



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA'DAKİ TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
NOMOFOBİ DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Dr. İbrahim ÖZTEK

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

ANKARA

2023



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA'DAKİ TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
NOMOFOBİ DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Dr. İbrahim ÖZTEK

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hilal AKSOY

ANKARA

2023

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bana gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı bu çalışmayı beraber yürüttüğümüz tez danışmanım Doç. Dr. Hilal AKSOY'a, her türlü yardım ve katkılarını esirgemeyen, her daim desteklerini hissettiğim Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER'e ve değerli bölüm hocamız Doç. Dr. İzzet FİDANCI'ya, eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği bulunan tüm hocalarıma, her zaman yanımda olduklarını hissettiğim canım annem, babam ve aileme, asistanlık sürecinde desteklerini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma, her an yanımda olan ve desteğini hissettiren biricik eşim Alara ÖZTEK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. İbrahim ÖZTEK

ÖZET

Ankara'daki Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Bu çalışmanın amacı farklı hastanelerde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde nomofobi düzeyinin belirlenmesi ve nomofobi düzeyinin tıpta uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Çalışma, 2022 yılında Ankara'da aktif olarak tıpta uzmanlık eğitimine devam eden 424 öğrenci ile yürütülmüştür. Veriler, 21 sorudan oluşan sosyodemografik ve mesleki özellikler, 20 sorudan oluşan Nomofobi Ölçeği (NMFÖ) ve 27 sorudan oluşan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form Ölçeğini (WHOQOL-BREF) içeren form kullanılarak, 20.04.2022 ile 01.11.2022 tarihleri arasında çevrim içi olarak toplanmıştır. Uzmanlık öğrencilerinin ankete ulaşabilmesi için sosyal medya platformları üzerinden anket linki paylaşılmış ve çalıştıkları kurumlar ziyaret edilip, basılı olarak hazırlanan anket linki için türetilen karekod dağıtılmıştır. Çalışmaya katılan 424 araştırma görevlisinin 261'i (%61,6) kadın iken yaş ortalaması $27,9 \pm 2,6$ yıldır. Asistanların %68,6'sı üniversite hastanesinde görev yapmakta, çoğunluğu (%82,8) dahili tıp bilimlerindedir. Araştırma görevlilerinin üçte ikisinden fazlasında 10 yıldan daha uzun süredir akıllı telefon kullanımı ve günlük 3 saatten fazla akıllı telefon kullanımı mevcut iken, %90'a yakını günlük 1 saate kadar telefon ile konuşmaktadır. Asistanların 117'sinde (%27,6) hafif düzeyde, 221'inde (%52,1) orta düzeyde, 86'sında (%20,3) aşırı düzeyde nomofobi olduğu saptanmıştır. Uzmanlık öğrencilerinin asistanlıkta geçirdikleri süre azaldıkça, günlük telefon kullanım süresi arttıkça orta ve aşırı düzeyde nomofobi riskleri artmaktadır. Ayrıca, orta ve aşırı düzeyde nomofobisi olanların yaşam kalitesi düzeyleri, hafif düzeyde nomofobisi olanlara göre daha düşük seviyededir. WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında, erkeklerin ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan yaşam kalitesi düzeyleri kadınlara göre; evlilerin sosyal alan yaşam kalitesi bekarlara göre daha yüksektir. Ayrıca, evde eş ve/veya çocukları ile yaşayanların sosyal alan yaşam kalitesi düzeyleri tek başına yaşayanlara, anne ve/veya baba ile yaşayanlara ve diğer kişilerle yaşayanlara göre daha yüksektir. Son olarak, aylık hane halkı geliri 30000 TL üzerinde olanların çevresel alan yaşam kalitesi düzeyi hane halkı geliri daha aşağıda olan tüm gelir gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, asistan hekimlerde aşırı cep telefonu kullanımı nomofobi şiddetini arttırdığı ve nomofobi düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, gerek toplum sağlığı bakımından gerek sağlıklı yaşam açısından topluma rol model olma ve gerekse de kendi yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi açısından hekimlerin nomofobiden korunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: tıp asistanlığı, cep telefonu, akıllı telefon, nomofobi, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Effect of Nomophobia Level on the Quality of Life of Medical Residents in Ankara. This study aims to determine the level of nomophobia in medical residents working in different hospitals and to evaluate the effect of nomophobia level on the quality of life of medical residents. The study was carried out with 424 residents actively continuing their speciality education in Ankara in 2022. Data were collected online between 20.04.2022 and 01.11.2022 by using the form containing sociodemographic and occupational characteristics consisting of 21 questions, the Nomophobia Scale (NMFS) consisting of 20 questions, and the World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form (WHOQOL-BREF) consisting of 27 questions. The survey link was shared on social media platforms, furthermore, the institutions medical residents worked were visited and the QR code derived from the survey link was handed out. While 261 (61.6%) of 424 research assistants participating in the study were women, the mean age was 27.9 ± 2.6 years. 68.6% of them was working at the university hospital, and the majority (82.8%) are in internal medicine. While more than two-thirds of the research assistants have been using a smartphone for more than 10 years and using a smartphone for more than 3 hours a day, nearly 90% of them were talking on the phone for up to 1 hour a day. It was found that 117 (27.6%) of the residents had mild, 221 (52.1%) had moderate, and 86 (20.3%) had severe nomophobia. The risk of moderate and severe nomophobia increases as the time spent by residency students decreases and as the daily phone call time increases. In addition, the quality of life of those with moderate and extreme nomophobia is lower than those with mild nomophobia. Considering the sub-dimensions of the WHOQOL-BREF scale, the mental, social and environmental quality of life levels of men compared to women; The social quality of life subdimension of married people is higher than that of singles. In addition, those living at home with their spouse and/or children have a higher social quality of life levels than those living alone, living with their mother and/or father, and living with other people. Finally, it was found that those with a monthly household income of more than 30000 TL had a higher environmental quality of life than all income groups. In conclusion, it was determined that excessive cell phone use in medical residents increased the severity of nomophobia and there was a negative correlation between the level of nomophobia and quality of life. For this reason, physicians should be protected from nomophobia to be better role models in society in terms of healthy life and public health, and to improve their quality of life.

Keywords: medical residency, cell phone, smartphone, nomophobia, quality of life.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER.....	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bağımlılık Kavramı.....	3
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Bağımlılık türleri	4
2.1.3. Bağımlılık Değerlendirme Yöntemleri.....	4
2.1.4. Akıllı Telefon ve İnternet Bağımlılığı.....	5
2.2. İletişim Teknolojileri ve Cep Telefonu Gelişim Süreci	6
2.2.1. İletişim Teknolojileri Gelişim Süreci	7
2.2.2. Cep Telefonu Gelişim Süreci	8
2.3. Nomofobi Kavramı.....	9
2.3.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi	10
2.3.2. Nomofobi ile İlişkili Kavramlar	13
2.3.3. Nomofobi Değerlendirme Yöntemleri	15
2.4. Yaşam Kalitesi	16
2.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Belirleyicileri.....	17
2.4.2. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri.....	17
2.4.3. Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Kullanılan Ölçme Araçları.....	18
2.5. Bağımlılık Türlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri	19
2.5.1. Bağımlılık ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	20
2.5.2. Nomofobi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Etik Konular ve İzinler	22

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Çalışmanın Türü	23
3.5. Veri Toplama Formu ve Çalışmanın Değişkenleri.....	23
3.5.1. Nomofobi Ölçeği.....	23
3.5.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form Ölçeği (WHOQOL-BREF)	24
3.5.3. Veri Toplama Yöntemi.....	25
3.6. İstatistiksel Analiz	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER.....	76
EK-1. Etik Kurul Onayı.....	76
EK-2. Ölçek Kullanım İzinleri	77
EK-3. Veri Toplama Formu	80

SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇAD	: Çeyreklikler Arası Dağılım
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GPS	: Global Positioning System
NMFÖ	: Nomofobi Ölçeği
SF-36	: Short Form-36 Health Survey
SIP	: Sickness Impact Profile
SMS	: Short Message Service
SS	: Standart Sapma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHOQoL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHOQoL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form
WHOQoL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form Türkçe versiyonu
Wi-Fi	: Wireless Fidelity

ŞEKİLLER

Şekil 4.1. Katılımcıların branşlarının dağılımı	31
Şekil 4.2. WHOQOL-BREF-TR ve Nomofobi Ölçeği alt boyutlarının saçılım grafiği	47

TABLOLAR

Tablo 4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	28
Tablo 4.2.	Katılımcıların mesleki özellikleri.....	30
Tablo 4.3.	Katılımcıların sigara ve alkol kullanım özellikleri.....	32
Tablo 4.4.	Katılımcıların kronik hastalık durumları.....	33
Tablo 4.5.	Katılımcıların telefon kullanımına ait bazı özellikleri	34
Tablo 4.6.	Katılımcıların nomofobi ölçeği alt boyutları ve toplam puan dağılımları	35
Tablo 4.7.	Katılımcıların nomofobi düzeyleri.....	35
Tablo 4.8.	Katılımcıların WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı	36
Tablo 4.9.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması	37
Tablo 4.10.	Katılımcıların mesleki özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması	38
Tablo 4.11.	Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.12.	Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması	40
Tablo 4.13.	Katılımcıların akıllı telefon kullanım özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.14.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması	44
Tablo 4.15.	Katılımcıların aynı evde yaşadıkları kişilere ve aylık hane halkı gelirine göre WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının post-hoc karşılaştırılması	45
Tablo 4.16.	WHOQOL-BREF-TR ve Nomofobi Ölçeği alt boyutlarının korelasyonu*	46
Tablo 4.17.	Katılımcıların nomofobi düzeylerine göre WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı	49
Tablo 4.18.	Katılımcıların nomofobi düzeylerine göre WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puanlarının post-hoc karşılaştırması	49

1. GİRİŞ

İnsanlar gelişim süreçleri içerisinde sürekli olarak günlük yaşamlarını iyileştirecek ve kolaylaştıracak şeyler icat etmiş ve kullanmıştır. Klasik telefonların sadece tek yönlü iletişim sağlama rolü zaman içerisinde akıllı telefonlar ile bambaşka bir boyut kazanmıştır [1, 2]. Günümüzde akıllı telefonlar sadece iletişim için kullanılmamakta, depolama ve kayıt, kamera, müzik ve oyun amaçlı olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. 2019 yılında dünya popülasyonunun %65'inin akıllı telefon kullandığı rapor edilmiştir. Kuzey Amerika (%82), Çin (%72) ve Avrupa (%70) akıllı telefon kullanımının en yüksek olduğu bölgeler olarak bildirilmektedir [3].

İletişim teknolojisi günlük yaşamımızda önemli bir rol oynamaktadır. Akıllı telefonların çok yönlü kullanımı yaşamlarımıza ve sosyal ilişkilerimize doğrudan ciddi bir etki göstermektedir. Bununla birlikte akıllı telefonların kontrolsüz kullanımı davranışsal bağımlılıkların gelişmesine yol açabilmektedir [4, 5].

Nomofobi, dijital çağ döneminin halk sağlığı problemlerinden biri olarak kabul edilmekte ve akıllı telefonlardan uzak kalma korkusu olarak tanımlanmaktadır [5]. Nomofobi cep telefonlarına kişilerin ulaşamadığında ortaya çıkan kaygı, huzursuzluk ve sinirlilik hali olarak daha geniş olarak da tanımlanabilmektedir. Bu kişiler mobil telefonları ile ciddi bir zaman dilimi geçirmekte, sürekli kontrol etme gereksinimi hissetmekte ve kaybettiklerinde korku duymaktadırlar [2, 6].

Yayınlanan bir sistematik derleme; nomofobi prevalansının araştırıldığı çalışmaları irdelemiş ve çalışma sonuçlarında farklı prevalans rakamlarının olduğunu belirtmiştir [7]. Bu derlemede nomofobi prevalansının %6 ile %73 arasında değiştiğini, nomofobi riski yüksek olan kişi oranının %13 ile %79 arasında olduğu rapor edilmiştir. Özellikle gençlerde nomofobi oranının daha yüksek olduğu, gençlerdeki duygusal ve davranışsal problemler ile ilişkisi birlikte değerlendirilerek, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı ile ilgili problemlerin üzerinde düşünülmesi gereken bir durum olduğu belirtilmiştir [8].

Nomofobinin internet bağımlılığı veya daha özelde akıllı telefon bağımlılığı ve sosyal medya kullanım düzeyi ile ve ayrıca sanal zorbalık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [9-12]. Ayrıca bir çalışmada nomofobi ile düşük akademik performans ve dikkat eksikliği ilişkisi rapor edilmiştir [13]. Mehmet ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise günlük akıllı telefon kullanımında artışın yalnızlık duygusu ve kaygı hissetme ile ilişkili olduğu, böylece daha fazla nomofobiye yol açtığı vurgulanmıştır [14].

Akıllı telefonlar; insanların günlük yaşamlarını doğrudan etkileyen, alışkanlıklarını ve davranışlarını değiştiren teknolojik aletlerdir [3]. Bununla birlikte son yıllarda aşırı cep telefonu kullanımı ve bunun neden olduğu sorunları irdeleyen çalışmalarda ciddi bir artış görülmektedir [1, 15, 16]. Bazı çalışmalarda var olan nomofobi düzeyinin ve bunun yarattığı olumsuz sağlık sorunlarının bir salgın olarak kabul edilebileceği vurgulanmaktadır [1, 17]. Akıllı telefon aşırı kullanımının günümüzün bir halk sağlığı sorunu olduğu ve problemin çözümü için etkili halk sağlığı stratejileri gerektirdiği kabul edilmektedir [18, 19].

Tıp tahsilinin en yoğun geçtiği dönem asistanlık sürecidir. Bu dönemde akıllı telefonlar gerek araştırma nedenli gerek nöbet ve icap dönemlerinde sürekli ulaşılabilirlik amacıyla doktorların yanında bulunmaktadır [20, 21].

Tüm bu literatür bilgileri ışığında bu çalışmanın amacı, Ankara'da farklı hastanelerde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde nomofobi düzeyinin belirlenmesi ve nomofobi düzeyinin tıpta uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık Kavramı

Bir maddeye veya davranış durumuna bağımlılık, günümüzde insan sağlığını doğrudan ve dolaylı yönden etkileyen en önemli problemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Farklı amaçlar doğrultusunda bağımlılık yapıcı madde kullanımının ilk insan toplumlarının yaşadığı tarihsel dönemlere kadar uzandığı bildirilmiştir [22].

2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Dünyada yaygın olarak kabul edilen genel bakış açısı ile bağımlılık; nörolojik ve fizyolojik gelişim ile birlikte sosyokültürel faktörlerin de etkili olduğu kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bağımlılığın gelişmesinde ve bağımlılık düzeyinde genetik faktörlerinde rol aldığı kabul edilmektedir[22].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ise bağımlılık; kişilerin rahatlamak ve aktif kalmak amacı ile bir şeyi sürekli kullanması ve kullanmadığında veya ayrı kaldığında kaygı duyması ve ulaşmaya çalışması olarak tanımlanmaktadır [23].

Bağımlılık, başka bir ifadeyle; “bir maddenin veya eylemin kişinin fiziksel, ruhsal sağlığında ya da sosyal yaşantısında sorunlara yol açan madde alımına ya da eylemi tekrarlamaya yönelik önüne geçilemeyen istek duyma davranışı” olarak ifade edilebilir. Bağımlılık yapıcı özellikleri olan maddeler beyindeki ödül sistemi üzerinden etki ederek, tekrar kullanılma isteklerini artırıcı etkide bulunur ve bağımlılığın artmasına neden olur. Bu maddelerin kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında ise kişide yoksunluk belirtileri oluşmaktadır[17, 24].

Bağımlılık yapıcı madde kullanımının coğrafi dağılımının araştırıldığı çalışmalar literatürde yer almaktadır. Avustralya, Asya ve Avrupa kıtasında daha ağırlıklı olarak opioid bağımlılığı, Afrika’da ise daha çok cannabis bağımlılığı olduğu bildirilmiştir. Amerika kıtasında ise Güney Amerika’nın ağırlıklı olarak kokain bağımlılığından etkilendiği; Kuzey Amerika’da ise amfetamin, cannabis, kokain, opiyat ve diğer narkotiklere olan bağımlılıkların rol aldığı belirtilmiştir [22, 25, 26].

2.1.2. Bağımlılık türleri

Bağımlılık fiziksel ya da biyolojik bağımlılık, psikolojik ya da davranışsal bağımlılık şeklinde farklı bakış açısı ile değerlendirilmektedir. Fiziksel ya da biyolojik bağımlılıkta sigara, alkol, kafein ve çeşitli uyuşturucu maddelere karşı fiziksel istek durumu söz konusudur. Psikolojik ya da davranışsal bağımlılıkta ise, bağımlı olunan davranış veya aktiviteden başlangıçta haz alma söz konusu iken, bir süre sonra bu davranış veya aktivitenin sürekli yapılması kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İnternet bağımlılığı veya daha özelde; sosyal medya bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığı, psikolojik bağımlılık örneklerini oluşturmaktadır [27-29].

Biyolojik bağımlılıkta bağımlılık yapıcı maddelerin mezokortikolimbik sistemi uyararak dopamin salınımını uyarması, beyin ödül sisteminin merkezinde yer almakta ve bağımlılık gelişimine neden olmaktadır [30].

Davranışsal bağımlılıkta; madde bağımlılıkları ile benzer şekilde, bağımlılıkla ilişkili davranış detayları hafızaya alınmakta ve davranışı sürdürmek için kullanılmaktadır [31].

2.1.3. Bağımlılık Değerlendirme Yöntemleri

Madde bağımlılığının oluşmasında çeşitli çevresel risk faktörleri yer almaktadır. Örneğin 14 ile 16 yaş aralığındaki ergen bireylerde maddeye başlamayı etkileyen en önemli faktörün “madde kullanan bir arkadaşının olması” olduğu bildirilmektedir [32, 33].

Tüm bağımlılık türlerinde bağımlılığın ve bağımlılık düzeyinin belirlenmesi, hem sorunun ortaya konulmasında hem de tedavi edici yaklaşımın seçiminde ve başarısında rol oynamaktadır. Bu kapsamda çeşitli bağımlılık türleri için farklı değerlendirme yöntemleri oluşturulmuştur. Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçüm aracı “Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi”dir. Bu test hem bağımlılığın hem de tedavi sonucunun değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır[34, 35]. Alkol bağımlılığının değerlendirmesinde Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği, madde bağımlılığı

değerlendirmesinde Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği gibi ölçekler kullanılmaktadır [36-38].

Dijital oyun, internet veya cep telefonu bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılığın değerlendirilmesinde ise davranış özelliği ile ilgili çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Dijital oyun bağımlılığın değerlendirilmesinde oyun bağımlılık ölçeği ve akıllı telefon kullanımı ile ilişkili bağımlılığın değerlendirilmesinde akıllı telefon bağımlılığı ölçeği kullanılmaktadır [39].

2.1.4. Akıllı Telefon ve İnternet Bağımlılığı

Akıllı telefonlar ve internetin doğru kullanıldığında pek çok alanda yarar ve kolaylık sağladığı, bununla birlikte aşırı kullanıldığında ise fiziksel, sosyal ve ruhsal bir takım sorunlara yol açabildiği bildirilmektedir. Günümüzde birçok internet ve akıllı telefon kullanıcısı, günün önemli bir bölümünde telefonlarına bakmakta, gece uyumadan önce veya sabah uyanır uyanmaz cep telefonlarını kontrol etme gereksinimi hissetmektedir. Akıllı telefonun bu aşırı ve kontrolsüz kullanımı akıllı telefon bağımlılığı olarak ifade edilmektedir[27, 40].

Akıllı telefonların aşırı ve bilinçsiz kullanıldığında ortaya çıkabilecek, fiziksel, sosyal ve psikolojik problemler aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir[27, 40, 41];

- Ekranı uzun süreli bakma sonucu gelişen baş ağrısı, görme problemleri, postür problemleri ve uyku problemleri gibi sağlık sorunları,
- Yüz yüze olan iletişim şekillerinin azalması sonucunda oluşan, iletişim problemleri, davranış problemleri, sosyal paylaşımların azalması ve anti-sosyal davranış özelliklerinin artışı,
- Dikkat eksikliği ve konsantrasyon kaybına neden olması ile çeşitli ev, iş ve hatta trafik kazaları,
- Güvenli olmayan kişiler dahil çok fazla gruba daha kolay ulaşabilmenin neden olduğu yasal sorunlar,
- Casus yazılımlar ile karşılaşmaya daha fazla fırsat yaratması sonucunda kişisel ve özel verilerin çalınması,

- Sosyal ilişkilerin ve iletişimin azalması sonucunda davranışsal ve duygusal problemlerin gelişmesi, kaygı ve endişe artışı,
- Akıllı telefon ve mobil internetten mahrum kalma korkusu olarak tanımlanan nomofobi gelişmesi.

İnsanların günlük yaşamını, aktivitelerini ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz bir şekilde etkileyebilecek yineleyici davranış bozuklukları bağımlılık kavramı içerisinde değerlendirilebilmektedir. DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-5'teki yapılan en son güncelleme ile birlikte eskiden sadece madde ile ilgili bozuklukları kapsayan bağımlılık kavramı maddeyle ilişkili olmayan davranışlar bütününe değerlendirmeye almaya başlamıştır[42, 43]. Literatürde internet bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı veya sosyal medya bağımlılığı davranışsal bağımlılığın bir türü olarak değerlendirilmektedir. Benzer şekilde DSM-5'te akıllı telefon bağımlılığı bir bozukluk olarak yer almamaktadır. Ancak DSM-5'te ilk defa internet bağımlılığı kavramı yer almakta ve tartışılmaktadır. Günümüz insan davranışlarında teknolojik iletişim araçlarının aldığı rol, DSM'nin sonraki güncellemelerinde teknolojik bağımlılıkların daha detaylı yer bulacağını düşündürmektedir[44, 45].

