



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

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞE BAŞLAMANIN VE İŞ DOYUMUNUN
NOMOFOBİ DÜZEYLERİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. HÜMEYRA ÜNSAL**

DÜZCE-2025



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞE BAŞLAMANIN VE İŞ DOYUMUNUN
NOMOFOBİ DÜZEYLERİ**

ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. HÜMEYRA ÜNSAL

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ HÜSEYİN NEJAT KÜÇÜKDAĞ

DÜZCE-2025



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren, uyguladığı etkili bilgi aktarım yöntemleriyle gelişimime önemli katkılarda bulunan, her zaman desteğini hissettiren Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Zerrin Gamsızkan'a;

Bu çalışmanın fikir aşamasından tamamlanmasına kadar geçen süreçte, değerli bilgi birikimi, yapıcı önerileri ve kıymetli zamanı ile her adımda yanımda olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Nejat KÜÇÜKDAĞ'a;

Hekimlik bilgimde önemli ilerlemeler kaydetmeme ve uygulamalı eğitimlerle bana kılavuzluk etmesiyle değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir Kaya'ya;

Tez çalışmamın istatistiksel analiz bölümünde bana büyük destek veren değerli hocam Prof. Dr. Şengül CANGÖR'e ve rotasyonlarım süresince hekimlik bilgime önemli katkılarda bulunan tüm hocalarıma;

Asistanlık sürecim boyunca birlikte çalıştığım tüm mesai arkadaşlarıma ve tez çalışmam boyunca fikir alışverişinde bulunduğum asistan ve uzman arkadaşlarıma;

Bugüne kadar karşılaştığım her zorlukta yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini bir an olsun esirgemeyen, sevgi ve merhametleriyle her zaman güç kaynağım olan değerli aileme, başta sevgili annem Maksude ÜNSAL olmak üzere, sevgili babam Adem ÜNSAL'a ve kıymetli kardeşlerim Rümeysa ÜNSAL ile Ömer Ali ÜNSAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hümeysra ÜNSAL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	5
İÇİNDEKİLER	6
KISALTMALAR DİZİNİ.....	9
TABLolar DİZİNİ	10
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	12
ÖZET.....	13
ABSTRACT.....	15
1. GİRİŞ VE AMAÇ	17
2. GENEL BİLGİLER	19
2.1.BAĞIMLILIK	19
2.1.1.Bağımlılığın Tanımı.....	19
2.1.2.Bağımlılığın Modelleri	20
2.1.3.Bağımlılık Kriterleri	22
2.2.BAĞIMLILIĞIN PATOFİZYOLOJİSİ	25
2.3.BAĞIMLILIĞIN ORTAYA ÇIKIŞ SEBEPLERİ	30
2.3.1.Biyolojik Sebepler	30
2.3.2.Bireysel Özellikler	31
2.3.3.Psikolojik Sebepler	31
2.3.4.Toplumsal ve Kültürel Faktörler.....	32
2.3.5.Ruhsal Sebepler	33
2.4.BAĞIMLILIK TÜRLERİ	34
2.4.1.Madde Bağımlılığı	35
2.4.1.1.Alkol Bağımlılığı.....	38
2.4.1.2.Tütün Bağımlılığı	39
2.4.2.Davranışsal Bağımlılık	40
2.4.2.1.Kumar Bağımlılığı.....	41
2.4.2.2.Alışveriş Bağımlılığı	43
2.4.2.3.Yeme Bağımlılığı	43
2.4.2.4.Teknoloji Bağımlılığı	44

2.4.2.4.1.Akıllı Telefon Kullanım Bağımlılığı.....	45
2.5.NOMOFOBİ.....	47
2.5.1.Nomofobi Risk Faktörleri.....	49
2.5.2.Nomofobi Belirti ve Bulguları.....	50
2.6.DEPRESYON	51
2.6.1.Depresyonun Tanımı	51
2.6.2.Depresyon ve Bağımlılık	52
2.7.YAŞAM KALİTESİ.....	53
2.7.1.Yaşam Kalitesi Tanımı	53
2.8.İŞ TATMİNİ.....	56
2.8.1.İş Tatmini Tanımı	56
2.8.2.İş Tatmini ve Bağımlılık	58
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	59
3.1.Araştırma Modeli	59
3.2.Araştırmanın Evreni ve Katılımcı Seçimi	59
3.3.Dâhil Edilme Kriterleri.....	59
3.4.Dâhil Edilmeme Kriterleri.....	59
3.5.Etik Kurul ve İzin	59
3.6.Verilerin Toplanması.....	59
3.6.1.Tanımlayıcı Anket Formu.....	60
3.6.2.Nomofobi Ölçeği	60
3.6.3.Beck Depresyon Ölçeği	62
3.6.4.Yaşam Kalitesi (SF12v2) Ölçeği	63
3.6.5.Minesota İş Doyumu Ölçeği	64
3.7.İstatistiksel Analiz	65
4. BULGULAR.....	66
5. TARTIŞMA	114
6. KISITLILIKLAR	135
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	136
7.1.Sonuçlar.....	136
7.2.Öneriler.....	137
8. KAYNAKÇA.....	139
9. EKLER.....	155

EK 1.Etik Kurul Onay Formu	155
EK 2. Nomofobi Ölçeği Kullanma İzni.....	156
EK 3. Minnesota İş Doyumu Ölçeği Kullanma İzni	156
EK 4. Anket Formu	157
EK 5. Yaşam Kalitesi Ölçeği	159
EK 6. Beck Depresyon Ölçeği.....	161
EK 7. Nomofobi Ölçeği.....	162
EK 8. Minnesota İş Doyumu Ölçeği	164



KISALTMALAR DİZİNİ

AMG: Amigdala

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BP: Bedensel Ağrı

DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

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

FoMO: Gelişmeleri Kaçırma Korkusu

GH: Genel Sağlık Algısı

ICD-10: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

ICD-11: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

MCS: Zihinsel Sağlık

MH: Zihinsel Sağlık

NAC: Nukleus Akkumbens

PCS: Fiziksel Sağlık

PF: Fiziksel İşlev

PFC: Prefrontal Korteks

PKO: Patolojik Kumar Oynama

RE: Duygusal Rol

RP: Fiziksel Rol

SF: Sosyal İşlev

SF-12: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

TUIK: Türkiye İstatistik Kurumu

VT: Canlılık

VTa: Ventral Tegmental Alan

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Beck depresyon ölçeği puanlama sistemi

Tablo 2. Katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgiler

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının cep telefonu kullanımına dair özelliklerin dağılımı

Tablo 4. Katılımcıların cep telefonu kullanımına dair sosyal yaşamla ilgili elde edilen bulgular

Tablo 5. Katılımcıların 1. Anket ve 2. Anket Nomofobi Düzeyleri

Tablo 6. İşe Başlarken ve Başladıktan Sonraki BDÖ Puanına Göre Sınıflandırma

Tablo 7. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının sosyodemografik sorularla karşılaştırılması

Tablo 8. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının 1. Anket nomofobi ölçeği toplam puan, alt boyutları ve gruplarıyla karşılaştırılması

Tablo 9. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının nomofobi ölçeği toplam, alt boyut puanları ve nomofobi sınıflandırmasına ilişkin yüzde değişimleri ile karşılaştırılması

Tablo 10. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının 1. Anket yaşam kalitesi alt boyutları ile karşılaştırılması

Tablo 11. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının anketler arası yaşam kalitesi alt boyutları değişimi ile karşılaştırılması

Tablo 12. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının 1. Anket bekk depresyon puanları, bekk depresyon anketleri arasındaki puan değişimi ile karşılaştırılması

Tablo 13. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının anketler arası ortalama ekrana bakma süresi değişimi ile karşılaştırılması

Tablo 14. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Bilgiye Erişememe Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

Tablo 15. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Rahatlıktan Feragat Etme Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

Tablo 16. 2. Anket Nomofobi Ölçeği İletişim Kuramama Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

Tablo 17. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

Tablo 18. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Toplam Puanının Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

Tablo 19. 2. anket nomofobi toplam puan, alt boyut ve gruplarının 2. Anket yaşam kalitesi alt boyutları ile karşılaştırılması

Tablo 20. Önceki ve sonraki nomofobi toplam puan, alt boyut ve grupları değişiminin anketler arası yaşam kalitesi alt boyutları değişimi ile karşılaştırılması

Tablo 21. 2. anket nomofobi toplam puan, alt boyut ve gruplarının 2. Anket beck depresyon puanı ile karşılaştırılması

Tablo 22. Önceki ve sonraki nomofobi toplam puan, alt boyut ve grupları değişiminin anketler arası depresyon puanları değişimi ile karşılaştırılması

Tablo 23. Önceki ve sonraki nomofobi toplam puan, alt boyut ve grupları değişiminin ortalama ekrana bakma süresi değişimi ile karşılaştırılması

Tablo 24. Sosyodemografik soruların; 1. anket BDÖ puanları, 2. anket BDÖ puanları ile karşılaştırılması

Tablo 25. Beck Depresyon Puanlarındaki Değişimin, Günlük Ortalama Ekrana Bakma Süresi Değişim ile Karşılaştırılması

Tablo 26. 2. Anket Beck Depresyon Puanlarının 2. Anket Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

Tablo 27. Beck Depresyon Puanlarındaki Değişimin Anketler Arası Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarındaki Değişim ile Karşılaştırılması

Tablo 28. Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarındaki Öncesi ve Sonrası Değişimlerin, Ortalama Ekrana Bakma Süresindeki Değişim ile Karşılaştırılması

Tablo 29. 1. Anket Ortalama Ekrana Bakma Süresinin, 1. Anket Beck Depresyon Puanları, Yaşam Kalitesi Alt Boyutları, Nomofobi Toplam Puanı, Alt Boyutları ve Grupları ile Karşılaştırılması

Tablo 30. 2. Anket Ortalama Ekrana Bakma Süresinin, 2. Anket Beck Depresyon Puanları, Yaşam Kalitesi Alt Boyutları, Nomofobi Toplam Puanı, Alt Boyutları ve Grupları ile Karşılaştırılması

Tablo 31. 2. Anket SF12 Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ile Karşılaştırılması

Tablo 32. 2. Anket SF12 Ağrı Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması

Tablo 33. 2. Anket SF12 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler Karşılaştırılması

Tablo 34. 2. Anket SF12 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler Karşılaştırılması

Tablo 35. 2. Anket SF12 Mental Sağlık Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dopaminerjik yollar

Şekil 2. Mezokortikolimbik sistem yapıları

Şekil 3.Bağımlılık çeşitleri şeması

Şekil 4.Nomofobi ölçeği alt boyut maddeleri

Şekil 5.Nomofobi ölçeği puanlama sistemi

Şekil 6.SF12V2 alt boyutları puanlama sistemi

Şekil 7.Minesota iş doyum ölçeği alt boyut maddeleri

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı, işe yeni başlayan sağlık çalışanlarında iş doyumu, nomofobi düzeyi, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, 01.01.2024 ile 31.12.2024 tarihleri arasında işe yeni başlayan toplam 100 sağlık personeli dâhil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, nomofobi düzeyleri, depresyon puanları, yaşam kalitesi puanları ve iş doyumu değerlendirilmiştir. Veri toplama sürecinde, katılımcılara anket formları uygulanmıştır. Bu formlar, bireylerin belirtilen değişkenler açısından değerlendirilmesini sağlayan Nomofobi, Beck Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Minnesota İş Doyumu ölçeklerinden oluşmaktadır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 100 sağlık personeli katılmış olup, katılımcıların %64,5'i (n=71) kadın, %35,5'i (n=39) erkektir. Son bir hafta içinde, sağlık çalışanlarının günlük ortalama ekrana bakma süresi ise 259.1 ± 115.1 dakika olarak saptanmıştır. Araştırmada, katılımcıların nomofobi düzeyleri işe yeni başladıkları dönemde ve başladıktan üç ay sonraki süreçte karşılaştırılmıştır. İşe yeni başlayan sağlık çalışanlarının %2.7'sinde (n=3) nomofobi tespit edilmemiş, %41.8'inde (n=46) hafif düzeyde, %45.5'inde (n=50) orta düzeyde ve %10'unda (n=11) yüksek düzeyde nomofobi saptanmıştır. İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümde ise sağlık çalışanlarının %0.9'unda (n=1) nomofobi bulunmazken, %45.5'inde (n=50) hafif düzeyde, %43.6'sında (n=48) orta düzeyde ve %10'unda (n=11) yüksek düzeyde nomofobi görülmüştür. Bununla birlikte, üç aylık süreçte nomofobi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Katılımcıların nomofobi düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de yükseldiği, buna karşılık yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). İşe başladıktan sonraki üç aylık süreçte, katılımcıların depresyon düzeylerinde anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p>0.05$). Ayrıca, yaşam kalitesindeki artışın depresyon düzeylerinde azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Cep telefonu kullanım süresi ile nomofobi ve depresyon düzeyleri arasında herhangi bir anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Elde edilen bulgular, nomofobi düzeyinin azalmasının yalnızca iş doyumunu artırmakla kalmayıp, aynı zamanda depresyon düzeylerini düşürdüğünü ve yaşam kalitesini yükselttiğini göstermektedir. Bu doğrultuda, sağlık alışanlarında nomofobi düzeyini azaltmaya yönelik bilinçlendirme ve müdahale stratejilerinin iş doyumunu artırmada etkili olabileceğ ne sürülmektedir. Sağlık alışanlarında nomofobi düzeylerini azaltmaya yönelik yapılacak iyileştirme çalışmalarının, onların rol model olma potansiyeli sayesinde hasta ve hasta yakınlarında da olumlu etkiler yaratabileceğ dşnlmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık alışanı, Nomofobi, Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Doyumu, Bağımlılık, Cep Telefonu



ABSTRACT

Aim: The main aim of this study was to examine the relationships between job satisfaction, nomophobia level, depression and quality of life in newly recruited healthcare workers.

Materials and Methods: This study was conducted as a descriptive and cross-sectional study at Düzce University Research and Application Hospital. A total of 100 newly recruited health personnel between 01.01.2024 and 31.12.2024 were included in the study. Participants' sociodemographic characteristics, nomophobia levels, depression scores, quality of life scores and job satisfaction were evaluated. During the data collection process, questionnaire forms were applied to the participants. These forms consisted of Nomophobia, Beck Depression, Quality of Life and Minnesota Job Satisfaction scales, which enabled the evaluation of individuals in terms of the specified variables.

Results: A total of 100 healthcare professionals participated in the study and 64.5% (n=71) of the participants were female and 35.5% (n=39) were male. In the last week, the average daily screen viewing time of healthcare professionals was 259.1 ± 115.1 minutes. In the study, the nomophobia levels of the participants were compared at the time they started their new jobs and three months after they started their new jobs. Nomophobia was not detected in 2.7% (n=3) of the newly recruited healthcare workers, 41.8% (n=46) had mild nomophobia, 45.5% (n=50) had moderate nomophobia and 10% (n=11) had high nomophobia. Three months after starting work, 0.9% (n=1) had no nomophobia, 45.5% (n=50) had mild nomophobia, 43.6% (n=48) had moderate nomophobia and 10% (n=11) had high nomophobia. However, there was no statistically significant change in nomophobia levels during the three-month period ($p > 0.05$). As the nomophobia levels of the participants increased, their depression levels also increased, whereas their quality of life decreased ($p < 0.05$). In the three-month period after starting work, no significant change was observed in the depression levels of the participants ($p > 0.05$). In addition, it was determined that the increase in quality of life led to a decrease in depression levels ($p < 0.05$). No significant relationship was found between the duration of cell phone use and nomophobia and depression levels ($p > 0.05$).

Conclusion: The findings show that decreasing the level of nomophobia not only increases job satisfaction, but also decreases depression levels and improves quality of life. Accordingly, it is suggested that awareness-raising and intervention strategies to reduce nomophobia levels in healthcare workers may be effective in increasing job satisfaction. It is thought that improvement efforts to reduce nomophobia levels in healthcare professionals may also have positive effects on patients and their relatives thanks to their potential as role models.

Keywords: Health Worker, Nomophobia, Depression, Quality of Life, Job Satisfaction, Addiction, Mobile Phone



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Teknolojik ilerlemeler, bilginin erişilebilirliğini önemli ölçüde artırmış, özellikle mobil iletişim ve internet teknolojileri bu dönüşümde başrol oynamıştır (1). Cep telefonları, konum ve zaman kısıtlamalarını ortadan kaldırarak bireylerin çeşitli faaliyetleri (alışveriş, e-posta, video izleme, bilgi edinme, oyun ve sosyal etkileşim vb.) gerçekleştirebildiği çok yönlü araçlara dönüşmüştür. Bu işlevsellik ve kullanım kolaylığı, cep telefonlarını modern yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirmiştir. Özellikle oyunlar ve sosyal medya uygulamaları, bireylerin mobil cihaz kullanım sürelerini önemli ölçüde etkilemektedir (2).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2023 Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 16-74 yaş aralığındaki bireylerde internet kullanım oranının %87,1'e yükseldiğini göstermektedir (3). Bu oran, 2022'de %85,0 olarak kaydedilmiş olup, internet kullanımında belirgin bir artış trendini ortaya koymaktadır. Akıllı telefonların yaygın kullanımının ve bu cihazların birçok işlevinin internet bağlantısına bağımlı olmasının bu artışta etkili olduğu düşünülmektedir (4).

İnternet ve akıllı telefonların yaygın kullanımı, beraberinde çeşitli sorunlar getirmektedir. Bu teknolojiler, kullanıcıların psikososyal ve bilişsel süreçlerinin yanı sıra, uzun süreli ekran maruziyetine bağlı fiziksel sağlık sorunlarına (baş-boyun ağrısı, göz ve uyku bozuklukları gibi) yol açabilmektedir (5).

Akıllı telefonların aşırı kullanımı bağımlılık benzeri davranışlara, konsantrasyon eksikliğine ve çeşitli yaşam alanlarında kazalara yol açabilmektedir. Bu nedenle, akıllı telefon kullanımının bireyler üzerindeki etkileri önemli bir araştırma konusudur (6).

Günümüzde cep telefonları, iletişim aracı olmanın ötesine geçerek bireylerin yaşamlarında vazgeçilmez bir ihtiyaç ve statü sembolü haline gelmiştir. Bu durum, cep telefonu bağımlılığının yaygınlaşmasına neden olmuştur. Literatürde "nomofobi" olarak adlandırılan bu kavram, cep telefonundan uzak kalma korkusu anlamına gelmektedir ve İngilizce "No Mobile Phobia" ifadesinden türetilmiştir (7).

Nomofobi, bireylerin cep telefonuna ulaşamama, kullanamama veya kaybetme durumlarında hissettikleri anksiyete, kaygı, yalnızlık ve rahatsızlık duygularını ifade

eden bir kavramdır. Patolojik bir korku olarak tanımlanan nomofobi, ilk kez 2008 yılında ortaya atılmıştır. Bragazzi ve Del Puente, nomofobinin bireylerde stres ve kaygı oluşturduğunu vurgulamış ve bu durumun DSM-V'e dahil edilmesini önermiştir. Bu öneri, nomofobinin bireyler üzerindeki potansiyel zararlı etkilerinin ciddiyetine dikkat çekmektedir (8).

Nomofobinin bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığının yanı sıra kişilik ve davranışlarında önemli değişikliklere yol açtığı bilinmektedir. Bu durum, bireylerin akademik ve mesleki performansını olumsuz etkileyebilir. Sağlık personelleri açısından nomofobinin etkileri daha kritik olup, hayati durumlar ve acil tıbbi müdahalelerde dikkat ve iş sürekliliğini tehlikeye atabilir. Son yıllarda, sağlık çalışanları arasında iş ile ilgisiz akıllı telefon kullanımının arttığı, hemşirelerin %75'inin iş esnasında kişisel iletişim amacıyla telefon kullandığı rapor edilmiştir. Bu durum, tıbbi müdahalelerin ertelenmesi, dikkat dağınıklığı, hasta güvenliğinin tehlikeye girmesi, veri gizliliği ihlalleri ve iletişim bozuklukları gibi ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (9).

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile günlük yaşamlarında cep telefonlarıyla olan ilişkileri arasındaki etkileşimi anlamak ve meslek gruplarına göre cep telefonunun yaşam üzerindeki etkilerini belirlemek hedeflenmiştir. Ayrıca, hastanemize yeni başlayan sağlık çalışanlarının nomofobi düzeylerini ölçerek, nomofobinin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi üzerindeki etkilerini incelemek amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında, işe başladıktan sonraki üç aylık sürede iş doyumu düzeyleri ve sağlık sektöründe aktif çalışmanın nomofobi düzeyleri üzerindeki etkileri de değerlendirilecektir. Bu sayede, sağlık çalışanlarında nomofobinin bireysel ve mesleki yaşamdaki rolünü kapsamlı bir şekilde ortaya koymak hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.BAĞIMLILIK

2.1.1.Bağımlılığın Tanımı

Bağımlılık, bir davranışın veya maddenin etkilerine karşı tolerans geliştikçe giderek daha büyük düzeylerde tekrarlanması ve buna rağmen bireyin bu alışkanlığı sürdürmeye devam etmesi durumudur. Bu süreçte, kullanımın ya da davranışın yol açtığı olumsuz sonuçlara rağmen birey, alışkanlığı bırakamaz ve azaltmaya çalıştığında yoksunluk belirtileriyle karşılaşır (10). Diğer bir deyişle bağımlılık, bir kişi için bir madde, aktivite veya davranışa yönelik yoğun ve kontrol edilemeyen bir ihtiyaç duyma hali olarak tanımlanabilir. Bu ihtiyaç, sürekli olarak tatmin edilmeye çalışılır ve birey bu uğurda birçok zorlukla karşılaşsa bile durdurulamaz bir istek içinde olur (11).

Amerikan Bağımlılık Tıbbi Derneği'ne göre bağımlılık, beynin mezolimbik ödül sisteminde meydana gelen bozulmaların hem nörobiyolojik hem de davranışsal yönlerini ortaya koyarak bağımlılık davranışlarının etkilerini anlamayı hedefler. Bu tanıma göre bağımlılık, beyin ödül sistemi, motivasyon, hafıza ve ilgili sinir devrelerinde kronik ve temel bir hastalıktır. Bu devrelerdeki düzensizlikler kişinin biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal düzeyde çeşitli belirtiler göstermesine neden olur. Bağımlı bireyler, patolojik bir şekilde ödül veya rahatlama arayışı içerisine girer ve bunu madde kullanımı ya da bağımlılık yapıcı diğer davranışlarla gerçekleştirir. Bağımlılık, kişinin maddeden veya bağımlılık yaratan davranıştan uzak duramaması, davranışlarını kontrol edememesi, aşırı istek duyma (aşırma), bireyin kendi davranışları ve sosyal ilişkilerinde meydana gelen ciddi sorunları fark edememesi ve işlevsiz, dengesiz duygusal tepkiler vermesiyle tanımlanır (12).

Bağımlılık, bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyerek sosyal, fiziksel ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Genellikle bağımlılık, bireyin memnuniyet veya haz arayışı ile maddeyi bıraktığında yaşadığı yoksunluk belirtileri arasında bir kısır döngü oluşturur; bu da kişiyi bağımlılığı sürdürmeye zorlar (13). Bağımlılıklar, hem sağlık açısından hem de toplumsal açıdan ciddi bir tehdit

oluşturur. Fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkileyerek bireyin yaşam kalitesini düşürürken, aynı zamanda aile ilişkilerini bozmakta, iş performansını düşürmekte ve bireyin sosyal çevresiyle olan uyumunu zorlaştırabilmektedir. Bu olumsuz etkiler, toplum düzenine de zarar vererek bağımlılıkların geniş çaplı bir sorun haline gelmesine yol açar (11).

2.1.2.Bağımlılığın Modelleri

Bağımlılığı açıklayan tek bir genel model yoktur; bağımlılık farklı yaklaşımlarla ele alınmaktadır. Bağımlılıkla ilgili üç temel model öne çıkmaktadır. İlk olarak **hastalık modeli** bağımlılığı tıbbi bir durum olarak görür ve bireyin kontrolünde olmayan bir hastalık olarak kabul eder. İkinci olarak **uyarlanabilir model** bağımlılığı bireyin stresle başa çıkma mekanizması veya olumsuz yaşam koşullarına bir tepki olarak değerlendirir. Üçüncü olarak **yaşam tarzı modeli** bağımlılığı bireyin tercih ettiği yaşam tarzları ya da toplumsal roller üzerinden analiz eder.

Bağımlılığın sıkça gözlemlenen belirtileri arasında şu unsurlar yer alır:

1. Bireyin bir madde, davranış veya ilişkiye aşırı ilgi göstermesi ve sürekli bu konuya odaklanması.
2. Madde kullanımında veya belirli bir davranışta kontrolü kaybetmesi, bu durumu yönetememesi.
3. Kontrol kaybının ve bağımlılığın yarattığı olumsuz sonuçların çevresi tarafından fark edilmesi ve dile getirilmesi.
4. Olumsuz etkilerine rağmen bireyin madde kullanmaya veya zararlı davranışı sürdürmeye ısrarla devam etmesi

Modeller ve belirtiler, bağımlılığın çok yönlü ve karmaşık bir sorun olduğunu gösterir (14).

Bağımlılık kavramını tanımlamak zordur ve bu terimin akademik çevrelerde kullanımı hâlâ tartışmalı bir konudur (15). Ancak bu kavramın merkezinde bir maddeye veya aktiviteye olan bağımlılık yer almaktadır (16). Geçmişte, "maddeyle ilişkili olmayan davranışsal bağımlılık" kavramı uluslararası alanda kabul gören iki

önemli tanı kılavuzunda, yani DSM-IV-TR (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) ve ICD-10'da (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) yer almamaktaydı. Bu kılavuzlar sadece kimyasal maddelere bağlı bağımlılıkları ele alıyordu (17).

Uzun süre boyunca alkol, nikotin veya eroin gibi maddelerin bağımlılığa yol açtığı düşünülse de, günümüzde davranış bilimleri uzmanları bağımlılık kavramını daha geniş bir çerçevede ele almaktadır. Artık yalnızca kimyasal maddeler değil, bireyi sürekli meşgul eden her türlü aktivitenin bağımlılık yaratabileceği kabul edilmektedir. Kumar oynamak, uyuşturucu kullanmak, bilgisayar oyunlarına aşırı zaman ayırmak, sohbet sitelerinde vakit geçirmek veya internette saatlerce gezinmek gibi davranışların başlangıçta basit bir alışkanlık olarak görülmesine rağmen zamanla birey için zorunlu ve kontrol edilemez bir hale gelmesi bağımlılık gelişimi olarak değerlendirilir (18).

Bağımlılığa yol açan davranışlar genellikle bireyler tarafından "kontrolün kaybedilmesi" olarak subjektif bir şekilde algılanır. Kişi bu davranışı durdurmaya ya da sınırlı bir şekilde devam ettirmeye çalışsa da, bu çabalar çoğunlukla başarısız olur ve davranış tekrarlanır. Bu tür alışkanlıklar, genellikle kısa vadeli haz veya ödül peşinde koşmayı içerir, ancak uzun vadede ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bağımlılık yapan davranışlar, başlangıçta keyif verici olsa da zamanla bireyin hayatında yıkıcı etkiler bırakır. Tedavi süreçleri veya kişinin kendi kendine bu durumla başa çıkma girişimleri de çoğunlukla nökslerle sonuçlanır, yani kişi bir süre uzak kalsa bile tekrar aynı davranışa geri dönebilmektedir. Bağımlılıkla mücadelede kalıcı bir çözüm bulmak genellikle zorlu bir süreçtir (19).

Peele, bağımlılığın yalnızca kimyasal maddelere bağlı olmadığını, davranışsal bağımlılıkların da gelişebileceğini savunarak bu fikri popüler hale getirmiştir (18). Peele'nin görüşünü benimseyen bazı araştırmacılar, bağımlılığın mutlaka bir kimyasal uyarıcıya bağlı olmak zorunda olmadığını öne sürmüşlerdir (20). Örneğin, "bağımlılık" kavramı genişletilerek kumar oynama (21), video oyunları (22), aşırı yeme bozuklukları (23), spor ve fiziksel egzersiz (24), sosyal medya kullanımı (25), seks bağımlılığı, aşırı çalışma (26) ya da suç gibi davranışları kapsayacak şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu tür davranışsal bağımlılıklar kimyasal maddelerle

ilişkili olmasa da bazı araştırmacılar bu bağımlılıkların temel özelliklerinin kimyasal bağımlılıklara benzediğini belirtmiştir (23).

2.1.3.Bağımlılık Kriterleri

Günümüzde, davranışsal bağımlılığın tanısını koyabilmek için belirli kriterler öne sürülmektedir. Araştırmacılar bireyin işlevselliğinde, sosyal ilişkilerinde ya da diğer toplumsal alanlarda belirgin bir bozulma yaşanmasının bu tür bağımlılıkların temel göstergeleri olduğunu vurgulamaktadır. Kimyasal madde kullanılsa bile, bireyin hayatındaki bu aşırı davranışların iş, aile ve sosyal çevresinde olumsuz etkiler yaratması davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilmektedir (27).

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10'a (ICD-10) göre bir kişiye "bağımlılık tanısı" koyabilmek için son bir yıl içinde aşağıdaki belirtilerden en az üçünün görülmesi yeterli sayılmaktadır:

1. Kişinin maddeyi kullanmaya yönelik güçlü ve karşı konulmaz bir arzu hissetmesi.
2. Madde kullanımına başladığında, kullanımını durdurmada veya kontrol altında tutmada zorlanması.
3. Maddeyi bırakmaya ya da miktarını azaltmaya çalıştığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.
4. Maddeye karşı tolerans gelişmesi; yani, başlangıçta daha düşük dozlarla elde edilen etkinin zamanla aynı şekilde hissedilebilmesi için daha yüksek miktarların gerekli hale gelmesi.
5. Madde kullanımı yüzünden kişinin eski zevk ve ilgi alanlarını ihmal etmesi, maddeyi sadece yoksunluk belirtilerini önlemek için kullanmaya başlaması.
6. Maddenin neden olduğu açık zararlara rağmen, kişinin maddeyi kullanmaya devam etmesi.

Bahsedilen kriterler, bireyin maddeye fiziksel ve psikolojik olarak ne derece bağımlı hale geldiğini ve bu bağımlılığın yaşamını nasıl olumsuz etkilediğini anlamaya yardımcı olur (28).

Ercan'a göre, "bağımlı birey" şu şekilde tanımlanmaktadır: Kişi, kullandığı birden fazla maddeyi bırakmak istemesine rağmen bunu başaramaz. Maddeyi kullanma sıklığı ve miktarı, bırakma arzusu olmasına rağmen giderek artar. Maddeye erişemediğinde ise yoksunluk belirtileri yaşar. Ayrıca, maddenin sağlığa zarar verdiğini bilmesine ve bu olumsuz etkileri bizzat deneyimlemesine rağmen, kişi maddeyi kullanmaya devam eder (29).

Bağımlılık denildiğinde çoğu kişinin aklına öncelikle uyuşturucu, tütün ve alkol gibi kimyasal maddelerin kullanımı gelir. Ancak bağımlılık sadece bu maddelerle sınırlı değildir. Kumar oynamak, televizyon izlemek, bilgisayar oyunları gibi günlük aktiviteler de bağımlılık yaratabilmektedir. Bu tür davranışsal bağımlılıklar, kimyasal bağımlılıklar kadar ciddi olup benzer belirtiler gösterir. Zihni sürekli meşgul eden düşünceler, ruh hali değişiklikleri, yoksunluk belirtileri ve tekrarlayan nöksler, hem davranışsal hem de kimyasal bağımlılıkların ortak fiziksel ve psikolojik özelliklerindendir (28).

Bağımlılık çeşitleri farklı şekillerde tezahür edebilmektedir. Madde bağımlılığı kategorisinde alkol, nikotin, narkotikler ve bazı reçeteli ilaçlar yer almaktadır (30). Bu tür bağımlılıklar, vücutta yarattıkları fizyolojik değişiklikler nedeniyle bağımlılık yapıcı özellik gösterirler. Öte yandan, davranışsal bağımlılıklar arasında kumar, aşırı internet kullanımı, kompulsif alışveriş ve cinsel dürtü kontrolsüzlüğü gibi belirli davranış kalıpları bulunur (31). Bu bağımlılık türleri, tekrar eden davranışların beyin ödül sistemini uyarması sonucu gelişir (32).

Bağımlılık kavramı, zaman içinde önemli bir evrim geçirmiştir. 1964'te Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bağımlılığı fizyolojik ve psikolojik olmak üzere iki ana kategoriye ayırmıştır. Bu ayırım, madde bağımlılığı ve alışkanlıkların bağımlılık olarak tanımlanmasına yol açmıştır. Sonraki yıllarda beyin ve işlevleri üzerine yapılan

araştırmalar, kimyasal madde kullanımı dışındaki davranışların da bağımlılık yaratabileceğini ortaya koymuştur (33).

Bu gelişmelerin ışığında, 1990 yılında Isaac Mark "Davranışsal Bağımlılık" terimini literatüre kazandırmıştır (34). Bu terim, kişinin işlevselliğini azaltan ve tekrarlayıcı dürtülerle karakterize olan davranışları tanımlamak için kullanılmıştır. Davranışsal bağımlılık kavramı; internet, yeme, alışveriş, seks, egzersiz, oyun ve iş bağımlılığı gibi çeşitli durumları kapsamaktadır (35).

2006 yılında yapılan bir araştırma, madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılığın beyinde benzer mekanizmalar üzerinden geliştiğini göstermiştir. Bu bulgu, bağımlılık kavramının daha geniş bir perspektiften anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadır (36).

Madde ve davranış temelli bağımlılıkların temel özellikleri arasında duygusal dalgalanmalar, zihinsel odaklanma, mahrumiyet semptomları, artan tolerans ve tekrarlama eğilimi gibi unsurlar yer almaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar, bu özelliklerin hem kimyasal hem de davranışsal bağımlılıklarda ortak olduğunu göstermektedir (37).

Bağımlılık alanında önemli çalışmaları bulunan Griffiths, bir davranışın bağımlılık olarak nitelendirilebilmesi için madde bağımlılığında görülen altı temel kriterin tamamını karşılaması gerektiğini ileri sürmüştür (38). Bu kriterler; belirginlik, ruhsal durum değişikliği, tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, kişilerarası çatışma ve tekrarlama davranışı olarak sıralanabilir (39). Bu altı kriter, bağımlılığın tanımlanmasında kullanılan temel ölçütleri oluşturmaktadır. Bağımlılık davranışının altı temel özelliği şu şekilde açıklanabilir:

Belirginlik: Bağımlılık yapan davranış, kişinin yaşamında merkezi bir rol oynamaya başlar. Birey, bu davranışı gerçekeştirmek için güçlü bir istek duyar ve bu dürtüyü kontrol etmekte zorlanır. Düşünceleri sıklıkla bu davranış etrafında döner.

Ruhsal Değişim: Bağımlı kişi, söz konusu davranışı her tekrarladığında farklı duygusal ve deneyimsel sonuçlarla karşılaşır. Bu davranış, genellikle günlük yaşamın zorluklarından kaçış veya baş etme mekanizması olarak işlev görür.

Tolerans: Zamanla bağımlı kişi aynı tatmin düzeyine ulaşmak için davranışı daha sık veya daha yoğun bir şekilde gerçekleştirme ihtiyacı duyar. Bu durum, kimyasal bağımlılıklarda iyi bilinen bir fenomen olmasına rağmen, davranışsal bağımlılıklarda da giderek daha fazla gözlemlenmektedir.

Yoksunluk Belirtileri: Bağımlılık yapıcı bir davranışın aniden kesilmesi veya azaltılması durumunda ortaya çıkan rahatsız edici fiziksel ve duygusal tepkiler bütünüdür. Bu sendrom, hem madde bağımlılığında hem de davranışsal bağımlılıklarda gözlemlenmektedir. Örneğin kişi huzursuzluk, uykusuzluk, baş ağrısı gibi belirtiler yaşayabilmektedir.

Çatışma: Bağımlılık geliştikçe kişinin yakın çevresiyle ve iş hayatında problemler yaşaması kaçınılmaz hale gelir. Bağımlı birey, kısa süreli tatmin arayışı nedeniyle uzun vadeli olumsuz sonuçları göz ardı edebilmekte, bu da aile ve arkadaşlarıyla anlaşmazlıklara, iş performansında düşüşe yol açabilmektedir.

Tekrarlama: Bağımlılıkta sık karşılaşılan bir durum, kişinin uzun bir kontrol döneminden sonra bile eski alışkanlıklarına geri dönme eğilimidir. Bu durum, özellikle stresli zamanlarda veya tetikleyici durumlarla karşılaşıldığında ortaya çıkabilmektedir. Nüks sırasında, bağımlılık davranışı genellikle en yoğun olduğu dönemlerdeki seviyeye hızla ulaşabilmektedir (40).

2.2.BAĞIMLILIĞIN PATOFİZYOLOJİSİ

Bağımlılık, çok yönlü bir sağlık sorunudur ve genetik, sosyal, kültürel ve nörolojik faktörlerin etkileşiminden kaynaklanır. Bu kronik durum, bireylerin zararlı maddeleri veya davranışları tekrar etme dürtüsüyle karakterizedir. Alkol, uyuşturucular ve nikotin gibi maddeler kullanıcıların sağlığına zarar vermesine rağmen tüketimi sürdürme eğilimi gösterirler (41).

Bağımlı bireyler, madde kullanımını kontrol etmekte veya bırakmakta zorlanırlar. Madde alımı kesildiğinde kaygı, huzursuzluk ve sinirlilik gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Bu durum kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkiler (42).

Bağımlılığın etkileri sadece kişisel sağlıkla sınırlı kalmaz. Toplumsal düzeyde, iş verimliliğinde azalma ve suç oranlarında artış gibi sorunlara yol açar. Ayrıca, geleneksel madde bağımlılıklarının yanı sıra günümüzde internet, kumar, aşırı yeme, aşırı egzersiz ve kompulsif alışveriş gibi davranışsal bağımlılıklar da yaygınlaşmaktadır (43).

Tedavi mümkün olmasına rağmen, bağımlılık yüksek nüks oranlarıyla bilinir. Bu nedenle, uzun süreli ve çok yönlü bir tedavi yaklaşımı gerektirir. Bağımlılığın gelişiminde genetik yatkınlık, kişisel deneyimler, çevresel etkiler ve beyin yapısındaki değişiklikler önemli rol oynar. Bu faktörlerin anlaşılması, etkili önleme ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde kritik öneme sahiptir (44).

