çimen'e, canım kızım Zeynep Defne'ne ve bu yorucu süreçte desteklerini esirgemeyen değerli eşim Tuğba Çelik'e teşekkür ve şükran borçluyum.

ÖZET

Çelik, Y. Ergenlerde Riskli Akıllı Telefon Kullanımı Ve İlişkili Etkenler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışma çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ergenlerde riskli akıllı telefon kullanımı ve ilişkili olabilecek değişkenlerin karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya 12-18 yaş arasında, toplam 165 ergen alınmıştır. Tüm ergenlere Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (K-SADS-PL) psikiyatrik tanı görüşmesinin yanı sıra Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği (ATBÖ), Türkçe Nomofobi Ölçeği (TNÖ), Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ), Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği (BOBÖ), Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği (SDDÖ), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği (SKÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) uygulanmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin annelerine ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Türkçe Nomofobi Ölçeği (TNÖ), Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (E-DEHB-KBÖ) ve Conner's Ebeveyn Değerlendirme Formu (CEDF) uygulanmıştır. Çalışmaya alınan ergenler ATBÖ puanı kesim noktası 100 olarak belirlenerek, yüksek bağımlılık riski olan grup (N = 72) ve düşük bağımlılık riski olan grup (N = 93) olarak ikiye ayrılmıştır. Ayrıca TNÖ puanı kesim noktası 60 olarak belirlenmiş, orta-yüksek nomofobik grup (N = 97) ve düşük nomofobik grup (N = 68) olarak ikiye ayrılmıştır. Yüksek bağımlılık riski olan grubun daha fazla psikopatoloji (duygudurum bozuklukları, majör depresif bozukluk, Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt olma karşı gelme bozukluğu) tanısı aldığı, daha fazla depresif ve kaygı belirtileri olduğu, daha yüksek dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtisi olduğu, daha fazla duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı, daha düşük benlik saygısı, uyku ve yaşam kalitesi olduğu, internet bağımlılığının daha yüksek olduğu, aile ve arkadaş sosyal desteğinin daha düşük olduğu ve anne ve baba duygusal

erişilebilirliğinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yüksek riskli gruptaki ergenlerin ebeveynlerinin daha fazla depresif, kaygı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtisi olduğu, daha fazla nomofobi düzeylerinin olduğu saptanmıştır. Orta-yüksek nomofobik grubun daha fazla psikopatoloji (duygudurum bozuklukları ve DEHB) tanısı aldığı, daha fazla depresif ve kaygı belirtileri olduğu, daha fazla duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı, daha düşük benlik saygısı, uyku ve yaşam kalitesi olduğu, internet bağımlılığının daha yüksek olduğu ve baba duygusal erişilebilirliğinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Orta-yüksek nomofobik gruptaki ergenlerin ebeveynlerinin de daha fazla nomofobi düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı düzeylerini yordayan faktörler; nomofobi düzeyleri, depresif belirtiler, bilgisayar oyun bağımlılığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri ve annenin duygusal erişilebilirliği olmuştur. Nomofobi düzeylerini yordayan faktörler ise akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri, ebeveynin nomofobi düzeyleri ve annenin duygusal erişilebilirliği olarak saptanmıştır. Sonuç olarak akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi ile psikiyatrik belirtilerin ve tanıların ilişkili olduğu düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmaların akıllı telefon bağımlılığı tanı kriterleri oluşturularak tekrarlanması daha genellenebilir sonuçlar açısından faydalı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Riskli akıllı telefon kullanımı, nomofobi, internet bağımlılığı, bilgisayar bağımlılığı, ergen.

ABSTRACT

Çelik, Y. The Problematic Smartphone Use And Related Factors In Adolescents, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2022. In this cross-sectional study, adolescents who applied to the child and adolescent mental health and diseases outpatient clinic were evaluated and compared to each other with respect to problematic smartphone use and related factors. A total of 165 adolescents between the ages of 12-18 were included. In addition to the K-SADS-PL psychiatric diagnosis interview with the adolescents, Smartphone Addiction Scale (SAS), Turkish Nomophobia Scale (TNS), Young's Internet Addiction Test (YIAT), Computer Game Addiction Scale For Children (CGAS), Child and Adolescent Social Support Scale (CASSS), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Emotional Availability of Parents (EAP), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Children Depression Inventory (CDI), Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A), Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI), and Quality of Life Scale (QLS) were applied. For mothers, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Turkish Nomophobia Scale (TNS), Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (A-ADHD-SRS) and Conners' Parent Rating Scale (CPRS) were applied. The adolescents included in the study were divided into the high dependent group (N = 72) and the low dependent group (N = 93), with a cut-off point of SAS score of 100. In addition, the TNS score cut-off point was determined as 60, and the group was divided into two: the moderate-high nomophobia group (N = 97) and the low nomophobia group (N = 68). The highly dependent group has more psychopathology (mood disorders, major depressive disorder, attention deficit hiperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder) diagnoses, more depressive and anxiety symptoms, higher attention deficit and hyperactivity symptoms, more difficulties in emotion regulation, lower self-esteem, lower quality of sleep and life, higher internet addiction, lower social support of family and friend, and lower mother and father emotional accessibility. It was determined that the parents in the highly dependent group had more depressive symptoms, anxiety, attention deficit and hyperactivity symptoms, and higher nomophobia levels. The

moderate-high nomophobia group has more psychopathology (mood disorders and ADHD) diagnoses, more depressive and anxiety symptoms, more difficulties in emotion regulation, lower self-esteem, lower quality of sleep and life, higher internet addiction, and lower father emotional accessibility. It was determined that parents in the medium-high nomophobia group had higher levels of nomophobia. The predictors of smartphone addiction levels were nomophobia levels, depressive symptoms, computer game addiction, attention deficit and hyperactivity symptoms, and emotional availability of the mother. The factors predicting nomophobia levels were determined as smartphone addiction levels, parents' nomophobia levels, and mother's emotional accessibility. As a result, it is thought that smartphone addiction and nomophobia are associated with psychiatric symptoms and diagnoses. Repetition of future studies by establishing diagnostic criteria for smartphone addiction will be beneficial in terms of more generalizable results.

Key words: Problematic smartphone use, nomophobia, internet addiction, computer addiction, adolescent.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bağımlılık.....	4
2.1.1. Tanım..	4
2.1.2. Etiyoloji.....	4
2.1.2.1. Genetik Faktörler	4
2.1.2.2. Biyolojik Faktörler	7
2.1.2.3. Psikolojik Faktörler	10
2.1.2.4. Çevresel Faktörler	12
2.1.3. Bağımlılık ile İlişkili Risk Faktörleri	12
2.2. Teknolojik Bağımlılıklar	13
2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı.....	14
2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji.....	14
2.3.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar	15
2.4. Nomofobi	18
2.4.1. Tanım ve Epidemiyoloji.....	18
2.4.2. Nomofobi ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar	19

3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	21
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.2. Veri Toplama Araçları	22
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	22
3.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği (ATBÖ).....	23
3.2.3. Türkçe Nomofobi Ölçeği (TNÖ)	23
3.2.4. Young Internet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ)	23
3.2.5. Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği (BOBÖ).....	24
3.2.6. Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği (SDDÖ).....	24
3.2.7. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ).....	25
3.2.8. Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ).....	25
3.2.9. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE).....	25
3.2.10. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	26
3.2.11. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	26
3.2.12. Ergenler için Sosyal Kaygı Ölçeği (SKÖ)	26
3.2.13. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	27
3.2.14. Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)	27
3.2.15. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	28
3.2.16. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	28
3.2.17. Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (E-DEHB-KBÖ).....	28
3.2.18. Conners' Ebeveyn Değerlendirme Formu (CEDF).....	29
3.2.19. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version DSM-5, K-SADS-PL).....	29

3.3. Verilerin Toplanması	30
3.4. Verilerin Analizi.....	31
4. BULGULAR	32
4.1. Yüksek Bağımlı Risk ve Düşük Bağımlı Risk Grupları Arasındaki Analizler..	32
4.1.1. Sosyodemografik Veriler	32
4.1.2. K-SADS-PL Tanılar.....	41
4.1.2. Ergen Özbildirim Ölçekleri.....	42
4.1.3. Anne Özbildirim Ölçekleri.....	44
4.2. Orta-Yüksek Nomofobik Grup ve Düşük Nomofobik Grup Arasındaki Analizler.....	45
4.2.1. Sosyodemografik Veriler	45
4.2.2. K-SADS-PL Tanılar.....	54
4.2.3. Ergen Özbildirim Ölçekleri.....	55
4.2.4. Ebeveyn Özbildirim Ölçekleri	57
4.3. ATBÖ, TNÖ ve YİBÖ Ölçekleriyle İlişkili Korelasyon Analizleri	58
4.4. ATBÖ ve TNÖ Puanlarını Yordayıcı Analizler.....	60
5. TARTIŞMA	64
5.1. Sosyodemografik Özellikler ve Aile Özellikleri.....	64
5.2. Akıllı Telefon Kullanımı İle İlgili Özellikler.....	67
5.3. Günlük Yaşam Davranışları İle İlgili Özellikler	69
5.4. K-SADS Tanıları.....	71
5.5. Ergen Özbildirim Ölçekleri.....	73
5.6. Ebeveyn Özbildirim Ölçekleri	75
5.5. Yordayıcı Analizler.....	76
5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	78

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	79
7. KAYNAKLAR	81
8. EKLER.....	96
EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu	96
EK-2: Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği	100
EK-3: Türkçe Nomofobi Ölçeği	102
EK-4: Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği.....	104
EK-5: Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği.....	105
EK-6: Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği	106
EK-7: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	107
EK-8: Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği.....	109
EK-9: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	110
EK-10: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	112
EK-11: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	113
EK-12: Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği.....	117
EK-13: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	118
EK-14: Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	119
EK 15. Beck Depresyon Ölçeği	120
EK 16: Beck Anksiyete Ölçeği	123
EK 17: Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	125
EK-18: Conner's Ebeveyn Değerlendirme Formu.....	126

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAB	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AN	Anoreksiya Nervoza
ATBÖ	Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği
BAB	Bipolar Affektif Bozukluk
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BN	Bulimia Nervoza
BOBÖ	Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (The Centers for Disease Control and Prevention)
CEDF	Conners' Ebeveyn Değerlendirme Formu
CFI	Karşılaştırılmış Uyum İndeksi (Comperative Fit Index)
ÇDÖ	Çocukluklar İçin Depreyon Ölçeği
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DB	Davranım Bozukluğu
DDGÖ	Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DSKE	Durumluk – Sürekli Kaygı Envateri
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E-DEHB-KBÖ	Erişkinler için Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
EDEÖ	Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği
IQR	Çeyrekler Arası Genişlik (Interquartile Range)
KOKGB	Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version)
MDB	Major Depresif Bozukluk

OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
PB	Panik Bozukluk
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SAB	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SDDÖ	Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği
SKÖ	Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği
SPSS	Statistical Program for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
SS	Standart Sapma
TNÖ	Türkçe Nomofobi Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YDDB	Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
YİBÖ	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği
YKÖ	Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Bağımlılık ile İlişkili Biyolojik, Psikolojik ve Sosyal Risk Faktörleri	13
Tablo 3.1. Çalışma Grubuna Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri.....	21
Tablo 4. 1. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler I	33
Tablo 4. 2. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler II	34
Tablo 4. 3. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasında Akıllı Telefon İle İlgili Özellikler.....	35
Tablo 4. 4. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasında Akıllı Telefon Kullanımı İle İlgili Özellikler	37
Tablo 4. 5. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Günlük Yaşam Davranışları Özellikleri.....	38
Tablo 4. 6. Ebeveynlerden Edinilen Bilgilere Göre Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler	40
Tablo 4. 7. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplarda K-SADS-PL Tanıları	42
Tablo 4. 8. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplarda Özbildirim Ölçek Puanları.....	43
Tablo 4. 9. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplarda Ebeveyn Özbildirim Ölçek Puanları	45
Tablo 4. 10. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler I	46
Tablo 4. 11. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler II	47
Tablo 4. 12. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasında Akıllı Telefon Kullanımı İle İlgili Özellikler.....	48
Tablo 4. 13. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasında Akıllı Telefon ile İlişkili Özellikler	49
Tablo 4. 14. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Günlük Yaşam Davranışları Özellikleri.....	51
Tablo 4. 15. Ebeveynlerden Edinilen Bilgilere Göre Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Özellikler	52
Tablo 4. 16. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplarda K-SADS-PL Tanıları ..	54

Tablo 4. 17. Orta-Yüksek Nomofobik ve Düşük Nomofobik Gruplarda Özbildirim Ölçek Puanları.....	56
Tablo 4. 18. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplarda Ebeveyn Özbildirim Ölçek Puanları	57
Tablo 4. 19. ATBÖ, TNÖ ve YİBÖ Ölçekleri ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizleri	59
Tablo 4. 20. Bağımlı Değişken ATBÖ Puanlarını Yordayan Bağımsız Değişkenler	61
Tablo 4. 21. Bağımlı Değişken TNÖ Puanlarını Yordayan Bağımsız Değişkenler..	62
Tablo 5. 1. Çalışmamızda Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Nomofobi Düzeylerini Yordayan Risk Faktörleri.....	77

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Katılımcıların Gruplara Ayrılması.....	22
Şekil 4. 1. ATBÖ Bağımlı Değişkenini Yordayan Bağımsız Değişkenler Olarak TNÖ, ÇDÖ, BOBÖ, CEDF ve EDEÖ Anne	62
Şekil 4. 2. TNÖ Bağımlı Değişkenini Yordayan Bağımsız Değişkenler Olarak TNÖ ebeveyn, ATBÖ ve EDEÖ Anne	63

1. GİRİŞ

Konunun Önemi:

İlk defa 1994 yılında üretilmeye başlanan akıllı telefonların günümüzde bir çok farklı modeli mevcut olup kullanımları giderek artmıştır. 2019 yılında dünya genelinde 2,5 milyar kişi akıllı telefon kullanırken bu sayı 2021’de 6,3 milyara yükselmiştir. Türkiye’de ise 2020 yılında yaklaşık 52 milyon kişi akıllı telefon kullanmaktadır [1,2].

Akıllı telefon kullanımı cinsiyet, etnik köken gibi bir çok değişkenden bağımsız olarak her kesimde artmaktadır. Avrupa’da 2014 yılında 9-16 yaşları arasındaki çocukların %46’sının kendi akıllı telefonları olduğu saptanmıştır [1]. Ergenlerin sıklıkla oyun oynamayı, video izlemeyi, sosyal paylaşım sitelerinde vakit geçirmeyi ve mesajlaşmayı tercih ettiği gözlenmiştir [1].

Bağımlılık, kişinin günlük yaşamındaki bir maddeyi veya davranışı bırakamaması şeklinde tanımlanmaktadır [2]. Teknolojik (Dijital) bağımlılıklar internet bağımlılığını, bilgisayar bağımlılığını ve akıllı telefon bağımlılığını kapsamaktadır. Farklı araştırmacılar akıllı telefon bağımlılığı terimi yerine problemlilik, riskli akıllı telefon kullanımı gibi terimlerin daha doğru olacağını belirtmektedir. Akıllı telefonlar çoğunlukla oyun, video ve sosyal paylaşım sitelerine erişim için kullanılmaktadır [3]. Akıllı telefonların fiziksel ve ruhsal olarak etkilerinin gösterildiği çalışmalar son dönemde belirgin olarak artmıştır [4-6] ve sağlığa olan olumsuz etkileri internet ve oyun bağımlılığıyla benzer olarak saptanmıştır [7]. Akıllı telefonların bazı bireyler için hayatın ayrılmaz bir parçası olmasından yola çıkılarak nomofobi (no mobile phone phobia) kavramı ortaya atılmıştır. Nomofobi, kişinin cep telefonuna ulaşamaması durumunda kişide meydana gelen rahatsızlık ve buna bağlı bunalım, sinirlilik gibi hislerin olması olarak tanımlanmıştır [8, 9].

Türkiye’nin de içinde bulunduğu Avrupa Çevrim İçi Çocuklar Proje Grubu’nun 2010-2015 yıllarında ergen ve çocuklarda yaptığı çalışma sonuçlarına göre 2010 yılında ilk kez internet kullanım yaşı 5 iken 2015 yılında 2 olarak saptanmıştır. İnternet kullanımı %50 oranında artmış, sosyal paylaşım sitesi kullanımı %51,7’den %81,3’e yükselmiştir. 2010 yılında çocukların %52,5’i haftada bir veya iki kere çevrimiçi olurken; 2015 yılında %57,5’i her gün çevrimiçi olduğunu belirtmiştir [10]. İnternet bağımlılığı, bireyin düşük benlik saygısı ve yalnızlık hissi gibi hoş olmayan

gerçeklikten sanal bir kimlik oluşturarak kaçmasını sağlamaktadır [11]. İnternet bağımlılığının depresyon, anksiyete, yalnızlık, utangaçlık ve düşük sosyal destek gibi durumlarla ilişkili olduğu saptanmıştır [12, 13]. Dijital bağımlılıklardan akıllı telefon bağımlılığı ile komorbid olarak görülme oranları yüksek olan internet bağımlılığı ve oyun bağımlılığı üzerine çok sayıda çalışma olmakla birlikte akıllı telefon bağımlılığı üzerine olan çalışmalar daha kısıtlıdır. Akıllı telefon, gençlerin yaşamının vazgeçilmez bir parçası olup, ergenler telefonlarını uyku da dahil her an yanlarında bulundurmakta ve bildirimlerini sürekli olarak kontrol etmektedir. Ergenlerde akıllı telefon bağımlılığının %6,4 ile %30,9 arasında değişen oranlarda olduğu bildirilmiştir [14]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise üniversite ve lise öğrencileri arasında oranın çok daha yüksek olduğu ifade edilmiştir [15]. Son on yılda çocuk ve genç erişkinlerde akıllı telefon kullanımındaki artışla birlikte, aynı yaş grubu için depresyon, uyku kalitesinde azalma ve intihar düşüncelerinde de artış gözlemlenmiştir [16, 17]. Akıllı telefon bağımlılığı ve akıllı telefonda uzak kalamama durumu depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda daha sık gözlemlenmekte, böylece hayat kalitesini anlamlı derecede düşürmektedir [18]. Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) olan erişkinlerde, internet bağımlılığı gibi akıllı telefon bağımlılığı da yüksek oranlarda saptanmıştır [19].

Farklı psikopatolojilerde akıllı telefon bağımlılığı sıklığı üzerine çalışmalar yapılmış olsa da klinik örneklemden alınan bir popülasyonda sıklığı ile ilgili bir veri saptanmamıştır [20]. Telefon kullanımı aileler ve gençler arasında en sık belirtilen çatışma nedenlerindedir ve neredeyse transdiagnostik bir şekilde hemen her psikopatolojide gündeme gelmektedir. Ergenlik döneminde akran ilişkileri değişir; genç, sosyal açıdan kendisiyle ilgili farkındalığının artıp arkadaşlıklarını ön plana çıkarmasına karşın aile desteğinin sürmesini bekler. Ayrıca uyku düzeni değişir, duygular daha keskindir ve duygu düzenleme becerilerinde zorluklar olabilmektedir. Psikopatolojiden bağımsız olarak her ergende olan bu gelişimsel değişimler akıllı telefon kullanımının yaşamın bir parçası olmasıyla, olumlu ya da olumsuz olarak, daha farklı şekilde kendisini göstermektedir. Dolayısıyla bir psikopatoloji varlığında etkilerinin ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir [21-23].

Bu çalışma çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine ayaktan başvuran 12-18 yaşları arasındaki tüm hastalarda farklı dijital bağımlılıkların prevalansını ölçen

Ülkemizdeki ilk araştırmadır. Bu çalışmanın amacı; 12-18 yaş grubundaki klinik örneklemde riskli akıllı telefon kullanımı sıklığını tespit etmek, akıllı telefon kullanım sıklığıyla ilişkili risk faktörlerini araştırmak, riskli telefon kullanımına eşlik eden psikiyatrik hastalıkları belirlemektir. Böylece toplum ruh sağlığı problemi olmaya aday bu konuya dikkat çekmek ve bu konudaki farkındalığı artırmak amaçlanmaktadır. Akıllı telefon kullanımı; akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı ve nomofobi açılarından değerlendirilecektir; nomofobi ile ilgili araştırmaların görece az olması nedeniyle nomofobinin üzerinde daha fazla durulacaktır. Bireysel (duygu düzenleme, sosyal kaygı, benlik saygısı, uyku, psikopatoloji), ailesel (ailenin duygusal ulaşılabilirliği) ve çevresel (akranların duygusal erişilebilirliği, sosyal destek) etkenlerle ilişkisi araştırılacaktır.

Çalışmanın Hipotezleri:

1. Riskli akıllı telefon kullanımı ile uyku kalitesi, duygu düzenleme becerileri, sosyal destek, hayat kalitesi, ailenin ve akranların duygusal erişilebilirliği ve benlik saygısı arasında negatif bir ilişki vardır.
2. Riskli akıllı telefon kullanımında psikopatoloji saptama oranı daha fazladır. Depresyon ve dikkat eksikliği belirtileri, sosyal kaygı düzeyi daha fazla saptanacaktır.
3. Riskli akıllı telefon kullanımı, nomofobi, internet bağımlılığı ve oyun bağımlılığı gibi teknolojik davranışsal bağımlılıklar birbirinin sıklığını artırmaktadır.
4. Nomofobi düzeyi ile uyku kalitesi, duygu düzenleme becerileri, sosyal destek, hayat kalitesi, ailenin ve akranların duygusal erişilebilirliği ve benlik saygısı arasında negatif ilişki vardır.
5. Riskli akıllı telefon kullanımı ve nomofobi düzeyleri yüksek olan ergenlerin annelerinin de riskli akıllı telefon kullanımı ve nomofobi düzeyi yüksektir; annelerde anksiyete, depresyon ve dikkat eksikliği belirtileri daha yüksek olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

2.1.1. Tanım

Bağımlılık, biyopsikososyal bir hastalıktır; kişi herhangi bir ilaç veya maddeye karşı engelleyemediği fizyolojik ve psikolojik bir ihtiyaç duyar, ilaç veya madde olmadan günlük hayatını sürdürmekte zorlanır [24]. Kişi başta fiziksel sağlığı olmak üzere yaşamındaki birçok alanın etkilenmesine rağmen madde kullanımını bırakamaz veya maddeyi aramaya devam eder. Bağımlılık denildiğinde ilk olarak madde kullanım bozuklukları akla gelse de son yıllarda yapılan çalışmalarda bağımlılığın sadece bir ilaç veya madde ile ilgili olmadığı, bir davranış üzerinden de bağımlılığın ortaya çıkabileceği gözlenmiştir [25]. İlaç veya madde ile ilişkili olan bağımlılıklar gibi davranışsal bağımlılıklar da günlük işlevselliği etkilemesine rağmen engellenemeyen, tekrarlayan davranışların sürdürüldüğü biyopsikososyal bir rahatsızlıktır; birçok genetik, biyolojik, fenomenolojik özellikler davranışsal bağımlılıklarda da görülür [25]. Kumar bağımlılığı, teknolojik bağımlılıklar, yeme bağımlılığı, cinsel bağımlılık, alışveriş bağımlılığı gibi birçok davranışsal bağımlılık türü tanımlanmıştır. Teknolojik bağımlılıklar alt başlığında internet bağımlılığı, bilgisayar bağımlılığı ve son yıllarda giderek artan oranlarda görülen akıllı telefon bağımlılığı bulunmaktadır.

2.1.2. Etiyoloji

Bağımlılığın etiyolojisinde genetik, biyolojik, psikolojik ve çevresel birçok faktörün etkileşimi bulunmaktadır.

2.1.2.1. Genetik Faktörler

Bağımlılık ile ilişkili genetik faktörleri inceleyen farklı çalışmalarda kalıtımın alkol bağımlılığına etkisi birçok defa gösterilmiş olmasına rağmen genetik faktörler diğer bağımlılıklarda tutarlı bir sonuç vermemiştir. Bütün bağımlılıklarda aile içi bağımlılık oranlarının yüksek olduğu tespit edilse bile bu etkinin çevresel faktörlerden

de kaynaklanabileceği düşünülmüştür ve bu nedenle çevresel etkenlerden bağımsız tutarlı genetik faktörler tespit edilememiştir [26].

Alkol bağımlılığı ile ilişkili yapılan aile çalışmalarında alkol bağımlısı ebeveynlerin-çocuklarında alkol bağımlılığı riskinin 4-5 kat arttığı tespit edilmiştir [27]. Alkol bağımlısı olan kişinin ebeveynlerinde alkol bağımlılığı oranı %33 olarak saptanmıştır. Sigara bağımlılığı ile ilgili yapılan bir çalışmada ailede sigara içen birinin olması durumunda kişinin ergenlik döneminde sigaraya başlama riski 2-4 kat artmış olarak saptanmıştır [28]. Eroin bağımlılığı ile ilgili bir araştırmada geniş ailede madde kötüye kullanım oranı %5 olarak bulunmuştur [29].

Alkol bağımlılığı ile ilişkili yapılan ikiz çalışmalarında monozigot ikizlerde kalıtsallık %60 bulunurken dizigot ikizlerde bu oran %39 olarak saptanmıştır [30]. Aynı çalışmada madde bağımlılığı olan monozigot ikizlerde kalıtsallık oranları %78 iken dizigot ikizlerde bu oran %64 olarak saptanmıştır [30]. Alkol bağımlılığında kalıtsallık oranları erkek cinsiyette kızlara göre 4 kat daha yüksek bulunmuştur [31]. Ebeveyni alkol bağımlısı olup farklı çevrede büyüyen ve evlatlık olan çocuklarda ilerleyen yaşlarda çocuktaki alkol ve madde bağımlılığı riskinin anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir [32].

Bağımlılık ile ilişkili genetik faktörleri inceleyen diğer çalışmalarda moleküler genetik üzerinde durulmuş ve yatkınlık oluşturabilecek sorumlu genler araştırılmıştır. Bağımlılığın nörobiyolojisinde önemli role sahip nörotransmitterler ve enzimlerle ilişkili hedef genlerdeki polimorfizmler araştırılmıştır. Alkol dehidrogenaz, aldehit dehidrogenaz enzimleri özellikle alkol bağımlılığında, GABAerjik, glutamarjik, kolinerjik, serotonerjik ve opioid sistemle ilişkili genetik varyasyonların etkileri incelenmiş fakat bağımlılıktan sorumlu olarak tutarlı ve net bir genetik polimorfizm saptanamamıştır [33].

Madde bağımlılığı ile ilişkili yapılan bir çalışmada mü opioid reseptörlerinden sorumlu genetik bölgede allelik poliformizmlerin opiat bağımlılığının oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı tespit edilmiştir [24]. Fakat bazı çalışmalarda benzer sonuçlar bulunamamıştır [34]. Opiat bağımlılığı ile ilişkili bir diğer genetik varyasyon ise karaciğerde ilaç metabolizmasından sorumlu sitokrom CYP2D6 adlı enzimi kodlayan genlerde tespit edilmiştir [34]. Yavaş metabolize eden

kişilerde opiat bağımlılığı riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir bu nedenle CYP2D6 enzimidaki polimorfizm koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmiştir [34].

Nitrik oksit metabolizmasının alkol bağımlılığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Nitrik oksit sentaz 1 geninin sadece alkol bağımlılığı ile değil dürtüsel davranışlar ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir [35, 36]. Nitrik oksit ile ilişkili genetik varyasyonların bağımlılıkla ilgili aday genler olabileceği düşünülmektedir.

Beyinde ödül sisteminde görevli nörotransmitterleri, reseptörleri, enzimleri ve taşıyıcı proteinleri kodlayan genetik bölgelerin bağımlılıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmalarda alkol bağımlılığı, sigara bağımlılığı, obezite, kumar bağımlılığı ve dürtüsellik ile ilişkili olarak dopamin reseptöründen sorumlu DRD2 geninde varyasyonlar saptanmıştır [37]. Ayrıca dopamin yıkımından sorumlu COMT enzim aktivitesini belirleyen COMT genindeki varyasyonlar alkol bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur. [38]. GABA reseptörü alfa-2 alt biriminden sorumlu genlerdeki varyasyonların alkol bağımlılığı ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir [39]. Glutamat reseptörü olan NMDA reseptörlerini kodlayan genler ile alkol kesilme sendromu arasında ilişki bulunmuştur.

Serotonin başta duygudurum bozuklukları olmak üzere, psikotik sendromlarda, dürtüsellik ve agresyon davranışlarında önemli rolü olan bir nörotransmitterdir. Serotonin 5-HT1C reseptörünü kodlayan gendeki polimorfizmler alkol bağımlılığı ve agresif davranışlar ile ilişkili bulunurken [40] serotonin taşıyıcı proteini (5-HTT) kodlayan genlerdeki polimorfizmler alkol bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir [41]. 5-HTT genindeki S alleli serotonin taşıyıcı proteinin daha az eksprese edilmesine neden olarak serotonin geri alımını azaltmaktadır [41]. 5-HTT genindeki S alleli aynı zamanda duygudurum bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi bir çok psikiyatrik rahatsızlık ile de ilişkilendirilmiştir. Serotonin sentezinde önemli role sahip triptofan hidroksilaz enzimini kodlayan genlerdeki varyasyonların alkol bağımlılığı riskini arttırdığı bildirilmiştir [42].

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde yüksek oranlarda alkol tüketiminin olması biyolojik stres mekanizmaları ve ilişkili genlerdeki polimorfizmlerin alkol bağımlılığından sorumlu olabileceğini düşündürmüştür. Hipotalamo-hipofizer-adrenal

eksende meydana gelen genetik polimorfizmlerin alkol bağımlılığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır [43, 44].

2.1.2.2. Biyolojik Faktörler

Bağımlılığın etiolojisini araştıran çalışmalarda bağımlılığın beyindeki ödül merkezi ile yakından bağlantılı olduğu saptanmıştır [45]. Dopaminerjik mezokortikal ve mezolimbik yolların ödüllendirme ve pekiştirme davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur [45, 46]. Bu yolda yer alan nukleus akumbens ve frontal korteks, ayrıca limbik sistem ile ilişkili amigdala ve hipokampus ödül mekanizmalarında önemli rol oynayan bölgelerdir [45-47]. Nukleus akumbens ödülle motive olan ve artan davranışları belirlerken prefrontal korteks motivasyona sebep olan uyarılara karşı davranışsal bir yanıtın oluşup oluşmayacağını ve davranışsal yanıtın niteliğini ve niceliğini belirler [47].

Bağımlılığa neden olan ilaç veya maddelerin mezokortikal ve mezolimbik yollarla ilişkilerine bakıldığında bu yollardaki en önemli nörotransmitter olan dopamin öne çıkmaktadır. Dopaminerjik sistemin bağımlılık ile ilişkisinde D2 reseptörlerinin önemli olduğu bildirilmiştir [48]. D2 reseptör eksikliği olan durumlarda ödül duyarlılığında azalma olduğu bildirilmiş ve bu nedenle bağımlılığın temelde ödül eksikliği sendromu olabileceği düşünülmüştür [49, 50].

“Ödül eksikliği sendromu” sadece ilaç veya madde ile ilişkili bağımlılıklarda değil birçok psikiyatrik hastalıkta da gözlenmiştir. Özellikle DEHB, Tourette sendromu, kumar bağımlılığı, antisosyal davranışlar, dürtüsel davranışlar, hiperseksüalite ve yeme bağımlılığı ile ilişkili olarak saptanmıştır [48, 50]. Ödül mekanizmasıyla ilişkili mezokortikal ve mezolimbik yollarda dopaminerjik aktivasyonun ödül ve haz duygularını arttırdığı, azalmış dopaminerjik aktivitenin ise madde arama davranışı ve yoksunluk gibi durumlarla ilişkili olabileceği bildirilmiştir [51]. Ödül eksikliği sendromu olan kişilerdeki apati, anhedoni, motivasyon düşüklüğü, keyifsizlik, huzursuzluk, sinirlilik gibi belirtilerin madde ile ilişkili bağımlılıklarda görülen yoksunluk belirtileri ile benzer olması da mezokortikal ve mezolimbik yollardaki dopaminerjik sistemin aktivitesinin önemli olduğunu göstermektedir [50, 52]. Ayrıca, D2 reseptör kodlayan DRD2 geninde meydana gelen polimorfizmlerin de bağımlılıkla ilişkili olduğu saptanmıştır [37].

Merkezi sinir sisteminde ana inhibitör nörotransmitter olan GABA ve GABAerjik sistemin alkol ve benzodiyazepin bağımlılığı ile ilişkili olduğu, beyinde amigdala ve ventral bölgelerde özellikle GABAerjik sistemin aktive olmasıyla yatıştırıcı, anksiyolitik ve inhibisyon etkilerinin ortaya çıktığı saptanmıştır [53].

Glutamat merkezi sinir sisteminde ana uyarıcı nörotransmitterdir ve glutamat sistemindeki bileşenlerin bağımlılığın fiziksel boyutu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Glutamatın ana reseptörü olan NMDA reseptörlerini kodlayan genlerde meydana gelen varyasyonlar yoksunluk sendromlarıyla ilişkilendirilmiştir [54, 55]. Kısa süreli alkol alımında NMDA reseptörleri üzerinde glutamatın uyarıcı etkisinin azaldığı ve uzun süreli alkol alımında ise NMDA reseptörlerinde sayısal bir artış olduğu saptanmıştır [55].

Endojen opioidler hem direkt hem de dolaylı olarak dopamin artışına neden olarak ödül mekanizmasını etkinleştirir; madde, ilaç veya davranış ile ilgili pozitif pekiştirici etkiye neden olmaktadır [47]. Opioid madde bağımlılığında da kullanılan opioid mü reseptör antagonistlerinin madde arama davranışını azalttığı ve bu reseptörü kodlayan genlerde meydana gelen polimorfizmlerin bağımlılık riskini azalttığı saptanmıştır [24].