Akıllı telefon bağımlılığı, iletişim teknolojileri bağımlılıkları çerçevesinde değerlendirilen bir konudur. İnternet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı veya bilgisayar oyunu bağımlılığındaki gibi tam olarak tanımlanmış bir kavram değildir. Bununla birlikte davranışsal bağımlılığın bir türü olarak değerlendirilebilecek akıllı telefon bağımlılığı, bu cihazların kontrolsüz kullanımı ve buna bağlı olarak kişilerin günlük görevleri yerine getirmede sıkıntı yaşaması olarak ifade edilebilir [46, 47].

2.2. İletişim Teknolojileri ve Cep Telefonu Gelişim Süreci

İki canlı arasında duygunun, düşüncenin, davranışın ve bilginin aktarılması süreci iletişim olarak tanımlanmaktadır. Bu bakış açısı ile insanların en temel gereksinimlerinden birini kendi türleri arasındaki iletişim çabası oluşturmaktadır. İnsanlar tarihsel gelişim süreçleri içerisinde birbirinden oldukça farklı iletişim yöntemleri geliştirmiş ve kullanmışlardır. Mağaralara resimler veya figürler çizme,

doğada bulunan çeşitli objeler ile sesler çıkarma, ateş yakarak dumanla anlaşma bunlardan bazılarıdır[48-50].

2.2.1. İletişim Teknolojileri Gelişim Süreci

İnsanlar akıllarını ve yeteneklerini kullanarak iletişimlerini tarihin her döneminde geliştirmişlerdir. Sümerler tarafından sembollerle oluşturulan çivi yazısı, zaman içerisinde sözel iletişimin temellerini oluşturan sözcüklere yerini bırakmıştır. Oluşturulan sözcükler duyguların ve kavramların nesilden nesile aktarılmasına ve iletişimin daha da gelişmesine katkı sunmuştur [50].

İnsanların iletişim şekillerinin farklı araçlarla çeşitlenmesinde elektriğin bulunması önemli bir yapı taşı olmuştur. 18. yüzyılda telgrafın keşfi ile yazılı iletişimde yepyeni bir dönem başlamış, yaklaşık bir yüzyıl sonra telefonun keşfi ile sözlü iletişim mümkün hale gelmiş ve günümüzün iletişim şekillerinin temelleri atılmıştır [50, 51].

Bilgi ve iletişim teknolojileri çağı olarak tanımlanan günümüzde, bilgisayarlar, cep telefonları ve internet kullanımı hayatımızın vazgeçilmezleri arasında yer alan araçlar olarak yerini almıştır [52]. İletişim araçlarının teknolojik gelişimleri insanların en temel davranış özelliklerinin değişmesinde ve yeni yaşam biçimlerinin oluşmasında oldukça belirleyici hale gelmiştir. Örneğin öğrencilerin, çalışanların ve hatta emeklilerin bilgisayarlar ve daha ağırlıklı olarak cep telefonları ile internete, sosyal medyaya girmesi boş zamanlarını değerlendirmek için ilk sırada ve en çok tercih ettikleri aktivite olarak karşımıza çıkmaktadır [27].

Günümüz iletişim teknolojileri altyapısının, internet hız ve erişim kapasitesinin artışı ile birlikte, iletişim, paylaşım ve tartışmanın zaman ve mekan kısıtlaması olmadan yapılmasına olanak sağlayan sosyal medya uygulamalarının gelişmesine ve giderek daha fazla kullanıcı tarafından kullanılmasına aracılık etmiştir. Özellikle internetin bu denli yaygın kullanılması; iletişim amacı dışında, haber takibi, alışveriş yapma ve eğlence gibi olanakları sunması gündelik yaşamın her alanında yer edinmesine neden olmuştur [53, 54].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafında yürütülen ‘‘Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2023’’ verilerine göre, Türkiye’de internet kullanan bireylerin oranı %87,1 olup bu oranın %90,9’unu erkekler, %83,3’ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. Bu raporda evden internete erişim imkanı %95,5 olarak bildirilirken, bireylerin en fazla kullandıkları sosyal medya ve mesajlaşma uygulamaları %84,9 ile WhatsApp, %69,0 ile YouTube ve %61,4 ile Instagram olmuştur [55].

2.2.2. Cep Telefonu Gelişim Süreci

Telefon,1876 yılında Graham Bell tarafından icat edilmiş ve insanların en temel gereksinimlerinden biri olan sözlü iletişimi mesafeler ötesine taşımayı başarmıştır. İlk üretilen telefonlar kablolu iken zaman içerisinde kablosuz özellik kazanmış ve kullanıcı sayısını daha da artırmıştır. Günümüzde ise bilgisayarların birçok işlevini de yerine getirebilen akıllı cep telefonları; insan hayatını ve yaşam biçimini doğrudan etkileyen teknolojik iletişim cihazlarına dönüşmüştür [27].

Telefonların akıllı olarak isimlendirilmesinde belirleyici olan temel özellik bilgisayarlar tarafından gerçekleştirilebilen birçok özelliği sunabilmesidir. Bu sürecin gelişiminde akıllı telefonların yüksek performanslı işletim sistemlerini kullanıyor olması belirleyicidir. İşletim sisteminin iyileştirilmesi ile birlikte donanımsal özellikleri birleşerek cep telefonlarının internete yüksek hızda ve yüksek çözünürlükte bağlanabilmesine olanak sağlamıştır. Bu sayede kullanıcılar short message service (SMS) ve ses iletimi hizmetleri dışında, akıllı telefonları internette gezinme, alışveriş yapma, oyun oynama, tasarım yapma, bilgiye ulaşma ve küreselleşmenin bir parçası olarak kullanmaktadır [56].

Akıllı telefonların insanların günlük yaşantıları içerisinde en çok yer aldıkları alanlar[57];

- Eğitim, öğretim ile birlikte çalışma alanlarında E-mail hesaplarına erişim kolaylığı, zaman ve mekandan bağımsız bir şekilde verimliliği arttırmakta ve maliyetleri azaltmaktadır.

- Uzaktan görüntü, veri paylaşımı ve eğitim materyallerinin paylaşımını sağlaması sayesinde gereksiz yüz yüze görüşmelerin ve ziyaretlerin azaltılması.
- Navigasyon hizmetleri sayesinde ulaşımda zamanın etkin kullanımını sağlamakta ve maliyetleri azaltmaktadır.
- GPS (Global Positioning System) özelliği ile yer bildirim, lojistik hizmetlerin takibi ve çalışan takibine olanak sağlaması.
- Wi-Fi (Wireless Fidelity) özelliği sayesinde internetin geniş çevrelerce maliyet etkin bir şekilde kullanılmasını sağlaması.

Cep telefonu dünyadaki gelişim sürecine paralel olarak 1990'lı yıllarda ülkemiz pazarına girmiş ve 2000'li yıllara gelindiğinde dünyada en çok cep telefonu kullanılan ülkeler arasındaki yerini almıştır [58].

Genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde iletişim alanında üretilen teknolojik cihazların kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye genelinde cep telefonu aboneliği 2015 ve 2020 yıllarını kapsayan dönemde, %12 artarak 82,1 milyona ulaşmıştır. Cep telefon aboneliği sayısının en fazla olduğu 5 ilin, sıklık sırasına göre, İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa ve Antalya olduğu bildirilmiştir [59].

2.3. Nomofobi Kavramı

Nomofobi kavramı ilk olarak 2008 yılında İngiltere'de yürütülen bir araştırmada tanımlanmıştır. Bu çalışma akıllı telefon kullanan 2100 katılımcı ile gerçekleştirilmiş ve çalışmaya dahil edilen kişilerin yaklaşık yarısında nomofobik davranışlar gözlemlendiği belirtilmiştir [60]. Nomofobi, cep telefonu, tablet ve bilgisayar gibi sanal haberleşmenin sağlandığı akıllı cihazların yoksunluğu durumunda ortaya çıkan huzursuzluk ve endişe durumu olarak açıklanmaktadır [61]. "NO MOBILEPHONE PHOBIA" sözcüklerinin kısaltması ile oluşturulan "nomofobi" kelimesi ile akıllı telefondan yoksun kalma korkusu işaret edilmektedir [62]. Bu kavram ile kişilerin, telefonunun şarjı bittiğinde, telefonunu yanına almayı unuttuğunda, ya da kapsama alanı dışında olduğunda kaygı duymaya başladığı ve bu kaygı durumunun bireyin yaşamında günlük aktivitelerine yoğunlaşmasını engellediği ifade edilmektedir [63, 64].

Nomofobik kişilerin; kaygı bozuklukları veya değişken ruh hali gibi diğer psikososyal bozukluklara benzer psikolojik dengesizlik belirtileri gösterdiği kabul edilmektedir [63, 64].

2.3.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Nomofobi, dijital çağ dönemi olarak ifade edilen günümüzün en önemli halk sağlığı problemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Kısaca nomofobi akıllı telefonlardan uzak kalma korkusu olarak açıklanmaktadır [5]. Nomofobik kişilerde, cep telefonlarına ulaşamadıklarında kaygı, huzursuzluk ve sinirlilik gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu kişiler mobil telefonları ile ciddi bir zaman dilimi geçirmekte, sürekli kontrol etme gereksinimi hissetmekte ve kaybettiklerinde korku duymaktadırlar [2, 6].

Olivercia-Carrion ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada nomofobinin tabiatı ve özellikleri araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda; kısa mesajların aşırı kullanımı, günde 4 saatten fazla cep telefonu kullanımı, cep telefonundan yoksun bırakıldığında veya kullanamadığında aşırı gerginlik ve saldırganlık durumu, sosyal ve aile yaşantısında olumsuz yönde etkilenme ile öz ve sosyal algıdaki bozulma belirtileri olması durumunda nomofobinin düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir[65].

Bazı kişilerde nomofobi ile ilişkili kaygı, solunumsal değişiklikler, titreme, terleme, ajitasyon, oryante ve koopere olamama ve taşikardi gibi somatik belirtilerin görülebileceği belirtilmektedir [66].

Nomofobik kişilerde görülen en temel belirtiler aşağıda maddeler halinde sunulmaktadır [67];

- Düzenli olarak akıllı telefon kullanmak ve bu cihazlar ile çok fazla zaman harcamak, bir veya daha fazla akıllı telefona sahip olmak ve şarj aletini sürekli yanında taşımak,
- Akıllı telefonu kaybetme, yakınında olmaması, yerini bulamama, kapsama alanı dışında olma, şarjın bitmesi gibi durumların ciddi endişeye neden olması ve bu cihazların kullanımının kısıtlandığı alanlardan uzak durma,

- Çeşitli nedenler ile sık sık akıllı telefonun ekranına bakmak/bakma isteği duymak,
- Akıllı telefonu gün boyunca hiç kapatmama, akıllı telefon ile birlikte uyumak, uyumadan önce ve uyanmadan hemen sonra cep telefonunu kontrol etme,
- Yüz yüze sosyal etkileşimden olabildiğince kaçınma veya çok sınırlı tutma, akıllı cihazlar ile iletişim kurmayı tercih etmek,
- Akıllı telefon kullanımına bağlı fazla miktarda para harcamak.

Nomofobi prevalansının araştırıldığı çalışmaları irdeleyen bir sistematik derlemede ülkeden ülkeye ve toplumdan topluma değişen farklı prevalans rakamlarının saptandığı rapor edilmiştir [7]. Bu derleme ile nomofobi prevalansının %6 ile %73 arasında değiştiği, toplumda nomofobi riski yüksek olan kişi oranının %13 ile %79 arasında olduğu bildirilmiştir.

Örneklem büyüklükleri değişkenlik gösteren farklı ülkelerden yapılan bildirimler, nomofobinin özellikle gençler arasında yaygın olduğunu ve her geçen gün daha fazla gencin etkilendiğini ortaya koymaktadır [68, 69]. Türkiye’de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde üniversite öğrencilerinin yaklaşık yarısında nomofobi düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu ve nomofobide görülen davranış özellikleri gösterdiği belirtilmektedir [68, 70]. Nomofobi artışında üzerinde durulan en temel özellik olarak bu akıllı cihazların sağladığı mobil internet kullanımı ifade edilmektedir. Mobil internet kullanımındaki artış ile nomofobik davranış özellikleri paralellik göstermektedir [71].

Hindistan’da 1500 akıllı telefon kullanıcısı ile yürütülen bir çalışma ile nomofobi yaygınlığı araştırılmıştır. Bu çalışmada yaş arttıkça nomofobi oranının düştüğü, nomofobik belirtilerin en yüksek olduğu yaş grubunun 18-24 yaş olduğu rapor edilmiştir [72]. Yine Hindistan’da yapılan bir çalışmada öğrencilerin %87’sinin akıllı cep telefonu kullandığı ve cep telefonu kullanan öğrencilerin %73’ünün nomofobik belirtiler gösterdiği bildirilmiştir [73]. Fransa’da yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin yaklaşık üçte birinin nomofobik belirtiler gösterdiği bildirilmiştir [74].

Brezilya’da yapılan iki çalışmada sorunlu akıllı telefon kullanımı oranı %33,1 ve %42,9 arasında bulunmuştur [75, 76]. Lopez-Fernandez tarafından İspanya ve Belçika’da yapılan çok merkezli bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı oranları İspanya’da %12,5 ve Belçika’da %21,5 olarak saptanmıştır [77].

Gürbüz ve Özkan tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada 17-29 yaş arası gençlerde nomofobi prevalansının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların %8,5’inde ciddi nomofobi belirtileri olduğu, %71,5’inde ise orta düzey nomofobi saptandığı rapor edilmiştir. Ayrıca yaş ile nomofobi ciddiyeti arasında ters yönde bir ilişki olduğu, yaş artıkça nomofobi belirtilerinin azaldığı bu çalışmada vurgulanmıştır [78].

Alosaimi ve arkadaşlarının Suudi Arabistan’da 2367 üniversite öğrencisi ile yürüttüğü bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmaya dahil edilen öğrencilerin %43’ünün uyku saatlerinin azaldığı ve ertesi gün enerji eksikliği yaşadığı, %30’unun hızlı yemek yediği, kilo aldığı, daha az egzersiz yaptığı ve sağlıksız bir yaşam tarzına sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca tüm bu davranış özelliklerinin bir sonucu olarak %25’inin akademik başarılarının olumsuz etkilendiği rapor edilmiştir[79].

Pavithra ve arkadaşları tarafından tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %39,5’inin nomofobik olduğu, %27’sinin nomofobi riski altında olduğu ve her beş öğrenciden birinin telefonu yanında olmadığı konsantrasyon kaybı ve stres yaşadığı bildirilmiştir [80].

Osorio Molina ve arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede hemşirelik öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı %22 olarak rapor edilmiştir [3]. Bu derlemede aşırı cep telefonu kullanan hemşirelik öğrencilerinde uyku kalitesinin azaldığı, sosyal stres düzeylerinin arttığı, sosyal destek algılarının azaldığı, öz güvenlerinin ve iletişim becerilerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Polat ve arkadaşlarının sağlık çalışanı aday öğrenciler ile yaptıkları bir çalışmada nomofobi düzeyi ile kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki rapor edilmiştir [81]. Erdem ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, katılan öğrencilerin

yarısının nomofobik olduğu ve günde yaklaşık altı buçuk saat akıllı telefonda zaman geçirdikleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin akıllı telefon kullanım süreleri ile nomofobi belirtileri gösterme arasında pozitif yönlü, akademik başarı ile negatif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir [82].

2.3.2. Nomofobi ile İlişkili Kavramlar

Yapılan çalışmalar nomofobinin bazı tetikleyici kavramlar/bağımlılıklar ile ilişkili olabileceğini, ayrıca nomofobi sonucunda kişilerde farklı durumların ortaya çıkabileceğini göstermektedir [66]. İnternetin aşırı veya problemli kullanımı internet bağımlılığına ve netlessfobi (internetsiz kalma korkusu) neden olabilmektedir. Akıllı cihazlar ile internete ulaşımın kolaylaşması, bu cihazların hareket kabiliyetleri sayesinde zamandan ve mekandan bağımsız olarak internetin kullanımının yaygınlaşması ve neden olduğu bağımlılık sorunları nomofobi ile birlikte değerlendirilebilecek süreçler olarak düşünülebilir. Kişilerin sürekli internete bağlı kalma isteği, sosyal problemlerde artma, stres seviyesinde artma, sinirlilik ve gerginlik hali gibi sorunlara neden olmaktadır [83].

FO-MO İngilizce'den köken alan "Fear of Missing Out" ifadesinin kısaltması olup, Türkçe'ye çevrildiğinde "gündemi kaçırma korkusu" olarak ifade edilebilecek bir yapıdır. Bu bakış açısı ile sosyal medyadan uzak kalındığında huzursuzluk hissetme, sosyal medyadaki güncel konuları görememe korkusu, sosyal kaygı gibi sorunlu davranış şekilleri için bu yapı kullanılabilir [84]. Bu nedenle FO-MO ve nomofobi, netlessfobide olduğu gibi birbirleri ile ilişkili kavramlar olarak değerlendirilmektedir[85].

Günümüz iletişim teknolojisinin en önemli araçları olan cep telefonları, eğitim, sosyal faaliyetler ve çalışma hayatı ile ilgili çevrim içi gruplar ve topluluklar oluşturmasını kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte bu durum kişilerin gerçek sosyal ilişkiler kurmasında zorluklara, giderek daha fazla yalnızlaşmasına ve toplumdan uzaklaşmasına neden olmaktadır [86]. Mert ve Özdemir tarafında yapılan bir çalışmada yalnızlık duygusunun akıllı telefon bağımlılığına etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada yalnızlık duygusu yoğunlaştıkça akıllı telefonla uğraşma ve daha fazla kullanma durumunun arttığı belirtilmiştir[87]. Kumcağız ve arkadaşları tarafından

yürütülen bir çalışmada ise öğrencilerin yerleşim yerlerinde yaşadıkları bireyler ile akıllı telefon bağımlılığı ilişkisi araştırılmış, yalnız başına yaşayanların akıllı telefon bağımlılığı düzeyinin diğer gruplardan yüksek olduğu tespit edilmiştir[88].

Gezgin ve arkadaşları tarafından yürütülen 13-19 yaş arası 301 ergenin katıldığı bir çalışmada, nomofobi ve yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, ergenlerdeki yalnızlık duygusunun nomofobi düzeylerini belirli bir ölçüde etkilediği belirtilmiştir [11].

Özellikle gençlerde nomofobi oranının daha yüksek olduğu, gençlerdeki duygusal ve davranışsal problemler ile ilişkisi birlikte değerlendirilerek, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı ile ilgili problemlerin üzerinde düşünülmesi gereken bir durum olduğu belirtilmiştir [8].

Özen ve Topçu tarafından tıp fakültesi öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin üçte birinin günde en az 1-3 saat akıllı telefonda zaman geçirdiği ve en çok internete girmek için kullandıkları belirtilmiştir[89]. Bu çalışma sonucunda dürtü selliğin, duyguları tanımakta ve söze dökmede güçlük yaşayanların akıllı telefon bağımlılık durumunun belirgin şekilde arttığı bildirilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılanların üçte biri telefon kullanımı ile hayatının kısmen olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir.

Akıllı telefon aşırı kullanımı ve bağımlılığın çeşitli fiziksel ve postür ile ilgili sağlık sorunlarına yol açabildiği bildirilmektedir. Yılmaz ve arkadaşları tarafından hemşirelik fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; akıllı telefon kullanımının boyun, omuzlar, bilekler, eller ve dirsekler gibi vücut bölümlerinde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına da yol açabileceği bildirilmiştir [90]. Başka bir çalışmada akıllı telefon bağımlılık düzeyi ve günlük akıllı telefon kullanım süresi artışı ile servikal üst ekstremitte ağrısı arasında anlamlı ilişki rapor edilmiştir [91]. Keskin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise baş ağrısı ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışmada şiddetli baş ağrısının akıllı telefon bağımlılarında daha belirgin olduğu bildirilmiştir[92].

Nomofobi düzeyi ile uyku kalitesinin olumsuz etkilenmesi arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Özellikle öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda uyku erteleme ile nomofobi arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu, öğrencilerin uykusunu alamadıkları, yorgun ve dinlenmemiş olarak uyandıkları belirtilmiştir [93, 94]. Üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir çalışmada, uyku kalitesi ile fiziksel aktivite arasında pozitif yönde, uyku kalitesi ile depresyon arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğu rapor edilmiştir [95].

2.3.3. Nomofobi Değerlendirme Yöntemleri

Nomofobi 21. yüzyılın yeni iletişim teknolojilerinin bir sonucu olarak doğmuş bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. King ve arkadaşları tarafından yapılan, nomofobi ile ilgili ilkler arasında yer alabilecek bir çalışmada nomofobi mobil telefonlara veya bilgisayara ulaşamama durumunda yaşanan rahatsızlık ve kaygı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamada mobil telefonlarla birlikte bilgisayarlara ulaşamama durumu da nomofobi kavramı içerisinde yer almıştır[61, 96].

King ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada nomofobi modern dönemin bir hastalığı olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada nomofobi; mobil telefonları, bilgisayarları veya diğer iletişim araçlarını yoğun bir şekilde kullanmayı alışkanlık haline getirmiş olan kişilerde bu cihazlara ulaşamama durumu sonucunda oluşan rahatsızlık ve kaygı durumu olarak tanımlanmıştır[97]. Bu tanımlama ile bilgisayarlarda dahil edilmekle birlikte günümüzde artık mobil telefonların bilgisayarlar yerine geçtiği vurgulanmıştır. Bu kapsamda çalışmalarında artık bilgisayarların daha az kullanıldığı, bilgisayar özelliklerini bünyesinde barındıran akıllı cep telefonlarının nomofobi ile daha çok ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Nomofobi ile ilgili araştırmalar özellikle 2015 ve sonrasında hız kazanmıştır ve Nomofobi Ölçeği, 2015 yılında Yıldırım ve Correia tarafından geliştirilmiştir. Yanıt formatı 7'li likert şeklinde hazırlanmış olan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte dört alt boyut bulunmaktadır. Bunlar; “bilgiye erişememe”, “rahatlıktan feragat etme”, “iletişim kuramama” ve “çevrim içi bağlantıyı kaybetme” boyutlarıdır. Ölçekteki, 1.-4. maddeler “bilgiye erişememe”, 5.-9. maddeler “rahatlıktan feragat etme”, 10.-15. maddeler “iletişim kuramama” ve 16.-20. maddeler “çevrim içi

bağlantıyı kaybetme” alt boyutlarına aittir. Ölçeğin genelinin Cronbach Alfa katsayısı 0,95, alt boyutlarının ise sırasıyla; 0,94, 0,87, 0,83 ve 0,81 olduğu bulunmuştur [70, 98].