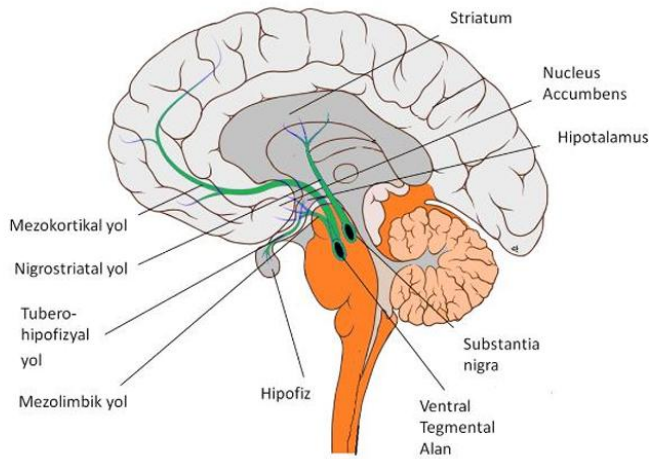
Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı beynin ödül sistemi, karar verme mekanizmaları ve bilişsel işlevlerle ilgili yapılarda önemli değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler hem yapısal hem de işlevsel düzeyde gerçekleşir. Araştırmalar, bağımlılık sürecinde beynin ödülle ilişkili sinir ağlarının yeniden şekillendiğini göstermektedir (45).

Beynin ödül sistemi üzerine yapılan ilk önemli çalışmalar 1950'li yıllara dayanmaktadır. Bu dönemde, Miller ve Olds adlı bilim insanları fareler üzerinde yaptıkları deneylerle ödül sisteminin işleyişini incelemeye başlamışlardır. Bu çalışmalar sonucunda, ödül sisteminin sadece haz alma ile sınırlı olmadığı, aynı zamanda dikkat, işlevsellik, beklenti oluşturma, motivasyon ve teşvik gibi karmaşık süreçlerde de kritik bir rol oynadığı anlaşılmıştır (46).

Beyindeki ödül sisteminin önemli bir parçası olan mezokortikolimbik sistem, bağımlılık mekanizmalarının anlaşılmasında kritik bir rol oynamaktadır (Şekil 1). Bu

sistem iki ana yoldan oluşur: mezolimbik ve mezokortikal yollar. Bu yollarla dopamin adı verilen bir nörotransmitter önemli bir işlev görür (47).

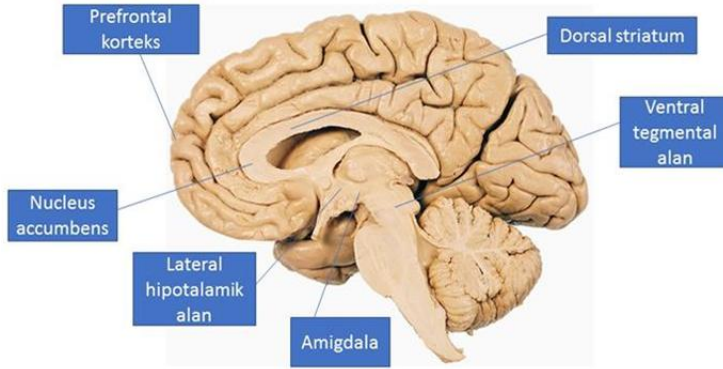
Mezolimbik yol beyin ventral tegmental alanından başlayarak ödül ve motivasyonla ilişkili bölgelere uzanır. Bu bölgeler arasında ventral striatum, duygusal tepkileri düzenleyen amigdala ve bellek oluşumunda rol oynayan hipokampus bulunur. Öte yandan mezokortikal yol, yine ventral tegmental alandan çıkarak karar verme ve dürtü kontrolünde önemli olan prefrontal kortekse ulaşır (48).



Şekil 1. Dopaminerjik yollar

Bağımlılık yapıcı maddeler bu sistemde dopamin salınımını artırarak beyindeki ödül mekanizmalarını etkiler. İlginç bir şekilde sadece kimyasal maddeler değil, internet kullanımı, kumar oynama, aşırı yeme ve kompulsif alışveriş gibi davranışlar da benzer etkilere sahiptir. Bu davranışlar da mezolimbik yolları aktive ederek dopamin salınımını artırır (49).

Mezokortikolimbik sistemdeki (Şekil 2) düzensizlikler bağımlılığın gelişiminde önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Ancak son araştırmalar bağımlılık sürecinin sadece dopamin sistemiyle sınırlı olmadığını, diğer nörotransmitter sistemlerinin ve beyin bölgelerinin de bu karmaşık süreçte rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle bağımlılığın tam olarak anlaşılması için daha geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (50).



Şekil 2. Mezokortikolimbik sistem yapıları

Mezokortikolimbik sistem bağımlılık mekanizmalarında önemli bir rol oynayan nöral yapıdır. Bu sistemin merkezi ventral tegmental alan (VTA) olarak adlandırılan beyin bölgesidir. VTA'da iki ana tip nöron grubu bulunur: dopaminerjik ve GABAerjik nöronlar. Dopaminerjik nöronlar, sistemin temel işlevini yerine getiren hücrelerdir ve beynin çeşitli bölgelerine sinyaller gönderirler (51).

Bu dopaminerjik nöronların hedef aldığı başlıca beyin bölgeleri şunlardır: nukleus akkumbens (NAc), ki bu bölge ödül ve motivasyon süreçlerinde kritik bir rol oynar; prefrontal korteks (PFC), ki bu alan karar verme ve dürtü kontrolünde önemlidir; ve amigdala (AMG), ki bu yapı duygusal tepkilerin düzenlenmesinde görev alır. Öte yandan GABAerjik nöronlar, dopaminerjik nöronların aktivitesini düzenleyen bir fren mekanizması görevi görür (52).

Bağımlılık yapıcı maddeler veya davranışlar bu sistemi etkileyerek bağımlılığa yol açar. Bu etkileşim genellikle mezolimbik dopamin yollarının aşırı uyarılması şeklinde gerçekleşir. Bu durum bağımlılığın nörobiyolojik temelini oluşturur ve neden bazı aktivitelerin veya maddelerin bağımlılık yapıcı olduğunu açıklamaya yardımcı olur (53).

Bağımlılık mekanizmalarında mezokortikolimbik sistemin yanı sıra nigrostriatal yolak da önemli bir rol oynamaktadır. Bu yolak, beyin orta kısmında bulunan substantia nigra pars compacta ile dorsal striatum arasında nöral bir bağlantı oluşturur. Beynin ödül ve motivasyon sistemlerinde, ventral ve dorsal striatum farklı işlevler üstlenir. Ventral striatum daha çok motivasyon ve ödülle ilişkili öğrenme süreçlerinde rol alırken dorsal striatum karar verme, hedef odaklı davranışlar ve alışkanlıkların oluşumunda etkilidir (54).

Mezokortikolimbik yolda bulunan prefrontal korteks (PFC), amigdala ve hipokampus gibi beyin bölgeleri bağımlılık süreçlerinde kritik öneme sahiptir. Bu yapılar bilgi işleme ve öğrenme süreçlerinin yanı sıra, bağımlılıkla ilişkili koşullanma mekanizmalarında da önemli görevler üstlenir. Bu beyin bölgeleri arasındaki karmaşık etkileşimler, bağımlılığın nörobiyolojik temelini oluşturur ve bağımlılık davranışlarının gelişimini ve sürdürülmesini etkiler (55).

Bağımlılık gelişimi, bir maddenin ilk kullanımıyla her bireyde aynı şekilde gerçekleşmez. Bu süreç maddenin özellikleri kadar genetik yatkınlıkla da yakından ilişkilidir. İlk kullanımda genellikle keyif ve doyum hisleri ön plandadır. Bu aşamada "bilişsel dürtüsellik" olarak adlandırılan ve kişinin davranışı başlatmaktan kendini alıkoyamadığı bir durum ortaya çıkar. Bu süreçte ventral striatum adı verilen beyin bölgesi önemli bir rol oynar (56).

Zaman içinde özellikle internet kullanımı, kumar oynama veya madde kullanımı gibi davranışların tekrarlanmasıyla "kompulsif davranışlar" olarak tanımlanan ve kişinin davranışı durdurmakta zorlandığı bir aşamaya geçilir. Bu noktada bireyin önceliği maddeye ulaşmak veya belirli bir davranışı gerçekleştirmek haline gelir. Aynı zamanda bu madde veya davranışlara erişim olmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinden kaçınma çabası da görülür. Bu evrede dorsal striatum adı verilen beyin bölgesi ön plana çıkar (57).

Sonuç olarak madde kullanımı veya bağımlılık yapıcı davranışların sürdürülmesi, süreci giderek daha zorlayıcı bir hale getirir. Bu süreçte, beyin

aktivitesinin odağı ventral striatumdan dorsal striatuma kayar. Bu değişim, bağımlılığın nörobiyolojik temelini oluşturan önemli faktörlerden biridir (58).

2.3.BAĞIMLILIĞIN ORTAYA ÇIKIŞ SEBEPLERİ

Bağımlılık geliştirme süreci çok yönlü ve karmaşık bir olgudur. Bu süreçte bireyin genetik yapısı, psikolojik durumu, sosyal çevresi ve yaşam koşulları gibi çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bağımlılığın ortaya çıkmasında kişinin içsel dinamikleri kadar dış dünya ile olan etkileşimleri de önemli bir etkiye sahiptir. Örneğin, stresli yaşam olayları, aile içi sorunlar veya akran baskısı gibi çevresel faktörler, bağımlılık riskini artırır (59).

Bununla birlikte bağımlılığın gelişiminde biyolojik ve psikolojik faktörler de kritik bir rol oynamaktadır. Beyin kimyasındaki değişiklikler, genetik yatkınlık, kişilik özellikleri ve ruhsal sorunlar bağımlılık eğilimini etkileyebilir. Bu nedenle bağımlılığı anlamak ve tedavi etmek için bütüncül bir yaklaşım benimsemek, yani biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri bir arada değerlendirmek önem taşımaktadır (59).

2.3.1.Biyolojik Sebepler

Bağımlılığın biyolojik temellerini anlamak için üç önemli faktörü incelemek gerekir: beyin ödül sistemi, genetik yatkınlık ve aşırme dürtüsü. Beyin ödül sistemi, kişinin hayatta kalmasını ve uygun davranışlar sergilemesini sağlayan karmaşık bir mekanizmadır. Bu sistem bireyin belirli aktivitelerden haz almasını ve bu aktiviteleri tekrarlamasını sağlar (29).

Genetik yatkınlık, bağımlılık riskini etkileyen önemli bir faktördür. Kişinin ailesinden miras aldığı gen dizilimleri ve kromozomlar, bağımlılık eğilimini artırabilir veya azaltabilir. Bu genetik faktörler bireyin madde kullanımına veya bağımlılık yapıcı davranışlara karşı duyarlılığını belirlemede rol oynar (29).

Aşırme dürtüsü, bağımlılık sürecinde kritik bir bileşendir. Bu, kişinin belirli bir maddeye veya davranışa karşı yoğun bir arzu duyması olarak tanımlanabilir. Aşırme, bağımlılığın sürdürülmesinde ve nüksetmesinde önemli bir rol oynar (60).

Beynin yapısı ve işleyişi de bağımlılık sürecinde önemlidir. Limbik sistem, duyguları ve haz alma mekanizmalarını düzenler. Bu sistem, kişinin keyif aldığı aktiviteleri gerçekleştirirken aktif hale gelir. Öte yandan korteks sistemi, beynin bilişsel işlevlerini yönetir. Planlama, problem çözme ve karar verme gibi üst düzey düşünme becerilerinden sorumludur (60).

Limbik sistemin haz duyguları üzerindeki etkisi, bireylerin olumsuz duygusal ve düşünsel durumlardan kaçınma eğilimini artırabilir. Bu durum, kişiyi zevk veren ancak potansiyel olarak zararlı olan maddelere veya davranışlara yönlendirebilir. Sonuç olarak bu karmaşık nörobiyolojik süreçler bağımlılığın gelişmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (59).

2.3.2.Bireysel Özellikler

Kişilik, bir bireyi benzersiz kılan ve diğerlerinden ayıran özelliklerin bütünüdür. Bu özellikler kişinin düşünce yapısını, davranışlarını ve çeşitli durumlara verdiği tepkileri şekillendirir. Bireyin yaşamında karşılaştığı zorluklar, çatışmalar ve hayal kırıklıkları gibi durumlarla başa çıkma yeteneği de bu kişilik özelliklerinden etkilenir (61).

Bazı bireyler kişilik özellikleri nedeniyle çeşitli zorluklar yaşar. Örneğin, sorumluluk almaktan kaçınan, başkalarının fikirlerine aşırı bağımlı olan, kendi düşünce ve davranışlarını geliştirmekte güçlük çeken, aşırı uyumlu davranan veya yalnız kalmaktan aşırı korkan kişiler, altta yatan kişilik bozuklukları yaşıyor olabilmektedir. Bu tür özellikler, bireyin günlük yaşamını ve ilişkilerini önemli ölçüde etkiler (62).

2.3.3.Psikolojik Sebepler

Benlik kavramı, bireyin kimliğini oluşturan temel yapı taşıdır. Bu kavram, kişinin kendini nasıl algıladığını, düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını şekillendiren bir çerçeve sunar. Benlik farkındalığının gelişmesi, bireyin toplum içinde sağlıklı ilişkiler kurabilmesi ve yaşamını etkin bir şekilde sürdürebilmesi için kritik öneme sahiptir (63).

Benlik, sosyal etkileşimlerin merkezinde yer alır. Bireyin diğer insanlarla ilişki kurma, topluma uyum sağlama ve çevresini anlamlandırma süreçlerinde önemli bir rol oynar. "Ben kimim?" sorusu, her bireyin kendi benlik anlayışını ve kişisel kimliğini şekillendiren temel bir sorgulama olarak karşımıza çıkar (63).

Aile ortamı, benlik gelişiminin ilk ve en önemli aşamasıdır. Çocuğun sevgi, saygı ve güven içinde büyümesi, sağlıklı bir benlik algısı geliştirmesinde büyük önem taşır. Ancak günümüzde teknolojik araçların yaygın kullanımı, aile içi iletişimi ve çocukların benlik gelişimini etkileyebilmektedir (60).

Duygusal ihtiyaçların karşılanmaması durumunda, bireyler alternatif yollar aramaya yönelir. Örneğin teknolojik araçlar bazı bireylerin güvensizlik, yalnızlık veya sevgi eksikliği gibi duygusal boşlukları doldurmak için başvurduğu bir araç haline gelir. Bu durum, özellikle çocuklar ve gençler arasında teknoloji bağımlılığı riskini artırır (60).

Bağımlılıkların gelişiminde sosyal öğrenme süreçleri de önemli bir rol oynar. Bireyler çevrelerindeki kişileri gözlemleyerek, onlarla özdeşim kurarak ve davranışlarını taklit ederek yeni alışkanlıklar edinir. Bu nedenle, özellikle aile içinde ve sosyal çevrede sağlıklı rol modellerin varlığı, bağımlılık riskini azaltmada etkili olabilmektedir (60).

2.3.4. Toplumsal ve Kültürel Faktörler

Bağımlılık doğuştan gelen bir özellik değil, zaman içinde öğrenilen bir davranış biçimidir. Toplumsal çevre ve kültürel etmenler, bağımlılığın gelişiminde ve ilerleyişinde önemli rol oynar. Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde, ebeveynlerin rehberlik ve eğitim rolleri kritik öneme sahiptir. Bu dönemlerde uygulanan etkili ebeveyn denetimi ve yönlendirmesi, madde kullanımını önlemede güçlü bir faktör olarak karşımıza çıkar (60).

Aile ortamı, çocukların gelişiminde ve davranışlarının şekillenmesinde temel bir etkidir. Ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumları - ister otoriter, ister demokratik, ister serbest bırakıcı olsun - çocukların kişilik oluşumunu ve davranış kalıplarını

doğrudan etkiler. Ayrıca aile içi iletişim ve etkileşim biçimleri, çocukların madde kullanımına yönelik tutumlarını şekillendirir (64).

Aile, çocukların temel duygusal ihtiyaçlarının karşılandığı ilk ortamdır. Sevgi, saygı ve aidiyet duygusu gibi temel ihtiyaçların yeterli düzeyde karşılanması, sağlıklı bir kişilik gelişimi için vazgeçilmezdir. Bu bağlamda, aile dinamikleri ile madde kullanımı arasında sıkı bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Olumlu aile ortamı ve etkili ebeveyn-çocuk ilişkileri, madde kullanımı riskini azaltmada önemli bir koruyucu faktör olarak işlev görür (60).

2.3.5. Ruhsal Sebepler

Ruhsal sağlık ve madde kullanımı arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon ve madde kullanımı birbirini tetikleyebilir; bazı kişiler depresyonla baş etmek için madde kullanırken, madde kullanımı da depresyona yol açabilir. Araştırmalar, depresyon tanısı alan kişilerin önemli bir kısmının madde kullanımına başvurduğunu göstermektedir, bu da iki durum arasında çift yönlü bir etkileşime işaret eder (64).

Bireylerin ruhsal sıkıntılarını hafifletmek için madde kullanımına yönelmeleri yaygın bir durumdur. Örneğin, anksiyete ve stresle mücadelede alkol veya diğer maddeler tercih edilebilir. Ancak bu kullanım ciddi ruhsal bozuklukların gelişimine de zemin hazırlayabilir. Madde kullanımı ve kişilik sorunları arasındaki güçlü bağlantı, madde kullanımının ruhsal hastalıkların hem sebebi hem de sonucu olabileceğini gösterir (60).

Madde bağımlılığı olan kişilerde sıkça görülen bir durum anti-sosyal kişilik bozukluğudur. Bu bozukluğa sahip bireyler genellikle hukuki sorunlar yaşar, kendilerine zarar verme eğilimi gösterir ve sosyal ilişkilerinde zorluklar yaşar. Eleştirilere karşı duyarsızlık, ani öfke patlamaları ve başkalarına zarar verme eğilimi, bu bozukluğun tipik belirtileri arasındadır (60).

2.4.BAĞIMLILIK TÜRLERİ

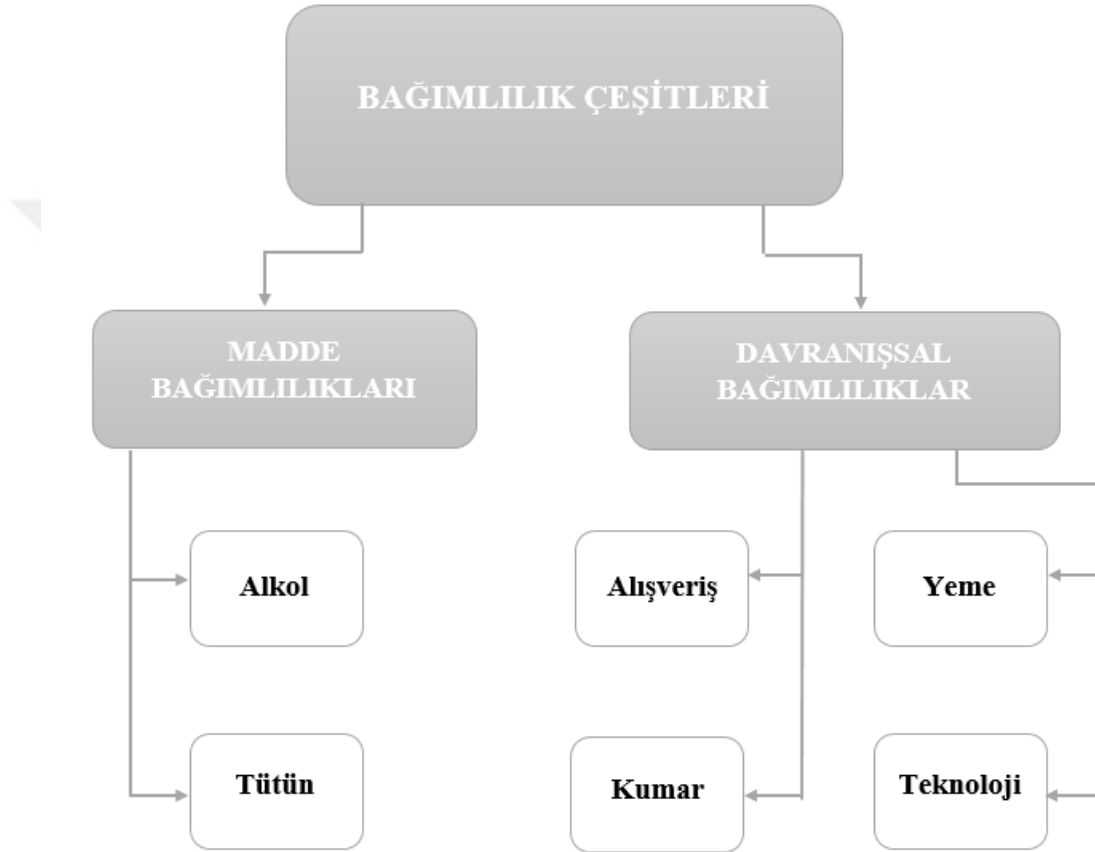
Bağımlılık kavramı, zaman içinde evrim geçirmiş ve çeşitli tanımlamalarla karşımıza çıkmıştır. Bu gelişim süreci bağımlılığın ne kadar karmaşık ve çok boyutlu bir olgu olduğunu gözler önüne sermektedir. Günümüzde bağımlılık sadece madde kullanımıyla sınırlı kalmayıp teknolojik ve sosyal davranışları da kapsayacak şekilde genişlemiştir. Bu durum, bağımlılık araştırmalarının sürekli olarak yeni boyutlar kazandığını göstermektedir (65).

Bağımlılığın kapsamını daha iyi anlamak için farklı türlerini incelemek önem taşır. Geleneksel madde bağımlılıklarının yanı sıra davranışsal bağımlılıklar da dikkat çekmektedir. Örneğin internet, kumar ve teknoloji bağımlılıkları gibi yeni nesil bağımlılıklar, günümüzde ciddi sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Teknoloji bağımlılığı özelinde, televizyon ve akıllı telefon kullanımı gibi alt kategoriler de incelenmelidir (65).

Bağımlılık türleri, genel olarak iki ana başlık altında toplanabilir: madde bağımlılıkları ve davranışsal bağımlılıklar. Madde bağımlılıkları, nikotin, alkol veya uyuşturucu gibi zararlı maddelerin sürekli ve kontrol edilemez şekilde kullanımını ifade ederken; davranışsal bağımlılıklar, kumar oynama, aşırı internet kullanımı veya teknolojiye aşırı bağlılık gibi belirli davranışların kompulsif tekrarını içerir. Bu ayrım, bağımlılığın hem fizyolojik hem de psikolojik yönlerini anlamada ve etkili tedavi yöntemleri geliştirmede kritik bir rol oynamaktadır (66).

Dikkat çekici bir nokta, teknoloji bağımlılığı ile madde bağımlılığının beyinde benzer etkilere yol açmasıdır. Her iki bağımlılık türü de beynin ödül sistemini etkileyerek haz ve ödül duygularını düzenleyen bölgeleri aktive eder. Bu benzerlik, her iki bağımlılık türünün de beyin kimyasını etkileyerek bireylerin davranış ve duygularını şekillendirdiğini gösterir. Bu bilgiler, bağımlılıkların karmaşık doğasını ve ruh sağlığı üzerindeki geniş kapsamlı etkilerini anlamamıza yardımcı olmaktadır (59).

Her bir bağımlılık türünün altında yatan nedenleri araştırmak ve bu bağımlılıkların bireylerde yol açtığı fiziksel, ruhsal ve sosyal etkileri detaylı bir şekilde incelemek, bağımlılığın çok yönlü doğasını kavramak açısından büyük önem taşır. Bu kapsamlı yaklaşım, bağımlılıkla mücadelede daha etkili stratejiler geliştirmemize ve bağımlılığın toplum üzerindeki etkilerini daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır (66).



Şekil 3.Bağımlılık çeşitleri şeması

2.4.1.Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığı konusundaki bilimsel çalışmalar gün geçtikçe daha geniş bir alanı kapsayarak artış göstermektedir. Bu araştırmalar, psikiyatri alanından toplum sağlığına kadar uzanan geniş bir yelpazede yürütülmektedir. Bağımlılığın bireysel ve toplumsal düzeydeki yaygınlaşması, konunun önemini artırmakta ve daha detaylı

incelenmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda, "madde" kavramının açık ve net bir şekilde tanımlanması, bağımlılığın doğasını ve etkilerini anlamak için kritik bir başlangıç noktası oluşturmaktadır (67).

"Madde" terimi, tıbbi kullanım dışında tercih edilen ilaçları ve çeşitli kimyasal bileşikleri ifade etmek için kullanılır. Bu kavram, keyif verici özelliği olan ve bağımlılık potansiyeli taşıyan kimyasal ürünleri kapsar. Bu maddeler, genellikle kişilerin duygu durumlarını, algılarını veya davranışlarını değiştirmek amacıyla kullanılır (68).

Madde bağımlılığı, belirli bir ilacın veya uyuşturucunun beyin fonksiyonları üzerindeki etkisiyle ortaya çıkan, kişiye geçici bir haz ve mutluluk hissi veren patolojik bir durumdur. Bu bağımlılık türü, bireyin sürekli veya düzenli aralıklarla madde kullanma isteğini tetikler ve çeşitli davranış bozukluklarına yol açar. Temelinde bu durum bir beyin hastalığı olarak değerlendirilir ve kişinin madde kullanımına karşı güçlü bir eğilim geliştirmesine neden olur. Sonuç olarak bu süreç bireyin zihinsel ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkiler, yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür (69).

Ruh sağlığı alanında önemli bir kaynak olan DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı), bağımlılık yapıcı maddeleri on temel grupta ele almıştır. Bu gruplandırma, esrar türevleri, alkollü içecekler, kafein içeren ürünler, halüsinasyona neden olan maddeler, afyon türevleri, solunabilen kimyasallar, sakinleştiriciler, uyku ilaçları, kaygı gidericiler, nikotin içeren ürünler, uyarıcı maddeler ve henüz sınıflandırılmamış diğer maddeleri kapsamaktadır. Bu detaylı sınıflandırma, her madde grubunun bağımlılık oluşturma potansiyelini ve etkilerini daha iyi anlamamıza olanak tanır (70).

Madde bağımlılığı, bireyin kullandığı madde üzerindeki kontrolünü yitirmesiyle karakterize edilen karmaşık bir durumdur. Bu süreçte, madde kullanımı kişinin yaşamında merkezi bir konuma gelir ve birey, maddenin etkisini sürdürmek için sürekli bir istek duyar. Bağımlılık, fiziksel ve psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkiler ve zaman içinde bu etkiler daha da belirginleşir. Bir kişiye madde bağımlılığı tanısı konulabilmesi için, belirli kriterlerin en az bir yıl boyunca gözlemlenmesi

gerekir. Bu kriterler, madde kullanımının kişinin hayatındaki olumsuz etkilerini ve bağımlılığın şiddetini değerlendirmede kullanılır. Aşağıda, bu tanı kriterlerinden bazıları ele alınacaktır (62):

- Maddenin etkisi zamanla azaldığında, aynı tatmini elde etmek için kişinin kullandığı madde miktarını giderek artırma ihtiyacı hissetmesi.
- Madde kullanımının azaltılması veya tamamen bırakılması durumunda, maddenin yokluğuna bağlı olarak fiziksel ve psikolojik yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.
- Kişinin, madde kullanımını durdurmak ya da sınırlandırmak istemesine rağmen bunu başaramaması ve kontrol kaybı yaşaması.
- Bireyin, madde bağımlılığından kurtulmaya yönelik çabalarına rağmen, maddeyi bırakmakta sürekli zorluk çekmesi.
- Madde kullanımı veya madde etkisi altında geçirilen zaman nedeniyle, bireyin yaşamında önemli ölçüde zaman kaybetmesi ve günlük rutinlerinin aksaması.
- Kişinin, madde kullanımından ötürü sosyal ilişkilerine, işine ve sorumluluklarına yeterince zaman ayıramaması ve bu nedenle gitmesi gereken yerlere gitmemesi.
- Bireyin, madde kullanımının hayatında çeşitli sorunlara yol açmasına rağmen bu alışkanlığı sürdürmeye devam etmesidir (62).

Madde bağımlılığı kişinin yaşamının bir parçası haline gelir ve birey maddeye çeşitli yollarla eriştikten sonra ona karşı sürekli bir arzu ve ihtiyaç geliştirir. Bu ihtiyaç, kişinin madde kullanımını düzenli olarak sürdürmesine neden olur. Zamanla, kullanılan madde miktarı giderek artar çünkü birey başlangıçtaki etkiyi elde edebilmek için daha fazla madde tüketmek zorunda kalır. Sürekli kullanım sonucu kişi hem psikolojik hem de fizyolojik olarak maddeye karşı tolerans geliştirir; yani maddenin etkilerini hissetme eşiği yükselir. Bu durum, bağımlılığın daha da derinleşmesine neden olur ve kişi maddeyi kontrolsüz bir şekilde kullanmaya devam ederek bağımlı hale gelir (71).

Madde bağımlılığının temel unsurları arasında fizyolojik etkiler, düzensiz davranışlar ve madde kullanımını kontrol edememe öne çıkar. Bağımlılık, beyin hem

yapısında hem de işleyişinde ciddi bozulmalara yol açan kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanır. Bu hastalığın teşhisinde vurgulanmayan ancak önemli bir başka özellik ise bağımlı kişilerin maddeye karşı duydukları yoğun arzu ve dürtüdür. Bu güçlü istek, bireylerin sürekli madde arayışına girmelerine ve madde kullanımını yönetme kapasitelerini tamamen kaybetmelerine neden olur. Sonuç olarak kişi, bu dürtüye karşı koyamadan madde kullanmaya devam eder ve yaşamını kontrol etmekte zorlanır (62).

Günlük yaşamda bireylerin ve toplumların yapısal özellikleri, madde bağımlılığının gelişiminde önemli bir rol oynar. Bu tür bağımlılıklar yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda kişinin diğer yaşam alanlarını da derinden etkiler. Sosyal çevre, aile ilişkileri ve toplumsal normlar, bağımlılığın ortaya çıkmasına katkıda bulunabilirken, bağımlılık da bireyin sosyal ilişkilerini, iş hayatını ve genel yaşam kalitesini ciddi şekilde zedeler. Bu iki yönlü etkileşim, madde bağımlılığının hem bireysel hem de toplumsal düzeyde geniş çaplı ve uzun vadeli sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir (65).

Ayrıca, bağımlılığın ortaya çıkmasıyla bireylerde çeşitli olumsuz duygusal ve psikolojik etkiler gelişir; kişiler, günlük sorumluluklarına uyum sağlamada zorluk yaşar ve bu yükümlülüklerden kaçınma eğilimi gösterir. Bu tür sorunlar, toplum içinde sosyal, dini ve kültürel yapıların bozulmasına neden olabilir. Ancak bu bozulmalar yalnızca madde bağımlılığı ile sınırlı değildir; aynı zamanda davranışsal bağımlılıklar da toplumsal yapıyı olumsuz etkiler. Bu nedenle, madde bağımlılığının yanı sıra, davranışsal bağımlılıkların da kapsamlı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Bu inceleme, bağımlılığın sadece madde kullanımıyla sınırlı olmadığını, aynı zamanda belirli davranış alışkanlıkları ile de ilişkili olduğunu ve bu durumun toplumsal etkilerinin geniş çaplı olduğunu anlamak açısından kritik öneme sahiptir (65).

2.4.1.1. Alkol Bağımlılığı

Alkol, bağımlılık yapıcı etkileri olan ve toksik özellikler taşıyan psikoaktif bir madde olan etanol içerir. Yüzyıllardır birçok kültürde yaygın olarak tüketilen alkol, aynı zamanda ciddi sağlık riskleri ve zararları ile bilinir. Etanolün merkezi sinir sistemi

üzerinde uyuşturucu etkileri vardır ve bu etkiler uzun süreli kullanımda bağımlılık ve çeşitli sağlık sorunlarına yol açar. Alkol kullanımına bağlı hastalıklar ve sağlık problemleri, toplumlar için büyük bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir (72).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 Küresel Alkol ve Sağlık Durum Raporu'na göre, 2016 yılında dünya çapında yaklaşık 3 milyon ölüm alkolün zararlı kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Bu ölümler dünya genelindeki tüm ölümlerin %5.3'ünü oluştururken, 69 yaş altındaki bireylerde gerçekleşen erken ölümlerin %7.2'si alkolle bağlantılıdır. Özellikle 20-39 yaş grubunda ölümlerin %13.5'inin doğrudan alkol kullanımına bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Bu istatistikler, alkol tüketiminin küresel sağlık üzerindeki ciddi olumsuz etkilerini açıkça ortaya koymaktadır (73).

Alkolün zararlı kullanımı, 200'den fazla sağlık sorunu ile doğrudan ilişkilendirilmiştir. Yalnızca yüksek miktarda alkol tüketimi değil, orta ve düşük seviyelerde bile alkol alımı önemli sağlık riskleri taşır. Alkol, özellikle kalp hastalıkları, karaciğer sirozu, inme ve birçok kanser türünün gelişimi için kritik bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Alkol tüketiminin her düzeyde dikkatle ele alınması gereken ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu vurgulanmaktadır (74).

2.4.1.2.Tütün Bağımlılığı

Tütünün içinde bulunan koyu renkli sıvı madde nikotin olarak bilinir ve bu madde, güçlü bağımlılık yapıcı etkisiyle öne çıkar. Nikotin alımı durduktan 90-120 dakika sonra yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaya başlar. Özellikle tütünün bırakıldığı ilk gün bu belirtiler en yoğun düzeye ulaşır, ancak zamanla etkileri giderek azalır ve sonunda kaybolur. Nikotin eksikliğinden kaynaklanan bu semptomlar, bırakma sürecinin başlangıcında oldukça yoğun hissedilse de, ilerleyen günlerde giderek hafifler ve sona erer. (75).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tütün bağımlılığı, nikotin kullanım bozukluğu olarak da bilinir ve bu durumun başlıca belirtileri şu şekildedir:

- Tütün tüketimini kontrol etme becerisinin kaybolması,
- Tütün kullanımının diğer aktivitelerden daha önemli hale gelmesi,

- Zararlı etkiler ve olumsuz sonuçlar görülmesine rağmen tütüne devam etme isteği,
- Zamanla nikotinin etkisinin azalması ve bu nedenle daha fazla nikotin kullanma ihtiyacının ortaya çıkması (tolerans gelişimi),
- Nikotin kullanımını bırakma veya azaltma girişiminde yoksunluk belirtilerinin görülmesi,
- Tütün kullanımının sosyal ve çevresel sorunlara neden olmasına rağmen tüketmeye devam edilmesi,
- Tehlikeli olabilecek durumlarda bile tütün tüketiminin sürdürülmesi,
- Evde, işte ya da okulda sorumlulukları yerine getirmekte zorluk çekilmesi sonucunda tekrar eden tütün kullanımı.

Bu belirtiler, tütün bağımlılığının bireyin hayatında ne kadar derin ve yaygın olumsuz etkiler yarattığını açıkça göstermektedir. Özellikle, kişinin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığına zarar vermesi ve sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açması, bağımlılığın ne denli ciddi bir problem olduğunu ortaya koymaktadır (75).

Tütün kullanımı, halk sağlığı açısından büyük bir tehdit oluşturmakta ve toplum genelinde pek çok hastalığın riskini artırarak bu hastalıkların yükünü önemli ölçüde ağırlaştırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 yılında yayımladığı Avrupa Tütün Kullanım Trendleri Raporu'na göre, sigara içmek erken ölüm oranlarını ciddi şekilde yükseltmektedir. Raporda, tütün kullanımının dünya genelinde erken ölümlerin en önde gelen sebeplerinden biri olduğuna dikkat çekilmekte ve tüm erken ölüm vakalarının yaklaşık %18'inin tütün tüketimiyle doğrudan bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır. Bu durum, tütün kullanımının yalnızca bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda küresel sağlık sistemlerine ve toplumun genel refahına nasıl büyük bir zarar verdiğini göstermektedir (75).

2.4.2.Davranışsal Bağımlılık

Bağımlılık denildiğinde çoğu insanın aklına ilk olarak sigara, alkol ve uyuşturucu gibi maddelerin kullanımına bağlı ortaya çıkan madde bağımlılığı gelir. Ancak bağımlılık kavramı yalnızca madde kullanımına özgü değildir (76). Madde dışı bağımlılıklar da

mevcuttur ve bu tür bağımlılıklar tekrarlayan ve dürtüsel davranışlarla hem bireye hem de çevresine zarar verebilmektedir. Davranışsal bağımlılıklar insan ilişkileri, oyun oynama, internet kullanımı, eşya biriktirme ve kumar gibi farklı alanlarda kendini gösterir (77).

Davranışsal bağımlılık terimi, ilk kez 1990 yılında Isaac Mark tarafından tanımlanmıştır. Mark, bu tür bağımlılıkları bireyin zararlı olduğunu bilmesine rağmen bu davranışları sürdürmeye yönelik güçlü ve sürekli bir arzu hissetmesi olarak açıklamıştır. Bu kavram, kişinin davranışlarının hem kendisine hem de çevresine olumsuz etkiler yaratmasına rağmen bu alışkanlıklardan vazgeçememesi ve devam etme isteğini kontrol edememesini ifade eder. Davranışsal bağımlılıklar, madde kullanımından bağımsız olsa da kişinin yaşamında benzer sorunlara yol açar ve kontrol altına alınmadığında ciddi sonuçlara neden olur (78).

Davranışsal bağımlılıklar, DSM-5'te "Maddeyle İlişkili Olmayan Bozukluklar" başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu sınıflandırmada DSM-5, yalnızca kumar oynama bozukluğunu bağımlılık olarak tanımaktadır (79). Ancak literatüre bakıldığında davranışsal bağımlılığın sadece kumarla sınırlı olmadığı görülmektedir. İnternet kullanımı, video oyunları, alışveriş ve akıllı telefon kullanımı gibi pek çok farklı aktivite de bağımlılık yapıcı özellikler taşımakta ve bu çerçevede ele alınmaktadır (80).

Bu tür bağımlılıklar, bireylerin günlük yaşamlarını ve işlevselliklerini olumsuz yönde etkiler. Davranışsal bağımlılıklar, sadece madde kullanımına dayalı olmadan çeşitli tekrarlayıcı davranışlar ve alışkanlıklar yoluyla da ortaya çıkar. Bu nedenle, davranışsal bağımlılıklar geniş bir spektrumda incelenmekte ve bağımlılığın çok sayıda farklı alanda kendini gösterebileceği anlaşılmaktadır (81).