Serotonin, serotonin taşıyıcı proteinleri ve serotonin reseptörleri ile ilgili meydana gelen değişikliklerin bağımlılık ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bu hipotezi destekleyen en önemli bulgulardan birisi serotonin reseptör antagonistlerinin kullanıldığı kişilerde aşırı yeme davranışlarının, kumar bağımlılığının, madde bağımlılığının azaldığının görülmesidir. Bu nedenle serotonin metabolizmasının bağımlılıkta arama davranışlarını düzenleyici etkisi olabileceği tahmin edilmektedir. Fakat tutarlı olmayan sonuçlar nedeniyle bu etkiler tam olarak aydınlatılamamıştır [56].

Bağımlılık yapan ilaç veya maddelerin kronik kullanımı sonrası lokus seruleusta noradrenerjik sistemin upregüle olduğu, böylece ilaç veya maddenin aniden kesilmesi nedeniyle ajitasyon ve aktivite artışının olduğu düşünülmektedir [53]. Noradrenerjik sistemin bağımlılığın özellikle yoksunluk belirtileri ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir [57]. Noradrenerjik reseptörlerden oto reseptör olarak presinaptik bölgede yerleşen alfa-2 adrenerjik reseptörlerin kronik madde kullanımında duyarlılığının arttığı ve klonidin gibi alfa-2 adrenerjik reseptör antagonistlerinin

hiperaktivite ve ajitasyon tedavisinde etkili olduğu göz önüne alındığında madde ile ilişkili yoksunluk tedavisinde kullanımının da faydalı olabileceği tahmin edilmektedir [53, 57].

Merkezi sinir sisteminde inhibitör özelliklere sahip bir diğer nörotransmitter olan adozin ve adozin A1, A2 reseptörleri anksiyete ile ilişkilidir. Adozin antagonisti olan kafein ve teofilin, adozinin etkilerini inhibe ederek aktivasyona neden olur ve böylece anksiyeteyi artırır. Kronik olarak yüksek miktarda kafein tüketiminin bağımlılığa yol açabildiği gözlenmiştir [58].

İlaç veya madde bağımlılığının yoksunluk belirtilerinin tedavisinde deneysel olarak kullanılan ve faydalı olduğu saptanan nitrik oksit sentaz inhibitörlerinin bağımlılık ile ilişkisinin mekanizması tam olarak aydınlatılamamıştır [36]. Nitrik oksit genlerindeki polimorfizmlerin dürtüsel davranışlar, DEHB ve bağımlılık ile ilişkili olduğunun saptanması, nitrik oksit metabolizmasının bağımlılıkta önemli bir rol oynadığı gerçeğini destekler niteliktedir [35, 36]. Bağımlılıkla ilgili son zamanlarda agmatin, kolesistokinin, substance P gibi nöropeptitlerin de rolü olabileceği düşünülmektedir [59-61].

Bağımlılıkla ilişkili bir diğer üzerinde durulan kavram ise nöroplastisite hipotezidir [62]. İç ve dış uyaranlar, stres, çevresel faktörler gibi girdilerin beyinde nöronların ve nöronal ağların yapılarında ve işlevlerinde neden oldukları değişiklikler nöronal plastisite olarak adlandırılmaktadır [62]. Aşırı stres altında depresyon, şizofreni, bipolar affektif bozukluk, alzheimer gibi nöropsikiyatrik hastalıkların nöronal ağlarda meydana gelen olumsuz etkiler sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bağımlılık için de benzer şekilde düşünülmektedir [62]. Bu hipotezi nöroplastisitede etkili antidepresan türevi bir ilaç olan tianeptinin alkol ile ilişkili yoksunluk belirtilerinin tedavisinde etkili olması desteklemektedir [62-64].

İlaç veya madde ile ilişkili bir çok bağımlılıkta nörogörüntüleme çalışmaları önemli sonuçlar saptamıştır. Merkezi sinir sistemini deprese eden alkol gibi maddelerin kullanımı sonucu beyinde gri cevherde yaygın atrofi, özellikle frontal ve temporal kortekste incelme, hipokampus ve serebellumda hacim kaybı ve ventriküllerde genişleme gözlenmiştir [65]. Yüksek doz merkezi sinir sistemini baskılayan ilaç kullananlarda beyin sapı ve pons gibi orta beyin bölgelerinde de hacim kayıpları saptanmıştır. Bu maddelerin bırakılmasını takip eden dönemde gri cevher

hacminde artış ve nöronal rejenerasyon gözlenmiştir [65]. Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında depresan madde kullanımı ile frontal kortekste kan akımında ve metabolizmada azalma saptanmışken maddenin kesilmesi sonrası aynı bölgede kan akımında ve metabolizmada artış olduğu gözlenmiştir. Uyarıcı özelliğe sahip ilaç veya maddelerin neden olduğu bağımlılıklarda beyinde kanama ve infarkt alanları, dopamin miktarında azalma, striatumda hipertrofi, frontal, temporal ve singulat korteks kalınlığında azalma, orbitofrontal korteks gri cevher bölgesinde bağlantısallıkta bozulma bulunmuştur [66, 67]. Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında ise uyarıcı madde kullanımı ile beyin perfüzyonunda azalma, striatumda azalmış aktivite ve parietal kortekste metabolizmada artış saptanmıştır [66].

2.1.2.3. Psikolojik Faktörler

Klasik psikanalitik kurama göre bağımlılık durumlarında kişi psikoseksüel gelişim dönemlerinden oral döneme gerilemiştir ve oral kişilik özellikleri göstermektedir. Oral kişilik yapısında anneye aşırı bağımlılık, çöküntü, açgözlülük, tutarsızlık ve karamsarlık gibi özellikler gözlenir ve ilerleyen dönemde doyum ve haz sağlayan nesne annenin memesinden bağımlılık yapan alkol, sigara gibi nesnelere dönüşür [68].

Bağımlılıkta temel psikopatoloji ego işlevlerindeki bozukluktan kaynaklanır ve ego güçsüzlüğünde id ve superego ile olan çatışmalar arasında denge sağlanamaz. Çatışmalardan doğan kaygıyı yatıştırmak için bağımlılık davranışlarına başvurulur [68].

Otto Rank, insanın hayatı boyunca anne karnındaki huzuru ve güveni aradığını söylemiştir. Büyüdükçe anneden kopan ve ayrılan kişinin yoğun bir kaygı hissettiğinde anne karnındaki huzur ve güveni arama arayışında bağımlılık yapan maddelere yöneldiği düşünülmektedir [68].

Öğrenme teorisine göre bağımlılık davranışları koşullanmış uyaranlar sonucu oluşur ve çevresel faktörlerin önemi büyüktür. Kişinin tükettiği maddenin kokusu, tükettiği ortam, tüketirkenki ruh hali koşullanma için önemlidir. Kendisini üzgün hisseden kişinin arkadaş ortamında dertleşerek sigara tüketmesi sonrası rahatladığını hissetmesi sonucu üzgün hissettikçe veya arkadaşlarıyla bir araya geldikçe sigara tüketme isteği oluşabilir [68].

Bağımlılığın fiziksel etkileri ile bilişsel süreçler arasında bir ilişki mevcuttur; depresan bir madde kullandıktan sonra rahatladığını ve kaygılarının yatıştığını farkeden kişinin kaygı düzeyi arttıkça madde alma isteğinin arttığı bilinmektedir. Kronik kullanım sonrasında kişi kaygı hissetmeden de kaygı yaratabilecek bir durumun geleceğini öngürüp madde arayışına başlayacaktır ve hissedilen duygudan bağımsız bilişsel olarak madde arayışına girecektir. Bu nedenle otomatik düşünceler, koşullanmalar ve diğer bilişsel süreçler bağımlılığın oluşması ve sürdürülmesinde etkili olmaktadır [68].

Engeller ve stres karşısında kolaylıkla incinen ve olumsuz duygulara kapılan kişiler sosyal hayatta incitecek etkenle daha fazla karşılaşır ve böylece daha fazla engellenme yaşar. Kişinin kendisini olumsuz duygular içinde hissettiği dönemler arttıkça iç huzursuzluklarından ve sıkıntılardan kurtulmak için kişi daha fazla arayışlara yönelir. Bu kişilerin hem strese ve acıya katlanabilme yetileri zayıftır hem de haz duyma ihtiyaçları daha fazladır. Huzursuzluktan kurtulmak için ilaç veya maddeye başvurmaları veya davranışsal bağımlılıklar geliştirme ihtimalleri oldukça fazladır [68].

Riskli davranışlarda bulunan kişilerde bağımlılıklar daha fazla görülür. Ergenlik döneminin getirdiği gelişimsel özelliklerden biri olan riskli davranışlarda artış, akranları tarafından sevilme ve kabul görme isteği, aileye ve otoriteye karşı gelici davranışların sonucu olarak birçok ilaç, madde veya davranışsal bağımlılığın başlangıç yaşının ergenlik dönemi olduğu tahmin edilmektedir [69]. Ergenlik döneminin bir diğer gelişimsel özelliği ise sorun çözme yeteneğindeki yetersizliktir. Ergenin soyut düşünme yeteneği kazanması beklenir ve aynı zamanda günlük hayatta karşılaştığı sorunlara daha geniş açıdan bakabilmesi gerekebilir. Sorun çözümede yetersizlik yaşayan kişilerde umutsuzluk duygusu ve karamsarlık düşünceleri olur. Karşılaştığı durumla ilgili ne yapacağını bilemeyen kişide endişe ve gerginlik düzeyi artmaya başlar ve çözüm için uygun olmayan yöntemlere başvurabilir. Endişe ve gerginliği azaltıcı merkezi sistemini deprese eden ilaç veya madde kullanımına bu kişilerde sık karşılaşılır [69].

2.1.2.4. Çevresel Faktörler

Bağımlılık ile ilgili en önemli etiyolojik faktörlerden birisi çevresel etkenlerdir. Genetik, biyolojik, psikolojik faktörlerin çevre ile etkileşimi sonucu bağımlılığın oluştuğu düşünülmektedir. Bağımlılıklarla ilgili en önemli çevresel faktör ise madde veya ilaca kolay erişebilir olma durumudur [68]. Madde veya ilaç bağımlılıklarının tedavisinde de maddenin temin edildiği ortamdan uzaklaşmak temel şartlardan biridir. Araştırmalarda maddeye erişimin kolay olduğu, maddenin yoğun olarak kullanıldığı bölgelerde madde bağımlılığı riskinin arttığı tespit edilmiştir [68]. Benzer şekilde kişinin ebeveynlerinden birinde sigara, alkol veya madde kullanımının olması, çocuk ve ergende madde bağımlılığı gelişimi için büyük bir risk oluşturmaktadır [68]. Ebeveynlerin bağımlı olması hem genetik açıdan hem de çevresel olarak riski artırmaktadır.

Çocuk ve ergenin yaşadığı aile ortamının yapısı bağımlılık ile ilişkili bulunmuştur [70]. Kural ve sınırları net olmayan, çatışmalı ve kaotik ailelerde büyüyen çocuklarda bağımlılık riski daha fazladır. Ebeveynin fiziksel ve duygusal açıdan erişilebilir olmadığı durumlarda ergenlerin riskli akran ilişkilerine daha fazla yöneldiği ve madde ile karşılaşma ihtimallerinin daha fazla olduğu saptanmıştır [70].

Aile ilişkilerinden sonra bağımlılık için risk oluşturan bir diğer çevre akran ortamıdır. Akranların birinde ilaç, madde veya davranışsal bağımlılığın olması, akranlar arasında sigara içme, kumar oynama, bilgisayar oyunu oynama gibi davranışların onaylanıp yüceltilmesi gibi sebepler bağımlılığa sebebiyet veren önemli faktörlerdendir [71].

Madde ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkide, maddenin tipi değişkenlik gösterir. Ucuz ve kolay elde edilen uçucu ve benzeri maddelerin düşük sosyoekonomik düzeyde; uyarıcı özelliği olan pahalı maddelerin ise yüksek sosyoekonomik düzeyde daha çok kullanıldığı gözlenmiştir [68].

2.1.3. Bağımlılık ile İlişkili Risk Faktörleri

Bağımlılığın etiyolojisinde yer alan faktörlerin çoğunluğu bağımlılık için bir risk faktörüdür. Çalışmalar bağımlılık gelişimine yol açan faktörlerin birbirinden bağımsız olmadığını, biyopsikososyal boyutta birbirleriyle etkileşime girerek

bağımlılık oluşturduğu hipotezini güçlendirmiştir. Bu nedenle bağımlılık ile ilişkili risk faktörleri özet halinde Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Bağımlılık ile İlişkili Biyolojik, Psikolojik ve Sosyal Risk Faktörleri

BİYOLOJİK	PSİKOLOJİK	SOSYAL
-Ebeveynlerin ilaç, madde veya davranışsal bağımlılığa sahip olması	-Yıkıcı, agresif, şiddete meyilli özellikler (Antisosyal kişilik özellikleri)	-Ebeveynlerin ilaç, madde veya davranışsal bağımlılığa sahip olması nedeniyle bağımlılığa maruz kalma
-Kişide nörolojik veya psikiyatrik hastalığa neden olacak genetik özelliklerin olması	-Patolojik bağlanma örüntüleri, istikrarlı bir ilişki kurmakta zorluk çekme	-Kaotik, çatışmalı aile yapısı
-Ailede psikiyatrik rahatsızlıkların olması	-Sosyal becerilerin zayıf olması	-Akademik başarıda veya iş başarısında düşüklük
	-Ego güçsüzlüğü	-Bağımlılığa sahip sosyal çevrenin olması
	-Düşük engellenme eşiği	-Aile, okul (iş) veya arkadaş ortamında madde kullanımının onaylanması
	-Olgunlaşmamış, kaygılı kişilik özellikleri	-Ev ortamında kuralların ve sınırların net olmaması
	-Hazzı ertelemeyi becerememe	-Ebeveyn ve akran desteğinin yetersiz olması
	-Düşük benlik saygısı	

2.2. Teknolojik Bağımlılıklar

20. yüzyılda en önemli keşiflerden olan teknolojik gelişmeler ve insan hayatına giren aletlerin kullanımı yaygınlaştıkça teknolojik bağımlılıklar görülmeye başlanmıştır. 1991 yılında elektronik posta amacıyla kullanılan sistem küresel ölçekte katlanarak artmış ve “internet” adıyla anılmaya başlamıştır. 1996 yılında ise araştırmacı ve psikolog Young tarafından internet bağımlılığı ile ilgili ilk vaka yayınlanmıştır [72]. Young, 1998’de internet bağımlılığıyla ilgili yaklaşık 600 kişinin olduğu bir vaka serisi yayınlamıştır [73]. Son on yılda internet bağımlılığı kavramı yetersiz kalmış ve sosyal medya bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı, çevrimiçi oyun bağımlılığı, çevrimiçi kumar bağımlılığı, çevrimiçi alışveriş bağımlılığı, çevrimiçi seks bağımlılığı gibi kavramlar da araştırılmaya başlanmıştır. Bu nedenle tüm bu terimler ‘teknoloji bağımlılığı’ çerçevesi altında kullanılmaya başlanmıştır [20, 74,

75]. Teknolojik bağımlılıklar DSM-5’te “internet oyun oynama bozukluğu” ve ICD-11’de “oyun oynama bozukluğu” şeklinde kısıtlı da olsa yerini almıştır [76].

2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı

Teknolojinin son yirmi yılda hızla ilerlemesi internete bağlanabilmenin daha kolay ve pratik yolunu sağlayan akıllı telefon kullanımını başlatmıştır. Özellikle 1977-1994 yılları arasında doğanların akıllı telefon kullanımına yatkın olduğu ve 1995 sonrası doğanların ise tamamen teknolojik bir dünyada yaşamaları nedeniyle akıllı telefon bağımlılığı riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir [77]. Türkiye İstatistik Kurumu’ndan elde edilen verilere göre akıllı telefonların ülkemizde kullanılmaya başlandığı 2007 yılından 2015 yılına kadar cep telefonu abone sayısı 12,6 milyon artarken, internet aboneliği sayısı 4,8 milyondan 48,6 milyona yükselerek yaklaşık 10 kat artmıştır [78]. Aynı zamanda mobil telefon sahipliği oranları nüfusa göre %96,8 olarak saptanırken mobil telefonlardan internete bağlanma oranları %64,7 olarak bulunmuştur [78].

Akıllı telefonların günlük hayattaki yerinin artmasıyla erişilebilirliğin kolaylaşmasının yanı sıra birçok fiziksel ve ruhsal sorunlar da görülmeye başlanmıştır. Ekranla bakmakla ilişkili baş ağrıları, gözlerde sulanma, göz tembelliği gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Sosyalleşmenin akıllı telefon üzerinden yürütülmesi nedeniyle ortaya çıkan sosyal ilişki zorlukları, sürekli kontrol etme ihtiyacı nedeniyle dikkat zorlukları ve çocuk ve ergenlerin sanal ortamda yetişkin içerikleri ile erkenden karşılaşma veya erişkinler tarafından istismar edilme olasılıklarının artması en önemli ruhsal sorunların başında gelmektedir [79].

2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji

DSM-5’te akıllı telefon bağımlılığı başlığı altında tanımlanmış bir ruhsal rahatsızlık bulunmamaktadır. Fakat literatürde akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı ile yakından ilişkili bir davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilmektedir [80, 81]. Araştırmacılar Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (APA) akıllı telefon bağımlılığı tanısıyla ilgili istediği klinik kanıtların zaman içinde elde edilebileceğini, bağımlılıkların duygusal değişim, belirginlik (salience, bir aktivitenin bireyin

hayatındaki en öncelikli durum olarak göze çarpması), tolerans, çekilme belirtileri, çatışma ve tekrarlama şeklindeki boyutlarının akıllı telefon bağımlılığında da görüldüğünü bildirmişlerdir [82].

Akıllı telefon bağımlılığı belirtileri olarak telefonda uzak kalamama, sık sık telefonunu kontrol etme, akıllı telefon kullanımı nedeniyle uykusuzluk, uyku kalitesinde bozulma tanımlanabilir. Akıllı telefon bağımlılığının altında yatan esas faktörün internete bağlanma olduğu ve akıllı telefonların hem akıllı telefon bağımlılığını hem de internet bağımlılığını artırdığı düşünülmektedir [80].

Yapılan çalışmalarda 2016 yılında dünya nüfusunun %51'inin akıllı telefon kullandığı, %46'sının internet kullandığı ve %31'inin aktif sosyal medya hesabı olduğu saptanmıştır [83]. Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise nüfusun %96,8'inin cep telefonunun olduğu ve %64,7'sinin ise cep telefonlarıyla internete bağlandıkları saptanmıştır [78]. 2015 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada erişkin akıllı telefon kullanan kişilerin yarısının telefonlarını beş veya on dakikada bir kontrol ettikleri bulunmuştur [84]. Aynı çalışmada katılımcıların üçte biri yemek yerken de telefonlarıyla ilgilendiklerini ve önemli bir görüşme veya toplantı esnasında dahi telefonlarını kontrol ettiklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların dörtte birinin ise telefon kullanırken uykuya daldıkları saptanmıştır. Uluslararası bir çalışmada akıllı telefon kullanıcılarının bir günde ortalama yetmiş kere telefonlarını kontrol ettikleri ve yaklaşık olarak her 15 dakikada bir telefonlarına baktıkları saptanmıştır [85]. Bir başka çalışmada ise akıllı telefon kullanan kişilerin telefon ile uğraştıkları sürenin sadece %13'ünün telefon konuşmalarıyla ilgili olduğu bildirilmiştir [86]. Ülkemizde akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %42'sinin akıllı telefon bağımlısı olduğu saptanmıştır [87].

2.3.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar

Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili psikiyatrik hastalıklar içerisinde en çok üzerinde durulan ruhsal bozukluk DSM-5'te de tanımlanan "internet oyun oynama bozukluğu"dur. Akıllı telefon bağımlılığın gelişmesinde en önemli sebebin internet bağımlılığı olduğu, akıllı telefon kullanmayla ilgili esas motivasyonun sürekli çevrimiçi olma isteğiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Akıllı telefonlar sayesinde insanlarla arama veya mesajlaşarak iletişim kurma şekli görüntülü konuşabilme

şekline evrilmiştir. Aynı zamanda akıllı telefonlar ile internetten alışveriş yapma, elektronik postaları okuyabilme ve gönderebilme, çevrimiçi ve çevrimdışı birçok oyuna erişebilme ve sosyal medyayı kesintisiz olarak kullanabilme imkanı olmuştur [88].

Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili üzerinde durulan diğer psikiyatrik hastalıklar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Alanyazında akıllı telefon kullanımının bir patoloji oluşturmadığı veya ruh sağlığındaki bozulmalarla ilişkili olmadığı, akıllı telefon kullanımı ile ilişkili davranışlardaki patoloji nedeniyle akıllı telefon bağımlılığı veya riskli akıllı telefon kullanımının söz konusu olduğu üzerinde durulmaktadır. 2017 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında riskli akıllı telefon kullanımı ile depresyon, anksiyete bozuklukları ve stres arasında küçük-orta etki büyüklüğünde tutarlı bir ilişki saptanmıştır [89]. Benlik saygısı ve riskli akıllı telefon kullanımı arasındaki ilişkinin literatürde tutarlı olarak gösterilemediğini vurgulamıştır [89].

2019 yılında sekiz çalışmanın incelenip 10099 çocuk ve gencin değerlendirildiği bir meta-analize göre depresyon ile riskli akıllı telefon kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, riskli akıllı telefon kullanan kişilerde depresyon riskinin en az 3 kat arttığı saptanmıştır [16]. Aynı meta-analizde 9359 çocuk ve gencin değerlendirildiği yedi çalışmanın altısında riskli akıllı telefon kullanımı ile anksiyete arasında pozitif bir ilişki bulunmuşken bir çalışmada negatif bir ilişki saptanmıştır. Riskli akıllı telefon kullanımı olan kişilerde anksiyete riski 2,6 kat artmış olarak bildirilmiştir [16]. Uyku kalitesiyle riskli akıllı telefon kullanımı arasında analize dahil edilen yedi çalışmanın altısında pozitif bir ilişki saptanırken bir çalışmada ilişki gösterilememiştir. Eğitimsel kazanımların değerlendirildiği altı çalışmanın dördünde zayıf eğitimsel kazanımların riskli akıllı telefon kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sadece bir çalışmada intihar davranışı ile riskli akıllı telefon kullanımı arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Son olarak daha fazla risk alma davranışları gösteren, güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip, benlik saygısı düşük çocuk ve gençlerin riskli akıllı telefon kullanımına daha yüksek oranda başvurdukları saptanmıştır [16].

Çalışmalarda özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları ile akıllı telefon bağımlılığı arasında iki yönlü bir ilişki olabileceği vurgulanmıştır [19]. Depresif

kişilerin içe çekilme belirtileri nedeniyle sosyalleşme ve toplumsal hayata karışma davranışlarının yerini akıllı telefon kullanımı ile sanal ortamda iletişime geçme davranışları alacaktır. Uzun süre sanal ortamda sosyalleşen akıllı telefon bağımlısı kişilerde ise pasif içe çekilme ve toplumsal hayattan kopma durumunun kişiyi depresyona daha meyilli yapabileceği tahmin edilmektedir [19]. Psikopatolojinin doğası gereği sosyal alanda kaygı ve endişe duyan SAB tanısı olan kişilerde beğenilmeme, istenmeme veya rezil olma ihtimalinin olmadığı, tanımadığı insanlarla sanal ortamda konuşma davranışlarında artış olacaktır. Ayrıca kişinin bulunması gereken sosyal ortamlarda akıllı telefonu bir kaçış davranışı olarak kullanabileceği de tahmin edilmektedir [90]. Tüm bu nedenler göz önüne alındığında SAB tanısı olan kişilerde akıllı telefon bağımlılığının yüksek olması şaşırtıcı olmayacaktır [91]. Akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerde ise toplumsal hayattan uzak kalındıkça sosyal ortamlarda karşılaşılabileceği ufak kırılmalar dahi kişide endişe ve gerginlik düzeylerini arttırarak SAB'ye neden olabilmektedir [19].

Riskli akıllı telefon kullanımı ile ilişkili bir diğer psikiyatrik hastalık DEHB'dir. Birçok uluslararası çalışma DEHB tanısı olan kişilerde riskli akıllı telefon kullanımının yüksek oranlarda olduğunu tutarlı olarak göstermektedir. DEHB ile akıllı telefon kullanımı arasındaki ilişkide üzerinde durulan en önemli faktör dürtüselliktir. Dürtüsel davranışları olan, dışsallaştırıcı belirtileri daha fazla olan ve agresif-düşmancıl davranış sergileyen DEHB tanılı ergenlerin yüksek oranlarda riskli akıllı telefon kullanımı sergilediği düşünülmektedir. Bu özelliklere sahip DEHB tanılı ergenlerin temelde risk alma davranışlarında artış ve davranışların sonucunu öngörebilme becerilerinde eksiklik olduğu tahmin edilmektedir [92]. Hem riskli akıllı telefon kullanımı hem de sanal ortamda sahte hesap açma, tanımadığı kişilerle görüşme ve istismara uğrama açısından DEHB tanısı olmayanlara göre daha yüksek riske sahiptirler [92]. Kore'de yapılan geniş çaplı bir toplum taramasında riskli akıllı telefon kullanımı ile depresyon, anksiyete ve DEHB belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve riskli akıllı telefon kullanımı ile en güçlü ilişkiye sahip faktörün DEHB belirtileri olduğu saptanmıştır [93]. Dürtüsellik, davranışlarını kontrol edememe ve ödüle yüksek duyarlılık nedeniyle DEHB tanılı kişilerin riskli akıllı telefon kullanımı açısından daha yüksek riske sahip olabileceği bildirilmiştir [93].

2.4. Nomofobi

Nomofobi, kelime olarak İngilizce bir deyim olan “no mobile phone phobia” ifadesinin kısaltması olan “nomophobia” kelimesinin Türkçeleştirilmiş ifadesidir. Kelime olarak “cep telefonsuz kalma korkusu” olarak çevrilebilir fakat kastedilen internete ulaşımı sağlayan akıllı telefonlar olduğu için “akıllı telefonsuz kalma korkusu” en doğru ifade olacaktır [94]. Son yıllarda teknolojik gelişmelerin sağladığı imkanların yanısıra internet kullanımının yaygınlaşması ve cep telefonları ile internetin bir araya gelmesi sonucunda birçok bağımlılık benzeri patolojik davranışlar ortaya çıkmıştır. Günlük hayatı sekteye uğratabilecek şekilde uzun saatler boyunca bilgisayar başında vakit geçirme, internette çevrimiçi oyun ve sosyal medyada vakit geçirme ve cep telefonsuz duramama gibi davranışlar bildirilmektedir [95]. İnternete ve ilişkili ortamlara ulaşımı sağlayan teknolojik cihazlar vasıtasıyla günlük hayatın önemli bir bileşeni olan sosyal hayatın sanal ortama kayması nedeniyle karşılaşılabilecek sorunların uzun ölçekli etkisi tam olarak bilinmemektedir [95]. Nomofobi ve ilişkili psikolojik ve psikiyatrik belirtiler ve hastalıklarla alakalı çalışmalar son yıllarda ön plana çıkmaktadır.

2.4.1. Tanım ve Epidemiyoloji

Nomofobi, sanal haberleşme aracı olan akıllı telefondan uzak kalma durumunda ortaya çıkan huzursuzluk, gerginlik ve bunaltı hali olarak özetlenebilir [95, 96]. Nomofobinin DSM-5’te Özgül Fobiler arasında yer alması teklif edilmiştir fakat henüz DSM veya ICD tanı sistemlerinde yer almamaktadır. Nomofobi terimi ilk olarak 2008 yılında İngiltere’deki bir çalışma sonucunda ortaya atılmıştır. Çalışmaya katılan 2100 kişinin akıllı telefon kullandığı ve katılımcıların yarısından fazlasının nomofobi belirtileri olduğu bildirilmiştir [97]. 2015 yılında yapılan bir çalışmada nomofobi belirtileri 6 boyutta ele alınmıştır [98].

1. Akıllı telefonu sürekli kullanmak, akıllı telefon ile çok vakit geçirmek, birden fazla akıllı telefona sahip olmak, akıllı telefon şarj cihazlarını düzenli olarak taşımak

2. Kaybetme, yakında olmama, kapsama alanı dışında kalma, şarjın bitmesi, internete bağlanamama gibi akıllı telefonun kullanılmadığı durumları düşünmenin dahi endişe ve gerginlik yaratması ve bu nedenle akıllı telefon kullanımının kısıtlı olduğu yer ve durumlardan kaçınma
3. Mesaj, oyun ve sosyal medyadan gelen bildirimleri sürekli kontrol etmek için akıllı telefon ekranına bakma
4. Akıllı telefonu hiç kapatmama, akıllı telefon ile uyuyakalma
5. Gerginlik ve endişeye neden olduğu için sosyal etkileşimi sınırlandırma, sosyal etkileşimi akıllı telefon üzerinden sağlama
6. Akıllı telefonu sürekli kullanabilmek için borçlara girme, masraf yapma

Türkiye’de 2015 yılında nomofobi ölçeği kullanılarak yapılan nomofobi yaygınlığını araştıran bir çalışma sonucunda genç erişkinlerin %42,6’sında eşik üstü nomofobi belirtilerinin olduğu saptanmıştır [99]. İngiltere’de yapılan bir çalışmada %50 üzerinde nomofobi belirtilerinin gözlemlendiği ve erkeklerin %58’inin kadınların ise %48’inin nomofobi riski taşıdığı tespit edilmiştir [97]. Fakat 2012 yılında yapılan başka bir geniş ölçekli çalışmada ise nomofobi yaygınlığı %66 olarak bulunurken kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda nomofobi belirtilerine sahip olduğu bildirilmiştir [94]. Fransa’da 2012 yılında yapılan başka bir araştırma ise nomofobi yaygınlığını %22 olarak saptamıştır. 2019 yılında Türkiye’de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmaya göre orta ve yüksek derecede nomofobi belirtileri kriter olarak alındığında %80 gibi yüksek oranlarda nomofobi yaygınlığı olduğu bildirilmiştir [100].

2.4.2. Nomofobi ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar

Nomofobi ile ilişkili olabilecek psikiyatrik hastalıklar arasında anksiyete bozuklukları öne çıkmaktadır. Brezilya’da yapılan bir çalışmada panik bozukluğu olan kişiler akıllı telefonlarından uzaklaştırıldığında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek seviyede kaygı, huzursuzluk, kalp atım sayısında artış, solunum düzensizliği, terleme ve titreme gibi panik bozukluğun fiziksel belirtilerini göstermişlerdir [101].

2015 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışma sonucunda nomofobi belirtilerinin genç erişkinlerin akademik başarılarında olumsuz etkiye sahip olduğu bildirilmiştir [102]. Nomofobi ile kişilik özellikleri arasında bir ilişki olduğu, takıntılı ve bağımlı kişilik özellikleri olan C kümesi kişilik bozukluklarında bağımlılık davranışlarının daha yüksek olacağı öne sürülmüştür [103]. Türkiye’de nomofobi ile mizaç ve karakter özellikleri üzerine yapılan bir çalışmada, akıllı telefon bağımlılığı riski arttıkça kişilerin kendilerini yönetebilme, zamanı planlayabilme, amaçlarına uygun sorumluluklar alabilme gibi özelliklerinin azaldığı, yabancılardan çekinme, kaçınma, kötümser endişeler ve belirsizlik korkuları gibi özelliklerinin arttığı tespit edilmiştir [100].

2020 yılında 495 ergen ve genç erişkinin değerlendirildiği bir çalışmaya göre nomofobi ile psikopatolojik belirtiler arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kişilerarası ilişkilerde hassasiyet, obsesyon ve kompulsyonlar nomofobi için en güçlü yordayıcılar olarak tespit edilmiştir [104]. 2021 yılında yapılan başka bir çalışmada ağır düzeyde nomofobi belirtileri gösteren gençlerin, orta ve düşük düzey nomofobi belirtileri olanlara göre paranoid düşünceler, depresyon, kişilerarası ilişkilerde hassasiyet, obsesyon ve psikoz alanlarında daha yüksek skorlar elde ettiği bildirilmiştir [105].

Özetle, nomofobik özellikleri olan gençlerin kaygılı, bağımlı ve takıntılı kişilik özelliklerinin belirgin olarak öne çıktığı bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bu tür kişilik özelliklerinde kişilerarası ilişkilerde hassasiyet nedeniyle daha fazla kırılabilirlik yaşandığı, uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu ve strese çok kolay girildiği bilinmektedir. Bu nedenle nomofobi ile ilişkili psikopatolojilerde kaygılı, bağımlı ve takıntılı kişilik özelliklerinden temel alan bozuklukların daha çok görüldüğü düşünülmektedir.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma evreni Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 01.02.2022 ile 01.05.2022 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 12-18 yaş aralığındaki ergenlerden oluşmaktadır.

Örneklem olarak belirtilen tarihler arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran tüm ergenler değerlendirilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan, 12-18 yaş aralığında, 165 ergen alınmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin tümünden ve ailelerinden ayrı ayrı aydınlatılmış onam formları ile yazılı onam alınmıştır. Klinisyen tarafından çalışmaya katılan her bir ergene ebeveynin de dahil edildiği, yarı yapılandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe (K-SADS-PL) uygulanmış ve sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur.