Yıldırım ve arkadaşları 2016 yılında ölçeği Türkçeye uyarlamışlardır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda bulunan 20 maddenin her birine; kesinlikle katılmıyorum=1 ve kesinlikle katılıyorum=7 olacak şekilde 1’den 7’ye kadar puan verilir. Toplam puan 20 ise nomofobi olmadığı, 21-60 puan arasında ise hafif düzeyde nomofobi olduğu, 61-100 puan arasında ise orta düzeyde nomofobi olduğu, 101-140 puan arasında ise aşırı düzey nomofobi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır[70].

2.4. Yaşam Kalitesi

Genel bakış açısı ile kalite; ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Bu bakış açısı ile yaşam kalitesi kavramı kapsamı oldukça geniş bir kavramdır ve literatürde tartışmaların halen devam ettiği bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır[99, 100].

Yaşam kalitesi kavramı içerisinde bireyin içinde yaşadığı toplumun sosyo-kültürel yapısı bütünü bir parçası olarak anlam taşımaktadır ve kişinin amaçları, yaşamdan beklentileri, hayat standartları ve ilgi alanları ile birlikte değerlendirilmektedir. Bu bakış açısının bir sonucu olarak yaşam kalitesi; bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı, inançları ile bu özelliklerin çevresiyle olan ilişkilerinden etkilenen karmaşık biçimli bir süreç olarak ifade edilmektedir [101].

Kişilerin sağlık ve hastalık durumları yaşam kalitesini belirleyen en önemli etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmet sunucularının uyguladıkları tedaviler ile kişilerin sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin geri kazanılması hedeflenmektedir. Tedavi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ise birçok faktörden etkilenmektedir[102].

Bireye ait kişisel faktörler, çevresel faktörler ve bu iki faktörün etkileşimi, kişilerin sağlık durumunu ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir [102]. Günümüz modern tıp ve sağlık hizmet uygulamaları sadece hastalıkların ortadan kaldırılmasını amaçlamamakta, bu amacın yanında sağlığın geliştirilmesi

kapsamında hasta bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesini de hedeflemektedir [103].

2.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Belirleyicileri

Yaşam kalitesi kavramı içerisinde; genel yaşam kalitesi, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi gibi alt kavramlar söz konusudur. Genel yaşam kalitesi ile toplumsal araştırmalarda insanların yaptıkları iş, deneyimleri, kendilerine ve topluma etkileri gibi konularda bilgiler verilmesi amaçlanmaktadır [104, 105].

Hastalığa özgü yaşam kalitesi kavramında belirli bir hastalık durumu veya hasta grupları üzerine odaklanan ve bu hastalardaki problemler üzerinde odaklanan özel değerlendirme yaklaşımları söz konusudur. Örneğin, sadece kanser hastaları için oluşturulmuş, bu hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlayan ölçüm araçları yer almaktadır [101].

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçları ise farklı insan topluluklarında kullanılmak üzere oluşturulmuş değerlendirme araçlarıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinin bazı sınırlılıklarının olduğunun bildirilmesi ile birlikte, değerlendirilen sağlık sorununun veya sağlık bakım hizmetinin kişinin yaşam kalitesine olan etkilerini referans değerlendirmeler ile karşılaştırmalara, gruplamalara ve kapsamlı analizlere fırsat sunması nedeni ile yaygın olarak kullanılmaktadır [104, 105].

2.4.2. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri

Yaşam kalitesinin belirlenmesinde bireylerin kişisel faktörleri (yapısı, sorunlar ile başa çıkma gücü, inançları ve emosyonel durumu) ile birlikte sosyokültürel özellikleri (toplum içindeki yeri, çevresi, kaynakları ve iş durumu) temel faktörler olarak yer almaktadır. Bununla birlikte sağlık durumu (kaza veya hastalık ile ilişkili ortaya çıkan bozukluklar, özürülük ve engellilik durumu) hem kişisel hem de sosyokültürel özellikleri ile etkileşerek yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olmaktadır [106, 107].

DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; kişilerin fiziksel sağlıkları, psikolojik iyilik halleri, bağımsızlık düzeyleri, sosyal ilişkileri ve etkileşimleri, çevresel özellikleri ve maneviyat ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Sağlıklı olmanın; sadece bir hastalık veya sakatlık durumu olmaması olarak tanımlanmadığı, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini de içeren tam ve bütünsel bir iyilik hali olarak tanımlandığının belirtilmesi sonrasında yaşam kalitesi konusu sağlık hizmeti uygulamalarında ve araştırmalarında daha çok vurgulanan bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır [108-110].

2.4.3. Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Kullanılan Ölçme Araçları

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturulan yaşam kalitesi ölçekleri bütüncül bir yaklaşım ile fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini değerlendirerek ölçülebilir ve karşılaştırılabilir veriler sunmaktadır. Bu ölçekler aracılığı ile herhangi bir hastalık nedeniyle yaşam şartları etkilenen bireyler için değerlendirmeler yapılabilmektedir. Bazı ölçekler ise tek bir hastalık için özgülleştirilmiştir ve o hastalığa özgü değerlendirmelere ve karşılaştırmalara olanak sağlamaktadır [111, 112].

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçlarından en çok bilinenleri Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)), SF-36 Health Survey, Quality of Well-Being Scale, Sickness Impact Profile (SIP), McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile'dir[113, 114].

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form ölçeği (WHOQOL-BREF ölçeği), ölçeğin orijinal formu olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100) ölçeğinden türetilmiş ve 1998 yılında yayınlanmıştır. Ölçek 26 soru ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; (1) “bedensel iyilik”, (2) “ruhsal iyilik”, (3) sosyal İlişkiler ve (4) “çevre” alt boyutlarıdır. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Her bir alt boyut kendi içinde, 4 ile 20 puan arasında olacak şekilde puanlanmaktadır. Puanların kategorize edilmesinde kullanılan herhangi bir kesim noktası yoktur. Buna karşın, her bir alt boyutta puan arttıkça yaşam kalitesi düzeyi artmaktadır [115].

WHOQOL-BREF'in Türkçe versiyonu WHOQOL-BREF-TR Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Türkçe versiyonda çevre alt boyutuna bir soru daha eklenmiş ve ölçek soru sayısı 27 maddeye ulaşmıştır. Türkçe versiyonda, 1. ve 2. soruların toplamı “genel sağlık durumu”, 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. soruların toplamı “bedensel sağlık”, 5, 6, 7, 11, 19, 26. soruların toplamı “ruhsal sağlık”, 20, 21, 22. soruların toplamı “sosyal alan”, 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. soruların toplamı “çevre alanı” puanını oluşturur. Ulusal soru olan 27. soru ise “ulusal alan” olarak hesaplanır [116].

2.5. Bağımlılık Türlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Bağımlılık; madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılık olarak iki başlık altında değerlendirilmektedir. Madde bağımlılığı bireyin alkol/tütün gibi maddeleri, opiyat, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler gibi ilaçları haz alabilmek amacıyla kullanması, bırakmakta güçlük çekmesi, kullanmadığı zaman yoksunluk yaşaması ve tüm olumsuzluklara rağmen kullanmaya devam etmesi şeklinde de açıklanmaktadır [117]. Madde bağımlılıklarında olduğu gibi kumar, alışveriş ve internet kullanımı gibi davranışsal bağımlılıklarda da, bağımlılığın ana unsurları olan duygu durum değişkenliği, zihinsel meşguliyet, yoksunluk, tolerans ve nüksetme gibi özellikler görülebilmektedir [118].

Aşırı cep telefonu kullanımı ve internet kullanımı gibi davranışsal bağımlılık durumları sonucunda kişilerde davranışsal etkiler, fiziksel ve ruhsal etkiler ile birlikte sosyal etkiler oluşabilmektedir. Davranışsal etkiler içerisinde; giderek daha fazla davranışı tekrarlama isteği, uyku süresinde ve kalitesinde azalma gibi durumlar yer almaktadır. Fiziksel ve ruhsal etkiler kapsamında stres, unutkanlık, dikkat ve konsantrasyonda azalma, mide, baş ve kas ağrıları ile görme bozukluklarında artış gibi belirtiler oluşmaktadır. Sosyal etkilerde ise davranışı tekrarlama sürecinde ciddi bir zaman harcanması nedeni ile iş ve sorumlulukların yapılmaması, verimliliğin azalması ve çalışma saatlerinin uzaması, sosyal etkileşimlerin ve paylaşımların azalması yer almaktadır [119].

2.5.1. Bağımlılık ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Yapılan araştırmalar günümüz teknolojik iletişim araçlarının aşırı kullanımının anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik bozuklukların daha sık görülmesine neden olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu cihazlara bağımlı olanlarda odaklanmada güçlük çekme, planlı çalışmada aksama, bulanık görme, kas iskelet sisteminin ağrıları ve uyku bozuklukları gibi belirtilerin daha sık görüldüğü bildirilmektedir [120, 121].

2.5.2. Nomofobi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Nomofobi dijital çağ döneminin halk sağlığı problemlerinden biri olarak kabul edilmekte, nomofobik kişiler cep telefonlarına ulaşamadıklarında kaygı, huzursuzluk ve sinirlilik hali gibi belirtiler göstermektedirler. Bu kişiler mobil telefonları ile ciddi bir zaman dilimi geçirmekte, sürekli kontrol etme gereksinimi hissetmekte ve kaybettiklerinde korku duymaktadırlar [2, 6].

Gün boyunca yoğun bir şekilde akıllı cep telefonu veya bilgisayar kullanımı bireylerde “dijital göz yorgunluğu sendromu” ya da “bilgisayara bağlı görüş sendromu” olarak adlandırılan bir dizi sağlık sorununa yol açabilmektedir. Akıllı cihazlarda, internette ve bilgisayarda ciddi bir zaman geçiren kişilerde tespit edilen göz yorgunluğu bulanık görme, kızarıklık, kuruluk, yanma, sulanma ve baş ağrısı gibi şikayetlere neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [122, 123].

Jahrami ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada nomofobinin genç insanlarda oldukça yaygın olduğu ve uyku problemleri veya uykusuzluk ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir [124].

Çevik Durmaz ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; nomofobi ile yalnızlık duygusu hissetme arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada ayrıca yalnızlık duygusunun üniversite yaşamına ve sosyal yaşama adaptasyonda belirleyici olabileceği vurgulanmıştır [125].

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada üniversite öğrencilerinde uyku kalitesinin incelenmesi ve akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkisinin araştırılması

amaçlanmıştır. Bu çalışmada uyku kalitesinin kötü olduğu saptanan öğrencilerin oranı %52,4, akıllı telefon bağımlılığı oranı %34,6 olarak saptanmış, akıllı telefon bağımlılığının kötü uyku kalitesi için bağımsız risk faktörlerinden biri olduğu rapor edilmiştir[126].

Nomofobi ile ilgili çalışmalarda; akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı, sosyal medya kullanımı/bağımlılığı ve sanal zorbalık ile nomofobi arasında neden sonuç ilişkisi olabileceği rapor edilmektedir [9-11].

Mehmet ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise günlük akıllı telefon kullanımında artışın yalnızlık duygusu ve kaygı hissetme ile ilişkili olduğu, böylece daha fazla nomofobiye yol açtığı vurgulanmıştır [14].

Kuşçu ve arkadaşları tarafından adolesanlarda yapılan bir çalışmada ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi, total anksiyete, depresyon ve hiperaktivite belirtilerinin nomofobi skoru ile korele olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar tarafından dikkat eksikliği ve anksiyete problemleri ile nomofobi ilişkisinin daha detaylı araştırılması gerektiği vurgulanmıştır [127]. Bu konuda yapılan bir çalışmada nomofobi ile düşük akademik performans ve dikkat eksikliği ilişkisi rapor edilmiştir [13].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Konular ve İzinler

Çalışmaya başlamadan önce Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak, 19.04.2022 tarihli ve 16969557/768 sayılı, GO 22/403 proje numaralı, 2022/07-38 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır.(Ek-1)

Çalışmada kullanılan ölçekler için ölçeği geliştirenlerden gerekli izinler alınmıştır (Ek-2).

Çalışmada tıpta uzmanlık öğrencilerinden toplanan veriler çalışmanın bilimsel amaçları dışında kullanılmamıştır.

Ayrıca, çalışmanın planlanmasından raporlanmasına kadar tüm aşamalarında İyi Klinik Uygulamalara ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun hareket edilmiştir.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmanın verileri Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalınca 20.04.2022 ile 01.11.2022 tarihleri arasında çevrim içi olarak toplanmıştır.

Çalışmanın verileri toplandıktan sonra verilerin analizi ve raporlama aşamaları bir yıl sürede tamamlanmıştır.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Bu tez çalışmasının evrenini, sosyal medya platformlarında paylaşılacak ankete katılmayı kabul eden, 2022 yılında Ankara'da aktif olarak çalışan tıpta uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 04/03/2022 tarihinde Ankara'da toplam 6898 araştırma görevlisi çalışmaktadır. Buna göre, %95 güvenilirlik ve %5 hata payı ile yapılan hesaplamada 364 araştırma görevlisine ulaşılması planlanmıştır.

Birden fazla sosyal medya platformu kullanılarak, ankete katılmayı kabul eden ve anket formunu eksiksiz doldurmuş olan tüm katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeme, e-anketin eksik yada yanlış doldurulması, okuryazarlığın olmaması, yan dal uzmanlık öğrencisi olmak çalışmadan dışlanma kriterleri olarak kabul edilmiştir.

3.4. Çalışmanın Türü

Bu çalışma çevrim içi olarak yürütülmüş, kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.5. Veri Toplama Formu ve Çalışmanın Değişkenleri

Çalışmada kullanılan anket 68 soru içermektedir (Ek-3). Anketin ilk 21 sorusu tıpta uzmanlık öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki özelliklerini sorgulayan sorulardır.

Bununla beraber, tıpta uzmanlık öğrencilerinin nomofobi düzeylerini belirleyebilmek için 20 sorudan oluşan Nomofobi Ölçeği (NMFÖ) ve yaşam kalitelerini değerlendirebilmek için 27 sorudan oluşan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form Ölçeği (WHOQOL-BREF) katılımcılara uygulanmıştır.

3.5.1. Nomofobi Ölçeği

Nomofobi Ölçeği, 2015 yılında Yıldırım ve Correia tarafından geliştirilmiştir. Yanıt formatı 7’li likert şeklinde hazırlanmış olan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte dört alt boyut bulunmaktadır. Bunlar; “bilgiye erişememe”, “rahatlıktan feragat etme”, “iletişim kuramama” ve “çevrim içi bağlantıyı kaybetme” boyutlarıdır. Ölçekteki, 1.-4. maddeler “bilgiye erişememe”, 5.-9. maddeler “rahatlıktan feragat etme”, 10.-15. maddeler “iletişim kuramama” ve 16.-20. maddeler “çevrim içi bağlantıyı kaybetme” alt boyutlarına aittir. Ölçeğin genelinin Cronbach Alfa katsayısı 0,95, alt boyutlarının ise sırasıyla; 0,94, 0,87, 0,83 ve 0,81 olduğu bulunmuştur[98].

Yıldırım ve arkadaşları 2016 yılında ölçeği Türkçeye uyarlamışlardır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach Alfa katsayısı 0,92, alt boyutlarının ise 0,90, 0,74, 0,94 ve 0,91 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonunda bulunan 20 maddenin her birine; kesinlikle katılmıyorum=1 ve kesinlikle katılıyorum=7 olacak şekilde 1'den 7'ye kadar puan verilir. Toplam puan 20 ise nomofobi olmadığı, 21-60 puan arasında ise hafif düzeyde nomofobi olduğu, 61-100 puan arasında ise orta düzeyde nomofobi olduğu, 101-140 puan arasında ise aşırı düzey nomofobi olduğu sonucuna varılır[128].

3.5.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form Ölçeği (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF ölçeği, ölçeğin orijinal formu olan WHOQOL-100 ölçeğinden türetilmiş ve 1998 yılında yayınlanmıştır. Ölçek 26 soru ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; (1) “bedensel iyilik”, (2) “ruhsal iyilik”, (3) “sosyal ilişkiler” ve (4) “çevre” alt boyutlarıdır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayısı, sırasıyla, 0,82, 0,75, 0,66 ve 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Her bir alt boyut kendi içinde 4 ile 20 puan arasında olacak şekilde puanlanmaktadır. Puanların kategorize edilmesinde kullanılan herhangi bir kesim noktası yoktur. Buna karşın, her bir alt boyutta puan arttıkça yaşam kalitesi düzeyi artmaktadır [129].

WHOQOL-BREF'in Türkçe versiyonu WHOQOL-BREF-TR Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Türkçe versiyonda çevre alt boyutuna bir soru daha eklenmiş ve ölçek soru sayısı 27 maddeye ulaşmıştır. Türkçe versiyonun alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları, sırasıyla; 0,76, 0,67, 0,56 ve 0,74 olarak bulunmuştur. Türkçe versiyonda, 1. ve 2. soruların toplamı “genel sağlık durumu”, 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. soruların toplamı “bedensel sağlık”, 5, 6, 7, 11, 19, 26. soruların toplamı “ruhsal sağlık”, 20,21,22. soruların toplamı “sosyal alan”, 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. soruların toplamı “çevre alanı” puanını oluşturur. Ulusal soru olan 27. soru ise “ulusal alan” olarak hesaplanır ve çevre puanına eklenir. Bu şekilde hesaplanan ham puanlar yüzdelik sisteme göre düzeltilir. Bu düzeltme işlemi aşağıdaki formül kullanılarak yapılır [130].

$$Yüzde\ puan = \frac{(Bireyin\ ham\ puanı) - (0\ alt\ alanda\ alınabilecek\ en\ düşük\ puan)}{(0\ alt\ alanda\ alınabilecek\ en\ yüksek\ puan) - (0\ alt\ alanda\ alınabilecek\ en\ düşük\ puan)}$$

3.5.3. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmanın verileri, Google Form anketi kullanılarak toplanmıştır.

Uzmanlık öğrencilerinin ankete ulaşabilmesi için sosyal medya platformları üzerinden (Whatsapp uygulaması üzerinden bireysel olarak, ayrıca Whatsapp ve Telegram gruplarında link paylaşarak) davet metni ve anket linki paylaşılmış ve çalıştıkları kurumlar ziyaret edilip hazırlanan basılı olarak davet metni ve link için türetilen karekod dağıtılmıştır. Bu karekodun akıllı telefonlar ile okunması ile anket linkine ulaşabilmeleri sağlanmıştır. Davet metninde; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Ankara'daki Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı çalışmaya katılmak isteyen uzmanlık öğrencilerinin belirtilen link üzerinden ankete erişebileceği bildirilmiştir.

Link üzerinden ankete katılan uzmanlık öğrencilerinin anketi tamamlaması 10-15 dakika arasında sürmüştür.

Google Forms üzerinden tamamlanan anketlere ait veriler Microsoft Excel formatında bilgisayara kaydedilmiştir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Nomofobi Ölçeği puan hesaplaması ölçek kullanımında açıklandığı şekilde yapıldı. WHOQOL-BREF ölçeğinin puanlaması için ise ölçeğin Türkiye yürütücüsü olan merkez ile iletişim kurularak hazırlanan veriler katılımcıların başka herhangi bir bilgisi olmadan (anonim olarak) bu merkeze iletildi ve kendilerinin hazırladıkları ölçek puanları kullanıldı. Çalışmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Version23 istatistik programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin sunulmasında ortalama ve standart sapma (SS), ortanca, minimum ve maksimum değerler ve çeyreklikler arası dağılım (ÇAD) kullanıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri kullanılarak değerlendirildi. Normal dağılıma uymayan sayısal değişkenlerin

iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis Testi ve Dunn's Post-hoc testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin kendi arasında karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmaya 424 tıpta uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Veriler elektronik ortamda toplanırken, bir soru cevaplanmadan diğer soruya geçilemeyeceği için katılımcılara anketi eksik doldurma şansı verilmemiştir. Bu nedenle çalışmaya katılan katılımcılar için eksik veri sorunu olmamıştır. Tablo 4.1’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri sunulmuştur.

Çalışmaya katılan 424 araştırma görevlisinin 261’i (%61,6) kadın, 163’ü (%38,4) erkektir. Katılımcıların 63’ü (%14,9) 24-25 yaş aralığında, 151’i (%35,6) 26-27 yaş aralığında, 115’i (%27,1) 28-29 yaş grubunda, 95’i (%22,4) 30 ve üzeri yaş grubunda iken, çalışma grubunun yaş ortalaması $27,9 \pm 2,6$ yıl olarak bulunmuştur.

Katılımcıların 143’ü (%33,7) evli ve 281’i (%66,3) bekar iken, 389 katılımcının (%91,7) hiç çocuğu bulunmamakta, 27’sinin (%6,4) bir çocuğu ve 8’inin (%1,9) iki çocuğu bulunmaktadır.

Katılımcıların 136’sı (%32,1) evde tek başına, 82’si (%19,3) anne ve/veya babasıyla, 140’ı (%33,0) eş ve/veya çocukları ile, 30’u (%7,1) ev arkadaşı ile birlikte yaşarken, 36 araştırma görevlisi (%8,5) bu soruya diğer cevabını vermiştir.