2.4.2.1.Kumar Bağımlılığı

Kumar bağımlılığı bireyin hayatında ciddi kişisel, ailevi ve mesleki sorunlara yol açan, kontrol edilemeyen bir kumar oynama dürtüsüyle tanımlanır. Bu bozukluk, kişinin istenmeyen kumar alışkanlıklarını sürekli ve tekrarlayıcı bir şekilde sürdürmesiyle

kendini gösterir. Bireyin kumar oynamaya devam etmesi, yaşamında önemli problemler yaratmasına rağmen bu davranışı durduramaması, kumar bağımlılığının en belirgin özelliğidir. İlk kez 1980 yılında DSM-3'te "Patolojik Kumar Oynama" (PKO) adıyla tanımlanmış olan bu durum, 1994'te yayımlanan DSM-4'te ise "Başka Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları" kategorisi altında sınıflandırılmıştır (82).

DSM-5'te (2012) kumar bağımlılığı ilk kez resmi olarak bir bağımlılık türü olarak kabul edilmiştir. Bu yeni sınıflamada kumar bağımlılığı "problemlili kumar oynama" ve "patolojik kumar bağımlılığı" olarak iki alt gruba ayrılmıştır. Bu ayırım, bağımlılığın şiddetini daha net bir şekilde belirlemek ve klinik değerlendirme sürecini kolaylaştırmak için tanı kriterleri ve ölçütlere dayandırılmıştır. Böylece, kumar bağımlılığının ciddiyet düzeyleri daha iyi anlaşılmış ve tedavi sürecine yönelik farklı yaklaşımlar geliştirilmiştir (83).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı Uluslararası Hastalık Sınıflandırması El Kitabı'nda (ICD-11), kumar oynama bozukluğu davranışsal bağımlılıklar kategorisinde yer almaktadır. Bu bozukluk, belirli kriterlere göre tanımlanmıştır:

- Kişinin kumar oynama davranışını kontrol edememesi, bu kontrol kaybının sıklık, başlama zamanı, yoğunluk, sonlandırma, süre ve ortam gibi çeşitli boyutlarda ortaya çıkması.
- Kumar oynamanın, kişinin diğer hobilerinden ve günlük sorumluluklarından daha öncelikli bir hale gelmesi.
- Kumarın olumsuz sonuçlar doğurmasına rağmen kişinin kumar oynamaya devam etme veya daha fazla oynama eğilimi göstermesi.

Bu özellikler, kumar oynama bozukluğunun bireyin yaşamını ne kadar derin bir şekilde olumsuz etkileyebileceğini ve bu durumun, bağımlılık döngüsünün ne denli zorlayıcı olduğunu gözler önüne sermektedir (84).

2.4.2.2.Alışveriş Bağımlılığı

Alışveriş bağımlılığı kavramı ilk kez 1915 yılında Emil Kraepelin tarafından "oniomani" olarak tanımlanmıştır. Yunanca kökenli "onios" (satılık) kelimesi ile "mania" (çılgınlık ya da delilik) sözcüklerinin birleşiminden türetilen bu terim, alışveriş bağımlılığını ifade etmektedir. Her ne kadar terim 1915 yılında ortaya çıkmış olsa da, alışveriş bağımlılığı kavramı geniş çapta tanınmaya ve yaygın bir psikolojik sorun olarak kabul edilmeye ancak 1980'lerin sonlarına doğru başlamıştır. Bu dönemde, alışveriş bağımlılığına yönelik farkındalık artmış ve bu sorun daha geniş kitleler tarafından ciddiye alınmaya başlanmıştır (85).

Günümüzde alışveriş hayatın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiş, birçok insan için hem bir ihtiyaç karşılamının ötesine geçmiş hem de keyif alınan bir boş zaman aktivitesi olarak görülmeye başlamıştır. Ancak, alışveriş her ne kadar rutin bir ihtiyaç gibi görünse de çoğu zaman anlık istekler, keyif arayışı ve haz odaklı satın alma davranışları sonucunda bir bağımlılık biçimine dönüşebilmektedir. Alışveriş yalnızca temel ihtiyaçların karşılanmasını sağlamaz; aynı zamanda bireylerin içsel tatmin ve mutluluk arayışını da yansıtır. Bu da, gereksiz ve ihtiyaç dışı harcamaların yaygınlaşmasına neden olarak bağımlılık riskini artırır (86).

2.4.2.3.Yeme Bağımlılığı

Yemek yeme bağımlılığı olan bireyler, genellikle sağlıklı besinler yerine yüksek enerji içeren, besin değeri düşük ve işlenmiş gıdaları aşırı miktarda tüketme eğilimindedir. Bu tür gıdalar, güçlü lezzet ve hızlı tatmin sağladıkları için bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir, bu da bireylerin yeme davranışlarını kontrol etmelerini zorlaştırır (87).

Yeme bağımlılığı, bazı açılardan madde bağımlılığıyla benzerlikler taşır; örneğin kişinin belirli yiyeceklere karşı güçlü bir istek duyması gibi. Ancak, bu bağımlılık türünün açıklanması konusunda farklı görüşler mevcuttur. Bazı uzmanlar, şeker gibi bağımlılık yapıcı maddeler içeren yiyecekleri tüketen kişilerin madde bağımlılığı kategorisine sokulmasını doğru bulmazlar. Örneğin, bir kişi çikolata veya

şeker gibi belirli bir yiyeceğe bağımlı hale gelebilir, ancak bu her zaman genel anlamda aşırı yeme alışkanlığına yol açmaz. Yani, belirli yiyeceklere duyulan bağımlılık, mutlaka sürekli fazla yemek yeme davranışıyla sonuçlanmaz (88).

2.4.2.4.Teknoloji Bağımlılığı

Teknoloji modern dünyada insan yaşamının her eylemine nüfuz etmiş durumdadır. Teknolojideki ilerlemelerin sunduğu yenilikler kişilerin günlük yaşamlarını daha pratik hale getirirken aynı zamanda değişen küresel şartlara uyum sağlamalarına da yardımcı olmaktadır. Fakat bu durum gelecek neslin en ciddi sorunlarından biri olan teknoloji bağımlılığının ortaya çıkmasına da neden olmuştur (89).

Teknoloji bağımlılığı gün geçtikçe bilgisayar, internet ve sosyal medya kullanımı gibi çeşitli alanlarda farklı biçimlerde ortaya çıkmıştır. Sürekli ilerleyen teknoloji sayesinde, teknolojik cihazların kullanımı hayatın vazgeçilmez unsurları arasında yerini almıştır (90).

Teknoloji kelimesi, Yunanca kökenli iki sözcüğün birleşiminden oluşur: 'tekno', bir şey üretmek anlamına gelirken, 'logos' daha çok bilgi ya da öğrenme anlamına gelir. Teknik, bir şey üretme bilgisi olarak tanımlanırken, teknoloji ise bu bilginin topluma mal olması, yani toplumsal bir değer kazanması süreci olarak ifade edilir (91).

Teknoloji bağımlılığı ise, teknolojik aletlerin ve internetin aşırı kullanımıyla oluşan çeşitli belirtilerle tanımlanır. Bu belirtiler arasında teknolojiyi aşırı kullanma, kullanım isteğini kontrol edememe, fazla kullanımdan dolayı günlük aktiviteleri ihmal etme ve insan ilişkilerinin zarar görmesi bulunur. Ayrıca, insanlar genellikle olumsuz duygulardan veya yaşamın getirdiği stresten kaçmak için teknolojiyi savunma mekanizması olarak kullanırlar. Teknolojiyi kullanmayı azaltma ya da tamamen bırakma konusunda zorluklar yaşarlar ve kullanım mümkün olmadığında gerginlik ya da sinirlilik hissederler. Kişiler kullanım süresi ve miktarı konusunda yalan söyleme eğiliminde olurlar (92).

Günümüzde teknolojiyi toplumdan ayrı düşünmek neredeyse imkânsızdır. Teknoloji, günlük yaşamımızın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir; beslenme, ev işleri ve her gün yapılan aktiviteler gibi temel faaliyetler artık teknoloji olmadan hayal edilemez duruma gelmiştir. Bireylerin yaşamında büyük ve önemli bir yer kazanan teknoloji beraberinde birçok problemin de oluşmasına neden olmuştur (93).

Teknolojinin ilerlemesi, internetin keşfiyle birlikte yeni cihazların geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Bu iki güç bir araya geldiğinde, insan yaşamını adeta saran ve çevreleyen bir dizi cihaz ortaya çıkmıştır. İnternetle uyumlu bu teknolojik araçlar, bireylerin günlük yaşamında geniş bir yer kaplamaya başlamış, onları her yönden etkisi altına almıştır. Televizyon, akıllı telefon, tablet, sosyal medya gibi teknolojik araçlar başlangıçta zaman geçirmek ve eğlenmek için kullanılırken gün geçtikçe kontrolsüz ve aşırı kullanımları teknoloji bağımlılığına yol açmıştır. Teknolojinin aşırı ve dikkatsiz kullanımıyla gelişen bağımlılık, son dönemlerde üzerinde durulması gereken önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir (59).

2.4.2.4.1.Akıllı Telefon Kullanım Bağımlılığı

21. yüzyıl, bilim ve iletişim teknolojilerinin ön planda olduğu bir çağdır. Akıllı telefonlar modern ve kullanıcı dostu tasarımları, taşınabilirlikleri ve her an erişilebilir olmaları sayesinde hayatımızda temel bir araç haline gelmiştir. Bu cihazlar kullanıcılarına sürekli erişim imkânı sunarak, günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir (94).

Akıllı telefonlar günümüzde yalnızca birer “cep telefonu” olmaktan çıkmış, anında bilgi sağlayabilen, güçlü ve kolay taşınabilir küçük bilgisayarlar olarak görülmektedir. Bu cihazlar günlük yaşamda bilgiye erişim, iletişim ve işlemler için vazgeçilmez hale gelmiştir. Modern çağda akıllı telefonlar, pek çok farklı özelliği bünyesinde barındırmaktadır. Bu özellikler sayesinde, dünya genelinde büyük bir pazar payı elde etmiş ve geniş bir kullanıcı kitlesine hitap etmeyi başarmıştır (95).

2018 yılının üçüncü çeyreğinde 80,6 milyona ulaşan mobil telefon abone sayısı bir yıl içinde %2,8 oranında artarak 2019 yılının aynı döneminde 82,9 milyona

yükselmiştir. Tespit edilen bu artış mobil cihazlara olan talebin devam ettiğini ve pazarın büyümeye devam ettiğini göstermektedir (96). Başka birçok ülkede benzer bir durum söz konusudur. Amerika’da gerçekleştirilen bir araştırmada, nüfusun %95’inin cep telefonuna sahip olduğu belirlenmiştir (97). Türkiye’de ise cep telefonu sahiplik oranı %95,9 olarak belirlenmiştir (98).

Akıllı telefonlar internet erişimi, ileri düzey yazılım sistemleri ve dokunmatik ekranları gibi nitelikleri sayesinde çeşitli görevlerle donatıldıkları için pek çok görevi başarıyla yerine getirebilmektedir. Bu yetenekleri onları modern yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirmiştir (99).

Akıllı telefonlar icat edilmeden önce mobil telefonlar çoğunlukla sadece telefon görüşmeleri yapmak, kısa mesajlar göndermek ve temel iletişim uygulamalarını kullanmak için tercih ediliyordu. Akıllı telefonların günlük yaşantımızın vazgeçilmez bir parçası haline gelmesiyle bu teknolojilere ulaşmak çok daha kolay hale gelmiştir (100).

Bugün akıllı telefonlar sayesinde insanlar internete erişebilir, çeşitli oyunlar oynayabilir ve sosyal medya ağlarını devamlı takip edebilirler. Bu gelişme mobil teknolojilerin işlevselliğini ve günlük yaşam üzerindeki etkisini büyük ölçüde artırmıştır (101).

Akıllı telefonlar günlük hayatımıza birçok avantaj sağlasa da bunların bilinçsiz kullanımı çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Bu cihazların aşırı kullanımı baş ve boyun ağrıları, göz sağlığı sorunları ve uyku düzensizlikleri gibi birçok sağlık problemine neden olabilmektedir. Ayrıca sosyal medya kullanımı ve mesajlaşma gibi aktiviteler yüz yüze iletişimin azalmasına yol açarken, telefonları sürekli kontrol etme alışkanlığı da konsantrasyon sorunlarına neden olabilmektedir. Akıllı telefonların yol açtığı konsantrasyon bozukluğu ve dikkat dağınıklığı trafik, ev ve iş yerinde kaza riskini artırmaktadır (102).

Aşırı akıllı telefon kullanımı, okul veya iş hayatına karşı tutumda olumsuz değişiklikler meydana getirmekte ve bu durum hem psikolojik hem de davranışsal

sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bilinçsizce kullanımın yol açtığı sorunlar arasında mobil telefon bağımlılığı en yaygın ve ciddi problemlerden biridir. Bir kişi bağımlı olduğu aktiviteden büyük bir keyif alır ve günlük rutinini bu etkinliğe göre planlar. Bu nedenle etkinliğin eksikliği durumunda yaşamı olumsuz yönde etkilenir ve genel yaşam kalitesinde belirgin bir düşüşe neden olur (102).

Akıllı telefonların yaygınlaşması ve kullanım oranlarının hızla artması bu cihazların neden olduğu sağlık sorunlarına yönelik araştırmaların da çoğalmasına yol açmıştır. Cep telefonlarının aşırı kullanımı bireylerde bağımlılık geliştirme riskini artırırken aynı zamanda kaygı bozuklukları, depresif belirtiler ve yüksek stres seviyeleri gibi psikolojik sorunlarla da bağlantılıdır (103).

2.5.NOMOFOBİ

Günümüzde cep telefonları hayatımızın ayrılmaz bir parçası haline gelmiş, adeta bir uzvumuz gibi hissedilen araçlara dönüşmüştür. Eskiden statü sembolü olarak görülen bu cihazlar, şimdi günlük yaşamımızın vazgeçilmezi olmuştur. Ancak bu yoğun bağımlılık, beraberinde yeni bir sorunu da getirmiştir: Nomofobi (104).

Nomofobi, kısaca cep telefonundan uzak kalma korkusu olarak tanımlanır. Cep telefonumuzu yanımızda taşımamak, sinyalin kesilmesi, şarjın bitmesi gibi durumlar birçok kişi için büyük bir kaygı kaynağı haline gelmiştir. Bu kaygı, kişinin günlük yaşamını olumsuz etkileyerek iş verimliliğinin düşmesine, sosyal ilişkilerinin zayıflamasına ve hatta ruh sağlığının bozulmasına sebep olabilmektedir (104).

Nomofobi, 21. yüzyılın getirdiği bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Cep telefonlarının hayatımıza bu denli entegre olması, psikolojik bir bağımlılık yaratmış ve bu durum birçok kişi için ciddi bir sorun haline gelmiştir. Cep telefonu olmadan bir an bile duramayan, sürekli olarak bildirimlerini kontrol eden, şarjının bitmesinden endişe duyan kişiler, nomofobiye yakalanmış olmaktadır. Sosyal medyanın hayatımıza girmesi, sürekli iletişim halinde olma ihtiyacı, bilgiye hızlı erişim isteği gibi faktörler nomofobiyi körükleyen önemli etkenlerdir (105).

“Nomofobi” terimi, ilk kez 2008 yılında İngiltere posta hizmetinin gerçekleştirdiği bir araştırma sırasında tanımlanmış ve o tarihten itibaren cep telefonuna erişim kaybı korkusunu ifade etmek için kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, “nomofobi” tam anlamıyla doğru bir isimlendirme değildir; zira "fobi" genellikle irrasyonel korkuları tanımlarken, nomofobi daha çok kaygı temelli bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir (106).

Modern çağın bir ürünü olan nomofobi, yeni bir psikolojik rahatsızlık olarak öne çıkmaktadır. İngilizce “no mobile phone phobia” ifadesinden türetilen bu kavram, kişinin cep telefonundan uzak kalma ya da telefona erişememe durumunda yaşadığı yoğun korku ve endişeyi ifade etmektedir. Özellikle genç yetişkinler arasında hızla yayılan bu durum, önemli bir toplumsal sorun haline gelmiştir (107).

Nomofobinin etkileri basit bir rahatsızlığın ötesine geçmektedir. Akıllı telefonlarına erişim sağlayamayan bireyler, yoğun stres, kaygı ve hatta depresyon belirtileri gösterebilmektedir. Bu durum, bireylerin günlük yaşamlarını ve genel ruh hallerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, uzun vadede nomofobinin bağımlılık boyutuna ulaşma riski bulunmaktadır (108).

Cep telefonundan uzak kalma korkusu olarak tanımlanan nomofobi, modern toplumda giderek daha yaygın hale gelen bir psikolojik rahatsızlıktır. Bu durum, DSM-IV'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı) "özellik fobi" kategorisinde değerlendirilmektedir. Özellik fobiler, belirli bir nesne ya da duruma karşı duyulan aşırı ve mantıksız korkular olarak tanımlanmaktadır (109).

2008 yılından itibaren mobil cihazların küresel kullanımının hızla artmasıyla birlikte, nomofobi ve benzeri teknoloji kaynaklı psikolojik bozukluklar da yaygınlaşmıştır. Bu durum, dünya çapında önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Örneğin, insanlar cep telefonlarını yanlarında unuttuklarında aşırı kaygı yaşamakta veya sürekli olarak telefonlarını kontrol etme ihtiyacı hissedebilmektedir (109).

Günümüzde bazı psikiyatristler ve sağlık uzmanları, nomofobinin DSM'de ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılması gerektiğini savunmaktadır. Bu, nomofobinin tanı

ve tedavisinde daha spesifik yaklaşımların geliştirilmesine olanak sağlayabilir. Ancak, bu konuda hala tartışmalar devam etmekte ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (110).

Cep telefonlarının kullanımındaki artış, nomofobinin yaygınlaşmasına neden olmaktadır (111). Nomofobi, özellikle genç nesil arasında yaygın olarak görülen bir fenomendir. Bu durum, bireylerin günlük yaşamlarını hem fiziksel hem de psikolojik açıdan önemli ölçüde etkilemektedir (112). Nomofobik bireyler cep telefonlarıyla ilgili çeşitli durumlarda yoğun kaygı yaşarlar. Örneğin:

- Telefonlarını evde unutmak
- Telefonun pilinin bitmesi
- Cep telefonu sinyalinin zayıflaması veya kaybolması

Bu sürekli kaygı hali bireylerin günlük rutinlerine odaklanma yeteneklerini ve motivasyonlarını ciddi şekilde azaltır (113).

Nomofobi, cep telefonu olmadan yetersizlik veya boşluk hissi yaşamak, telefonu yanında olsa bile sürekli kontrol etme ihtiyacı duymak, pil bittiğinde çaresizlik hissine kapılmak ve telefonu bir yerde unutma, bozma ya da kullanamama korkusu gibi durumları içerir. Bu durum, baş dönmesi, kalp çarpıntısı, nefes darlığı veya mide krampları gibi fiziksel kaygı belirtileri olmadan da ortaya çıkabilmektedir (114).

2.5.1.Nomofobi Risk Faktörleri

Nomofobinin ortaya çıkmasında bir dizi risk faktörünün rol oynadığı düşünülmektedir. Nomofobinin gelişimi çeşitli psikolojik ve davranışsal faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Bu fenomenin ortaya çıkma olasılığı düşük öz saygı, anksiyete bozuklukları, sosyal etkileşim zorlukları ve genel anksiyete bozukluğu gibi önceden var olan psikolojik durumlarla bağlantılı olarak artış göstermektedir (109).

Bağımlılık eğilimi gösteren bireylerde nomofobinin gelişme riski yükselmektedir. Travmatik deneyimler sonrasında iletişim araçlarına erişim sağlayamama endişesi yaşayan kişilerde de bu fenomenin ortaya çıkma ihtimali artmaktadır. Bu faktörlerin bir araya gelmesi, bireylerin cep telefonlarına aşırı bağımlılık geliştirmelerine ve bunun sonucunda nomofobik eğilimler sergilemelerine yol açabilmektedir (109).

2.5.2.Nomofobi Belirti ve Bulguları

Nomofobiye atfedilen semptomatoloji, anksiyete bozukluklarının klinik prezentasyonu ile önemli ölçüde benzerlik göstermektedir. Klinik prezentasyonda bireylerin bir veya daha fazla fizyolojik ve psikolojik semptom gösterdiği gözlemlenmektedir. Bu semptomlar arasında hiperhidroz, takipne, anksiyete, artmış psikofizyolojik uyarılma, dezoryantasyon ve taşikardi bulunmaktadır. Bu semptom kümesi nomofobinin klinik manifestasyonlarını karakterize etmektedir ve bireylerin sağlık profesyonellerine başvurmasına neden olan temel şikayetleri oluşturmaktadır (109).

Nomofobi çeşitli belirtiler aracılığıyla tanımlanır. Bu belirtiler arasında şunlar yer alır:

- Mobil cihazı sürekli açık tutma eğilimi ki bu genellikle cihazın haftanın her günü ve günün her saati aktif olması şeklinde tezahür eder.
- Bireyin mobil cihazından fiziksel olarak ayrı kalma konusundaki zorlukları.
- Acil durumlarda iletişim kurma imkanının olmaması endişesi.
- Telefon mesajlarını ve bildirimlerini kontrol edememe durumunun yarattığı anksiyete ve huzursuzluk hissi.
- Kişisel hijyen aktiviteleri sırasında dahi (örneğin, duş alma veya tuvalet kullanımı) mobil cihazı yanında bulundurma ihtiyacı.

- Mobil cihazın yerinin sürekli olarak teyit etme dürtüsü (109).

Günümüzde insanların akıllı telefonlar gibi dijital aygıtlara olan bağımlılığı ve güveni hızla artmakta, bu da nomofobiye tetiklemektedir. Bu cihazların kullanımı sürekli yaygınlaşmaktadır. Nomofobinin toplum üzerindeki etkisinin artması beklenmektedir. Bu bağlamda toplumun nomofobi, dijital araçlar ve bu araçların aşırı kullanımının olumsuz sonuçları konusunda bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Nomofobinin ortaya çıkmasını ve ilerlemesini önlemek için en etkili yöntem, ekran süresini kısıtlama ve kişisel disiplin uygulama şeklinde olmaya devam etmektedir (109).

2.6.DEPRESYON

2.6.1.Depresyonun Tanımı

Depresyon bireyin ruhsal durumunu, düşünce yapısını ve davranışlarını derinden etkileyen yaygın bir psikolojik rahatsızlıktır. Bu bozukluk kişinin hayata karşı hissettiği yoğun üzüntü ve umutsuzluk duyguları ile birlikte daha önce keyif aldığı aktivitelere karşı ilgisini kaybetmesiyle kendini gösterir (115).

Depresyon sadece duygusal boyutla sınırlı kalmayıp bireyin zihinsel ve fiziksel sağlığını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum kişinin günlük yaşamındaki performansını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilmektedir. Örneğin iş hayatında verimliliğin azalması, sosyal ilişkilerde geri çekilme veya kişisel bakımın ihmal edilmesi gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Depresyonun etkileri çok yönlü olduğundan tedavi sürecinde bütüncül bir yaklaşım benimsenmesi ve profesyonel destek alınması büyük önem taşır (115).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre ise depresyon bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını etkileyen karmaşık bir psikolojik rahatsızlıktır. Bu rahatsızlık kişinin ruh halinde belirgin bir düşüş, günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı ve yaşamdan zevk alamama gibi belirtilerle kendini gösterir. Ayrıca enerji seviyesinde azalma, uyku düzeninde bozulmalar ve iştah değişiklikleri de sık görülen semptomlardır. Depresyonun bir diğer önemli özelliği, bireyin kendisini sürekli olarak eleştirmesi ve

suçlamasıdır. Bu belirtiler bir araya geldiğinde kişinin günlük yaşamını ve genel işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebilen ciddi bir ruhsal durum ortaya çıkar (116).

2.6.2. Depresyon ve Bağımlılık

Son yıllarda yapılan araştırmalar, nomofobinin depresyon başta olmak üzere çeşitli psikolojik rahatsızlıklarla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle nomofobi düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres arasında anlamlı bağlantılar tespit edilmiştir. Bu durum, nomofobinin yalnızca teknolojik bir bağımlılık sorunu olmanın ötesinde, bireylerin ruh sağlığını derinden etkileyen önemli bir psikolojik mesele olduğunu göstermektedir. Nomofobiye sahip bireylerde, depresif belirtilerin daha sık görülmesi, bu konunun ruh sağlığı alanında daha kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiğine işaret etmektedir (5).

Araştırmalar akıllı telefon kullanımının depresyonla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Geçmişte yapılan birçok çalışma akıllı telefonu daha yoğun kullanan bireylerin depresyon düzeylerinde artış görüldüğünü doğrulamıştır. Özellikle akıllı telefon kullanımının bağımlılık seviyesine ulaştığı durumlarda, kişilerin depresyon belirtileri geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak, depresyonda olan bireylerin de rahatlama ya da kaçış amacıyla akıllı telefonu daha fazla kullanma eğilimi gösterdiği gözlenmiştir. Bu iki yönlü ilişki, akıllı telefon kullanımının ve depresyonun birbirini nasıl etkileyebileceği konusunda önemli ipuçları sunmaktadır (117).

Nomofobi ile anksiyete, stres ve depresyon gibi olumsuz duygu durumları arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmaların sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Mevcut araştırmalar psikolojik sorunlar yaşayan bireylerin nomofobik eğilimler geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu, özellikle anksiyete, stres ve depresyon gibi olumsuz duygusal durumların nomofobik davranışları tetikleyebileceğini göstermekte ve bu bağlamda daha fazla araştırmanın gerekliliğini vurgulamaktadır (118).

Nomofobi ile anksiyete, depresyon, sıkıntı, uykusuzluk ve dürtüsellik gibi olumsuz psikolojik durumlar arasındaki olası ilişkilerin araştırılması, bu durumu önlemeye ve müdahale etmeye yönelik mevcut stratejilere önemli ve destekleyici katkılar sağlar. Teknolojinin bireylerin yaşamlarının çeşitli alanları üzerindeki etkisi giderek arttıkça fiziksel olarak bulundukları ortamlarda var olsalar bile psikolojik olarak bağlantısız hissetmelerine yol açan yaygın bir sorun haline gelme potansiyeli de artmaktadır. Nomofobinin zihinsel ve duygusal sağlığa olası olumsuz etkileri göz önüne alındığında kapsamlı bir şekilde araştırılması, etkili önleme stratejileri geliştirmek ve potansiyel terapötik müdahaleler tasarlamak açısından büyük önem taşımaktadır (119).

Sosyal kaygıya sahip bireylerin, sosyal kaygısı olmayanlara göre daha az telefon görüşmesi yaptıkları ve daha az kısa mesaj gönderdikleri gözlemlenmiştir. Ayrıca, akıllı telefon bağımlılığının yüksek düzeyde olması, genellikle düşük benlik saygısı, yalnızlık hissi, depresyon ve utangaçlık gibi olumsuz duygusal durumlarla ilişkili bulunmuştur. Bu durum, sosyal kaygıya sahip kişilerin dijital iletişimde dahi daha çekimser olabileceklerini ve psikolojik sorunların teknoloji kullanım alışkanlıklarını etkileyebileceğini göstermektedir (120).

2.7.YAŞAM KALİTESİ

2.7.1.Yaşam Kalitesi Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali olarak 1948 yılında tanımlamıştır. Bu tanımlamanın ardından, sağlık hizmetlerinin uygulanması ve bu alandaki araştırmalar, bireylerin yaşam kalitesine odaklanmaya başlamış, yaşam kalitesinin korunması ve iyileştirilmesi giderek daha fazla önemli hale gelmiştir. 1973'ten bu yana, yaşam kalitesi değerlendirmesi klinik araştırmalarda giderek artan bir teknik haline gelmiştir ve kullanımı neredeyse katlanarak büyümüştür (121).

Platon'un "Devlet" ve Aristoteles'in "Nikomakhos'a Etik" adlı eserleri, yaşam kalitesi konusundaki tartışmaların yalnızca günümüze özgü olmadığını, antik dönemde de yoğun bir şekilde ele alındığını ortaya koymaktadır. "Yaşam kalitesi" ifadesi, ilk

olarak Long'un 1960 senesinde yazdığı “On the Quantity and Quality of Life” başlıklı makalesinde yer almıştır (122).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yeni program ve müdahalelerin hem insani hem de finansal maliyetlerini ve kazanımlarını belirlemek amacıyla kullanılır. Bu değerlendirme bireylerin fiziksel, işlevsel, ruhsal ve sosyal sağlık durumlarındaki değişiklikleri ölçerek uygulamaların genel etkisini ve etkinliğini kapsamlı bir şekilde analiz eder (123).

Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanımlamada yaşam kalitesini, insanların bulundukları kültürel ve değer yapıları çerçevesinde hayatlarındaki gayeleri, beklentileri, endişeleri ve ölçünleriyle bağlantılı olarak kendi yaşamlarındaki duruş biçimlerini nasıl algıladıkları şeklinde tanımlar. Bu tanıma göre, yaşam kalitesi kişisel hedefler ve toplumsal normlarla yakından ilişkilidir (124).

Yaşam kalitesi bir kişinin hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri doğrultusunda yaşamındaki durumuna ilişkin görüşünü ifade eder ve mutluluğun öznel ölçümleri olarak da bilinir (125). Bu kavram bireylerin sağlık deneyimlerini, inançlarını, beklentilerini ve algılarını kapsayan çeşitli boyutları içerir. Özellikle "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" terimi sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerine atıfta bulunur ve bu yönler bireylerin sağlık durumlarını nasıl deneyimledikleri ve değerlendirdikleriyle doğrudan ilişkilidir. Yaşam kalitesi, birçok finansal kararın da önemli bir faktörü olarak kabul edilir (126).

İnsan hakları alanında kaydedilen ilerlemelerle birlikte yaşam kalitesi, siyasal kararların verilmesinde önemli bir ölçüt olarak kabul edilmiş ve toplumların ortak bir şekilde erişmeyi amaçladığı dünya çapında ulaşılacak son nokta haline gelmiştir. Bu durumu açıklamak için Maslow’un (1970) ortaya çıkardığı ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi önemli bir çerçeve sunar. Maslow’un yaklaşımı insanın temel fizyolojik gereksinimlerinden başlayarak, sosyal, saygınlık ve kendini gerçekleştirme gibi daha üst düzey ihtiyaçlarının karşılanması, yaşam kalitesinin önemini ve evrensel bir hedef olma niteliğini nasıl şekillendirdiğini açıklar. Bu teoriye bakılarak insan ihtiyaçları önem sırasına göre beş ana kategoride düzenlenmiştir:

1. Fiziksel ihtiyaçlar: Temel yaşam gereksinimleri olan yiyecek, su ve barınma gibi ihtiyaçlar.
2. Güvenlik ihtiyaçları: Fiziksel emniyet, korunma ve sağlık güvencesi gibi güvenlik arzusu.
3. Sosyal ihtiyaçlar: Toplumsal bağ kurma, sevgi ve yakınlık ihtiyaı.
4. Saygı ihtiyaçları: Toplum içinde takdir edilme, saygı görme ve sosyal statü kazanma gereksinimi.
5. Kendini gerçekleştirme ihtiyaçları: Kişisel gelişim, yaşamın zenginleştirilmesi ve bireysel hedeflerin gerçekleştirilmesi arzusu (127).

Maslow'un teorisi, bireylerin hayatının her aşamasında giderilmesi mecbur temel gereksinimleri açıklarken yaşam kalitesinin sadece bu ihtiyaçların sayısı (nicelik) ile değil, aynı zamanda bu ihtiyaçların ne derece tatmin edici bir şekilde karşılandığıyla (nitelik) da doğrudan ilişkili olduğunu belirtir. Teori, ihtiyaçların yeterince ve uygun bir şekilde karşılanmasının, bireyin genel yaşam kalitesi üzerindeki önemini vurgulamaktadır (127).

Kişilerin sağlık durumlarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneklerini ve yaşamları boyunca kavradıkları fiziksel, zihinsel ve sosyal alanlardaki genel durumlarını sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yansıtır. Sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesi kriterleri, çeşitli sağlık programlarının ve tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmek ve ekonomik analizler yapmak için geniş çapta kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi ölçüleri hastaların tedavi sürecindeki deneyimlerini, genel sağlık durumlarını ve yaşamdan aldıkları memnuniyeti değerlendirmek amacıyla sağlık alanındaki birçok araştırma ve uygulamada önemli bir rol oynamaktadır (128).

Yaşam kalitesini belirleyen faktörler içinde yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal yardım, yaşanılan yer ve onun özellikleri, sağlık durumu, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, iş yaşamı ve boş vakit etkinlikleri bulunmaktadır (127).

Günümüzde tıbbın sürekli ilerlemesiyle birlikte yalnızca hastalıkların tedavisi değil aynı zamanda bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması da temel bir hedef haline gelmiştir. Bu doğrultuda iyilik halinin ve yaşam kalitesinin ölçülmesine yönelik çabalar giderek artmaktadır (129).

Sağlıkla ilgili yaklaşımların giderek daha fazla önem kazanmasıyla birlikte yaşam kalitesi terimi de sağlık hizmetlerinin ana hedeflerinden biri durumuna gelmiştir. Geçmişte ruhsal bozuklukların, başta anksiyete ve strese bağlı bozukluklarının yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri büyük ölçüde göz ardı edilmekte, sadece hastalık semptomlarının iyileşmesi ön planda tutulmaktadır. Ancak son zamanlarda yaşam kalitesi konusundaki farkındalığın artmasıyla birlikte bu alanda yapılan çalışmalar çoğalmış ve sosyal anksiyete bozukluğunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği açıkça ortaya konulmuştur (130).

Sağlıklı bir yaşam sürmek bütün insanların temel hakkıdır. Sağlığın korunması yalnızca sağlık profesyonellerinin sorumluluğu değil aynı zamanda bireyin kendi sorumluluğudur. Bireyin sağlığını iyileştirmesi için sağlıklı davranışlar benimsemesi, bu davranışları geliştirme konusunda kararlılık göstermesi ve özdenetimini sağlaması gerekmektedir. Çünkü sağlığın geliştirilmesi ancak bireyin olumlu sağlık davranışları kazanması ve bunları sürdürebilmesiyle mümkündür. Sağlık eğitimleri ve farkındalık çalışmaları kişilerin sağlıklarını koruma ve iyileştirme kapasitelerini artırmaya yönelik olmalıdır (131).

2.8.İŞ TATMİNİ

2.8.1.İş Tatmini Tanımı

Çalışan bireyler günlük zamanlarının büyük bir bölümünü iş yerinde geçirdiklerinden çalışma hayatı tüm insanların yaşantısında merkezi bir rol oynar. İş hayatı sadece ekonomik bir geçim kaynağı değil, aynı zamanda insanların toplumsal yaşamlarının da vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu süreç, kişilerin hem fiziksel ihtiyaçlarını (örneğin, barınma ve beslenme) karşılamalarına hem de sosyal gereksinimlerini (toplumda kabul görmek, sosyal ilişkiler kurmak gibi) tatmin etmelerine yardımcı olur. Dolayısıyla, iş

hayatı bireyler için yalnızca bir gelir kaynağı değil, aynı zamanda sosyal varlıklarını sürdürebilmeleri için de kritik bir unsurdur (132).

Çalışma hayatında kişiler çeşitli zorluklarla ve engellerle sıkça karşılaşır. Bu zorluklar çalışanların problemleri çözmemesi durumunda çaresizlik ve yoğun bir yorgunluk hissi yaşamalarına neden olmaktadır İş tatmini ise bir çalışanın yaptığı işten ve işin sağladığı faydalardan ne derece memnun olduğunu ifade eden bir kavramdır ve bu nedenle çalışanların işlerine yönelik tutumlarını belirlemede önemli bir ölçüt olarak kullanılır. Bunun nedeni iş tatmininin birçok farklı faktörden etkilenebilir olmasıdır. Özellikle sağlık çalışanlarının en temel görevleri olan hasta sağlığını korumanın etkili bir şekilde yerine getirilebilmesi için işlerine olan bağlılıklarının ve iş tatminlerinin (hem içsel motivasyonları hem de dışsal koşulları açısından) yüksek olması önem taşır (133).

Çalışanlar iş yerlerinde geçirdikleri zaman boyunca hem duygusal hem de bilimsel olarak çeşitli kazanımlar edinirler. Bu kazanımlar çalışanın bağlı bulunduğu kuruma yönelik tutumlarına da yansır. Çalışan tutumunun en bariz göstergelerinden biri, bireyin iş yerindeki fiziksel ve zihinsel olarak kendini iyi hissetme durumu, yani iş tatminidir. İş tatmini, örgütsel davranış araştırmalarında en kritik ve en yaygın incelenen tutumlardan biri olarak kabul edilmektedir (134).

İlk kez 1920'lerde gündeme gelen ve 1930-1940 yılları arasında önemi fark edilerek sistematik bir şekilde araştırılmaya başlanan iş tatmini, modern yönetim yaklaşımları temel unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir. Literatürde iş tatmini kavramı üzerine çeşitli tanımlar geliştirilmiştir. Genel bir ifadeyle iş tatmini, çalışanların işlerine karşı besledikleri hislerinin ifadesi olarak tanımlanabilmektedir (135).

İş tatmini, bir çalışanın yaptığı işe karşı duyduğu memnuniyet veya memnuniyetsizlik durumunu belirten, hem duygusal hem de bilişsel unsurları içeren kişisel bir değerlendirme sürecidir (136).

Personeline iş tatmini imkânı veren organizasyonlarda, çalışanlar üzerinde bir dizi olumlu etkiler gözlenir. Bu tür organizasyonlarda, çalışanlar hem işlerine hem de organizasyona daha güçlü bir bağlılık geliştirir. Çalışan devinimi düşer, yani işten ayrılma oranları azalır ve bunun sonucunda iş gücünün verimliliği artar. Ayrıca bu organizasyonlar, daha sağlıklı bir yapıya ve pozitif bir çalışma atmosferine sahip olurlar. Böyle bir ortamda, çalışanlar yeteneklerini ve yaratıcılıklarını daha rahat sergileyebilir ve organizasyonel hedeflere ulaşma konusunda daha kolay motive olurlar (137).

2.8.2.İş Tatmini ve Bağlılık

Günümüzde mobil cihazların iş ortamlarında yaygın olarak kullanılmaya başlaması, çalışma süresinin azalmasına ve iş esnasında kesintilerin artmasına neden olarak, sağlık sektörü dâhil birçok mesleğin doğasını değiştirmiştir (138).