Tablo 3.1. Çalışma Grubuna Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri

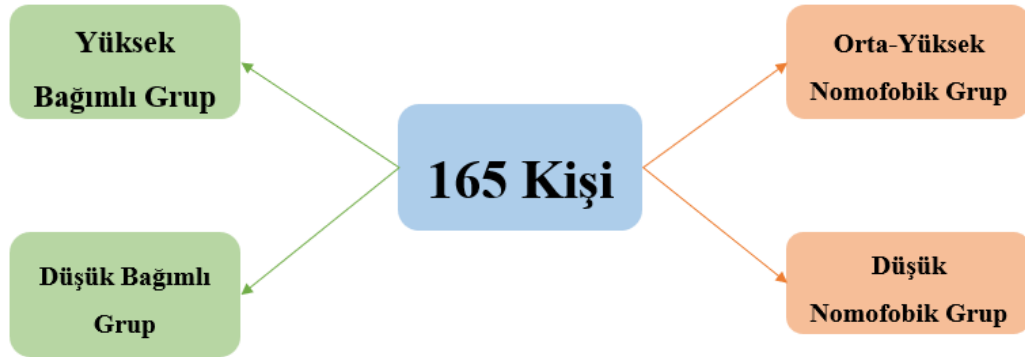
Araştırma Grubu Dahil Olma Ölçütleri	
•	12-18 yaş arasında olmak
•	Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve aydınlatılmış onam vermek
Araştırma Grubu Dışlama Ölçütleri	
•	Klinik olarak normal zihinsel gelişime sahip olmamak
•	Otizm spektrumu bozukluğu (OSB) ve şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar tanılarının olması
•	Bakımveren ebeveyn ya da ebeveynlerin, yapılacak anket görüşmelerine katılımlarını ya da ölçekleri doldurmalarını engelleyecek zihinsel problemlerinin olması

Ayrıca her bir ergene Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği (ATBÖ), Türkçe Nomofobi Ölçeği (TNÖ), Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ), Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği (BOBÖ), Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği (SDDÖ), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ),

Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKE), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği (SKÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) uygulanmıştır.

Annelere ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Türkçe Nomofobi Ölçeği (TNÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (E-DEHB-KBÖ) ve Conner's Ebeveyn Değerlendirme Formu (CEDF) uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan 165 ergen, ATBÖ puanlarına göre kesim noktası 100 puan ve üzeri yüksek bağımlılık riski olan grup ve 100 puan altı düşük bağımlılık riski olan grup olarak ikiye ayrılmış olup çalışmanın geri kalan kısmında yüksek bağımlı grup ve düşük bağımlı grup olarak ifade edilmiştir. Farklı çalışmalarda ATBÖ kesim noktası farklı değerlerde alınmış olup çalışmamızdaki katılan grubun ölçek puanları istatistiksel olarak değerlendirilerek kesim noktası belirlenmiştir. Ayrıca çalışmaya alınan 165 ergen, TNÖ puanlarına göre orta-yüksek nomofobik ve düşük nomofobik grup olarak ikiye ayrılmıştır.



Şekil 3.1. Katılımcıların Gruplara Ayrılması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Ergenlerin sosyodemografik ve klinik bilgilerini belirlemek için araştırmacı tarafından oluşturulan bir formdur. Formda çocuğun doğum tarihi, cinsiyeti, boy ve ağırlık değerleri, okul başarı düzeyi, eğitim durumu, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim

düzeıı, anne-baba mesleği, aylık gelir miktarı, aile yapısı ile ilgili genel bilgiler sorgulanmıştır. Bu genel değerlendirme dışında akıllı telefon kullanım, sosyal medya kullanım ve ekran maruziyeti alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri, arkadaş ilişkileri, uyku alışkanlıkları gibi riskli akıllı telefon kullanımı ile ilişkili olabilecek etkenler sorgulanmıştır. Ek-1’de sunulmuştur.

3.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği (ATBÖ)

Kwon ve arkadaşları tarafından oluşturulan likert tipi öz bildirim ölçeğidir ve 33 maddeden oluşur, her soru 1 ile 6 arası puanlanır [80]. Belirli bir kesme puanı yoktur, alınan puanın artması akıllı telefon bağımlılığı riskini de yükseltir; fakat farklı çalışmalarda farklı kesim noktaları belirlenerek kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demirci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [106]. Ek-2’de sunulmuştur.

3.2.3. Türkçe Nomofobi Ölçeği (TNÖ)

Nomofobi Ölçeği, Yıldırım ve Correira tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Yıldırım ve arkadaşları tarafından çalışılmıştır; geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır, güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0,92 olarak alt ölçeklerinin değeri ise 0,90; 0,74; 0,94 ve 0,91 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte yer alan 20 sorunun her biri katılımcılar tarafından ‘kesinlikle katılmıyorum’ ile ‘kesinlikle katılıyorum’ arasında 1-7 puan olacak şekilde puanlandırılır. Toplam puan 20 ise tüm sorulara ‘kesinlikle katılmıyorum’ denmesi durumunda nomofobi yok, 20-60 arasındaysa hafif düzeyde, 60-100 arasındaysa orta düzeyde, 100-140 arasındaysa aşırı düzeyde nomofobi olarak derecelendirilir. Ölçekteki 1, 2, 3 ve 4. maddeler “bilgiye erişememe”, 5, 6, 7, 8 ve 9. maddeler “rahatlıktan feragat etme”, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler “iletişim kuramama”, 16, 17, 18, 19 ve 20. maddeler ise “çevrimiçi bağlantıyı kaybetme” alt ölçeklerini değerlendirmektedir [87, 102]. Ek-3’de sunulmuştur.

3.2.4. Young Internet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ)

Patolojik internet kullanımını belirlemek için Young (1998) tarafından

geliştirilmiştir ve Bayraktar (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. DSM-IV'ün Psikoaktif Madde Bağımlılığı ölçütlerinden uyarlanan 20 soruluk likert tipi bir ölçektir. “Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Arada sırada”, “Çoğunlukla”, “Çok sık” ve “Devamlı” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenir. Bu seçenekler 0 ile 5 arası puanlanır. 80 ve üzeri puan alanlar “Patolojik İnternet Kullanıcısı”, 50-79 arası puan alanlar “Sınırlı Semptom Gösterenler”, 50 puan ve altı alanlar “Semptom Göstermeyenler” olarak tanımlanmıştır [107]. 12-17 yaş grubunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ek-4’de sunulmuştur.

3.2.5. Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği (BOBÖ)

Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği toplam 21 maddeden oluşan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan “bilgisayar oyunu oynamayı bırakamama” adlı ilk alt ölçek toplam 10 maddeden oluşur. Ölçeğin “bilgisayar oyununu gerçek hayatla ilişkilendirme” adlı ikinci alt ölçeği 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin “bilgisayar oyunu oynamaktan dolayı görevler aksatma” adlı üçüncü alt ölçeği 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin “bilgisayar oyunu oynamayı başka etkinliklere tercih etme” adlı dördüncü alt ölçeği 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 21, en fazla 105 puan alınabilmektedir. Alınan ölçek puanı yükseldikçe bilgisayar oyun bağımlılığı riskinin arttığı belirtilmektedir [108]. Ek-5’te sunulmuştur.

3.2.6. Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği (SDDÖ)

Dubow ve Ullman (1989) tarafından, çocuk veya ergenlerin aileleri, arkadaşları ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal destekle ilişkili algılarını değerlendirmek gayesiyle geliştirilmiştir [109]. SDDÖ, çocuk veya ergenin kendisini, içinde yer aldığı sosyal ortamda ne kadar sevilen, ilgi gösterilen, değer verilen ve kabul edilen biri olarak algıladığını ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler (2007) tarafından yapılmıştır [110]. 41 maddelik bu ölçekte çocuklar her maddeye beşli derecelendirme ölçeği (1=hiçbir zaman, 2=nadiren/çok ender olarak, 3=bazen, 4=çoğu zaman, 5=her zaman) üzerinden yanıt vermektedirler. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 205’tir. Toplam 3 alt ölçek bulunmaktadır, sırasıyla ‘Arkadaşlardan Alınan Destek’, ‘Aileden Alınan Destek’ ve

‘Öğretmenden Alınan Destek’ olarak isimlendirilmiştir. Yüksek puan alınması alt ölçeklerde belirtilen arkadaşlarından, ailesinden veya öğretmeninden aldığı desteğin iyi olduğu anlama gelmektedir. Ergenlik döneminde arkadaş ve aileden alınan destek anlamlı olduğundan çalışmada bu iki alt ölçek çalışılmıştır. Ek-6’da sunulmuştur.

3.2.7. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)

Gratz ve Roemer tarafından duygu düzenlemedeki güçlükleri ölçmek için geliştirilen 36 maddeli likert tipi bir ölçektir [111]. Ölçekte her bir madde 1-5 arasında puanlanır ve altı alt ölçeği vardır: Amaç, Strateji, Dürtüsellik, Farkındalık, Netlik ve Kabul Etmeme. Ölçeğin en önemli özelliği, bu altı farklı boyuttaki duygu düzenleme güçlüğünün yanı sıra duygu düzenlemede yaşanan genel güçlüğü değerlendirmesidir. Bu bağlamda ölçeğin tüm alt ölçeklerinden alınan puanların toplanmasından elde edilen “toplam ölçek puanı” (toplam duygu düzenlemede güçlük puanı) bulunmaktadır. Ülkemizde ölçeğin erişkinler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve orijinalindeki altı faktörlü yapı desteklenmiştir [112]. Türkçe ölçeğin ergenler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da yapılmıştır [113]. Ek-7’de sunulmuştur.

3.2.8. Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ)

Ölçeğin özgün formu, Lum ve Phares tarafından 2005 yılında “Lum Emotional Availability of Parents” ismiyle geliştirilmiştir [114]. Ölçek, katılımcıların ayrı ayrı hem anne hem de babalarını düşünerek yanıtlamaları istenen 15 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir ve 1 (hiçbir zaman) ile 6 (her zaman) arasında puanlanır. Ölçeğin anne ve baba formundan alınan yüksek puanlar ebeveynin duygusal erişilebilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması yapılmıştır ve çalışmanın örnekleminde gerçekleştirilen geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı anne formu için 0,95, baba formu için 0,97 olarak bulunmuştur [115]. Ek-8’de sunulmuştur.

3.2.9. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE), 40 maddeden oluşur; ilk 20 madde Durumluk Kaygı alt ölçeğine, son 20 madde Sürekli Kaygı alt ölçeğine aittir [116]. Durumluk Kaygı Ölçeği, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel endişeleri değerlendirirken Sürekli Kaygı Ölçeği, geleceğe yönelik olarak hissedilen ve bireyin kaygı yaşantısına olan genel yatkınlığını değerlendirir. Yüksek puanlar kişinin kaygılı olduğu anlamına gelmektedir. Ondört yaş üzerindeki ergenlerin ve yetişkinlerin kaygı düzeylerini değerlendirmek için kullanılır ve 12-14 yaş arasındaki ergenlerin algı ve anlama düzeyleri yeterliyse kullanılması önerilir. DSKE'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [117]. Ek-9'da sunulmuştur.

3.2.10. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Kişinin benlik saygısını değerlendirmek amacıyla kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir [118]. RBSÖ'nün, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ergen örnekleminde Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır [119]. RBSÖ'nün ilk on sorudan oluşan benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. RBSÖ'den 0-1 puan alanların yüksek benlik saygısı, 2-4 puan alanların orta benlik saygısı ve 5-6 puan alanların düşük benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Ek-10'da sunulmuştur.

3.2.11. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

1981 yılında Kovacs tarafından geliştirilen ÇDÖ, çocukluk depresyonlarında en çok kullanılan ve psikometrik özellikleri en çok araştırılmış olan, 27 maddelik likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her soru için 0-2 arasında puanlandırılmış üç yanıt seçeneğinden biri işaretlenmekte ve değerlendirme 27 maddeden alınan toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Alınan puan ne kadar fazlaysa depresyon semptom şiddeti o kadar ağır olarak değerlendirilir. Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmış ve kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır [120]. Ek 11'de sunulmuştur.

3.2.12. Ergenler için Sosyal Kaygı Ölçeği (SKÖ)

La Greca ve Lopez tarafından 1998’de geliştirilen ve 18 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçek olan SKÖ, sosyal kaygıyı ölçmede güvenilir ve geçerli olarak kabul edilmiştir [121]. Üç alt ölçekten oluşmaktadır: Olumsuz Değerlendirilme Korkusu (ODK), Genel Durumlarda Sosyal Kaçınma ve Huzursuzluk Duyma (G-SKHD) ve Yeni Durumlarda Sosyal Kaçınma ve Huzursuzluk Duyma (Y-SKHD). Ölçek 1 ile 5 puan arasında ‘hiçbir zaman’ ve ‘her zaman’ arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek olan puan en az 18 en fazla 90 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesim noktası 50 olarak (klinik olarak önemli sosyal kaygı) önerilmiştir. 2007 yılında Aydın ve Sütçü tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır [122]. Ek-12’de sunulmuştur.

3.2.13. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

PUKİ, Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen ve 18 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir [123]. Ağargün ve ark (1996) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [124]. Son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun şiddeti ve tipi konusunda bilgi verir; öz bildirim dayalı bir değerlendirme ve tarama testidir. Yedi bileşene ait skorlar elde edilir. Bunlar; alışılmış uyku etkinliği, öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uykuya dalma süresi (uyku latensi), gündüz işlev bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve uyku bozukluğudur. Her bir soru 0 ile 3 arası puanlandırılır. Yedi bileşene ait skorların toplamı ise toplam PUKİ skorunu vermektedir. Toplam PUKİ skoru 0-21 arasında bir değer alabilir. Toplam 5’den az olanların uyku kalitesi “iyi”; 5 ve üzerinde olanların ise uyku kalitesi “kötü” olarak değerlendirilir. Ek-13’te verilmiştir.

3.2.14. Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)

Ölçek, kişilerin hayatlarından aldıkları doyumunu belirlemek amacıyla Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen ve beş maddeden oluşan yedili likert tipi bir ölçektir [125]. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 35’tir. Ölçekten alınan puanın düşük olması kişinin hayat doyumunun düşük olduğunu gösterir. Diener ve arkadaşları ölçeğin güvenilirliğini veren Cronbach alpha değerini 0,87, ölçüt bağımlı geçerliliğini ise 0,82 olarak bulmuşlardır. Ölçek, Yetim tarafından

1993 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır [126]. Yetim'in yaptığı araştırmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,86 ve test-tekrar test yöntemi ile belirlenen güvenilirlik katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur. Ek-14'te verilmiştir.

3.2.15. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları tarafından ergen ve yetişkinlerdeki depresyon taramalarında kullanılmak ve depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir [127]. 21 maddeden oluşur ve her soru 0-3 arasında puanlanır. 0-63 arasında değişen puanlar elde edilir, 0-9 hiç yok/minimal depresyon, 10-16 hafif depresyon, 17-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1989 yılında yapılmıştır ve klinik depresyon tanısı için kesim noktası 17 olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda ebeveynlerin depresif semptomlarını değerlendirmek için verilmiştir. [128]. Ek-15'te sunulmuştur.

3.2.16. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

1988 yılında Beck tarafından öğrencilerin kaygı seviyelerinin ölçülmesi amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) geliştirilmiştir [129]. BAÖ, anksiyete belirti şiddetini belirleme ve anksiyete bozuklukları için tarama amacıyla kullanılmaktadır. 21 maddeden oluşur ve her bir madde 0-3 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 63'tür. Testin toplam puanları; 0-7 minimal anksiyete, 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta anksiyete ve 26-63 şiddetli anksiyete şeklinde yorumlanır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında yapılmıştır. Çalışmamızda ebeveynlerin anksiyete semptomlarını değerlendirmek için verilmiştir [130]. Ek-16'da sunulmuştur.

3.2.17. Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (E-DEHB-KBÖ)

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tanınması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen bir ölçektir [131]. Ölçekte sorulan sorular

DEHB tanısı için DSM-IV-TR’de önerilen A grubu semptomları içerir. Sorular her belirtinin son altı ay içinde ne sıklıkta meydana geldiğini belirlemeye yöneliktir. ‘Asla’ yanıtı için 0, ‘nadiren’ yanıtı için 1, ‘bazen’ yanıtı için 2, ‘sık’ yanıtı için 3, ‘çok sık’ yanıtı için 4 olmak üzere yanıtlar 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. 18 sorudan altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiği gösterilmiştir [132]. Bu nedenle bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. Ölçeğin A bölümündeki taralı alanlarda işaretli 4 ya da daha fazla maddenin olması DEHB belirtileri açısından anlamlı bulunmakta ve bu durumda ileri değerlendirme yapılması tavsiye edilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılan bir tarama aracıdır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri 0,88 olarak saptanmıştır. Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de “dikkat eksikliği” için 0,82 ve “hiperaktivite/dürtüsellik” için 0,78 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ebeveynlerin DEHB semptomlarını değerlendirmek amacıyla verilmiştir [133]. Ek-17’de sunulmuştur.

3.2.18. Conners’ Ebeveyn Değerlendirme Formu (CEDF)

Çocukların aile içi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla Conners tarafından oluşturulan ölçek 48 maddeden oluşan dört basamaklı likert tipi bir ölçektir [134]. CEDF’nin Türkçe’ye uyarlaması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları yapmıştır [135]. DEHB’nun yaygınlığını ve eş hastalık oranlarını belirlemede, DEHB olan ve olmayan bireyleri ayırt etmekte güçlü olması sebebiyle, Conners ebeveyn dereceleme ölçekleri sıklıkla kullanılmaktadır [136]. Ek-18’de sunulmuştur.

3.2.19. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version DSM-5, K-SADS-PL)

1997 yılında Kaufman ve arkadaşları tarafından oluşturulan K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerde şimdi ve yaşam boyu meydana gelen psikopatolojileri saptamak

amacıyla kullanılmaktadır ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur [137]. Üç bölümden oluşan K-SADS-PL'nin ilk bölümünde çocuğun ve ergenin demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi bilgiler sorgulanır. İkinci bölümde psikiyatrik belirtileri tarama amaçlı sorular, değerlendirme ölçütleri bulunmaktadır ve tarama görüşmesi olarak kullanılır. Tarama görüşmesinde çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendine özgü dereceleme yöntemiyle 0 ile 3 puan arasında puanlanmaktadır. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye o belirtinin ait olduğu psikopatolojiye ilişkin ek soruların olduğu üçüncü bölüm sorulmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine göre psikopatoloji olup olmadığına ergenden ve anne babalarından aldığı bilgileri ve kendi görüşlerini birleştirerek klinisyen karar vermektedir. K-SADS-PL ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk, dışa atım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozuklukları, tik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve otizm spektrumu bozukluğu değerlendirilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamandaki işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Türkçe uyarlamasının [138] ve DSM-5'e göre uyarlanan versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması [139] yapılmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ergenlerden araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma grubu için tanımlanan diğer ölçütleri karşılayan ergenler ve aileleriyle K-SADS-PL kullanılarak psikiyatrik tanı görüşmesi yapılmış ve eşlik eden psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. Ayrıca bu hastaların ve annelerinin veri toplama araçlarında olan diğer ölçekler ve formları doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya alınması planlanan 211 hastanın 15'i anneleri sonradan araştırmaya katılmak istemedikleri için, 9'u anne kaybı olduğu için ve 22'si ölçekleri tamamlayamadığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak toplam 165 ergen değerlendirilmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences, SPSS) 26.0 sürümü ve Bilimsel Veriler İçin İstatistik Yazılımı (Statistical Software for Data Science, STATA) ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilks istatistikleri ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı analizlerde normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapma; normal dağılıma uymayan değişkenler için ortanca, çeyrekler arası değer ve minimum-maksimum değerler; nitel değişkenler için sayı ve yüzde kullanılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirilmesinde; parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (birden çok ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) testi veya Fisher'in kesin ki-kare testi uygulanmıştır. Gruplarda ölçümle belirtilen iki değer arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Pearson veya Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Yüksek Bağımlılık ve Düşük Bağımlılık Riskli Gruplar Arasındaki Analizler

Çalışmaya alınan 165 hastanın ATBÖ puanları değerlendirilmiş ve kesim noktası olarak 100 puan belirlenmiştir. Kesim noktası 100 ve üzeri olanlar (≥ 100) yüksek bağımlı grup (N=72), kesim noktası 100 altı olanlar (< 100) düşük bağımlı grup (N = 93) olarak sınıflandırılmıştır. Yüksek ve düşük bağımlı gruplar oluşturulduktan sonra sosyodemografik özellikler, öz bildirim ölçekleri ve psikiyatrik tanımlar açısından gruplar karşılaştırılmıştır.

4.1.1. Sosyodemografik Veriler

Bulgular Tablo 4.1. ve Tablo 4.2.'de sunulmuştur. Gruplar arasında yaş (U = 3329,5, p = 0,951), cinsiyet ($\chi^2 = 0,156$, p = 0,693), boy (U = 3339,5, p = 0,978), beden ağırlığı (U = 3195,0, p = 0,615) ve BKİ (U = 3151,5, p = 0,519) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Okul başarı durumları karşılaştırıldığında, yüksek bağımlı gruptaki gençler başarı durumlarını anlamlı olarak daha kötü (%18,1) bildirmişlerdir ($\chi^2 = 4,223$, p = 0,040). Yüksek bağımlı grupta birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık oranı (%27,8) düşük bağımlı gruba göre (%14,0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2 = 4,830$, p = 0,028).

Evde telefonu en fazla kullanan kişilere bakıldığında yüksek bağımlı grupta ergenin kendisi (%75), düşük bağımlı grupta ise baba (%17,2) ve diğer kardeşler (%29,0) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2 = 16,307$, p = 0,001). Gruplar arasında akıllı telefon alınma yaşı (U = 3052,5, p = 0,621), yıl olarak akıllı telefon kullanma süresi (U = 2921,5, p = 0,372) ve ebeveynin akıllı telefonunu kullanma süresi (U = 35,5, p = 0,063) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yüksek bağımlı gruptaki ergenlerin (%94,4) düşük bağımlı gruptakilere göre (%63,4) ebeveynlerinden akıllı telefon kullanımı ile ilgili anlamlı olarak daha fazla uyarı aldıkları saptanmıştır ($\chi^2 = 22,006$, p < 0,001). Yüksek bağımlı grubun anlamlı olarak daha yüksek oranda küçüklükte yemek yeme, banyo yapma gibi istenmeyen durumlarda telefon-tablet

kullandığı (%23,6) gözlenmiştir ($\chi^2 = 7,111$, $p = 0,008$). Disiplin şekli olarak telefon-tablet kısıtlaması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yüksek bağımlı grubun anlamlı olarak daha yüksek oranda (%87,5) gece uyumadan önce telefon kullandığı saptanmıştır ($\chi^2 = 5,801$, $p = 0,016$).

Tablo 4. 1. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler I

	Yüksek Bağımlı (N=72)	Düşük Bağımlı (N=93)	P değeri
	ortanca (IQR; min-maks), ort. (SS) veya n (%)		
Yaş (yıl)	15 (2; 12-17)	15 (2; 12-17)	0,951 ¹
Cinsiyet			0,693 ²
Kız	44 (61,1)	54 (58,1)	
Erkek	28 (38,9)	39 (41,9)	
Boy (cm)	162 (13; 147-197)	163 (11; 141-183)	0,978 ¹
Beden ağırlığı (kg)	57 (17; 37-109)	58 (16; 32-152)	0,615 ¹
BKİ	21,0 (6,0; 14,7-35,8)	21,1 (4,9; 14,2-46,9)	0,519 ¹
Kardeş sayısı	2 (0; 1-5)	2 (1; 1-6)	0,691 ¹
Kaçıncı çocuk	1 (1; 1-5)	1 (1; 1-6)	0,875 ¹
Sınıfı	10 (3; 7-12)	10 (3; 6-12)	0,872 ¹
Lise giriş sınavı puanı	353,7 (82,4)	338,5 (65,8)	0,333 ³
Okul başarı durumu			0,040²
İyi-Orta	59 (81,9)	86 (92,5)	
Kötü	13 (18,1)	7 (7,5)	
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine İlk Geliş			0,700 ²
Evet	25 (34,7)	35 (37,6)	
Hayır	47 (65,3)	58 (62,4)	
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık	20 (27,8)	13 (14,0)	0,028²

* ¹Mann Whitney U ²Pearson Ki-Kare Testi ³Bağımsız Örneklemelerde T Testi

Tablo 4. 2. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler II

	Yüksek Bağımlı	Düşük Bağımlı	P değeri
	(N=72)	(N=93)	
	n (%)		
Aylık ortalama gelir (TL)			0,573 ¹
<2.000	1 (1,4)	3 (3,2)	
2.000-5.000	21 (29,6)	21 (22,6)	
5.000-10.000	32 (45,1)	48 (51,6)	
10.000-20.000	13 (18,3)	19 (20,4)	
>20.000	4 (5,6)	2 (2,2)	
Yaşanan yer			1,000 ²
Kırsal	2 (2,8)	2 (2,2)	
Kent	70 (97,2)	91 (97,8)	
Aile yapısı			0,296 ¹
Çekirdek	50 (70,4)	74 (79,6)	
Geniş	5 (7,0)	4 (4,3)	
Boşanmış	12 (16,9)	14 (15,1)	
Ebeveyn Kaybı	4 (5,6)	1 (1,1)	
Anne eğitim düzeyi			0,505 ³
İlkokul	12 (17,1)	19 (20,7)	
Ortaokul	8 (11,4)	5 (5,4)	
Lise	30 (42,9)	44 (47,8)	
Üniversite	20 (28,6)	24 (26,1)	
Baba eğitim düzeyi			0,690 ³
İlkokul	5 (7,1)	11 (12,0)	
Ortaokul	11 (15,7)	16 (17,4)	
Lise	29 (41,4)	32 (34,8)	
Üniversite	25 (35,7)	33 (35,9)	
Anne mesleği			0,729 ³
Çalışmıyor	40 (56,3)	51 (55,4)	
Memur	9 (12,7)	12 (13,0)	
İşçi	7 (9,9)	15 (16,3)	
Serbest Meslek	13 (18,3)	12 (13,0)	
Emekli	2 (2,8)	2 (2,2)	
Baba mesleği			0,432 ³
Çalışmıyor	2 (2,9)	0 (0,0)	
Memur	25 (36,8)	27 (29,7)	
İşçi	11 (16,2)	16 (17,6)	
Serbest Meslek	27 (39,7)	41 (45,1)	
Emekli	3 (4,4)	7 (7,7)	

* ¹Fisher Freeman Halton Testi ²Fisher Exact Test ³Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4. 3. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasında Akıllı Telefon İle İlgili Özellikler

	Yüksek Bağımlı (N=72)	Düşük Bağımlı (N=93)	p değeri
	ortanca (IQR; min-maks) veya n (%)		
Akıllı telefon alınma yaşı (yıl)	12 (2; 8-16)	12 (2; 5-15)	0,621 ¹
Akıllı telefon kullanma süresi (yıl)	2 (1; 0-4)	1 (1; 0-4)	0,372 ¹
Ebeveynin akıllı telefonunu kullanma süresi (yıl)	5 (2; 2-9)	4 (4; 1-10)	0,063 ¹
Akıllı telefon ile ilgili uyarı alma			< 0,001 ²
Evet	68 (94,4)	59 (63,4)	
Hayır	4 (5,6)	34 (36,6)	
Evde en fazla telefon kullanan kişi			0,001 ²
Kendisi	54 (75,0)	41 (44,1)	
Anne	3 (4,2)	9 (9,7)	
Baba	4 (5,6)	16 (17,2)	
Kardeşler	11 (15,3)	27 (29,0)	
Sosyal medya uygulamalarını kullanma durumu	71 (98,6)	89 (95,7)	0,388 ³
Facebook	9 (12,5)	5 (5,4)	0,103 ²
Instagram	65 (90,3)	69 (74,2)	0,009²
Twitter	26 (36,1)	25 (26,9)	0,203 ²
YouTube	77 (82,8)	65 (90,3)	0,169 ²
Snapchat	38 (52,8)	42 (45,2)	0,332 ²
TikTok	35 (48,6)	29 (31,2)	0,023²
Sosyal medya uygulamalarına erişim için cihaz kullanımı	72 (100,0)	90 (97,8)	0,504 ³
Bilgisayar	29 (40,3)	28 (30,4)	0,189 ²
Tablet	15 (20,8)	17 (18,5)	0,706 ²
Akıllı Telefon	70 (97,2)	89 (96,7)	1,000 ³
Sosyal medya kullanım süresi			0,325 ⁴
1 yıldan az	7 (9,7)	18 (19,8)	
1-3 yıl arası	38 (52,8)	43 (47,3)	
4-6 yıl arası	24 (33,3)	25 (27,5)	
7 yıldan fazla	3 (4,2)	5 (5,5)	
Günlük sosyal medya kullanım süresi			0,003 ²
1 saatten az	10 (13,9)	28 (30,8)	
1-3 saat arası	38 (52,8)	48 (52,7)	
4-6 saat arası	15 (20,8)	14 (15,4)	
7 saatten fazla	9 (12,5)	1 (1,1)	

* ¹Mann Whitney U ²Pearson Ki-Kare Testi ³Fisher Exact Test ⁴Fisher Freeman Halton Testi

Yüksek bağımlı grubun telefon ve tableti en yüksek oranda (%40,3) 4-6 saat/gün kullandığı, düşük bağımlı grubun ise 0-1 saat/gün (%9,7) ve 1-2 saat/gün (%31,2) kullandığı saptanmıştır ($\chi^2 = 28,195$, $p < 0,001$). Gruplar arasında günlük bilgisayar kullanım süresi ($\chi^2 = 6,283$, $p = 0,179$) ve günlük oyun oynayarak geçirilen süre ($\chi^2 = 6,699$, $p = 0,153$) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yüksek bağımlı grubun anlamlı olarak daha yüksek oranda (%34,7) sosyal paylaşım sitelerine girme, düşük bağımlı grubun ise daha yüksek oranda (%9,7) derslere katılma amacıyla akıllı telefonu kullandığı saptanmıştır ($\chi^2 = 18,239$, $p = 0,001$).

Sosyal medya kullanım süreleri yüksek bağımlı grupta 7 saat/gün'den fazla (%12,5), düşük bağımlı grupta 1 saat/gün'den az (%30,8) bulunmuştur ($\chi^2 = 14,100$, $p = 0,003$). Yüksek bağımlı grubun sosyal medya uygulamaları arasında Instagram ($\chi^2 = 6,881$, $p = 0,009$) ve TikTok ($\chi^2 = 5,192$, $p = 0,023$) uygulamalarını tercih ettiği görülmüştür. Gruplar arasında Facebook, Twitter, YouTube ve Snapchat kullanma açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,050$). (Tablo 4.3)

Gruplar arasında hafta içi ($U = 3334,0$, $p = 0,962$) ve hafta sonu ($U = 3007,0$, $p = 0,255$) uyku süreleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yüksek bağımlı grupta uyku kalitesi anlamlı olarak daha düşük (%26,4)- ($\chi^2 = 10,706$, $p = 0,001$), gün içinde uykululuk hali daha yüksek (%83,3) oranda bildirilmiştir ($\chi^2 = 7,987$, $p = 0,005$). Yüksek bağımlı grup akşam yemeklerini daha yüksek oranda (%73,6) kendi başına bilgisayar-telefon başında yediğini belirtmiştir ($\chi^2 = 9,381$, $p = 0,002$).

Gruplar arasında okulda ($\chi^2 = 1,790$, $p = 0,409$) ve boş zamanlarda fiziksel aktivite düzeyleri ($\chi^2 = 2,590$, $p = 0,274$) ve haftalık fiziksel aktivite sıklığı ($\chi^2 = 0,398$, $p = 0,528$) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gruplar arasında yakın arkadaş ($\chi^2 = 0,271$, $p = 0,602$) veya yakın arkadaş grubuna sahip olma ($\chi^2 = 0,001$, $p = 0,980$) ve hobilerinin olması ($\chi^2 = 1,804$, $p = 0,179$) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yüksek bağımlı grup anlamlı olarak daha yüksek oranda (%83,3) yalnız hissettiğini belirtmiştir ($\chi^2 = 23,809$, $p < 0,001$).

Tablo 4. 4. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasında Akıllı Telefon Kullanımı İle İlgili Özellikler

	Yüksek Bağımlı (N=72)	Düşük Bağımlı (N=93)	p değeri ¹
	n (%)		
Günlük telefon ve tablet kullanım süresi			< 0,001
0-1 saat	1 (1,4)	9 (9,7)	
1-2 saat	6 (8,3)	29 (31,2)	
2-4 saat	19 (26,4)	28 (30,1)	
4-6 saat	29 (40,3)	12 (12,9)	
6 saatten fazla	17 (23,6)	15 (16,1)	
Günlük bilgisayar kullanım süresi			0,179
0-1 saat	41 (56,9)	62 (66,7)	
1-2 saat	8 (11,1)	14 (15,1)	
2-4 saat	11 (15,3)	5 (5,4)	
4-6 saat	8 (11,1)	6 (6,5)	
6 saatten fazla	4 (5,6)	6 (6,5)	
Günlük oyun oynayarak geçirilen süre			0,153
0-1 saat	57 (61,3)	34 (47,2)	
1-2 saat	19 (20,4)	18 (25,0)	
2-4 saat	10 (10,8)	6 (8,3)	
4-6 saat	4 (4,3)	9 (12,5)	
6 saatten fazla	3 (3,2)	5 (6,9)	
Akıllı telefon kullanım amacı			0,001
Oyun oynama	17 (23,6)	22 (23,7)	
Video izleme	19 (26,4)	34 (36,6)	
Sosyal paylaşım sitelerini kullanma	25 (34,7)	11 (11,8)	
Mesajlaşma, konuşma	11 (15,3)	17 (18,3)	
Derslere katılma	0 (0,0)	9 (9,7)	
Küçüklükte yemek yeme, banyosunu yapma vb. durumlarda telefon-tablet kullanımı			0,008
Evet	17 (23,6)	8 (8,6)	
Hayır	55 (76,4)	85 (91,4)	
Disiplin şekli olarak telefon-tablet kısıtlaması			0,991
Evet	34 (47,2)	44 (47,3)	
Hayır	38 (52,8)	49 (52,7)	
Gece uyumadan önce telefon kullanımı			0,016
Evet	63 (87,5)	67 (72,0)	

Hayır

9 (12,5)

26 (28,0)

* ¹Pearson Ki-Kare Testi

Yüksek bağımlı grupta kendine zarar verme davranışı (%55,6) anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır ($\chi^2 = 23,330$, $p < 0,001$). Sigara kullanımının yüksek bağımlı grupta daha yüksek olduğu gözlemlense bile istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 3,265$, $p = 0,071$).