Katılımcıların 18’inin (%4,2) aylık geliri 5000-10000 TL arasında, 73’ünün (%17,2) 10000-15000 TL arasında, 96’sının (%22,6) 15000-20000 TL arasında, 74’nün (%17,5) 20000-25000 TL arasında, 49’unun (%11,6) 25000-30000 TL arasında ve 114’ünün (%26,9) 30000 TL’den fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	261	61,6
	Erkek	163	38,4
Toplam		424	100,0
Yaş (yıl)	24-25	63	14,9
	26-27	151	35,6
	28-29	115	27,1
	30 ve üzeri	95	22,4
Ort±SS:27,9±2,6 yıl Ortanca:27,0 yıl Minimum-Maksimum:24,0-52,0 yıl			
Toplam		424	100,0
Medeni durum	Evli	143	33,7
	Bekar	281	66,3
Toplam		424	100,0
Çocuk sayısı	0	389	91,7
	1	27	6,4
	2	8	1,9
Toplam		424	100,0
Aynı evde yaşam	Tek başına	136	32,1
	Anne ve/veya baba	82	19,3
	Eş ve/veya çocuk	140	33,0
	Ev arkadaşı	30	7,1
	Diğer	36	8,5
Toplam		424	100,0
Aylık hane halkı gelir düzeyi	5000-10000 TL	18	4,2
	10000-15000 TL	73	17,2
	15000-20000 TL	96	22,6
	20000-25000 TL	74	17,5
	25000-30000 TL	49	11,6
	30000 TL'den fazla	114	26,9
Toplam		424	100,0

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 4.2’de katılımcıların mesleki özellikleri verilmiştir.

Katılımcıların 291’i (%68,6) üniversite hastanesinde, 79’u (%18,6) eğitim ve araştırma hastanesinde, 54’ü (%12,8) ise şehir hastanesinde görev yapmaktadır.

Araştırma görevlilerinin 14’ü (%3,3) temel tıp bilimlerinde, 351’i (%82,8) dahili tıp bilimlerinde, 59’u (%13,9) ise cerrahi tıp bilimlerinde ihtisas yapmaktadır.

Katılımcıların 171’i (%40,3) asistanlıkta ilk yılın içerisinde iken, 97’si (%22,9) ikinci yılın içinde, 82’si (%19,3) üçüncü yılın içinde, 58’i (%13,7) dördüncü yılın içinde ve 16’sı (%3,8) beşinci yılın içindedir.

Asistanların 41’i (%9,7) hiç hasta bakmadığını beyan etmişken, 134’ü (%31,6) günlük 20’den az, 160’ı (%37,7) 21-50 arası, 62’si (%14,6) 51-70 arası, 19’u (%4,5) 71-100 arası ve 8’i (%1,9) 100’den fazla hasta gördüğünü bildirmiştir.

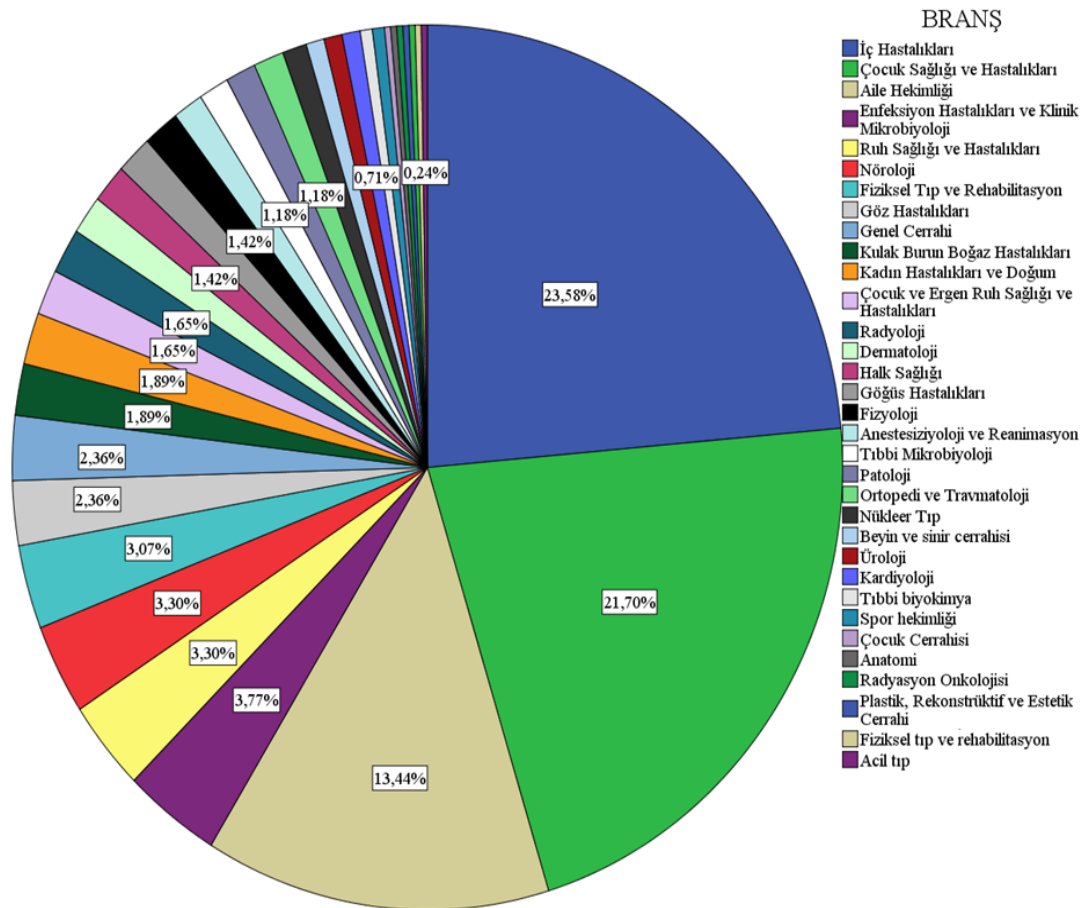
Katılımcıların 102’si (%24,1) son bir ayda hiç nöbet tutmadığı bildirmişken, 98’i (%23,1) son bir ayda 5’ten az, 202’si (%47,6) 5-10 arası, 22’si (%5,2) ise 10’dan fazla nöbet tuttuğunu beyan etmiştir.

Nöbet tuttuğunu beyan eden 322 asistanın 172’si (%53,4) nöbet sonrası izinlerinin olmadığını, 150’si (%46,6) ise nöbet sonrası izin kullandıklarını bildirmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların mesleki özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Çalışılan kurum	Üniversite hastanesi	291	68,6
	Eğitim araştırma hastanesi	79	18,6
	Şehir hastanesi	54	12,8
Toplam		424	100,0
Branş	Temel tıp	14	3,3
	Dahili tıp	351	82,8
	Cerrahi tıp	59	13,9
Toplam		424	100,0
Asistanlıkta geçirilen süre	İlk yılın içinde	171	40,3
	İkinci yılın içinde	97	22,9
	Üçüncü yılın içinde	82	19,3
	Dördüncü yılın içinde	58	13,7
	Beşinci yılın içinde	16	3,8
Toplam		424	100,0
Günlük bakılan hasta sayısı	Hiç	41	9,7
	20'den az	134	31,6
	21-50 arası	160	37,7
	51-70 arası	62	14,6
	71-100 arası	19	4,5
	100'den fazla	8	1,9
Toplam		424	100,0
Son 1 aydaki nöbet sayısı	Hiç	102	24,1
	5'ten az	98	23,1
	5-10 arası	202	47,6
	10'dan fazla	22	5,2
Toplam		424	100,0
Nöbet sonrası izin	Yok	172	53,4
	Var	150	46,6
Toplam		322	100,0

Şekil 4.1’de katılımcıların branşlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların branşları sıklık sırasına göre sırasıyla, İç Hastalıkları (%23,58), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%21,7), Aile Hekimliği (%13,44), Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (%3,77), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (%3,30), Nöroloji (%3,30) ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (%3,07) şeklinde sıralanmıştır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Katılımcıların branşlarının dağılımı

Tablo 4.3’te katılımcıların sigara ve alkol kullanım özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Sigara kullanımı	Hiç kullanmadım	300	70,8
	Bıraktım	29	6,8
	Halen kullanıyorum	95	22,4
Toplam		424	100,0
Alkol kullanımı	Hiç kullanmadım	211	49,8
	Bıraktım	14	3,3
	Halen kullanıyorum	199	46,9
Toplam		424	100,0

Araştırma görevlilerinin 300'ü (%70,8) hiç sigara içmediğini beyan ederken, 29'u (%6,8) daha önce içtiğini ancak şu anda bıraktığını, 95'i (%22,4) ise halen sigara içtiğini bildirmiştir.

Buna karşın, katılımcıların 211'i (%49,8) hiç alkol kullanmadığını, 14'ü (%3,3) daha önce kullandığını ancak şu anda kullanmadığını, 199'u (%46,9) ise alkol kullandığını beyan etmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4'te katılımcıların kronik hastalık durumları sunulmuştur.

Katılımcıların 99'u (%23,3) herhangi bir kronik hastalıklarının olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, 64 araştırma görevlisinde (%15,1) psikiyatrik olmayan bir kronik hastalık var iken, 40'ında (%9,4) psikiyatrik bir kronik hastalık, 19'unda (%4,5) ise anksiyete bozukluğu vardır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların kronik hastalık durumları

Özellik		Sayı	Yüzde
Herhangi bir kronik hastalık	Yok	325	76,7
	Var	99	23,3
Toplam		424	100,0
Psikiyatrik olmayan kronik hastalık	Yok	360	84,9
	Var	64	15,1
Toplam		424	100,0
Psikiyatrik kronik hastalık	Yok	384	90,6
	Var	40	9,4
Toplam		424	100,0
Anksiyete bozukluğu	Yok	405	95,5
	Var	19	4,5
Toplam		424	100,0

Tablo 4.5’te katılımcıların telefon kullanımına ait bazı özellikleri verilmiştir.

Araştırma görevlilerinin 10’u (%2,4) 5 yıldan daha az bir süredir akıllı telefon kullandığını, 126’sı (%29,7) 5-10 yıl süreyle, 184’ü (%43,4) 10-15 yıl süreyle ve 104’ü (%24,5) 15 yıldan fazla süredir akıllı telefon kullandığını beyan etmiştir.

Katılımcıların 10’u (%2,4) günde 1 saatten az, 126’sı (%29,7) 1-3 saat arası, 184’ü (%43,4) 3-5 saat arası ve 104’ü (%24,5) 5 saatten fazla telefon kullandığını beyan etmiştir.

Bununla birlikte, katılımcıların 105’i (%24,8) 15 dakikadan az, 158’i (%37,3) 15-30 dakika, 115’i (%27,1) 30-60 dakika, 37’si (%8,7) 60-90 dakika ve 9’u (%2,1) 90 dakikadan fazla süreyle günlük telefon konuşması yaptığını bildirmiştir.

Ayrıca, katılımcıların 160’ı (%37,8) cep telefonlarında en sık mesajlaşma uygulamalarını, 138’i (%32,5) sosyal arkadaşlık uygulamalarını, 68’i (%16,0) video uygulamalarını, 19’u (%4,5) haber uygulamalarını, 39’u (%9,2) ise diğer uygulamaları kullandığını beyan etmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların telefon kullanımına ait bazı özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Akıllı telefon kullanım süresi	5 yıldan az	10	2,4
	5-10 yıl arası	126	29,7
	10-15 yıl arası	184	43,4
	15 yıldan fazla	104	24,5
Toplam		424	100,0
Günlük telefon kullanım süresi	1 saatten az	10	2,4
	1-3 saat arası	126	29,7
	3-5 saat arası	184	43,4
	5 saatten fazla	104	24,5
Toplam		424	100,0
Günlük telefon ile konuşma süresi	15 dakikadan az	105	24,8
	15-30 dakika	158	37,3
	30-60 dakika	115	27,1
	60-90 dakika	37	8,7
	90 dakikadan fazla	9	2,1
Toplam		424	100,0
En sık kullanılan telefon uygulaması	Mesajlaşma	160	37,8
	Sosyal arkadaşlık	138	32,5
	Video	68	16,0
	Haber	19	4,5
	Diğer	39	9,2
Toplam		424	100,0

Tablo 4.6’da katılımcıların nomofobi ölçeği alt boyutları ve toplam puan dağılımları sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların nomofobi ölçeği alt boyutları ve toplam puan dağılımları

Alt boyut		
Bilgiye erişememe	Ortalama±SS	17,7±6,0
	Ortanca (ÇAD)	18,0 (14,0-22,8)
Rahatlıktan feragat	Ortalama±SS	20,1±7,2
	Ortanca (ÇAD)	20,0 (15,0-26,0)
İletişim kuramama	Ortalama±SS	26,4±9,4
	Ortanca (ÇAD)	27,0 (19,0-34,0)
Bağlantıyı kaybetme	Ortalama±SS	13,8±7,7
	Ortanca (ÇAD)	12,0 (7,0-19,0)
Toplam puan	Ortalama±SS	78,1±24,8
	Ortanca (ÇAD)	79,0 (59,0-97,0)

SS: Standart sapma, ÇAD: Çeyreklikler arası dağılım.

Katılımcıların nomofobi ölçeğinin alt boyutu olan bilgiye erişememe alanından aldığı puan ortalaması 17,7±6,0 ve ortancası 18,0 puan, rahatlıktan feragat alanından aldığı puan ortalaması 20,1±7,2 ve ortancası 20,0 puan, iletişim kuramama alanından aldığı puan ortalaması 26,4±9,4 ve ortancası 27,0 puan, bağlantıyı kaybetme alanından aldığı puan ortalaması 13,8±7,7 ve ortancası 12,0 puan, ölçeğin tamamından aldığı puan ortalaması 78,1±24,8 ve ortancası 79,0 puan olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7’de katılımcıların nomofobi ölçeğinin tamamından aldığı puana göre hesaplanan nomofobi düzeyleri verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların nomofobi düzeyleri

Özellik	Sayı	Yüzde	
Nomofobi düzeyi*	Hafif düzey	117	27,6
	Orta düzey	221	52,1
	Aşırı düzey	86	20,3
Toplam	424	100,0	

* Nomofobi ölçeğinden alınan toplam puan üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların 117'sinde (%27,6) hafif düzeyde, 221'inde (%52,1) orta düzeyde, 86'sında (%20,3) aşırı düzeyde nomofobi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.8'de katılımcıların WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı

Alt boyut (n=424)		
Bedensel Alan	Ortalama±SS	51,8±14,6
	Ortanca (ÇAD)	50,0 (42,9-60,7)
Ruhsal Alan	Ortalama±SS	59,7±13,6
	Ortanca (ÇAD)	62,5 (50,0-70,8)
Sosyal Alan	Ortalama±SS	62,2±20,5
	Ortanca (ÇAD)	66,7 (50,0-75,0)
Çevresel Alan	Ortalama±SS	61,9±14,1
	Ortanca (ÇAD)	61,1 (52,8-72,2)

SS: Standart sapma, ÇAD: Çeyreklikler arası dağılım.

Katılımcıların WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin alt boyutu olan bedensel alandan aldığı puan ortalaması 51,8±14,6 ve ortancası 50,0 puan, ruhsal alandan aldığı puan ortalaması 59,7±13,6 ve ortancası 62,5 puan, sosyal alandan aldığı puan ortalaması 62,2±20,5 ve ortancası 66,7, çevresel alandan aldığı puan ortalaması 61,9±14,1 ve ortancası 61,1 puan olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9'da katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. Katılımcıların cinsiyeti, yaş grubu, medeni durumu, çocuk varlığı, aynı evde yaşadıkları kişiler ve aylık hane halkı gelir düzeyi ile nomofobi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellik		Nomofobi Düzeyi						p
		Hafif		Orta		Aşırı		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	66	25,3	139	53,2	56	21,5	0,380*
	Erkek	51	31,3	82	50,3	30	18,4	
Yaş (yıl)	24-25	14	22,2	30	47,6	19	30,2	0,193*
	26-27	35	23,2	85	56,3	31	20,5	
	28-29	36	31,3	60	52,2	19	16,5	
	30 ve üzeri	32	33,7	46	48,4	17	17,9	
Medeni durum	Evli	46	32,2	68	47,5	29	20,3	0,286*
	Bekar	71	25,3	153	54,4	57	20,3	
Çocuk varlığı	Yok	106	27,3	202	51,9	81	20,8	0,633*
	Var	11	31,4	19	54,3	5	14,3	
Aynı evde yaşam	Tek başına	34	25,0	75	55,1	27	19,9	0,221*
	Anne ve/veya baba	27	32,9	38	46,4	17	20,7	
	Eş ve/veya çocuk	45	32,1	67	47,9	28	20,0	
	Ev arkadaşı	2	6,7	20	66,6	8	26,7	
	Diğer	9	25,0	21	58,3	6	16,7	
Aylık hane halkı gelir düzeyi	5000-10000 TL	4	22,2	11	61,1	3	16,7	0,441*
	10000-15000 TL	14	19,2	43	58,9	16	21,9	
	15000-20000 TL	21	21,9	57	59,3	18	18,8	
	20000-25000 TL	24	32,4	36	48,7	14	18,9	
	25000-30000 TL	15	30,6	24	49,0	10	20,4	
	30000 TL'den fazla	39	34,2	50	43,9	25	21,9	

* Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.10'da katılımcıların mesleki özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 4.10. Katılımcıların mesleki özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellik		Nomofobi Düzeyi						p
		Hafif		Orta		Aşırı		
		n	%	n	%	n	%	
Çalışılan kurum	Üniversite hastanesi	75	25,8	159	54,6	57	19,6	0,533*
	EAH	25	31,6	35	44,3	19	24,1	
	Şehir hastanesi	17	31,5	27	50,0	10	18,5	
Branş	Temel tıp	3	21,4	8	57,2	3	21,4	0,994**
	Dahili tıp	98	27,9	182	51,9	71	20,2	
	Cerrahi tıp	16	27,1	31	52,6	12	20,3	
Asistanlıkta geçirilen süre	İlk yılın içinde	38	22,2	96	56,2	37	21,6	0,008***
	İkinci yılın içinde	20	20,6	56	57,8	21	21,6	
	Üçüncü yılın içinde	30	36,6	36	43,9	16	19,5	
	Dördüncü yılın içinde	22	37,9	27	46,6	9	15,5	
	Beşinci yılın içinde	7	43,7	6	37,5	3	18,8	
Günlük bakılan hasta sayısı	Hiç	8	19,5	24	58,5	9	22,0	0,244***
	20'den az	33	24,6	73	54,5	28	20,9	
	21-50 arası	52	32,5	72	45,0	36	22,5	
	51-70 arası	18	29,0	34	54,9	10	16,1	
	71-100 arası	4	21,1	14	73,6	1	5,3	
	100'den fazla	2	25,0	4	50,0	2	25,0	
Son 1 aydaki nöbet sayısı	Hiç	25	24,5	59	57,9	18	17,6	0,409***
	5'ten az	39	39,8	38	38,8	21	21,4	
	5-10 arası	46	22,8	115	56,9	41	20,3	
	10'dan fazla	7	31,8	9	40,9	6	27,3	
Nöbet sonrası izin	Yok	54	31,4	88	51,2	30	17,4	0,178*
	Var	38	25,3	74	49,4	38	25,3	

EAH: Eğitim araştırma hastanesi

* Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

** Fisher'sExact Test kullanılmıştır.

*** Mantel-Haenszel Trend Testi kullanılmıştır.

Uzmanlık öğrencilerinin çalıştıkları kurumları, branşları, günlük baktıkları ortalama hasta sayısı, son 1 aydaki nöbet sayısı ve nöbet sonrası izin kullanma durumları ile nomofobi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Buna karşın, asistanlıkta ilk yılın içinde olanların 38'inde (%22,2) hafif düzeyde, 96'sında (%56,2) orta düzeyde, 37'sinde (%21,6) aşırı düzeyde; ikinci yılın içinde olanların 20'sinde (%20,6) hafif düzeyde, 56'sında (%57,8) orta düzeyde, 21'inde (%21,6) aşırı düzeyde; üçüncü yılın içinde olanların 30'unda (%36,6) hafif düzeyde, 36'sında (%43,9) orta düzeyde, 16'sında (%19,5) aşırı düzeyde; dördüncü yılın içinde olanları 22'sinde (%37,9) hafif düzeyde, 27'sinde (%46,6) orta düzeyde, 9'unda (%15,5) aşırı düzeyde; beşinci yılın içinde olanların ise 7'sinde (%43,7) hafif düzeyde, 6'sında (%37,5) orta düzeyde, 3'ünde (%18,8) aşırı düzeyde nomofobi olduğu saptanmıştır. Asistanlıkta geçirilen sürelerine göre araştırma görevlilerinin nomofobi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır ($p=0,008$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11'de katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 4.11. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellik		Nomofobi Düzeyi						p
		Hafif		Orta		Aşırı		
		n	%	n	%	n	%	
Sigara	Hiç kullanmayan	77	25,7	159	53,0	64	21,3	0,629*
	Bırakan	8	27,6	16	55,2	5	17,2	
	Kullanan	32	33,7	46	48,4	17	17,9	
Alkol	Hiç kullanmayan	53	25,1	111	52,6	47	22,3	0,222**
	Bırakan	6	42,9	8	57,1	0	0,0	
	Kullanan	58	29,1	102	51,3	39	19,6	

* Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

** Fisher'sExact Test kullanılmıştır.

Araştırma görevlilerinin sigara ve alkol kullanım durumları ile nomofobi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12'de katılımcıların kronik hastalık varlığına göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellik		Nomofobi Düzeyi						p
		Hafif		Orta		Aşırı		
		n	%	n	%	n	%	
Psikiyatrik olmayan hastalık varlığı	Yok	98	27,2	190	52,8	72	20,0	0,815*
	Var	19	29,7	31	48,4	14	21,9	
Psikiyatrik hastalık varlığı	Yok	106	27,6	203	52,9	75	19,5	0,457*
	Var	11	27,5	18	45,0	11	27,5	
Anksiyete bozukluğu varlığı	Yok	113	27,9	210	51,9	82	20,2	0,802*
	Var	4	21,1	11	57,9	4	21,1	

* Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

Araştırma görevlilerinin psikiyatrik olmayan kronik hastalık varlığı, psikiyatrik kronik hastalık varlığı ve anksiyete bozukluğu durumu ile nomofobi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.13'te katılımcıların akıllı telefon kullanım özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların akıllı telefon kullanım özelliklerine göre nomofobi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellik		Nomofobi Düzeyi						p
		Hafif		Orta		Aşırı		
		n	%	n	%	n	%	
Akıllı telefon kullanım süresi	5 yıldan az	1	33,3	1	33,3	1	33,4	0,252*
	5-10 yıl arası	55	25,0	119	54,1	46	20,9	
	10-15 yıl arası	50	29,2	88	51,5	33	19,3	
	15 yıldan fazla	11	36,7	13	43,3	6	20,0	
Günlük telefon kullanım süresi	1 saatten az	7	70,0	3	30,0	0	0,0	<0,001*
	1-3 saat arası	43	34,1	65	51,6	18	14,3	
	3-5 saat arası	49	26,6	99	53,8	36	19,6	
	5 saatten fazla	18	17,3	54	51,9	32	30,8	
Günlük telefon ile konuşma süresi	<15 dakika	35	33,3	52	49,6	18	17,1	0,176*
	15-30 dakika	38	24,1	88	55,6	32	20,3	
	30-60 dakika	33	28,7	57	49,6	25	21,7	
	60-90 dakika	9	24,3	21	56,8	7	18,9	
	>90 dakika	2	22,2	3	33,3	4	44,5	
En sık kullanılan telefon uygulaması	Mesajlaşma	46	28,7	86	53,8	28	17,5	0,408**
	Sosyal arkadaşlık	30	21,7	72	52,2	36	26,1	
	Video	5	26,3	11	57,9	3	15,8	
	Haber	23	33,8	35	51,5	10	14,7	
	Diğer	13	33,3	17	43,6	9	23,1	

*Mantel-Haenszel Trend Testi kullanılmıştır.

** Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların akıllı telefon kullanım süresi, günlük telefon ile konuşma süresi ve en sık kullandıkları telefon uygulaması ile nomofobi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Buna karşın, günlük telefon kullanım süresi bir saatten az olanların 7'sinde (%70) hafif düzeyde, 3'ünde (%30,0) orta düzeyde; 1-3 saat arasında olanların 43'ünde (%34,1) hafif düzeyde, 65'inde (%51,6) orta düzeyde, 18'inde (%14,3) aşırı düzeyde; 3-5 saat arasında olanların 49'unda (%26,6) hafif düzeyde, 99'unda (%53,8) orta düzeyde, 36'sında (%19,6) aşırı düzeyde; 5 saatten fazla olanların ise 18'inde (%17,3) hafif düzeyde, 54'ünde (%51,9) orta düzeyde, 32'sinde (%30,8) aşırı düzeyde nomofobi olduğu saptanmıştır. Günlük telefon kullanım süresine göre

katılımcıların nomofobi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14'te katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması ve Tablo 4.15'te gruplar arası post-hoc ikili karşılaştırmalar verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, çocuk varlığı, aynı evde yaşam ve aylık hane halkı geliri ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin bedensel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların yaş grubu, medeni durum, çocuk varlığı, aynı evde yaşam ve aylık hane halkı geliri ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin ruhsal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşın, kadınların ruhsal alan puan ortancası 58,3, erkeklerin ortancası ise 62,5 olarak bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,010$).

Katılımcıların yaş grubu, çocuk varlığı ve aylık hane halkı geliri ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin sosyal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bununla beraber, kadınların sosyal alan puan ortancası 58,3, erkeklerin ortancası ise 66,7 olarak bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Ayrıca, evli katılımcıların sosyal alan puan ortancası 66,7, bekar katılımcıların ortancası ise 58,3 olarak bulunmuştur. Medeni durumuna göre gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.14).

Evde tek başına kalanların sosyal alan puan ortancası 58,3, anne ve/veya babası kalanların 62,5, eş ve/veya çocuğu ile kalanların 66,7, ev arkadaşı ile kalanların 58,3, diğer kişilerle kalanların ise 58,3 olarak bulunmuştur. Evde kaldıkları kişiler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo 4.17). Bununla beraber, yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda; evde tek başına kalanlar ile eş ve/veya çocuklarıyla kalanlar arasında ($p=0,021$), anne ve/veya babasıyla kalanlar ile eş ve/veya çocuklarıyla kalanlar arasında ($p=0,021$) ve eş ve/veya çocuklarıyla kalanlar ile diğer kişilerle

kalanlar arasında ($p=0,037$) sosyal alan puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.15).

Katılımcıların yaş grubu, medeni durum, çocuk varlığı ve aynı evde yaşam ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin çevresel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşın, kadınların çevresel alan puan ortancası 61,1, erkeklerin ortancası ise 63,9 olarak bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,013$).

Aylık hane halkı geliri 5000-10000 TL arasında olanların çevresel alan puan ortancası 55,6, 10000-15000 TL arasında olanların 61,1, 15000-20000 TL arasında olanların 59,7, 20000-25000 TL arasında olanların 61,1, 25000-30000 TL arasında olanların 61,1 ve 30000 TL üzerinde olanların 69,4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların hane halkı geliri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$) (Tablo 4.14).

Bununla beraber, yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda; aylık hane halkı geliri 30000 TL üzerinde olanlar ile 5000-10000 TL olanlar ($p=0,006$), 10000-15000 TL olanlar ($p=0,015$), 15000-20000 TL olanlar ($p=0,002$), 20000-25000 TL olanlar ($p=0,002$) ve 25000-30000 TL olanlar ($p=0,008$) arasında çevresel alan puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.14. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellik	Bedensel Alan		Ruhsal Alan		Sosyal Alan		Çevresel Alan	
	Ortanca (Min-Maks)	p	Ortanca (Min-Maks)	p	Ortanca (Min-Maks)	p	Ortanca (Min-Maks)	p
Cinsiyet								
Kadın	50,0 (10,7-89,3)	0,116*	58,3 (16,7-95,8)	0,010*	58,3 (0,0-100,0)	0,001*	61,1 (19,4-97,2)	0,013*
Erkek	53,6 (17,9-100,0)		62,5 (25,0-87,5)		66,7 (0,0-100,0)		63,9 (22,2-91,7)	
Yaş (yıl)								
24-25	50,0 (17,9-89,3)	0,118**	58,3 (29,2-83,3)	0,292**	58,3 (8,3-100,0)	0,117**	58,3 (22,2-94,4)	0,136**
26-27	50,0 (10,7-100,0)		58,3 (25,0-95,8)		66,7 (0,0-100,0)		61,1 (19,4-97,2)	
28-29	53,6 (17,9-100,0)		62,5 (16,7-87,5)		66,7 (0,0-100,0)		63,9 (30,6-91,7)	
30 ve üzeri	53,6 (17,9-89,3)		66,7 (16,7-83,3)		66,7 (16,7-100,0)		63,9 (25,0-91,7)	
Medeni durum								
Evli	53,6 (14,3-100,0)	0,693*	62,5 (25,0-87,5)	0,124*	66,7 (16,7-100,0)	<0,001*	63,9 (25,0-91,7)	0,323*
Bekar	50,0 (10,7-100,0)		58,3 (16,7-95,8)		58,3 (0,0-100,0)		61,1 (19,4-97,2)	
Çocuk varlığı								
Yok	50,0 (10,7-100,0)	0,212*	62,5 (16,7-95,8)	0,399*	66,7 (0,0-100,0)	0,427*	61,1 (19,4-97,2)	0,513*
Var	46,4 (21,4-71,4)		62,5 (29,2-83,3)		66,7 (16,7-100,0)		61,1 (25,0-91,7)	
Aynı evde yaşam								
Tek başına	50,0 (10,7-89,3)	0,255**	58,3 (16,7-87,5)	0,126**	58,3 (0,0-100,0)	0,002**	61,1 (22,2-91,7)	0,091**
Anne ve/veya baba	55,4 (25,0-89,3)		62,5 (29,2-95,8)		62,5 (0,0-100,0)		69,4 (19,4-97,2)	
Eş ve/veya çocuk	53,6 (14,3-100,0)		62,5 (25,0-87,5)		66,7 (16,7-100,0)		63,9 (25,0-91,7)	
Ev arkadaşı	46,4 (25,0-100,0)		58,3 (25,0-83,3)		58,3 (25,0-100,0)		58,3 (33,3-86,1)	
Diğer	50,0 (17,9-75,0)		56,3 (25,0-83,3)		58,3 (8,3-100,0)		58,3 (38,9-94,4)	
Aylık hane halkı geliri								
5000-10000 TL	50,0 (17,9-82,1)	0,785**	52,1 (16,7-79,2)	0,403**	58,3 (16,7-100,0)	0,230**	55,6 (33,3-86,1)	0,003**
10000-15000 TL	53,6 (14,3-89,3)		58,3 (16,7-83,3)		58,3 (0,0-100,0)		61,1 (22,2-88,9)	
15000-20000 TL	50,0 (17,9-82,1)		58,3 (29,2-83,3)		66,7 (8,3-100,0)		59,7 (33,3-94,4)	
20000-25000 TL	50,0 (10,7-100,0)		60,4 (16,7-87,5)		62,5 (0,0-100,0)		61,1 (25,0-83,3)	
25000-30000 TL	50,0 (25,0-89,3)		58,3 (25,0-87,5)		66,7 (25,0-100,0)		61,1 (33,3-91,7)	
>30000 TL	53,6 (17,9-100,0)		64,6 (25,0-95,8)		66,7 (0,0-100,0)		69,4 (19,4-97,2)	

* Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.** Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.15. Katılımcıların aynı evde yaşadıkları kişilere ve aylık hane halkı gelirine göre WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının post-hoc karşılaştırılması

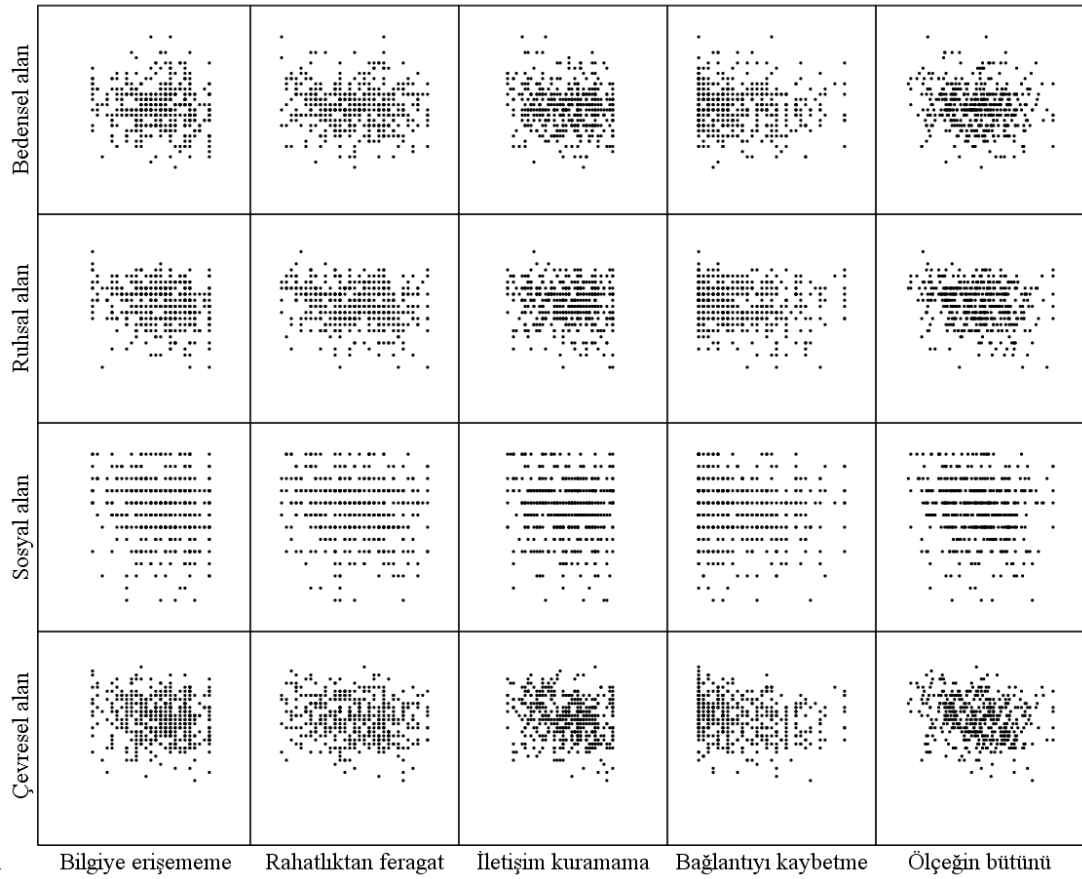
Post-hoc İkili Karşılaştırma	WHOQOL-BREF-TR Ölçeği Alt Boyutları		
	Sosyal Alan	Çevresel Alan	
Aynı evde yaşam	Tek başına - Anne ve/veya baba	0,999	-
	Tek başına - Eş ve/veya çocuk	0,021	-
	Tek başına - Ev arkadaşı	0,999	-
	Tek başına - Diğer	0,999	-
	Anne ve/veya baba - Eş ve/veya çocuk	0,021	-
	Anne ve/veya baba - Ev arkadaşı	0,999	-
	Anne ve/veya baba - Eş ve/veya çocuk Diğer	0,999	-
	Eş ve/veya çocuk - Ev arkadaşı	0,295	-
	Eş ve/veya çocuk - Diğer	0,037	-
	Ev arkadaşı - Diğer	0,999	-
Aylık hane halkı geliri	5000-10000 TL –10000-15000 TL	-	0,999
	5000-10000 TL –15000-20000 TL	-	0,999
	5000-10000 TL –20000-25000 TL	-	0,999
	5000-10000 TL –25000-30000 TL	-	0,999
	5000-10000 TL –>30000 TL	-	0,006
	10000-15000 TL – 15000-20000 TL	-	0,999
	10000-15000 TL – 20000-25000 TL	-	0,999
	10000-15000 TL –25000-30000 TL	-	0,999
	10000-15000 TL –>30000 TL	-	0,015
	15000-20000 TL – 20000-25000 TL	-	0,999
	15000-20000 TL – 25000-30000 TL	-	0,999
	15000-20000 TL – >30000 TL	-	0,002
	20000-25000 TL – 25000-30000 TL	-	0,999
	20000-25000 TL – >30000 TL	-	0,002
	25000-30000 TL – >30000 TL	-	0,008

Tablo 4.16’da WHOQOL-BREF-TR ve Nomofobi Ölçeği alt boyutlarının korelasyonu, Şekil 4.2’de ise saçılım grafikleri sunulmuştur.

Tablo 4.16. WHOQOL-BREF-TR ve Nomofobi Ölçeği alt boyutlarının korelasyonu*

		Nomofobi Ölçeği					
		Bilgiye erişememe	Rahatlıktan feragat	İletişim kuramama	Bağlantıyı kaybetme	Ölçeğin bütünü	
WHOQOL-BREF-TR Ölçeği	Bedensel Alan	R	-0,080	-0,090	-0,097	-0,097	-0,115
		<i>p</i>	0,102	0,063	0,045	0,047	0,017
		n	424	424	424	424	424
	Ruhsal Alan	R	-0,168	-0,183	-0,120	-0,144	-0,182
		<i>p</i>	0,001	<0,001	0,013	0,003	<0,001
		n	424	424	424	424	424
	Sosyal Alan	R	-0,146	-0,149	-0,072	-0,128	-0,154
		<i>p</i>	0,003	0,002	0,141	0,008	0,001
		n	424	424	424	424	424
	Çevresel Alan	R	-0,116	-0,180	-0,208	-0,209	-0,224
		<i>p</i>	0,017	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
		n	424	424	424	424	424

* Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.



Şekil 4.2. WHOQOL-BREF-TR ve Nomofobi Ölçeği alt boyutlarının saçılım grafiği

Katılımcıların nomofobi ölçeğinin alt boyutu olan bilgiye erişememe alanından aldığı puan ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin alt boyutu olan ruhsal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,168$ ve $p=0,001$); sosyal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,146$ ve $p=0,003$); çevresel alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,116$ ve $p=0,017$) korelasyon olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların nomofobi ölçeğinin alt boyutu olan rahatlıktan feragat alanından aldığı puan ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin alt boyutu olan ruhsal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,183$ ve $p<0,001$); sosyal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,149$ ve $p=0,002$); çevresel

alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,180$ ve $p=0,001$) korelasyon olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların nomofobi ölçeğinin alt boyutu olan iletişim kuramama alanından aldığı puan ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin alt boyutu olan bedensel alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,097$ ve $p=0,045$); ruhsal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,120$ ve $p=0,013$); çevresel alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,208$ ve $p<0,001$) korelasyon olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların nomofobi ölçeğinin alt boyutu olan bağlantıyı kaybetme alanından aldığı puan ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin alt boyutu olan bedensel alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,097$ ve $p=0,047$); ruhsal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,144$ ve $p=0,003$); sosyal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,128$ ve $p=0,008$); çevresel alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,209$ ve $p<0,001$) korelasyon olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların nomofobi ölçeğinin bütününden aldığı puan ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin alt boyutu olan bedensel alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,115$ ve $p=0,017$); ruhsal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,182$ ve $p<0,001$); sosyal alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,154$ ve $p=0,001$); çevresel alandan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü ($R=-0,224$ ve $p<0,001$) korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16 ve Şekil 4.2).

Tablo 4.17’de katılımcıların nomofobi düzeylerine göre WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı Tablo 4.18’de ise post-hoc ikili grup karşılaştırmaları sunulmuştur.

Tablo 4.17. Katılımcıların nomofobi düzeylerine göre WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı

		Nomofobi Düzeyi			p*	
		Hafif	Orta	Aşırı		
WHOQOL-BREF-TR Ölçeği	Bedensel Alan	Ortalama±SS	55,5±14,6	50,3±14,5	50,8±14,0	0,004
		Ortanca (ÇAD)	57,1 (46,4-64,3)	50,0 (39,3-58,9)	50,0 (42,0-60,7)	
	Ruhsal Alan	Ortalama±SS	63,7±12,6	59,0±13,1	56,1±15,1	0,001
		Ortanca (ÇAD)	66,7 (58,3-70,8)	58,3 (50,0-70,8)	58,3 (45,8-66,7)	
	Sosyal Alan	Ortalama±SS	66,8±20,7	61,0±19,8	59,1±21,4	0,008
		Ortanca (ÇAD)	66,7 (58,3-83,3)	58,3 (50,0-75,0)	62,5 (47,9-75,0)	
	Çevresel Alan	Ortalama±SS	67,0±13,8	60,3±13,8	58,9±13,8	<0,001
		Ortanca (ÇAD)	69,4 (58,3-77,8)	61,1 (50,0-69,4)	58,3 (47,2-69,4)	

* Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.18. Katılımcıların nomofobi düzeylerine göre WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutlarının puanlarının post-hoc karşılaştırması

		Nomofobi Düzeyine Göre Post-hoc İkili Karşılaştırma		
		Hafif-Orta	Hafif-Aşırı	Orta-Aşırı
WHOQOL-BREF-TR Ölçeği	Bedensel Alan	0,004	0,021	0,999
	Ruhsal Alan	0,006	0,001	0,687
	Sosyal Alan	0,015	0,026	0,999
	Çevresel Alan	<0,001	<0,001	0,999

Katılımcıların nomofobi ölçeği puanlarına göre hesaplanan düzeylerine göre, hafif düzeyde nomofobisi olanların WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutu olan bedensel alan puan ortalaması 55,5±14,6 ve ortancası 57,1 puan, orta düzeyde nomofobisi olanların ortalaması 50,3±14,5 ve ortancası 50,0 puan, aşırı düzeyde nomofobisi olanların ise ortalaması 50,8±14,0 ve ortancası 50,0 puan olarak saptanmıştır. Nomofobi düzeyine göre gruplar arasında bedensel alan puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,004) (Tablo 4.17). Post-hoc gruplar arası ikili karşılaştırmada, hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile orta düzey nomofobisi olanların ve hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile aşırı düzey

nomofobisi olanların bedensel alan puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0,004$ ve $p=0,021$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların nomofobi ölçeği puanlarına göre hesaplanan düzeylerine göre, hafif düzeyde nomofobisi olanların WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutu olan ruhsal alan puan ortalaması $63,7\pm 12,6$ ve ortancası 66,7 puan, orta düzeyde nomofobisi olanların ortalaması $59,0\pm 13,1$ ve ortancası 58,3 puan, aşırı düzeyde nomofobisi olanların ise ortalaması $56,1\pm 15,1$ ve ortancası 58,3 puan olarak saptanmıştır. Nomofobi düzeyine göre gruplar arasında ruhsal alan puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 4.17). Post-hoc gruplar arası ikili karşılaştırmada, hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile orta düzey nomofobisi olanların ve hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile aşırı düzey nomofobisi olanların ruhsal alan puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0,006$ ve $p=0,001$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların nomofobi ölçeği puanlarına göre hesaplanan düzeylerine göre, hafif düzeyde nomofobisi olanların WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutu olan sosyal alan puan ortalaması $66,8\pm 20,7$ ve ortancası 66,7 puan, orta düzeyde nomofobisi olanların ortalaması $61,0\pm 19,8$ ve ortancası 58,3 puan, aşırı düzeyde nomofobisi olanların ise ortalaması $59,1\pm 21,4$ ve ortancası 62,5 puan olarak saptanmıştır. Nomofobi düzeyine göre gruplar arasında sosyal alan puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,008$) (Tablo 4.17). Post-hoc gruplar arası ikili karşılaştırmada, hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile orta düzey nomofobisi olanların ve hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile aşırı düzey nomofobisi olanların sosyal alan puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0,015$ ve $p=0,026$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların nomofobi ölçeği puanlarına göre hesaplanan düzeylerine göre, hafif düzeyde nomofobisi olanların WHOQOL-BREF-TR Ölçeği alt boyutu olan çevresel alan puan ortalaması $67,0\pm 13,8$ ve ortancası 69,4 puan, orta düzeyde nomofobisi olanların ortalaması $60,3\pm 13,8$ ve ortancası 61,1 puan, aşırı düzeyde nomofobisi olanların ise ortalaması $58,9\pm 13,8$ ve ortancası 58,3 puan olarak saptanmıştır. Nomofobi düzeyine göre gruplar arasında çevresel alan puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.17). Post-hoc

gruplar arası ikili karşılaştırmada, hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile orta düzey nomofobisi olanların ve hafif düzeyde nomofobisi olanlar ile aşırı düzey nomofobisi olanların çevresel alan puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0,001$ ve $p<0,001$) (Tablo 4.18).