Sağlık çalışanları da bu değişimden etkilenmiştir. Akıllı telefonların henüz yaygın olmadığı zamanlarda sağlık çalışanları zamanlarının büyük bir kısmını meslektaşlarıyla etkileşim kurmaya ve hasta bakımına odaklanmaya ayırıyordu. Ancak mobil cihazların kullanımının artması bu durumu olumsuz yönde değiştirmiştir. Normal şartlarda hasta ile daha fazla zaman geçirip etkileşimde bulunması gereken sağlık çalışanları, bu zamanı farkında olmadan sosyal medya, çevrimiçi oyunlar, mesajlaşma uygulamaları ve diğer dijital platformların kullanımına harcayabilmektedir. Mobil cihazların yoğun kullanımı, sağlık çalışanlarının görevlerinde aksaklıklar yaşanmasına neden olabilmekte; tıbbi destek gibi hayati öneme sahip sorumlulukların ertelenmesine, görevlerin birikmesine, dikkat dağınıklığına ve klinik hata riskinin artmasına yol açabilmektedir (139).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.Araştırma Modeli

Araştırma, tanımlayıcı ve prospektif tipte bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Katılımcı Seçimi

Araştırmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde 01.01.2024 - 31.12.2024 tarihleri arasında çalışmaya yeni başlamış ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan 110 sağlık personeli oluşturmaktadır.

3.3.Dâhil Edilme Kriterleri

- Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde işe yeni başlamış olmak
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak
- Akıllı telefon kullanıcısı olmak

3.4.Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olmamak
- Tuşlu telefon kullanıcısı olmak

3.5.Etik Kurul ve İzin

Çalışma için Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu’ndan 19.02.2024 tarihli ve 2024/37 numaralı izin alınmıştır.

3.6.Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla tarafımızca literatür taranarak hazırlanan “Tanımlayıcı Anket Formu” kullanılmıştır. Katılımcıların psikolojik ve sosyal durumlarını değerlendirmek ve depresyon belirtilerini saptamak için "Beck Depresyon Ölçeği" uygulanmıştır. Genel sağlık algısını, ruh halini ve günlük faaliyetleri gerçekleştirme kolaylığını ölçmek amacıyla "Yaşam Kalitesi Ölçeği" tercih edilmiştir. Akıllı telefonun bulunmaması, kaybedilmesi veya şarjının bitmesi durumunda bireylerde kaygı, stres, panik ve rahatsızlık gibi duyguların düzeyini değerlendirmek için "Nomofobi Ölçeği"

kullanılmıştır. Ayrıca, çalışanların iş tatmini düzeyini belirlemek için "Minnesota İş Doyumu Ölçeği" uygulanmıştır.

Tezin bulgular bölümünde, ölçekler arasında yapılan karşılaştırmaların daha sade ve anlaşılır bir şekilde sunulabilmesi amacıyla, ölçekler tablolarda ve açıklamalarda şu şekilde adlandırılmıştır: İşe başlamadan önce uygulanan ölçekler "Nomofobi Ölçeği 1," "Beck Depresyon Ölçeği 1" ve "Yaşam Kalitesi Ölçeği 1"; işe başladıktan üç ay sonra uygulanan ölçekler ise "Nomofobi Ölçeği 2," "Beck Depresyon Ölçeği 2" ve "Yaşam Kalitesi Ölçeği 2" şeklinde belirtilmiştir.

3.6.1.Tanımlayıcı Anket Formu

Tanımlayıcı Anket Formu, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, aile yapısı) ve ebeveynlerinin hayatta olup olmadığını belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Ayrıca, tanı almış bir psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, ailede psikiyatrik hastalık geçmişi, cep telefonuna ilk sahip olma yaşı, son bir haftada günlük ortalama ekran süresi, cep telefonu kullanım amaçları, en sık kullanılan sosyal medya platformları, cep telefonunun aylık fatura miktarı gibi bilgileri içermektedir. Ek olarak, düzenli olarak oynanan mobil oyunların varlığı, bu oyunlara para harcama durumu ve harcanan miktar, araba kullanırken cep telefonu kullanma alışkanlıkları, şarj aletini yanında taşıma, yatmadan önce telefon kullanma, uyandıktan sonra telefonu hemen kontrol etme ve gece boyunca telefonu kapatma durumlarına ilişkin soruları içeren toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2.Nomofobi Ölçeği

Bu ölçek, Yıldırım ve Correia'nın 2015 yılında geliştirmesiyle ortaya çıkmış ve aynı yıl Yıldırım ve ekibi aracılığıyla Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, 1'den 7'ye kadar uzanan bir derecelendirme ile yanıtlanmaktadır; burada 1, "Kesinlikle Katılmıyorum" anlamına gelirken, 7 ise "Kesinlikle Katılıyorum" ifadesini temsil etmektedir. Nomofobi Ölçeği, 7'li Likert tipi bir derecelendirme sistemiyle hazırlanmış olup, toplamda 20 madde içermektedir. Ölçek, dört alt boyuttan meydana gelmektedir: "Bilgiye Erişememe" alt boyutu 4 ifadeyi kapsarken, "Bağlantıyı Kaybetme" 5 ifadeyi

içermektedir. Ayrıca, "İletişime Geçememe" alt boyutu 6 ifadeden oluşmakta, "Rahat Hissedememe" ise 5 ifade ile değerlendirilmektedir (140).

Ölçeğin orijinal versiyonu için Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.95 olarak hesaplanırken, Türkçeye uyarlanmış formunun güvenirlik katsayısı ise 0.92 olarak tespit edilmiştir. Genel kabul gören bir değerlendirmeye göre, bu değer 0.80'in üzerinde olması, ölçeğin yüksek bir güvenirlik düzeyine sahip olduğunu ifade etmektedir. Orijinal ölçeğin dört alt boyuta ilişkin güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.94, 0.87, 0.83 ve 0.81 olarak hesaplanmıştır. Türkçeye uyarlanan versiyonda ise bu alt boyutlara ait güvenirlik katsayıları, aynı sırayla 0.90, 0.74, 0.94 ve 0.91 şeklinde bulunmuştur. Ölçekten elde edilebilecek puan aralığı 20 ile 140 arasında değişmektedir. Değerlendirme kriterlerine göre, ortalama puanın 20 veya altında olması nomofobi bulunmadığına işaret etmektedir. 20-60 puan aralığı düşük seviyede nomofobiye, 60-100 puan aralığı ise orta düzeyde nomofobiye işaret etmektedir. 100 puan ve üzeri ise ciddi düzeyde nomofobi varlığına işaret edecek şekilde yorumlanmaktadır (141).

Aşağıdaki tablolar, nomofobi ölçeğinin puanlama sistemini ve alt boyutlarını ayrıntılı olarak sunmaktadır.

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

Şekil 4.Nomofobi ölçeği alt boyut maddeleri

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

Şekil 5.Nomofobi ölçeği puanlama sistemi

3.6.3.Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyonun multifaktöriyel yapısını değerlendirmek amacıyla bireylerin öz-bildirimleri temel alınarak geliştirilmiş, psikometrik özellikleri güçlü bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek depresyonun duygusal ve bedensel belirtilerini kapsamlı bir şekilde değerlendirirken, aynı zamanda bireyin bilişsel durumunu da ölçmeye olanak tanır. İlk olarak 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, 1978 yılında yapılan revizyonla kendini değerlendirme ve puanlama süreçlerindeki güvenilirlik ve geçerlilik özellikleri güçlendirilmiştir (142).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden 2'si duygusal durumları, 11'i bilişsel süreçleri, 2'si davranışsal tepkileri, 5'i bedensel belirtileri ve 1'i ise kişiler arası etkileşimlerle ilgili belirtileri değerlendirmektedir. Her bir maddede, 21 madde için 4 farklı seçenek sunulmaktadır. Ölçek, her madde için 4-lü Likert tipi bir değerlendirme sistemi kullanarak, 0 ile 63 arasında değişen bir toplam puan ortaya çıkarmaktadır (143).

Hisli tarafından gerçekleştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak hesaplanmış, bu da ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Yarıya bölme yöntemi ile elde edilen 0.74 gibi yüksek bir güvenilirlik katsayısı, ölçeğin farklı yarımlarının birbirini tutarlı bir şekilde ölçtüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca, belirlenen 17 puanlık kesme noktasının, tedavi gerektiren depresyon düzeyini gösteren bir eşik değeri olarak kabul edilmiş ve bu noktanın üzerindeki değerlerin %90 oranında tedavi gerektiren depresyonu doğru bir

şekilde belirleyebildiği saptanmıştır (144). Beck Depresyon Ölçeği'ne ait değer aralıkları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 1.Beck depresyon ölçeği puanlama sitemi

Puan Aralığı	Depresyon Düzeyi
0-9	Hiç yok/minimal depresyon
10-16	Hafif depresyon
17-29	Orta depresyon
30-63	Şiddetli depresyon

3.6.4.Yaşam Kalitesi (SF12v2) Ölçeği

SF-12v2 Sağlık Anketi, SF-36v2'nin sekiz sağlık boyutunu daha kısa ve öz bir şekilde ölçen 12 maddeden oluşan bir araçtır. Genel sağlık durumunu değerlendirmek için sıklıkla tercih edilen bu anket, kısalığı sayesinde diğer araştırma araçlarıyla birlikte kullanılmaya elverişlidir. Ölçek, 12 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden ikisi üçlü, geri kalanı ise beşli Likert tipi olarak tasarlanmıştır. SF-12v2 bireyin fiziksel işlev (PF), fiziksel rol (RP), bedensel ağrı (BP), genel sağlık algısı (GH), canlılık (VT), sosyal işlev (SF), duygusal rol (RE) ve zihinsel sağlık (MH) boyutlarındaki durumunu değerlendirmeyi amaçlar. Maddelere verilen cevaplar, daha yüksek puanlar daha iyi sağlık durumunu yansıtacak şekilde ölçeklenir (145).

Alt ölçekler, bireyin sağlık durumunu 0 (en düşük sağlık durumu) ile 100 (en yüksek sağlık durumu) arasında bir skalada değerlendirmektedir. Bu skalada yüksek bir puan almak, bireyin ilgili sağlık boyutunda daha iyi bir durumda olduğunu gösterir (Şekil 6)(146, 147).

Ölçekte yer alan sekiz sağlık boyutunun yanı sıra, bireyin genel fiziksel sağlığını (PCS) ve zihinsel sağlığını (MCS) yansıtan iki adet özet puan hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık düzeyini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde, PCS ve MCS

için elde edilen Cronbach alfa katsayılarının oldukça yüksek olduğu (sırasıyla 0,92 ve 0,88) görülmüştür (148).

Alt Boyutlar	Soru ve Maddesi	Olası En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan Aralığı
Fiziksel Fonksiyon	2a + 2b	2	4
Fiziksel Rol Güçlüğü	3a + 3b	2	8
Ağrı	5	1	4
Genel Sağlık	1	1	4
Vitalite (Enerji)	6b	1	4
Sosyal Fonksiyon	7	1	4
Emosyonel Rol Güçlüğü	4a + 4b	2	8
Mental Sağlık	6a + 6c	2	8
Ölçek Boyutlarının Puanlarının Hesaplanması			
$\frac{(\text{Elde edilen ham puan}) + (\text{Olası en düşük ham puan})}{\text{Olası ham puan aralığı}} \times 100$			

Şekil 6.SF12V2 alt boyutları puanlama sistemi

3.6.5.Minesota İş Doyumu Ölçeği

Ölçek, orijinal olarak 1967'de Weiss (149) ve ekibi tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması 1985 yılında Baycan tarafından gerçekleştirilmiştir. MDÖ, toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar, memnuniyet düzeylerini belirtmek için 1'den (çok memnuniyetsiz) 5'e (çok memnun) kadar değişen bir Likert tipi 5 puanlık ölçek kullanmaktadır (150).

Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile 0.80 olarak, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.83 olarak belirlenmiştir. Bu yüksek katsayılar, ölçeğin hem iç tutarlılık hem de zaman içindeki tutarlılık açısından güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Ölçek, İçsel ve Dışsal Tatmin olmak üzere iki alt boyuttan oluşmakta olup, bu boyutların toplamı genel tatmin düzeyini yansıtmaktadır (150).

Ölçeğin 'İçsel Doyum' alt boyutu, bireyin iş yaşamındaki deneyimleriyle ilgili öznel değerlendirmelerini yansıtan 'faaliyet', 'bağımlılık', 'sosyal statü', 'moral', 'değişkenlik', 'güvenlik', 'sosyal hizmet', 'yetenek kullanma', 'yetki', 'sorumluluk', 'başarı hissi' ve 'yaratıcılık' gibi faktörlerden oluşmaktadır. 'Dışsal Doyum' alt boyutu ise, örgütsel yapı ve koşulların birey üzerindeki etkisini değerlendiren 'yönetici karar

verme', 'kurum politikası', 'yönetici denetimi', 'terfi', 'çalışma koşulları', 'ücret politikası', 'ekip uyumu' ve 'onore edilme' gibi faktörleri içermektedir. Ölçekte, içsel doyum 12 (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 ve 20), dışsal doyum ise 8 (5, 6, 12, 13, 14, 17, 18 ve 19) madde ile ölçülmektedir (151).

Ölçekte, iş doyumunu düzeyini belirlemek için 3 puan nötr bir değer olarak kabul edilmiştir. Bu değer üzerindeki puanlar, bireyin işinden yüksek düzeyde memnuniyet duyduğunu göstermektedir (150).

İş Tatmini Alt Boyutları	Madde No
İçsel Tatmin	1,2,3,4,7,8,9,10,11,15,16,20
Dışsal Tatmin	5,6,12,13,14,17,18,19

Şekil 7.Minesota iş doyum ölçeği alt boyut maddeleri

3.7.İstatistiksel Analiz

Çalışmada tüm verilerin uygun tanımlayıcı istatistikleri hesaplandı. İki farklı zamanda ölçülen değerler arasındaki değişimi incelemek için yüzde değişimleri veya fark değerleri hesaplandı. Nicel değişkenleri, normal varsayım kontrolü, Shapiro Wilk Testi ile incelendi. Grup varyasyonlarının homojenliği ise Levene Testi ile incelendi.

Çalışma kapsamında oluşturulacak grupların nicel değişkenler bakımından karşılaştırılmasında One Way Anova (Post Hoc Bonferroni), bağımsız örneklem T Testi ve/veya Kruskal Wallis Testi (Post Hoc Dunn Test), Mann-Whitney U Testi uygulandı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler uygun korelasyon testleri ile incelendi.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher Freeman Halton Testleri ile incelendi.

İstatistiksel analizler SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences, version 23) programı ile yapılmış olup $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde işe yeni başlayan 110 sağlık çalışanı katılım sağlamıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %64.5'i (n=71) kadın, %35.5'i (n=39) ise erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcı sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 26.9 ± 4.0 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %35.5'i (n=39) evli, %64.5'i (n=71) ise bekardır. Sağlık çalışanlarının %82,7'si (n=91) çocuk sahibi değilken, %11,8'i (n=13) bir çocuk sahibi ve %5,5'i (n=6) ise iki veya daha fazla çocuğa sahip olarak belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının %47.3'ü (n=52) gelir durumlarını gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtirken, %42.7'si (n=47) gelir ve giderlerinin dengede olduğunu, %10'u (n=11) ise gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %13.6'sı (n=15) lise mezunudur, %86.4'ü (n=95) ise üniversite düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir. Sağlık çalışanlarının %53.6'sı (n=59) hekim, %23.6'sı (n=26) hemşire ve ebe, %22.7'si (n=25) diğer sağlık personellerinden (sağlık teknikeri, eczacı, gassal, laborant ve odyolog) oluşmaktadır. Katılımcıların %75.5'i (n=83) son 3 ay içinde herhangi bir işte çalışmış, %24.5'i (n=27) ise çalışmamıştır.

Sağlık çalışanlarının %94.5'i (n=104) çekirdek aileye, %3.6'sı (n=4) geniş aileye ve %1.8'i (n=2) parçalanmış aileye sahiptir. Katılımcıların %97.3'ü (n=107) annesinin hayatta olduğunu, %91.8'i (n=101) ise babasının hayatta olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %5.5'i (n=6) tanısı konulmuş bir psikiyatrik rahatsızlığa sahipken, %10.9'u (n=12) ailelerinde tanı almış bir psikiyatrik hastalık bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2.Katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgiler

Sosyodemografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	71	64.5
	Erkek	39	35.5
Yaş		26.9±4.0*	
Medeni Durum	Evli	39	35.5
	Bekar	71	64.5
Çocuk Sayısı	0	91	82.7
	1	13	11.8
	2 ve daha fazla	6	5.5
Gelir Durumu	Gelir giderden az	11	10.0
	Gelir gidere eşit	47	42.7
	Gelir giderden fazla	52	47.3
Eğitim Durumu	Lise	15	13.6
	Üniversite	95	86.4
Meslek Grupları	Hekim	59	53.6
	Hemşire	26	23.6
	Diğer Sağlık Personeli	25	22.7
Son 3 ay içinde herhangi bir işte çalışma durumu	Evet	83	75.5
	Hayır	27	24.5
Aile Tipi	Çekirdek	104	94.5
	Geniş	4	3.6
	Parçalanmış	2	1.8
Annenin Yaşama Durumu	Sağ	107	97.3
	Vefat	3	2.7
Babanın Yaşama Durumu	Sağ	101	91.8
	Vefat	9	8.2
Tanısı konmuş psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	6	5.5
	Yok	104	94.5
Ailede tanısı konmuş psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	12	10.9
	Yok	98	89.1

* Ortalama±Standart Sapma

Katılımcıların %99.1'i (n=109) cep telefonunu arama ve mesajlaşma, %19.1'i (n=21) oyun oynama, %87.3'ü (n=96) sosyal medyada zaman geçirme, %58.2'si (n=64) haber takip etme, %77.3'ü (n=85) internette araştırma yapma, %76.4'ü (n=84)

video izleme ve %11.8'i (n=13) ise alışveriş, ticaret, içerik üretimi veya navigasyon gibi diğer amaçlarla kullandığını ifade etmiştir.

Katılımcı sağlık çalışanlarının ilk kez cep telefonuna sahip olma yaşının ortalaması 13.7 ± 2.5 olarak belirlenmiştir. Son bir hafta içinde, sağlık çalışanlarının günlük ortalama ekrana bakma süresi ise 259.1 ± 115.1 dakika olarak saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %87.3'ü (n=96) sosyal medya kullandığını belirtmiştir. En sık tercih edilen platformlar ise sırasıyla %73.6 (n=81) ile WhatsApp, %72.7 (n=80) ile Instagram, %57.3 (n=63) ile YouTube, %29.1 (n=32) ile Twitter, %2.7 (n=3) ile TikTok ve %1.8 (n=2) ile Facebook olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların %22.7'sinin (n=25) cep telefonu için aylık faturalarının 200 TL'nin altında, %70'inin (n=77) 200-400 TL arasında ve %7.3'ünün (n=8) 400 TL'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının %14.5'inin (n=16) düzenli olarak mobil oyun oynadığı, %13.6'sının (n=15) ise mobil oyunlar için para harcadığı tespit edilmiştir. Mobil oyunlara yapılan harcamaların ortalama en yüksek miktarı ise 23.2 ± 73.7 TL olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının cep telefonu kullanımına dair özelliklerin dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Arama ve mesajlaşma	Evet	109	99.1
	Hayır	1	0.9
Oyun oynama	Evet	21	19.1
	Hayır	89	80.9
Sosyal medyada zaman geçirme	Evet	96	87.3
	Hayır	14	12.7
Haberleri takip etme	Evet	64	58.2
	Hayır	46	41.8
İnternette araştırma yapma	Evet	85	77.3
	Hayır	25	22.7
Video izleme	Evet	84	76.4
	Hayır	26	23.6
Diğer	Evet	13	11.8
	Hayır	97	88.2
İlk defa cep telefonuna sahip olma yaşı		$13.7 \pm 2.5^*$	

Son 1 hafta içindeki günlük ortalama ekrana bakma süresi		259.1± 115.1*	
Instagram	Evet	80	72.7
	Hayır	30	27.3
Twitter	Evet	32	29.1
	Hayır	78	70.9
Facebook	Evet	2	1.8
	Hayır	108	98.2
Youtube	Evet	63	57.3
	Hayır	47	42.7
Tiktok	Evet	3	2.7
	Hayır	107	97.3
Whatsapp	Evet	81	73.6
	Hayır	29	26.4
Cep telefonunu aylık faturası	<200 TL	25	22.7
	200-400 TL	77	70.0
	>400 TL	8	7.3
Düzenli olarak mobil oyun oynama durumu	Evet	16	14.5
	Hayır	94	85.5
Mobil oyunlara para harcama durumu	Evet	15	13.6
	Hayır	95	86.4
Mobil oyunlara harcanan para miktarı		23.2±73.7*	

* Ortalama±Standart Sapma

Sağlık çalışanlarının %8.2'si (n=9) cep telefonu çaldığında araçlarını durdurup cevap verirken, %32.7'si (n=36) aracı kullanırken yanıtlamaktadır. Katılımcıların %29.1'i (n=32) telefonlarına cevap vermezken, %30'u (n=33) hiç araç kullanmamaktadır. 'Şarj aletini yanınızda bulundurur musunuz?' sorusuna verilen yanıtlara göre, sağlık çalışanlarının %12.7'si (n=14) hiçbir zaman, %24.5'i (n=27) nadiren, %27.3'ü (n=30) bazen, %22.7'si (n=25) sıklıkla ve %12.7'si (n=14) her zaman yanıtını vermiştir. 'Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?' sorusuna verilen yanıtlara göre, sağlık çalışanlarının %5.5'i (n=6) nadiren, %14.5'i (n=6) bazen, %46.4'ü (n=51) sıklıkla ve %33.6'sı (n=37) her zaman yanıtını vermiştir. 'Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?' sorusuna verilen yanıtlara göre, sağlık çalışanlarının %4.5'i (n=5) hiçbir zaman, %8.2'si (n=9) nadiren, %14.5'i (n=16) bazen, %40.9'u (n=45) sıklıkla ve %31.8'i (n=35) her zaman yanıtını vermiştir.

‘Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?’ sorusuna verilen yanıtlara göre, sağlık çalışanlarının %81.8’i (n=90) hiçbir zaman, %11.8’i (n=13) nadiren, %2.7’si (n=3) bazen, %1.8’i (n=2) sıklıkla ve %1.8’i (n=2) her zaman yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların cep telefonu kullanımına dair sosyal yaşamla ilgili elde edilen bulgular

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Araç içi cep telefonu kullanımı	Aracı durdurur, cevaplarım	9	8.2
	Aracı kullanırken cevaplarım	36	32.7
	Cevaplamam	32	29.1
	Araç kullanmıyorum	33	30.0
Şarj aletini yanınızda bulundurur musunuz?	Hiçbir zaman	14	12.7
	Nadiren	27	24.5
	Bazen	30	27.3
	Sıklıkla	25	22.7
	Her zaman	14	12.7
Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?	Nadiren	6	5.5
	Bazen	16	14.5
	Sıklıkla	51	46.4
	Her zaman	37	33.6
Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?	Hiçbir zaman	5	4.5
	Nadiren	9	8.2
	Bazen	16	14.5
	Sıklıkla	45	40.9
	Her zaman	35	31.8
Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?	Hiçbir zaman	90	81.8
	Nadiren	13	11.8
	Bazen	3	2.7
	Sıklıkla	2	1.8
	Her zaman	2	1.8

İşe başlamadan önce yapılan Nomofobi Ölçeği sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının %2.7'sinde (n=3) nomofobi tespit edilmemiş, %41.8'inde (n=46) hafif düzeyde, %45.5'inde (n=50) orta düzeyde ve %10'unda (n=11) yüksek düzeyde nomofobi saptanmıştır (Tablo 5).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümde ise sağlık çalışanlarının %0.9'unda (n=1) nomofobi bulunmazken, %45.5'inde (n=50) hafif düzeyde, %43.6'sında (n=48) orta düzeyde ve %10'unda (n=11) yüksek düzeyde nomofobi gözlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların 1. Anket ve 2. Anket Nomofobi Düzeyleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Nomofobi Ölçeği 1. Anket Grup Dağılımı	<20	3	2.7
	21-59	46	41.8
	60-99	50	45.5
	>=100	11	10.0
Nomofobi Ölçeği 2. Anket Grup Dağılımı	<20	1	0.9
	21-59	50	45.5
	60-99	48	43.6
	>=100	11	10.0

İşe başlamadan önce yapılan BDÖ sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının %73.6'sında (n=81) depresyon tespit edilmemiş, %18.2'sinde (n=20) hafif düzeyde, %4.5'inde (n=5) orta düzeyde ve %3.6'sında (n=4) yüksek düzeyde depresyon saptanmıştır (Tablo 6).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümde ise sağlık çalışanlarının %58.2'sinde (n=64) depresyon bulunmazken, %30.9'unda (n=34) hafif düzeyde, %6.4'ünde (n=7) orta düzeyde ve %4.5'inde (n=5) yüksek düzeyde depresyon gözlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6.İşe Başlarken ve Başladıktan Sonraki BDÖ Puanına Göre Sınıflandırma

		Sayı (n)	Yüzde (%)
BDÖ 1. Anket Gruplar	Yok (0-9)	81	73.6%
	Hafif (10-18)	20	18.2%
	Orta (19-29)	5	4.5%
	Şiddetli (30-63)	4	3.6%
BDÖ 2. Anket Gruplar	Yok (0-9)	64	58.2%
	Hafif (10-18)	34	30.9%
	Orta (19-29)	7	6.4%
	Şiddetli (30-63)	5	4.5%

Sağlık çalışanları arasında yalnızca medeni duruma göre iş tatmini toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 7).

Evli sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeyleri, bekar meslektaşlarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 7).

Bunun aksine, diğer sosyodemografik özellikler açısından iş tatmini toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$, Tablo 7).

Tablo 7. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının sosyodemografik sorularla karşılaştırılması

		Minnesota İş Tatmini Ölçeği							
		İçsel Doyum ^{&}		Dışsal Doyum [#]		Toplam Doyum		p	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Cinsiyet	Kadın	3.6	.6	3.3	.6	3.4	.6	0.654 ^{&}	
	Erkek	3.5	.7	3.2	.7	3.3	.7	0.906 [#]	0.729
Medeni Durum	Evli	3.7	.6	3.4	.6	3.6	.5	0.041^{&}	
	Bekar	3.5	.7	3.1	.7	3.3	.6	0.050[#]	0.031
Eğitim Durumu	Lise	3.8	.6	3.4	.4	3.6	.5	0.147 ^{&}	
	Üniversite	3.5	.7	3.2	.7	3.4	.6	0.132 [#]	0.097
Meslek Grupları	Hekim	3.5	.6	3.1	.7	3.3	.6	0.262 ^{&}	
	Hemşire	3.6	.7	3.2	.7	3.4	.6	0.118 [#]	
	Diğer Sağlık Personeli	3.7	.7	3.5	.6	3.6	.6	0.145	
	Evet	3.6	.6	3.2	.6	3.4	.6	0.299 ^{&}	

Son 3 ay içinde herhangi bir işte çalışma durumu	Hayır	3.4	.7	3.3	.9	3.4	.8	0.821 [#] 0.736
--	-------	-----	----	-----	----	-----	----	-----------------------------

İşe başlamadan önce ölçülen Nomofobi Ölçeği toplam puanı, alt boyut puanları ve nomofobi sınıflandırması ile iş tatmini toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 8).

Tablo 8. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının 1. Anket nomofobi ölçeği toplam puan, alt boyutları ve gruplarıyla karşılaştırılması

			Minnesota İş Tatmini Ölçeği		
			İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Toplam Doyum
Nomofobi Ölçeği 1	Bilgiye Erişememe	r	-0.105	-0.159	-0.128
		p	0.275	0.097	0.182
		n	110	110	110
	Rahatlıktan Feragat Etme	r	-0.053	-0.032	-0.042
		p	0.580	0.742	0.665
		n	110	110	110
	İletişim Kuramama	r	-0.016	-0.057	-0.041
		p	0.871	0.554	0.671
		n	110	110	110
	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	r	-0.186	-0.161	-0.184
		p	0.052	0.094	0.054
		n	110	110	110
	Toplam-NMPQ	r	-0.07	-0.094	-0.082
		p	0.465	0.330	0.396
		n	110	110	110
	Toplam-NMPQ Sınıflandırma	r	-0.02	-0.031	-0.025
		p	0.837	0.746	0.795
		n	110	110	110

İş tatmini ortalama toplam puanı ve alt boyut puanları ile nomofobi ölçeği toplamı, alt boyut puanları ve nomofobi sınıflandırmasına ilişkin yüzde değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 9).

Sağlık çalışanlarının işe başlamadan önce ve başladıktan 3 ay sonra nomofobi düzeyleri arasındaki değişim ile iş doyumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 9).

Tablo 9. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının nomofobi ölçeği toplam, alt boyut puanları ve nomofobi sınıflandırmasına ilişkin yüzde değişimleri ile karşılaştırılması

			Minnesota İş Tatmini Ölçeği		
			İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Toplam Doyum
Nomofobi Ölçeği Yüzde Değişimi	Bilgiye Erişememe	r	-0.018	-0.018	-0.024
		p	0.849	0.852	0.802
		n	110	110	110
	Rahatlıktan Feragat Etme	r	-0.101	-0.124	-0.111
		p	0.296	0.198	0.250
		n	110	110	110
	İletişim Kuramama	r	0.102	0.155	0.142
		p	0.287	0.105	0.138
		n	110	110	110
	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	r	0.076	0.137	0.124
		p	0.432	0.153	0.195
		n	110	110	110
	Toplam-NMPQ	r	0.036	0.081	0.071
		p	0.705	0.401	0.459
		n	110	110	110
	Toplam-NMPQ Sınıflandırma	r	-0.023	0.000	-0.006
		p	0.814	1.000	0.948
		n	110	110	110

İş tatmini toplam puanı ve alt boyut puanları ile işe başlamadan önce ölçülen yaşam kalitesi ölçeği arasında yalnızca sosyal fonksiyon alt boyutunda düşük seviyede anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 10).

Bulgular, yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon boyutu yüksek bireylerin, çalıştıkları işte daha yüksek düzeyde iş doyumunu deneyimlediklerini göstermektedir ($p<0.05$, Tablo 10).

Diğer puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$, Tablo 10).

Tablo 10. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının 1. Anket yaşam kalitesi alt boyutları ile karşılaştırılması

			Minnesota İş Tatmini Ölçeği		
			İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Toplam Doyum
Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği 1	Fiziksel Fonksiyon	r	-0.169	-0.130	-0.148
		p	0.078	0.176	0.122
		n	110	110	110
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0.134	-0.073	-0.110
		p	0.164	0.450	0.252
		n	110	110	110
	Ağrı	r	0.066	0.093	0.089
		p	0.494	0.335	0.355
		n	110	110	110
	Genel Sağlık	r	-0.055	-0.041	-0.040
		p	0.567	0.673	0.680
		n	110	110	110
	Vitalite (Enerji)	r	0.124	0.109	0.120
		p	0.196	0.256	0.212
		n	110	110	110
	Sosyal Fonksiyon	r	0.276	0.234	0.271
		p	0.003	0.014	0.004
		n	110	110	110
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	0.055	0.067	0.080
		p	0.569	0.489	0.404
		n	110	110	110
	Mental Sağlık	r	0.079	0.105	0.111
		p	0.413	0.276	0.250
		n	110	110	110

İş tatmini ortalama toplam puanı ve alt boyut puanları ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutundaki yüzde değişim arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 11).

Ayrıca, iş tatmini içsel alt boyut puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel rol gücülüğü alt boyutundaki yüzde değişim arasında da düşük düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$, Tablo 11).

Elde edilen bulgular iş doyumundaki artışın fiziksel fonksiyonla ilişkili yaşam kalitesinde pozitif yönde bir değişimi beraberinde getirdiğini ortaya koymaktadır ($p<0.05$, Tablo 11).

Bunun yanı sıra, iş ortamında içsel doyum düzeyinin yükselmesi, emosyonel rol gücülüğüyle bağlantılı yaşam kalitesinin de pozitif yönde değişim göstermesine katkıda bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 11).

Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 11).

Tablo 11. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının anketler arası yaşam kalitesi alt boyutları değişimi ile karşılaştırılması

			Minnesota İş Tatmini Ölçeği		
			İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Toplam Doyum
Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği Yüzde Değişimi	Fiziksel Fonksiyon	r	0.195	0.198	0.209
		p	0.041	0.038	0.029
		n	110	110	110
	Fiziksel Rol Gücülüğü	r	0.132	0.055	0.102
		p	0.170	0.568	0.287
		n	110	110	110
	Ağrı	r	-0.057	-0.042	-0.047
		p	0.561	0.668	0.628
		n	108	108	108
	Genel Sağlık	r	0.061	0.032	0.037
		p	0.528	0.737	0.706
		n	109	109	109
	Vitalite (Enerji)	r	0.130	0.038	0.073
		p	0.182	0.695	0.452

	n	108	108	108
Sosyal Fonksiyon	r	0.054	0.001	0.043
	p	0.579	0.995	0.656
	n	110	110	110
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	0.190	0.061	0.129
	p	0.048	0.527	0.181
	n	109	109	109
Mental Sağlık	r	0.107	0.051	0.082
	p	0.267	0.597	0.397
	n	109	109	109

İş tatmini toplam puanı ve alt boyutları ile işe başlamadan önce ölçülen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 12).

Bununla birlikte, iş tatmini toplam puanı ve alt boyutları ile anketler arasındaki BDÖ yüzde değişim puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 12).

Bu bulgular, iş doyumunun artmasının sağlık çalışanlarında depresyon düzeylerini azaltıcı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kısacası, bireylerin iş doyumunu arttıkça depresyon düzeylerinde anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 12).

Tablo 12. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının 1. Anket beck depresyon puanları, beck depresyon anketleri arasındaki puan değişimi ile karşılaştırılması

		Minnesota İş Tatmini Ölçeği		
		İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Toplam Doyum
BDÖ 1. Anket Toplam Puan	r	-0.039	-0.035	-0.036
	p	0.683	0.715	0.707
	n	110	110	110
BDÖ Yüzde Değişimi	r	-0.320	-0.292	-0.322
	p	0.001	0.003	0.001
	n	99	99	99

İş tatmini toplam puanı ve alt boyutları ile günlük ortalama ekrana bakma süresindeki yüzde değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 13).

Tablo 13. İş tatmini ortalama toplam puan ve alt boyutlarının anketler arası ortalama ekrana bakma süresi değişimi ile karşılaştırılması

		Minnesota İş Tatmini Ölçeği		
		İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Toplam Doyum
Günlük ortalama ekrana bakma süresi yüzde değişimi	r	0.152	0.069	0.122
	p	0.112	0.472	0.203
	n	110	110	110

Sadece meslek grupları, sosyal medyada zaman geçirme, video izleme, twitter kullanma, araç içi cep telefonu kullanımı, şarj aletini yanında bulundurma, yatmadan önce akıllı telefon ile zaman gerirme ve uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme durumlarına göre işe başlamadan önce ölçülen nomofobi ölçeği bilgiye erişememe alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 14).

İşe başlamadan önce hekimlerin Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, diğer sağlık personelinin aynı alt boyuttaki puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce sosyal medyada zaman geçiren bireylerin Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, sosyal medyada zaman geçirmeyenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce Twitter kullanan bireylerin Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, Twitter kullanmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce video izleyen bireylerin Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, video izlemeyen bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce araç içi cep telefonu kullanımı sorusuna "Aracı durdurur, cevaplarım" şeklinde yanıt veren bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe

alt boyut puanları, sırasıyla "Araç kullanmıyorum", "Cevaplamam" ve "Araç kullanırken cevaplarım" diyen bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce şarj aletini hiçbir zaman yanında bulundurmamayan bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, şarj aletini her zaman yanında bulunduran bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Yatmadan önce akıllı telefonunu her zaman kullanan bireylerin işe başlamadan önce Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, nadiren ve bazen kullanan bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

Benzer şekilde, uyanınca hemen akıllı telefonunu her zaman kontrol eden bireylerin işe başlamadan önce Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, nadiren ve bazen kontrol eden bireylerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Ayrıca sosyal medyada zaman geçirme, twitter kullanma, şarj aletini yanında bulundurma ve uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme durumlarına göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen nomofobi ölçeği bilgiye erişememe alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 14).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlere göre, sosyal medyada zaman geçiren bireylerin Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, sosyal medyada zaman geçirmeyen bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 14).

Benzer şekilde, Twitter kullanan bireylerin, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, Twitter kullanmayan bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 14).

Şarj aletini hiçbir zaman yanında bulundurmamayan bireylerin, 2. anket sonuçlarına göre, Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, şarj aletini bazen yanında bulunduran bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 14).

Ayrıca, uyanınca akıllı telefonunu bazen kontrol eden bireylerin, 2. anket sonuçlarına göre, Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyut puanları, sıklıkla

ve her zaman kontrol eden bireylerin puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 14).

Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyutundaki yüzde değişim değerleri açısından, yalnızca video izlemek amacıyla cep telefonu kullananlarla kullanmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 14).

Video izleyen bireylerde, Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyutundaki yüzde değişim miktarı anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 14).

Sosyodemografik özellikler ve cep telefonu kullanımına ilişkin diğer sorulara verilen yanıtlara göre ise, Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyutundaki yüzde değişim değerlerinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$, Tablo 14).