Tablo 4. 5. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Günlük Yaşam Davranışları Özellikleri

	Yüksek Bağımlı	Düşük Bağımlı	p değeri
	(N=72)	(N=93)	
	ortanca (IQR; min-maks) veya n (%)		
Hafta içi uyku süresi, (saat/gün)	7 (2; 4-15)	7 (2; 3-12)	0,962 ¹
Hafta sonu uyku süresi, (saat/gün)	10 (2; 5-13)	9 (3; 4-14)	0,255 ¹
İyi uyku kalitesi	19 (26,4)	48 (51,6)	0,001²
Uykulu olma durumu	60 (83,3)	59 (63,4)	0,005²
Akşam yemeklerini yeme yeri			0,002²
Aileyle birlikte sofrada,	53 (73,6)	85 (91,4)	
Kendi başına bilgisayar- telefon başına	19 (26,4)	8 (8,6)	
Okulda fiziksel aktivite düzeyi			0,409 ²
Düşük	17 (23,6)	16 (17,2)	
Orta	41 (56,9)	52 (55,9)	
Yüksek	14 (19,4)	25 (26,9)	
Boş zamanlarda fiziksel aktivite düzeyi			0,274 ²
Düşük	52 (72,2)	56 (60,2)	
Orta	15 (20,8)	28 (30,1)	
Yüksek	5 (6,9)	9 (9,7)	
Orta-yüksek düzeyde fiziksel aktivite sıklığı			0,528 ²
<3 gün/hafta	55 (76,4)	67 (72,0)	
>3 gün/hafta	17 (23,6)	26 (28,0)	

Yakın arkadaş			0,602 ²
Var	66 (91,7)	83 (89,2)	
Yok	6 (8,3)	10 (10,8)	
Yakın arkadaş grubu			0,980 ²
Var	52 (72,2)	67 (72,0)	
Yok	20 (27,8)	26 (28,0)	
Hobi			0,179 ²
Var	59 (81,9)	83 (89,2)	
Yok	13 (18,1)	10 (10,8)	
Zorbalığa maruz kalma			0,007²
Var	33 (45,8)	24 (25,8)	
Yok	39 (54,2)	69 (74,2)	
Yalnız hissetme			< 0,001²
Var	60 (83,3)	43 (46,2)	
Yok	12 (16,7)	50 (53,8)	
Kendine zarar verme davranışı			< 0,001²
Var	40 (55,6)	18 (19,4)	
Yok	32 (44,4)	75 (80,6)	
Sigara kullanımı			0,071 ²
Var	13 (18,1)	8 (8,6)	
Yok	59 (81,9)	85 (91,4)	

* ¹Mann Whitney U ²Pearson Ki-Kare Testi

Ebeveynlerden alınan bilgilere göre, çocuğun başarı durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0,175$, $p = 0,916$). Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin ebeveynleri evde en fazla telefon kullanan kişi olarak çocuklarını (%80,6) ve babaları (%4,2) belirtmişlerdir ($\chi^2 = 12,915$, $p = 0,005$). Çocuğun günlük telefon kullanım süreleri yüksek bağımlı grupta 4-6 saat/gün (%27,8) ve 6 saat/gün'den (%56,9) fazla bildirilirken, düşük bağımlı grupta (%36,6) 2-4 saat/gün bildirilmiştir ($\chi^2 = 25,862$, $p < 0,001$).

Tablo 4. 6. Ebeveynlerden Edinilen Bilgilere Göre Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler

	Yüksek Bağımlı	Düşük Bağımlı	p değeri
	(N=72)	(N=93)	
	n (%)		
Çocuğun başarı durumu			0,916 ¹
İyi	28 (38,9)	38 (40,9)	
Orta	34 (47,2)	44 (47,3)	
Kötü	10 (13,9)	11 (11,8)	
Evde en fazla telefon kullanan kişi			0,005¹
Çocuk	58 (80,6)	51 (54,8)	
Anne	3 (4,2)	11 (11,8)	
Baba	3 (4,2)	14 (15,1)	
Diğer kardeşler	8 (11,1)	17 (18,3)	
Küçüklükte yemek yeme, banyosunu yapma vb. durumlarda telefon-tablet kullanımı			0,115 ¹
Evet	15 (20,8)	11 (11,8)	
Hayır	57 (79,2)	82 (88,2)	
Disiplin şekli olarak telefon-tablet kısıtlaması			0,959 ¹
Evet	33 (45,8)	43 (46,2)	
Hayır	39 (54,2)	50 (53,8)	
Akıllı telefon ile ilgili uyarı alma			0,230 ¹
Evet	65 (90,3)	78 (83,9)	
Hayır	7 (9,7)	15 (16,1)	
Ebeveynlerin telefon ile çok uğraşma durumu			0,104 ¹
Evet	37 (51,4)	36 (38,7)	
Hayır	35 (48,6)	57 (61,3)	
Telefonla en çok uğraşan ebeveyn			0,481 ¹
Anne	38 (52,8)	42 (47,2)	
Baba	34 (47,2)	47 (52,8)	
Ebeveynin günlük telefonla ilgilenme süresi			0,145 ²
0-1 saat	17 (23,6)	33 (35,5)	
1-2 saat	24 (33,3)	35 (37,6)	
2-4 saat	22 (30,6)	18 (19,4)	
4-6 saat	5 (6,9)	6 (6,5)	
6 saatten fazla	4 (5,6)	1 (1,1)	
Çocuğun günlük telefon kullanım süresi			< 0,001¹
0-1 saat	1 (1,4)	6 (6,5)	

1-2 saat	2 (2,8)	10 (10,8)	
2-4 saat	8 (11,1)	34 (36,6)	
4-6 saat	20 (27,8)	14 (15,1)	
6 saatten fazla	41 (56,9)	29 (31,2)	
Diğer ebeveynin günlük telefonla ilgilenme süresi			0,085 ¹
0-1 saat	16 (23,5)	25 (29,4)	
1-2 saat	22 (32,4)	24 (28,2)	
2-4 saat	10 (14,7)	24 (28,2)	
4-6 saat	12 (17,6)	8 (9,4)	
6 saatten fazla	8 (11,8)	4 (4,7)	
Çocuğun telefon kullanım amacı			0,043¹
Oyun oynamak	22 (30,6)	31 (33,3)	
Video izlemek	30 (41,7)	44 (47,3)	
Sosyal paylaşım sitelerini kullanmak	14 (19,4)	5 (5,4)	
Mesajlaşma, konuşma	5 (6,9)	7 (7,5)	
Derslere katılma	1 (1,4)	6 (6,5)	
Sosyal medya kullanımı			0,926 ¹
Evet	60 (83,3)	78 (83,9)	
Hayır	12 (16,7)	15 (16,1)	
Eşin sosyal medya kullanımı			0,471 ¹
Evet	56 (81,2)	68 (76,4)	
Hayır	13 (18,8)	21 (23,6)	

* ¹Pearson Ki-Kare Testi ²Fisher Freeman Halton Testi

4.1.2. K-SADS-PL Tanılar

Yüksek bağımlı grupta şimdiki tanı alma oranı anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2 = 13,813$, $p < 0,001$) ve duygudurum bozuklukları tanısı ($\chi^2 = 19,052$, $p < 0,001$) en fazladır. Duygudurum bozukluğu tanıları içerisinde MDB tanı oranları ($\chi^2 = 14,775$, $p < 0,001$) yüksek bağımlı grupta anlamlı olarak daha yüksektir. Yüksek bağımlı grupta DEHB ($\chi^2 = 6,628$, $p = 0,010$) ve KOKGB ($p = 0,042$) tanıları anlamlı olarak daha yüksektir. Örnekleme dışlanan tanılar olan OSB ve şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar tanısı dışında dışa atım bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları tanısı alan ergen de olmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplarda K-SADS-PL Tanıları

	Yüksek Bağımlı	Düşük Bağımlı	p değeri
	(N=72)	(N=93)	
	n (%)		
Şimdiki Tanı	71 (98,6)	74 (79,6)	< 0,001 ¹
Duygudurum Bozuklukları	41 (56,9)	22 (23,7)	< 0,001 ¹
Anksiyete Bozuklukları	39 (54,2)	42 (45,2)	0,251 ¹
MDB	37 (51,4)	21 (22,6)	< 0,001 ¹
BAB	1 (1,4)	0 (0,0)	0,436 ²
Distimi	6 (8,3)	2 (2,2)	0,080 ²
Siklotimi	-	-	
YDDB	-	-	
PB	1 (1,4)	2 (2,2)	1,000 ²
Agorafobi	3 (4,2)	0 (0,0)	0,081 ²
Özgül Fobi	11 (15,3)	8 (8,6)	0,183 ¹
SAB	18 (25,0)	23 (24,7)	0,968 ¹
AAB	1 (1,4)	2 (2,2)	1,000 ²
YAB	23 (31,9)	19 (20,4)	0,092 ¹
TSSB	0 (0,0)	4 (4,3)	0,133 ²
OKB	5 (6,9)	5 (5,4)	0,749 ²
DEHB	40 (55,6)	33 (35,5)	0,010 ¹
KOKGB	7 (9,7)	2 (2,2)	0,042 ²
DB	0 (0,0)	2 (2,2)	0,505 ²
OSB	-	-	
Tik bozuklukları	2 (2,8)	0 (0,0)	0,189 ²
Dışa atım bozuklukları	-	-	
Alkol-madde kullanım bozuklukları	-	-	
Şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar	-	-	
BN	3 (4,2)	0 (0,0)	0,081 ²
AN	2 (2,8)	0 (0,0)	0,189 ²
TYB	8 (11,1)	6 (6,5)	0,287 ¹

* ¹Pearson Ki-Kare Testi ²Fisher Exact Testi

4.1.2. Ergen Özbildirim Ölçekleri

Yüksek bağımlı grupta nomofobi ve internet bağımlılığı daha fazla saptanmıştır, bilgisayar oyun bağımlılığı ($U = 2598,0$, $p = 0,069$) açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. TNÖ Toplam puanı ($t = -7,219$, $p < 0,001$) ile tüm alt ölçek puanları (bilgiye ulaşamama ($U = 1912,0$, $p < 0,001$), iletişimi kaybetme ($U = 1358,5$, $p < 0,001$), iletişime geçememe ($t = -4,232$, $p < 0,001$) ve cihazdan yoksunluk ($U =$

1572,0, $p < 0,001$) ve YİBÖ puanları ($U = 782,0$, $p < 0,001$) yüksek bağımlı grupta anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplarda Özbildirim Ölçek Puanları

	Yüksek Bağımlı (N=72)	Düşük Bağımlı (N=93)	p değeri
	ortanca (IQR; min-maks) veya ort. (SS)		
TNÖ Toplam	79,7 (22,5)	55,6 (20,4)	< 0,001 ¹
Bilgiye ulaşamama	15 (8; 5-28)	10 (7; 4-28)	< 0,001 ²
İletişimi kaybetme	20 (12; 5-33)	13 (8; 5-32)	< 0,001 ²
İletişime geçememe	28,5 (9,4)	22,0 (10,3)	< 0,001 ¹
Cihazdan yoksunluk	16 (10; 5-32)	8 (7; 5-29)	< 0,001 ²
YİBÖ	47 (17; 13-79)	21 (19; 0-66)	< 0,001 ²
BOBÖ	39 (36; 21-88)	29 (21; 19-91)	0,069 ²
SDDÖ Arkadaş	55,2 (15,6)	61,0 (14,1)	0,013 ¹
SDDÖ Aile	38 (18; 7-53)	42 (16; 8-55)	0,010 ²
DDGÖ Toplam	118,4 (24,1)	95,8 (26,5)	< 0,001 ¹
Farkındalık	16,9 (5,8)	16,1 (5,0)	0,377 ¹
Netlik	17 (7; 5-25)	13 (8; 5-25)	0,002 ²
Kabul Etmeme	16 (11; 6-30)	11 (7; 6-30)	0,001 ²
Strateji	28 (11; 8-40)	20 (15; 8-40)	< 0,001 ²
Dürtüler	14 (7; 4-22)	9 (7; 2-20)	< 0,001 ²
Amaçlar	21 (8; 6-25)	18 (8; 5-25)	< 0,001 ²
EDEÖ Anne	73 (34; 15-90)	76 (25; 19-90)	0,026 ²
EDEÖ Baba	58 (48; 15-90)	64 (45; 15-90)	0,020 ²
DSKE Sürekli Kaygı	67 (16; 32-80)	53 (20; 27-80)	< 0,001 ²
DSKE Durumluk Kaygı	57,5 (11,5)	48,2 (10,2)	< 0,001 ¹
RBSÖ	3,0 (2,4; 0-5,7)	1,3 (1,8; 0,0-5,7)	< 0,001 ²
ÇDÖ	27 (16; 6-49)	16 (16; 0-48)	< 0,001 ²
SKÖ Toplam	58 (32; 18-89)	45 (29; 18-90)	< 0,001 ²
Olumsuz değerlendirilme korkusu	26 (16; 7-35)	16 (13; 7-35)	< 0,001 ²
Genel sosyal durumlarda korku ve huzursuzluk	14 (8; 5-25)	10 (7;5-25)	0,009 ²
Yeni sosyal durumlarda korku ve huzursuzluk	21 (12; 6-30)	16 (9; 6-30)	< 0,001 ²
PUKİ	8 (6; 0-18)	4 (5; 0-17)	< 0,001 ²
YKÖ	14 (11; 5-33)	21 (12; 5-35)	< 0,001 ²

* ¹Bağımsız Örneklemelerde T Testi ²Mann Whitney U

Yüksek bağımlı grupta SDDÖ arkadaş ($t = 2,504$, $p = 0,013$) ve SDDÖ aile ($U = 2504,0$, $p = 0,010$) puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Yüksek bağımlı grupta DDGÖ toplam ($t = 5,614$, $p < 0,001$) ve DDGÖ farkındalık ($t = -0,886$, $p = 0,377$) hariç DDGÖ'nün tüm alt ölçek puanları ($p < 0,010$), DSKE sürekli kaygı ($U = 1611,0$, $p < 0,001$) ve DSKE durumluk kaygı ($t = -5,461$, $p < 0,001$) puanları anlamlı olarak daha yüksektir; EDEÖ anne ($U = 2535,0$, $p = 0,026$) ve EDEÖ baba ($U = 2330,0$, $p = 0,020$) puanları anlamlı olarak daha düşüktür

Yüksek bağımlı grupta RBSÖ puanları ($U = 1895,0$, $p < 0,001$), ÇDÖ puanları ($U = 1715,0$, $p < 0,001$), SKÖ toplam ($U = 2059,5$, $p < 0,001$) ve alt ölçek puanları ($p < 0,010$) ve PUKİ ($U = 1711,5$, $p < 0,001$) puanları daha yüksek; YKÖ ($U = 1744,5$, $p < 0,001$) puanları daha düşük olarak saptanmıştır.

Yüksek bağımlı grupta ebeveynlerin doldurduğu CEDF toplam ($U = 1825,5$, $p < 0,001$) ve tüm alt ölçek puanları ($p < 0,010$) anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.9).

4.1.3. Anne Özbildirim Ölçekleri

Yüksek bağımlı gruptaki ergenlerin annelerinde BDÖ toplam puanları ($U = 2271,5$, $p = 0,001$) ile umutsuzluk ($U = 2274,0$, $p = 0,001$) ve suçluluk duygulanımları ($U = 2406,5$, $p = 0,007$) alt ölçek puanları daha yüksektir. Gruplar arasında kendisine yönelik olumsuz duygular ($U = 2931,0$, $p = 0,286$) ve bedensel kaygılar ($U = 2765,0$, $p = 0,096$) alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yüksek bağımlı gruptaki ergenlerin annelerinde BAÖ puanları ($U = 2406,5$, $p = 0,003$) ve TNÖ puanları ($t = -2,553$, $p = 0,012$) anlamlı olarak daha yüksektir.

Yüksek bağımlı gruptaki ergenlerin annelerinde E-DEHB-KBÖ toplam puanları ($U = 2662,0$, $p = 0,040$) ve dikkat eksikliği alt ölçeği puanları ($t = -2,221$, $p = 0,028$) daha yüksekken; gruplar arasında hiperaktivite alt ölçeği açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -1,720$, $p = 0,087$) (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9. Yüksek ve Düşük Bağımlı Gruplarda Ebeveyn Özbildirim Ölçek Puanları

	Yüksek Bağımlı (N=72)	Düşük Bağımlı (N=93)	p değeri
	ortanca (IQR; min-maks) veya ort. (SS)		
BDÖ Toplam	15 (13; 1-36)	10 (8; 0-37)	0,001¹
Umutsuzluk	7 (5; 0-18)	4 (4; 0-19)	0,001¹
Kendisine yönelik olumsuz duygular	2 (3;0-6)	1 (3;0-6)	0,286 ¹
Bedensel kaygılar	1 (2;0-5)	1 (2; 0-5)	0,096 ¹
Suçluluk duygulanımları	2 (3;0-8)	2 (2;0-7)	0,007¹
BAÖ	13 (17;0-41)	7 (9;0-37)	0,003¹
TNÖ	55,9 (20,1)	47,5 (21,7)	0,012²
E-DEHB-KBÖ Toplam	21 (12; 2-52)	19 (11; 0-42)	0,040¹
Dikkat Eksikliği	11,5 (5,6)	9,6 (5,2)	0,028²
Hiperaktivite	11,5 (5,7)	10,0 (5,2)	0,087 ²
CEDF Toplam	43 (26; 4-130)	28 (27; 3-70)	< 0,001¹
Davranım sorunu	7 (9;0-33)	3 (6; 0-23)	< 0,001¹
Ataklık – hiperaktivite	4 (3; 0-11)	3 (3; 0-10)	0,008¹
Öğrenme sorunu	6 (5; 0-16)	3 (4; 0-11)	< 0,001¹
Kaygı	9 (6; 2-22)	6 (6; 0-17)	< 0,001¹
Psikosomatik	4 (5; 0-15)	3 (4; 0-13)	0,002¹

* ¹Mann Whitney U ²Bağımsız Örneklemelerde T Testi

4.2. Orta-Yüksek Nomofobik Grup ve Düşük Nomofobik Grup Arasındaki Analizler

Çalışmaya alınan 165 hastanın TNÖ puanları değerlendirilmiş ve kesim noktası olarak 60 puan belirlenmiştir. Kesim noktası 60 ve üzeri olanlar (≥ 60) orta-yüksek nomofobik grup (N = 98), kesim noktası 60 altı olanlar (< 60) düşük nomofobik grup (N = 67) olarak sınıflandırılmıştır. Orta-yüksek ve düşük nomofobik gruplar oluşturulduktan sonra sosyodemografik özellikler, özbildirim ölçekleri ve psikiyatrik tanımlar açısından gruplar karşılaştırılmıştır.

4.2.1. Sosyodemografik Veriler

Gruplar arasında yaş açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (U = 3186,0, p = 0,743). Orta-yüksek nomofobik grupta kız cinsiyet (%67,3) anlamlı olarak daha

fazladır ($\chi^2 = 6,329$, $p = 0,012$). Orta-yüksek nomofobik grupta sahip olunan kardeş sayısı anlamlı olarak daha fazladır ($U = 2707,5$, $p = 0,025$) (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler I

	Orta-Yüksek Nomofobik (N=98)	Düşük Nomofobik (N=67)	p değeri
	ortanca (IQR; min-maks), ort. (SS) veya n (%)		
Yaş (yıl)	15 (2; 12-17)	15 (2; 12-17)	0,743 ¹
Cinsiyet			0,012²
Kız	66 (67,3)	32 (47,8)	
Erkek	32 (32,7)	35 (52,2)	
Boy (cm)	162 (12; 147-197)	163 (10; 141-183)	0,282 ¹
Beden ağırlığı (kg)	56 (17; 37-109)	58 (15; 32-152)	0,798 ¹
BKİ	21,0 (5,0 ; 15,4-34,0)	21,1 (5,6; 14,2-47,0)	1,000 ¹
Kardeş sayısı	2 (0; 1-6)	2 (1; 1-5)	0,025¹
Kaçıncı çocuk	1 (1; 1-6)	1 (1; 1-3)	0,644 ¹
Sınıfı	10 (3; 6-12)	10 (2; 6-12)	0,822 ¹
Liseye giriş sınavı puanı	341,8 (74,4)	350,0 (72,8)	0,631 ³
Okul başarı durumu			0,229 ²
İyi	23 (23,5)	21 (31,3)	
Orta	60 (61,2)	41 (61,2)	
Kötü	15 (15,3)	5 (7,5)	
Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine ilk geliş			0,063 ²
Evet	30 (30,6)	30 (44,8)	
Hayır	68 (69,4)	37 (55,2)	
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık	21 (21,4)	12 (17,9)	0,579 ²

* ¹Mann Whitney U ²Pearson Ki-Kare Testi ³Bağımsız Örneklemelerde T Testi

Gruplar arasında akıllı telefon alınma yaşı ($U = 2750,0$, $p = 0,213$) ve sene bazında akıllı telefon kullanma süresi ($U = 2767,0$, $p = 0,300$) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Orta-yüksek nomofobik grupta ebeveynin akıllı telefonunu kullanma süresi anlamlı olarak daha yüksektir ($U = 28,5$, $p = 0,026$).

Tablo 4. 11. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Sosyodemografik Özellikler II

	Orta-Yüksek Nomofobik (N=98)	Düşük Nomofobik (N=67)	p değeri
	n (%)		
Aylık ortalama gelir (TL)			0,310 ¹
<2.000	4 (4,1)	0 (0,0)	
2.000-5.000	28 (28,6)	14 (21,2)	
5.000-10.000	46 (46,9)	34 (51,5)	
10.000-20.000	16 (16,3)	16 (24,2)	
>20.000	4 (4,1)	2 (3,0)	
Yaşanan yer			0,647 ²
Kırsal	3 (3,1)	1 (1,5)	
Kent	95 (96,9)	66 (98,5)	
Aile yapısı			0,086 ¹
Çekirdek	68 (70,1)	56 (83,6)	
Geniş	5 (5,2)	4 (6,0)	
Boşanmış	19 (19,6)	7 (10,4)	
Ebeveyn Kaybı	5 (5,2)	0 (0,0)	
Anne eğitim düzeyi			0,521 ³
İlkokul	19 (19,6)	12 (18,5)	
Ortaokul	10 (10,3)	3 (4,6)	
Lise	41 (42,3)	33 (50,8)	
Üniversite	27 (27,8)	17 (26,2)	
Baba eğitim düzeyi			0,224 ³
İlkokul	10 (10,4)	6 (9,1)	
Ortaokul	14 (14,6)	13 (19,7)	
Lise	42 (43,8)	19 (28,8)	
Üniversite	30 (31,3)	28 (42,4)	
Anne mesleği			0,260 ³
Çalışmıyor	50 (51,5)	41 (62,1)	
Memur	14 (14,4)	7 (10,6)	
İşçi	11 (11,3)	11 (16,7)	
Serbest Meslek	19 (19,6)	6 (9,1)	
Emekli	3 (3,1)	1 (1,5)	
Baba mesleği			0,666 ¹
Çalışmıyor	2 (2,2)	0 (0,0)	
Memur	27 (29,0)	25 (37,9)	
İşçi	16 (17,2)	11 (16,7)	
Serbest Meslek	41 (44,1)	27 (40,9)	
Emekli	7 (7,5)	3 (4,5)	

* ¹Fisher Freeman Halton Testi ²Fisher Exact Test ³Pearson Ki-Kare Testi

Orta-yüksek nomofobik grup anlamlı olarak daha yüksek oranda akıllı telefon ile ilgili uyarı aldığını belirtmiştir ($\chi^2 = 12,983$, $p < 0,001$). Orta-yüksek nomofobik grupta evde en fazla telefon kullanan kişi ergenin kendisi olup (%65,3), düşük nomofobik grupta kardeşlerinin oranı diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. (%32,8) ($\chi^2 = 7,346$, $p = 0,025$) (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasında Akıllı Telefon Kullanımı İle İlgili Özellikler

	Orta-Yüksek Nomofobik (N=98)	Düşük Nomofobik (N=67)	p değeri
	ortanca (IQR; min-maks) veya n (%)		
Akıllı telefon alınma yaşı (yıl)	12 (2; 5-16)	12 (2; 8-15)	0,213 ¹
Akıllı telefon kullanma süresi (yıl)	1 (1; 0-4)	2 (2; 1-4)	0,300 ¹
Ebeveynin akıllı telefonunu kullanma süresi (yıl)	5 (2; 1-10)	2 (3; 1-6)	0,026¹
Akıllı telefon ile ilgili uyarı alma			< 0,001²
Evet	85 (86,7)	42 (62,7)	
Hayır	13 (13,3)	25 (37,3)	
Evde en fazla telefon kullanan kişi			0,025²
Kendisi	64 (65,3)	31 (46,3)	
Ebeveyn	19 (18,4)	14 (20,9)	
Kardeşler	16 (16,3)	22 (32,8)	
Sosyal medya uygulamalarını kullanma durumu	95 (96,9)	65 (97,0)	1,000 ³
Facebook	10 (10,2)	4 (6,0)	0,338 ²
Instagram	86 (87,8)	48 (71,6)	0,009²
Twitter	31 (31,6)	20 (29,9)	0,808 ²
YouTube	85 (86,7)	57 (85,1)	0,762 ²
Snapchat	57 (58,2)	23 (34,3)	0,003²
TikTok	44 (44,9)	20 (29,9)	0,051 ²
Sosyal medya uygulamalarına erişim için cihaz kullanımı	96 (99,0)	66 (98,5)	1,000 ³
Bilgisayar	33 (34,0)	24 (35,8)	0,812 ²
Tablet	22 (22,7)	10 (14,9)	0,218 ²
Akıllı Telefon	94 (96,9)	65 (97,0)	1,000 ³
Sosyal medya kullanım süresi			0,262 ⁴
1 yıldan az	12 (12,5)	13 (19,4)	
1-3 yıl arası	46 (47,9)	35 (52,2)	

4-6 yıl arası	34 (35,4)	15 (22,4)	
7 yıldan fazla	4 (4,2)	4 (6,0)	
Günlük sosyal medya kullanım süresi			0,361 ²
1 saatten az	19 (19,8)	19 (28,4)	
1-3 saat arası	51 (53,1)	35 (52,2)	
4-6 saat arası	18 (18,8)	11 (16,4)	
7 saat fazla	8 (8,3)	2 (3,0)	

* ¹Mann Whitney U ²Pearson Ki-Kare Testi ³Fisher Exact Test ⁴Fisher Freeman Halton Testi

Sosyal medya uygulamaları değerlendirildiğinde orta-yüksek nomofobik grubun anlamlı olarak daha yüksek oranda Instagram ($\chi^2 = 6,772$, $p = 0,009$) ve Snapchat ($\chi^2 = 9,051$, $p = 0,003$) kullandığı gözlenmiştir. Tiktok kullanımı orta-yüksek nomofobik grupta oransal olarak belirgin yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.051$).

Orta-yüksek nomofobik grup 6 saat/gün'den fazla (%27,6), düşük nomofobik grup ise 1-2 saat/gün (%29,9) telefon ve tablet kullandıklarını bildirmiştir ($\chi^2 = 18,830$, $p = 0,001$). Orta-yüksek nomofobik grup anlamlı olarak daha yüksek oranda gece uyumadan önce telefon kullandığını (%86,7) belirtmiştir ($\chi^2 = 9,120$, $p = 0,003$). (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasında Akıllı Telefon ile İlişkili Özellikler

	Orta-Yüksek	Düşük Nomofobik	P değeri ¹
	Nomofobik (N=98)	(N=67)	
	n (%)		
Günlük telefon ve tablet kullanım süresi			0,001
0-1 saat	2 (2,0) b	8 (11,9)	
1-2 saat	15 (15,3)	20 (29,9)	
2-4 saat	29 (29,6)	18 (26,9)	
4-6 saat	25 (25,5)	16 (23,9)	
6 saatten fazla	27 (27,6)	5 (7,5)	
Günlük bilgisayar kullanım süresi			0,641
0-1 saat	63 (64,3)	40 (59,7)	
1-2 saat	10 (10,2)	12 (17,9)	
2-4 saat	11 (11,2)	5 (7,5)	
4-6 saat	8 (8,2)	6 (9,0)	

6 saatten fazla	6 (6,1)	4 (6,0)	
Günlük oyun oynayarak geçirilen süre			0,885
0-1 saat	51 (52,0)	40 (59,7)	
1-2 saat	23 (23,5)	14 (20,9)	
2-4 saat	10 (10,2)	6 (9,0)	
4-6 saat	9 (9,2)	4 (6,0)	
6 saatten fazla	5 (5,1)	3 (4,5)	
Akıllı telefon kullanım amacı			0,166
Oyun oynama	27 (27,6)	12 (17,9)	
Video izleme	27 (27,6)	26 (38,8)	
Sosyal paylaşım sitelerini kullanma	24 (24,5)	12 (17,9)	
Mesajlaşma, konuşma	17 (17,3)	11 (16,4)	
Derslere katılma	3 (3,1)	6 (9,0)	
Küçüklükte yemek yeme, banyosunu yapma vb. durumlarda telefon-tablet kullanımı			0,947
Evet	15 (15,3)	10 (14,9)	
Hayır	83 (84,7)	57 (85,1)	
Disiplin şekli olarak telefon-tablet kısıtlaması			0,831
Evet	47 (48,0)	31 (46,3)	
Hayır	51 (52,0)	36 (53,7)	
Gece uyumadan önce telefon kullanımı			0,003
Evet	85 (86,7)	45 (67,2)	
Hayır	13 (13,3)	22 (32,8)	

* ¹Pearson Ki-Kare Testi

Gruplar arasında hafta içi ($U = 3074,0$, $p = 0,475$) ve hafta sonu ($U = 3138,0$, $p = 0,625$) uyku süresi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Orta-yüksek nomofobik gruptakiler uyku kalitelerini (%33,7) daha düşük bildirmişlerdir ($\chi^2 = 4,809$, $p = 0,028$). Orta-yüksek nomofobik grup anlamlı olarak daha yüksek oranda zorbalığa maruz kaldığını ($\chi^2 = 4,197$, $p = 0,040$), yalnız hissettiğini ($\chi^2 = 4,989$, $p = 0,026$), kendine zarar verdiğini ($\chi^2 = 12,274$, $p < 0,001$) ve sigara kullandığını ($\chi^2 = 4,637$, $p = 0,01$) bildirmiştir.

Tablo 4. 14. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Günlük Yaşam Davranışları Özellikleri

	Orta-Yüksek Nomofobik (N=98)	Düşük Nomofobik (N=67)	p değeri
	ortanca (IQR; min-maks) veya n (%)		
Hafta içi uyku süresi (saat/gün)	7 (2; 3-12)	7 (1; 3-15)	0,475 ¹
Hafta sonu uyku süresi (saat/gün)	9 (2; 4-14)	9 (2; 5-13)	0,625 ¹
İyi uyku kalitesi	33 (33,7)	34 (50,7)	0,028²
Uykulu olma durumu	76 (77,6)	43 (64,2)	0,060 ²
Akşam yemeklerini yeme yeri			0,204 ²
Aileyle birlikte sofrada	79 (80,6)	59 (88,1)	
Kendi başına bilgisayar-telefon başına	19 (19,4)	8 (11,9)	
Okulda fiziksel aktivite düzeyi			0,822 ²
Düşük	21 (21,4)	12 (17,9)	
Orta	55 (56,1)	38 (56,7)	
Yüksek	22 (22,4)	17 (25,4)	
Boş zamanlarda fiziksel aktivite düzeyi			0,426 ²
Düşük	68 (69,4)	40 (59,7)	
Orta	23 (23,5)	20 (29,9)	
Yüksek	7 (7,1)	7 (10,4)	
Orta-yüksek düzeyde fiziksel aktivite sıklığı			0,868 ²
<3 gün/hafta	72 (73,5)	50 (74,6)	
>3 gün/hafta	26 (26,5)	17 (25,4)	
Yakın arkadaş			0,421 ²
Var	90 (91,8)	59 (88,1)	
Yok	8 (8,2)	8 (11,9)	
Yakın arkadaş grubu			0,127 ²
Var	75 (76,5)	44 (65,7)	
Yok	23 (23,5)	23 (34,3)	
Hobi			0,762 ²
Var	85 (86,7)	57 (85,1)	
Yok	13 (13,3)	10 (14,9)	
Zorbalığa maruz kalma			0,040²
Var	40 (40,8)	17 (25,4)	
Yok	58 (59,2)	50 (74,6)	
Yalnız hissetme			0,026²
Var	68 (69,4)	35 (52,2)	

Kendine zarar verme davranışı	Yok	30 (30,6)	32 (47,8)	< 0,001²
	Var	45 (45,9)	13 (19,4)	
Sigara kullanımı	Yok	53 (54,1)	54 (80,6)	0,031²
	Var	17 (17,3)	4 (6,0)	
	Yok	81 (82,7)	63 (94,0)	

* ¹Mann Whitney U ²Pearson Ki-Kare Testi

Ebeveynlerin verdiği cevaplar Tablo 4.15’de sunulmuştur. Evde en fazla telefon kullanan kişinin orta-yüksek nomofobik grupta muayeneye gelen çocuk (%73,5) olarak bildirilmiştir. ($\chi^2 = 6,682$, $p = 0,035$). Orta-yüksek nomofobik grupta ebeveynler çocuğun 6 saat/gün’den fazla (%55,1) telefon kullandığını belirtirken, düşük nomofobik grupta 2-4 saat/gün (%37,3) olarak belirtmişlerdir ($\chi^2 = 18,291$, $p = 0,001$).