5. TARTIŞMA

Nomofobi terimi ilk kez 2008 yılında kullanılmasına rağmen günümüz modern fobilerinden birini oluşturduğu kabul edilmektedir [60]. Nomofobi teknolojik gelişimin sonucunda doğmuş olan kısaca akıllı telefonlardan uzak kalma korkusu veya ulaşılamama korkusu olarak tanımlanmaktadır [1]. Akıllı telefonların aşırı kullanımı ve neden olduğu olumsuz sonuçlar giderek artan şekilde bilimsel ilginin nomofobi kavramına yoğunlaşılmasına yol açmıştır[131, 132]. Bazı çalışmalar; akıllı telefon kullanıcılarındaki nomofobi oranı ve neden olduğu sağlık sonuçlarının bir epidemik salgın olarak tanımlanabileceğini vurgulamaktadır [17, 60]. Tüm bu veriler akıllı telefon aşırı kullanımının günümüz halk sağlığı problemlerinden birini oluşturduğu ve etkin halk sağlığını koruyucu stratejiler gerektirdiğini düşündürmektedir [133].

Yapılan çalışmalar genç yetişkinlerde nomofobi sıklığının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğunu göstermektedir. Genç yetişkinlerin teknolojik yenilikleri kullanmaya diğer yaş gruplarından daha eğilimli olmaları nomofobinin bu yaş grubunda daha sık olmasını açıkladığı düşünülmektedir [134, 135]. Bu çalışmada genç yetişkin yaş grubunda yer alan özel bir grupta, tıpta uzmanlık öğrencileri grubunda nomofobi sıklığı ile birlikte yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldı. Bu değerlendirmeler ışığında nomofobi düzeyi ile yaşam kalitesi alt belirleyicileri olan psikolojik ve fiziksel sağlık durumları, sosyal ve çevresel etkileşimleri arasındaki ilişki varlığı araştırıldı.

Katılımcıların temel özellikleri sunulduktan sonra çalışma amacımız doğrultusunda tıpta uzmanlık öğrencilerinin akıllı telefon kullanım özellikleri belirlendi. Nomofobi ölçeği ile katılımcıların nomofobi durumları saptandı. Nomofobi düzeylerine göre tıpta uzmanlık öğrencileri 3 gruba (hafif, orta ve aşırı nomofobi) ayrıldı. Sonrasında nomofobi düzeyi ile ilişkili olan faktörler, nomofobi düzeyi ile yaşam kalitesi karşılaştırmaları, korelasyonu analizleri yapıldı. Çalışma verilerimiz ışığında nomofobi ilişkili risk faktörleri belirlenerek, yaşam kalitesi verileri ile koruyucu davranışlarının saptanması, problemleri telefon kullanımı ve

nomofobi ile mücadelede yol haritamız belirleyecek yaklaşımların tartışılması sağlandı.

Nomofobi prevalansının öğrencilerde ve genç yetişkinlerde ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği, benzer şekilde nomofobi düzeyinin de çalışılan popülasyonun özelliklerine göre farklılaştığı bildirilmektedir. Qutishat ve arkadaşları tarafından Umman'da, üniversite öğrencilerinde yürütülen bir çalışmada nomofobi prevalansı %99,33 olarak bulunmuş, öğrencilerin çoğunluğunda orta düzey nomofobi seviyesi olduğu belirtilmiştir[136]. Bajaj ve arkadaşları tarafından Hindistan'da yine üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada da nomofobi %99,7 oranında saptanmış, öğrencilerin %59,9'unda orta düzeyi nomofobi saptanırken, üçte birinde ciddi nomofobi düzeyi tespit edilmiştir[137]. Hassan ve arkadaşları tarafından Suudi Arabistan'da sağlık bilimleri öğrencilerinde yapılan çalışmada nomofobi prevalansı %85,3 olarak bulunmuş, öğrencilerin %63,2'sinde hafif nomofobi %22,1'inde ise ciddi nomofobi tespit edilmiştir[138].

Apak ve Yaman tarafından ülkemizde yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinin %41'inde nomofobi tespit edilmiştir[139]. Gürbüz ve Özkan tarafından ülkemizde genç insanlarda nomofobi düzeyini araştırdıkları çalışmada hafif, orta ve ciddi nomofobi düzeyini sırası ile %20,0, %71,5 ve %8,5 olarak bildirmiştir [78]. Bizim çalışmamızda katılımcıların %27,6'sının hafif düzeyde, %52,1'inin orta düzeyde ve %20,3'ünün aşırı düzeyde nomofobik olduğu saptanmıştır. Genç katılımcılar ile yürütülen, eğitim ve sosyal nedenler ile uzun süreli ve yoğun cep telefonu kullanan çalışma grubumuzda; literatürde birçok çalışmada ifade edildiği üzere katılımcıların tamamında farklı düzeylerde nomofobi belirtileri olduğu görüldü.

Sezer ve Çiftçi tarafından tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin nomofobi skoru ortalaması 75,58 olarak bulunmuştur ve öğrencilerin büyük bir bölümünün orta düzey nomofobik olduğu belirtilmiştir [140]. Benzer şekilde bizim çalışmamızda nomofobi skoru ortalaması 78,1 olarak saptanmış ve uzmanlık öğrencilerinin yarıdan fazlasında orta düzey nomofobi olduğu gözlenmiştir. Yükseköğretim, lisans ve lisansüstü öğrencileri içeren, diğer bir ifade ile gençlerde ve genç yetişkinlerde yapılan birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda

katılımcıların tamamında farklı düzeyde nomofobi olduğu ve en az yarısında orta düzey ve üzerinde nomofobi belirtileri bulunduğu verisi desteklenmiştir.

Çalışma gruplarına göre nomofobi oranlarının %15,2 ile %99,7 arasında değiştiği, nomofobi sıklığının en önemli belirleyicilerinin ise genç yaş, günlük akıllı telefon kullanım süresi ve akıllı telefona sahip olunan yıl olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar ise cinsiyetin nomofobi sıklığında belirleyici olabildiğini rapor etmekte, bazı çalışmalarda kadınlarda bazı çalışmalarda ise erkeklerde daha yüksek olduğunu bildirmektedir [134, 135]. Sonuçlarımızın da gösterdiği üzere gençlerde nomofobi oranları oldukça yüksek saptanmaktadır[1]. Cinsiyetin bazı çalışmalar ile hem nomofobi sıklığında hem de nomofobi düzeyinde belirleyici olabildiği belirtilmektedir. Bir çalışmada akıllı telefon teknolojisinin erkeklerde bağımsızlık duygusunu artırdığı, kadınların ise başta arkadaşları ve aileleri ile iletişimi ve ayrıca sosyal ağlara katılımı sağladığını düşündükleri saptanmıştır [63]. Kanmani ve arkadaşlarının genç yetişkinlerde yürüttüğü çalışmada kadınlarda nomofobi oranının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir [72].

Alahmari ve arkadaşlarının sağlık bilimleri öğrencilerinde yürüttüğü çalışmada kız öğrencilerde ciddi nomofobi oranının erkeklerden daha yüksek olduğu ifade edilmiştir[141].

Demir tarafından üniversite öğrencilerinde yürütülen çalışmada cinsiyete (kadınlarda daha yüksek nomofobi skoru), eğitim alınan bölüme göre nomofobi oranlarının değiştiği, nomofobi olanlar ile olmayanlarda ortalama başarı notunun farklılaştığı belirtilmiştir[142]. Aynı çalışmada günlük aşırı cep telefonu kullanımı, uyku öncesi cep telefonu kullanımı ve uyku sırasında ulaşabilecek şekilde cep telefonu bulundurmanın nomofobik davranışlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Sezer ve Atılgan tarafından ülkemizde tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada nomofobi düzeyi ile cinsiyet, sınıf düzeyi ve birlikte yaşanan kişi değişkenleri arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte nomofobi düzeyi ile yaş, akademik başarı, kaldığı yer ve şarj cihazı taşıma arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir [140].

Bizim çalışmamızda katılımcıların tümünün farklı düzeylerde nomofobik olduğu için katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile nomofobi sıklığı karşılaştırılmaları yapılamadı. Bununla birlikte katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile nomofobi düzeylerinin değişkenlik gösterip göstermediği araştırıldı. Bu karşılaştırmalar da; cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, çocuk varlığı, aynı evde yaşadıkları kişiler ve aylık hane halkı gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikler ile nomofobi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gösterildi. Benzer şekilde asistanlıkta geçirilen süre dışında diğer mesleki özellikler (çalışılan kurum, branş, hasta sayısı ve nöbet durumu) ile nomofobi düzeyleri arasında da ilişki gösterilemedi.

Çalışmamızda 1. yıl asistanları ile 5. yıl asistanları karşılaştırıldığında; asistanlık süresinin sonundaki uzmanlık öğrencilerinin nerede ise yarısının hafif nomofobi düzeyine sahip olduğu, ilk yıl asistanlarının ise orta ve aşırı nomofobi olanların % 80'ini oluşturduğu saptandı. Asistanlıkta kıdem arttıkça hafif nomofobi olanların oranı artmakta, orta ve aşırı nomofobi olanların oranı azalmaktadır. Tıpta uzmanlık öğrencileri için öğrencilikten meslek hayatına geçişin ilk dönemi olan asistanlık eğitiminin ilk yılında, mesleki stresle birlikte yeni bir ortamın neden olduğu stresin nomofobi şiddetinin en önemli belirleyicilerden biri olan problemlili akıllı telefon kullanımı oranlarını artırabileceği, bunun sonucunda da nomofobi düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünüldü. Diğer bir ifade ile mesleki deneyim; hem mesleki stresin hem de çevresel stres faktörlerinin daha başarılı şekilde kontrol edilebilmesini sağlamakta, beraberinde problemlili akıllı telefon kullanımı oranlarının da azalmasını ve daha düşük düzey nomofobi düzeylerinin görülmesini sağlamaktadır. Bu durum yaşın ilerlemesine de bağlı olabilir.

Nomofobik kişilerin günlük akıllı telefon kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğu, telefonlarını asla kapatmadıkları hatta uyku zamanlarında da telefonlarını yanı başlarında bulundurdukları bildirilmektedir [143]. Marthandappa ve arkadaşlarının tıp öğrencilerinde yaptıkları çalışmada nomofobi prevalansının diğer öğrencilerden daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmada internete ulaşabilme, kullanılan uygulama sayısı ve akıllı telefonda geçen süre nomofobinin önemli belirleyicileri olduğu belirtilmiştir [21]. Hassan ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada günde 2 saatin üzerinde akıllı telefonda zaman geçirmenin nomofobi prevalansını arttırdığı gösterilmiştir [138].

Alahmari ve arkadaşları tarafından sağlık bilimleri öğrencilerinde yürüttüğü çalışmada nomofobi ile ilişkili faktörler; daha büyük yaş, internete ulaşım kolaylığı ve yoğun günlük akıllı telefon kullanımını olarak bulunmuştur [141]. Aynı çalışmada 4 saat veya daha fazla akıllı telefon kullanan öğrencilerin ciddi nomofobi belirtileri gösterdiği belirtilmiştir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların 3'te 2'sinden fazlasının günde 3 saat ve daha üzerinde akıllı telefon kullanan kişilerden oluştuğu gözlenmiştir. Yapılan analizler ile günlük telefon kullanım süresine göre katılımcıların nomofobi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır. Günlük kullanım süresi 1 saat ve altında olan kişilerde aşırı nomofobi olarak değerlendirilecek puan alan kişi sayısının olmadığı gözlemlendi. Bununla birlikte günlük kullanım süresi arttıkça aşırı nomofobi kişi oranlarının belirgin şekilde arttığı, benzer artışın orta nomofobi saptanan kişi oranlarında da gözlemlendiği belirlendi. Sonuç olarak nomofobik belirtiler için en önemli davranış özelliklerinden biri olarak belirtilen günlük kullanım süresinin nomofobi düzeyini belirgin şekilde artırdığı bizim çalışmamız ile de desteklenmiştir.

Yapılan çalışmalar nomofobinin kişilerin fiziksel sağlıkları üzerine olumsuz etkileri olduğunu bildirmektedir. Problemlili ve aşırı akıllı telefon kullanımı kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açmaktadır [144-146]. Khan ve arkadaşları sağlık alanındaki üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada nomofobi skoru ile boyun disabilite indeksi puanlarının pozitif yönde ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir [144]. Ahmed ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasının boyun ağrısı, omuz ağrısı ve bilek ağrısı şikayetleri olduğunu ifade etmiştir [147]. Chandak ve arkadaşları lisans üstü sağlık alanı öğrencilerinin çoğunluğunda yorgunluk, baş ağrısı, uyku problemi, bilek ağrısı, omuz ve boyun ağrısı şikayetlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada nomofobik öğrencilerde ifade edilen fiziksel belirtilerin nomofobik olmayan öğrencilerden belirgin şekilde daha fazla olduğu rapor edilmiştir [148].

Bizim çalışmamızda tıpta uzmanlık öğrencilerinin WHOQOL-BREF-TR Ölçeği bedensel alandan aldığı puan ortalaması 51,8 olarak saptanmış, diğer 3 alandan daha düşük olduğu gözlenmiştir. Nomofobi düzeyi ile bedensel alan yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında; hafif nomofobi olanlarda bedensel alan yaşam kalitesi puanlarının orta ve aşırı nomofobi düzeyi olanlardan istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Nomofobi grupları ikili karşılaştırmalarında da, hafif grup ile karşılaştırıldığında orta ve aşırı nomofobi gruplarının bedensel alan puan ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktür. Çalışma verilerimiz literatür ile uyumlu olarak orta ve aşırı nomofobiklerde bedensel alan yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

Akıllı telefonlar günlük hayatımıza birçok kolaylık sağlamakta ve temel ihtiyaçlarımızın karşılanmasında yararlı olmaktadır. Bununla birlikte problemleri kullanımda çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Literatürde genç kullanıcılarda artan kullanımın psikolojik rahatsızlıklara yol açabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur.[149, 150]. Chethana ve arkadaşları tarafından lisans öğrencilerinde yürütülen çalışmada sağlık lisans öğrencilerinde nomofobi prevalansının en yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada nomofobinin yalnızlık duygusu ile pozitif yönde, mutluluk ve kendine güven ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur[151]. Goncalves ve arkadaşlarının gençlerde yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanlarda, ailesi ve arkadaşları ile daha iyi ilişki kuranlarda nomofobik belirtilerin daha az görüldüğü bulunmuştur[149]. Veerapu ve arkadaşlarının sağlık lisans öğrencilerinde yaptıkları çalışmada uyku bozuklukları ve anksiyete ile nomofobi arasında pozitif yönlü ilişki rapor edilmiştir [152]. Ayar ve arkadaşlarının ülkemizde lisans hemşire öğrencilerinde yaptıkları çalışmada nomofobi ile problemleri internet kullanımı, sosyal anksiyete ve sosyal medya bağımlılığı arasında güçlü pozitif yönlü bir ilişki gösterilmiştir[153].

Sunulan çalışmada katılımcıların nomofobi düzeyi ile WHOQOL-BREF-TR Ölçeği ruhsal alan alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel anlamlı şekilde farklı olduğu gösterildi. Nomofobi düzeyi arttıkça ruhsal alan puan ortalamaları belirgin şekilde düşmektedir (hafif, orta ve aşırı nomofobi ruhsal alan puan ortalamaları sırası ile 63,7, 59,0 ve 56,1). Ayrıca nomofobi grupları ikili karşılaştırmalarında da, hafif

grup ile karşılaştırıldığında orta ve aşırı nomofobi gruplarının ruhsal alan puan ortalamalarının düşük olduğu gösterilmiştir.

Kişilerin ruhsal veya psikolojik sağlıkları sosyal ve çevresel alan yaşam kalitesini de etkilemektedir. Çalışmamız ruhsal alan alt boyutu ile benzer şekilde WHOQOL-BREF-TR ölçeği sosyal alan ve çevresel alan puanlarının nomofobi düzeylerine göre anlamlı şekilde farklılaştığını göstermektedir. Hafif nomofobi den aşırı nomofobiye doğru her iki alanda da belirgin şekilde azalmakta, ikili karşılaştırmalarda, hafif grup ile karşılaştırıldığında orta ve aşırı nomofobi gruplarının sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir. Sonuç olarak bedensel sağlık ile birlikte ruhsal veya psikolojik sağlık kişilerin total yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu bakış açısı ile çalışmamız; nomofobinin yaşam kalitesini etkilediği, ayrıca nomofobi düzeyindeki artış ile yaşam kalitesinin olumsuz yönde daha fazla etkileneceğini desteklemektedir.

Sharma ve arkadaşlarının adolesanlarda yaptıkları çalışmada nomofobi ile depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ilişkisi araştırılmıştır [154]. Bu çalışmada yaşam kalitesi değerlendirmesi için SF-36 kullanılmış, nomofobi skoru ile SF-36 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Yazarlar bu çalışma sonucunda nomofobinin yeni ortaya çıkan bir mental sağlık problemi olduğunu, depresyon, anksiyete ve kötü yaşam kalitesi ile güçlü bir ilişkisi olduğunu vurgulamıştır. Problemlili akıllı telefon kullanımı ve nomofobi; stres, yorgunluk, anksiyete, konsantrasyon bozukluğu ve uyku bozuklukları gibi yaşam kalitesini doğrudan etkileyen sorunlara yol açmaktadır [155]. Yapılan bir çalışmada sınırlı akıllı telefon kullanımının daha iyi mental sağlık ve daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [156]. Bizim çalışmamızda nomofobi skoru ile WHOQOL-BREF-TR ölçeği 4 alt alan skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki gösterilmiştir. Diğer bir ifade ile nomofobi düzeyi arttıkça tüm alt yaşam kalitesi alanlarında daha kötü yaşam kalitesi skorları elde edilmiştir. Sonuç olarak genç yetişkin yaş grubunda yer alan, teknolojik gelişmeleri yakından takip eden, iletişim teknolojisindeki yenilikleri iş ve sosyal amaçlarla yoğun kullanan tıpta uzmanlık öğrencilerinde de nomofobi yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi skorları tüm alt boyutlarında erkeklerde daha yüksek skorlar elde edilmiş, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Evli olanların tüm yaşam kalitesi alt boyutlarında daha yüksek skorlar aldığı, sadece sosyal alan alt boyutunda bu farklılığın anlamlı düzeyde olduğu tespit edildi. Evde tek başına yaşayanların tüm yaşam kalitesi alt skorlarının daha düşük olduğu, bu farklılığın yine sosyal alan boyutunda anlamlı düzeyde olduğu gözlemlendi. Tüm bu gözlemler ışığında problemleri telefon kullanımı başta olmak üzere, bağımlılık ve nomofobi ile mücadelede; eş, aile üyelerinden biri veya ev arkadaşı ile birlikte yaşamın önemli bir avantaj oluşturduğunu düşünmekteyiz. Bağımlılık ve nomofobi gelişiminin önlenmesinde kişilerin iş dışında kalan zamanlarının önemli bir bölümünü geçirdikleri evlerinde veya yaşam alanlarında yalnız kalmamaları sanal ortamda daha az zaman geçirmelerine ve gerçek kişiler ile daha fazla paylaşımda bulunmalarını sağlayabilir. Güvenli bir ortamda, eş, aile veya ev arkadaşı gerçek paylaşımları, öğrencilikten iş ortamına geçişin veya iş hayatının neden olduğu stresin kontrolünde ve başa çıkılmasında etkin bir rol oynayarak, her türlü problemleri davranışın ve bağımlılığın önlenmesine, yaşam kalitesindeki artış ile birlikte akademik başarının ve sosyal hayata uyumun sağlanmasında rol alacağını düşünmekteyiz.

Nomofobi özellikle adolesan dönemden başlayarak genç yetişkin yaş grubuna kadar olan kişilerde fiziksel, ruhsal ve psikolojik problemlere yol açabilen günümüz teknoloji çağının en önemli fobilerinden birini oluşturmaktadır. Aşırı ve problemleri akıllı telefon kullanımı, bunun sonucunda oluşan bağımlılık ve farklı düzeylerdeki nomofobi kişilerin yaşam kalitesini doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Sosyal iletişim güçlüğü, endişe, uyku problemleri gibi telefon bağımlılığı ve nomofobinin neden olduğu erken dönem belirtilerin süreklilik arz etmesi durumunda gençlerin hem akademik başarılarını ve hem de toplumun genel sağlığını olumsuz etkileyecektir.