Tablo 14. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Bilgiye Erişememe Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

		Nomofobi Ölçeği Alt Boyutları			
		Bilgiye Erişememe 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	15.0	12.0	0.064 ^{&}	0.252
	Erkek	13.0	13.0	0.451 [#]	
Meslek Grupları	Hekim	15.0	11.0	0.038^{&}	0.561
	Hemşire	13.5	11.0	0.496 [#]	
	Diğer Sağlık Personeli	10.0	14.0		
Oyun Oynama	Evet	15.0	13.0	0.212 ^{&}	0.498
	Hayır	13.0	12.0	0.542 [#]	
Sosyal medyada zaman geçirme	Evet	15.0	12.0	0.027^{&}	0.767
	Hayır	9.0	7.0	0.018[#]	
İnternette araştırma yapma	Evet	15.0	12.0	0.072 ^{&}	0.632
	Hayır	11.0	9.0	0.171 [#]	
Video İzleme	Evet	13.5	12.0	0.004^{&}	0.036
	Hayır	13.5	10.0	0.270 [#]	
Twitter	Evet	17.0	7.5	0.007^{&}	0.812
	Hayır	12.0	13.0	0.044[#]	
Düzenli olarak mobil oyun oynama durumu	Evet	17.5	11.5	0.734 ^{&}	0.422
	Hayır	13.0	12.0	0.182 [#]	
	Evet	18.0	13.0	0.920 ^{&}	0.110

Mobil oyunlara para harcama durumu	Hayır	13.0	12.0	0.197 [#]	
Araç içi cep telefonu kullanımı	Aracı durdurur, cevaplarım	12.0	14.0	0.010 ^{&} 0.600 [#]	0.160
	Aracı kullanırken cevaplarım	13.5	11.5		
	Cevaplamam	15.5	12.0		
	Araç kullanmıyorum	13.0	13.0		
Şarj aletini yanınızda bulundurur musunuz?	Hiçbir Zaman	9.0	9.0	0.011 ^{&} 0.019 [#]	0.090
	Nadiren	13.0	11.0		
	Bazen	19.0	10.0		
	Sıklıkla	11.0	13.0		
	Her Zaman	16.0	8.0		
Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?	Nadiren	10.0	9.0	0.001 ^{&} 0.054 [#]	0.095
	Bazen	8.5	7.0		
	Sıklıkla	15.0	10.0		
	Her Zaman	18.0	13.0		
Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?	Hiçbir Zaman*	7.0	1.0	< 0.001 ^{&} 0.003 [#]	0.496
	Nadiren	13.0	6.0		
	Bazen	8.5	6.5		
	Sıklıkla	17.0	11.0		
	Her Zaman	19.0	10.0		
Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?	Hiçbir Zaman	13.5	12.0	0.633 ^{&} 0.626 [#]	0.489
	Nadiren	17.0	9.0		
	Bazen*	11.0	11.0		
	Sıklıkla*	7.0	4.0		
	Her Zaman*	11.5	15.0		

* kişi sayısı az olduğu için bu kategoriler istatistiksel analize dahil edilmemiştir, ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Meslek grupları, sosyal medyada zaman geçirme, internette araştırma yapma, video izleme, şarj aletini yanında bulundurma, yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirme ve uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme durumlarına göre işe başlamadan önce ölçülen nomofobi ölçeği rahatlıktan feragat etme alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p < 0.05$, Tablo 15).

Hekimlerin işe başlamadan önce Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyutundaki puanları, diğer sağlık personellerinin puanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Ayrıca, işe başlamadan önce sosyal medyada zaman geçiren bireylerin bu alt boyut puanlarının, sosyal medyada zaman geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$).

Benzer şekilde, internette araştırma yapanların puanları, araştırma yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce video izleyen bireylerin rahatlıktan feragat etme alt boyutundaki puanları, video izlemeyenlere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Bunun yanı sıra, şarj aletini hiçbir zaman yanında taşımayan bireylerin bu alt boyut puanlarının, şarj aletini her zaman yanında bulunduranlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Akıllı telefon kullanım alışkanlıkları açısından, yatmadan önce her zaman akıllı telefonla vakit geçiren bireylerin bu alt boyut puanlarının, nadiren zaman geçirenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Benzer şekilde, uyandığında her zaman akıllı telefonunu kontrol eden bireylerin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, bu davranışı nadiren veya bazen sergileyenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Ayrıca, uyandığında sık sık akıllı telefonunu kontrol eden bireylerin puanları da nadiren kontrol eden bireylerin puanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Ayrıca meslek grupları, sosyal medyada zaman geçirme, youtube kullanımı, şarj aletini yanında bulundurma, yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirme, uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme ve akıllı telefonu gece kapatma durumlarına göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen nomofobi ölçeği rahatlıktan feragat etme alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 15).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlere göre, hekimlerin Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, diğer sağlık personelinin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 15).

Sosyal medyada zaman geçiren bireylerin, 2. anket sonuçlarına göre, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, sosyal medyada zaman geçirmeyen bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 15).

Benzer şekilde, YouTube kullanan bireylerin, 2. anket sonuçlarına göre, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, YouTube kullanmayan bireylerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 15).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlere göre, şarj aletini sıklıkla yanında bulunduran bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, şarj aletini bazen ve her zaman yanında bulunduran bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 15).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlere göre, yatmadan önce akıllı telefonu bazen kullanan bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, sıklıkla ve her zaman kullanan bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 15).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlere göre uyanınca akıllı telefonunu her zaman kontrol eden bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, nadiren ve bazen kontrol eden bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 15).

Ayrıca, uyanınca akıllı telefonunu sıklıkla kontrol eden bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, bazen kontrol eden bireylerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 15).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlere göre gece akıllı telefonunu nadiren kapatan bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyut puanları, hiç kapatmayan bireylerin puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 15).

Sosyodemografik özellikler ve cep telefonu kullanımıyla ilgili sorulara verilen yanıtlara göre, Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyutundaki yüzde değişim değerlerinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$, Tablo 15).

Tablo 15. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Rahatlıktan Feragat Etme Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

		Nomofobi Ölçeği Alt Boyutları			
		Rahatlıktan Feragat Etme 2 [#]		P	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	17.0	11.0	0.060 ^{&}	0.608
	Erkek	13.0	13.0	0.138 [#]	
Meslek Grupları	Hekim	18.0	10.0	0.015 ^{&}	0.923
	Hemşire	15.5	11.0	0.009 [#]	
	Diğer Sağlık Personeli	10.0	13.0		
Oyun Oynama	Evet	19.0	10.0	0.615 ^{&}	0.942
	Hayır	15.0	12.0	0.545 [#]	
Sosyal medyada zaman geçirme	Evet	16.5	12.0	0.009 ^{&}	0.387
	Hayır	11.5	8.0	0.050 [#]	
İnternette araştırma yapma	Evet	17.0	11.0	0.037 ^{&}	0.906
	Hayır	12.0	10.0	0.105 [#]	
Video İzleme	Evet	17.0	12.0	0.021 ^{&}	0.975
	Hayır	14.5	8.0	0.075 [#]	
Youtube	Evet	19.0	11.0	0.324 ^{&}	0.053
	Hayır	14.0	12.0	0.037 [#]	
Düzenli olarak mobil oyun oynama durumu	Evet	16.5	12.0	0.983 ^{&}	0.970
	Hayır	15.5	12.0	0.653 [#]	
Mobil oyunlara para harcama durumu	Evet	17.0	13.0	0.264 ^{&}	0.129
	Hayır	15.0	12.0	0.724 [#]	
Araç içi cep telefonu kullanımı	Aracı durdurur, cevaplarım	7.0	11.0	0.156 ^{&}	0.523
	Aracı kullanırken cevaplarım	14.5	12.0	0.218 [#]	
	Cevaplamam	16.0	11.5		
	Araç kullanmıyorum	18.0	10.0		
Şarj aletini yanınızda bulundurur musunuz?	Hiçbir Zaman	10.0	10.0	0.021 ^{&}	0.325
	Nadiren	14.0	11.0	0.003 [#]	
	Bazen	20.0	11.0		
	Sıklıkla	13.0	11.0		
	Her Zaman	21.5	8.0		
	Nadiren	13.0	11.0	0.019 ^{&}	0.239

Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?	Bazen	9.5	6.0	0.004[#]	
	Sıklıkla	17.0	12.0		
	Her Zaman	19.0	11.0		
Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?	Hiçbir Zaman*	13.0	11.0	<0.001^{&} <0.001[#]	0.382
	Nadiren	9.0	7.0		
	Bazen	10.5	6.5		
	Sıklıkla	19.0	13.0		
	Her Zaman	19.0	10.0		
Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?	Hiçbir Zaman	15.5	12.0	0.251^{&} 0.026[#]	0.257
	Nadiren	23.0	16.0		
	Bazen*	14.0	13.0		
	Sıklıkla*	12.0	14.0		
	Her Zaman*	13.5	17.0		

* kişi sayısı az olduğu için bu kategoriler istatistiksel analize dahil edilmemiştir, ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Cinsiyet, sosyal medyada zaman geçirme, instagram kullanma, mobil oyunlara para harcama, araç içi cep telefonu kullanma, şarj aletini yanında bulundurma ve uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme durumlarına göre 1. Anket nomofobi ölçeği iletişim kuramama alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 16).

İşe başlamadan önce kadınların, Nomofobi Ölçeği'nin iletişim kuramama alt boyutundaki puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sosyal medyada zaman geçirme alışkanlıkları incelendiğinde, işe başlamadan önce sosyal medyada zaman geçiren bireylerin bu alt boyut puanlarının, sosyal medyada zaman geçirmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Özellikle Instagram kullananların iletişim kuramama alt boyut puanlarının, bu platformu kullanmayanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Mobil oyun alışkanlıkları açısından, işe başlamadan önce mobil oyunlara para harcamayan bireylerin bu alt boyut puanlarının, para harcayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$).

Araç kullanımı sırasında cep telefonu kullanımına ilişkin veriler, aracı durdurup telefonunu kullanan bireylerin puanlarının, araç kullanırken telefonunu cevaplamayan veya hiç araç kullanmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur ($p<0.05$).

Şarj aleti taşıma alışkanlıkları incelendiğinde, şarj aletini hiçbir zaman yanında bulundurmeyen bireylerin iletişim kuramama alt boyutundaki puanlarının, şarj aletini bazen, nadiren, sıklıkla veya her zaman yanında taşıyan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce uyanır uyanmaz akıllı telefon kullanan bireylerin bu alt boyut puanlarının, akıllı telefonu bazen kullananlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ayrıca cinsiyet ve internette araştırma yapma durumuna göre 2. Anket nomofobi ölçeği iletişim kuramama alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 16).

Kadınların, 2. anket sonuçlarına göre, Nomofobi Ölçeği'nin iletişim kuramama alt boyut puanları erkeklere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 16).

Ayrıca, akıllı telefonunu internette araştırma yapmak için kullanan bireylerin, 2. anket sonuçlarına göre, Nomofobi Ölçeği'nin iletişim kuramama alt boyut puanları, kullanmayan bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 16).

İnternette araştırma yapan bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin iletişim kuramama alt boyutundaki yüzde değişim puanları, araştırma yapmayan bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 16).

Bununla birlikte, sosyodemografik özellikler ve cep telefonu kullanımıyla ilgili diğer sorulara verilen yanıtlara göre, Nomofobi Ölçeği'nin iletişim kuramama alt boyutundaki yüzde değişim değerlerinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$, Tablo 16).

Tablo 16. 2. Anket Nomofobi Ölçeği İletişim Kuramama Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

		Nomofobi Ölçeği Alt Boyutları			
		İletişim Kuramama 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	24.0	18.0	<0.001 ^{&}	0.266
	Erkek	17.0	16.0	0.028 [#]	
Meslek Grupları	Hekim	24.0	16.0	0.498 ^{&}	0.449
	Hemşire	24.0	18.0	0.225 [#]	
	Diğer Sağlık Personeli	14.0	19.0		
Oyun oynama	Evet	27.0	19.0	0.096 ^{&}	0.909
	Hayır	22.0	16.0	0.681 [#]	
Sosyal medyada zaman geçirme	Evet	24.0	17.5	0.022 ^{&}	0.170
	Hayır	20.5	17.0	0.530 [#]	
İnternette araştırma yapma	Evet	25.0	16.0	0.230 ^{&}	0.020
	Hayır	14.0	8.0	0.002 [#]	
Video İzleme	Evet	24.0	18.0	0.171 ^{&}	0.673
	Hayır	19.5	14.0	0.441 [#]	
İnstagram	Evet	24.0	17.0	0.001 ^{&}	0.403
	Hayır	16.0	18.0	0.182 [#]	
Düzenli olarak mobil oyun oynama durumu	Evet	23.5	20.0	0.274 ^{&}	0.440
	Hayır	23.0	17.0	0.806 [#]	
Mobil oyunlara para harcama durumu	Evet	17.0	20.0	0.002 ^{&}	0.224
	Hayır	24.0	17.0	0.211 [#]	
Araç içi cep telefonu kullanımı	Araçı durdurur, cevaplarım	20.0	16.0	0.011 ^{&}	0.069
	Araç kullanırken cevaplarım	20.0	14.0	0.257 [#]	
	Cevaplamam	21.0	17.0		
	Araç kullanmıyorum	27.0	21.0		
Şarj aletini yanınızda bulundurur musunuz?	Hiçbir Zaman	14.5	19.0	0.014 ^{&}	0.140
	Nadiren	20.0	19.0	0.067 [#]	
	Bazen	25.5	15.0		
	Sıklıkla	19.0	15.0		
	Her Zaman	26.0	11.0		
Yatmadan önce akıllı telefon ile	Nadiren	21.0	15.0	0.314 ^{&}	0.892
	Bazen	18.0	14.0	0.656 [#]	

zaman geçirir misiniz?	Sıklıkla	24.0	16.0		
	Her Zaman	25.0	21.0		
Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?	Hiçbir Zaman*	22.0	30.0	0.011^{&} 0.058 [#]	0.903
	Nadiren	18.0	7.0		
	Bazen	14.0	15.5		
	Sıklıkla	24.0	16.0		
	Her Zaman	25.0	18.0		
Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?	Hiçbir Zaman	23.0	17.0	0.854 ^{&} 0.169 [#]	0.216
	Nadiren	30.0	19.0		
	Bazen*	12.0	10.0		
	Sıklıkla*	18.0	24.0		
	Her Zaman*	20.0	28.0		

* kişi sayısı az olduğu için bu kategoriler istatistiksel analize dâhil edilmemiştir, ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Cinsiyet, sosyal medyada zaman geçirme, instagram kullanma, twitter kullanma, şarj aletini yanında bulundurma durumlarına göre işe başlamadan önce ölçülen nomofobi ölçeği çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 17).

İşe başlamadan önce kadınların, Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutundaki puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sosyal medya kullanım alışkanlıkları incelendiğinde, işe başlamadan önce sosyal medyada zaman geçiren bireylerin bu alt boyut puanlarının, sosyal medyada zaman geçirmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Özellikle Twitter ve Instagram kullanan bireylerin, bu platformları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Şarj aleti taşıma alışkanlıkları açısından, işe başlamadan önce şarj aletini hiçbir zaman yanında taşımayan bireylerin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutundaki puanlarının, şarj aletini her zaman yanında taşıyan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Ayrıca cinsiyet, sosyal medyada zaman geçirme, instagram kullanma, twitter kullanma, uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme durumlarına göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen nomofobi ölçeği çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 17).

Kadınların, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut puanları, erkeklere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 17).

Sosyal medyada zaman geçiren bireylerin, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut puanları, zaman geçirmeyen bireylerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 17).

Instagram ve Twitter kullanan bireylerin, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut puanları, kullanmayan bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 17).

Uyanınca akıllı telefonunu bazen kontrol eden bireylerin, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut puanları, her zaman kontrol eden bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 17).

Şarj aletini sıklıkla yanında bulunduran bireylerin, Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutundaki yüzde değişim puanları, bazen bulunduran bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 17).

Ancak, sosyodemografik özellikler ve cep telefonu kullanımıyla ilgili diğer sorulara verilen yanıtlara göre, Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutundaki yüzde değişim değerlerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 17).

Tablo 17. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

		Nomofobi Ölçeği Alt Boyutları			
		Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	10.0	17.0	0.002^{&}	0.948
	Erkek	8.0	11.0	0.017[#]	
Meslek Grupları	Hekim	9.0	14.0	0.310 ^{&}	0.462
	Hemşire	9.0	17.0	0.289 [#]	
	Diğer Sağlık Personeli	8.0	11.0		
Sosyal medyada zaman geçirme	Evet	9.5	14.5	0.025^{&}	0.362
	Hayır	5.0	7.0	0.002[#]	
İnternette araştırma yapma	Evet	9.0	14.0	0.793 ^{&}	0.259
	Hayır	9.0	11.0	0.534 [#]	
Video İzleme	Evet	9.0	14.0	0.119 ^{&}	0.602
	Hayır	9.0	11.0	0.699 [#]	
İnstagram	Evet	10.0	16.0	0.021^{&}	0.960
	Hayır	8.0	10.0	0.028[#]	
Twitter	Evet	10.0	18.5	0.032^{&}	0.659
	Hayır	8.5	12.0	0.024[#]	
Düzenli olarak mobil oyun oynama durumu	Evet	10.5	17.0	0.805 ^{&}	0.650
	Hayır	9.0	14.0	0.487 [#]	
Mobil oyunlara para harcama durumu	Evet	8.0	20.0	0.531 ^{&}	0.807
	Hayır	9.0	14.0	0.913	
Araç içi cep telefonu kullanımı	Aracı durdurur, cevaplarım	7.0	16.0	0.158 ^{&}	0.393
	Aracı kullanırken cevaplarım	8.5	12.0	0.400 [#]	
	Cevaplamam	10.0	19.0		
	Araç kullanmıyorum	9.0	14.0		
Şarj aletini yanınızda bulundurur musunuz?	Hiçbir Zaman	7.0	11.0	0.030^{&}	0.018
	Nadiren	9.0	14.0	0.066 [#]	
	Bazen	10.5	20.0		
	Sıklıkla	8.0	10.0		
	Her Zaman	11.0	14.0		

Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?	Nadiren	5.0	11.0	0.083 ^{&} 0.094 [#]	0.948
	Bazen	7.0	12.5		
	Sıklıkla	9.0	14.0		
	Her Zaman	10.0	17.0		
Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?	Hiçbir Zaman*	9.0	10.0	0.072 ^{&} 0.018[#]	0.847
	Nadiren	9.0	11.0		
	Bazen	7.0	10.5		
	Sıklıkla	8.0	13.0		
	Her Zaman	11.0	17.0		
Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?	Hiçbir Zaman	9.0	14.0	0.559 ^{&} 0.116 [#]	0.147
	Nadiren	14.0	22.0		
	Bazen*	8.0	11.0		
	Sıklıkla*	5.0	5.0		
	Her Zaman*	9.0	13.0		

* kişi sayısı az olduğu için bu kategoriler istatistiksel analize dahil edilmemiştir, ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Cinsiyet, sosyal medyada zaman geçirme, video izleme, instagram kullanma, araç içi cep telefonu kullanma, şarj aletini yanında bulundurma ve uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme durumlarına göre işe başlamadan önce ölçülen toplam nomofobi puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 18).

İşe başlamadan önce kadınların toplam nomofobi puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sosyal medya kullanımı açısından, işe başlamadan önce sosyal medyada zaman geçiren bireylerin toplam nomofobi puanlarının, bu platformlarda zaman geçirmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$).

Benzer şekilde, video izleme alışkanlıkları incelendiğinde, video izleyen bireylerin toplam nomofobi puanlarının, video izlemeyen bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Instagram kullanımına ilişkin veriler, işe başlamadan önce Instagram kullanan bireylerin toplam nomofobi puanlarının, bu platformu kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir ($p<0.05$).

Araç içi cep telefonu kullanımı açısından, "Aracı durdurur ve cevaplarım" diyen bireylerin toplam nomofobi puanlarının, "Araç kullanmam" veya "Cevaplamam" diyen bireylere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Şarj aleti taşıma alışkanlıkları incelendiğinde, şarj aletini hiçbir zaman yanında bulundurmeyen bireylerin toplam nomofobi puanlarının, şarj aletini bazen, nadiren veya her zaman yanında taşıyan bireylerin puanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

İşe başlamadan önce uyanır uyanmaz cep telefonunu her zaman kontrol eden bireylerin toplam nomofobi puanlarının, bu davranışı nadiren veya bazen sergileyenlere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Cinsiyet, sosyal medyada zaman geçirme, internette araştırma yapma, şarj aletini yanında bulundurma ve uyanınca hemen akıllı telefonu kontrol etme durumlarına göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen toplam nomofobi puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 18).

Kadınların, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen toplam Nomofobi puanları, erkeklere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 18).

Sosyal medyada zaman geçiren bireylerin, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen toplam Nomofobi puanları, sosyal medyada zaman geçirmeyen bireylerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 18).

İnternette araştırma yapan bireylerin, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen toplam Nomofobi puanları, araştırma yapmayan bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 18).

Şarj aletini bazen yanında bulunduran bireylerin, ikinci ankette ölçülen toplam Nomofobi puanları, nadiren, hiçbir zaman ve sıklıkla bulunduran bireylerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 18).

Uyanınca akıllı telefonunu her zaman kontrol eden bireylerin, ikinci ankette ölçülen toplam Nomofobi puanları, bazen kontrol eden bireylerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 18).

Sosyodemografik özellikler ve cep telefonu kullanımıyla ilgili diğer sorulara verilen yanıtlara göre, toplam Nomofobi puanları açısından yüzde değişim değerlerinde anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p>0.05$, Tablo 18).

Tablo 18. 2. Anket Nomofobi Ölçeği Toplam Puanının Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıklarıyla Karşılaştırılması

		Nomofobi Ölçeği Alt Boyutları			
		Toplam-NMPQ 2		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	67.0	42.0	<0.001 ^{&} 0.035 [#]	0.377
	Erkek	53.0	38.0		
Meslek Grupları	Hekim	67.0	35.0	0.187 ^{&} 0.095 [#]	0.894
	Hemşire	66.5	36.0		
	Diğer Sağlık Personeli	46.0	45.0		
Sosyal medyada zaman geçirme	Evet	66.5	39.5	0.003 ^{&} 0.032 [#]	0.384
	Hayır	53.5	34.0		
İnternette araştırma yapma	Evet	67.0	40.0	0.169 ^{&} 0.018 [#]	0.156
	Hayır	52.0	26.0		
Video İzleme	Evet	67.0	43.0	0.021 ^{&} 0.200 [#]	0.427
	Hayır	53.5	28.0		
İnstagram	Evet	67.0	42.5	0.013 ^{&} 0.074 [#]	0.981
	Hayır	53.5	30.0		
Düzenli olarak mobil oyun oynama durumu	Evet	68.5	34.5	0.747 ^{&} 0.430 [#]	0.421
	Hayır	64.0	39.0		
Mobil oyunlara para harcama durumu	Evet	58.0	36.0	0.070 ^{&} 0.986 [#]	0.092
	Hayır	66.0	40.0		
Araç içi cep telefonu kullanımı	Aracı durdurur, cevaplarım	48.0	24.0	0.013 ^{&} 0.381 [#]	0.129
	Aracı kullanırken cevaplarım	61.0	32.5		
	Cevaplamam	58.0	46.0		
	Araç kullanmıyorum	71.0	37.0		
Şarj aletini yanınızda bulundurur musunuz?	Hiçbir Zaman	47.0	42.0	0.004 ^{&} 0.004 [#]	0.052
	Nadiren	55.0	47.0		
	Bazen	71.0	36.0		
	Sıklıkla	50.0	24.0		
	Her Zaman	76.0	22.0		
	Nadiren	59.5	33.0	>0.05 ^{&Ω}	0.861

Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?	Bazen	44.0	37.0	0.073 [#]	
	Sıklıkla	66.0	35.0		
	Her Zaman	67.0	43.0		
Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?	Hiçbir Zaman*	64.0	44.0	<0.001 ^{&} 0.001 [#]	0.958
	Nadiren	53.0	18.0		
	Bazen	46.0	36.0		
	Sıklıkla	62.0	43.0		
	Her Zaman	74.0	31.0		
Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?	Hiçbir Zaman	64.0	36.0	0.568 ^{&} 0.077 [#]	0.153
	Nadiren	78.0	52.0		
	Bazen*	45.0	40.0		
	Sıklıkla*	42.0	42.0		
	Her Zaman*	54.0	68.0		

* kişi sayısı az olduğu için bu kategoriler istatistiksel analize dahil edilmemiştir, ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma, Ω: istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunsun da post hoc test sonucunda anlamlı fark bulunmadı.

İşe başladıktan 3 ay sonra ölçülen Nomofobi Ölçeği'nin "bilgiye erişememe" alt ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "emosyonel rol güçlüğü" alt ölçek puanı arasında; Nomofobi Ölçeği'nin "rahatlıktan feragat etme" alt ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "fiziksel rol güçlüğü," "emosyonel rol güçlüğü" ve "mental sağlık" alt ölçek puanları arasında; Nomofobi Ölçeği'nin "iletişim kuramama" alt ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "fiziksel rol güçlüğü," "sosyal fonksiyon," "emosyonel rol güçlüğü" ve "mental sağlık" alt ölçek puanları arasında; Nomofobi Ölçeği'nin "çevrimiçi bağlantıyı kaybetme" alt ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "fiziksel fonksiyon," "fiziksel rol güçlüğü," "ağrı," "sosyal fonksiyon," "emosyonel rol güçlüğü" ve "mental sağlık" alt ölçek puanları arasında; ayrıca Nomofobi Ölçeği'nin toplam puanı (Toplam-NMPQ) ile "fiziksel rol güçlüğü," "sosyal fonksiyon," "emosyonel rol güçlüğü" ve "mental sağlık" alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 19).

İşe başladıktan sonraki üç aylık dönemde, bilgiye erişememe kaynaklı nomofobi düzeyindeki artışın, emosyonel rol güçlüğüyle ilişkili yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu görülmüştür. Rahatlıktan feragat etmeye bağlı nomofobi düzeyindeki artış, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlıkla

bağlantılı yaşam kalitesinde azalmaya yol açmaktadır. İletişim kurma zorluğu ile ilişkili nomofobi düzeyindeki artış, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlığa bağlı yaşam kalitesini negatif yönde artırmaktadır. Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme endişesi arttıkça, genel sağlık ve vitalite dışındaki tüm göstergelerle bağlantılı yaşam kalitesinde bir azalma meydana gelmektedir. Toplam nomofobi puanındaki artışın, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlığa bağlı yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, toplam nomofobi sınıflandırma düzeyindeki artış, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde azalmaya sebep olmaktadır ($p<0.05$, Tablo 19).

İşe başlamanın ardından geçen 3 ay sonunda yapılan değerlendirmelerde, Nomofobi Ölçeği'nin çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut puanı ile SF-12 Mental Sağlık alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 19).

Bunun yanı sıra, Nomofobi Ölçeği'nin Toplam-NMPQ sınıflandırması ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "emosyonel rol güçlüğü" ve "mental sağlık" alt ölçek puanları arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$, Tablo 19).

Diğer ölçümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 19).

Tablo 19. 2. anket nomofobi toplam puan, alt boyut ve gruplarının 2. Anket yaşam kalitesi alt boyutları ile karşılaştırılması

			Nomofobi Ölçeği 2				
			Bilgiye Erişememe	Rahatlıktan Feragat Etme	İletişim Kuramama	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	Toplam-NMPQ Sınıflandırma
Yaşam kalitesi (SF12)	Fiziksel Fonksiyon	r	-0.016	-0.021	-0.049	-0.220	-0.060
		p	0.871	0.830	0.610	0.021	0.533
		n	110	110	110	110	110
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0.016	-0.203	-0.276	-0.315	-0.229
		p	0.869	0.033	0.003	0.001	0.016
		n	110	110	110	110	110
		r	0.019	-0.140	-0.133	-0.310	-0.155
		p					
		n					

	Ağrı	p	0.845	0.144	0.167	0.001	0.105	0.092
		n	110	110	110	110	110	110
	Genel Sağlık	r	0.144	0.076	-0.095	0.007	0.036	0.063
		p	0.134	0.429	0.322	0.938	0.711	0.513
		n	110	110	110	110	110	110
	Vitalite (Enerji)	r	-0.146	-0.185	-0.029	-0.020	-0.102	-0.060
		p	0.128	0.053	0.767	0.834	0.291	0.534
		n	110	110	110	110	110	110
	Sosyal Fonksiyon	r	-0.148	-0.168	-0.198	-0.189	-0.204	-0.178
		p	0.122	0.080	0.038	0.048	0.032	0.062
		n	110	110	110	110	110	110
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0.213	-0.338	-0.263	-0.292	-0.322	-0.235
		p	0.026	<0.001	0.005	0.002	0.001	0.014
		n	110	110	110	110	110	110
	Mental Sağlık	r	-0.167	-0.341	-0.276	-0.415	-0.352	-0.289
		p	0.081	<0.001	0.004	<0.001	<0.001	0.002
		n	110	110	110	110	110	110

Yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu yüzde değişimi ile nomofobi ölçeği bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut yüzde değişimi ve Toplam-NMPQ, Toplam-NMPQ sınıflandırma yüzde değişimi arasında anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 20).

Yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu yüzde değişimi ile nomofobi ölçeği iletişim kuramama alt boyutu yüzde değişimi arasında anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 20).

Yaşam kalitesi ölçeği vitalite alt boyutu yüzde değişimi ile nomofobi ölçeği çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut yüzde değişimi arasında anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 20).

Yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut yüzde değişimi ile nomofobi ölçeği rahatlıktan feragat etme, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut yüzde değişimi ve Toplam-NMPQ yüzde değişimi arasında anlamlı düzeyde negatif yönde ilişkiler vardır ($p<0.05$, Tablo 20).

Yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu yüzde değişimi ile nomofobi ölçeği çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyut yüzde değişimi ve Toplam-NMPQ

yüzde değişimi arasında anlamlı düzeyde negatif yönde ilişkiler vardır ($p<0.05$, Tablo 20).

Sağlık çalışanlarında bilgiye erişememe kaynaklı nomofobi düzeyi değişimindeki artış, ağrıya bağlı yaşam kalitesindeki değişimi azaltmaktadır. Rahatlıktan feragat etme ile ilişkili nomofobi düzeyi değişimindeki artış, ağrı ve sosyal fonksiyonlara bağlı yaşam kalitesi değişiminde azalmaya yol açmaktadır. İletişim kuramama ile ilişkili nomofobi düzeyi değişimindeki artış, genel sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesi değişimini negatif yönde artırmaktadır. Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme endişesine bağlı nomofobi düzeyi değişimindeki artış ise ağrı, vitalite, sosyal fonksiyon ve mental sağlığa bağlı yaşam kalitesindeki değişimde düşüşe neden olmaktadır. Toplam nomofobi puanı değişimindeki artış, ağrı ve sosyal fonksiyonlara bağlı yaşam kalitesi değişiminde azalmayla ilişkilidir. Ayrıca, toplam nomofobi sınıflandırması değişimindeki artış, ağrıya bağlı yaşam kalitesindeki değişimin azalmasına katkıda bulunmaktadır ($p<0.05$, Tablo 20).

Diğer ölçümler arasında anlamlı bir ilişki yoktur($p>0.05$ Tablo 20).

Tablo 20. Önceki ve sonraki nomofobi toplam puan, alt boyut ve grupları değişiminin anketler arası yaşam kalitesi alt boyutları değişimi ile karşılaştırılması

			Nomofobi Ölçeği Yüzde Değişimi				
			Bilgiye Erişememe	Rahatlıktan Feragat Etme	İletişim Kuramama	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	Toplam-NMPQ Sınıflandırma
Yaşam kalitesi (SF12) Ölçeği Yüzde Değişimi	Fiziksel Fonksiyon	r	0.075	0.059	0.123	0.014	0.115
		p	0.434	0.543	0.202	0.885	0.230
		n	110	110	110	110	110
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0.050	-0.104	-0.113	-0.053	-0.065
		p	0.600	0.278	0.239	0.580	0.500
		n	110	110	110	110	110
	Ağrı	r	-0.242	-0.214	-0.169	-0.246	-0.247
		p	0.012	0.026	0.080	0.010	0.010
		n	108	108	108	108	108
	Genel Sağlık	r	-0.035	-0.071	-0.202	-0.064	-0.144
		p	0.718	0.463	0.035	0.511	0.136
		n	109	109	109	109	109
		r	-0.018	-0.123	-0.132	-0.190	-0.115

	Vitalite (Enerji)	p	0.851	0.205	0.174	0.049	0.234	0.098
		n	108	108	108	108	108	108
	Sosyal Fonksiyon	r	-0.164	-0.278	-0.162	-0.267	-0.265	-0.182
		p	0.088	0.003	0.090	0.005	0.005	0.057
		n	110	110	110	110	110	110
	Emosyone l Rol Güçlüğü	r	0.037	0.006	-0.046	-0.118	-0.028	0.081
		p	0.699	0.947	0.636	0.223	0.772	0.401
		n	109	109	109	109	109	109
	Mental Sağlık	r	-0.135	-0.139	-0.156	-0.229	-0.189	-0.073
		p	0.163	0.148	0.106	0.016	0.049	0.449
		n	109	109	109	109	109	109

İkinci ankette elde edilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanı ile işe başladıktan üç ay sonra ölçülen Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutları ve toplam NMPQ puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 21).

Bulgular, işe başladıktan 3 ay sonra sağlık çalışanlarının rahatlıktan feragat etme ve çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutlarına ilişkin nomofobi düzeylerinin artış göstermesiyle, depresyon düzeylerinin de paralel olarak yükseldiğini ortaya koymaktadır ($p<0.05$, Tablo 21).

Ayrıca, toplam nomofobi puanındaki artışın, benzer şekilde depresyon düzeylerinde de bir artışa yol açtığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 21).

Diğer ölçümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 21).

Tablo 21. 2. anket nomofobi toplam puan, alt boyut ve gruplarının 2. Anket beck depresyon puanı ile karşılaştırılması

			BDÖ 2. Anket Toplam Puan
Nomofobi Ölçeği 2	Bilgiye Erişememe	r	0.146
		p	0.129
		n	110
	Rahatlıktan Feragat Etme	r	0.314
		p	0.001
		n	110
	İletişim Kuramama	r	0.181
		p	0.058
		n	110
	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	r	0.197
		p	0.039
		n	110
	Toplam-NMPQ	r	0.240
		p	0.012
		n	110
	Toplam-NMPQ Sınıflandırma	r	0.150
		p	0.117
		n	110

BDÖ puanındaki yüzde değişim ile Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutları ve toplam NMPQ yüzde değişimi arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 22).

Sağlık çalışanlarında depresyon düzeyi değişimindeki artışın, rahatlıktan feragat etme, iletişim kurmada güçlük ve çevrimiçi bağlantıyı kaybetme gibi faktörlere bağlı olarak nomofobi düzeyi değişimini artırdığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 22).

Bunun yanı sıra, depresyon değişiminin toplam nomofobi puanları değişiminde de yükselmeye neden olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 22).

Diğer ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 22).

Tablo 22. Önceki ve sonraki nomofobi toplam puan, alt boyut ve grupları değişiminin anketler arası depresyon puanları değişimi ile karşılaştırılması

			BDÖ Puanı Yüzde Değişimi
Nomofobi Ölçeği Yüzde Değişimi	Bilgiye Erişememe	r	0.114
		p	0.260
		n	99
	Rahatlıktan Feragat Etme	r	0.282
		p	0.005
		n	99
	İletişim Kuramama	r	0.263
		p	0.008
		n	99
	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	r	0.218
		p	0.030
		n	99
	Toplam-NMPQ	r	0.273
		p	0.006
		n	99
	Toplam-NMPQ Sınıflandırma	r	0.159
		p	0.115
		n	99

Nomofobi Ölçeği'ndeki yüzde değişim ile günlük ortalama ekrana bakma süresindeki yüzde değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 23)

Tablo 23. Önceki ve sonraki nomofobi toplam puan, alt boyut ve grupları değişiminin ortalama ekrana bakma süresi değişimi ile karşılaştırılması

			Günlük ortalama ekrana bakma süresi yüzde değişimi
Nomofobi Ölçeği Yüzde Değişimi	Bilgiye Erişememe	r	0.147
		p	0.125
		n	110
	Rahatlıktan Feragat Etme	r	-0.056
		p	0.564
		n	110
	İletişim Kuramama	r	-0.068
		p	0.478
		n	110
	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	r	-0.157
		p	0.102
		n	110
	Toplam-NMPQ	r	-0.048
		p	0.617
		n	110
	Toplam-NMPQ Sınıflandırma	r	-0.153
		p	0.109
		n	110

Cinsiyete göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 1 puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$, Tablo 24).

İşe başlamadan önce kadın sağlık çalışanlarının depresyon düzeylerinin, erkek meslektaşlarına kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$, Tablo 24).

Ancak, sosyodemografik özellikler açısından BDÖ yüzde değişim değerlerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 24).

Tablo 24. Sosyodemografik soruların; 1. anket BDÖ puanları, 2. anket BDÖ puanları ile karşılaştırılması

		BDÖ 1 [§]		BDÖ 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG	Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	6	7	9	9	0.042[§] 0.470 [#]	0.263
	Erkek	4	8	8	11		
Medeni Durum	Evli	6	8	8	8	0.800 [§] 0.194 [#]	0.244
	Bekar	5	8	9	10		

Gelir Durumu	Gelir giderden az	8	9	10	6	0.416 ^{&} 0.514 [#]	0.881
	Gelir gidere eşit	7	6	9	9		
	Gelir giderden fazla	4	8.5	5	10.5		
Eğitim Durumu	Lise	6	5	5	6	0.628 ^{&} 0.366 [#]	0.977
	Üniversite	5	8	9	11		
Meslek Grupları	Hekim	5	10	9	10	0.696 ^{&} 0.338 [#]	0.853
	Hemşire	6	6	9	8		
	Diğer Sağlık Personeli	5	7	5	10		

ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

BDÖ puanındaki yüzde değişim ile günlük ortalama ekrana bakma süresi yüzdesindeki değişim arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0.05$, Tablo 25).

Tablo 25. Beck Depresyon Puanlarındaki Değişimin, Günlük Ortalama Ekrana Bakma Süresi Değişim ile Karşılaştırılması

		BDÖ Puanı Yüzde Değişimi
Günlük ortalama ekrana bakma süresi yüzde değişimi	r	-0.170
	p	0.093
	n	99

İkinci ankette elde edilen BDÖ toplam puanı ile işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 26).

Ayrıca, işe başladıktan 3 ay sonra uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanı ile ikinci ankette ölçülen Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde, anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 26).

İşe başlamanın ardından geçen üç aylık sürede, sağlık çalışanlarında depresyon düzeylerindeki artışın, ağrı dışındaki diğer yaşam kalitesi göstergelerinde düşüşe yol açtığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin azaldığı gözlemlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 26).

Tablo 26. 2. Anket Beck Depresyon Puanlarının 2. Anket Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

			BDÖ 2. Anket Toplam Puan
Yaşam kalitesi (SF12) Ölçeği 2	Fiziksel Fonksiyon	r	-0.193
		p	0.043
		n	110
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0.230
		p	0.016
		n	110
	Ağrı	r	-0.050
		p	0.607
		n	110
	Genel Sağlık	r	-0.213
		p	0.025
		n	110
	Vitalite (Enerji)	r	-0.377
		p	<0.001
		n	110
	Sosyal Fonksiyon	r	-0.297
		p	0.002
		n	110
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0.470
		p	<0.001
		n	110
	Mental Sağlık	r	-0.340
		p	<0.001
		n	110

BDÖ puanındaki yüzde değişim ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 27).