Tablo 4. 15. Ebeveynlerden Edinilen Bilgilere Göre Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplar Arasındaki Özellikler

	Orta-Yüksek Nomofobik (N=98)	Düşük Nomofobik (N=67)	P değeri
	n (%)		
Çocuğun başarı durumu			0,674 ¹
İyi	37 (37,8)	29 (43,3)	
Orta	47 (48,0)	31 (46,3)	
Kötü	14 (14,3)	7 (10,4)	
Evde en fazla telefon kullanan kişi			0,035¹
Çocuk	72 (73,5)	37 (55,2)	
Ebeveyn	16 (16,3)	15 (22,4)	
Diğer kardeşler	10 (10,2)	15 (22,4)	
Küçüklükte yemek yeme, banyosunu yapma vb. durumlarda telefon-tablet kullanımı			0,530 ¹
Evet	14 (14,3)	12 (17,9)	
Hayır	84 (85,7)	55 (82,1)	
Disiplin şekli olarak telefon-tablet kısıtlaması			0,363 ¹
Evet	48 (49,0)	28 (41,8)	
Hayır	50 (51,0)	39 (58,2)	
Akıllı telefon ile ilgili uyarı alma			0,058 ¹

Evet	89 (90,8)	54 (80,6)	
Hayır	9 (9,2)	13 (19,4)	
Ebeveynlerin telefon ile çok uğraşma durumu			0,600 ¹
Evet	45 (45,9)	28 (41,8)	
Hayır	53 (54,1)	39 (58,2)	
Telefonla en çok uğraşan ebeveyn			0,122
Anne	53 (54,6)	27 (42,2)	
Baba	44 (45,4)	37 (57,8)	
Ebeveynin günlük telefonla ilgilenme süresi			0,379 ²
0-1 saat	30 (30,6)	20 (29,9)	
1-2 saat	35 (35,7)	24 (35,8)	
2-4 saat	23 (23,5)	17 (25,4)	
4-6 saat	5 (5,1)	6 (9,0)	
6 saatten fazla	5 (5,1)	0 (0,0)	
Çocuğun günlük telefon kullanım süresi			0,001²
0-1 saat	3 (3,1)	4 (6,0)	
1-2 saat	5 (5,1)	7 (10,4)	
2-4 saat	17 (17,3)	25 (37,3)	
4-6 saat	19 (19,4)	15 (22,4)	
6 saatten fazla	54 (55,1)	16 (23,9)	
Diğer ebeveynin günlük telefonla ilgilenme süresi			0,842 ¹
0-1 saat	24 (27,0)	17 (26,6)	
1-2 saat	29 (32,6)	17 (26,6)	
2-4 saat	17 (19,1)	17 (26,6)	
4-6 saat	12 (13,5)	8 (12,5)	
6 saatten fazla	7 (7,9)	5 (7,8)	
Çocuğun telefon kullanım amacı			0,326 ²
Oyun oynamak	30 (30,6)	23 (34,3)	
Video izlemek	44 (44,9)	30 (44,8)	
Sosyal paylaşım sitelerini kullanmak	14 (14,3)	5 (7,5)	
Mesajlaşma, konuşma	8 (8,2)	4 (6,0)	
Derslere katılma	2 (2,0)	5 (7,5)	
Sosyal medya kullanımı			0,193 ¹
Evet	85 (86,7)	53 (79,1)	
Hayır	13 (13,3)	14 (20,9)	
Eşin sosyal medya kullanımı			0,272 ¹
Evet	75 (81,5)	49 (74,2)	
Hayır	17 (18,5)	17 (25,8)	

* ¹Pearson Ki-Kare Testi ²Fisher Freeman Halton Testi

4.2.2. K-SADS-PL Tanılar

Orta-yüksek nomofobik grupta düşük nomofobik gruba göre anlamlı olarak daha yüksek oranda şimdiki tanı ($\chi^2 = 11,163$, $p = 0,001$) ve duygudurum bozuklukları tanısı ($\chi^2 = 4,612$, $p = 0,032$) saptanmıştır. Duygudurum bozuklukları arasında MDB ($\chi^2 = 3,398$, $p = 0,065$), BAB ($p = 1,000$) ve Distimi ($p = 0,716$) tanıları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Örnekleme Siklotimi ve YDDB tanısı alan ergen olmamıştır.

Anksiyete bozuklukları tek tek değerlendirildiğinde PB ($p = 1,000$), Agorafobi ($p = 1,000$), Özgül fobi ($\chi^2 = 0,726$, $p = 0,394$), SAB ($\chi^2 = 0,017$, $p = 0,897$), AAB ($p = 1,000$), YAB ($\chi^2 = 1,236$, $p = 0,266$), TSSB ($p = 0,305$) ve OKB ($p = 0,529$) tanıları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Orta-yüksek nomofobik grupta anlamlı olarak daha yüksek oranda DEHB tanısı ($\chi^2 = 4,495$, $p = 0,034$) saptanırken, gruplar arasında KOKGB ($p = 0,085$) ve DB ($p = 1,000$) tanıları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Örnekleme dışı atım bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları tanıları gözlenmemiştir. Tik bozuklukları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,515$).

Yeme bozuklukları değerlendirildiğinde gruplar arasında BN ($p = 1,000$), AN ($p = 0,515$) ve TYB ($\chi^2 = 2,333$, $p = 0,127$) tanıları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4. 16. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplarda K-SADS-PL Tanıları

	Orta-Yüksek Nomofobik (N=98)	Düşük Nomofobik (N=67)	P değeri
	n (%)		
Şimdiki Tanı	93 (94,9)	52 (77,6)	0,001¹
Duygudurum Bozuklukları	44 (44,9)	19 (28,4)	0,032¹
Anksiyete Bozuklukları	51 (52,0)	30 (44,8)	0,359 ¹
MDB	40 (40,8)	18 (26,9)	0,065 ¹
BAB	1 (1,0)	0 (0,0)	1,000 ²
Distimi	4 (4,1)	4 (6,0)	0,716 ²
Siklotimi	-	-	
YDDB	-	-	
PB	2 (2,0)	1 (1,5)	1,000 ²
Agorafobi	2 (2,0)	1 (1,5)	1,000 ²

Özgül Fobi	13 (13,3)	6 (9,0)	0,394 ¹
SAB	24 (24,5)	17 (25,4)	0,897 ¹
AAB	2 (2,0)	1 (1,5)	1,000 ²
YAB	28 (28,6)	14 (20,9)	0,266 ¹
TSSB	1 (1,0)	3 (4,5)	0,305 ²
OKB	5 (5,1)	5 (7,5)	0,529 ²
DEHB	50 (51)	23 (34,3)	0,034¹
KOKGB	8 (8,2)	1 (1,5)	0,085 ²
DB	1 (1,0)	1 (1,5)	1,000 ²
OSB	-	-	
Tik bozuklukları	2 (2,0)	0 (0,0)	0,515 ²
Dışa atım bozuklukları	-	-	
Alkol-madde kullanım bozuklukları	-	-	
Şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar	-	-	
BN	2 (2,0)	1 (1,5)	1,000 ²
AN	2 (2,0)	0 (0,0)	0,515 ²
TYB	11 (11,2)	3 (4,5)	0,127 ¹

* ¹Pearson Ki-Kare Testi ²Fisher Exact Testi

4.2.3. Ergen Özbildirim Ölçekleri

Orta-yüksek nomofobik grupta ATBÖ puanları ($t = -7,549$, $p < 0,001$) ve YİBÖ puanları ($t = -5,183$, $p < 0,001$) anlamlı olarak daha yüksek bulunurken BOBÖ puanları ($U = 3005,5$, $p = 0,902$) açısından gruplar arası anlamlı bir fark saptanmamıştır. Orta-yüksek nomofobik grupta DDGÖ toplam puanları ($U = 2247,5$, $p = 0,003$) ve DDGÖ farkındalık ($t = -1,189$, $p = 0,236$) hariç diğer tüm alt ölçek puanları ($p < 0,010$) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasında EDEÖ anne ($U = 2823,5$, $p = 0,306$) puanları açısından bir fark saptanmazken, orta-yüksek nomofobik grupta EDEÖ baba ($U = 2219,0$, $p = 0,010$) puanları anlamlı olarak daha düşüktür. DSKE Sürekli kaygı ($U = 2005,0$, $p < 0,001$) ile DSKE Durumluk kaygı ($t = -3,815$, $p < 0,001$) puanları, RBSÖ puanları ($U = 2630,0$, $p = 0,030$), ÇDÖ puanları ($U = 2282,0$, $p = 0,003$), SKÖ toplam puanları ($t = -2,162$, $p = 0,032$) ve PUKİ ($U = 2303,5$, $p = 0,005$) puanları orta-yüksek nomofobik grupta anlamlı olarak daha yüksektir; YKÖ ($U = 2567,0$, $p = 0,001$) puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Orta-yüksek nomofobik grupta SKÖ'nün olumsuz değerlendirilme korkusu alt ölçek puanı ($U = 2430,0$, $p = 0,013$) ve yeni sosyal durumlarda korku ve huzursuzluk alt ölçek

puanı ($U = 2567,0$, $p = 0,045$) anlamlı olarak daha yüksek saptanırken, genel sosyal durumlarda korku ve huzursuzluk alt ölçek puanı ($U = 2907,5$, $p = 0,401$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.17).

Gruplar arasında ebeveynlerin doldurduğu CEDF’de toplam puan ($U = 2744,0$, $p = 0,100$), ataklık-hiperaktivite alt ölçek puanı ($U = 2731,5$, $p = 0,089$), öğrenme sorunu alt ölçek puanı ($U = 2918,0$, $p = 0,287$) ve kaygı alt ölçek puanı ($U = 2889,5$, $p = 0,246$) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat orta-yüksek nomofobik grupta daha yüksek davranım sorunu alt ölçek puanları ($U = 2580,5$, $p = 0,028$) ve psikosomatik alt ölçek puanları ($U = 2622,5$, $p = 0,039$) gözlenmiştir.

Tablo 4. 17. Orta-Yüksek Nomofobik ve Düşük Nomofobik Gruplarda Özbildirim Ölçek Puanları

	Orta-Yüksek	Düşük Nomofobik	p değeri
	Nomofobik (N=98)	(N=67)	
	ortanca (IQR; min-maks) veya ort. (SS)		
ATBÖ	107,1 (27,7)	76,4 (22,4)	< 0,001 ¹
YİBÖ	40,5 (18,5)	26,3 (15,3)	< 0,001 ¹
BOBÖ	31 (34; 19-88)	32 (23; 21-91)	0,902 ²
SDDÖ Arkadaş	59 (21; 17-86)	63 (20; 17-85)	0,407 ²
SDDÖ Aile	39 (16; 7-55)	43 (19; 8-55)	0,094 ²
DDGÖ Toplam	115 (38; 56-168)	92 (41; 52-165)	0,001 ²
Farkındalık	16,0 (5,5)	17,1 (5,0)	0,236 ¹
Netlik	17 (8; 5-25)	13 (8; 5-25)	0,007 ²
Kabul Etmeme	15 (11; 6-30)	11 (9; 6-30)	0,003 ²
Strateji	27 (15; 8-40)	21 (13; 8-40)	0,001 ²
Dürtüler	13 (9; 2-20)	10 (8; 2-22)	0,006 ²
Amaçlar	20 (8; 6-25)	17 (7; 5-25)	0,010 ²
EDEÖ Anne	75 (32; 15-90)	75 (25; 17-90)	0,306 ²
EDEÖ Baba	57 (44; 15-90)	65 (33; 15-90)	0,010 ²
DSKE Sürekli Kaygı	65 (17; 32-80)	53 (15; 27-80)	< 0,001 ²
DSKE Durumluk Kaygı	55,0 (11,6)	48,2 (10,7)	< 0,001 ¹
RBSÖ	2,5 (2,7; 0,0-5,7)	1,4 (2,5; 0,0-5,7)	0,030 ²
ÇDÖ	24 (17; 0-49)	15 (13; 2-48)	0,003 ²
SKÖ Toplam	52 (31; 18-89)	43 (30; 19-90)	0,032 ¹
Olumsuz değerlendirilme korkusu	22 (18; 7-35)	17 (14; 7-35)	0,013 ²
Genel sosyal durumlarda korku ve huzursuzluk	13 (8; 5-25)	12 (8; 5-25)	0,401 ²

	Yeni sosyal durumlarda korku ve huzursuzluk	18 (11; 6-30)	17 (11; 6-30)	0,045²
PUKİ		7 (7; 0-18)	4 (4; 0-16)	0,005²
YKÖ		16 (11; 5-34)	22 (14; 5-35)	0,001²

* ¹Bağımsız Örneklerde T Testi ²Mann Whitney U

4.2.4. Ebeveyn Özbildirim Ölçekleri

Orta-yüksek nomofobik gruptaki ergenlerin ebeveynlerinin TNÖ toplam puanları (U = 2394,5, p = 0,005) anlamlı olarak yüksektir. Diğer puanlar Tablo 4.18'de sunulmuştur.

Tablo 4. 18. Orta-Yüksek ve Düşük Nomofobik Gruplarda Ebeveyn Özbildirim Ölçek Puanları

	Orta-Yüksek Nomofobik (N=98)	Düşük Nomofobik (N=67)	p değeri
	ortanca (IQR; min-maks) veya ort. (SS)		
BDÖ Toplam	11 (14; 0-36)	10 (9; 0-37)	0,565 ¹
Umutsuzluk	6 (5; 0-15)	5 (5; 0-19)	0,916 ¹
Kendisine yönelik olumsuz duygular	1 (3; 0-6)	1 (2; 0-6)	0,777 ¹
Bedensel kaygılar	1 (2; 0-5)	1 (2; 0-5)	0,215 ¹
Suçluluk duygulanımları	2 (2; 0-8)	2 (2; 0-7)	0,213 ¹
BAÖ	8 (14; 0-41)	10 (15; 0-34)	0,493 ¹
TNÖ	60 (33; 20-111)	42 (28; 20-100)	0,005¹
E-DEHB-KBÖ Toplam	21 (12; 0-52)	22 (14; 4-44)	0,906 ¹
Dikkat Eksikliği	10,8 (5,4)	10,0 (5,5)	0,388 ²
Hiperaktivite	9 (7; 0-26)	11 (8; 1-26)	0,383 ¹
CEDF Toplam	32 (29; 4-130)	31 (29; 3-96)	0,100 ¹
Davranım sorunu	5 (7; 0-32)	4 (8; 0-33)	0,028¹
Ataklık – hiperaktivite	3 (4; 0-11)	3 (3; 0-10)	0,089 ¹
Öğrenme sorunu	4 (6; 0-16)	4 (4; 0-11)	0,287 ¹
Kaygı	8 (5; 0-22)	7 (5; 0-18)	0,246 ¹
Psikosomatik	3 (4; 0-15)	3 (4; 0-14)	0,039¹

* ¹Mann Whitney U ²Bağımsız Örneklerde T Testi

4.3. ATBÖ, TNÖ ve YİBÖ Ölçekleriyle İlişkili Korelasyon Analizleri

ATBÖ puanları ile YİBÖ puanları arasında pozitif yönde ve yüksek şiddette bir ilişki saptanmıştır. ATBÖ puanları ile pozitif ve orta şiddetli ilişki saptanan ölçekler şunlardır: TNÖ puanları ($r_s = 0,624$, $p < 0,010$), ÇDÖ puanları ($r_s = 0,509$, $p < 0,010$), DSKE durumluk kaygı puanları ($r_s = 0,490$, $p < 0,010$), DSKE sürekli kaygı puanları ($r_s = 0,497$, $p < 0,010$) ve SKÖ puanları ($r_s = 0,357$, $p < 0,010$), DDGÖ puanları ($r_s = 0,466$, $p < 0,010$), RBSÖ puanları ($r_s = 0,424$, $p < 0,010$) ve PUKİ puanları ($r_s = 0,481$, $p < 0,010$).

ATBÖ puanları ile BOBÖ puanları arasında pozitif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanmıştır ($r_s = 0,243$, $p < 0,010$). ATBÖ puanları ile YKÖ puanları arasında ($r_s = -0,479$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve orta şiddette bir ilişki saptanmıştır. ATBÖ puanları ile EDEÖ anne puanları ($r_s = -0,256$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanırken EDEÖ baba puanları ($r_s = -0,301$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve orta şiddette bir ilişki saptanmıştır. ATBÖ puanları ile SDDÖ arkadaş puanları ($r_s = -0,287$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanırken SDDÖ aile puanları ($r_s = -0,316$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur.

Ergenlerin ATBÖ puanları ile ebeveynlerinin TNÖ puanları ($r_s = 0,270$, $p < 0,010$), BDÖ puanları ($r_s = 0,212$, $p < 0,010$), BAÖ puanları ($r_s = 0,198$, $p < 0,010$) ve E-DEHB-KBÖ puanları ($r_s = 0,176$, $p < 0,050$) arasında pozitif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanırken, CEDF puanları ($r_s = 0,363$, $p < 0,010$) arasında pozitif yönde ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur.

TNÖ puanları ile BOBÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r_s = 0,108$, $p > 0,050$). TNÖ puanları ile pozitif yönde ve orta şiddette bir ilişki saptanan ölçekler şunlardır: ATBÖ ($r_s = 0,624$, $p < 0,010$), YİBÖ ($r_s = 0,511$, $p < 0,010$), ÇDÖ ($r_s = 0,330$, $p < 0,010$), DSKE durumluk kaygı ($r_s = 0,366$, $p < 0,010$), DSKE sürekli kaygı ($r_s = 0,384$, $p < 0,010$), DDGÖ ($r_s = 0,352$, $p < 0,010$).

TNÖ puanları ile pozitif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanan ölçekler şunlardır: SKÖ ($r_s = 0,211$, $p < 0,010$), RBSÖ ($r_s = 0,248$, $p < 0,010$), PUKİ ($r_s = 0,292$, $p < 0,010$). TNÖ puanları ile YKÖ puanları arasında ($r_s = -0,329$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve orta şiddette bir ilişki saptanmıştır.

TNÖ puanları ile EDEÖ anne puanları ($r_s = -0,068$, $p > 0,050$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. TNÖ puanları ile EDEÖ baba puanları ($r_s = -0,176$, $p < 0,050$) arasında negatif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanmıştır. TNÖ puanları ile SDDÖ arkadaş puanları ($r_s = -0,143$, $p > 0,050$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. TNÖ puanları ile SDDÖ aile puanları ($r_s = -0,169$, $p > 0,050$) arasında negatif yönde ve düşük şiddette bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4. 19. ATBÖ, TNÖ ve YİBÖ Ölçekleri ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizleri

	r_s		
	ATBÖ	TNÖ	YİBÖ
ATBÖ	1,000	0,624**	0,814**
TNÖ	0,624**	1,000	0,511**
YİBÖ	0,814**	0,511**	1,000
BOBÖ	0,243**	0,108	0,301**
ÇDÖ	0,509**	0,330**	0,516**
DSKE Durumluk Kaygı	0,490**	0,366**	0,500**
DSKE Sürekli Kaygı	0,497**	0,384**	0,434**
SKÖ	0,357**	0,211**	0,336**
DDGÖ	0,466**	0,352**	0,515**
RBSÖ	0,424**	0,248**	0,483**
PUKİ	0,481**	0,292**	0,441**
YKÖ	-0,479**	-0,329**	-0,466**
EDEÖ anne	-0,256**	-0,068	-0,289**
EDEÖ baba	-0,301**	-0,176*	-0,278**
SDDÖ arkadaş	-0,287**	-0,143	-0,291**
SDDÖ aile	-0,316**	-0,169*	-0,333**
TNÖ ebeveyn	0,270**	0,265**	0,204**
BDÖ	0,212**	0,029	0,299**
BAÖ	0,198**	0,004	0,277**
E-DEHB-KBÖ	0,176*	0,017	0,274**
CEDF	0,363**	0,130	0,384**

* $p < 0,050$ ** $p < 0,010$, $r_s = Spearman$ korelasyon katsayısı

Ergenlerin TNÖ puanları ile ebeveynlerin TNÖ puanları ($r_s = 0,265$, $p < 0,010$) arasında pozitif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanırken, BDÖ puanları ($r_s = 0,029$, $p > 0,050$), BAÖ puanları ($r_s = 0,004$, $p > 0,050$) puanları, E-DEHB-KBÖ puanları ($r_s = 0,017$, $p > 0,050$) ve CEDF puanları ($r_s = 0,130$, $p > 0,050$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

YİBÖ puanları ile ATBÖ puanları arasında pozitif yönde ve yüksek şiddette bir ilişki saptanmıştır ($r_s = 0,814$, $p < 0,010$).

YİBÖ puanları ile pozitif yönde ve orta şiddette bir ilişki saptanan ölçekler şunlardır: TNÖ ($r_s = 0,511$, $p < 0,010$), BOBÖ ($r_s = 0,301$, $p < 0,010$), ÇDÖ ($r_s = 0,516$, $p < 0,010$), DSKE durumluk kaygı ($r_s = 0,500$, $p < 0,010$), DSKE sürekli kaygı ($r_s = 0,434$, $p < 0,010$), SKÖ ($r_s = 0,336$, $p < 0,010$), DDGÖ ($r_s = 0,515$, $p < 0,010$), RBSÖ ($r_s = 0,483$, $p < 0,010$) ve PUKİ ($r_s = 0,441$, $p < 0,010$)

YİBÖ puanları ile YKÖ puanları arasında ($r_s = -0,441$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve orta şiddette bir ilişki saptanmıştır.

Ergenlerin YİBÖ puanları ile EDEÖ anne puanları ($r_s = -0,289$, $p < 0,010$) ve EDEÖ baba puanları ($r_s = -0,278$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanmıştır. YİBÖ puanları ile SDDÖ arkadaş puanları ($r_s = -0,291$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanırken SDDÖ aile puanları ($r_s = -0,333$, $p < 0,010$) arasında negatif yönde ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur.

Ergenlerin YİBÖ puanları ile TNÖ ebeveyn puanları ($r_s = 0,204$, $p < 0,010$), BDÖ puanları ($r_s = 0,299$, $p < 0,010$), BAÖ puanları ($r_s = 0,277$, $p < 0,010$) ve E-DEHB-KBÖ puanları ($r_s = 0,274$, $p < 0,010$) arasında pozitif yönde ve düşük şiddette bir ilişki saptanırken, CEDF puanları ($r_s = 0,383$, $p < 0,010$) arasında pozitif yönde ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur.

4.4. ATBÖ ve TNÖ Puanlarını Yordayıcı Analizler

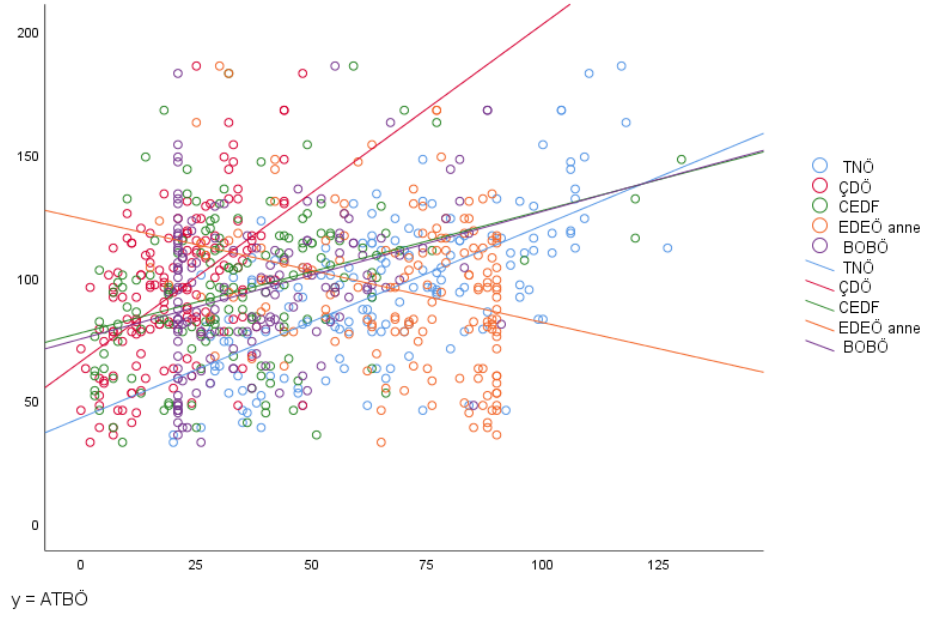
Bağımlı değişken olarak ATBÖ ve TNÖ ölçeği değerlendirilmiş ve yordayıcı değişkenleri belirlemek için çalışmada kullanılan tüm ölçekler ile çoklu lineer regresyon analizi yapıp geriye doğru (backward) yöntemi kullanılarak anlamlı olarak

yordayıcı olan değişkenler belirlenmiştir. ATBÖ, TNÖ, BOBÖ, SDDÖ arkadaş, SDDÖ aile, DDGÖ, EDEÖ anne, EDEÖ baba, DSKE Sürekli kaygı, DSKE Durumluk kaygı, RBSÖ, ÇDÖ, SKÖ, PUKİ, YKÖ, TNÖ ebeveyn, BDÖ, BAÖ, E-DEHB-KBÖ ve CEDF ölçekleri bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. YİBÖ ölçeği ile ATBÖ ölçek puanları arasında yüksek şiddette bir ilişki olması nedeniyle çoklu doğrusal bağlantı yanlılığı olmaması için YİBÖ ölçeği ATBÖ için yapılan analizde yordayıcı değişkenler arasına alınmamıştır.

Tablo 4. 20. Bağımlı Değişken ATBÖ Puanlarını Yordayan Bağımsız Değişkenler

	Standardize Edilmemiş B	Standart Hata Katsayısı	Standardize Beta Katsayısı (β)	%95 Güven Aralığı		t	p
(SABİT)	35,426	8,648		18,339	52,513	4,096	< 0,001
TNÖ	0,585	0,068	0,483	0,451	0,719	8,267	< 0,001
ÇDÖ	0,731	0,152	0,283	0,430	1,033	4,797	< 0,001
BOBÖ	0,273	0,085	0,171	0,105	0,441	3,203	0,002
CEDF	0,191	0,074	0,141	0,044	0,338	2,568	0,011
EDEÖ anne	-0,171	0,082	-0,115	-0,332	-0,009	-2,084	0,039
Bağımlı Değişken : ATBÖ			$R^2 = 0,602$	$F = 45,662$	$p < 0,001$		

Analiz sonucunda bağımlı değişken ATBÖ puanlarını ($R^2 = 0,602$, $F = 45,662$, $p < 0,001$) anlamlı olarak yordayan değişkenler TNÖ ($\beta = 0,483$, $p < 0,001$), ÇDÖ ($\beta = 0,283$, $p < 0,001$), BOBÖ ($\beta = 0,171$, $p = 0,002$), CEDF ($\beta = 0,141$, $p = 0,011$) ve EDEÖ anne ($\beta = -0,115$, $p = 0,039$) puanları olarak saptanmıştır. Oluşturulan bu son modelin örneklemin %60,2'sini anlamlı olarak açıkladığı bulunmuştur.



Şekil 4. 1. ATBÖ Bağımlı Değişkenini Yordayan Bağımsız Değişkenler Olarak TNÖ, ÇDÖ, BOBÖ, CEDF ve EDEÖ Anne

Tablo 4. 21. Bağımlı Değişken TNÖ Puanlarını Yordayan Bağımsız Değişkenler

	Standardize Edilmemiş B	Standart Hata Katsayısı	Standard ize Beta Katsayısı (β)	%95 Güven Aralığı		t	p
(SABİT)	-6,845	8,694		-24,018	10,328	-0,787	0,432
ATBÖ	0,537	0,053	0,645	0,433	0,641	10,221	< 0,001
TNÖ ebeveyn	0,190	0,071	0,164	0,050	0,329	2,689	0,021
EDEÖ anne	0,176	0,076	0,143	0,026	0,325	2,689	0,008
Bağımlı Değişken : TNÖ			$R^2 = 0,458$	$F = 43,970$	$p < 0,001$		

Analiz sonucunda bağımlı değişken TNÖ puanlarını ($R^2 = 0,458$, $F = 43,970$, $p < 0,001$) anlamlı olarak yordayan değişkenler TNÖ ebeveyn ($\beta = 0,164$, $p = 0,021$), ATBÖ ($\beta = 0,645$, $p < 0,001$) ve EDEÖ anne ($\beta = 0,143$, $p = 0,008$) puanları olarak saptanmıştır. Oluşturulan bu son modelin örneklemin %45,8'ini anlamlı olarak açıkladığı bulunmuştur.



Şekil 4. 2. TNÖ Bağımlı Değişkenini Yordayan Bağımsız Değişkenler Olarak TNÖ ebeveyn, ATBÖ ve EDEÖ Anne

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda ergenlerin akıllı telefon kullanım özelliklerine göre telefon bağımlılığı ve nomofobi durumları belirlenmiş; ergenlerin sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik belirtileri, gelişimsel özellikleri ve klinik tanıları açısından telefon bağımlılığı yüksek ergenlerle düşük ergenler kendi arasında, orta-yüksek nomofobik ergenler ile düşük nomofobik ergenler kendi arasında karşılaştırılmıştır. Örneklemdaki ergenlerin akıllı telefon bağımlılık davranışlarını ve nomofobik davranışlarını yordayabilecek tüm faktörlerin incelenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca annelerin doldurduğu ölçeklerle yüksek/düşük bağımlı gruplar ile orta-yüksek/düşük nomofobik gruplar arasındaki ebeveyn psikiyatrik belirti farklılıkları da araştırılmıştır. Bağımlılık davranışları ile depresif belirtiler, kaygı belirtileri, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri, sosyal destek, ebeveynin duygusal erişilebilirliği, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, benlik saygısı, duygu düzenleme becerileri, annelerin depresif, kaygı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri karşılaştırılmıştır. Ergenlerin akıllı telefon bağımlılıkları ile nomofobik davranışları ve internet bağımlılığı davranışları arasındaki ilişkiye de bakılmıştır.

Çalışmamızda sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde psikiyatrik belirti ve tanı açısından sonuçların benzer olduğu gözlenmiştir. Akıllı telefon bağımlılığındaki çekilme belirtilerinin işlevselliği bozacak düzeyde olması durumunda nomofobiden bahsedilmektedir ve bu nedenle nomofobinin akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerde gözlenen bir alt tip olabileceği düşünülmektedir. İlerleyen bölümlerde yüksek bağımlı ve düşük bağımlı gruplar ön planda tartışılacak ve nomofobik grubun varsa farklılıkları üzerinde durulacaktır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler ve Aile Özellikleri

İncelenen gruplar tüm hastalar toplandıktan sonra oluşturulmuştur ve bu nedenle yaş ve cinsiyet eşleştirilmesi yapılmamıştır. Yüksek ve düşük bağımlı gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılığın olmaması istenilen bir sonuçtur. Fakat nomofobik kişilerde kız cinsiyetin ön planda olduğu görülmektedir. Bu durum genel anlamda anksiyete belirtilerinin kadınlarda daha fazla görülmesiyle

ilişkili olabilir. Alanyazında nomofobik belirtilerin kadınlarda görülme eğiliminin daha yüksek olduğundan bahsedilse de farklı sonuçlar bulunmaktadır [87].

Araştırmamızda gruplar arasında boy, kilo ve BKİ açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alanyazında bağımlılık ve obeziteyle ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. 2019 yılında Çin’de 2639 lise öğrencisi ve ülkemizde 325 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmalara göre akıllı telefon bağımlılığı olan gençlerde fazla kilo ve obezite oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir [140, 141]. Fakat Pakistan’da yapılan bir çalışmada 203 üniversite öğrencisi değerlendirilmiş ve akıllı telefon bağımlılığı ile fazla kilo/obezite arasında bir ilişki saptanamamıştır [142]. Ayrıca akıllı telefon bağımlılığında sık görülen psikiyatrik hastalıkların fazla kilo/obezite ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Özellikle SAB tanısının doğurduğu fiziksel aktivite azlığı etiyolojik faktörler arasında düşünülmektedir. Bunun yanı sıra akıllı telefon bağımlılığının bir davranışsal bağımlılık olduğu ve obeziteye neden olan bozulmuş yeme davranışlarının da bir tür davranışsal bağımlılık olduğu hipotezi gündeme gelmektedir. Bizim çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı arttıkça fazla kilo/obezite birlikteliğinin görülememesi örneklem sayısı ile ilişkili olabilir. Ayrıca çalışmamızda gruplar arasında SAB tanısı açısından anlamlı bir farkın olmaması da fazla kilo/obezite açısından fark olmamasına neden olmuş olabilir.