Bu çalışmada aşırı cep telefonu kullanımının nomofobi ciddiyetinde önemli bir etken olduğu gösterildi. Nomofobi skoru ile yaşam kalitesi skoru arasında negatif yönlü ilişki olduğu, nomofobi düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptandı. Bu konunun önemli bir toplum sağlığını tehdit edici unsur olduğunun

özellikle gençler ve genç erişkinler ile paylaşılması, güvenli bir yaşam ortamında eş, aile veya ev arkadaşları ile kurulan gerçek paylaşımların koruyucu rolünün öneminin tüm topluma anlatılması önem arz etmektedir. Bu konuda yapılacak daha kapsamlı akademik çalışmalara, adolesan dönemden başlayarak tüm topluma koruyucu davranış özelliklerinin anlatılmasını sağlayacak sosyal sorumluluk projelerine gereksinim söz konusudur. Toplum temelli hizmet sunan aile hekimliği klinik pratiğinde, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir yer tuttuğu göz önüne alındığında, belirtilen hedeflere yönelik müdahalelerde aile hekimleri ve aile hekimliği çalışanlarının olması gerekmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Öncelikle bu çalışma katılımcıların bilgileri ve ölçek skorları sosyal medya platformları üzerinden kendileri tarafından doldurulan anket formları ile elde edilmiş kesitsel bir çalışmadır. Sorularda yanlış anlaşılma durumu söz konusu olabilir.

Çalışma tek bir ilde yapıldığı için topluma genellenemez.

COVID -19 pandemisi döneminde yürütüldüğü için tüm toplumun yaşam kalitesini özellikle de sağlık çalışanlarının hayatını olumsuz etkileyen faktörler mevcuttu.

Özellikle nöbet ve icap durumlarında telefon daha fazla kullanılacağı için telefon kullanma süreleri buna bağlı artış gösterebilmektedir.

Çalışmanın Üstün Yönleri:

Çalışmamızda Ankara ilinin tamamında farklı branşlardaki asistanlara ulaşılmıştır. Ankara, asistan hekim sayısının en fazla olduğu iller arasındadır. Çeşitlilik maksimum düzeyde sağlanmaya çalışılmıştır.

Tıp alanındaki uzmanlık öğrencileri ile nomofobi konusunda yapılmış herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Nomofobi ve yaşam kalitesini birlikte değerlendiren herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma görevlilerinin üçte ikisinden fazlasında 10 yıldan daha uzun süredir akıllı telefon kullanımı ve günlük 3 saatten fazla akıllı telefon kullanımı mevcut iken, %90'a yakını günlük 1 saate kadar telefon ile konuşmaktadır. En sık kullandıkları uygulamalar ise mesajlaşma, sosyal arkadaşlık ve video uygulamalarıdır.

Asistanların 117'sinde (%27,6) hafif düzeyde, 221'inde (%52,1) orta düzeyde, 86'sında (%20,3) aşırı düzeyde nomofobi olduğu saptanmışken, WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin alt boyutu olan bedensel alandan aldığı puan ortancası 50,0 puan, ruhsal alandan aldığı puan ortancası 62,5 puan, sosyal alandan aldığı puan ortancası 66,7, çevresel alandan aldığı puan ortancası 61,1 puan olarak hesaplanmıştır.

Uzmanlık öğrencilerinin asistanlıkta geçirdikleri süre arttıkça orta ve aşırı düzeyde nomofobi riskleri azalmaktadır. Benzer şekilde, günlük telefon kullanım süresi arttıkça orta ve aşırı düzeyde nomofobi riskleri artmaktadır. Ayrıca, orta ve aşırı düzeyde nomofobisi olanların yaşam kalitesi düzeyleri, hafif düzeyde nomofobisi olanlara göre daha düşük seviyededir.

WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında, erkeklerin ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan yaşam kalitesi düzeyleri kadınlara göre; evlilerin sosyal alan yaşam kalitesi bekarlara göre daha yüksektir. Ayrıca, evde eş ve/veya çocukları ile yaşayanların sosyal alan yaşam kalitesi düzeyleri tek başına yaşayanlara, anne ve/veya baba ile yaşayanlara ve diğer kişilerle yaşayanlara göre daha yüksektir. Son olarak, aylık hane halkı geliri 30000 TL üzerinde olanların çevresel alan yaşam kalitesi düzeyi hane halkı geliri daha aşağıda olan tüm gelir gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Problemlili akıllı telefon kullanımı veya yoğun kullanım olarak ifade edebileceğimiz günlük belirli bir saatin üzerinde kullanım nomofobinin ve şiddetinin en önemli belirleyicisidir. Aşırı kullanım nedenlerinin belirlenmesini amaçlayan çalışmalar planlanmalı, kişilerin ruhsal, psikolojik ve bedensel özellikleri ve beklentileri göz önünde bulundurularak, özellikle gençlerin akıllı telefonlar ile

geçirdiği zamanı azaltabilecek fiziksel, sosyal ve kültürel aktivitelere yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

Genç yetişkinlerin öğrencilikten iş hayatına geçişte karşılaştığı stres, yeni bir ortamın neden olduğu yalnızlık duygusu gibi durumların problemleri telefon kullanımı, bağımlılık ve nomofobi riski taşıdığı görülmektedir. Bu kişilere yönelik karşılaştıkları stres ve zorluklar ile başa çıkabilmesinde yardımcı olacak mesleki uyum eğitimleri, sosyal etkinlikler ve gerektiğinde psikolojik destek çalışmaları yürütülmelidir.

Yalnızlık veya yalnızlık duygusu problemleri davranış özellikleri ve bağımlılık için önemli bir risk faktörüdür. Güvenli bir ortamda, eş, aile veya ev arkadaşları ile gerçek paylaşımlar; öğrencilikten iş ortamına geçişin veya iş hayatının neden olduğu stresin kontrolünde ve başa çıkılmasında etkin bir rol oynayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Notara, V., E. Vagka, C. Gnardellis, and A. Lagiou, The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study. *Addict Health*, 2021. 13(2): p. 120-136.
2. Bragazzi, N.L. and G. Del Puente, A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychol Res Behav Manag*, 2014. 7: p. 155-60.
3. Osorio-Molina, C., M.B. Martos-Cabrera, M.J. Membrive-Jimenez, K. Vargas-Roman, N. Suleiman-Martos, E. Ortega-Campos, and J.L. Gomez-Urquiza, Smartphone addiction, risk factors and its adverse effects in nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*, 2021. 98: p. 104741.
4. Alwafi, H., A.Y. Naser, A.M. Aldhahir, A.I. Fatani, R.A. Alharbi, K.G. Alharbi, B.A. Almutwakkil, E. Salawati, R. Ekram, M. Samannodi, M.A. Almatrafi, W. Rammal, H. Assaggaf, J.T. Qedair, A.A. Al Qurashi, and A. Alqurashi, Prevalence and predictors of nomophobia among the general population in two middle eastern countries. *BMC Psychiatry*, 2022. 22(1): p. 520.
5. Rodríguez-García, A.M., A.J. Moreno-Guerrero, and J. López Belmonte, Nomophobia: An individual's growing fear of being without a smartphone: A systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17(2): p. 580.
6. King, A.L., A.M. Valença, A.C. Silva, F. Sancassiani, S. Machado, and A.E. Nardi, "Nomophobia": Impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2014. 10: p. 28-35.
7. León-Mejía, A.C., M. Gutiérrez-Ortega, I. Serrano-Pintado, and J. González-Cabrera, A systematic review on nomophobia prevalence: Surfacing results and standard guidelines for future research. *PLoS One*, 2021. 16(5): p. e0250509.
8. Galhardo, A., D. Loureiro, I. Massano-Cardoso, and M. Cunha, Adaptation of the European Portuguese Version of the Nomophobia Questionnaire for Adolescents, Factor Structure and Psychometric Properties. *Int J Ment Health Addict*, 2022: p. 1-18.
9. Yıldız Durak, H., What would you do without your smartphone? Adolescents' social media usage, locus of control, and loneliness as a predictor of nomophobia. 2018.
10. AlMarzooqi, M.A., O.A. Alhaj, M.M. Alrasheed, M. Helmy, K. Trabelsi, A. Ebrahim, S. Hattab, H.A. Jahrami, and H. Ben Saad, Symptoms of Nomophobia, Psychological Aspects, Insomnia and Physical Activity: A

- Cross-Sectional Study of ESports Players in Saudi Arabia. *Healthcare (Basel)*, 2022. 10(2).
11. Gezgin, D.M., O. Cakir, and S. Yildirim, The relationship between levels of nomophobia prevalence and internet addiction among high school students: The factors influencing Nomophobia. *International Journal of Research in Education and Science*, 2018. 4(1): p. 215-225.
 12. Sirakaya, M., Examination of associate students' nomophobia levels according to smart phone use. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*, 2018. 14(2): p. 714-727.
 13. Mendoza, J.S., B.C. Pody, S. Lee, M. Kim, and I.M. McDonough, The effect of cellphones on attention and learning: The influences of time, distraction, and nomophobia. *Computers in Human Behavior*, 2018. 86: p. 52-60.
 14. Kara, M., K. Baytemir, and F. IncemanKara, Duration of daily smartphone usage as an antecedent of nomophobia: Exploring multiple mediation of loneliness and anxiety. *Behaviour & Information Technology*, 2021. 40(1): p. 85-98.
 15. Throuvala, M.A., M.D. Griffiths, M. Rennoldson, and D.J. Kuss, Mind over matter: Testing the efficacy of an online randomized controlled trial to reduce distraction from smartphone use. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17(13): p. 4842.
 16. Rozgonjuk, D., K. Saal, and K. Täht, Problematic smartphone use, deep and surface approaches to learning, and social media use in lectures. *Int J Environ Res Public Health*, 2018. 15(1): p. 92.
 17. Zou, Z., H. Wang, F. d'Oleire Uquillas, X. Wang, J. Ding, and H. Chen, Definition of substance and non-substance addiction. *Adv Exp Med Biol*, 2017. 1010: p. 21-41.
 18. Rathakrishnan, B., S.S. Bikar Singh, M.R. Kamaluddin, A. Yahaya, M.A. Mohd Nasir, F. Ibrahim, and Z. Ab Rahman, Smartphone addiction and sleep quality on academic performance of university students: An exploratory research. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. 18(16): p. 8291.
 19. Demirci, K., M. Akgönül, and A. Akpınar, Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict*, 2015. 4(2): p. 85-92.
 20. Sezer, B. and B.A. ÇİFTÇİ, The dark side of smartphone usage (Nomophobia): Do we need to worry about it? *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2019. 18(54): p. 30-43.
 21. Marthandappa, S.C., S.V. Sajjan, and B. Raghavendra, A Study of Prevalence and Determinants of Nomophobia (No Mobile Phobia) among Medical Students of Ballari: A Southern District of India. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 2020. 11(5): p. 567-572.

22. Mutlu, E., Madde bağımlılığı ve insan evrimi. *Bağımlılık Dergisi*, 2018. 19(1): p. 17-22.
23. Kim, H., Exercise rehabilitation for smartphone addiction. *Journal of exercise rehabilitation*, 2013. 9(6): p. 500.
24. Grant, J.E. and S.R. Chamberlain, Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr*, 2016. 21(4): p. 300-3.
25. Maxwell, J.C. and B.A. Rutkowski, The prevalence of methamphetamine and amphetamine abuse in North America: a review of the indicators, 1992-2007. *Drug Alcohol Rev*, 2008. 27(3): p. 229-35.
26. Krupitsky, E., E. Zvartau, and G. Woody, Use of naltrexone to treat opioid addiction in a country in which methadone and buprenorphine are not available. *Curr Psychiatry Rep*, 2010. 12(5): p. 448-53.
27. Minaz, A. and Ö. Çetinkaya Bozkurt, Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin ve kullanım amaçlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017. 9(21): p. 268-286.
28. Şata, M. and F. Karip, Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği-kısa versiyonunun ergenler için Türk kültürüne uyarlanması. *Cumhuriyet International Journal of Education*, 2017. 6(4): p. 426-440.
29. Uğurlu, T.T., C.B. Şengül, and C. Şengül, Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012. 4(1): p. 37-50.
30. Kaya, E., D. Akpınar, and H. Akpınar, Bağımlılığın patofizyolojisi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2019. 6(3): p. 166-170.
31. Bostan, R., Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ergenlerde internet bağımlılığı sıklığının ve ilişkili faktörlerin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. 2015.
32. Erdem, G., C.Y. Eke, K. Ögel, and S. Taner, Lise öğrencilerinin arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. *Journal of Dependence*, 2006. 7: p. 111-116.
33. Eker, F., D. Akkuş, and Ö. Kapısız, Ergenler İçin Madde Bağımlılığından Korunma Öz-Yeterlik Ölçeği'nin geliştirilmesi ve psikometrik değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013. 4(1): p. 7-12.
34. Heatherton, T., L. Kozlowski, R. Frecker, and K. Fagerstrom, The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 1991. 86: p. 1119-1127.
35. Ertan, T., Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 2008. 62: p. 25-30.

36. Stockwell, T., D. Murphy, and R. Hodgson, The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Br J Addict*, 1983. 78(2): p. 145-55.
37. Akyel, B., E. Aldemir, and A. Ender Atıntoptak, Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği: Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2018. 29(3): p. 202-208.
38. Ceyhun, B., Ö. Oğuztürk, and A.G. Ceyhun, Madde kullanma eğilimi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri*, 2001. 4(2): p. 87-93.
39. Akın, A., F. Usta, E. Başa, and B. Özçelik, Oyun bağımlılığı ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2016. 20(1): p. 223-232.
40. Chóliz, M., Mobile phone addiction: Point of issue *Addiction*. Society for the Study of Addiction, 2010. 105(2): p. 373-4.
41. Sahin, S., K. Ozdemir, A. Unsal, and N. Temiz, Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pakistan journal of medical sciences*, 2013. 29(4): p. 913.
42. Wakefield, J.C., Diagnostic issues and controversies in DSM-5: Return of the false positives problem. *Annu Rev Clin Psychol*, 2016. 12: p. 105-132.
43. Noyan, C.O., A. Enez Darçın, S. Nurmedov, O. Yılmaz, and N. Dilbaz, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2015. 16.
44. First, M.B., Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, and clinical utility. *J Nerv Ment Dis*, 2013. 201(9): p. 727-9.
45. Spiegel, D., R. Lewis-Fernández, R. Lanius, E. Vermetten, D. Simeon, and M. Friedman, Dissociative disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol*, 2013. 9: p. 299-326.
46. Yıldırım, S. and A.N. Kışioğlu, Teknolojinin getirdiği yeni hastalıklar: Nomofobi, netlessfobi, fomo. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2018. 25(4): p. 473-480.
47. Fidan, H., Mobil bağımlılık ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerliliği: Bileşenler modeli yaklaşımı. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2016. 3(3): p. 433-469.
48. Güngör, N. and D. Aydın, İletişim: Kuramlar ve Yaklaşımlar. 2011, Ankara: Siyasal Kitabevi.
49. Aziz, A., İletişime giriş, Hiperlink yayınları. Baskı, İstanbul, 2010.

50. Güneş, A., Kil tabletlerden elektronik tabletlere: İletişim araçlarının tarihsel gelişim süreci. *Humanities Sciences*, 2013. 8(3): p. 277-300.
51. Aymaz, G., İletişim araçlarının toplumsal tarihi için bir giriş. *Global Media Journal TR Edition*, 2018. 8(16): p. 124-139.
52. Özbek, V., Ü. Alınçık, F. Koç, M.E. Akkılıç, and E. Kaş, Kişilik özelliklerinin teknoloji kabulü üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri: Akıllı telefon teknolojileri üzerine bir araştırma. *International Review of Economics and Management*, 2014. 2(1): p. 36-57.
53. Akıncı Vural, Z.B. and M. Bat, Yeni bir iletişim ortamı olarak sosyal medya: Ege üniversitesi iletişim fakültesine yönelik bir araştırma. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 2010. 5(20): p. 3348-3382.
54. Soni, R., R. Upadhyay, and M. Jain, Prevalence of smart phone addiction, sleep quality and associated behaviour problems in adolescents. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2017. 5(2): p. 515-519.
55. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2023. 2023 17.09.2023]; Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407).
56. 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.
57. Ada, S. and H.S. Tatlı. Akıllı telefon kullanımını etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. in 15. Akademik Bilişim Konferansı. 2013. Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
58. Gölbaşı-Şimşek, G. and F. Noyan, Türkiye’de cep telefonu cihazı pazarında marka sadakati için bir model denemesi. 2009.
59. Bosio, M., Cystosonography with echocontrast: a new imaging modality to detect vesicoureteric reflux in children. *Pediatr Radiol*, 1998. 28(4): p. 250-5.
60. 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.
61. King, A.L.S., A.-M. Valenca, A.-C.O. Silva, T. Baczynski, M.R. Carvalho, and A.E. Nardi, Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in Human Behavior*, 2013. 29(1): p. 140-144.
62. Türen, U., H. Erdem, and G. Kalkın, Mobil telefon yoksunluğu korkusu (nomofobi) yayılımı: Türkiye’den üniversite öğrencileri ve kamu çalışanları örnekleme. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 2017. 10(1): p. 1-12.

63. Dixit, S., H. Shukla, A. Bhagwat, A. Bindal, A. Goyal, A.K. Zaidi, and A. Shrivastava, A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 2010. 35(2): p. 339.
64. Adnan, M. and D.M. Gezgin, A modern phobia: Prevalence of nomophobia among college students. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 2016. 49(1): p. 141-158.
65. Olivencia-Carrión, M.A., R. Ferri-García, M. del Mar Rueda, M.G. Jiménez-Torres, and F. López-Torrecillas, Temperament and characteristics related to nomophobia. *Psychiatry Research*, 2018. 266: p. 5-10.
66. Bhattacharya, S., M.A. Bashar, A. Srivastava, and A. Singh, NOMOPHOBIA: NO MOBILE PHONE PHOBIA. *J Family Med Prim Care*, 2019. 8(4): p. 1297-1300.
67. Bragazzi, N.L. and G. Del Puente, A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*, 2014: p. 155-160.
68. Akilli, G. and M. Gezgin, Examination of relationship between university students' nomophobia levels and behavior patterns. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2016. 40(1): p. 51-69.
69. Oksman, V. and J. Turtiainen, Mobile communication as a social stage: Meanings of mobile communication in everyday life among teenagers in Finland. *New media & society*, 2004. 6(3): p. 319-339.
70. Yildirim, C., E. Sumuer, M. Adnan, and S. Yildirim, A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students. *Information Development*, 2016. 32(5): p. 1322-1331.
71. Gezgin, D.M., Ö. Çakır, and İ.S. Yıldırım, Ergenler arasında nomofobi yaygınlık düzeyi ile internet bağımlılığının ilişkisi. 2016.
72. Kanmani, A., U. Bhavani, and R. Maragatham, Nomophobia: An insight into its psychological aspects in India. *The International Journal of Indian Psychology*, 2017. 4(2): p. 5-15.
73. Sharma, N., P. Sharma, N. Sharma, and R. Wavare, Rising concern of nomophobia amongst Indian medical students. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2015. 3(3): p. 705-707.
74. Tavolacci, M.-P., G. Meyrignac, L. Richard, P. Dechelotte, and J. Ladner, Problematic use of mobile phone and nomophobia among French college students: Marie-Pierre Tavolacci. *The European Journal of Public Health*, 2015. 25(suppl_3): p. ckv172. 088.

75. Andrade, A.L.M., D.-J. Kim, V.V. Caricati, G.D.G. Martins, I.K. Kirihara, B.C. Barbugli, S.R.F. Enumo, and D. De Micheli, Validity and reliability of the Brazilian version of the Smartphone Addiction Scale-Short Version for university students and adult population. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 2020. 37.
76. Mescollotto, F.F., E.M. de Castro, E.B. Pelai, A. Perville, and D.R. Bigaton, Translation of the short version of the Smartphone Addiction Scale into Brazilian Portuguese: Cross-cultural adaptation and testing of measurement properties. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2019. 23(3): p. 250-256.
77. Lopez-Fernandez, O., Short version of the Smartphone Addiction Scale adapted to Spanish and French: Towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Addictive behaviors*, 2017. 64: p. 275-280.
78. Gürbüz, I.B. and G. Özkan, What is your level of nomophobia? An investigation of prevalence and level of nomophobia among young people in Turkey. *Community Ment Health J*, 2020. 56(5): p. 814-822.
79. Alosaimi, F.D., H. Alyahya, H. Alshahwan, N. Al Mahyijari, and S.A. Shaik, Smartphone addiction among university students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 2016. 37(6): p. 675.
80. Pavithra, M., S. Madhukumar, and M.M. TS, A study on nomophobia-mobile phone dependence, among students of a medical college in Bangalore. *National Journal of community medicine*, 2015. 6(03): p. 340-344.
81. Polat, F., L. Delibas, and I. Bilir, The relationship between nomophobia level and worry severity in future healthcare professional candidates. *Perspect Psychiatr Care*, 2022. 58(1): p. 339-347.
82. Erdem, H., G. Kalkın, U. Türen, and M. Deniz, Üniversite öğrencilerinde mobil telefon yoksunluğu korkusunun (nomofobi) akademik başarıya etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2016. 21(3).
83. Kalaydjian, A., J. Swendsen, W.-T. Chiu, L. Dierker, L. Degenhardt, M. Glantz, K.R. Merikangas, N. Sampson, and R. Kessler, Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National Comorbidity Survey Replication. *Comprehensive psychiatry*, 2009. 50(4): p. 299-306.
84. Dossey, L., FOMO, digital dementia, and our dangerous experiment. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 2014. 10(2): p. 69-73.
85. Alt, D., College students' academic motivation, media engagement and fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 2015. 49: p. 111-119.
86. Allen, K.A., T. Ryan, D.L. Gray, D.M. McInerney, and L. Waters, Social media use and social connectedness in adolescents: The positives and the

- potential pitfalls. *The Educational and Developmental Psychologist*, 2014. 31(1): p. 18-31.
87. Mert, A. and G. Özdemir, Yalnızlık duygusunun akıllı telefon bağımlılığına etkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 2018. 8(1): p. 88-107.
 88. Kumcağız, H., Ö. Terzi, B. Koç, and M. Terzi, Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2020. 9(1): p. 13-39.
 89. Özen, S. and M. Topcu, Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon, obsesyon-kompulsiyon, dürtüsellik, aleksitimi arasındaki ilişki. 2017.
 90. Yılmaz, D., H.G. Çınar, and N. Özyazıcıoğlu, Hemşirelik öğrencilerinde akıllı telefon ve internet bağımlılığı ile üst ekstremitte fonksiyonel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017. 8(3): p. 34-39.
 91. Günal, A. and S. Pekçetin, Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile servikal bölge ve üst ekstremitte ağrısı arasındaki ilişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2019. 28(2): p. 114-119.
 92. Keskin, T., M. Ergan, F. Başkurt, and Z. Başkurt, Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon kullanımı ve baş ağrısı ilişkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018. 4(2): p. 864-873.
 93. Yorulmaz, M., R. Kırac, and H. Sabırı, Üniversite öğrencilerinde nomofobinin uyku ertelemeye etkisi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research*, 2018. 5(27): p. 2988-2996.
 94. Şahin, S., C.H. Açık, T. Türker, and S. Okyay, GATA Tıp Fakültesi öğrencilerinin gündüz uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014. 13(1): p. 7-12.
 95. Işık, Ö., A. Özarslan, and F. Bekler, Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite uyku kalitesi ve depresyon ilişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2015. 9(9): p. 65-73.
 96. King, A.L.S., A.M. Valença, and A.E. Nardi, Nomophobia: The mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? *Cognitive and Behavioral neurology*, 2010. 23(1): p. 52-54.
 97. King, A.L.S., A.M. Valença, A.C. Silva, F. Sancassiani, S. Machado, and A.E. Nardi, "Nomophobia": Impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 2014. 10: p. 28.