Sağlık çalışanlarının depresyon düzeyi değişimindeki artış, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki değişimlerin azalmasına yol açmaktadır ($p<0.05$, Tablo 27).

Diğer ölçümler arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$, Tablo 27).

Tablo 27. Beck Depresyon Puanlarındaki Değişimin Anketler Arası Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarındaki Değişim ile Karşılaştırılması

			BDÖ Puanı
			Yüzde Değişimi
Yaşam kalitesi (SF12) Ölçeği Yüzde Değişimi	Fiziksel Fonksiyon	r	-0.014
		p	0.891
		n	99
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0.107
		p	0.294
		n	99
	Ağrı	r	-0.141
		p	0.169
		n	97
	Genel Sağlık	r	-0.135
		p	0.185
		n	98
	Vitalite (Enerji)	r	-0.179
		p	0.080
		n	97
	Sosyal Fonksiyon	r	-0.134
		p	0.186
		n	99
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0.332
		p	0.001
		n	98
	Mental Sağlık	r	-0.233
		p	0.021
		n	98

Günlük ortalama ekrana bakma süresindeki yüzde değişim ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt boyutlarındaki yüzde değişimler arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 28).

Sağlık çalışanlarında ekrana bakma süresi değişimindeki artış, fiziksel fonksiyon ve genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki değişimle paralel olarak artmaktadır ($p<0.05$, Tablo 28).

Diğer ölçümler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 28).

Tablo 28. Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarındaki Öncesi ve Sonrası Değişimlerin, Ortalama Ekrana Bakma Süresindeki Değişim ile Karşılaştırılması

			Günlük ortalama ekrana bakma süresi yüzde değişimi
Yaşam kalitesi (SF12) Ölçeği Yüzde Değişimi	Fiziksel Fonksiyon	r	0.217
		p	0.023
		n	110
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0.012
		p	0.903
		n	110
	Ağrı	r	-0.078
		p	0.425
		n	108
	Genel Sağlık	r	0.226
		p	0.018
		n	109
	Vitalite (Enerji)	r	0.167
		p	0.083
		n	108
	Sosyal Fonksiyon	r	0.073
		p	0.446
		n	110
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	0.027
		p	0.784
		n	109
	Mental Sağlık	r	-0.037
		p	0.706
		n	109

İşe başlamadan önce ölçülen günlük ortalama ekrana bakma süresi ile BDÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 29).

İşe başlamadan önce sağlık çalışanlarında ekrana bakma süresi arttıkça depresyon düzeylerinde de bir artış meydana gelmiştir ($p<0.05$, Tablo 29).

Ayrıca, günlük ortalama ekrana bakma süresi ile Nomofobi Ölçeği'nin bilgiye erişememe alt boyutu arasında da anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 29).

Bu bulgu, sağlık çalışanlarında günlük ekran kullanım süresinin artmasının, bilgiye erişememe ile ilgili nomofobi düzeylerinde de bir yükselmeye yol açtığını göstermektedir ($p<0.05$, Tablo 29).

Diğer ölçümler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$, Tablo 29).

Tablo 29. 1. Anket Ortalama Ekrana Bakma Süresinin, 1. Anket Beck Depresyon Puanları, Yaşam Kalitesi Alt Boyutları, Nomofobi Toplam Puanı, Alt Boyutları ve Grupları ile Karşılaştırılması

			1. anket günlük ortalama ekrana bakma süresi
Beck Depresyon Ölçeği 1	BDÖ 1. Anket Toplam Puan	r	0.312
		p	0.001
		n	110
Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği 1	Fiziksel Fonksiyon	r	-0.066
		p	0.491
		n	110
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0.141
		p	0.140
		n	110
	Ağrı	r	-0.044
		p	0.646
		n	110
		r	-0.084

Nomofobi Ölçeği 1	Genel Sağlık	p	0.386
		n	110
	Vitalite (Enerji)	r	-0.137
		p	0.153
		n	110
	Sosyal Fonksiyon	r	-0.095
		p	0.322
		n	110
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0.111
		p	0.250
		n	110
	Mental Sağlık	r	-0.095
		p	0.326
		n	110
	Bilgiye Erişememe	r	0.209
		p	0.028
		n	110
	Rahatlıktan Feragat Etme	r	0.183
		p	0.056
		n	110
	İletişim Kuramama	r	-0.045
		p	0.640
		n	110
	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	r	0.084
		p	0.383
		n	110
	Toplam-NMPQ	r	0.086
		p	0.373
		n	110
	Toplam-NMPQ Sınıflandırma	r	0.020
		p	0.837
		n	110

İşe başladıktan üç ay sonra ölçülen günlük ortalama ekrana bakma süresi ile Nomofobi Ölçeği'nin rahatlıktan feragat etme alt boyutu arasında anlamlı pozitif bir ilişki gözlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 30).

İşe başladıktan 3 ay sonra, günlük ortalama ekrana bakma süresi arttıkça rahatlıktan feragat etme boyutuyla ilişkili nomofobi düzeylerinin de anlamlı şekilde yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 30).

Diğer ölçümler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 30).

Tablo 30. 2. Anket Ortalama Ekrana Bakma Süresinin, 2. Anket Beck Depresyon Puanları, Yaşam Kalitesi Alt Boyutları, Nomofobi Toplam Puanı, Alt Boyutları ve Grupları ile Karşılaştırılması

			2. anket günlük ortalama ekrana bakma süresi
Beck Depresyon Ölçeği 2	BDÖ 2. Anket Toplam Puan	r	-0.097
		p	0.313
		n	110
Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği 2	Fiziksel Fonksiyon	r	0.151
		p	0.116
		n	110
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0.033
		p	0.733
		n	110
	Ağrı	r	-0.014
		p	0.888
		n	110
	Genel Sağlık	r	0.062
		p	0.522
		n	110
	Vitalite (Enerji)	r	-0.112
		p	0.246
		n	110
	Sosyal Fonksiyon	r	0.003
		p	0.974
		n	110
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0.065
		p	0.501
		n	110
	Mental Sağlık	r	-0.049
		p	0.610

		n	110
Nomofobi Ölçeği 2	Bilgiye Erişememe	r	0.161
		p	0.092
		n	110
	Rahatlıktan Feragat Etme	r	0.250
		p	0.008
		n	110
	İletişim Kuramama	r	0.025
		p	0.795
		n	110
	Çevrimiçi Bağlantıyı Kaybetme	r	0.114
		p	0.235
		n	110
	Toplam-NMPQ	r	0.153
		p	0.111
		n	110
	Toplam-NMPQ Sınıflandırma	r	0.020
		p	0.837
		n	110

Meslek grupları arasında işe başlamadan önce ölçülen SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 31).

İşe başlamadan önce hekimlerin, Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon alt boyutundaki puanlarının hemşirelere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$)

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, işe başladıktan üç ay sonra ölçülen SF-12 fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 31).

Erkek katılımcıların üç ay sonraki fiziksel fonksiyon puanları, kadın katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 31).

Tablo 31. 2. Anket SF12 Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ile Karşılaştırılması

		Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği Alt Boyutları			
		Fiziksel Fonksiyon 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	75.0	50.0	0.502 ^{&}	0.341
	Erkek	100.0	25.0	0.002 [#]	
Meslek Grupları	Hekim	100.0	25.0	0.014 ^{&}	0.464
	Hemşire	75.0	50.0	0.088 [#]	
	Diğer Sağlık Personeli	100.0	25.0		

ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Cinsiyet, sosyal medyada zaman geçirme durumlarına göre işe başlamadan önce ölçülen SF-12 ağrı alt boyutu puanları açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 32).

İşe başlamadan önce erkeklerin SF-12 ağrı alt boyutundaki puanlarının kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ayrıca, sosyal medyada zaman geçiren bireylerin bu alt boyut puanlarının, sosyal medyada zaman geçirmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Cinsiyet durumuna göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen SF-12 ağrı alt boyut puanları açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 32).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlerde, erkek katılımcıların SF-12 ağrı alt boyut puanlarının kadın katılımcılara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 32).

Sadece sosyal medyada zaman geçiren bireylerin SF-12 ağrı alt boyut yüzdesindeki değişim miktarı, sosyal medya kullanmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 32).

Benzer şekilde, yatmadan önce akıllı telefonu her zaman kullanan bireylerin SF-12 ağrı alt boyut yüzdesindeki değişim miktarı, telefonu sadece sıklıkla kullanan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 32).

Tablo 32. 2. Anket SF12 Ağrı Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması

		Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği Alt Boyutları			
		Ağrı 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	75.0	50.0	0.004^{&}	0.681
	Erkek	77.0	25.0	0.015[#]	
Meslek Grupları	Hekim	75.0	25.0	0.962 ^{&}	0.908
	Hemşire	75.0	50.0	0.455 [#]	
	Diğer Sağlık Personeli	87.5	25.0		
Sosyal medyada zaman geçirme	Evet	75.0	25.0	0.006^{&}	0.010
	Hayır	75.0	0.0	0.350 [#]	
Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?	Nadiren	75.0	25.0	0.087 ^{&}	0.003
	Bazen	75.0	37.5	0.472 [#]	
	Sıklıkla	75.0	25.0		
	Her Zaman	100.0	25.0		

ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Cinsiyet durumuna göre işe başlamadan önce ölçülen SF-12 fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanları açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 33).

İşe başlamadan önce erkeklerin, SF-12 fiziksel rol güçlüğü alt boyutundaki puanlarının kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Ayrıca cinsiyet, medeni duruma göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen SF-12 fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanları açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 33).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlerde, erkek katılımcıların SF-12 fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanlarının kadın katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 33).

Benzer şekilde, bekâr bireylerin SF-12 fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanları evli bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 33).

Tablo 33. 2. Anket SF12 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler Karşılaştırılması

		Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği Alt Boyutları			
		Fiziksel Rol Güçlüğü 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	62.5	25.0	0.002^{&}	0.239
	Erkek	75.0	25.0	<0.001[#]	
Medeni Durum	Evli	62.5	25.0	0.319 ^{&}	0.539
	Bekar	75.0	50.0	0.049[#]	

ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Cinsiyet durumuna göre işe başlamadan önce ölçülen SF-12 emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanı açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır (p<0.05, Tablo 34).

İşe başlamadan önce erkeklerin, SF-12 emosyonel rol güçlüğü alt boyutundaki puanlarının kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Ayrıca cinsiyet durumuna göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen SF-12 emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanı açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır (p<0.05, Tablo 34).

İşe başladıktan üç ay sonra yapılan ölçümlerde, erkeklerin SF-12 emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanları kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. (p<0.05, Tablo 34).

Tablo 34. 2. Anket SF12 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler Karşılaştırılması

		Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği Alt Boyutları			
		Emosyonel Rol Güçlüğü 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	62.5	37.5	0.007^{&}	0.496
	Erkek	75.0	50	0.006[#]	

ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

Cinsiyet durumuna göre işe başlamadan önce ölçülen SF-12 mental sağlık alt boyut puanı açısından anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0.05$, Tablo 35).

İşe başlamadan önce erkeklerin, SF-12 mental sağlık alt boyutundaki puanlarının kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Ayrıca, cinsiyete göre işe başladıktan 3 ay sonra ölçülen SF-12 mental sağlık alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 35).

İşe başladıktan 3 ay sonra erkeklerin mental sağlık alt boyut puanlarının, kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 35).

Yatmadan önce akıllı telefonu her zaman kullanan bireylerin SF-12 mental sağlık alt boyut yüzdesindeki değişim, akıllı telefonu yalnızca nadiren kullanan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 35).

Tablo 35. 2. Anket SF12 Mental Sağlık Alt Boyutunun Sosyodemografik Özellikler ve Cep Telefonu Kullanım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması

		Yaşam Kalitesi (SF12) Ölçeği Alt Boyutları			
		Mental Sağlık 2 [#]		p	p [£]
		Medyan	ÇAG		
Cinsiyet	Kadın	75.0	75.0	0.001^{&}	0.954
	Erkek	77.0	100.0	0.001[#]	
Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?	Nadiren	75.0	75.0	0.162 ^{&}	0.052
	Bazen	75.0	87.5	0.664 [#]	
	Sıklıkla	75.0	87.5		
	Her Zaman	75.0	87.5		

ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, £: yüzde değişim değerleri için karşılaştırma, &: 1.Anket değerleri için karşılaştırma, #: 2.Anket değerleri için karşılaştırma

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre nomofobi düzeyleri incelendiğinde, kadınların NMP-Q ölçeği toplam puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, literatürde kadınların erkeklerden daha yüksek nomofobi düzeyine sahip olduğunu gösteren çalışmalarla uyumlu görünmektedir(141, 152-154). Ülkemizde, kadınların bazı sosyal çevrelerde yüz yüze iletişim olanaklarının sınırlı olmasına rağmen, dijital platformlarda daha özgür ve rahat bir şekilde iletişim kurabildikleri görülmektedir. Bu durum, kadınların mobil cihazlara daha fazla yönelmesine ve dijital iletişim araçlarına bağımlılık geliştirme riskinin artmasına yol açabilir. Dolayısıyla, bu etkileşim biçimi, kadınların nomofobi puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olmasını açıklayabilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir. Güneş ve Gücük'ün çalışmasına göre ise, teknolojik ve dijital platformların sınırsız bir iletişim alanı sunması ve bu platformlarda kolay ve rahat bir şekilde etkileşim kurulabilmesi nedeniyle, kadınlarda nomofobi düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (155). Bazı araştırmalarda ise erkeklerin nomofobi düzeylerinin kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Örneğin, Hindistan'da yapılan bir çalışmada, erkeklerin nomofobi puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, Hindistan'daki erkeklerin sosyal yaşamlarında daha özgür olmalarına ve mobil cihazları kullanımda daha fazla bağımsızlık sergilemelerine bağlanmıştır (156). Kadınlar ve erkekler arasında nomofobi düzeyleri açısından herhangi bir fark bulunmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (113, 157, 158). Araştırmamızda kadınların nomofobi düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların daha fazla nomofobik olmasının altında psikolojik ve sosyal pek çok faktör yatabilir. Küçükvardar'ın (2019) çalışmasına göre, kadınlar teknolojiye ruhsal ve zihinsel olarak erkeklerden daha yatkın bulunmuştur. Ayrıca, kadınların telefon kullanım amaçlarına bakıldığında, genellikle sosyal medya ve iletişim odaklı kullanımı tercih ettikleri, erkeklerin ise daha çok oyun oynamak için telefon kullandıkları belirlenmiştir (159). Toplumsal yapılar açısından değerlendirildiğinde, erkeklerin daha bağımsız, kadınların ise daha bağımlı bir şekilde yetiştirildiği ifade edilmektedir (160). Bu durum, kadınların sosyal iletişim kurma ve

sürdürme gereksinimlerini artırarak, mobil cihazlara olan bağımlılıklarını güçlendirebilir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının son bir hafta içinde günlük ortalama ekrana bakma süresinin 2 saat 40 dakika ile 6 saat 23 dakika arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bu süreler, sağlık çalışanlarının mesleki görevleri ve sosyal iletişim gereksinimlerinden kaynaklanıyor olabilir. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Örneğin, Hacer ve arkadaşlarının sağlık profesyoneli adayları üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının günlük 4-6 saat arasında internette zaman geçirdiği belirlenmiştir (161). Fettahlıoğlu ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada ise katılımcıların yarısından fazlasının günlük internet kullanım süresinin 1-5 saat arasında olduğu rapor edilmiştir (162). Benzer şekilde, Bilgiliier'in gençler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının 1-3 saat internet kullandığı ve günlük 4 saatten fazla sosyal medya kullanımının bağımlılık açısından önemli bir risk oluşturduğu saptanmıştır (163). Ayrıca, günlük ortalama cep telefonu kullanım sürelerini inceleyen başka bir araştırmada, üç saat ve üzeri kullanım oranının %71 olduğu (156); Nurcan ve arkadaşlarının (2020) tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ise bu oran %72,9 olduğu belirlenmiştir (94). Bu bulgular, sağlık çalışanları ve üniversite öğrencileri gibi yoğun zihinsel iş yüküne sahip grupların teknoloji kullanım sürelerinin oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Günlük uzun süreli ekran ve cep telefonu kullanımının, teknolojinin mesleki işlevsellik ve sosyal yaşam üzerindeki artan etkisinin bir yansıması olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının %72,7'sinin sabah uyandıklarında cep telefonlarını her zaman ve sıklıkla kontrol ettiğini ifade ettiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Nurcan ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği bir araştırmada, katılımcıların %76'sının sabah uyandıklarında cep telefonlarını hemen kontrol ettiği belirlenmiştir (94). Başka bir çalışmada ise bu oran %55 olduğu rapor edilmiştir (156). Musa ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise bu oran daha da yüksek, %81,1 olarak saptanmıştır (164). Bu farklılıklar, katılımcıların meslek grupları, yaş aralıkları, sosyal çevreleri ve teknolojiye erişim alışkanlıkları gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Sabah uyanır uyanmaz cep telefonunu

kontrol etme alışkanlığı, bireylerin sosyal medya, mesajlaşma uygulamaları veya iş odaklı dijital platformlara olan bağımlılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, özellikle sağlık çalışanları ve tıp fakültesi öğrencileri gibi meslek ve eğitim gruplarında, cep telefonunun mesleki sorumluluklar veya akademik takiple ilişkili bir araç olarak kullanılması, bu davranışı teşvik edebilir.

Çalışmamızda, uyanır uyanmaz akıllı telefonlarını kontrol etme alışkanlığına sahip sağlık çalışanlarının, nomofobi ölçeği toplam puan ortalamaları ve bazı alt boyutlar açısından anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Özellikle, sağlık çalışanlarının bu alışkanlıklarının mesleki sorumluluklar ve sosyal bağlantıları sürekli takip etme ihtiyacından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Musa ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır (164); uyanır uyanmaz telefonlarını kontrol eden öğrencilerin nomofobi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun sürekli çevrim içi olma ve çevrelerinden haberdar olma arzusu ile bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (165-167). Benzer şekilde, diğer araştırmalar da öğrencilerin sabah ilk iş olarak telefonlarını kontrol ettiklerini ve bu davranışın nomofobi düzeylerini etkileyebileceğini göstermektedir (94, 156). Sigara bağımlılığında uyanır uyanmaz sigara içme davranışının daha yüksek bağımlılık seviyesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir (168). Bu paralellik göz önünde bulundurulduğunda, uyanır uyanmaz akıllı telefon kontrolü davranışı da bir tür bağımlılık eğilimi olarak değerlendirilebilir. Bu durum, bireylerin dijital cihazlara yönelik kullanım alışkanlıklarının yalnızca bir tercih değil, aynı zamanda psikolojik ve davranışsal bağımlılık belirtileri taşıyabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre işe başlamadan önce ve işe başladıktan sonraki yaşam kalitesi boyutlarında anlamlı bir değişim tespit edilmemiştir. Bu durumun, anketimizin yalnızca 3 aylık kısa bir dönemi kapsaması ve çalışmanın gerçekleştirildiği kurumun çalışma koşullarının görece elverişli olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bunun olası nedenlerinden biri de katılımcıların büyük bir çoğunluğunun çalışmaya başlamadan önce de başka bir işte görev alıyor olmaları ve sağlık çalışanlarının mesleki koşulları ile iş ortamlarının genellikle benzer nitelikte olması, işe başlamanın yaşam kalitesine olan

etkisini sınırlamış olabilir. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda ise yaşam kalitesine ilişkin farklı bulgular elde edilmiştir. Örneğin, Somunoğlu'nun (169) hemşireler üzerinde Nottingham Sağlık Profili Anketi'ni kullanarak yaptığı araştırmada, enerji boyutunun en düşük, sosyal izolasyon boyutunun ise en yüksek skora sahip olduğu rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Göktaş (170) tarafından hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da sosyal izolasyon boyutu en düşük skoru alırken, enerji boyutu en yüksek skoru almış ve bunu duygusal reaksiyon boyutu takip etmiştir. Ebe ve hemşireler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmış ve sonuçlar, fiziksel rol boyutunun en düşük, fiziksel fonksiyon boyutunun ise en yüksek skora sahip olduğunu göstermiştir (171). Bu bulgular, hemşirelerin fiziksel ve duygusal olarak yoğun bir iş yükü altında çalışması, düzensiz ve uzun çalışma saatleri, yorgunluk, uyku eksikliği ve omuz, boyun ile sırt problemleri gibi mesleki zorluktan kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Bizim çalışmamızda bu çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmesinin, kullandığımız ölçeğin SF-36'nın kısa ve uyarlanmış bir versiyonu olmasından ve puanlama sistemindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, yaşam kalitesi boyutlarında gözlemlenen değişikliklerin uzun vadeli etkilerini değerlendirebilmek için daha geniş bir zaman dilimini kapsayan ve farklı mesleki grupları içeren ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının öğrenim durumlarına göre iş doyumu boyutları olan içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu bulgu, öğrenim düzeyinin iş doyumu üzerindeki etkisinin mesleki deneyimler, kurum kültürü ve bireysel beklentiler gibi diğer faktörlerle gölgelenebileceğini düşündürmektedir. Literatürde, eğitim düzeyi ile iş doyumu arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Pınar ve Arıkan (1998) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve eğitim düzeyi arttıkça iş doyumunun da yükseldiği belirtilmiştir (172). Benzer şekilde, Aslan ve Akbayrak'ın (2002) çalışmasında da yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin iş doyumu düzeylerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (173). Bunun aksine, ebe ve hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada, öğrenim durumuna göre içsel, dışsal ve genel iş doyumu boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (171). Bu bulgu, özellikle klinik ortamda, bireylerin mesleki memnuniyetinin eğitim

düzeyinden ziyade iş yükü, çalışma koşulları ve yönetim anlayışı gibi faktörlerden daha fazla etkilenebileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda, öğrenim durumu ile iş doyumunu arasında bir ilişki saptanmamasının, çalışmaya katılan bireylerin görev tanımlarının ve sorumluluklarının öğrenim düzeyinden bağımsız olarak standartlaşmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bireylerin kişisel değerleri ve beklentilerinin iş doyumunu üzerindeki etkisinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının iş doyumunu alt boyutları olan içsel doyum, dışsal doyum ve toplam doyum puanlarında medeni duruma bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Elde edilen bulgular, evli bireylerin bekâr bireylere kıyasla işlerinden daha yüksek düzeyde doyum sağladığını göstermektedir. Benzer şekilde, Erdem ve arkadaşlarının (174) araştırması da evli bireylerin iş doyumunu puanlarının bekârlara oranla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ünsar ve arkadaşlarının (175) çalışmasında ise evliliğin bireyler için düzenli bir yaşam sağladığı ve bu durumun iş doyumunu artıran bir faktör olarak değerlendirildiği ifade edilmiştir. Ayrıca, Aslan ve Akbayrak (173) ile Özaltın'ın (176) araştırmaları da evli bireylerin iş doyumunu düzeylerinin evli olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu rapor etmiştir. Bu bulgular, evliliğin iş doyumunu destekleyen önemli bir unsur olabileceğini işaret etmektedir. Bu bağlamda evli bireylerin genellikle eşlerinden ve ailelerinden aldıkları duygusal ve sosyal destek, iş stresini azaltabilir ve iş tatminini artırabilir. Sosyal destek, bireylerin iş yaşamında karşılaştıkları zorluklarla daha etkili başa çıkmalarını sağlayabilir ve evli bireyler genellikle daha düzenli bir yaşam tarzına sahip oldukları için iş ve özel yaşam dengesi konusunda daha başarılı olabilirler. Bu düzenli yaşam, iş ortamında daha pozitif bir tutum sergilemelerine katkıda bulunabilir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin fiziksel rol gücünün boyutunda medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sonuçlar, bekâr bireylerin bu boyuttaki puanlarının evli bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bekâr bireyler, genellikle daha fazla zamana ve esnekliğe sahip olduklarından, fiziksel görevlerini yerine getirme konusunda daha az kısıtlamayla karşılaşabilirler. Bu, onların fiziksel rol gücünü daha az hissetmelerine katkıda bulunabilir. Evli bireyler ise genellikle hem iş hayatındaki görevlerini hem de

aile içindeki fiziksel sorumluluklarını yerine getirmek durumunda oldukları için daha fazla yük altında olabilirler. Kaya'nın çalışmasında (177) medeni duruma göre sosyal alana ilişkin yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir fark saptanmış ve evli olmayan bireylerin puanlarının evli bireylerden daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte, çalışmamızda fiziksel rol güclüğü boyutu haricinde diğer yaşam kalitesi boyutlarında medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, yaşam kalitesinin farklı boyutlarının medeni durumdan ziyade bireysel özellikler, mesleki koşullar ve çevresel faktörler gibi başka değişkenlerden etkilendiğini düşündürmektedir. Bireyin genel sağlık durumu, iş yükü, mesleki stresi ve sosyal destek sistemi gibi faktörler yaşam kalitesinin farklı boyutlarında belirleyici rol oynayabilir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre iş doyumu boyutlarında (içsel, dışsal ve genel doyum) anlamlı bir farklılık bulunmaması, literatürdeki bazı çalışmalardan ayrılmaktadır. Örneğin, Erdem ve arkadaşlarının (174) çalışmasında hemşirelerin iş doyumu puanlarının diğer meslek gruplarına kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda bu tür meslek gruplarına özgü farklılıkların gözlenmemesi, araştırmaya katılan gruplar arasındaki benzer iş ortamlarının ve çalışma koşullarının etkili olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, yapılan bir çalışmada (171) hemşirelerin ebelerden daha düşük iş doyumu puanı aldığı, ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmaması, sağlık çalışanlarının iş doyumu üzerinde daha geniş çaplı ortak faktörlerin etkili olabileceğini işaret etmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızın bulguları, sağlık çalışanlarının meslek gruplarına özgü iş doyumu farklılıklarını belirlemenin tek başına yeterli olmayabileceğini ve bireysel, örgütsel ve çevresel faktörlerin bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Özellikle iş doyumu üzerindeki etkilerin, çalışma saatleri, görev dağılımı, yönetim desteği ve meslekler arası iş birliği gibi unsurlarla detaylandırılması, daha kapsamlı sonuçlara ulaşılmasına olanak sağlayabilir.

Çalışmamızda, daha önce başka bir işte çalışmış olan sağlık çalışanları ile hiç çalışmamış olanların iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Bu durum, başka bir işte çalışan katılımcıların da mesleklerinde yeni olmaları, iş deneyimlerinin sınırlı olması ve çalışma koşullarına yönelik beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir. Benzer şekilde, Erdem ve arkadaşlarının (174) çalışmasında, deneyimli çalışanların iş doyumu puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu, çalışma süresi arttıkça çalışanların belirsizliklerle baş etme becerilerinin geliştiğini, deneyim kazandıkça karşılaştıkları sorunları çözme kapasitelerinin yükseldiğini ve daha fazla inisiyatif alabildiklerini göstermektedir. Karlıdağ ve arkadaşları (178) tarafından yapılan bir başka araştırmada, meslekte geçirilen süre arttıkça iş doyumunun da arttığı belirtilmiştir. Aynı şekilde, Aslan ve Akbayrak'ın (173) çalışmasında, hemşirelerin meslekte kazandıkları yıllık deneyimlerin iş doyumlarını olumlu yönde etkilediği ortaya konulmuştur. Kocabacak ve arkadaşlarının (179) çalışmasında ise 15 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan sağlık çalışanlarının iş doyum düzeylerinin, 14 yıl ve daha az deneyime sahip olanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Piyal ve arkadaşlarının (180) SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde gerçekleştirdiği araştırmada, hemşirelerin iş doyumu puanlarının hizmet sürelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, bazı araştırmalarda meslekteki süre ile iş doyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir. Ancak, literatürde meslekte geçen yılların artışıyla iş doyumu seviyesinin yükseldiğini savunan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu durum, iş doyumunun yalnızca mesleki deneyimle değil, aynı zamanda bireysel, kurumsal ve mesleki faktörlerin bir kombinasyonu ile şekillendiğini düşündürmektedir. Çalışmamızdaki sonuçların, sağlık çalışanlarının mesleki deneyim düzeylerinin düşüklüğü ve mesleki beklentilerinin henüz oturmamış olmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre başlangıçtaki depresyon puanları incelendiğinde, kadınların depresyon puanlarının erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir; ancak çalışma hayatına başladıktan sonra bu farkın ortadan kalktığı gözlenmiştir. Literatürde, tıp eğitimi alan kadın öğrencilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkek öğrencilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (181, 182). Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını gösteren araştırmalar da mevcuttur (183). Bu çelişkili bulgular, toplumun kültürel yapısıyla

birlikte erkeklere ve kadınlara atfedilen farklı toplumsal rollerin ve sorumlulukların etkisine bağlanabilir. Cinsiyetler arasında fark olmaması ise araştırma örnekleminin yaş, eğitim durumu ve sosyoekonomik özellikler gibi demografik değişkenler açısından benzer özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir. Örneğin, Türk toplumu üzerinde yapılan bazı çalışmalarda erkeklerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu bildiren bulgular mevcuttur (184). Ancak, genel olarak, kadınlarda depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğunu destekleyen geniş bir literatür bulunmaktadır(185). Çeşitli kültürler, etnik gruplar ve toplumlar üzerinde yapılan çalışmalarda, kadınların depresyon geliştirme riskinin erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (186, 187). Çalışmamızdaki sonuçların, çalışma hayatına başlanmasıyla birlikte bireylerin yaşamlarında meydana gelen değişimlere bağlı olarak cinsiyetler arasındaki farklılıkların azalmasıyla ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının işe yeni başladıkları dönemde depresyon düzeyleri ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak üç aylık çalışma sürecinin ardından depresyon düzeylerindeki değişim ile iş doyumunu arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, depresyon düzeyinin artışının mesleki doyumunu azalttığını ya da mesleki doyumunu yüksek olan bireylerde depresyon düzeyinin düştüğünü göstermektedir. Literatürdeki çalışmalar da bu sonucu destekler niteliktedir. Örneğin, Gökçen ve arkadaşlarının (188) acil servis çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri yüksek olan sağlık personelinin iş doyumlarının düşük olduğu rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Kavlu ve arkadaşlarının (189) acil hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada, tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerde mesleki doyumun anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Muhammet ve arkadaşlarının (190) ameliyathane çalışanlarını incelediği çalışmada da tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ile iş doyumunu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, depresyonun ve tükenmişlik düzeylerinin iş doyumunu üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma ortamında artan iş yükü, düzensiz çalışma saatleri ve görev tanımlarındaki belirsizlikler gibi faktörlerin, çalışanların ruhsal sağlıklarını ve mesleki tatminlerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın sonuçları, literatürdeki diğer araştırmalarla uyumlu olarak, depresyonun

iş doyumunu azaltan önemli bir etken olduğunu desteklemektedir (191, 192). Buna ek olarak, mesleki doyumun artışıyla depresyon düzeylerinin azaldığını ortaya koyan çalışmalar da literatürde yer almaktadır. Örneğin, bir araştırmada, iş doyumunu puanlarının artmasıyla birlikte ortalama depresyon puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edilmiştir (193). Bu bulgu, Locke'un (194) bireyin işine yönelik algısının psikolojik sağlığı üzerinde etkili olabileceği yönündeki teorisiyle uyumludur. Ayrıca, Faragher, Cass ve Cooper'ın (191) araştırma bulguları da mesleki doyumun çalışanların ruh sağlığı üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamda, mesleki doyumun yükselmesinin, depresyon gibi olumsuz psikolojik durumları azaltıcı bir etkisi olduğu söylenebilir. Elde edilen bu bulgular, iş doyumunu ile depresyon arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu açıkça göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları da bu ilişkiye dikkat çekerek, iş doyumunun depresyon düzeylerini etkileyebileceğini ve literatürdeki mevcut araştırmalarla uyumlu olduğunu doğrulamaktadır. Bu bağlamda, mesleki doyumun yükselmesi, çalışanların depresyon gibi olumsuz psikolojik durumlarını azaltabilir ve bu durum iş performansı ile genel yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmamızda, sağlık çalışanlarının işe başlama dönemindeki yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon boyutu ile iş doyumunu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, üç aylık çalışma sürecinin sonunda iş doyumunun, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutunu artırdığı, duygusal sorunlar üzerinde ise azalma sağladığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, iş doyumunun yalnızca bireyin iş yaşamındaki memnuniyetini değil, aynı zamanda genel yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerini de ortaya koymaktadır. Özellikle iş doyumunun fiziksel fonksiyonları desteklemesi ve duygusal yükleri azaltması, sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem de psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürde, iş doyumunu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye odaklanan birkaç çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan birinde, işin özelliklerinden kaynaklanan doyumun yaşam kalitesini doğrudan etkilediği ifade edilmiştir (195). Diğer bir çalışmada ise iş doyumunu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ancak güçlü olmayan bir ilişki olduğu belirtilmiştir (196). Ayrıca, bazı araştırmalar iş doyumunun yaşam kalitesine etkisini daha dolaylı parametreler üzerinden değerlendirmiştir.

Örneğin, düşük iş doyumunun algılanan fiziksel ve mental sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratarak yaşam kalitesini düşürdüğü öne sürülmüştür.

Araştırmamızda, iş doyumunu ile nomofobi arasındaki ilişki incelenmiş ancak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, nomofobinin hem işe başlama döneminde hem de üç aylık çalışma süreci sonunda mesleki doyum üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Elde edilen bu sonucun, çalışma süresinin görece kısa olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Üç aylık süre, nomofobinin mesleki doyum üzerindeki olası etkilerinin ortaya çıkması veya ölçülmesi için yetersiz kalmış olabilir. Daha uzun süreli takip çalışmalarıyla bu ilişkinin farklı boyutlarının incelenmesi, daha kapsamlı ve güvenilir sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir. Literatür incelendiğinde, nomofobi ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi ele alan çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Tuba ve arkadaşlarının (197) hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada da benzer şekilde, nomofobi ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular, iş doyumunu etkileyen ücret, terfi, hizmet içi eğitimler, çalışma koşulları ve takdir edilme gibi faktörlerin (198) cep telefonu kullanımıyla doğrudan bağlantılı olmamasıyla açıklanabilir (199). Nomofobi ve iş doyumunu arasındaki ilişkiye dair literatürdeki sınırlı çalışmalar göz önüne alındığında, araştırmamızın literatüre konuya ilişkin önemli bir kanıt sunduğu düşünülmektedir. Nomofobinin iş doyumunu üzerindeki etkisinin anlamlı düzeyde bulunmamış olması, bu alanın daha derinlemesine incelenmesi ve yeni araştırmalar için bir temel oluşturabilir.

Araştırmamızda, sağlık çalışanlarının nomofobi düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de yükseldiği tespit edilmiştir. Bu iki değişken arasındaki ilişkinin, işe başladıktan sonra geçen üç aylık süre boyunca da devam ettiği ve güçlendiği gözlemlenmiştir. Nomofobi ve depresyon düzeyleri, hem işe başlama öncesi hem de üç ay sonrasındaki ölçümlerde anlamlı bir artış göstermiştir. Bu bulgular, nomofobinin bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini ve bu etkinin zamanla daha belirgin hale gelebileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık çalışanları gibi stresli ve yoğun çalışma koşullarına sahip meslek gruplarında, nomofobi ile depresyon arasındaki bu ilişki, iş performansı ve genel yaşam kalitesi açısından dikkate değer bir durum olarak değerlendirilebilir. Literatürde, problemlili cep telefonu kullanımı ve

depresyon arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar, bulgularımızı destekler niteliktedir. Örneğin, Jenaro ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, problemlili cep telefonu kullanan bireylerin depresif belirtiler yaşama olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (200). Başka bir çalışmada ise depresyon düzeyi yüksek öğrencilerin, yüz yüze iletişim yerine akıllı cihazlar üzerinden iletişim kurmayı tercih ettiği görülmüştür. Ayrıca, problemlili internet kullanımı ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu gösteren araştırmalar da bu durumu doğrulamaktadır (201). Bağımlılıklar, genellikle depresyon gibi ruhsal bozukluklarla birlikte sıkça görülmektedir; örneğin, madde bağımlılığı olan bireylerde depresyon oranlarının genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir (202). Benzer şekilde, aşırı telefon kullanımı da sosyal, psikolojik ve mesleki işlevlerde bozulmalara, sonuç olarak depresyona yol açabilmektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının nomofobi ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi, onların mesleki ve kişisel yaşam kalitelerini artırmak adına gerekli müdahalelerin planlanması için önemli bir adım olarak görülmelidir. Bu tür değerlendirmeler, sağlık çalışanlarının daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri ve mesleki performanslarını koruyabilmeleri açısından kritik bir rol oynayabilir.

Teknoloji bağımlılığı ve yaşam kalitesi arasındaki doğrudan ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, yaşam kalitesinin düşüklüğünü işaret eden anksiyete, depresyon, stres, kas-iskelet sistemi sorunları, yalnızlık ve uyku problemleri gibi durumlarla ilişkiyi ele alan araştırmalar mevcuttur. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının nomofobi düzeylerinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesi düzeylerinde bir düşüş yaşandığı tespit edilmiştir. Bu iki değişken arasındaki negatif ilişkinin, işe başladıktan sonra geçen üç aylık süre boyunca da devam ettiği ve bu süre zarfında daha da güçlendiği gözlemlenmiştir. Hem işe başlama öncesi hem de üç ay sonrasındaki ölçümlerde, nomofobi ve yaşam kalitesi düzeylerinin anlamlı bir şekilde negatif yönde değişim gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmamızda kullanılan SF-12v2 ve Nomofobi Ölçeği, birçok alt boyuta sahiptir. Analizlerimizde, bu ölçeklerin alt boyutlarının çoğu arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu ortaya çıkmıştır. Sharma ve arkadaşlarının (2019) çalışması, nomofobi ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (108). Benzer şekilde, Srivastava ve Tiwari, sınırlı cep telefonu kullanımının, sınırsız kullanım ile karşılaştırıldığında daha iyi bir ruh sağlığı ve yaşam kalitesine katkı sağladığını bildirmiştir (203). Özgür ve arkadaşlarının

gerçekleştirdiği bir başka çalışmada ise yaşam kalitesi ile phubbing, nomofobi, netlessfobi ve FoMO (gelişmeleri kaçırma korkusu) arasında anlamlı negatif ilişkiler tespit edilmiştir (204). Ayrıca, ergenlerle yapılan bir çalışmada, nomofobinin yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (205).

Sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiğimiz araştırmada, depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Özellikle üç aylık çalışma süresinin sonunda, ağrı alt boyutu hariç diğer tüm yaşam kalitesi alt boyutları ile depresyon arasında olumsuz bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin, fiziksel fonksiyon düzeyindeki artışın depresyon düzeylerinde azalmaya katkı sağladığı belirlenmiştir. Üç aylık süreç boyunca ise depresyon düzeylerinde en belirgin değişim, duygusal ve bilişsel sağlık alt boyutlarında görülmüştür. Bu süre zarfında, duygusal ve bilişsel sağlık düzeylerinde artış yaşandıkça depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Bu bulgular, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli faktörlerin, çalışanların ruh sağlığı üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerini ortaya koymaktadır. Bulgularımız, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini artırmaya yönelik fiziksel ve psikolojik iyileştirmelerin, depresyon düzeylerini azaltabileceğini ve genel iş performansını olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. İş ortamlarında bu tür iyileştirme çabalarının desteklenmesi, çalışanların hem bireysel sağlıklarını hem de profesyonel katkılarını artırabilir. Literatür taramasında, bu konuya yönelik sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Bu kapsamda temsili bir toplum örneklemini üzerinde yapılan Avustralya merkezli bir çalışmada, majör depresyon tanısı alan bireylerin, depresyon tanısı olmayan bireylere kıyasla daha düşük öznel yaşam kalitesi algısına sahip oldukları belirlenmiştir (206). Bu çalışma, SF-36 ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Anketi kullanılarak yapılmış ve özellikle sağlık durumu, rol sınırlamaları, canlılık (SF-36) ile sosyal ilişkiler ve psikolojik esenlik gibi boyutlarda belirgin farklar tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Arzu ve arkadaşlarının (207) hemşireler üzerinde yaptığı bir diğer çalışmada, tükenmişlik ve depresyonun yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bulgularımız, bu çalışmalarla paralellik göstermekte ve depresyonun, bireylerin genel yaşam kalitesi algısında önemli bir olumsuz faktör olduğunu doğrulamaktadır.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının ekrana bakma süreleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hem işe başlama döneminde hem de üç aylık çalışma süresi sonunda elde edilen bulgular, ekrana bakma süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir. Ancak, üç aylık süreçte ekrana bakma süresi ile yaşam kalitesi değişimleri arası ilişki incelendiğinde, fiziksel fonksiyon ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi düzeylerindeki artışla birlikte ekrana bakma süresinin de arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, yaşam kalitesinin azalması durumunda bireylerde ortaya çıkan fiziksel ve duygusal sorunların, cep telefonu kullanımı gibi ekranla ilgili aktivitelerden uzaklaşmaya yol açabileceği şeklinde yorumlanabilir. Öte yandan, fiziksel fonksiyon ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin artmasıyla birlikte bireylerin, sağlık bilgilerine erişim, egzersiz uygulamalarını kullanma veya dijital eğlence içeriklerine yönelme gibi yaşam kalitesini destekleyici faaliyetlere daha fazla zaman ayırmaları ekran süresindeki artışı açıklayabilir. Bu sonuç, Meral ve arkadaşlarının (208) üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularıyla örtüşmemektedir. Söz konusu çalışmada, ekran süresinin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt parametreleri ile anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma, ekran süresinin artmasının bireyleri sosyal hayattan uzaklaştırabileceğini ve teknolojinin yoğun kullanımının dopamin salınımı yoluyla hem fiziksel hem de psikolojik problemlere yol açabileceğini vurgulamaktadır. Çalışmamızın sonuçları, ekran süresi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin bireylerin yaşam koşulları, mesleki durum ve ekran kullanım amaçları gibi çeşitli faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir.

Araştırmamızda, sağlık çalışanlarının işe başlama dönemindeki depresyon düzeyleri ile ekrana bakma süreleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak, üç aylık çalışma süresi sonunda depresyon düzeyi ile ekrana bakma süresi değişimi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Üç aylık süreç boyunca da depresyon düzeyi ile ekrana bakma süresi arasında herhangi bir kayda değer farklılık olmadığı belirlenmiştir. Üç aylık süreçte depresyon düzeyi ile ekrana bakma süresi değişimi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmaması, ekran kullanımının bireylerin depresyon düzeylerini etkileyen belirleyici bir faktör olmayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının ekran sürelerinin mesleki zorunluluklar veya bireysel alışkanlıklar gibi dışsal faktörler nedeniyle belirli bir düzeyde sabit kalması da bu

ilişkisizliği açıklayabilir. Bunun yanı sıra, depresyon düzeyleri yüksek olsa bile mesleki sorumluluklardan kaynaklanan yoğunluk nedeniyle sağlık çalışanlarının ekrana bakma sürelerinin sınırlı kalması, bu anlamlı ilişkiyi bozmuş olabilir. Literatür incelendiğinde, ekran süresi ile depresyon arasındaki ilişkinin farklı çalışmalarda çelişkili sonuçlar verdiği görülmektedir. Örneğin, bir araştırmada telefon kullanım süresindeki artışın depresyon düzeylerini artırdığı ifade edilmiştir (209). Buna karşılık, başka bir çalışmada telefon kullanım süresi daha az olan öğrencilerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (210). Bu bulgular, ekran süresi ve depresyon arasındaki ilişkinin tek yönlü bir dinamik olmadığını, bireysel farklılıklar, çevresel faktörler ve ekran kullanımının amacı gibi değişkenler tarafından şekillenebileceğini göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları, sağlık çalışanlarının ekran sürelerinin depresyon üzerindeki etkisinin bireysel ve mesleki bağlamda değerlendirildiğinde farklılaşabileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle, ekran kullanımının depresyonu artırıcı veya azaltıcı etkilerinin kişinin ekranı hangi amaçla kullandığına, ekran başında geçirilen sürenin içeriğine ve ekran kullanımının stresle başa çıkma mekanizması olarak kullanılıp kullanılmadığına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, sağlık çalışanlarının nomofobi düzeyleri ile ekrana bakma süreleri arasındaki ilişki incelenmiş, ancak üç aylık çalışma süresi sonunda bu iki değişkenin değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Literatür incelendiğinde, ekran süresinin artışıyla birlikte nomofobi düzeylerinde de artış olduğunu belirten birçok çalışmaya rastlanmıştır (141, 211). Örneğin, Büyükçolpan (2019) yaptığı çalışmada, akıllı telefonla daha fazla zaman geçiren öğrencilerin nomofobi düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (212). Benzer şekilde, Kalaskar (2015) akıllı telefon kullanım süreleri arttıkça nomofobik davranışların da arttığını ortaya koymuştur (213). Çalışmamızın literatürdeki diğer araştırmalardan farklı sonuçlar göstermesinin nedeni, katılımcı grubunun özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Önceki çalışmaların büyük bir kısmı, genellikle öğrenciler gibi genç ve daha az yoğun iş yüküne sahip bireylerle yapılmıştır. Buna karşılık, bizim çalışmamızda yetişkin ve sağlık sektöründe yoğun çalışma temposuna sahip bir grup incelenmiştir. Öğrencilerin daha az stresli ve daha esnek bir yaşam tarzına sahip olması, akıllı telefon kullanım sürelerinin nomofobi üzerindeki etkisini

artırıcı bir faktör olabilir. Sağlık çalışanlarının ise daha yoğun bir iş temposuna sahip olmaları nedeniyle cep telefonlarını daha sınırlı bir şekilde kullanmaları bu sonucu açıklayabilir. Ayrıca, üç aylık süre boyunca nomofobi düzeyleri ile ekrana bakma süresi değişimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının nedeni, katılımcıların işe başlamadan önce benzer ekran kullanım alışkanlıklarına sahip olmaları olabilir. İşe başlama süreci, katılımcıların ekran sürelerinde veya nomofobi düzeylerinde kayda değer bir değişime yol açmamış olabilir.

Çalışmamızda, mesleki doyum ile işe başladıktan sonraki üç aylık süreçte ekrana bakma süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde, ekrana bakma süresi ile iş doyumuna veya benzer değişkenler arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum, iş tatmini ve ekrana bakma süresi arasındaki ilişkisizlik sonucunun literatüre yeni bir katkı sunduğunu göstermektedir. Ekrana bakma süresinin iş tatmini üzerinde doğrudan bir etkisinin olmaması, bireysel ve çevresel faktörlerin bu değişkenler arasındaki potansiyel ilişkiyi maskeleyebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, çalışanların iş ortamındaki dijital cihaz kullanımının bireysel ihtiyaçlara veya iş gerekliliklerine bağlı olarak farklılık göstermesi, bu ilişkisizliği açıklayabilir.

Çalışmamızda, cinsiyet ile mesleki doyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, kadın ve erkek katılımcılar arasında iş doyumuna açısından fark saptanmamıştır. Bu sonucun, çalışanların benzer çalışma koşullarında görev yapmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Literatürde, iş doyumunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği çalışmalar mevcuttur (214-217). Örneğin, Özlem ve arkadaşlarının (218) hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada erkeklerin iş doyumuna daha yüksek bulunmuş ve bu durum, erkek çalışanların kadınlara kıyasla terfi ve kariyer ilerlemesi açısından daha avantajlı olmasına bağlanmıştır. Ancak, çalışmamızın yürütüldüğü kurumda bu tür bir farklılık gözlemlenmemiştir. Bu durum, kurum içindeki eşitlikçi politikaların bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, şarj aletini yanında taşıma durumuna göre Nomofobi Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve genel puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmış, "her zaman" seçeneğini işaretleyen katılımcıların daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu farklılık, işe başlangıçta, üç ay sonunda ve üç aylık çalışma süresi

boyunca tutarlılığını korumuştur. Bu bulgu, yanında şarj aleti taşıyan sağlık çalışanlarının daha yüksek düzeyde nomofobiye sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer sonuçlar bulunmaktadır. Çelik ve Atilla ile Hoşgör ve arkadaşlarının çalışmalarında, şarj cihazını yanında taşıma durumunun öğrencilerin nomofobi seviyeleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirtilmiştir (165, 166, 219). Bu paralellik, bireylerin telefonlarının şarjlarının bitmesi sonucu çevrimdışı kalma kaygılarını azaltmak için şarj aletini her zaman yanlarında taşıdığına işaret etmektedir. Sağlık çalışanlarında gözlemlenen bu durum, yoğun iş temposunda çevrimiçi olma gereksiniminin artmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda, yatmadan önce cep telefonu ile zaman geçirme durumuna göre Nomofobi Ölçeği'nin bazı alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuş, "her zaman" seçeneğini tercih eden katılımcıların daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Bu farklılık, işe başlarken ve üç ay sonunda tutarlı şekilde gözlemlenmiştir. Literatürde, yatakta telefon kullanımı ve nomofobi düzeyleri arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Örneğin, bazı çalışmalarda bu değişkenin nomofobi üzerinde etkisinin olmadığı belirtilirken (219), Hoşgör ve arkadaşları (2017) (165) ile Yoğurtçu (2018) (220), yatmadan önce telefonla zaman geçiren bireylerde daha yüksek nomofobi düzeyleri tespit etmiştir. Çalışmamızın sonuçları, bireylerin yatmadan önce telefon kullanma alışkanlığının nomofobi düzeylerini artırabileceğini destekler niteliktedir. Bu durum, uyku öncesi dijital cihaz kullanımının bireylerin çevrimdışı kalma kaygısını tetiklemesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, cep telefonunu gece kapatma durumu ile nomofobi arasındaki ilişki incelenmiş ve yalnızca işe başladıktan üç ay sonraki "rahatlıktan feragat etme" alt boyutunda, telefonu nadiren kapatan katılımcılar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde, bu değişkenin nomofobi üzerindeki etkisi konusunda farklı bulgular rapor edilmiştir. Örneğin, bazı çalışmalarda telefonlarını gece kapatma durumunun nomofobi düzeylerine etkisinin olmadığı belirtilirken (165), Sırakaya (2018) (167) ise telefonlarını gece kapatmayan bireylerin daha yüksek nomofobi düzeylerine sahip olduğunu göstermiştir. Rosen ve arkadaşlarının (2016) (221) çalışmasında ise üniversite öğrencilerinin yaklaşık yarısının telefonları açık halde

uyuduğu tespit edilmiştir. Bu durum, bireylerin gece boyunca çevrimdışı kalma kaygısını hissetmelerinin nomofobi seviyelerini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, sosyal medyalar arasından Twitter, Instagram ve YouTube kullanımının nomofobi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Malezya’da tıp fakóltesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da, en uzun süre kullanılan mobil uygulamalar ile nomofobi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiş ve bu uygulamalar arasında Twitter, Instagram ve WhatsApp yer almıştır (222). Bu bulgu, öğrenciler arasında sosyal medya kullanımının yaygınlığını ve seçimlerini göstermektedir. Benzer şekilde, dış hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada, cep telefonuyla müzik dinleme, WhatsApp ve Facebook üzerinden mesajlaşma gibi aktivitelerin genç yetişkinler arasında bağımlılık seviyesinde kullanıldığını göstermiştir (223). Bu durum, sosyal medya ve iletişim odaklı uygulamaların, bireylerin nomofobi düzeylerini artırabilecek önemli etkenler olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda, meslek gruplarına göre nomofobi düzeyleri incelendiğinde, hekimlerde "rahatlıktan feragat etme" alt boyut puanlarının hem işe başlarken hem de üç ayın sonunda yüksek olduğu görölmüştür. Ayrıca, "bilgiye erişememe" alt boyutunda hekimler, işe başlama döneminde diğer meslek gruplarına göre daha yüksek puan almıştır. Bu durum, hekimlerin mesleki sorumlulukları gereği bilgiye anında ulaşma ihtiyacının ve sürekli bağlantıda olma gereksiniminin daha belirgin olmasından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda, yoğun ve stresli çalışma koşullarının da bu alt boyutlardaki yüksekliğı etkilediğı düşünölebilir. Bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin, tıp fakóltesi öğrencilerine göre nomofobi alt boyut puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (224). Bu fark, çalışmamızın öğrenciler yerine çalışan sağık profesyonelleri üzerinde gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öğrenciler ve çalışanlar arasındaki sorumluluk ve dijital kullanım dinamiklerinin farklılığı, bu sonuçları açıklayabilir.

Çalışmamızda, araç kullanırken cep telefonunu cevaplama durumu incelendiğinde, telefonu araç kullanırken cevaplayanların oranının en yüksek olduğu, bunu araç kullanmayanların takip ettiğı, aracı durdurup cevap verenlerin oranının ise oldukça düşük olduğu görölmüştür. Ayrıca, literatürde yer almayan bir konuya

değerlendirilerek, araç kullanırken cep telefonu cevaplama durumu ile nomofobi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, işe başlarken "bilgiye erişememe" alt boyutu ile telefonu cevaplamayanlar arasında, "iletişim kuramama" alt boyutu ile araç kullanmayanlar arasında ve toplam nomofobi puanı ile araç kullanmayanlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Literatürde bu konuda yalnızca araç sürerken cep telefonu ile yapılan işlemlerin oranlarına ilişkin veriler bulunmaktadır. Örneğin, bir çalışmada öğrencilerin %39,88'inin araç kullanırken telefon çağrılarına cevap vermediği, %33,82'sinin aracı durdurup cevap verdiği, %6,65'inin ise araç kullanırken çağrılara cevap verdiği belirtilmiştir (225). Bunun aksine, Mitthal ve arkadaşları (226), sık cep telefonu kullanan bireylerin %38,2'sinin araç kullanırken telefon aramalarına katıldığını, %35,3'ünün aracı durdurup aramalara katıldığını ve %26,5'inin telefon aramalarına katılmadığını rapor etmiştir. Çalışmamızın sonuçları, araç kullanımı sırasında telefon kullanım alışkanlıklarının nomofobi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, araç sürerken bağlantıda kalma isteğinin ve iletişim gereksiniminin etkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının cep telefonu kullanım alışkanlıkları incelendiğinde, telefonun en çok arama yapma ve mesajlaşma amacıyla kullanıldığı, bunu sosyal medyada zaman geçirmenin takip ettiği, en az ise oyun oynama amacıyla kullanıldığı tespit edilmiştir. Literatürde benzer şekilde, bir çalışmada öğrencilerin cep telefonlarını en çok arama ve SMS (%86,42), oyun oynama (%80), akademik amaçlar (%78,03) ve sosyal medya (%72,83) için kullandıkları belirtilmiştir (225). Pavithra ve arkadaşlarının Bangalore'daki tıp öğrencileriyle yaptığı kesitsel çalışmada ise, öğrencilerin cep telefonlarını en fazla sosyal ağlar (%56) ve oyun oynama (%11) için kullandıkları bildirilmiştir (227). Çalışmamızın bu iki çalışmadan farklı olarak, cep telefonu kullanım şekli ile nomofobi arasındaki ilişkiyi de ele aldığı görülmektedir. Elde edilen bulgular, sosyal medyada zaman geçirme, video izleme ve internette araştırma yapma ile nomofobi düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Bu durum, çevrim içi aktivitelerin artan sürekliliğinin bireylerin bağlantıda kalma gereksinimlerini artırarak nomofobi düzeylerini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, mobil oyun oynama ve bu oyunlara para harcama durumunun nomofobi düzeyleri üzerindeki etkisi araştırılmış, ancak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Mobil oyunların genellikle eğlence ve rahatlama amacıyla kullanılmasının, nomofobi ile ilişkili kaygı düzeylerini azaltabileceği veya dengeleyebileceği düşünülmektedir. Bu durum, nomofobiye tetikleyen temel faktörlerin oyun süresi veya harcama miktarından ziyade bireyin genel olarak cihazına bağımlılığı ve kullanım alışkanlıklarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Gezgin ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, mobil oyun oynayan bireylerde bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu ve oyun süresi arttıkça bu bağımlılığın güçlendiği ifade edilmiştir (228). Ancak bizim çalışmamızdan elde edilen sonuç, nomofobi üzerinde oyun oynama davranışının etkisinin sınırlı olduğunu işaret etmektedir.

Çalışmamızda, cinsiyetin işe başladıktan üç ay sonraki yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiş ve erkeklerin yaşam kalitesinin alt boyutlarında kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Benzer şekilde, Çin’de erkeklerin fiziksel sağlık puanlarının daha yüksek olduğu (229), Pakistan’da Ghazanfar ve arkadaşlarının (230) yaptığı çalışmada da benzer sonuçların elde edildiği rapor edilmiştir. Polat’ın çalışmasında (231) ise erkek ve kadın hekimlerin yaşam kalitesi puanlarının benzer olduğu bildirilmiştir. DSÖ’nün Manisa Devlet Hastanesi’nde yaptığı çalışmada da erkeklerin bedensel ve ruhsal sağlık puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (232). Bu bulgular, bazı çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğunu, ancak cinsiyetin bu konuda kesin bir belirleyici olmadığını göstermektedir. Sonuçlar, kültürel farklılıklar, mesleki koşullar ve çalışılan grupların özelliklerine göre değişkenlik gösterebilir.

Çalışmamızda, sosyal medya kullanımı ile işe başlarken ölçülen yaşam kalitesi ağrı alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyal medya kullanımının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi farklı çalışmalarda da ele alınmıştır. Örneğin, Polat’ın hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmada, uyku probleminin yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (231). Ayrıca, ABD’de genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, uyumadan önceki 30 dakikalık sosyal medya kullanımının uyku bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır

(233). Bu bulgular, sosyal medya kullanımının dolaylı yoldan yaşam kalitesini etkileyebileceğini, özellikle uyku düzeninin bozulmasının yaşam kalitesi alt boyutlarında düşüşe yol açabileceğini göstermektedir. Ağrı alt boyutundaki ilişki de bu etkilerin fiziksel sağlığı yansıtır olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş ve işe başladıktan üç ay sonra bekâr bireylerin fiziksel rol güçlüğü alt boyutundaki puanlarının evli ve dul bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, hekim ve hemşirelerle yapılan araştırmalarda evli bireylerin sosyal alan puanlarının daha yüksek olduğu ve evliliğin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (234). Benzer şekilde, Ankara’da 112 Acil Yardım hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile kamu sektöründeki büro çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada da evli bireylerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (232). Araştırmalar, evliliğin emosyonel rol fonksiyonu üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu ve sosyal desteğin yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir (235). Ancak bekâr bireylerin fiziksel rol güçlüğünde daha yüksek puan alması, bu grubun iş yüküyle daha iyi başa çıkabilme ya da fiziksel sağlıklarını daha fazla ön planda tutma eğilimini yansıtır olabilir. Bu sonuçlar, medeni durumun yaşam kalitesine etkisinin alt boyutlara göre farklılık gösterebileceğini ve bireylerin sosyal destek düzeyleri, yaşam alışkanlıkları ve iş-yaşam dengesi gibi diğer faktörlerin de bu ilişkide rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, gece yatmadan önce akıllı telefonla vakit geçirme alışkanlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Üç aylık süre boyunca, gece her zaman telefon kullanan bireylerin yaşam kalitesinin ağrı ve mental sağlık boyutlarıyla anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. İlginç bir şekilde, bu bireylerin ağrı ve mental sağlık düzeylerinin, nadiren telefon kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak, literatürde yapılan diğer çalışmalarda, gece yatmadan önce akıllı telefon kullanan bireylerin yaşam kalitesi ölçeği puanlarının daha düşük olduğu ve bu durumun sağlık düzeylerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (236). Araştırmalar, yaşam kalitesinin büyük ölçüde uyku kalitesinden etkilendiğini (237) ve yüksek internet bağımlılığı olan bireylerin, normal kullanıcılarla kıyaslandığında daha düşük yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur (238). Uyku kalitesi,

bireylerin kendilerini enerjik, zinde ve yeni bir güne hazır hissetmelerini sağlarken, uyku düzenindeki bozulmaların fiziksel ve mental sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği açıktır (239). Çalışmamızdaki bulgular, gece telefon kullanımının yaşam kalitesine etkilerinin, bireylerin cihaz kullanım sıklığına, uyku düzenine ve stres yönetim becerilerine bağlı olarak değişebileceğini düşündürmektedir. Bu durum, sağlıklı uyku alışkanlıklarının yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır.

Literatür incelendiğinde, nomofobinin iş yaşamı üzerindeki etkilerini araştıran çalışmaların oldukça sınırlı olduğu, mevcut araştırmaların ise genellikle üniversite öğrencileri gibi genç nüfus gruplarına odaklandığı görülmektedir. Ancak nomofobinin çalışan bireylerdeki etkilerinin incelenmesi, hem çalışanların iş performansını hem de işletmelerin verimliliğini artırmaya yönelik stratejiler geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle demografik değişkenlerin nomofobi düzeyleri üzerindeki etkilerinin anlaşılması, iş yaşamında bireysel farklılıklara dayalı uygulamalar geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Çalışmamız, iş yaşamında nomofobinin depresyon ve yaşam kalitesi gibi faktörlerle olan ilişkisini ele alarak bu alanda önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamıştır. Ancak, daha fazla katılımcı ile daha uzun süreli araştırmalar yapılması, sonuçların genellenebilirliğini artırmak ve daha doğru çıkarımlar yapabilmek için gereklidir. Bu durum, mevcut çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almakta olup, gelecekteki araştırmalara rehberlik edebilecek bir ihtiyaç olarak öne çıkmaktadır.

Gelecekte yapılacak çalışmalar, farklı meslek gruplarında demografik değişkenlerin nomofobi üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı şekilde inceleyebilir ve bu doğrultuda iş yaşamına özgü müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, nomofobinin çalışanlar üzerindeki olası psikososyal etkileri ve işletme verimliliğine olan dolaylı etkileri de araştırılarak daha kapsamlı değerlendirmeler yapılabilir. Bu tür çalışmalar, hem bireysel hem de kurumsal düzeyde daha sağlıklı iş ortamlarının oluşturulmasına öncülük edecektir.

6. KISITLILIKLAR

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır:

- Çalışmanın örnekleme, Düzce Üniversitesi Hastanesi'nde işe yeni başlayan 110 sağlık çalışanı ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle, elde edilen bulguların daha geniş bir popülasyona genellenmesi mümkün olmayabilir.
- Araştırma, 3 aylık bir süre içerisinde iki kez anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Bu kısa zaman aralığı nedeniyle bazı katılımcıların sorulara verdikleri yanıtların değişmemesi, istatistiksel sonuçlar üzerinde etkili olmuştur.
- Çalışmada iki anket arasında bazı soruların aynı olması, sağlık çalışanlarının anketleri cevaplandırma sürecini zorlaştırmış ve yanıt motivasyonunu düşürmüş olabilir.
- 3 aylık süre boyunca ilk ankete katılan sağlık çalışanlarının ikinci ankette yer almasını sağlamak zor olmuştur. Bu durum, ikinci anketin uygulanmasında zorluklara neden olmuştur.
- Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı son üç ay içinde bir işte çalıştığı için, sağlık sektöründe işe başlamanın etkileri doğrudan gözlemlenememiştir.
- Çalışma kesitsel bir tasarıma sahiptir; veriler belirli bir zaman diliminde toplanmıştır ve mevcut durumları yansıtmaktadır. Bu durum, neden-sonuç ilişkilerinin tespit edilmesini ve uzun vadeli etkilerle süreçler hakkında çıkarım yapılmasını güçleştirmiştir.

Bu sınırlılıkları aşmak amacıyla, gelecekteki araştırmaların daha geniş ve çeşitlendirilmiş örneklem grupları ile uzunlamasına bir tasarım çerçevesinde gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, daha farklı ölçüm yöntemleri ve zaman aralıklarının kullanılması, çalışmanın bulgularının geçerliliğini ve genellenebilirliğini artırabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1.Sonuçlar

Bu çalışma, işe yeni başlayan sağlık çalışanlarının nomofobi düzeylerinin işe başlamadan önce ve işe başladıktan 3 ay sonrasındaki akıllı telefon kullanım bilgi düzeyi, yaşam kalitesi, depresyon düzeyleri ve iş doyumu ile birlikte değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenmiştir:

- Katılımcıların yaş ortalaması $26,9 \pm 4.0$ olup, büyük çoğunluğu kadın ve bekar bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların çoğu üniversite mezunu olup, mesleki dağılımda hekimler ön plandadır. Ayrıca, katılımcıların %75,5'i son 3 ay içinde başka bir işte çalıştıklarını ifade etmiştir.
- Katılımcıların çoğunluğunun anne ve babası hayattadır ve çekirdek aile yapısına sahiptirler. Kendilerinde veya aile bireylerinde tanı almış bir psikiyatrik hastalık bulunma oranı oldukça düşüktür.
- Katılımcıların cep telefonu sahip olma yaş ortalaması $13,7 \pm 2.5$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların son bir hafta içinde ortalama ekran süresi $259,1 \pm 115,1$ dakika olarak ölçülmüştür. Telefon kullanımında en yaygın amaçlar arama ve mesajlaşma olup, mobil uygulamalarda en sık kullanılan platform WhatsApp'tır. Cep telefonu faturalarının %70'i aylık 200-400 TL aralığındadır. Katılımcıların çoğunluğu mobil oyun oynamamakta ve bu oyunlara para harcamamaktadır.
- Katılımcıların %32,7'si araç kullanırken telefonla görüşüklerini belirtmiştir. %81,8'i gece telefonunu hiçbir zaman kapatmadığını ifade etmiştir. %40,9'u uyandıktan hemen sonra, %46,4'ü ise yatmadan önce sıklıkla telefon kullandığını söylemiştir. %27,3'ü zaman zaman telefon şarj aletini yanlarında taşıdıklarını belirtmiştir.
- İşe başladıktan sonraki 3 aylık süreçte katılımcıların nomofobi düzeylerinde bir değişiklik gözlenmemiştir. Benzer şekilde, cep telefonuna bakma sürelerinde de anlamlı bir azalma kaydedilmemiştir.
- Evli olan katılımcıların iş doyumu, bekâr olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. İşe başlama ile birlikte katılımcıların yaşam kalitesinde anlamlı

bir değişiklik gözlenmemiştir. İşe başlamanın ardından katılımcıların depresyon düzeylerinde azalma olduğu tespit edilmiştir.

- Nomofobi düzeyleri, cinsiyetler arasında incelendiğinde en yüksek düzey kadınlarda bulunmuştur. Sosyal medya kullanımı, internette araştırma yapma, yanında şarj aleti taşıma ve uyandığında cep telefonunu kontrol etme gibi davranışlar, nomofobi düzeylerini artıran önemli sosyodemografik faktörler olarak tespit edilmiştir.
- Katılımcıların nomofobi düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin yükseldiğı, buna karşılık yaşam kalitelerinin azaldığı gözlemlenmiştir.
- İşe başladıktan sonraki 3 aylık süreçte katılımcıların depresyon düzeylerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Yaşam kalitesinin artışıyla depresyon düzeylerinde azalma olduğu tespit edilmiştir.
- Ortalama cep telefonu kullanım süresi ile depresyon düzeyleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. İlginç bir şekilde, yaşam kalitesinin artışıyla birlikte ekran süresinin de artış gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuç, çalışmamızda beklenenin tersine bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.
- Erkek katılımcıların yaşam kaliteleri, kadın katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Bekâr katılımcılar da evlilere kıyasla daha yüksek yaşam kalitesine sahiptir. Bununla birlikte, beklentimizin tersine sosyal medyada zaman geçirme ve yatmadan önce cep telefonu ile vakit geçirme gibi alışkanlıkların yaşam kalitesini artırdığı gözlemlenmiştir.

7.2.Öneriler

Bu çalışmanın bulgularına dayanarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

- Kadınların nomofobi düzeylerinin daha yüksek bulunması, özellikle kadın sağlık çalışanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarını kapsayan farkındalık programlarının geliştirilmesini gerektirmektedir. Nomofobiye bağılı olarak artış gösteren sosyal medya kullanımı, telefon kontrol alışkanlıkları ve sürekli şarj aleti taşıma gibi davranışların düzenlenmesi amacıyla eğitim programlarının hazırlanması önerilmektedir. Bu tür programlar, bireylerin dijital cihazlarla olan ilişkilerini daha sağlıklı bir şekilde yönetmelerine katkı sağlayabilir.

- Nomofobi düzeylerinin artışıyla depresyon düzeylerinin de yükseldiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının ruh sağlığını desteklemek ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla psikolojik destek programları ve stres yönetimi eğitimleri sağlanabilir.
- Çalışmada, ekran süresinin yaşam kalitesini beklenenin aksine artırdığı görülmüştür. Bu bulgu, cep telefonu kullanımının bazı durumlarda bireyler için bir rahatlama aracı olarak görülebileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu kullanımın kontrollü olması için dijital detoks ve sağlıklı dijital alışkanlıklar üzerine bilgilendirme yapılması faydalı olabilir.
- İş doyumunun evli bireylerde daha yüksek bulunması, evlilik durumunun bir destek faktörü olabileceğini göstermektedir. İş ortamında sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bekar çalışanlar için iş doyumunu artırabilir.
- Katılımcıların %32,7'sinin araç kullanırken cep telefonu ile konuştuğu tespit edilmiştir. Bu durum, iş güvenliği ve teknoloji kullanımı üzerine bilinçlendirme eğitimlerinin verilmesi gerektiğini göstermektedir.
- Çalışmada kullanılan kesitsel tasarım, neden-sonuç ilişkilerinin belirlenmesini zorlaştırmıştır. Gelecekte, daha uzun süreli ve farklı zaman dilimlerinde veri toplanarak nomofobi, depresyon, iş tatmini ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler daha kapsamlı bir şekilde incelenmelidir.
- Çalışma sonuçlarına göre, işe başladıktan sonra katılımcıların yaşam kalitesinde anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Bu durum, iş ortamının bireylerin genel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu gösterebilir. Bu nedenle, çalışma koşullarını iyileştirmeye ve çalışanların genel memnuniyetini artırmaya yönelik politikalar geliştirilmelidir.
- Gelecekte, farklı meslek grupları veya yaş aralıkları ile benzer araştırmalar yapılarak bulgular genellenebilir ve karşılaştırmalı analizler gerçekleştirilebilir.

8. KAYNAKÇA

1. Argumosa-Villar L, Boada-Grau J, Vigil-Colet A. Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). *Journal of adolescence*. 2017;56:127-35.
2. Karatay S. Hyperconnectivity kavramı bağlamında mobil sosyal medya uygulamaları: Nomofobi ve fomo rahatsızlıklarına yönelik bir araştırma: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
3. TUIK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2024. 53492. 27 Ağustos 2024.
4. TUIK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2022 26 Ağustos 2022 [Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587)].
5. King ALS, Valenca A-M, Silva A-CO, Baczynski T, Carvalho MR, Nardi AE. Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in human behavior*. 2013;29(1):140-4.
6. Sethia S, Melwani V, Melwani S, Priya A, Gupta M, Khan A. A study to assess the degree of nomophobia among the undergraduate students of a medical college in Bhopal. *Int J Community Med Public Health*. 2018;5(6):2442-5.
7. Rao R, Verma M, Singh C, Nirala SK, Naik BN. Internet addiction and nomophobia among medical undergraduates of a tertiary care teaching institute in Patna, Eastern India. *Journal of Education and Health Promotion*. 2023;12(1):286.
8. Mengi A, Singh A, Gupta V. An institution-based study to assess the prevalence of Nomophobia and its related impact among medical students in Southern Haryana, India. *Journal of family medicine and primary care*. 2020;9(5):2303-8.
9. Aslan T, Aslan K. Presence of nomophobia in nurses and its effect on job satisfaction. *J Samsun Health Sci*. 2021;6(2):16-303.
10. Ugurlu TT, Sengül CB, Sengül C. Bagimlilik Psikofarmakolojisi/Psychopharmacology of Addiction. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 2012;4(1):37.
11. Lin SAEN, Lyons MJ, Scherrer JF, Griffith K, True WR, Goldberg J, Tsuang MT. Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction*. 1998;93(9):1375-84.
12. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. The ASAM principles of addiction medicine: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
13. Koob GF, Le Moal M. Addiction and the brain antireward system. *Annu Rev Psychol*. 2008;59(1):29-53.
14. Egger O, Rauterberg G. Internet behaviour and addiction. 1996.

15. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, Eslami M, Alaghemandan H, Setare M. Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(4):290.
16. Widyanto L, McMurrin M. The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology & behavior*. 2004;7(4):443-50.
17. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien: Huber; 2010.
18. Peele S, Brodsky A. Love can be an addiction. *Psychology Today*. 1974;8(3):22-6.
19. Marlatt GA, Baer JS, Donovan DM, Kivlahan DR. Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual review of Psychology*. 1988;39(1):223-52.
20. Griffiths M. Internet addiction: Internet fuels other addictions. *Student British Medical Journal*. 1999;7(1):428-9.
21. Griffiths MD. The cognitive psychology of gambling. *Journal of gambling studies*. 1990;6(1):31-42.
22. Sadeghian E. The effect of computer and internet on childs and adolescents. *E-Journal Nama*. 2006;4:1-6.
23. Lesieur HR, Blume SB. Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive diseases*. 1993;12(3):89-102.
24. Morgan WP. Negative addiction in runners. *The Physician and sportsmedicine*. 1979;7(2):55-77.
25. Kubey RW, Lavin MJ, Barrows JR. Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. *Journal of communication*. 2001;51(2):366-82.
26. Vaugeois P. Cyberaddiction: fundamentals and perspectives: Centre québécois de lutte aux dépendances; 2006.
27. Widyanto L, Griffiths M. 'Internet addiction': a critical review. *International Journal of mental health and Addiction*. 2006;4:31-51.
28. Organization WH. Approaches to treatment of substance abuse. World Health Organization; 1993.
29. Ercan HY. Bağımlılık tedavisinde egzersiz terapisi: Nobel; 2013.
30. Jorgenson AG, Hsiao RC-J, Yen C-F. Internet addiction and other behavioral addictions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2016;25(3):509-20.
31. Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical managemen. *CNS drugs*. 2008;22:353-65.
32. Söyler S, Kaptanoğlu AY. Sanal uyuşturucu: internet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;7(2):37-46.

33. Orford J. Excessive appetites: A psychological view of addictions. Wiley & Sons; 2001.
34. Starcevic V. Behavioural addictions: A challenge for psychopathology and psychiatric nosology. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016;50(8):721-5.
35. Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance use. 2005;10(4):191-7.
36. Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? Addiction. 2006;101:142-51.
37. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2009;1(1):55-67.
38. Griffiths M. Behavioural addiction: an issue for everybody? Employee Counselling Today. 1996;8(3):19-25.
39. Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg GS, Pallesen S. Development of a Facebook addiction scale. Psychological reports. 2012;110(2):501-17.
40. Griffiths MD, Pontes HM, Kuss DJ. Online addictions: Conceptualizations, debates, and controversies. Addicta: the turkish journal on addictions. 2016;3(2):1-14.
41. Bandelow B, Schmahl C, Falkai P, Wedekind D, Crockett C, Sackett G, et al. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Dsm-5 . Washington, DC: American Psychiatric Association. Bachevalier, J., Meunier, M., Lu, MX, & Ungerleider, LG (1997). Thalamic and temporal cortex input to medial prefrontal cortex in rhesus monkeys. Exp Brain Res, 115 (3). Examination of Opioid and Glucocorticoid Receptor Pathways in Rhesus Macaques (Macaca mulatta) Exhibiting Self-Injurious Behaviors. 2017;100(8):11.
42. Harricharan R, Abboussi O, Daniels WM. Addiction: A dysregulation of satiety and inflammatory processes. Progress in brain research. 2017;235:65-91.
43. Koob GF. Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. Neuropharmacology. 2009;56:18-31.
44. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry. 2016;3(8):760-73.
45. Hammond CJ, Mayes LC, Potenza MN. Neurobiology of adolescent substance use and addictive behaviors: prevention and treatment implications. Adolescent medicine: State of the art reviews. 2014;25(1):15.
46. Taber KH, Black DN, Porrino LJ, Hurley RA. Neuroanatomy of dopamine: reward and addiction. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. 2012;24(1):1-4.
47. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications: Cambridge university press; 2021.