Gruplar arasında sınıf ve LGS puanları açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır. Yaş açısından bir fark olmadığı için sınıfların da farklı olmaması beklenen bir bulgudur. LGS puanlarının zeka düzeyiyle ilişkili olduğu düşünülürse gruplar arasında bu açıdan bir fark olmaması karıştırıcı değişken olarak zekanın etkisini dışlamış olduğumuzu gösterebilir. Yüksek/Düşük telefon bağımlısı grupları arasında kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bağımlılık ile ilişkili yapılan çalışmaların bazıları düşük sosyoekonomik düzeyde, belirli yaşam yerlerinde ve kalabalık ailelerde bağımlılık davranışlarının arttığını göstermektedir. Fakat akıllı telefon bağımlılığı ile sosyoekonomik düzey açısından elde edilen sonuçlar tutarlı olmamıştır [143]. Araştırmamızda akıllı telefon bağımlılığının bir alt tipi olan nomofobik grupta kardeş sayısı daha yüksek saptanmıştır. Alanyazındaki tutarsızlığın giderilmesinde nomofobi belirtilerinin olup olmaması değerlendirilerek sonuçların tekrarlanması önerilir.

Yüksek bağımlı grup okul başarısını daha kötü olarak belirtmiştir. Ancak aynı soruda ebeveynlerin cevapları ile çocukların cevapları arasında tutarsızlık göze çarpmaktadır. Ebeveynler çocuklarının başarı durumlarını her iki grupta da benzer bildirmiştir; fakat yüksek bağımlı grupta gençler kendi başarı durumlarını kötü olarak bildirmişlerdir. Alanyazında da benzer şekilde akıllı telefon ve internet bağımlılığı düzeyleri arttıkça akademik başarının düştüğü bildirilmiştir [144]. Telefon ve internette fazla vakit geçiren öğrencilerin derslere katılımı ilişkili dikkatlerinin azaldığı, derslere yeterince ilgi gösteremediği, aktif ders katılımlarının düştüğü ve bu nedenler sonucunda ders başarılarının azaldığı düşünülmektedir [145]. Çalışmamızda beklenilenin aksine nomofobik gruplar arasında başarı durumu açısından bir fark gözlenmemiştir. Bu durum örneklem sayısı ile ilişkili olabileceği gibi telefon bağımlılığının alt tipi sayılsa da nomofobik kişinin telefonu yanında olduğu sürece günlük işlevlerini daha iyi sürdürebildiğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza ilk başvuru olsun olmasın, süre içinde başvuran tüm ergenler dahil edilmiştir ve her iki grupta da benzer şekilde ilk başvuru oranları düşüktür. Çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanede yürütülmesi nedeniyle başvuran hastaların öncesinde daha düşük basamak çocuk psikiyatri polikliniğine başvurduğu tahmin edilmektedir.

Yüksek bağımlı grupta birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı ile psikiyatrik hastalıkların birlikteliğinin sık görülmesi ve çocuk ve ergendeki psikopatolojilerde yüksek genetik geçiş nedeniyle anne ve babada da benzer psikopatolojilerin olması şaşırtıcı olmamıştır. Ayrıca akıllı telefon bağımlılığının bir davranışsal bağımlılık olması ve davranışsal bağımlılıkların aynı ev içinde yaşayan bireylerde daha sık gözlenmesi nedeniyle ebeveynlerdeki psikopatolojilerin daha sık olduğu düşünülmektedir. Anne ve babadan uygunsuz baş etme becerileri olarak akıllı telefon kullanımını gözleyen çocukların benzer davranış örüntüsünü geliştirmesi daha olasıdır. Çin’de yapılan bir araştırmada aile-çocuk ilişkisinin çocuğun akıllı telefon bağımlılığı riskinde önemli bir düzenleyici faktör olduğu tespit edilmiştir [146]. Nomofobik gruplar arasında bu farkın gözlenmemesi nomofobinin temelinin daha çok kişinin yapısal/bireysel özellikleriyle ilişkili olabileceğini akla getirmektedir.

Nomofobi grubundaki sonuçların rastlantısal olabileceği ve tekrarlanması gerektiği de düşünülmektedir.

Gruplar arasında aylık ortalama gelir, yaşanılan yer, aile yapısı, anne eğitim düzeyi, anne mesleği, baba eğitim düzeyi ve baba mesleği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alanyazında da sosyoekonomik faktörlerin akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkisi net olarak gösterilememiştir. Kimi çalışmada yüksek sosyoekonomik düzey ve yüksek aile eğitim düzeyi ile akıllı telefon bağımlılığı daha ilişkili iken [147], kimi çalışmada düşük aile geliri ve yüksek aile eğitim düzeyi ilişkilidir [148]. Tutarsız sonuçlarla alakalı yapılan tartışmalarda akıllı telefon bağımlılığıyla ilişkili esas faktörün aile-çocuk ilişkisi ve ailenin davranışsal örüntüleri olduğu tahmin edilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek fakat maddi zorluklar yaşayan ailelerin bir kaçınma davranışı olarak akıllı telefon kullanımını arttığı, bu nedenle çocuk ile olan ilişkilerinin bozulduğu ve çocuğun da daha fazla akıllı telefon kullandığı düşünülmektedir [143].

5.2. Akıllı Telefon Kullanımı İle İlgili Özellikler

Gruplar arasında akıllı telefonun alındığı yaş, sene bazında ergenin ve ebeveynin telefonu kullanma süresinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat nomofobik grupta ebeveynin akıllı telefonunu kullanma süresi yüksek saptanmıştır. Alanyazında akıllı telefon bağımlılığında günlük kullanım süreleri üzerine araştırmalar bulunmaktadır; ancak gençlerin sene bazında ne kadar süredir telefon kullandıkları üzerine detaylı araştırmalara rastlanmamıştır. Çalışmamız herkesin akıllı telefon kullandığı bir dönemde yapılmışsa da bulduğumuz sonuç küçük yaşta telefonla tanışma ve telefona maruz kalma ile akıllı telefon bağımlılığı arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. İlaç veya madde bağımlılıklarında erken duyarlılık ve maruziyet büyük öneme sahiptir; oysa davranışsal bir bağımlılık olan akıllı telefon bağımlılığında böyle bir durumun saptanmaması temelde davranış örüntüsündeki bozulmaların rol oynayabileceğini düşündürmüştür.

Yüksek bağımlı grubun akıllı telefon kullanımını nedeniyle daha fazla uyarı aldığı gözlenmiştir, telefonla daha çok vakit geçiren gençlerin daha fazla uyarı alması beklenen bir sonuç olmuştur. Benzer şekilde yüksek bağımlı grubun en fazla telefon

kullanan kişi olarak kendilerini bildirmesi de şaşırtıcı olmamıştır. Ebeveynlerin de bu soruya verdiği cevaplar benzer olmuştur.

Sosyal medya uygulamaları arasındaki farklar incelendiğinde yüksek bağımlı grupta Instagram ve Tiktok kullanımı belirgin olarak öne çıkmaktadır. Nomofobik grupta ise hem Instagram hem Snapchat kullanımı öne çıkmaktadır. Instagram'ın son 10 yılda hızlı bir şekilde hayatımıza girmesiyle hem Türkiye'de hem de yabancı çalışmalarda Instagram kullanımı ile akıllı telefon bağımlılığı üzerinde durulmuştur; güncel durumları kontrol etmek için Instagram'ın hızlı döngüye sahip içeriklerini kontrol etme davranışının bağımlılıkla ilişkili olabileceği düşünölmüştür [149-151]. Ağır düzeyde Instagram kullanan kişilerde ambivalan ve kaçıngan bağlanma özelliklerinin ve düşük benlik saygısının olduğu bildirilmiştir [150, 152].

Bağımlılığın kriterlerinde yer alan günlük kullanım sürelerinin uzunluğu alanyazınla paralel olarak bizim çalışmamızda da gösterilmiştir. Telefon bağımlılığı grupları arasında sene bazında sosyal medya kullanım süresinde bir fark saptanmazken günlük sosyal medya, telefon ve tablet kullanımının yüksek bağımlı grupta belirgin olarak daha fazla olduğu gözlenmiştir. Fakat nomofobik grupları arasında günlük sosyal medya kullanım süresi açısından fark saptanmamıştır. Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin ebeveynleri de benzer şekilde çocuklarının günlük telefon kullanma süresini daha yüksek bildirirken, çocuğun telefon kullanma amacını sosyal paylaşım sitelerini kullanmak olarak belirtmişlerdir. Günlük bilgisayar kullanım süresi ve oyun oynama süresi açısından bir farkın olmaması, akıllı telefon kullanımında temel amacın oyun oynamak yerine sosyal medyada güncel gelişmeleri takip etmek olduğunu düşöndürmektedir. Özellikle oyun bağımlılığında gözlenen uzun bilgisayar kullanım süreleri veya bilgisayar bağımlılığına paralel olarak oyun bağımlılığının olması bunu desteklemektedir. Çalışmamızda ergenlerin akıllı telefon kullanma amaçları doğrudan sorgulandığında da yüksek bağımlı grupta sosyal medya kullanımı anlamlı olarak daha yüksek orandır. Tüm bu bulgular güncel durumları anında öğrenme ve takip etme ihtiyacı ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkiyi desteklemektedir [143]. Fakat nomofobik grupta sonuçlar beklenmediktir; sosyal medya kullanım süreleri yüksek çıkmamıştır ve telefon kullanım amacı sosyal paylaşım sitelerine girmek olarak belirtilmemiştir. Gözden geçirme çalışmalarında sosyal medyadan uzak kalmanın nomofobide önemli bir yeri olduğu gösterilmiştir [153]. Çalışmamızda sonuçların bu

şekilde olması kullanılan ölçeğin kesim noktasıyla ilişkili olabilir; belirlenen kesim noktası nomofobi düzeyiyle ilişkilidir ve tanısal açıdan bir bilgi vermemektedir. Ayrıca diğer yandan nomofobide sosyal medya uygulamalarından ziyade mesajlaşma, görüşme gibi telefonla ilgili başka uygulamaların önemli olabileceğini düşündürmektedir.

5.3. Günlük Yaşam Davranışları İle İlgili Özellikler

Yüksek bağımlı grup küçüklükte yemek yeme, banyo yapma gibi durumlarda daha sık oranda telefon kullandığını, akıllı telefon ile ilgili fazla uyarı aldığını belirtmiştir. Ebeveynlerin verdiği cevaplarda ise küçüklükte yemek yeme, banyo yapma vb. durumlarda telefon-tablet kullanımı, disiplin şekli olarak telefon-tablet kısıtlaması ve akıllı telefon ile ilgili uyarı alma açısından gruplar arasında bir fark saptanmamıştır. Akıllı telefon bağımlılığının etiolojisinde aile-çocuk arasındaki ilişkinin çok önemli olduğu, bağlanma özellikleri ve ebeveynlerin baş etme becerilerinin akıllı telefon bağımlılığı üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir [146]. Yüksek bağımlı gruptaki ailelerin uygunsuz sınır koymasının sonucu olarak istenmeyen durumlarla baş etmek için çocuğuna daha sık telefon vermesi bu görüşü destekler niteliktedir. Benzer şekilde disiplin şekli olarak telefon kısıtlamasının da daha sık olması beklenebilir; ama buradaki en önemli detay ailenin ceza olarak telefon kısıtlamasını yapamıyor oluşudur. Çünkü telefon ile yatırılan çocuğun elinden telefonu almak yeni bir kriz durumu yaratacaktır ve yeni kriz durumlarıyla baş edebilecek yeterli donanıma zaten sahip olmayan ailelerde bu ceza uygulanamaz bir hal alacaktır. Çalışmamızdaki ebeveynlerin kendi sınır sorunlarıyla alakalı yeterince içgörüyeye sahip olmadıkları, bu nedenle sınır koymayla alakalı davranışları çocuklarına nazaran daha az sorun olarak gördükleri düşünülmektedir.

Gece uyumadan önce telefon kullanımının yüksek bağımlı grupta daha sık görülmesi şaşırtıcı olmamıştır. Alanyazında akıllı telefon bağımlılığı ve uyku ile ilişkili yapılmış birçok çalışmada uyku örüntülerinin bozulduğu ve uyku bozukluklarının sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiştir [143]. Çalışmamızda hafta içi ve hafta sonu uyku süreleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır, düşük bağımlı grupta uyku kalitesi daha iyidir, gün içinde uykulu olma hali yüksek bağımlı grupta daha yüksek bulunmuştur. Alanyazında akıllı telefon bağımlılığı ve uyku ile ilgili yapılan

çalışmalarda uykunun süresi ve kalitesinin etkilendiği bildirilmiştir [143]; bizim çalışmamızda uyku sürelerinde bir değişiklik saptanmazken uyku kalitesinde belirgin sıkıntılar olduğu saptanmıştır. Uyku kalitesinin uyku süresine göre daha temel sorun oluşturduğu ve öncelikle uyku kalitesinin bozulduğu tahmin edilmektedir. Çalışmamızda nomofobik grupta gün içinde uykulu olma durumu daha yüksek bulunsa da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemesi örneklem sayısı ile ilişkili olabilir, kişi sayısı arttıkça anlamlı olma eğiliminde olacağı düşünölmektedir.

Yüksek bağımlı grubun akşam yemeklerini yüksek oranda tek başına telefon-bilgisayar başında yediği öğrenilmiştir. Fakat bu fark nomofobik gruplar arası gösterilmemiştir. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili sıkıntı oluşturan en önemli faktörlerden biri yalnızlık, izole olma halidir. İzolasyon depresyon ve sosyal anksiyete bozuklukları komorbiditesini arttıran en önemli nedenlerden biridir ve bu nedenle çalışmamızda yüksek bağımlı grubun daha sık izole yemek yemesi beklenen bir sonuçtur [12]. Ayrıca aile ile yemek yenilmesi birarada geçirilen zamanlardan biridir; aile ile geçirilen nitelikli zaman azaldıkça her türlü bağımlılık riski artmaktadır. Bu grup aile desteğini ve anne ile babanın duygusal ulaşılabilirliğini de daha az belirtilmiştir. Nomofobik gruplar arası benzer sonuçların olmaması grupların ayrılmasında kullanılan kesim noktası ile ilişkili olabilir. Ayrıca yine nomofobik kişinin telefonu yanında olduğu sürece kişilerarası ilişkilerini daha iyi sürdürebildiğini düşünörmektedir. Gruplar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Daha önce de belirtildiği gibi alanyazında akıllı telefon bağımlılığı arttıkça SAB tanı riskinin arttığı, bunun da fiziksel aktivitede azalmaya neden olarak fazla kilo/obeziteye neden olabileceği üzerinde durulmuştur. Çalışmamızda yüksek bağımlı grupta hem SAB tanısının yüksek olarak saptanmaması, hem de fazla kilo/obezite durumunun olmaması nedeniyle fiziksel aktivite düzeyleri açısından da bir fark olmaması beklenen bir sonuç olarak düşünölmüştür.

Alanyazında akıllı telefon bağımlılığı olan gençlerin sosyal faaliyetlere daha az katıldığı, izole hayat sürdürdüğu ve tüm bunlara SAB tanısının neden olduğu üzerinde durulmuştur. Çalışmamızda telefon bağımlılığı grupları arasında yakın arkadaş ve hobi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır, hobi edinme ve hobilerine vakit ayırma konusunda pandemi nedeniyle gençlerin hepsinin etkilendiği, o yüzden farklılık olmadığı düşünölmüştür.. Benzer şekilde çalışmamızda SAB tanısı açısından

da gruplar arası farkın olmaması, bu sonuçlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. İlgili bölümde SAB tanısının gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmaması ayrıca tartışılacaktır.

Yalnız hissetme, zorbalığa maruz kalma ve kendine zarar verme davranışı açısından yüksek bağımlı grupta daha yüksek oranlar elde edilmiştir. Yalnızlık, akıllı telefon bağımlılığında izole olma halinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili SAB tanısının etiyolojik faktörlerinden biri olarak zorbalığa maruz kalma düşünülmektedir. Ayrıca SAB tanısına meyilli kişilerin daha inhibe ve çekingen hallerinin de zorbaların dikkatini daha çok çektiği hipotezi üzerinde durulmaktadır. Çalışmamızda SAB tanısı açısından bir fark saptanmasa bile tanı kriterlerini karşılamayan, ama tanı öncesi dönemde olabilen yüksek bağımlı gençlerin olduğu düşünülmektedir.

Sigara kullanım oranları hem yüksek bağımlı grupta hem de orta-yüksek nomofobik grupta yüksek olarak bulunsa da istatistiksel açıdan sadece orta-yüksek nomofobik grupta bu fark anlamlı olarak gösterilmiştir. Daha geniş örnekleme her iki grupta da sigara kullanımının artmış olabileceği düşünülmektedir; çünkü akıllı telefon bağımlılığında sigara kullanımının arttığı alanyazında bir çok kere gösterilmiştir [143]. Davranışsal bağımlılıklarda da diğer madde bağımlılıklarının arttığı bilinmektedir.

Telefon bağımlılığı açısından gruplar arasında ebeveynlerin telefon ile uğraşmaları, telefonla en çok uğraşan ebeveyn, ebeveynin günlük telefonla ilgilenme süresi, diğer ebeveynin günlük telefonla ilgilenme süresi, sosyal medya kullanımı ve eşin sosyal medya kullanımı açısından bir fark saptanmamıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalarda ebeveynlerin de akıllı telefon ile çok vakit geçirdiği ön plana çıkmıştır [143]. Fakat çalışmamızda bu sonuçların görülememesi daha önceki sorulara verdikleri tutarsız yanıtlar da göz önüne alınırsa ebeveynlerin kendileriyle alakalı yeterince içgörüyü sahip olamaması ile ilişkili olabilir.

5.4. K-SADS Tanıları

Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin en az bir psikopatolojiye sahip olma oranı ve duygudurum bozuklukları oranı daha yüksek saptanırken anksiyete bozuklukları açısından gruplar arasında bir fark bulunmamıştır. Duygudurum bozuklukları içerisinde MDB tanısı belirgin yüksektir. BAB, Distimi, Siklotimi ve YDDDB açısından

gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Orta-yüksek nomofobik grupta MDB açısından anlamlı bir fark olmasa da tanı oranlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Alanyazında akıllı telefon bağımlılığıyla ilişkili en sık gündeme gelen tanılar depresyon ve anksiyete bozuklukları olmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı ve depresyon, anksiyete ilişkisinin incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında depresyon ile orta etki büyüklüğünde ilişkili olduğu, anksiyete ile düşük etki büyüklüğünde ilişki olduğu bildirilmiştir [89]. Alanyazında BAB, YDDB, Siklotimi ve Distimi tanıları ve akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Duygudurum bozukluklarının depresif dönemlerinde özellikle akıllı telefon ve internet bağımlılığının arttığı tahmin edilmektedir. Daha geniş örneklerde duygudurum bozukluklarının akıllı telefon bağımlılığı açısından değerlendirilmesi ve depresif dönemler ile ilişkisinin incelenmesi yararlı olacaktır.

Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin DEHB ve KOKGB tanı oranları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda DEHB tanısı yüksek oranda varken KOKGB komorbiditesinin düşük saptanmasında da ölçekleri tam doldurmadıklarından KOKGB tanılı ergenlerin çalışmada düşük oranda gözlemlendiği düşünülmüştür. Alanyazında yapılan çalışmalarda da dikkat eksikliği belirtilerinin akıllı telefon bağımlılığı davranışlarını yordadığı ve akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerin daha fazla oranda davranış sorunları gösterdiği saptanmıştır [154, 155]. DEHB tanılı çocukların ergenlik döneminde alkol-madde bağımlılıkları ve diğer davranışsal bağımlılıklar açısından daha fazla riske sahip olduğu, sıkılganlık nedeniyle ödül arayan davranışların bağımlılıklara neden olduğu bilinmektedir.

Gruplar arasında PB, Agorafobi, Özgül Fobi, SAB, AAB ve TSSB tanıları açısından bir fark saptanmamıştır. Alanyazında bazı çalışmalarda sosyal anksiyete ve akıllı telefon bağımlılığı ilişkisi gösterilemese de 2022 yılında yapılan bir meta-analiz sonucuna göre sosyal alandaki anksiyetenin ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki akıllı telefon bağımlılığını yordayan önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir [156]. Sosyal anksiyete nedeniyle kişilerin dış dünya ile olumlu ilişkiler kuramadığı ve telefon yoluyla dış dünya ile iletişimi kontrol ettikleri düşünülmektedir. İkinci bir teori ise anksiyete bozukluğu yaşayan kişilerin gündelik hayatın stresiyle baş etme yolu olarak akıllı telefon kullanımına başvurdukları yönündedir [156]. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili psikopatolojilerin değerlendirildiği çalışmaların çoğunda yapılandırılmış

görüşmeler kullanılmamış ve tanıdan ziyade belirtiler üzerinde daha çok durulmuştur. Farklı anksiyete bozukluğu tanılarında ziyade genel bir anksiyete ve stres düzeylerinden bahsedilmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde (durumluk, sürekli, sosyal) anksiyete belirtileri ile akıllı telefon bağımlılığı arasında ilişki bulunmuş; ancak SAB tanısı gruplar arasında anlamlı olarak farklı çıkmamıştır. Bunun en önemli nedeninin yaş olabileceği tahmin edilmektedir. Anksiyetenin zaman içerisinde işlevselliği etkileyerek psikiyatrik bozukluğa neden olduğu düşünülürse çalışmaya alınan gençlerin erişkinlik dönemlerinde SAB ve diğer anksiyete bozuklukları tanıları ile daha sık karşılaşılabilirdiği düşünülmektedir.

Gruplar arasında yeme bozuklukları açısından bir fark saptanmamıştır. Tanı oranları yüksek bağımlı grupta daha yüksek saptansa da anlamlı farkın çıkmaması örneklemin küçüklüğü ile ilişkili olabilir. Daha geniş örnekleme yeme bozukluklarının akıllı telefon bağımlılığı olan gençlerde daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir. Alanyazında bozulmuş yeme davranışları ve yeme bozukluklarıyla akıllı telefon bağımlılığı ilişkisini inceleyen kısıtlı sayıdaki çalışmanın sonuçları tutarsız olmuştur [157, 158]. Çalışmalarda yeme davranışları ölçek puanlarıyla hesaplanmış ve yapılandırılmış görüşmeler yapılmamıştır. Bu nedenle yeme davranışları, yeme bozuklukları, fazla kilo/obezite ile akıllı telefon bağımlılığı ilişkisindeki faktörlerin çalışmalarda incelenmesi önemli olacaktır.

Örnekleme alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı konulmamıştır. Ülkemizde alkol-madde bağımlılıklarıyla ilişkili özel merkezlerin bulunması ve alkol-madde bağımlılıklarıyla başvuran hastaların özel merkezlere yönlendirilmesi nedeniyle çalışmamızda gözlenmediği düşünülmektedir.

5.5. Ergen Özbildirim Ölçekleri

Yüksek bağımlı grupta nomofobi ve internet bağımlılığı daha yüksek saptanmışken bilgisayar oyun bağımlılığı açısından bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda ergenler akıllı telefonu internet aracılığıyla sosyal medya uygulamalarına erişim için kullanmaktadır. Nomofobi ve diğer hoşnutsuzluk hallerine yol açan temel neden yeni içeriklere hemen ulaşma, internetteki gelişmelerden uzak kalmama isteğidir. Tüm bu nedenlerden dolayı çalışmamızda da alanyazın ile uyumlu olarak [143] akıllı telefon bağımlılığında çok yüksek oranlarda internet

bağımlılığının olması şaşırtıcı değildir. Bilgisayar oyun bağımlılığı ile ilgili çalışmalarda en büyük nedenin online oyunlar olduğu bildirilmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı ile bilgisayar oyun bağımlılığının karşılıklı bir ilişki içerisinde artmadığı; bilgisayar oyun bağımlılığının akıllı telefon bağımlılığını belirgin artırdığı, fakat akıllı telefon kullanımının bilgisayar oyun bağımlılığını arttırmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle bilgisayar oyun bağımlılığı düzeylerinin farklı çıkmadığı tahmin edilmektedir [159].

Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin aile ve arkadaş sosyal desteği açısından daha olumsuz yanıtlar verdiği görülmüştür. Alanyazında internet ve akıllı telefon bağımlılarında sosyal desteğin düşüklüğü gösterilmiştir [12]. Gerçek bir sosyal destek azlığından ziyade algılanan sosyal destek düşüklüğü daha ön planda olabilir. İkinci bir teori ise sosyal hayattan kaçınma davranışlarının zaman içerisinde sosyal ilişkileri etkileyerek gerçek bir sosyal destek azlığına yol açabileceği yönündedir. Fakat nomofobik gruplar arasında sosyal destek açısından bir fark gözlenmemiştir. Alan yazında sosyal alanda geride kalmak ve yalnız olmakla ilişkili korkuların nomofobik belirtilere neden olabileceği, hoşnutsuzluk hissinin sürekli sosyal medyaya bağlı kalmaya zorladığı düşünülmektedir. Nomofobik kişilerde sosyal desteğin az olması beklense de yapılan bir çalışmada tek başına sosyal desteğin nomofobik belirtileri yordamadığı, stresin fazla sosyal desteğin az algılandığı durumunda nomofobik belirtilerin arttığı gözlenmiştir [160]. Sosyal destek ve nomofobi ile ilgili çalışmaların tekrarlanması bu konunun aydınlatılmasında faydalı olacaktır.

Yüksek bağımlı gruptaki ergenlerin duygu düzenleme becerilerinde güçlükler olduğu gözlenmiştir. Bağımlılıklarda duygu düzenleme becerilerinin bozulduğu bilinmektedir ve akıllı telefon bağımlılarında da benzer şekilde duygu düzenleme becerilerinde bir zorluk olduğu bildirilmiştir [161]. Başta stres olmak üzere olumsuz duygular ile baş etme yöntemi olarak sanal ortamlara kaçış davranışlarının akıllı telefon bağımlılığına neden olabileceği düşünülmektedir.

Yüksek bağımlı gruptaki ergenler hem annenin hem de babanın duygusal erişilebilirlik açısından daha uzak olduğunu bildirmişlerdir. Fakat nomofobik kişilerde sadece babanın duygusal erişilebilirliğinin daha az olduğu gözlenmiştir. Alanyazında akıllı telefon bağımlılığına yakınlıkla alakalı risk faktörlerinde ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinde durulmuş ve ulaşılan, tutarlı ve empatik ebeveynlerin çocuklarında akıllı

telefon bağımlılığı riskinin daha az olduğu saptanmıştır [146, 162]. Çalışmamızda da benzer şekilde hem anne hem de babanın duygusal erişilebilirliğinin yüksek bağımlı gençlerde daha az olduğu görülmektedir.

Kaygı açısından değerlendirildiğinde, yüksek bağımlı gruptaki gençlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı ve sosyal kaygı düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Yüksek bağımlı gençlerin daha fazla depresif belirti bildirdikleri saptanmıştır. Daha önce 5.4 başlık numaralı bölümde tartışılmıştır.

Yüksek bağımlı gençlerin benlik saygısı daha düşük bulunmuştur. Alanyazında bir çok çalışmada akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerde benlik saygısının düşük olduğu gösterilmiştir [143]. Problemlili akıllı telefon kullanımının sosyal onay görme ihtiyacını karşıladığı ve kendilik düzenlemesiyle ilişki olduğu ortaya atılmıştır ve bu nedenle düşük benlik saygısı olan kişilerin daha fazla akıllı telefon kullanımına yatkın olduğu tahmin edilmektedir [163].

Yüksek bağımlı gençlerin uyku ve yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştır. Alanyazında akıllı telefon bağımlılarında yaşam kalitesinin belirgin olarak düştüğü ve birçok uyku sorununun görüldüğü belirtilmiştir [143, 155]. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da yüksek bağımlılık düzeyine sahip gençlerin uyku kalitelerinde yüksek bozulmalar olduğu bildirilmiştir [148]. Stres ve kaygı düzeyleri yüksek ve düşük benlik saygısına sahip gençlerin başlangıçta da düşük yaşam ve uyku kalitesine sahip olduğu, zamanla kaçış davranışı olarak daha fazla akıllı telefon kullandığı, yaşam ve uyku kalitesinin daha da bozulduğu tahmin edilmektedir.

Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin ebeveynlerinin çocuklarını değerlendirdikleri dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri daha yüksek saptanmıştır. Daha önce 5.4 başlık numaralı bölümde tartışılmıştır.

5.6. Ebeveyn Özbildirim Ölçekleri

Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin ebeveynlerinin daha yüksek oranda depresif ve kaygı belirtileri ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri bildirdikleri saptanmıştır. Yüksek bağımlı gruptaki gençlerin ebeveynlerinin nomofobi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Nomofobik gruplar karşılaştırıldığında ebeveynlerin depresif, kaygı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri açısından bir fark gözlenmemiş olup sadece orta-yüksek nomofobik gruptaki ebeveynlerin daha yüksek

nomofobi düzeyleri olduğu gözlenmiştir. Alanyazında akıllı telefon bağımlılığı olan gençlerin ebeveynlerindeki psikopatolojiler ile alakalı yapılandırılmış örnek bir çalışma bulunmamıştır; fakat bağımlılığa neden olan ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinde durulmuştur. Ebeveynlerin tutarlı, empatik ve erişilebilir olmasını engelleyen en önemli faktörlerden biri de ebeveynlerdeki psikopatolojilerdir. Daha depresif, kaygılı ve dikkat eksikliği olan ebeveynin çocuğu ile olan ilişkisinde bozulmaların olması şaşırtıcı olmayacaktır. Aynı zamanda yüksek bağımlı gençlerde psikopatoloji oranının daha yüksek olması, yüksek genetik geçiş düşünüldüğünde, ebeveynlerinde de psikopatoloji riskinin arttığını düşündürmektedir. Davranışsal bağımlılıklar düşünüldüğünde ebeveyninde nomofobik özelliklerin olması çocuklarda da benzer davranışların gelişmesi açısından riskli olmaktadır.

5.5. Yordayıcı Analizler

Tüm değişkenler arasında nomofobi düzeyi, bilgisayar oyun bağımlılığı düzeyi, depresif belirtiler ve çocuğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin artması ile annenin duygusal erişilebilirliğinin azalması akıllı telefon bağımlılığını yordayan bağımsız değişkenler olarak saptanmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yordayıcı faktörleri araştıran bir çalışmada yaş, depresyon ve düşük dürtü kontrolü etkili olarak bulunmuştur [164]. Düşük dürtü kontrolüne sahip olan en önemli grup DEHB'li çocuklardır; bu çocukların ergenlik ve erişkinlik döneminde bir çok bağımlılık açısından risk altında olduğu bilinmektedir. Bu nedenle erken çocukluk ve okul dönemindeki dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin ergenlik dönemindeki akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. Bir diğer çalışmada ise anksiyetenin yordayıcı etkileri olduğu belirtilirken, depresyon ve anksiyetenin etkisinin gösterilemediği çalışmalar da olmuştur. [165]. Bizim çalışmamızda anksiyete belirtilerinin model içerisinde yordayıcı etkisinin ortadan kalktığı görülmüşse de nomofobi düzeylerinin de bir çeşit anksiyete belirtileri olduğu düşünüldüğünde nomofobi düzeylerinin yordayıcı etkisi içinde diğer anksiyete belirtileri gizlenmiş olabilir. Bir diğer çalışmada depresyon ve kaçınan bağlanma özelliklerinin telefon bağımlılığındaki önemi vurgulanmıştır [166]. Alanyazında annelerin duygusal erişilebilirliği doğrudan çalışılmasa da anne-çocuk ilişkisini gösteren bağlanma özellikleri üzerinde durulmuş ve akıllı telefon bağımlılığında

oldukça büyük öneme sahip olduğu görülmüştür. Benzer şekilde çalışmamızda da annelerin duygusal erişilebilirliğinin örnekleme yordayıcı etkisi gösterilmiştir. Bilgisayar oyun bağımlılığıyla akıllı telefon bağımlılığı ilişkisinde daha önce de bahsedildiği gibi tek yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir ve çalışmamızda elde edilen yordayıcı analiz sonuçlarında bilgisayar oyun bağımlılığının yordayıcı etkisinin olması beklenen bir sonuç olmuştur. Çünkü bilgisayar oyun bağımlılarının çevrimiçi oyunda kalabilmek amacıyla akıllı telefon vasıtasıyla oyun oynamaya devam etmeleri gerekmektedir.

Tablo 5. 1. Çalışmamızda Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Nomofobi Düzeylerini Yordayan Risk Faktörleri

RİSK FAKTÖRLERİ	
Akıllı Telefon Bağımlılığı	Nomofobi
Annenin Duygusal Erişilebilirliği	Annenin Duygusal Erişilebilirliği
Nomofobi Düzeyleri	Ebeveynin Nomofobi Düzeyleri
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Belirtileri	Akıllı Telefon Bağımlılığı
Depresif Belirtiler	
Bilgisayar Oyun Bağımlılığı	

Nomofobi düzeylerini yordayan bağımsız değişkenler araştırıldığında tüm değişkenler arasında akıllı telefon bağımlılığı, ebeveynin nomofobi düzeyleri ve annenin duygusal erişilebilirliği saptanmıştır. Akıllı telefon bağımlılığını yordayan bir değişken olarak annenin duygusal erişilebilirliği nomofobi açısından da etkili bulunmuştur. Ayrıca ebeveynin nomofobi düzeylerinin de etkisinin olduğu görülmektedir. Tüm bu bulgular stres ve anksiyete ile baş etme yolu olarak bozulmuş uyum davranışı olan nomofobinin geliştiğini ve bu davranışın en çok aileden öğrenildiği düşünülmektedir. Ebeveynin telefondan ayrı kaldığında huzursuzluk, ajitasyon, panik hali gibi sıkıntılarının olması ve aynı zamanda ebeveynin duygusal

olarak erişilebilir olmaması çocuğun duygusal olarak zorlandığı zamanlarda ebeveynle benzer davranışları geliştirmesine neden olabilir.