98. 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.
99. Aydiner Boylu, A. and B. Paçacıoğlu, Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 2016. 8(15): p. 137-150.
100. Yavan Temizkan, Ö., Hizmet kalitesi algı ve beklentilerinin analizi: Bir devlet hastanesi örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 2018. 15(15): p. 147-158.
101. Bonomi, A., D. Patrick, D. Bushnell, and M. Martin, Quality of life measurement: Will we ever be satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000. 53(1): p. 19-23.
102. Patrick, D.L. and Y.-p. Chiang, Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: Conceptual and methodological challenges. *Medical care*, 2000. 38(9): p. 14-25.
103. Top, M.Ş., S.Y. Özden, and M.E. Sevim, Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 2003. 16(1): p. 18-23.
104. Öksüz, E. and S. Malhan, Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi, 2005.
105. Şahin, H., Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim*, 1997. 12(77): p. 40-46.
106. Felce, D. and J. Perry, Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 1995. 16(1): p. 51-74.
107. Hunt, S., The problem of quality of life. *Quality of life Research*, 1997: p. 205-212.
108. Theofilou, P., Quality of life: Definition and measurement. *Europe's journal of psychology*, 2013. 9(1): p. 150-162.
109. Kaplan, R.M. and A.L. Ries, Quality of life: Concept and definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2007. 4(3): p. 263-271.
110. Cella, D.F., Quality of life: Concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 1994. 9(3): p. 186-192.
111. Cohen, S.R., B.M. Mount, M.G. Strobel, and F. Bui, The McGill Quality of Life Questionnaire: A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative medicine*, 1995. 9(3): p. 207-219.

112. Eiser, C. and R. Morse, Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 2001. 5(4): p. 1-157.
113. Bonomi, A.E., D.L. Patrick, D.M. Bushnell, and M. Martin, Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000. 53(1): p. 1-12.
114. Kim, S., World Health Organization quality of life (WHOQOL) assessment. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*, 2020: p. 1-2.
115. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 1998. 28(3): p. 551-558.
116. Eser, E., H. Fidaner, C. Fidaner, S.Y. Eser, H. Elbi, and E. Göker, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1999. 7(Suppl 2): p. 23-40.
117. Büyükgebiz Koca, E. and M.Z. Tunca, İnternet ve sosyal medya bağımlılığının öğrencilerin performanslarına etkileri üzerine bir yazın taraması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2019. 24(1): p. 33-53.
118. Arısoy, Ö., İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009. 1(1): p. 55-67.
119. Balcı, Ş. and B. Gülnar, Üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve internet bağımlılarının profili. *Selçuk İletişim*, 2009. 6(1): p. 5-22.
120. Zhang, C., P. Zeng, J. Tan, S. Sun, M. Zhao, J. Cui, G. Zhang, J. Jia, and D. Liu, Relationship of problematic smartphone use, sleep quality, and daytime fatigue among quarantined medical students during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 2021: p. 1990.
121. Chen, B., F. Liu, S. Ding, X. Ying, L. Wang, and Y. Wen, Gender differences in factors associated with smartphone addiction: A cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry*, 2017. 17(1): p. 1-9.
122. Mylona, I., E.S. Deres, G.-D.S. Dere, I. Tsinopoulos, and M. Glynatsis, The impact of internet and videogaming addiction on adolescent vision: a review of the literature. *Frontiers in Public Health*, 2020. 8: p. 63.
123. Kocabaşoğlu, P., Bilgisayar ortamında görme bozukluklarının ortadan kaldırılması ve simülasyonu, in *Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Anabilim Dalı*. 2012, Ankara Üniversitesi: Ankara.
124. Jahrami, H., M. Rashed, M.M. AlRasheed, N.L. Bragazzi, Z. Saif, O. Alhaj, A.S. BaHammam, and M.V. Vitiello, Nomophobia is Associated with

- Insomnia but Not with Age, Sex, BMI, or Mobile Phone Screen Size in Young Adults. *Nat Sci Sleep*, 2021. 13: p. 1931-1941.
125. Cevik-Durmaz, Y., E. Yalcinkaya-Onder, and S. Timur, Preservice teachers' nomophobia levels, sense of loneliness and adjustment to college life. *Perspect Psychiatr Care*, 2021. 57(3): p. 1052-1072.
 126. Özcan, B., Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde uyku kalitesi ve akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkisi. 2019.
 127. Kuscı, T.D., F. Gumustas, A. Rodopman Arman, and M. Goksu, The relationship between nomophobia and psychiatric symptoms in adolescents. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2021. 25(1): p. 56-61.
 128. Yildirim, C., E. Sumuer, M. Adnan, and S. Yildirim, A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students. 2016. 32(5): p. 1322-1331.
 129. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*, 1998. 28(3): p. 551-558.
 130. Eser, E., H. Fidaner, C. Fidaner, S.Y. Eser, H. Elbi, and E. Göker, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Dergisi*, 1999. 7(Ek 2): p. 23-40.
 131. Martinotti, G., C. Vilella, D. Di Thiene, M. Di Nicola, P. Bria, G. Conte, M. Cassano, F. Petruccelli, N. Corvasce, and L. Janiri, Problematic mobile phone use in adolescence: A cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 2011. 19: p. 545-551.
 132. Peters, C.S. and L.A. Malesky Jr, Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games. *CyberPsychology & Behavior*, 2008. 11(4): p. 481-484.
 133. Wei, R. and V.-H. Lo, Staying connected while on the move: Cell phone use and social connectedness. *New media & society*, 2006. 8(1): p. 53-72.
 134. Özdemir, B., Ö. Çakır, and I. Hussain, Prevalence of Nomophobia among university students: A comparative study of Pakistani and Turkish undergraduate students. *Eurasia Journal of Mathematics Science and Technology Education*, 2018. 14(4): p. 1519-1532.
 135. Daei, A., H. Ashrafi-Rizi, and M.R. Soleymani, Nomophobia and health hazards: Smartphone use and addiction among university students. *International journal of preventive medicine*, 2019. 10.
 136. Qutishat, M., E.R. Lazarus, A.M. Razmy, and S. Packianathan, University students' nomophobia prevalence, sociodemographic factors and relationship with academic performance at a University in Oman. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2020. 13: p. 100206.

137. Bajaj, S., S.K. Maheshwari, and P.S. Maheshwari, Prevalence of nomophobia among college students: An exploratory cross-sectional survey. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 2020. 17(1): p. 29.
138. Al-Shaikh, A.A., H.M. Almusa, S.A. Al-Saleem, F.S. Al-Qahtani, F. Riaz, R.K. Bhati, S. Al-Amri, A.S. As-Siri, S.A. Al-Shaikhi, A.A. As-Siri, A.A. Al-Arrafi, S.H.M. Alfaifi, and O. Mostafa, Prevalence and determinants of “no-mobile” phobia (nomophobia) among university students. *The Medical Journal of Cairo University*, 2019. 87(June): p. 2581-2586.
139. Apak, E. and Ö.M. Yaman, The prevalence of nomophobia among university students and nomophobia's relationship with social phobia: The case of Bingol University. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2019. 6(3): p. 609-627.
140. Sezer, B. and B. Atılğan Çiftçi, The dark side of smartphone usage (Nomophobia): Do we need to worry about it? *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2019. 18(54): p. 30-43.
141. Alahmari, M.S., A.A. Alfaifi, A.H. Alyami, S.M. Alshehri, M.S. Alqahtani, S.S. Alkhashrami, A.S. Alqahtani, A.A. Alghamdi, A.S. Alqahtani, and O.A. Mostafa, Prevalence and risk factors of nomophobia among undergraduate students of health sciences colleges at King Khalid University, Abha, Saudi Arabia. *Int J Med Res Prof*, 2018. 4(1): p. 429-432.
142. Demir, Ü., Investigation of nomophobia levels of university students according to intelligent phone use: A case of the COMU faculty of education. *Uluslararası Eğitim Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 2019. 5(2): p. 106-118.
143. Abraham, N., J. Mathias, and S. Williams, A study to assess the knowledge and effect of nomophobia among students of selected degree colleges in Mysore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 2014. 4(4): p. 421-428.
144. Khan, F.A., A. Waqar, and S.N.K. Niazi, Text Neck syndrome among students of a medical and dental college in Lahore. *J Sharif Med Dent Coll*, 2020. 6(1): p. 5-8.
145. Berolo, S., R.P. Wells, and B.C. Amick III, Musculoskeletal symptoms among mobile hand-held device users and their relationship to device use: a preliminary study in a Canadian university population. *Applied ergonomics*, 2011. 42(2): p. 371-378.
146. Ahmed, S., R. Akter, N. Pokhrel, and A.J. Samuel, Prevalence of text neck syndrome and SMS thumb among smartphone users in college-going students: a cross-sectional survey study. *Journal of Public Health*, 2021. 29: p. 411-416.
147. Ahmed, S., N. Pokhrel, S. Roy, and A.J. Samuel, Impact of nomophobia: A nondrug addiction among students of physiotherapy course using an online cross-sectional survey. *Indian journal of psychiatry*, 2019. 61(1): p. 77.

148. Chandak, P., D. Singh, A. Faye, S. Gawande, R. Tadke, V. Kirpekar, and S. Bhawe, An exploratory study of nomophobia in post graduate residents of a teaching hospital in Central India. *Int J Indian Psychol*, 2017. 4(3): p. 48-56.
149. Gonçalves, S., P. Dias, and A.-P. Correia, Nomophobia and lifestyle: Smartphone use and its relationship to psychopathologies. *Computers in Human Behavior Reports*, 2020. 2: p. 100025.
150. Kang, S. and J. Jung, Mobile communication for human needs: A comparison of smartphone use between the US and Korea. *Computers in Human Behavior*, 2014. 35: p. 376-387.
151. Chethana, K., M. Nelliyanil, and M. Anil, Prevalence of nomophobia and its association with loneliness, self happiness and self esteem among undergraduate medical students of a medical college in Coastal Karnataka. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 2020. 11(3): p. 523-529.
152. Veerapu, N., R.K.B. Philip, H. Vasireddy, S. Gurralla, and S.T. Kanna, A study on nomophobia and its correlation with sleeping difficulty and anxiety among medical students in a medical college, Telangana. *Int J Community Med Public Health*, 2019. 6(5): p. 2074-2076.
153. Ayar, D., G.Ö. Gerçeker, E.Z. Özdemir, and M. Bektas, The effect of problematic internet use, social appearance anxiety, and social media use on nursing students' nomophobia levels. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 2018. 36(12): p. 589-595.
154. Sharma, M., Amandeep, D.M. Mathur, and J. Jeenger, Nomophobia and its relationship with depression, anxiety, and quality of life in adolescents. *Ind Psychiatry J*, 2019. 28(2): p. 231-236.
155. Söderqvist, F., M. Carlberg, and L. Hardell, Use of wireless telephones and self-reported health symptoms: A population-based study among Swedish adolescents aged 15–19 years. *Environmental Health*, 2008. 7(1): p. 1-10.
156. Srivastava, A. and R. Tiwari, Effect of excess use of cell phone on adolescent's mental health and quality of life. *Int Multidiscip eJ*, 2013. 2(1): p. 1-0.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 / 768

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 19 NİSAN 2022 SALI
Toplantı No : 2022/07
Proje No : GO 22/403 (Değerlendirme Tarihi: 19.04.2022)
Karar No : 2022/07-38

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Öğr. Gör. Dr. Hilal AKSOY'un sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. Duygu Ayhan BAŞER ile birlikte çalışacakları ve Arş. Gör. Dr. İbrahim ÖZTEK'in uzmanlık tezi olan, GO 22/403 kayıt numaralı "Ankara'daki Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 20 Nisan 2022 – 20 Nisan 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	İZİNLİ 10. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
4. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN,	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
6. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAĞDAR	(Üye)	13. Av. Buket ÇINAR	(Üye)
7. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTİK	(Üye)		

EK-2. Ölçek Kullanım İzinleri

Fwd: ölçek kullanım izni Gelen Kutusu x



HILAL AKSOY
Alıcı: ben ▾

22 Şubat Sal 15:33 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

----- Forwarded message -----

From: HILAL AKSOY
To:
Cc:
Bcc:
Date: Tue, 22 Feb 2022 16:31:23 +0300
Subject: ölçek kullanım izni
Sayın Evren SUMUER

Öncelikle "A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students" isimli çalışmanız için sizi ve çalışma arkadaşlarınızı tebrik ederim.
Geliştirmiş olduğunuz "Türkçe Nomofobi Ölçeği"ni izniniz olursa "Tıpta Uzmanlık Öğrencileri" ile yapacağımız çalışmada kullanmak istiyoruz.

Saygılar
Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKSOY
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı



HILAL AKSOY
Alıcı: ben ▾

24 Şub 2022 09:35 (2 gün önce) ☆ ↶ ⋮

----- Forwarded message -----

From: "Evren Şumuer"
To: HILAL AKSOY
Cc:
Bcc:
Date: Tue, 22 Feb 2022 19:11:22 +0300
Subject: Re: ölçek kullanım izni

Merhaba hocam,

Nomofobi Ölceğinin Türkçe uyarlamasını izin istemeden çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

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

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

İçerik geçerliliği olarak ölçeğin lise öğrencilerine uygun olduğunu düşünüyorum, ancak yapı geçerliliği için alanyazındaki çalışmaları kontrol etmelisiniz.

Bu sayfa ölçek maddelerini ve puanlama rehberini de icermektedir.

<https://yildirimcaqlar.github.io/#nomophobia>

İlginiz için teşekkür ederiz.

Kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla,

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

**HILAL AKSOY**

Alıcı: ben ▾

22 Şubat Sal 16:15 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

----- Forwarded message -----

From: HILAL AKSOY
To :
Cc:
Bcc:
Date: Tue, 22 Feb 2022 17:14:39 +0300
Subject: ölçek kullanım izni
Sayın Prof. Dr. Erhan ESER

Öncelikle sizi ve çalışma arkadaşlarınızı yapmış olduğunuz çalışmalardan dolayı tebrik ederim. Geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "WHOQOL-BREF Ölçeği"ni izniniz olursa "Tıpta Uzmanlık Öğrencileri" ile yapacağımız çalışmada kullanmak istiyoruz.

Saygılar

Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKSOY
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

From: Erhan Eser
To: HILAL AKSOY
Cc:
Bcc:
Date: Wed, 23 Feb 2022 10:39:39 +0300
Subject: Re: ölçek kullanım izni
Sayın kullanıcı,
(Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKSOY)

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ün Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "[Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz](#)". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) yaş, eğitim ve gelir durumu / sosyal sınıf gibi sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3...q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye merkezi
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

WHOQOL-TR**Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü
Kullanım Sözleşmesi**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Sürümü'nün hakkı Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL Türkiye merkezi tarafından korunmaktadır. Bu formun herhangi bir sürümünü kullanacak araştırmacılar aşağıda gördükleri uygun yerleri doldurduktan sonra merkez onayı alındıktan sonra araştırmalarına başlayabilirler.

WHOQOL-TR ölçeği üzerinde çalışan araştırmacılar,

- 1- Çalışmalarında topladıkları ham verileri, sosyo-demografik ve –eğer çalışıldıysa- hastalık değişkenleri ile birlikte SPSS data formatında WHOQOL Türkiye merkezine, ulusal veri havuzunda ileri geçerlilik analizleri yapılmak üzere göndermekle yükümlüdürler. Söz konusu geçerlilik analizlerinin hakemli dergilerde yayımlanması söz konusu olduğunda veri havuzuna katkıda bulunan araştırmaların ana yürütücülerine atıfta bulunulacaktır.
- 2- Ayrıca WHOQOL'ün kullanıldığı yayımlanmış araştırmaların yayımlandıktan sonra bir örneğinin ulusal WHOQOL Bibliyografyasında saklanmak ve yararlanılmak üzere merkeze gönderilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın:

Adı / Konusu ve Tahmini Tarih arahğı

Ankara'daki Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi

18/03/2022-18/03/2023

Ana yürütücüsünün Adı

Dr. Öğr. Üyesi Hilal Aksoy

EK-3. Veri Toplama Formu

Ankara'daki Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu anket "Ankara'daki Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli Aile Hekimliği Uzmanlık tez çalışmasında kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soruların tümüne eksiksiz ve samimi olarak cevap vermeniz araştırmanın sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın etik kurulu izni alınmış olup, anketi cevaplamanız ortalama 10-15 dakikanızı alacaktır. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Çalışmamıza verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Soru ve görüşleriniz için:

Dr. Öğr.Üyesi Hilal Aksoy

Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer

Araştırma Görevlisi Dr. İbrahim Öztekin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tel:0312 305 15 27

Araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum. *

Evet

Yaşınız *

Yanıtınız

Cinsiyetiniz *

Kadın

Erkek

Medeni durumunuz *

Evli

Bekar

Kronik bir hastalığınız var mı? *

- Hayır, yok
- Evet, var

Kronik hastalığınız var ise nedir?

(birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz)

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Kalp hastalığı
- Astım
- KOAH
- Tiroid hastalığı
- Böbrek hastalığı
- Mide-bağırsak hastalığı
- Romatolojik hastalık
- Kas hastalığı
- Nörolojik hastalık
- Psikiyatrik hastalık
- Diğer

Psikiyatrik hastalığınız varsa tanınız nedir?
(psikiyatrik hastalık tanınız yoksa bir sonraki soruya geçiniz)

Yanıtınız _____

Sigara kullanıyor musunuz? *

- Kullanıyorum
- Bıraktım
- Hiç kullanmadım

Alkol kullanıyor musunuz? *

- Kullanıyorum
- Bıraktım
- Hiç kullanmadım

Aynı evde kiminle yaşıyorsunuz? *

- Tek başıma
- Anne ve/veya babamla
- Eş ve/veya çocuğumla
- Ev arkadaşım
- Diğer

Çocuğunuz var mı, varsa kaç tane? *

- Hayır, yok
- 1
- 2
- 3
- 3'ten fazla

Aylık toplam hane halkı geliriniz ne kadar? *

- 5.000-10.000 TL
- 10.000-15.000 TL
- 15.000-20.000 TL
- 20.000-25.000 TL
- 25.000-30.000 TL
- 30.000 TL'den fazla

Branşınız nedir? *

Yanıtınız _____

Araştırma görevlisi olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz? *

Yanıtınız _____

Görev yaptığınız kurumu işaretleyiniz. *

- Üniversite Hastanesi
- Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Şehir Hastanesi

1 günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz? *

- Hiç bakmıyorum
- 20'den az
- 20-50
- 51-70
- 71-100
- 100'den fazla

Geçtiğimiz ay kaç nöbet tuttunuz? *

- Nöbet tutmadım
- 5'ten az
- 5-10
- 10'dan fazla

Nöbet tutuyorsanız nöbet ertesi izniniz var mı?

(nöbet tutmuyorsanız bir sonraki soruya geçiniz)

- Evet
- Hayır

Kaç yıldır akıllı telefon kullanıyorsunuz? *

- 5 yıldan az
- 5-10 yıl
- 11-15 yıl
- 15 yıldan fazla

1 gün içerisinde ortalama telefon ekranına maruz kalma süreniz ne kadar? *

- 1 saatten az
- 1-3 saat
- 3-5 saat
- 5 saatten fazla

1 gün içerisinde ortalama telefonla konuşma süreniz ne kadar? *

- 15 dakikadan az
- 15-30 dakika
- 30-60 dakika
- 60-90 dakika
- 90 dakikadan fazla

Telefonda en çok vakit geçirdiğiniz uygulama hangisidir? *

- Mesajlaşma uygulamaları
- Sosyal arkadaşlık uygulamaları
- Haber siteleri
- Video kanalları
- Diğer

WHOQOL-BREF(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form) × ⋮

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Çok kötü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok iyi

Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç hoşnut değilim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok hoşnutum

Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Aşırı derecede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hiç

Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Aşırı derecede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hiç

Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aşırı derecede

Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aşırı derecede

Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Son derecede

Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Son derecede

Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Son derecede

Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tamamen

Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tamamen

İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tamamen

Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tamamen

Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tamamen

Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır? *

	1	2	3	4	5	
Çok kötü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok iyi

Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç hoşnut değil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok hoşnut

Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç hoşnut değil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok hoşnut

İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç hoşnut değil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok hoşnut

Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç hoşnut değil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok hoşnut

Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç hoşnut değil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok hoşnut

Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç hoşnut değil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Çok hoşnut