48. Pariyadath V, Gowin JL, Stein EA. Resting state functional connectivity analysis for addiction medicine: from individual loci to complex networks. *Progress in brain research*. 2016;224:155-73.
49. Koob GF. Drugs of abuse: anatomy, pharmacology and function of reward pathways. *Trends in pharmacological sciences*. 1992;13:177-84.
50. Margolis EB, Toy B, Himmels P, Morales M, Fields HL. Identification of rat ventral tegmental area GABAergic neurons. 2012.
51. Pistillo F, Clementi F, Zoli M, Gotti C. Nicotinic, glutamatergic and dopaminergic synaptic transmission and plasticity in the mesocorticolimbic system: focus on nicotine effects. *Progress in neurobiology*. 2015;124:1-27.
52. Tritsch NX, Ding JB, Sabatini BL. Dopaminergic neurons inhibit striatal output through non-canonical release of GABA. *Nature*. 2012;490(7419):262-6.
53. Hubert GW, Jones DC, Moffett MC, Rogge G, Kuhar MJ. CART peptides as modulators of dopamine and psychostimulants and interactions with the mesolimbic dopaminergic system. *Biochemical pharmacology*. 2008;75(1):57-62.
54. Yager LM, Garcia AF, Wunsch AM, Ferguson SM. The ins and outs of the striatum: role in drug addiction. *Neuroscience*. 2015;301:529-41.
55. Howard CD, Li H, Geddes CE, Jin X. Dynamic nigrostriatal dopamine biases action selection. *Neuron*. 2017;93(6):1436-50. e8.
56. Koob GF, Everitt BJ, Robbins TW. Reward, motivation, and addiction. *Fundamental neuroscience*: Elsevier; 2013. p. 871-98.
57. Turton S, Lingford-Hughes A. Neurobiology and principles of addiction and tolerance. *Medicine*. 2016;44(12):693-6.
58. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature neuroscience*. 2005;8(11):1445-9.
59. Akkaş İ. Teknoloji Bağımlılığı: SALON YAYINLARI; 2019.
60. Ögel K. Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık. 2017:15-6.
61. ZENCİRKIRAN M. Davranış Bilimleri. Dora Yayıncılık Şubat 2021. 28 p.
62. Tarhan N, Nurmedov S. Bağımlılık, Sanal veya Gerçek Bağımlılıkla Başa Çıkma, Timaş Yayınları, 7. Baskı, İstanbul. 2019.
63. Kağıtçıbaşı Ç, Cemalcılar Z. Dünden bugüne insan ve insanlar: Sosyal psikolojiye giriş: Evrim; 2014.
64. Akkaya FH, Tutgun-ünal A, Tarhan N. Y kuşağının dijital oyun bağımlılığının incelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction and Cyberbullying*. 2021;8(1):1-22.
65. Köselören M. İnternet, online oyun ve bağımlılık. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. 2017.
66. Sadoff RL, Drogin EY, Gurmu S. Forensic implications of behavioral addictions. *The Behavioral Addictions American Psychiatric Pub*. 2015:9-29.

67. Ögel K. Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık: İletişim; 1997.
68. Birliği AP. DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru elkitabı: Hekimler Yayın Birliği; 2005.
69. Uzbay İT. Madde bağımliliğinin tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlilik yapan maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 2009;5-15.
70. UZBAY İT, YÜKSEL N. Anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçların farmakolojisi ve kullanım güvenliği. Turk J Clin Psych. 2002;5:14-26.
71. GÜNAL Y, Suçları UM. Kazancı Yayınları, Ankara 1976. GÜRAN, Tefik, 19. Yüzyıl Osmanlı Tarımı, Eren Yayınları, İstanbul 1998. İSTANBUL KADI SİCİLLERİ. İstanbul Mahkemesi 24 Numaralı Sicil. 2005.
72. organization wh. alcohol 28 june 2024 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>].
73. YEŞİLAY. Alkol bağımlılığı nedir? 2018 [Available from: <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/alkol-bagimliliği>].
74. Akdoğan M. Avrupa Birliği-Türkiye ilişkilerinde sağlığın korunması: İlerleme raporlarına bakış. Ekonomi Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi. 2020;5(2):308-35.
75. YEŞİLAY. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI 2024 [Available from: <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/tutun-bagimliliği>].
76. Bektaş M. Davranışsal bağımlılık: Tanımı, türleri ve sınıflandırılması. Bir kamu politikası olarak-bağımlılıkla mücadele içinde (147-159) Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık. 2018.
77. Çakır Y, Turan N. Adölesanlarda Teknolojik Oyun Bağımlılığı ve Karakter Güçleri. Bağımlılık Dergisi. 2022;23(3):377-82.
78. Nazlıgül MD, Yılmaz AE. Oyun bağımlılığı ve egzersiz bağımlılığına davranışsal bağımlılık çerçevesinden bakış. Bağımlılık Dergisi. 2019;20(2):97-108.
79. Association AP. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5 [TM]. (No Title). 2013.
80. Sanal Y, Hamzaoglu N, Türk B. Üniversite öğrencilerinin kimyasal ve davranışsal bağımlılıklara ilişkin bakış açıları ve bilgi düzeyleri. Bağımlılık Dergisi. 2020;21(1):44-55.
81. Elveren A, Tonkuş MB, Tokmak Ş. Bağımlı Bireylerin yaşadıkları ruhsal sorunlar ve önlemeye yönelik uygulamalar. Yeni Yüzyıl Journal of Medical Sciences. 2022;3(4):206-13.
82. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 2000.
83. Dinç M. Eylemsel bir bağımlılık: Kumar. Yeşilay, Bağımlılık Tedavisi, Aylık sağlık, Eğitim ve Kültür Dergisi. 2014;967(7):20-4.
84. ICD W. for Mortality and Morbidity Statistics: 2022.

85. Kearney M, Stevens L. Compulsive buying: Literature review and suggestions for future research. *The Marketing Review*. 2012;12(3):233-51.
86. Maraz A, Eisinger A, Hende B, Urbán R, Paksi B, Kun B, et al. Measuring compulsive buying behaviour: Psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry research*. 2015;225(3):326-34.
87. Çim EFA, Atlı A. Food Addiction. *Bağımlılık Dergisi*. 2017;18(3):90-7.
88. Köse Çınar R, Şengüzel E, Görgülü Y. Obezite, Yiyecek Bağımlılığı ve Nöromodülasyon. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*. 2016(9).
89. Pugh S. Investigating the relationship between smartphone addiction, social anxiety, self-esteem, age & gender. 2017.
90. Eichenberg C, Schott M, Decker O, Sindelar B. Attachment style and internet addiction: an online survey. *Journal of Medical Internet Research*. 2017;19(5):e170.
91. ATEBEK Ü. Yeni İletişim Teknolojileri ve Medya. *İSTANBUL IPS İLETİŞİM YAYINLARI*, 2005; 2005.
92. Griffiths M, editor *Technological addictions*. *Clinical psychology forum*; 1995: Division of Clinical Psychology of the British Psychol Soc.
93. Özkaya T. Başka Bir Teknoloji Mümkün: Yeni İnsan Yayınevi; 2021.
94. Güneş NA, Gücük S. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Nomofobi Düzeyleri ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;14(3):396-402.
95. Türen U, Erdem H, Kalkın G. Mobil telefon yoksunluğu korkusu (nomofobi) yayılımı: Türkiye’den üniversite öğrencileri ve kamu çalışanları örnekleme. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*. 2017;10(1):1.
96. KURUMU BTVİ. İletişim Hizmetleri İstatistikleri 18.02.2020 [Available from: <https://eng.btk.gov.tr/iletisim-hizmetleri-istatistikleri>].
97. CENTER PR. Mobile Fact Sheet 18.02.2020 [Available from: <https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/mobile/>].
98. Doğan A. Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması. *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*. 2015;18660.
99. Alosaimi FD, Alyahya H, Alshahwan H, Al Mahyijari N, Shaik SA. Smartphone addiction among university students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi medical journal*. 2016;37(6):675.
100. Tekin C, GÜNEŞ G, Colak C. Adaptation of Problematic Mobile Phone Use Scale to Turkish: A Validity and Reliability Study [Cep Telefonu Problemlili Kullanım (Pu) Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması]. *Medicine Science*. 2014;3(3):1361-81.
101. Kwon M, Kim D-J, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PloS one*. 2013;8(12):e83558.

102. Baykan Z, Güneş H, Seyfeli Y. Erciyes Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile akademik erteleme ve akademik başarı arasındaki ilişki. Tıp Eğitimi Dünyası. 2021;20(61):119-34.
103. Nikhita CS, Jadhav PR, Ajinkya SA. Prevalence of mobile phone dependence in secondary school adolescents. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2015;9(11):VC06.
104. King ALS, Valença AM, Nardi AE. Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? Cognitive and Behavioral neurology. 2010;23(1):52-4.
105. Chico IA, Maldonado LD, Moreno LG. Nomophobia: Disorder of the 21st Century. Semergen. 2018;44(7):e117-e8.
106. León-Mejía AC, Gutiérrez-Ortega M, Serrano-Pintado I, González-Cabrera J. A systematic review on nomophobia prevalence: Surfacing results and standard guidelines for future research. PloS one. 2021;16(5):e0250509.
107. Alhassan AA, Alqadhib EM, Taha NW, Alahmari RA, Salam M, Almutairi AF. The relationship between addiction to smartphone usage and depression among adults: a cross sectional study. BMC psychiatry. 2018;18:1-8.
108. Sharma M, Mathur DM, Jeenger J. Nomophobia and its relationship with depression, anxiety, and quality of life in adolescents. Industrial psychiatry journal. 2019;28(2):231-6.
109. Banerjee I, Robinson J, Kashyap A, Sathian B. Nomophobia: An emerging problem. Nepal Journal of Epidemiology. 2023;13(3):1285.
110. Bragazzi NL, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. Psychology research and behavior management. 2014:155-60.
111. Adnan M, Gezgin DM. A modern phobia: Prevalence of nomophobia among college students. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES). 2016;49(1):141-58.
112. Kaur A, Sharma P. A descriptive study to assess the risk of developing nomophobia among students of selected nursing colleges Ludhiana, Punjab. International Journal of Psychiatric Nursing. 2015;1(2):1-6.
113. Dixit S, Shukla H, Bhagwat A, Bindal A, Goyal A, Zaidi AK, Shrivastava A. A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India. Indian Journal of Community Medicine. 2010;35(2):339-41.
114. Algül R. Acı Badem Üniversitesi. Teknoloji çağının hastalığı: Nomofobi. 2014.
115. Association AP. What is depression? 2020. Available; 2022.
116. Sulukaya A. Depresyon tanısı almış olan bireylerle sağlıklı bireylerin gıda tüketiminin karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2019.

117. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical psychological science*. 2018;6(1):3-17.
118. Gonçalves S, Dias P, Correia A-P. Nomophobia and lifestyle: Smartphone use and its relationship to psychopathologies. *Computers in Human Behavior Reports*. 2020;2:100025.
119. Farchakh Y, Hallit R, Akel M, Chalhoub C, Hachem M, Hallit S, Obeid S. Nomophobia in Lebanon: Scale validation and association with psychological aspects. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249890.
120. Bian M, Leung L. Linking loneliness, shyness, smartphone addiction symptoms, and patterns of smartphone use to social capital. *Social science computer review*. 2015;33(1):61-79.
121. MA T. Simonson DC. Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type. 1996;2.
122. Edisan Z, Kadioğlu F. Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2013;3(3):1-4.
123. Thier SO. Forces motivating the use of health status assessment measures in clinical settings and related clinical research. *Medical care*. 1992;30(5):MS15-MS22.
124. Organization WH. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability: World Health Organization; 1996.
125. PS AP, Thomas SS. Exploring the Interplay of Nomophobia, Fear of Missing Out & Quality of Life among Young Adults.
126. Patrick DL, Bush JW, Chen MM. Toward an operational definition of health. *Journal of health and social behavior*. 1973;6-23.
127. Boylu AA, Paçaçioğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*. 2016;8(15):137-50.
128. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum*. 2003;13(3):3-8.
129. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. *Whoqol-100 ve Whoqol-Bref 3p Dergisi*. 1999;7(Suppl 2):5-13.
130. ŞAHİN B. Sağlığın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. *Sağlık ve Toplum*. 1999;9(3).
131. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3):150-8.
132. Akbolat M, Işık O. The levels of burnout of health employees: Sample of a public hospital. *Journal of Health Administration of Hacettepe*. 2008;11(2):231-54.
133. Robbins S, Judge T. Tutumlar ve İş Tatmini, Örgütsel Davranış. Ed) İnci Erdem. 2012;14:71-97.

134. Luthans F, Luthans BC, Luthans KW. Organizational behavior: An evidence-based approach fourteenth edition: IAP; 2021.
135. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. Ege Academic Review. 2005;5(1):55-64.
136. Zhao XR, Qu H, Ghiselli R. Examining the relationship of work–family conflict to job and life satisfaction: A case of hotel sales managers. International Journal of Hospitality Management. 2011;30(1):46-54.
137. Çalışkan A, Hazır K. PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRMENİN İŞ TATMİNİNE ETKİSİNDE ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞIN ARACILIK ROLÜ. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012;9(2):48-76.
138. Yeykelis L, Cummings JJ, Reeves B. Multitasking on a single device: Arousal and the frequency, anticipation, and prediction of switching between media content on a computer. Journal of Communication. 2014;64(1):167-92.
139. Lupo R, Zacchino S, Caldararo C, Calabrò A, Carriero MC, Santoro P, et al. The use of electronical devices and relative levels of Nomophobia within a group of Italian nurses: An Observational Study. Epidemiology, Biostatistics, and Public Health. 2020;17(1).
140. Yildirim C, Correia A-P. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. Computers in human behavior. 2015;49:130-7.
141. Yildirim C, Sumuer E, Adnan M, Yildirim S. A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students. Information Development. 2016;32(5):1322-31.
142. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, DeRubeis RJ, Hollon SD. Cognitive therapy of depression: Guilford Publications; 2024.
143. Tegin B. Depresyonda bilişsel süreçler: Beck modeline göre bir inceleme. Psikoloji Dergisi. 1987;6(21):116-23.
144. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J Psychol. 1989;7:3-13.
145. Ware JE, Keller SD, Kosinski M. SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales: Health Institute, New England Medical Center; 1995.
146. Kocyigit H. Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36): a study in a group of patients with rheumatic diseases. Turk J Drugs Ther. 1999;12:102-6.
147. SF-12V2 kısa form hesaplama yöntemi [Available from: <https://www.akilveriyorum.com/nolcek/49341sf-12-kisa-form-12-hesaplama-teknigi.pdf>].
148. Gündüz ÖS, Mutlu S, Baslı AA, Cihan G, Akgül Ö, Yılmaz E, Aydemir Ö. Validation of the Turkish Form of Short Form-12 health survey version 2 (SF-12v2). Archives of Rheumatology. 2021;36(2):280.

149. Project UoMWA. Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation: Work Adjustment Project, University of Minnesota; 1958.
150. Baycan FA. An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups. 1985.
151. Yurumezoglu HA, Kocaman G. Pilot study for evidence-based nursing management: Improving the levels of job satisfaction, organizational commitment, and intent to leave among nurses in Turkey. *Nursing & health sciences*. 2012;14(2):221-8.
152. Burucuoğlu M. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin nomofobi düzeyleri üzerinde bir araştırma. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017;7(2):482-9.
153. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández VV, São-Romão-Preto L, Granados-Gómez G, Gutiérrez-Puertas V, Aguilera-Manrique G. Comparative study of nomophobia among Spanish and Portuguese nursing students. *Nurse education in practice*. 2019;34:79-84.
154. Tavolacci M-P, Meyrignac G, Richard L, Dechelotte P, Ladner J. Problematic use of mobile phone and nomophobia among French college students: Marie-Pierre Tavolacci. *The European Journal of Public Health*. 2015;25(suppl_3):ckv172. 088.
155. Güneş NA, Gücük S. The relationship between nomophobia levels and academic successes in medical faculty students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020.
156. Jilisha G, Venkatachalam J, Menon V, Olickal JJ. Nomophobia: A mixed-methods study on prevalence, associated factors, and perception among college students in Puducherry, India. *Indian journal of psychological medicine*. 2019;41(6):541-8.
157. Apak E, Yaman ÖM. Üniversite Öğrencilerinde Nomofobi Yaygınlığı ve Nomofobi ile Sosyal Fobi Arasındaki İlişki: Bingöl Üniversitesi Örnekleme. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2019;6(3).
158. Yıldız K, Kurnaz D, Kırık AM. Nomofobi, netlessfobi ve gelişmeleri kaçırma korkusu: Sporcu genç yetişkinler üzerine bir araştırma. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;18(Özel Sayı):321-38.
159. Andone I, Błaszczewicz K, Eibes M, Trendafilov B, Montag C, Markowetz A, editors. How age and gender affect smartphone usage. *Proceedings of the 2016 ACM international joint conference on pervasive and ubiquitous computing: adjunct*; 2016.
160. Sun Y, Lim KH, Jiang C, Peng JZ, Chen X. Do males and females think in the same way? An empirical investigation on the gender differences in Web advertising evaluation. *Computers in Human Behavior*. 2010;26(6):1614-24.
161. ÜNVER H, BENLİ TE, ÜNVER Z. Sağlık Profesyoneli Adaylarında Sosyal Medya Bağımlılığının Nomofobiye Etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2021;13(3).
162. FETTAHLIOĞLU MŞ, ÇIKMAZ G, ATEŞ NB. Sosyal medya bağımlılığı ve nomofobi'nin akademik ertelemeye etkisi. *International Journal of Social Humanities Sciences Research*. 2019;6(42):2875-96.

163. Bilgiliier HAS. Sosyal medya kullanımı ile sosyal medya bağımlılık düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma: Ege Üniversitesi örneği. Erciyes İletişim Dergisi. 2018;5(4):351-69.
164. Özşavran M, Ayyıldız T. Üniversite öğrencilerinin nomofobi düzeyleri ile okul başarıları arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi. 2022;23(2):130-8.
165. Hoşgör H, HOŞGÖR ÖTTDG. Nomofobinin günlük akıllı telefon kullanım süresi ve okul başarıları üzerindeki etkisi: sağlık personeli adayları örneği. The Journal of Academic Social Science. 2019;46(46):573-95.
166. ÇELİK Y, ATILLA G. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN NOMOFOBİ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE AKADEMİK BAŞARILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: MANAVGAT MYO ÖRNEĞİ. International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR). 2018;5(26):2628-39.
167. Sırakaya M. Ön lisans öğrencilerinin nomofobi düzeylerinin akıllı telefon kullanım durumlarına göre incelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;14(2):714-27.
168. Temel A, Dilbaz N, Bayam G, Okay T, Şengül C. Bir eğitim hastanesinin sağlık personelinde sigara alışkanlığı, bırakma sıklığı ve bağımlı kişilik özelliklerinin ilişkisi. Bağımlılık Dergisi. 2004;5(2):16-22.
169. Somunoğlu S. Nottingham Sağlık Profili: Hastane çalışanları üzerinde bir uygulama: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998.
170. Göktaş B. Algılanan Sağlık Statüsünün Ölçümü ve Hemşireler Üzerinde Bir Uygulama. . İbni Sina Hastanesi Örneği 2003.
171. Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2009.
172. Pınar R, Arıkan S. Hemşirelerde iş doyumu: etkileyen faktörler, iş doyumu ile benlik saygısı ve asertivite ilişkisi. Uluslar arası Katılımlı VI Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara. 1998:159-70.
173. Aslan Ö, Akbayrak N. Hemşirelerde iş doyumu. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 2002;6(2):29-35.
174. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Göktaş B, Şenoğlu B, Fırat G. Investigating Job Satisfaction and Burnout Levels of the Persons Working for the Hospitals at City Center of Elazığ, Turke. Journal of Applied Science Research. 2008;4(2):188-201.
175. Ünsar S, Taştan İ, Ünsar S, Dindar İ. İŞ TATMİN DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN ETMENLER: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR ALAN ARAŞTIRMASI. Verimlilik Dergisi. 2006(2).
176. Özaltın H. TSK'de görevli hekim ve hemşirelerin iş doyumu. GATA II Coursebook for the Orientation of Head Physican, Ankara. 1997:106-12.

177. Kaya M. Ankara’da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin öznel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Dönem Projesi. 2003.
178. ÜNAL S, YOLOĞLU S. Hekimlerde iş doyum ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000;11(1):49-57.
179. Kocabacak S, Yavuz A, Ceyhan Z, Sarı M. Devlet Hastanelerinde Üst Düzey Yöneticilerde İş Doyumunun Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı. Esatoğlu, AE, Ak, B. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı. 2008:369-72.
180. Piyal B, Piyal B, Yavuz İ, Yavuz A. SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ANKARA EĞİTİM HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN ETMENLER. Kriz Dergisi.10(1).
181. Ghodasara SL, Davidson MA, Reich MS, Savoie CV, Rodgers SM. Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine. Academic Medicine. 2011;86(1):116-21.
182. Inam SB. Anxiety and depression among students of a medical college in Saudi Arabia. International journal of health sciences. 2007;1(2):295.
183. Öncü B, Şahin T, Özdemir S, Şahin C, Çakır K, Öcal E. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve ilişkili etmenler. Kriz Dergisi. 2013;21(1):1-10.
184. Karaoğlu N, Şeker M. Klinik öncesi yıllardaki tıp öğrencilerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkili olabilecek faktörler. 2011.
185. Köknel Ö. Türkiye’de depresyon epidemiyolojisi. Nöropsikiyatri Arşivi Özel Sayısı. 1989:1-5.
186. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in depression. Standford University. 1990.
187. Weissman M, Roger B. Majör depresyon ve bipolar bozukluğun uluslararası epidemiyolojisi. JAMA. 1996;276(4):293-9.
188. Gökçen C, Zengin S, Oktay MM, Alpak G, Al B, Yildirim C. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013;14(2).
189. Kavlu İ. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2008.
190. Naldan ME, Karayağmurlu A, Yayık M, Arı MA. Ameliyathanede Çalışan Sağlık Profesyonellerinde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Depresyon. Selcuk University Medical Journal. 2019;35(3).
191. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. Occupational and environmental medicine. 2005;62(2):105-12.
192. Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. American journal of obstetrics and gynecology. 2006;195(5):1444-9.

193. Aslan H. Çalışanların iş doyumu düzeylerine göre depresyon, benlik saygısı ve denetim odağı algısı değişkenlerinin incelenmesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
194. Locke EA, King EB, Cortina JM. Industrial and organizational psychology. Chicago, IL: Rand McNally; 1976.
195. Evans DR, Pellizzari JR, Culbert BJ, Metzen ME. Personality, marital and occupational factors associated with quality of life. Journal of clinical psychology. 1993;49(4):477-85.
196. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. Journal of nursing care quality. 2003;18(2):151-8.
197. Aslan TK, Aslan KSÜ. Hemşirelerde nomofobinin varlığı ve iş tatmini üzerine etkisi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;6(2):303-16.
198. George JM, Jones, G.R. . Understanding and Managing Organizational Behavior. 2005.
199. Duygulu E, Çıraklar N, Mohan Y. Algılanan örgütsel destek, işe bağlılık ve iş doyumunun örgütsel bağlılık üzerine etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2008;6(1):108-28.
200. Jenaro C, Flores N, Gómez-Vela M, González-Gil F, Caballo C. Problematic internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. Addiction research & theory. 2007;15(3):309-20.
201. Senol-Durak E, Durak M. The mediator roles of life satisfaction and self-esteem between the affective components of psychological well-being and the cognitive symptoms of problematic Internet use. Social Indicators Research. 2011;103:23-32.
202. Ekinci S, Kural HU, Yalçınay M. Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. Bağımlılık Dergisi. 2016;17(1):12-7.
203. Srivastava A, Tiwari R. Effect of excess use of cell phone on adolescent's mental health and quality of life. Int Multidiscip eJ. 2013;2(1):1-0.
204. Önal Ö, Çoban B, Kalaycı Ö, Kaçmaz E, Kışioğlu AN, Uskun E. The effect of technology-dependent behavioral disorders, including nomophobia, phubbing, fear of missing out, and netlessphobia, on quality of life and life satisfaction in desk-workers. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2023;40(3):542-9.
205. Galhardo A, Loureiro D, Massano-Cardoso I, Cunha M. Adaptation of the European Portuguese version of the nomophobia questionnaire for adolescents, factor structure and psychometric properties. International Journal of Mental Health and Addiction. 2023;21(5):2795-812.
206. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheok F. Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2000;34(6):1022-9.

207. Yildirim A, Hacıhasanoglu R. Quality of life and effective variables among health care professionals/Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2011;2(2):61-9.
208. Karakoç M, Keşim DA. Üniversite Öğrencilerinde Ekran Süresinin Boyun Hareketleri, Ağrı Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve Duygu Durumu Üzerine Etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2023;50(1):102-9.
209. Aktan AK, Kutlay Ö. Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;12(2):176-82.
210. Çakmakçı B, Öner H. Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinde nomofobi, depresyon ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2022;10(1):152-71.
211. Gezgini DM, Çakır Ö. Analysis of nomophobic behaviors of adolescents regarding various factors. *Journal of Human Sciences*. 2016;13(2):2504-19.
212. Büyükçolpan H. Üniversite öğrencilerinde nomofobi, bağlanma biçimleri, depresyon ve algılanan sosyal destek: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2019.
213. Kalaskar PB. A study of awareness of development of NoMoPhobia condition in smartphone user management students in Pune city. *ASM's International E-Journal on Ongoing Research in Management and IT*. 2015;10:320-6.
214. Khamlub S, Harun-Or-Rashid M, Sarker MAB, Hirokawa T, Outavong P, Sakamoto J. Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamxay Province, Lao PDR. *Nagoya journal of medical science*. 2013;75(3-4):233.
215. Wada K, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, et al. Physician job satisfaction and working conditions in Japan. *Journal of occupational health*. 2009;51(3):261-6.
216. Gumus R, Sahin A. A research about job satisfaction of medical secretaries working in a public hospital in the city center of Diyarbakir, Turkey. *Journal of Hospital Administration*. 2015;4(5):90.
217. Yiğitalp Rençber S. Batman ili sağlık sektöründe kamu ve özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin iş doyumu ve iş doyumunu etkileyen faktörler: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
218. Tekir Ö, Çevik C, Selma A, Çetin G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016;18(2):51-63.
219. Hoşgör H. Üniversite öğrencilerinin nomofobi düzeyini etkileyen faktörler ve ders performansları üzerinde nomofobinin etkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*. 2020;15(25):3167-97.
220. Yoğurtçu DD. The relationship between five factor personality traits and nomophobia levels among university students: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2018.

221. Rosen L, Carrier LM, Miller A, Rokkum J, Ruiz A. Sleeping with technology: cognitive, affective, and technology usage predictors of sleep problems among college students. *Sleep health*. 2016;2(1):49-56.
222. Samsudin MH, Aziz NAA, Leman NF, Shaharani MMA, Palanisamy P, Ramachandran V. A Study on Nomophobia among Students of a Medical College in Malaysia. *Asian Journal of Medicine and Health Sciences* Vol. 2021;4(2):62.
223. Prasad M, Patthi B, Singla A, Gupta R, Saha S, Kumar JK, et al. Nomophobia: A cross-sectional study to assess mobile phone usage among dental students. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2017;11(2):ZC34.
224. Okuyan C, Güner PD, Güneş SU. Hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerinin nomofobi düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;8(4):372-82.
225. Myakal VV, Vedpathak VL. Nomophobia-mobile phone dependence, a study among students of a rural medical college. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2019;6(5):2034.
226. Anuj M, Rajasekar VD, Krishnagopal L. A study to assess economic burden and practice of cell phone disposal among medical students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2013;7(4):657.
227. Pavithra M, Madhukumar S, TS MM. A study on nomophobia-mobile phone dependence, among students of a medical college in Bangalore. *National Journal of community medicine*. 2015;6(03):340-4.
228. GEZGİN DM, HAMUTOĞLU NB, SAMUR Y, YILDIRIM İS. GENÇ NESİL ARASINDA YAYGINLAŞAN BİR BAĞIMLILIK: AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞININ CİNSİYET, AKADEMİK BAŞARI VE MOBİL OYUN OYNAMA DEĞİŞKENLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ. *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*. 2018;8(2):212-31.
229. Wei Y, Yin Z, Gao Y, Yan B, Wang Z, Yang J. Quality of life of Chinese urologists: a cross-sectional study using WHOQOL-BREF. *Hong Kong Med J*. 2015;21(3):232-6.
230. Ghazanfar H, Iqbal S, Naseem S. Quality of life of post-graduate medical students working in private and public hospitals in Punjab as measured by WHOQOL-BREF questionnaire. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2018;68(6):908-13.
231. Polat Z. Hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve etki eden faktörler. *Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul*. 2018.
232. Kaya M, Piyal B. Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan personelin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi ait alanlarına göre değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. 2004:8-10.
233. Levenson JC, Shensa A, Sidani JE, Colditz JB, Primack BA. Social media use before bed and sleep disturbance among young adults in the United States: A nationally representative study. *Sleep*. 2017;40(9):zxx113.

234. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(2):81-5.
235. Lerner DJ, Levine S, Malspeis S, D'Agostino RB. Job strain and health-related quality of life in a national sample. American journal of public health. 1994;84(10):1580-5.
236. Karasu F, Polat F, Ayar D. Yetişkinlerde Yatakta Uyumadan Önce Elektronik Cihaz Kullanımının Kronotip, Gündüz Uykululuk ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Bağımlılık Dergisi. 2023;24(2):123-32.
237. Mariani D, Muzasti RA, Thamrin A. The relationship between quality of sleep and quality of life of patients in medan, Indonesia. Open access Macedonian journal of medical sciences. 2019;7(11):1794.
238. Noroozi F, Hassanipour S, Eftekharian F, Eisapareh K, Kaveh MH. Internet Addiction Effect on Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Scientific World Journal. 2021;2021(1):2556679.
239. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? Pharmacoeconomics. 2016;34:645-9.

9. EKLER

EK 1.Etik Kurul Onay Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

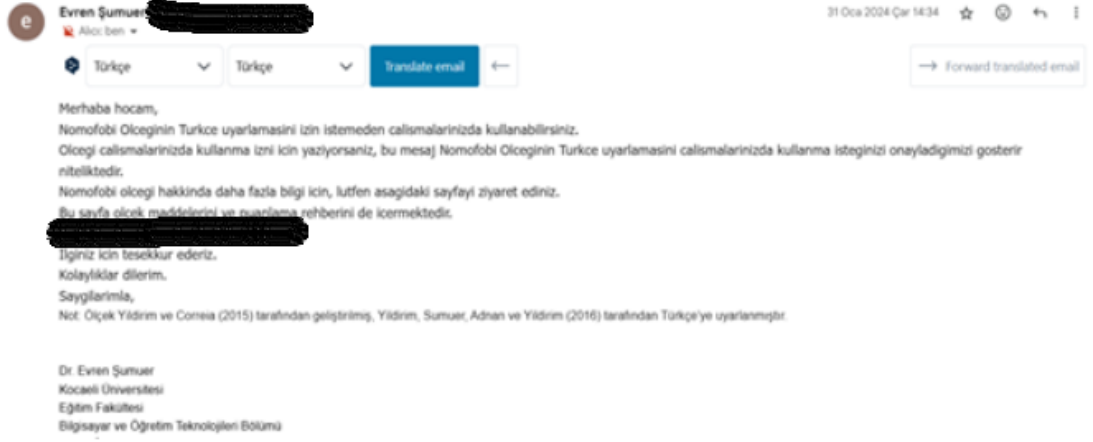
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Çalışanlarında İşe Başlamanın ve İş Doyumunun Nomofobi Düzeyleri Üzerine Etkisinin Araştırılması							
TITLE OF STUDY	Investigation of the Effect of Job Initiation and Job Satisfaction on Nomophobia Levels in Healthcare Workers							
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SIGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐						
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐						
	İLAN	☐						
	YILLIK BİLDİRİM	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2024/37	Tarih: 19.02.2024						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Mehmet ARICAN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.İlknur ARSLANOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof.Dr.Ender GÜÇLÜ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.Ebru ÖZEN BEKAR	Hemşirelik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç.Dr. Atilla ÖNMEZ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Doç.Dr. Mehmet Ali SUNGUR (Başkan Yardımcısı)	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Dr. Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Ersin BEYAZÇİÇEK	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			

*:Toplantıda Bulunma

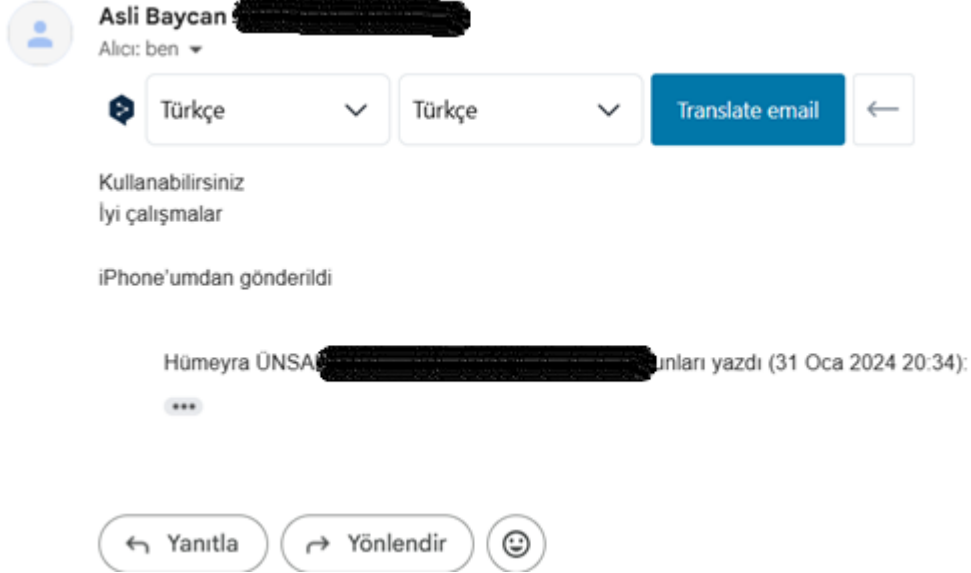
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Mehmet ARICAN
İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 2. Nomofobi Ölçeği Kullanma İzni



EK 3. Minnesota İş Doyumu Ölçeği Kullanma İzni



EK 4. Anket Formu

SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

Adı-Soyadı:

1.Cinsiyet: Kadın() Erkek()

2.Yaş:

3.Medeni durum: a.Evli b.Bekar c.Dul

4.Çocuk sayısı:.....

5.Sosyoekonomik durum: a.Gelir giderden az b.Gelir gidere eşit c.Gelir giderden fazla

6.Eğitim durumu: a.Okur yazar b.İlkokul c.Ortaokul d.Lise e.Üniversite

7.Meslek:

8.Son 3 ay içinde herhangi bir işte çalışma durumu: a.Evet b.Hayır

9.Aile Tipi: a.Çekirdek aile b.Geniş aile c.Parçalanmış aile

10.Annenin Yaşama Durumu: a.Sağ b.Vefat

11.Babanın Yaşama Durumu: a.Sağ b.Vefat

12.Tanısı konmuş bir psikiyatrik hastalık öyküsü: a.Var b.Yok

13.Ailede tanısı konmuş bir psikiyatrik hastalık öyküsü: a.Var b.Yok

14.İlk defa cep telefonuna sahip olma yaşı:

15.Son bir hafta içindeki günlük ortalama ekrana bakma süresi (Telefonun ayarlar kısmından kontrol edebilirsiniz.):.....

16.Cep telefonu kullanım amacı(birden fazla işaretlenebilir)

a.Arama ve mesajlaşma için

b.Oyun oynamak için

c.Sosyal medyada zaman geçirmek için

d.Haberlere bakmak için

e.İnternette araştırma yapmak için

f.Video izlemek için

g.Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)

17.En çok kullandığınız sosyal medya uygulamaları (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

a.Instagram b.Twitter c.Facebook d.YouTube e.TikTok f.WhatsApp

18.Cep telefonunun aylık faturası

a.<200 TL b.200-400 TL c.400 TL ve üzeri

19.Düzenli olarak oynadığınız mobil oyun var mı?

a.Evet b.Hayır

20.Mobil oyunlara bugüne kadar hiç para harcadınız mı?

a.Evet b.Hayır

21.Bugüne kadar tek seferde mobil oyunlara harcadığınız en yüksek miktar:.....

22.Araç sürerken cep telefonu kullanımı

a.Aracı durdurur ve cevaplarım

b.Araba kullanırken cevaplarım

c.Cevaplamam

d.Herhangi bir araç kullanmıyorum

Aşağıda yer alan sorularda sizin için geçerli olan seçeneği işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
23. Şarj aletini yanınızda bulundur musunuz?					
24. Yatmadan önce akıllı telefon ile zaman geçirir misiniz?					
25. Uyanınca hemen akıllı telefonunuzu kontrol eder misiniz?					
26. Akıllı telefonunuzu gece kapatır mısınız?					

EK 5. Yaşam Kalitesi Ölçeği

YAŞAM KALİTESİ (SF-12) ÖLÇEĞİ

1.Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Zayıf	4
Kötü	5

2.Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, ya da bisiklete binme, yüzme gibi hafif spor yapmak	1	2	3
b. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3

3.Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde, bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle zamanın ne kadarında karşılaştınız?

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Seyrek Olarak	Hiçbir Zaman
a.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek.....	1	2	3	4	5
b.Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak.....	1	2	3	4	5

4.Geçtiğimiz 4 hafta boyunca işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemler nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle ne kadar sıklıkta karşılaştınız (bunalım veya fazla heyecan hissetmek gibi)?

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Seyrek Olarak	Hiçbir Zaman
a.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek.....	1	2	3	4	5
b.İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak.....	1	2	3	4	5

5. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev içinde) ne kadar engel oldu?
Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

6. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz 4 hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin.
Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı...

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Seyrek Olarak	Hiçbir Zaman
a. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5
b. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5
c. Çökkün ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5

7. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Her Zaman	1
Çoğu Zaman	2
Bazen	3
Seyrek Olarak	4
Hiçbir Zaman	5

EK 6. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 7. Nomofobi Ölçeği

Türkçe Nomofobi Ölçeği

Akıllı telefonun kullanımınızla ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum						Kesinlikle Katılıyorum
1	2	3	4	5	6	7

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

Eğer akıllı telefonum yanımda değilse...

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

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



EK 8. Minnesota İş Doyumu Ölçeği

MİNNESOTA DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinizi ifade eden cümlelerden ne derece memnun olduğunuzu

HMD: Hiç Memnun Değilim

MD: Memnun Değilim

K: Kararsızım

M: Memnunum

ÇM: Çok Memnunum

İfadelerini kullanarak değerlendiriniz.

ŞİMDİKİ İŞİMDEN	HMD	MD	K	M	ÇM
1-Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2-Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından					
3-Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
4-Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını vermesi bakımından					
5-Yöneticimin ekibindekileri kişileri yönetme tarzı bakımından					
6-Yöneticimin, karar vermedeki yeteneği bakımından					
7-Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
8-Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
9-Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam açısından					
10-Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
11-Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
12-İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından					
13-Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
14-İş içinde terfi olanağımın olması açısından					
15-Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16-İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17-Çalışma şartları bakımından					
18-Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
19-Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem açısından					
20-Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					