5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışmamız alanyazında akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi düzeylerini ergenlerde yapılandırılmış klinik görüşmeler ile değerlendiren ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Aynı zamanda ergenlerin ebeveynleri ile de görüşmeler yapılmış; ebeveynlerin depresif, kaygı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve nomofobi düzeyleri değerlendirilmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi düzeylerini yordayabilecek yaklaşık yirmi parametre değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları olarak nomofobi ve akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili kabul edilmiş uluslararası tanı kriterleri olmadığı için ölçekler ile değerlendirilmiş ve kesim noktaları kullanılarak gruplandırmalar yapılmıştır. Özbildirime dayanan ölçeklerin kesim noktaları çalışma için iyi bir dayanak olsa da klinik bir tanı olarak değerlendirilmemelidir. Bu alanda yapılacak gelecek çalışmaların örneklem sayısının genişletilerek ve akıllı telefon bağımlılığını klinik olarak tanımlayabilecek tanı kriterleri oluşturulduktan sonra tekrarlanması daha tutarlı ve genellenebilir sonuçlar alınmasını sağlayacaktır. Ayrıca ebeveyn görüşlerinde sadece anneye ulaşılabilmemiş; babaların gözlemlerine yer verilememiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmanın başlangıcındaki hipotezler ve elde edilen bulgular incelendiğinde,

1. Akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri yüksek olan grupta daha düşük uyku ve yaşam kalitesi, duygu düzenleme becerilerinde belirgin zorluk, daha düşük aile ve arkadaş sosyal desteği, daha az anne ve baba duygusal erişilebilirliği ve daha düşük benlik saygısı saptanmıştır.
2. Akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri yüksek olan grupta daha yüksek oranda psikopatoloji ve daha yüksek oranda depresif semptom, (durumluk, sürekli, sosyal) kaygı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri saptanmıştır.
3. Akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri yüksek olan gruptakilerin ebeveynlerinde de daha yüksek oranda depresif, kaygı, nomofobi ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri saptanmıştır.
4. Akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri yüksek olan grupta daha yüksek nomofobi ve internet bağımlılığı gözlense de bilgisayar oyun bağımlılığında artış gözlenmemiştir.
5. Orta-yüksek nomofobik belirtileri olan grupta daha düşük uyku ve yaşam kalitesi, duygu düzenleme becerilerinde belirgin zorluk, daha az baba duygusal erişilebilirliği ve daha düşük benlik saygısı saptanmıştır.
6. Orta-yüksek nomofobik belirtileri olan grupta daha yüksek oranda psikopatoloji ve daha yüksek oranda depresif semptom, (durumluk, sürekli, sosyal) kaygı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri saptanmıştır.
7. Orta-yüksek nomofobik belirtileri olan ergenlerin ebeveynlerinde daha yüksek oranda nomofobi belirtileri gözlense de depresif, kaygı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinde artış gözlenmemiştir.
8. Orta-yüksek nomofobik belirtileri olan grupta daha yüksek oranda internet bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığı gözlense de bilgisayar oyun bağımlılığında bir artış gözlenmemiştir.

9. Akıllı telefon bağımlılığını yordayan risk faktörleri olarak nomofobi düzeyleri, depresif belirtiler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri, bilgisayar oyun bağımlılığı ve annenin duygusal erişilebilirliği bulunmuştur.
10. Nomofobik belirtilerini yordayan risk faktörleri olarak akıllı telefon bağımlılığı, ebeveynin nomofobik belirtileri ve annenin duygusal erişilebilirliği bulunmuştur.

Bu alanda yapılacak gelecek çalışmaların örneklem sayısının genişletilerek ve akıllı telefon bağımlılığını klinik olarak tanımlayabilecek tanı kriterleri oluşturulduktan sonra tekrarlanması daha tutarlı ve genellenebilir sonuçlar alınmasını sağlayacaktır. Telefon bağımlılığı ile benlik saygısı, ebeveynin duygusal erişilebilirliği, yalnızlık hissi gibi bir çok gelişimsel etken arasında ilişki saptanmıştır. Bu yanıyla akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi bir tanıdan öte, transdiagnostik olarak gelişimi etkileyen hemen her durumda karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca uyku gibi genel işlevle ilgili durumları da etkilemektedir. Ebeveyn duygusal erişilebilirliğinin akıllı telefon bağımlılığı riski açısından önemli olduğu saptandığından özellikle anne çocuk ilişkisinin desteklenmesi, iyileştirilmesi gerekliliği sonucuna da varılmıştır. Çalışmanın kesitsel olmasından dolayı neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır; ancak etkilerin karşılıklı olduğu ve düşük yaşam kalitesi ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Müdahale edilebilecek olan durumla tedaviye başlanması uygun gözükmektedir. Bu nedenle akıllı telefon bağımlılığına karşı müdahalelerin dolaylı olarak uykunun düzeltilmesi, psikopatolojinin tedavisi, spor gibi faaliyetlerle sosyal destek algısının artırılması yoluyla da olabileceği düşünülmektedir. Bu müdahaleler yaşam kalitesini de artırırlar.

Annelerdeki psikopatoloji belirtileri ve telefon kullanma özellikleri göz önüne alındığında izlemde tüm aile bireylerinin katılımı önemli gözükmektedir. Ebeveynlerin ebeveynlik tutumları, evlilik ve ailelerine dair algıları da çalışmalarda değerlendirilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Mascheroni, G. And K. Ólafsson, The Mobile Internet: Access, Use, Opportunities And Divides Among European Children. *New Media & Society*, 2016. 18(8): P. 1657-1679.
2. Egger, O. And M. Rauterberg, Internet Behaviour And Addiction (Unpublished Master's Thesis). *Work & Amp*, 1996.
3. Kuss, D.J., Et Al., Problematic Mobile Phone Use And Addiction Across Generations: The Roles Of Psychopathological Symptoms And Smartphone Use. *Journal Of Technology İn Behavioral Science*, 2018. 3(3): P. 141-149.
4. Baron, N.S. And E.M. Campbell, Gender And Mobile Phones İn Cross-National Context. *Language Sciences*, 2012. 34(1): P. 13-27.
5. Chóliz, M., Mobile Phone Addiction: Point Of İssue Addiction. *Society For The Study Of Addiction*, 2010. 105(2): P. 373-374.
6. Khan, M.M., Adverse Effects Of Excessive Mobile Phone Use. *International Journal Of Occupational Medicine And Environmental Health*, 2008. 21(4): P. 289.
7. Ivanova, A., Et Al., Mobile Phone Addiction, Phubbing, And Depression Among Men And Women: A Moderated Mediation Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 2020. 91(3): P. 655-668.
8. King, A.L.S., A.M. Valença, And A.E. Nardi, Nomophobia: The Mobile Phone İn Panic Disorder With Agoraphobia: Reducing Phobias Or Worsening Of Dependence? *Cognitive And Behavioral Neurology*, 2010. 23(1): P. 52-54.
9. Griffiths, M. Technological Addictions. İn *Clinical Psychology Forum*. 1995. Division Of Clinical Psychology Of The British Psychol Soc.
10. Yılmaz, Y.D.D.T.K., Türkiye'de Çocukların Güvenli İnternet Kullanımında 2010-2015 Yılları Arasındaki Değişimler Ve Uygulamaların Yansımaları. 2016.
11. Brand, M., K.S. Young, And C. Laier, Prefrontal Control And Internet Addiction: A Theoretical Model And Review Of Neuropsychological And Neuroimaging Findings. *Frontiers İn Human Neuroscience*, 2014: P. 375.
12. Özdemir, Y., Y. Kuzucu, And Ş. Ak, Depression, Loneliness And Internet Addiction: How İmportant İs Low Self-Control? *Computers İn Human Behavior*, 2014. 34: P. 284-290.

13. Dalbudak, E. And C. Evren, The Relationship Of Internet Addiction Severity With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms In Turkish University Students; Impact Of Personality Traits, Depression And Anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 2014. 55(3): P. 497-503.
14. Aker, S., Et Al., Psychosocial Factors Affecting Smartphone Addiction In University Students. *Journal Of Addictions Nursing*, 2017. 28(4): P. 215-219.
15. Demirci, K., M. Akgönül, And A. Akpınar, Relationship Of Smartphone Use Severity With Sleep Quality, Depression, And Anxiety In University Students. *Journal Of Behavioral Addictions*, 2015. 4(2): P. 85-92.
16. Sohn, S.Y., Et Al., Prevalence Of Problematic Smartphone Usage And Associated Mental Health Outcomes Amongst Children And Young People: A Systematic Review, Meta-Analysis And Grade Of The Evidence. *Bmc Psychiatry*, 2019. 19(1): P. 1-10.
17. Mojtabai, R., M. Olfson, And B. Han, National Trends In The Prevalence And Treatment Of Depression In Adolescents And Young Adults. *Pediatrics*, 2016. 138(6).
18. Sharma, M., D.M.M. Amandeep, And J. Jeenger, Nomophobia And Its Relationship With Depression, Anxiety, And Quality Of Life In Adolescents. *Industrial Psychiatry Journal*, 2019. 28(2): P. 231.
19. Wacks, Y. And A.M. Weinstein, Excessive Smartphone Use Is Associated With Health Problems In Adolescents And Young Adults. *Frontiers In Psychiatry*, 2021. 12: P. 762.
20. Ali, R., Et Al. The Emerging Requirement For Digital Addiction Labels. In *International Working Conference On Requirements Engineering: Foundation For Software Quality*. 2015. Springer.
21. Lissak, G., Adverse Physiological And Psychological Effects Of Screen Time On Children And Adolescents: Literature Review And Case Study. *Environmental Research*, 2018. 164: P. 149-157.
22. Derevensky, J.L., V. Hayman, And L. Gilbeau, Behavioral Addictions: Excessive Gambling, Gaming, Internet, And Smartphone Use Among Children And Adolescents. *Pediatric Clinics*, 2019. 66(6): P. 1163-1182.

23. Savcı, M. And F. Aysan, Teknolojik Bağımlılıklar Ve Sosyal Bağlılık: İnternet Bağımlılığı, Sosyal Medya Bağımlılığı, Dijital Oyun Bağımlılığı Ve Akıllı Telefon Bağımlılığının Sosyal Bağlılığı Yordayıcı Etkisi. *Dusunen Adam*, 2017. 30(3): P. 202-216.
24. Abay, E. And İ. Ateş, Bağımlılığın Genetiği. *Bağımlılık Dergisi*, 2001. 2(2): P. 68-70.
25. Griffiths, M., Behavioural Addiction: An Issue For Everybody? *Employee Councelling Today*, 1996.
26. Coşkunol, H. And E. Altıntoprak, Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1999. 2(4): P. 222-229.
27. Enoch, M.-A., Et Al., The Relationship Between Two İntermediate Phenotypes For Alcoholism: Low Voltage Alpha Eeg And Low P300 Erp Amplitude. *Journal Of Studies On Alcohol*, 2002. 63(5): P. 509-517.
28. Hughes, J.R., Et Al., Smoking Behavior Of Type A And Type B Smokers. *Addictive Behaviors*, 1986. 11(2): P. 115-118.
29. Chaudry, H.R., Et Al., Cannabis Psychosis Following Bhang İngestion. *British Journal Of Addiction*, 1991. 86(9): P. 1075-1081.
30. Sander, T., Et Al., Serotonin Transporter Gene Variants İn Alcohol-Dependent Subjects With Dissocial Personality Disorder. *Biological Psychiatry*, 1998. 43(12): P. 908-912.
31. Mcgue, M., R.W. Pickens, And D.S. Svikis, Sex And Age Effects On The İnheritance Of Alcohol Problems: A Twin Study. *Journal Of Abnormal Psychology*, 1992. 101(1): P. 3.
32. Cadoret, R.J., Et Al., An Adoption Study Of Genetic And Environmental Factors İn Drug Abuse. *Archives Of General Psychiatry*, 1986. 43(12): P. 1131-1136.
33. Evren, C., K. Ögel, And B. Uluğ, Alkol Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi El Kitabı. Birinci Basım. Tpd Yayınları, 2012.
34. Yüncü, Z. And H.A. Savaş, Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi*, 2007. 8(3): P. 146-152.
35. Li, T.-K. And T. Foroud, Genetics Of Alcoholism: A Review Of Recent Studies İn Human And Animal Models. *American Journal On Addictions*, 1999. 8(4): P. 261-278.

36. Reif, A., Is Nos1 A Genetic Link Between Rls And Adhd? 2010.
37. Noble, E.P., Et Al., D2 And D4 Dopamine Receptor Polymorphisms And Personality. *American Journal Of Medical Genetics*, 1998. 81(3): P. 257-267.
38. Lachman, H.M., Et Al., Human Catechol-O-Methyltransferase Pharmacogenetics: Description Of A Functional Polymorphism And Its Potential Application To Neuropsychiatric Disorders. *Pharmacogenetics*, 1996. 6(3): P. 243-250.
39. Soyka, M., Et Al., Gaba-A2 Receptor Subunit Gene (Gabra2) Polymorphisms And Risk For Alcohol Dependence. *Journal Of Psychiatric Research*, 2008. 42(3): P. 184-191.
40. Sun, H.-F.S., Et Al., Association Study Of Novel Human Serotonin 5-Ht1b Polymorphisms With Alcohol Dependence In Taiwanese Han. *Biological Psychiatry*, 2002. 51(11): P. 896-901.
41. Shioe, K., Et Al., No Association Between Genotype Of The Promoter Region Of Serotonin Transporter Gene And Serotonin Transporter Binding In Human Brain Measured By Pet. *Synapse*, 2003. 48(4): P. 184-188.
42. Nielsen, D.A., Et Al., Suicidality And 5-Hydroxyindoleacetic Acid Concentration Associated With A Tryptophan Hydroxylase Polymorphism. *Archives Of General Psychiatry*, 1994. 51(1): P. 34-38.
43. Treutlein, J., Et Al., Genetic Association Of The Human Corticotropin Releasing Hormone Receptor 1 (Crhr1) With Binge Drinking And Alcohol Intake Patterns In Two Independent Samples. *Molecular Psychiatry*, 2006. 11(6): P. 594-602.
44. Richardson, H.N., Et Al., Alcohol Self-Administration Acutely Stimulates The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis, But Alcohol Dependence Leads To A Dampened Neuroendocrine State. *European Journal Of Neuroscience*, 2008. 28(8): P. 1641-1653.
45. Koob, G.F. And F.E. Bloom, Cellular And Molecular Mechanisms Of Drug Dependence. *Science*, 1988. 242(4879): P. 715-723.
46. Koob, G.F., Drugs Of Abuse: Anatomy, Pharmacology And Function Of Reward Pathways. *Trends In Pharmacological Sciences*, 1992. 13: P. 177-184.

47. Kayaalp, S. And İ. Uzbay, İlaç Kötüye Kullanımı Ve İlaç Bağımlılığı. Kayaalp Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Kayaalp, So (Ed.), 2009. 11: P. 816-836.
48. Bowirrat, A. And M. Oscar-Berman, Relationship Between Dopaminergic Neurotransmission, Alcoholism, And Reward Deficiency Syndrome. American Journal Of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 2005. 132(1): P. 29-37.
49. Blum, K., Et Al., The Reward Deficiency Syndrome: A Biogenetic Model For The Diagnosis And Treatment Of İmpulsive, Addictive And Compulsive Behaviors. Journal Of Psychoactive Drugs, 2000. 32(Sup1): P. 1-112.
50. Comings, D.E. And K. Blum, Reward Deficiency Syndrome: Genetic Aspects Of Behavioral Disorders. Progress İn Brain Research, 2000. 126: P. 325-341.
51. Blum, K., Et Al., Neurogenetic İmpairments Of Brain Reward Circuitry Links To Reward Deficiency Syndrome (Rds) As Evidenced By Genetic Addiction Risk Score (Gars): A Case Study. The Ioab Journal, 2013. 4(1): P. 4.
52. Schultz, W., Predictive Reward Signal Of Dopamine Neurons. Journal Of Neurophysiology, 1998. 80(1): P. 1-27.
53. O'brien, C.P., Drug Addiction And Drug Abuse. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis Of Therapeutics, 2001.
54. Tsai, G., D.R. Gastfriend, And J.T. Coyle, The Glutamatergic Basis Of Human Alcoholism. The American Journal Of Psychiatry, 1995.
55. Davidson, M., B. Shanley, And P. Wilce, Increased Nmda-İnduced Excitability During Ethanol Withdrawal: A Behavioural And Histological Study. Brain Research, 1995. 674(1): P. 91-96.
56. Uzbay, I., Et Al., Dopaminergic And Serotonergic Alterations İn The Rat Brain During Ethanol Withdrawal: Association With Behavioral Signs. Drug And Alcohol Dependence, 1998. 53(1): P. 39-47.
57. Parale, M.P. And S. Kulkarni, Studies With {A 2}-Adrenoceptor Agonists And Alcohol Abstinence Syndrome İn Rats. Psychopharmacology, 1986. 88(2): P. 237-239.
58. Uzbay, İ.T., Ülkemizdeki Temel Sorunlar Ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele. Meslek İçi Sürekli Eğitim, 2009.

59. Yeşilyurt, Ö. And I.T. Uzbay, Agmatine Potentiates The Analgesic Effect Of Morphine By An A2-Adrenoceptor-Mediated Mechanism In Mice. *Neuropsychopharmacology*, 2001. 25(1): P. 98-103.
60. Wilson, J. And H. Little, Cckb Antagonists Protect Against Some Aspects Of The Ethanol Withdrawal Syndrome. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*, 1998. 59(4): P. 967-973.
61. Baretta, I., J. Assreuy, And T. De Lima, Nitric Oxide Involvement In The Anxiogenic-Like Effect Of Substance P. *Behavioural Brain Research*, 2001. 121(1-2): P. 199-205.
62. McEwen, B.S. And S. Chattarji, Molecular Mechanisms Of Neuroplasticity And Pharmacological Implications: The Example Of Tianeptine. *European Neuropsychopharmacology*, 2004. 14: P. S497-S502.
63. Reagan, L.P., Et Al., Tianeptine Increases Brain-Derived Neurotrophic Factor Expression In The Rat Amygdala. *European Journal Of Pharmacology*, 2007. 565(1-3): P. 68-75.
64. Uzbay, T., Et Al., Acute And Chronic Tianeptine Treatments Attenuate Ethanol Withdrawal Syndrome In Rats. *Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry*, 2006. 30(3): P. 478-485.
65. Bloomer, C.W., D.D. Langleben, And D.J. Meyerhoff, Magnetic Resonance Detects Brainstem Changes In Chronic, Active Heavy Drinkers. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2004. 132(3): P. 209-218.
66. Franklin, T.R., Et Al., Decreased Gray Matter Concentration In The Insular, Orbitofrontal, Cingulate, And Temporal Cortices Of Cocaine Patients. *Biological Psychiatry*, 2002. 51(2): P. 134-142.
67. Jacobsen, L.K., Et Al., Quantitative Morphology Of The Caudate And Putamen In Patients With Cocaine Dependence. *American Journal Of Psychiatry*, 2001. 158(3): P. 486-489.
68. Ögel, K., Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi Ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, 2010: P. 3-4.
69. Balogh, K.N., L.C. Mayes, And M.N. Potenza, Risk-Taking And Decision-Making In Youth: Relationships To Addiction Vulnerability. *Journal Of Behavioral Addictions*, 2013. 2(1): P. 1-9.

70. Kendler, K.S., Et Al., Specificity Of Genetic And Environmental Risk Factors For Use And Abuse/Dependence Of Cannabis, Cocaine, Hallucinogens, Sedatives, Stimulants, And Opiates In Male Twins. *American Journal Of Psychiatry*, 2003. 160(4): P. 687-695.
71. Rehbein, F. And D. Baier, Family-, Media-, And School-Related Risk Factors Of Video Game Addiction. *Journal Of Media Psychology*, 2013.
72. Young, K.S., Psychology Of Computer Use: XI. Addictive Use Of The Internet: A Case That Breaks The Stereotype. *Psychological Reports*, 1996. 79(3): P. 899-902.
73. Young, K.S., Internet Addiction: The Emergence Of A New Clinical Disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1998.
74. Young, K., Et Al., Cyber Disorders: The Mental Health Concern For The New Millennium. *Cyberpsychology & Behavior*, 1999. 2(5): P. 475-479.
75. Turel, O., A. Serenko, And P. Giles, Integrating Technology Addiction And Use: An Empirical Investigation Of Online Auction Users. *Mis Quarterly*, 2011: P. 1043-1061.
76. Association, A.P., Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 2013: American Psychiatric Publishing.
77. Choudhary, A., Smartphones And Their Impact On Net Income Per Employee For Selected Us Firms. *Review Of Business & Finance Studies*, 2014. 5(2): P. 9-17.
78. Kurumu, T.I., Hane Halki Bilisim Teknolojileri Kullanim Arastirmasi. 2017.
79. Tutgun Ünal, A. And A. Arslan, Devlet Ve Vakıf Üniversiteleri Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Cep Telefonu Kullanım Sıklıklarının Ve Marka Tercihlerinin Karşılaştırılması. *Gaziantep University Journal Of Social Sciences*, 2013. 12(1).
80. Kwon, M., Et Al., Development And Validation Of A Smartphone Addiction Scale (Sas). *Plos One*, 2013. 8(2): P. E56936.
81. Lin, Y.-H., Et Al., Development And Validation Of The Smartphone Addiction Inventory (Spai). *Plos One*, 2014. 9(6): P. E98312.
82. Griffiths, M., A 'Components' Model Of Addiction Within A Biopsychosocial Framework. *Journal Of Substance Use*, 2005. 10(4): P. 191-197.

83. S, K. Digital İn 2016. 2016; Available From: [Http://Wearesocial.Com/Uk/Specialreports/Digital-İn](http://Wearesocial.Com/Uk/Specialreports/Digital-İn).
84. America, B.O. Trends İn Consumer Mobility Report. [Http://Newsroom.Bankofamerica.Com/Files/Doc_Library/Additional/2015_Bac_Trends_İn_Consumer_Mobility_Report.Pdf](http://Newsroom.Bankofamerica.Com/Files/Doc_Library/Additional/2015_Bac_Trends_İn_Consumer_Mobility_Report.Pdf).
85. Digitalage, Gmcs Akıllı Telefon Kullanım Alışkanlıkları Ortaya Koyuyor, İn Digitalage Dergisi. 2016.
86. Evans, D.S., Mobile Advertising: Economics, Evolution And Policy. [Http://Papers.Ssrn.Com/Sol3/Papers.Cfm?Abstract_İd=2786123](http://Papers.Ssrn.Com/Sol3/Papers.Cfm?Abstract_İd=2786123).
87. Yildirim, C., Et Al., A Growing Fear: Prevalence Of Nomophobia Among Turkish College Students. *Information Development*, 2016. 32(5): P. 1322-1331.
88. Kuyucu, M., Gençlerde Akıllı Telefon Kullanımı Ve Akıllı Telefon Bağımlılığı Sorunsalı:“Akıllı Telefon (Kolik)” Üniversite Gençliği. *Global Media Journal Tr Edition*, 2017. 7(14): P. 328-359.
89. Elhai, J.D., Et Al., Problematic Smartphone Use: A Conceptual Overview And Systematic Review Of Relations With Anxiety And Depression Psychopathology. *Journal Of Affective Disorders*, 2017. 207: P. 251-259.
90. Enez Darcin, A., Et Al., Smartphone Addiction And İts Relationship With Social Anxiety And Loneliness. *Behaviour & Information Technology*, 2016. 35(7): P. 520-525.
91. Pugh, S., Investigating The Relationship Between Smartphone Addiction, Social Anxiety, Self-Esteem, Age & Gender. 2017.
92. Fırat, S., Et Al., The Relationship Between Problematic Smartphone Use And Psychiatric Symptoms Among Adolescents Who Applied To Psychiatry Clinics. *Psychiatry Research*, 2018. 270: P. 97-103.
93. Kim, S.-G., Et Al., The Relationship Between Smartphone Addiction And Symptoms Of Depression, Anxiety, And Attention-Deficit/Hyperactivity İn South Korean Adolescents. *Annals Of General Psychiatry*, 2019. 18(1): P. 1-8.
94. Türen, U., H. Erdem, And G. Kalkın, Mobil Telefon Yoksunluğu Korkusu (Nomofobi) Yayılımı: Türkiye’den Üniversite Öğrencileri Ve Kamu Çalışanları Örneklemi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 2017. 10(1): P. 1.

95. King, A.L.S., Et Al., Nomophobia: Dependency On Virtual Environments Or Social Phobia? *Computers In Human Behavior*, 2013. 29(1): P. 140-144.
96. Utrecht, C., *Nomophobia: A Rising Trend Among Adolescents*. 2016.
97. Mail, D., *Nomophobia Is The Fear Of Being Out Of Mobile Phone Contact- And It's The Plague Of Our 24/7 Age*. 2008, Dailymail. Co. Uk.
98. Emanuel, R., Et Al., *The Truth About Smartphone Addiction*. *College Student Journal*, 2015. 49(2): P. 291-299.
99. Yildirim, C. And A.-P. Correia, *Exploring The Dimensions Of Nomophobia: Development And Validation Of A Self-Reported Questionnaire*. *Computers In Human Behavior*, 2015. 49: P. 130-137.
100. Demircan Uza, C., *Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Ve Nomofobi İle Mizaç Karakter Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, İn Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi. 2019, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi.
101. King, A.L.S., Et Al., "Nomophobia": *Impact Of Cell Phone Use İnterfering With Symptoms And Emotions Of İndividuals With Panic Disorder Compared With A Control Group*. *Clinical Practice And Epidemiology İn Mental Health: Cp & Emh*, 2014. 10: P. 28.
102. Erdem, H., Et Al., *Üniversite Öğrencilerinde Mobil Telefon Yoksunluğu Korkusunun (Nomofobi) Akademik Başarıya Etkisi*. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2016. 21(3).
103. Leung, L., *Linking Psychological Attributes To Addiction And İmproper Use Of The Mobile Phone Among Adolescents İn Hong Kong*. *Journal Of Children And Media*, 2008. 2(2): P. 93-113.
104. Gonçaves, S., P. Dias, And A.-P. Correia, *Nomophobia And Lifestyle: Smartphone Use And İts Relationship To Psychopathologies*. *Computers İn Human Behavior Reports*, 2020. 2: P. 100025.
105. Delavarpour, M., F. Akbari, And M. Bagheri, *Identifying The Psychopathological Profile Of University Students With Nomophobia Compared To University Students Without Nomophobia*. *Journal Of Psychological Studies*, 2021. 17(2).

106. Demirci, K., Et Al., Validity And Reliability Of The Turkish Version Of The Smartphone Addiction Scale In A Younger Population. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin Of Clinical Psychopharmacology*, 2014. 24(3): P. 226-234.
107. Young, K.S., Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon And Its Consequences. *American Behavioral Scientist*, 2004. 48(4): P. 402-415.
108. Horzum, M.B., A. Tuncay, And Ö.Ç. Balta, Computer Game Addiction Scale For Children. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 2008. 3(30): P. 76-88.
109. Dubow, E.F. And D.G. Ullman, Assessing Social Support In Elementary School Children: The Survey Of Children's Social Support. *Journal Of Clinical Child Psychology*, 1989. 18(1): P. 52-64.
110. Gökler, I., Çocuk Ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Uyarlama Çalışması: Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2007. 14(2): P. 90-99.
111. Gratz, K.L. And L. Roemer, Multidimensional Assessment Of Emotion Regulation And Dysregulation: Development, Factor Structure, And Initial Validation Of The Difficulties In Emotion Regulation Scale. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 2004. 26(1): P. 41-54.
112. Rugancı, R.N. And T. Gençöz, Psychometric Properties Of A Turkish Version Of The Difficulties In Emotion Regulation Scale. *Journal Of Clinical Psychology*, 2010. 66(4): P. 442-455.
113. Sarıtaş, D., Gençöz, T. , Ergenlerin Duygu Düzenleme Güçlüklerinin, Annelerinin Duygu Düzenleme Güçlükleri Ve Çocuk Yetiştirme Davranışları İle İlişkisi. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2011. 18(2): P. 117-126.
114. Lum, J.J. And V. Phares, Assessing The Emotional Availability Of Parents. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 2005. 27(3): P. 211-226.
115. Gökçe, G., Ebeveynin Duygusal Erişilebilirliği Ve Genel Psikolojik Sağlık: Duygu Düzenleme, Kişilerarası İlişki Tarzı Ve Sosyal Desteğin Rolü.
116. Spielberger, C.D., State-Trait Anxiety Inventory For Adults. 1983.
117. Öner, N. And A. Le Compte, Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı. İstanbul: Bogazici Üniversitesi Matbaası, 1983.
118. Rosenberg, M., Society And The Adolescent Self-İmage. 2015: Princeton University Press.

119. Çuhadaroğlu, F., Adolesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 1986.
120. Oy, B., Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği Gecerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Turk. Psikiyatri. Dergisi., 1991. 2: P. 137-140.
121. La Greca, A.M. And N. Lopez, Social Anxiety Among Adolescents: Linkages With Peer Relations And Friendships. Journal Of Abnormal Child Psychology, 1998. 26(2): P. 83-94.
122. Aydın, A. And S.T. Sütçü, Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeğinin (Eskö) Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2007. 14(2): P. 79-89.
123. Reynolds, C., Et Al., The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument For Psychiatric Practice And Research. Psychiatry Res, 1989. 28(2): P. 193-213.
124. Agargun, M., Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Gecerliği Ve Güvenirliği. Turk Psikiyatri Dergisi, 1996. 7: P. 107-115.
125. Diener, E., Et Al., The Satisfaction With Life Scale. Journal Of Personality Assessment, 1985. 49(1): P. 71-75.
126. Yetim, Ü., Life Satisfaction: A Study Based On The Organization Of Personal Projects. Social Indicators Research, 1993. 29(3): P. 277-289.
127. Beck, A.T., C. Ward, And M. Mendelson, Beck Depression Inventory (Bdİ). Arch Gen Psychiatry, 1961. 4(6): P. 561-571.
128. Hisli, N., Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Gecerliliği, Güvenirliği.(A Reliability And Validity Study Of Beck Depression Inventory İn A University Student Sample). J. Psychol., 1989. 7: P. 3-13.
129. Beck, A.T. And R. Steer, Beck Anxiety Inventory (Baİ). Überblick Über Reliabilitäts-Und Validitätsbefunde Von Klinischen Und Außerklinischen Selbst-Und Fremdbeurteilungsverfahren, 1988. 7.
130. Ulusoy, M., N.H. Sahin, And H. Erkmen, Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal Of Cognitive Psychotherapy, 1998. 12(2): P. 163.
131. Kessler, R.C., Et Al., The World Health Organization Adult Adhd Self-Report Scale (Asrs): A Short Screening Scale For Use İn The General Population. Psychological Medicine, 2005. 35(2): P. 245-256.

132. Kessler, R.C., Et Al., Validity Of The World Health Organization Adult Adhd Self-Report Scale (Asrs) Screener In A Representative Sample Of Health Plan Members. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 2007. 16(2): P. 52-65.
133. Doğan, S., Et Al., Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Asrs-V1. 1): Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009. 10(2): P. 77-87.
134. Conners, C.K., A Teacher Rating Scale For Use In Drug Studies With Children. *American Journal Of Psychiatry*, 1969. 126(6): P. 884-888.
135. Kaner, S., Et Al., Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu: Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.
136. Dereboy, Ç., Et Al., Conners Kısa Form Öğretmen Ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007. 18(1): P. 48-58.
137. Kaufman, J., Et Al., Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia For School-Age Children-Present And Lifetime Version (K-Sads-Pl): İntial Reliability And Validity Data. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997. 36(7): P. 980-988.
138. Gökler, B., Et Al., Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi Ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirliği. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2004.
139. Ünal, F., Et Al., Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi Ve Yaşam Boyu Şekli-Dsm-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlamasının (Çdşg-Şy-Dsm-5-T) Geçerlik Ve Güvenirliği. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2019. 30(1).
140. Zou, Y., Et Al., Smartphone Addiction May Be Associated With Adolescent Hypertension: A Cross-Sectional Study Among Junior School Students In China. *Bmc Pediatrics*, 2019. 19(1): P. 1-8.
141. Coban, D.A., Investigation Of The Relationship Between Smartphone Addiction And Overweight On University Students. 2019.
142. Alhazmi, A.A., Et Al., Prevalence And Factors Associated With Smartphone Addiction Among Medical Students At King Abdulaziz University, Jeddah. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 2018. 34(4): P. 984.

143. De-Sola Gutiérrez, J., F. Rodríguez De Fonseca, And G. Rubio, Cell-Phone Addiction: A Review. *Frontiers In Psychiatry*, 2016. 7: P. 175.
144. Sert, H., Et Al., Effect Of Technology Addiction On Academic Success And Fatigue Among Turkish University Students. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 2019. 7(1): P. 41-51.
145. Abd Rashid, J., Et Al., The Influence Of Mobile Phone Addiction On Academic Performance Among Teenagers. 2020.
146. Sun, R., Et Al., Parent–Child Relationships And Mobile Phone Addiction Tendency Among Chinese Adolescents: The Mediating Role Of Psychological Needs Satisfaction And The Moderating Role Of Peer Relationships. *Children And Youth Services Review*, 2020. 116: P. 105113.
147. Mazaheri, M.A. And F.R. Najarkolaei, Cell Phone And Internet Addiction Among Students In Isfahan University Of Medical Sciences-Iran. *Journal Of Health Policy And Sustainable Health*, 2014. 1(3).
148. Sahin, S., Et Al., Evaluation Of Mobile Phone Addiction Level And Sleep Quality In University Students. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 2013. 29(4): P. 913.
149. Gezgin, D.M. And C. Mihci, Smartphone Addiction In Undergraduate Athletes: Reasons And Effects Of Using Instagram Intensively. *International Journal Of Technology In Education And Science*, 2020. 4(3): P. 188-202.
150. Ershad, Z.S. And T. Aghajani, Prediction Of Instagram Social Network Addiction Based On The Personality, Alexithymia And Attachment Styles. *Sociological Studies Of Youth*, 2017. 8(26): P. 21-34.
151. Prasertsith, K., P. Kanthawongs, And P. Kanthawongs. The Factors Affecting Purchase Intention Of Fashion Accessories Through Instagram. In *Imsc1 2015-9th International Multi-Conference On Society, Cybernetics And Informatics*. 2015.
152. Hinojo-Lucena, F.-J., Et Al., Instagram Use As A Multimedia Platform For Sharing Images And Videos: Links To Smartphone Addiction And Self-Esteem. *Ieee Multimedia*, 2020. 28(1): P. 48-55.
153. Rodríguez-García, A.-M., A.-J. Moreno-Guerrero, And J. Lopez Belmonte, Nomophobia: An Individual's Growing Fear Of Being Without A Smartphone—A

Systematic Literature Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2020. 17(2): P. 580.

154. Panagiotidi, M. And P. Overton, Attention Deficit Hyperactivity Symptoms Predict Problematic Mobile Phone Use. *Current Psychology*, 2020: P. 1-7.

155. Sahu, M., S. Gandhi, And M.K. Sharma, Mobile Phone Addiction Among Children And Adolescents: A Systematic Review. *Journal Of Addictions Nursing*, 2019. 30(4): P. 261-268.

156. Ran, G., Et Al., The Association Between Social Anxiety And Mobile Phone Addiction: A Three-Level Meta-Analysis. *Computers In Human Behavior*, 2022. 130: P. 107198.

157. Tayhan Kartal, F. And N. Yabancı Ayhan, Relationship Between Eating Disorders And İnternet And Smartphone Addiction İn College Students. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, 2021. 26(6): P. 1853-1862.

158. Gokce, A. And A. Ozer, The Relationship Between Problematic Cell Phone Use, Eating Disorders And Social Anxiety Among University Students. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 2021. 37(4): P. 1201.

159. Lee, C. And O. Kim, Predictors Of Online Game Addiction Among Korean Adolescents. *Addiction Research & Theory*, 2017. 25(1): P. 58-66.

160. Lai, S.A., Et Al., Social Support As A Mediator İn The Relationship Between Perceived Stress And Nomophobia: An Investigation Among Malaysian University Students During The Covid-19 Pandemic. *Current Psychology*, 2022: P. 1-8.

161. Yildiz, M.A., Emotion Regulation Strategies As Predictors Of İnternet Addiction And Smartphone Addiction İn Adolescents. *Journal Of Educational Sciences And Psychology*, 2017. 7(1).

162. Yoo, C., Intercohort Comparison Of Smartphone Dependency İn Adolescence With İncreased Smartphone Possession And Accessibility. *Current Psychology*, 2021: P. 1-13.

163. Takao, M., S. Takahashi, And M. Kitamura, Addictive Personality And Problematic Mobile Phone Use. *Cyberpsychology & Behavior*, 2009. 12(5): P. 501-507.

164. Smetaniuk, P., A preliminary investigation into the prevalence and prediction of problematic cell phone use. *Journal of behavioral addictions*, 2014. 3(1): p. 41-53.
165. Bianchi, A. and J.G. Phillips, Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & behavior*, 2005. 8(1): p. 39-51.
166. Ghasempour, A. and M. Mahmoodi-Aghdam, The role of depression and attachment styles in predicting students' addiction to cell phones. *Addiction & health*, 2015. 7(3-4): p. 192.

8. EKLER

EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyet:

Telefon Numarası:

Ağırlık:

Boy:

Kardeş sayısı: (kendisi dahil)

Kaçıncı çocuk:

Sınıfı:

Okul adı:

(Lise öğrencisi olanlar için) LGS puanı:

Okuldaki başarı durumunuz: ()iyi ()orta ()kötü

Baba öğrenim durumu

() Okuma yazma bilmiyor () İlkokul () Ortaokul() Lise () Üniversite

Anne öğrenim durumu

() Okuma yazma bilmiyor () İlkokul () Ortaokul() Lise () Üniversite

Baba mesleği

() Çalışmıyor () Memur () İşçi () Serbest meslek () Diğer(Yazınız).....

Anne mesleği

() Çalışmıyor () Memur () İşçi () Serbest meslek () Diğer(Yazınız).....

Aile yapısı

() Çekirdek () Geniş () Boşanmış- ise ne kadar süredir? () Ebeveyn kaybı –var
ise ne kadar süredir?

Ailede kaç kişi yaşıyor? :.....

Aile ortalama aylık gelir durumu

() <2.000 tl () 2.000-5.000 tl () 5.000-10.000 tl () 10.000-20.000 tl ()
>20.000 tl

Yaşadığınız yer?

Kırsal Kent

Herhangi bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine ilk gelişiniz mi? Evet Hayır

İlk defa kaç yaşındayken akıllı telefonunuz oldu?:

Olmadıysa anne babanızın telefonunu kaç senedir kullanıyorsunuz?

Şu andaki akıllı telefonunuzu kaç senedir kullanıyorsunuz?

Evde çok fazla telefonla uğraştınızla ilgili uyarı alır mısınız? Evet Hayır

Evde en fazla telefon kullanan kişi kimdir?: Ben Anne Baba Diğer kardeşler

Sosyal Medya kullanır mısınız? Evet Hayır

Sosyal medya uygulamalarından hangilerini kullanırsınız? Facebook Instagram Twitter Youtube Snapchat Tiktok

Sosyal medya uygulamalarına hangi cihaz türlerinden erişiyorsunuz? Bilgisayar Tablet Akıllı Telefon Diğer.....

Ne zamandan beri sosyal medyayı kullanıyorsunuz? 1 yıldan az 1-3 yıl arası 4-6 yıl arası 7 yıldan fazla

Sosyal medyayı günde ne kadar süre kullanıyorsunuz? 1 saatten az 1-3 saat arası 4-6 saat arası 7 saatten fazla

Günde kaç saatinizi telefon-tabletle geçiriyorsunuz? 0-1 saat 1-2 saat 2-4 saat 4-6 saat 6 saatten fazla

Günde kaç saatinizi bilgisayar ile uğraşarak geçiriyorsunuz? 0-1 saat 1-2 saat 2-4 saat 4-6 saat 6 saatten fazla

Oyun oynayarak geçirdiğiniz süre? 0-1 saat 1-2 saat 2-4 saat 4-6 saat 6 saatten fazla

Akıllı telefonu hangi amaçlarla daha sık kullanıyorsunuz? (en sık olana 5 en az olana 1 puan verilmesi rica olunur.)

Oyun oynamak

Video izleme

Sosyal paylaşım sitelerini kullanma

Mesajlaşma, konuşma

Derslere katılma

Küçüklüğünüzde yemek yeme, banyosunu yapma vb. durumlarda telefon-tablet kullanımı oldu mu? () Evet () Hayır

Evde akşam yemeklerini () Aileyle birlikte sofrada yer () Kendi başına bilgisayar-telefon başında yer

Telefon tablet kullanımının yasaklanması bir disiplin şekli olarak kullanılıyor mu? () Evet () Hayır

Gece uyumadan önce telefon kullanır mısınız? () Evet () Hayır

Hiç okulda veya çevrim içi zorbalığa uğradınız mı? () Evet () Hayır

Yakın arkadaşınız var mı? () Evet () Hayır

Yakın bir arkadaş grubunuz var mı? () Evet () Hayır

Hobileriniz var mı? () Evet () Hayır

Okulda fiziksel aktivite düzeyi?

1. Düşük (Çoğunlukla sınıfta otururum, tenefüslerde de hareketsizim.)
2. Orta (Yarı yarıya otururum ve hareketliyim)
3. Yüksek (Çoğunlukla hareket ederim)

Boş zaman fiziksel aktivite düzeyi?

1. Düşük (genellikle otururum, TV izlerim, bilgisayar ya da kitap başındayım, kısa yürüyüşlerim toplamı haftada 2 saati geçmez)
2. Orta (haftada 2-3 saati geçmeyen yürüyüş, bisiklet, jimnastik veya hafif fiziksel egzersizler)
3. Yüksek (haftada 3 saat bisiklet, koşu, efor isteyen aerobik egzersizler)

Haftada kaç gün orta-yüksek aktivite yapıyorsunuz?

(orta-yüksek aktivite: tempolu yürüyüş, koşu, bisiklet, ip atlama..)

1. <3 gün
2. ≥3 gün

Günde kaç saatinizi uykuda geçiriyorsunuz?

(haftaiçi - haftasonu) -

İyi uyuyabiliyor musunuz ve kendini dinlenmiş hissederek uyanıyor musunuz?

Hiç/nadiren/arasıra

Her zaman /genellikle/çoğu zaman

Gün içinde uykululuk hali var mı?

Evet Hayır

Kendini genelde yalnız hisseder misiniz? Evet Hayır

Ailede (1.derece yakınlarında) psikiyatrik hastalık var mı? Varsa kimde hangi hastalık tanısı var? Yok Var

Kendine zarar verme davranışınız oldu mu? Evet Hayır

Sigara Kullanımı: Evet Hayır

EK-2: Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

<i>Aşağıda yer alan ifadeler için size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.</i>	Kesinlikle Hayır	Hayır	Kısmen Hayır	Kısmen Evet	Evet	Kesinlikle Evet
1. Akıllı telefon kullanımım sebebiyle planlanmış işlerimi yetiştiremiyorum.						
2. Akıllı telefon kullanımım sebebiyle sınıfta ödev yaparken veya çalışırken konsantre olmakta güçlük çekiyorum						
3. Aşırı akıllı telefon kullanımına bağlı baş dönmesi ya da bulanık görme yaşıyorum.						
4. Akıllı telefon kullanırken bileklerimde ya da boynumun arkasında ağrı hissediyorum.						
5. Aşırı akıllı telefon kullanımı sebebiyle yeterli uykumu alamıyorum ve kendimi yorgun hissediyorum						
6. Akıllı telefon kullanırken sakinleşiyor ve rahatlıyorum						
7. Akıllı telefon kullanırken kendimi keyifli ve coşkulu hissediyorum.						
8. Akıllı telefon kullanırken kendimi güvende hissediyorum.						
9. Akıllı telefon ile stresten kurtulmak mümkündür.						
10. Akıllı telefon kullanmaktan daha eğlenceli bir şey yoktur.						
11. Akıllı telefonum olmazsa hayatım bomboş olur.						
12. Kendimi en çok akıllı telefon kullanırken özgür hissediyorum.						
13. Akıllı telefon kullanmak hayatımdaki en eğlenceli şeydir.						
14. Akıllı telefonumun olmamasına dayanamam.						
15. Akıllı telefonum elimde değilken kendimi sabırsız ve sinirli hissediyorum.						
16. Kullanmadığım zamanlarda bile aklımda akıllı telefonum var.						
17. Günlük hayatımı büyük ölçüde etkilese bile akıllı telefonumu kullanmaktan asla vazgeçmem.						
18. Akıllı telefonumla meşgul iken rahatsız edilmek beni sinirlendirir.						
19. Tuvalete acilen gitmek zorunda olsam bile akıllı telefonumu yanıma alırım.						
20. Akıllı telefon aracılığıyla daha fazla insanla tanışmak harika bir duygudur.						
21. Akıllı telefondaki arkadaşlarımla olan ilişkilerimin gerçek yaşamdaki arkadaşlarımla olan ilişkilerimden daha samimi olduğunu düşünüyorum						

	Kesinlikle Hayır	Hayır	Kısmen Hayır	Kısmen Evet	Evet	Kesinlikle Evet
22. Akıllı telefonumu kullanamamak bir arkadaşımı kaybetmek kadar acı verici olabilir.						
23. Akıllı telefonumdaki arkadaşlarımın, gerçek hayattaki arkadaşlarıma göre beni daha iyi anladıklarını düşünüyorum.						
24. İnsanların Twitter ya da Facebook'taki konuşmalarını kaçırmamak için akıllı telefonumu sürekli kontrol ederim.						
25. Twitter ya da Facebook gibi sosyal ağları uyanır uyanmaz kontrol ederim.						
26. Akıllı telefondaki arkadaşlarımla zaman geçirmeyi gerçek yaşamdaki arkadaşlarımla ya da diğer aile bireyleriyle zaman geçirmeye tercih ediyorum.						
27. Diğer insanlara sormaktansa akıllı telefonumdan araştırmayı tercih ederim.						
28. Akıllı telefonumun bataryası tam doluyken bile bir gün gitmez.						
29. Akıllı telefonumu planladığımdan daha fazla kullanıyorum.						
30. Akıllı telefonumu kullanmayı bıraktıktan hemen sonra yine kullanma ihtiyacı hissediyorum						
31. Akıllı telefonumu kullanma süremi kısaltmayı defalarca denedim fakat her defasında başarısız oldum.						
32. Akıllı telefon kullanma süremi kısaltmam gerektiğini hep düşünüyorum						
33. Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığımı söylüyorlar.						

EK-3: Türkçe Nomofobi Ölçeği

(20 öncül için ayrı ayrı 1'den 7 ye kadar katılma derecenizi belirtmeniz rica olunur.)

Akıllı telefonun kullanımınızla ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum						Kesinlikle Katılıyorum	
1	2	3	4	5	6	7	

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

Eğer akıllı telefonum yanımda değilse...

10. Ailemle ve/veya arkadaşlarımla hemen iletişim kuramayacağım için kaygı duyarım.
11. Ailem ve/veya arkadaşlarım bana ulaşamayacakları için endişelenirim.
12. Gelen aramaları ve mesajları alamayacağım için kendimi huzursuz hissederim.
13. Ailemle ve/veya arkadaşlarımla iletişim halinde olmadığım için endişelenirim.

14. Birinin bana ulaşmaya çalışıp çalışmadığını bilemediğim için gerilirim.
15. Ailem ve arkadaşlarımla olan bağlantım kesileceği için kendimi huzursuz hissederim.
16. Çevrimiçi kimliğinden kopacağım için gergin olurum.
17. Sosyal medya ve diğer çevrimiçi ağlarda güncel kalamadığım için rahatsızlık duyarım.
18. Bağlantılarımdan ve çevrimiçi ağlardan gelen güncelleme bildirimlerini takip edemediğim için kendimi tuhaf hissederim.
19. Elektronik postalarımı kontrol edemediğim için kendimi huzursuz hissederim.
20. Ne yapacağımı bilemiyor olacağımdan kendimi tuhaf hissederim.

Puanlama

Puan	Nomofobi Seviyesi
NMP-Q Puanı = 20	Yok
$21 \leq \text{NMP-Q Puanı} < 60$	Hafif
$60 \leq \text{NMP-Q Puanı} < 100$	Orta
$100 \leq \text{NMP-Q Puanı} \leq 140$	Aşırı

Boyutlar

Boyut	İlgili Maddeler
Bilgiye erisememe	Madde 1-4
Rahatlıktan feragat etme	Madde 5-9
İletişim kuramama	Madde 10-15
Çevrimici bağlantıyı kaybetme	Madde 16-20

EK-4: Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği

Aşağıdaki sorularda, size en uygun düşen şıkkı işaretleyiniz:	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Çok sık	Devamlı
1. Ne sıklıkla planladığınızdan daha fazla süre internette kalıyorsunuz?	0	1	2	3	4	5
2. Ne sıklıkla internette kalmak için günlük ev işlerini ihmal edersiniz?	0	1	2	3	4	5
3. Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olmak yerine interneti tercih edersiniz?	0	1	2	3	4	5
4. Ne sıklıkla internet kullanan kişilerle yeni ilişkiler kurarsınız?	0	1	2	3	4	5
5. Ne sıklıkla bir işe başlamadan önce e-postanızı (e-mail) denetlersiniz?	0	1	2	3	4	5
6. Ne sıklıkla okula devamınız internette dolaylı olumsuz etkilenir?	0	1	2	3	4	5
7. Herhangi biri internette ne yaptığınızı sorduğunda ne sıklıkla kendinizi savunur ve ne yaptığınızı gizlersiniz?	0	1	2	3	4	5
8. Çevrenizdekiler ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın fazlalığından şikayet eder?	0	1	2	3	4	5
9. Ne sıklıkla okuldaki ders notlarınız ve ödevleriniz internette kalma sürenizden olumsuz yönde etkilenir?	0	1	2	3	4	5
10. Hayatınız hakkında sizi rahatsız eden düşünceleri dağıtmak için ne sıklıkla internette girersiniz?	0	1	2	3	4	5
11. Ne sıklıkla internete girmek için sabırsızlanırsınız?	0	1	2	3	4	5
12. Ne sıklıkla internetsiz hayatın, sıkıcı, boş ve eğlencesiz olacağını düşünürsünüz?	0	1	2	3	4	5
13. Biri sizi internetteyken rahatsız ettiğinde ne sıklıkla kinci konuşur, bağırır veya kızgın davranışlar gösterirsiniz?	0	1	2	3	4	5
14. Gece geç saatlerde internet kullanmaktan ötürü ne sıklıkla uykunuz kaçır?	0	1	2	3	4	5
15. İnternette olmadığınız zamanlarda ne sıklıkla interneti düşünür veya internete girmeyi hayal edersiniz?	0	1	2	3	4	5
16. Kendinizi ne sıklıkla internetteyken "yalnızca birkaç dakika daha" derken bulursunuz?	0	1	2	3	4	5
17. Ne sıklıkla İnternette harcadığınız zamanın miktarını azaltmaya çalışır ve başarısız olursunuz?	0	1	2	3	4	5
18. İnternette kaldığınız süreyi ne sıklıkla saklamaya çalışırsınız?	0	1	2	3	4	5
19. Ne sıklıkla başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman geçirmeyi yeğlersiniz?	0	1	2	3	4	5
20. Ne sıklıkla internette olmadığınızda kendinizi çökmüş, aksi veya sinirli hissedip, internete girince rahatlırsınız?	0	1	2	3	4	5

EK-5: Çocuklar İçin Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği

	1	2	3	4	5
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1--Bilgisayarda oynadığım oyunu bitirmek için yemek yemeyi geciktiririm.					
2- Bilgisayar oyunu oynarken biri beni engellediğinde sinirlenirim.					
3- Bilgisayar oyunu oynama zamanının gelmesini dört gözle beklerim					
4-Çoğu zaman bilgisayar oyunu oynamayı bırakmak istememe rağmen bırakamam.					
5- Bilgisayar oyunu oynamaya başladığımda bana verilen süreden daha uzun süre oyun oynarım.					
6- Ne kadar çok bilgisayar oyunu oynasam da, bilgisayar oyunu oynamaya doyamam.					
7- Bilgisayarda oynadığım bir oyunu kazanmak için tekrar oyun oynama ihtiyacı duyarım.					
8-Bilgisayarda oyun oynamama izin vermedikleri için aileme kızarım.					
9- Bilgisayar oyunu oynadığım zaman kendimi yalnız hissetmem.					
10-Bilgisayar oyunu oynarken kendimi, çoğu zaman kendi kendime bir şeyler söylerken bulurum.					
11- Arkadaşlarımın beni kabul etmesi için bende onların oynadığı bilgisayar oyunlarını oynarım.					
12-Bilgisayar oyunu oynamadığım zamanlarda oyun oynayacağım zamanı hayal ederim.					
13-Bilgisayar oyunu bittikten sonra oyun esnasında yapmış olduğum hataları düşünürüm					
14-Gerçek hayatta bilgisayardaki oyun karakterlerimin özelliklerini gösteririm.					
15-Bilgisayarda oyun oynamak için ödevimi aksattığım olur.					
16- Bilgisayarda oyun oynamak için okula geç kaldığım olur.					
17- Okul dışındaki vaktimin çoğunu bilgisayar oyunu oynayarak geçiririm.					
18-Bilgisayarda oyun oynamayı dışarıda vakit geçirmeye tercih ederim.					
19- Bilgisayarda oyun oynamak arkadaşlarımla birlikte olmaktan daha eğlencelidir.					
20-Bilgisayar oyunu oynadığım süre hakkında yanlış bilgi verdiğim olur.					
21- Bilgisayarda oyun oynamayı diğer aktivitelere (spor yapma, tv izleme vb.) tercih ederim.					

EK-6: Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda çocuk ve gençlerin arkadaşları, aileleri ile ilişkileri hakkında sorular bulunmaktadır. Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup, her bir soru için

5- "her zaman", 4- "çoğu zaman", 3- "bazen", 2- "nadiren", 1- "hiçbir zaman"

seçeneklerinden hangisi sizin için doğruysa, o seçeneği işaretleyin. Lütfen hiç bir soruyu boş bırakmayın. Teşekkürler...

	1	2	3	4	5
1. Arkadaşların tarafından dışlandığını hisseder misin?*	()	()	()	()	()
2. Arkadaşların tarafından sevilir misin?	()	()	()	()	()
3. Arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?*	()	()	()	()	()
4. Arkadaşların seninle alay ederler mi?*	()	()	()	()	()
5. Arkadaşların, senin düşüncelerini dinlemekten hoşlanırlar mı?	()	()	()	()	()
6. Sen ve arkadaşların birbiriniz için çok şey yapar mısınız?	()	()	()	()	()
7. Kendini arkadaşlarına çok yakın hisseder misin?	()	()	()	()	()
8. Sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak için arkadaşlarına güvenir misin?	()	()	()	()	()
9. Sence, arkadaşların sana önem verir mi?	()	()	()	()	()
10. Arkadaşların kendini kötü hissetmene neden olur mu?*	()	()	()	()	()
11. Sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak için ailene güvenebilir misin?	()	()	()	()	()
12. Sen ve ailen birbiriniz için çok şey yapar mısınız?	()	()	()	()	()
13. Ailen, kendini kötü hissetmene neden olur mu?*	()	()	()	()	()
14. Ailenle çok şey paylaşır mısın?	()	()	()	()	()
15. Ailenle konuşmakta zorluk çeker misin?*	()	()	()	()	()
16. Onlara ihtiyacın olduğunda, ailenin senin yanında olduğunu hisseder misin?	()	()	()	()	()
17. Ailen tarafından dışlandığını hisseder misin?*	()	()	()	()	()
18. Ailen, senin düşüncelerini görmezden gelir mi?*	()	()	()	()	()
19. Kendi ailen içinde önemli bir yere sahip misin?	()	()	()	()	()
20. Sence, ailen sana önem verir mi?	()	()	()	()	()
21. Kendini ailenin bir parçası gibi hisseder misin?	()	()	()	()	()
22. Ailenin sana kötü davrandığını düşünür müsün?*	()	()	()	()	()
23. Kendini sınıfının bir parçası gibi hissediyor musun?	()	()	()	()	()
24. Sınıfın tarafından dışlandığını hisseder misin?*	()	()	()	()	()
25. Sınıfında hiç kimsenin sana değer vermediğini hisseder misin?*	()	()	()	()	()
26. Sınıf arkadaşların tarafından çok sevilir misin?	()	()	()	()	()
27. Sınıfında, çocuklar birbirleri için çok şey yaparlar mı?	()	()	()	()	()
28. Sınıf arkadaşların, seninle alay ederler mi?*	()	()	()	()	()
29. Sınıf arkadaşların, sorunların olduğunda sana yardım ederler mi?	()	()	()	()	()
30. Sınıf arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?*	()	()	()	()	()
31. Sınıf arkadaşların kendini kötü hissetmene neden olur mu?*	()	()	()	()	()

EK-7: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1:Nadiren---2:Bazen---3:Yaklaşık yarı yarıya----4:Çoğunlukla-----5:Her zaman
%0-10-----%10-40-----%40-60-----%60-80-----%80-100

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Ne hissettiğim konusunda netimdir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ne hissettiğimi dikkate alırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ne hissettiğime dikkat ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ne hissettiğimi önemserim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Kendimi kötü hissettiğime işlerimi bitirmekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-8: Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği

Aşağıda anne ve babanızla ilgili çeşitli ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade anneniz ve babanızın size nasıl davrandığıyla ilgilidir. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak anne ve babanızın size yönelik davranışlarını 6 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Bu ölçekte doğru-yanlış ya da verilmesi gereken bir yanıt söz konusu değildir. Bu nedenle, her bir ifadeyi lütfen kendi değerlendirmenize göre işaretleyiniz. Hem anneniz hem de babanız için işaretleme yapınız.

	(Nadiren)						(Sık sık)						(Her zaman)											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
	(Hiçbir zaman)						(Bazen)						(Çok sık)											
													Annem						Babam					
1. Bana destek olur.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
2. Üzgün olduğumda beni teselli eder (örneğin, mutsuz olduğumda kendimi daha iyi hissetmemi sağlar).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
3. Beni önemseydiğini gösterir.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
4. Benimle içten bir şekilde ilgilendiğini gösterir (örneğin, bana değer verir ve benim için endişelenir).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
5. Benim için önemli olan şeyleri hatırlar.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
6. Onunla ne zaman konuşmak istesem uygundur.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
7. Bana ilgisini gösterecek şekilde sorular sorar.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
8. Benimle, gerçekten istediği için vakit geçirir.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
9. Sorunlarım, sıkıntılarım konusunda benimle konuşmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
10. Sevdiğim şeylerle ilgili benimle konuşur.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
11. Düşüncelerimi önemser	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
12. Duygusal olarak erişilebilirdir (Varlığını duygusal olarak hissedirim)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
13. İstenen biri olduğumu hissettirir.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
14. Beni takdir eder, över (örneğin, benimle ilgili olumlu şeyler söyler)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						
15. Anlayışlıdır.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6						

EK-9: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-10: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

EK-11: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Katılım Numarası:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Bir çok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- D) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Her şey her gün beni sıkır.
2- Her şey sık sık beni sıkır.
3- Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel, yakışıklı sayılıyorum.
2- Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.

- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını hissederdim.
3- Hiç arkadaşım yok.

- U) 1- Okul başarıml iyi.
2- Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-12: Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği

Bu bir test değildir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bütün maddeleri olabildiğince içtenlikle cevaplamaya çalışınız. Her bir maddenin yanında yer alan rakamlardan size uygun olanı işaretleyin. 1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Bazen 4= Genellikle 5=Her zaman

	1	2	3	4	5
1- Başkalarının önünde yeni bir şeyler yapmaya çekinirim.					
2- Arkadaşlarımla bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.					
3- Bana sataşılmasından tedirgin olurum.					
4- Tanımadığım insanların yanında utanırım.					
5- Sadece çok iyi tanıdığım insanlarla konuşurum.					
6- Yaşıtlarımın arkamdan benim hakkımda konuştuklarını düşünürüm.					
7- Kitap okumayı severim.					
8- Başkalarının benim için düşündüğünden endişelenirim.					
9- Başkalarının benden hoşlanmayacağından korkarım.					
10- Çok iyi tanımadığım yaşıtlarımla konuşurken heyecanlanırım.					
11- Spor yapmaktan hoşlanırım.					
12- Başkalarının benim hakkımda ne söyleyeceğinden endişelenirim.					
13- Yeni insanlarla tanışırken tedirgin olurum.					
14- Başkalarının benden hoşlanmayacağından endişelenirim.					
15- Bir grup insanla beraberken durgunumdur.					
16- Kendi başıma bir şeyler yapmak hoşuma gider.					
17- Başkalarının benimle dalga geçtiğini düşünürüm.					
18- Birisyle tartışmaya girersem onun benden hoşlanmayacağından endişe ederim.					
19- Hayır derler diye başkalarına benimle bir şeyler yapmayı teklî etmeye çekinirim.					
20- Bazı insanların yanındayken tedirgin olurum.					
21- İyi tanıdığım yaşıtlarımın yanındayken bile utanırım.					
22- Başkalarından benimle bir şeyler yapmalarını istemek bana çok zor gelir.					

EK-13: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Son bir ay içinde;

1) Genellikle saat kaçta yatmaya gidersiniz?
2) Geceleri uykuya dalmanız ne kadar sürer (dk.)?
3) Sabahları saat kaçta kalkarsınız?
4) Geceleri tam olarak kaç saat uyuyabiliyorsunuz? (yatakta geçirilen toplam süreden farklı olabilir)
5) Son bir aydır ne sıklıkla uyku sorunu yaşadınız? (Aşağıdaki şıkları numaraya göre cevaplayınız.) 1. Hiç olmadı 2. Haftada 1'den az 3. Haftada 1-2 kez 4. Haftada 3veya daha fazla	a. 30dk.içinde uykuya geçememe (...) b. Gece yarısı ya da sabah erken uyanma (...) c. Tuvalet/banyoya gitmek için uyanma (...) d. Rahat nefes alamamak nedeniyle (...) e. Öksürük ya da horlama nedeniyle (...) f. Soğukluk hissi/üşüme nedeniyle (...) g. Sıcak basması nedeniyle (...) h. Kötü rüya/kabus görme (...) i. Ağrı nedeniyle (...) j. Başka nedenler (...)
6)Uyku kalitenizi genel olarak (bütünüyle) nasıl değerlendirirsiniz?	1.Çok iyi 2.Oldukça iyi 3.Oldukça kötü 4.Çok kötü
7) Uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?	1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada üç veya daha fazla
8) Yemek yerken veya sosyal bir aktivite sırasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?	1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada üç veya daha fazla
9) Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?	1. Hiç problem oluşturmadı. 2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu. 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu. 4. Çok büyük bir problem oluşturdu.

EK-14: Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda 5 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hayatım birçok yönden idealindekine yakın.	1	2	3	4	5	6	7
2	Hayat şartlarım mükemmel.	1	2	3	4	5	6	7
3	Hayatından memnunsun.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

EK 15. Beck Depresyon Ölçeği

Katılım Numarası:.....

Tarih:

Sayın cevaplayıcı, aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

1-

- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
- 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2-

- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
- 1. Gelecek hakkında karamsarım.
- 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-

- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4-

- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- 3. Her şeyden sıkılıyorum.

5-

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

6-

- 0. Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
- 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7-

0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8-

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9-

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10-

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11-

0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12-

0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13-

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14-

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15-

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16-

0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17-

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-

0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19-

0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- Evet Hayır

20-

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21-

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim

EK 16: Beck Anksiyete Ölçeği

Katılım Numarası:.....

Tarih:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlandım</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/ ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu				

9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklik				
14	Kontrolü kaybetme duygusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

EK 17: Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

A BÖLÜMÜ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1) Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2) Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3) Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4) Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5) Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6) Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
B BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

EK-18: Conner's Ebeveyn Değerlendirme Formu

Bu formu çocuğunuzu gözlemediğiniz şekilde doldurmanız rica olunur.

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1.Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar ya da yolar.(Örneğin; tırnaklar, parmaklar,saçlar veya kıyafetler)				
2.Büyüklere arsız ve küstah davranır.				
3.Arkadaşlık kurmada ve sürdürmede zorlanır.				
4. Çabuk heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5.Faaliyetlerde hep başı çekmek ister, yönetmek ister.				
6.Bazı şeyleri çiğner ya da emer(parmak, giysi,örtü,battaniye vs)				
7.Sık sık ve kolayca ağlar.				
8.Her an sataşmaya ve kavgaya hazırdır.				
9.Hayale dalıp gider.				
10.Öğrenme güçlüğü çeker, zor öğrenir.				
11.Yerinde rahat durmaz, kıpır kıpırdır.				
12.Ürkektir.(yeni durumlara, ortamlara, kişilere karşı ürkeklik gösterir.)				
13.Yerinde rahat durmaz, her an hareket halindedir.				
14.Zarar verir. (eşya ve araç gereçlere)				
15.Yalan söyler, masallar uydurur.				
16.Utangaçtır.				
17.Yaşıtlarından daha sık başını derde sokar.				
18.Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır. (bebeksi konuşma, kekeleme, anlaşılması güç bir şekilde konuşma vs)				

19.Hatalarını kabullenmez, başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				
21.Somurtkan ve asık suratlıdır.				
22.Çalma huyu vardır.				
23.Söz dinlemez,kurallara uymaz,zoraki uyar				

24. Başkalarına göre daha endişelidir (yalnız kalma, hastalanma, ölüm korkusu gibi konularda)				
25. Başladığı işin sonunu getirmez.				
26. Hassastır, kolay incinir.				
27. Kabadayılık taslar, kendinden küçükleri ezer.				
28. Tekrarlayıcı bir hareketi ya da faaliyeti durdurmakta zorlanır.				
29. Kaba ve acımasızdır.				
30. Yaşına göre daha çocuksudur.				
31. Dikkati kolay dağılır ya da uzun süre dikkatini toplayamaz.				
32. Baş ağrıları olur.				
33. Ruh halinde ani ve belirgin değişiklikler olur.				
34. Kurallar ve kısıtlamalardan hoşlanmaz ve uymaz.				
35. Sürekli kavga eder.				
36. Kardeşleri ile iyi geçinemez.				
37. Zora gelemmez.				
38. Diğer çocukları rahatsız eder.				
39. Genelde hoşnutsuz bir çocuktur.				
40. Yeme sorunları vardır.(iştahsızdır, yemek sırasında sık sık sofradan kalkar)				
41. Karın ağrıları olur.				
42. Uyku sorunları vardır. (uykuya kolay dalamaz,				

geceleeri kalkar, çok erken uyanır)				
43. Çeşitli ağrı ve sancıları olur.				
44. Bulantı ya da kusmaları olur.				
45. Aile içinde daha az kayırıldığını düşünür.				
46. Övünür, böbürlenir.				
47. İtilip kakılmaya müsaittir. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Dışkılama sorunları vardır. (sık ishaller, kabızlık ve düzensiz tuvalet alışkanlığı)				