

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

**EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE
BAŞVURAN HASTALARDA NOMOFOBİ
GÖRÜLME SIKLIĞI VE DEPRESYON
RİSKİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Zühal Yağmur TÜRKOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2023



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Zühal Yağmur TÜRKOĞLU	Sınav tarihi: 15/05/2023
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kenan TAŞTAN	
Tezin Konusu : Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastalarda Nomofobi Görülme Sıklığı ve Depresyon Riski ile İlişkisinin Araştırılması	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR
Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçen tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak; ☒ Kabulüne
1. Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)
2. Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisinin kesilmesine)
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ				
	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Kenan TAŞTAN	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR DİZİNİ	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İletişim Kavramı ve Önemi	4
2.1.1. İletişimin Amacı	6
2.1.2. İletişimin Süreci	6
2.1.3. İletişimin Temel İlkeleri	8
2.2. Cep Telefonları ve Akıllı Telefonlar	9
2.2.1. Telefonun Tarihçesi.....	9
2.2.2. Cep Telefonu ve Akıllı Telefon.....	10
2.3. Bağımlılık.....	12
2.3.1. Tanım.....	12
2.3.2. Bağımlılık Çeşitleri	13
2.3.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı	14
2.4. Nomofobi	15
2.4.1. Nomofobi Tanımı	15
2.4.2. Nomofobi Semptomları	16
2.4.3. Nomofobi Epidemiyolojisi	17
2.4.4. Nomofobi Ayırıcı Tanısı	18
2.4.5. Nomofobinin Etkileri.....	19
2.4.6. Nomofobi Türkiye’de Hangi Durumda	19
2.4.7. Nomofobi Tedavisi.....	20
2.5. Depresyon.....	20
2.5.1. Depresyonun Tanımı	20
2.5.2. Depresyonun Tarihçesi	21
2.5.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	21
2.5.4. Depresyonun Etiyolojisi	22
2.5.5. Depresyonun Tedavisi	24

2.5.6. Depresyon için Risk Faktörleri.....	25
2.5.6.1. Yaş	25
2.5.6.2. Cinsiyet.....	25
2.5.6.3. Medeni Durum.....	26
2.5.6.4. Eğitim Durumu	26
2.5.6.5. Sosyoekonomik Düzey	26
2.5.6.6. Kronik Hastalıklar	26
2.5.7. Depresyon Taraması.....	27
2.5.8. DSM-V'e göre Depresyon Tanı Kriterleri	27
2.6. Psikolojik İyi Oluş.....	29
2.7. Teknoloji Bağımlılığı ve Psikolojik İyi Oluş	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2. Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Tekniği	31
3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	31
3.2.2. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri.....	32
3.3. Etik Kurul ve İzinler.....	32
3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	32
3.4.1. Nomofobi Ölçeği (NMP-Q):	32
3.4.2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği (BDÖ-BB):.....	33
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR	50
EKLER.....	58
EK-1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	58
EK-2. TÜRKÇE NOMOFOBİ ÖLÇEĞİ	59
EK-3. BİRİNCİ BASAMAK İÇİN BECK DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ(BDÖ-BB)	61
EK-4. GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	62

KISALTMALAR DİZİNİ

5-HT	: Serotonin
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BDI	: Beck Depresyon Envanteri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDÖ-BB	: Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği
CRH	: Kortikotropin Releasing Hormon
CRP	: C-Reaktif Protein
DA	: Dopamin
DASS	: Depresyon-Anksiyete Stres-21 Ölçeği
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST	: Deksametazon Supresyon Testi
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aks
IL-6	: İnterlökin 6
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MDB	: Major Depresif Bozukluk
Mpfc	: Medial Prefrontal Korteks
NDGI	: Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri
NE	: Norepinefrin
NMP-Q	: Nomofobi Ölçeği
NRI	: Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri
SCL-90-R	: Psikolojik Belirti Tarama Testi
SNRI	: Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TNF-alfa	: Tümör Nekrosis Faktör
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
VTA	: Ventral Tegmental Alan

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. NMP-Q ölçek güvenirlik tablosu	33
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	35
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile nomofobi seviyeleri arasındaki ilişki	37
Tablo 4. Katılımcıların nomofobi seviyeleri	38
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki	39
Tablo 6. Katılımcıların Nomofobi Seviyeleri ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 7. Katılımcıların Nomofobi Alt Boyut Puanları Analizi	40
Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle Nomofobi Alt Boyutları Arasındaki İlişki	42
Tablo 9. Katılımcıların Nomofobi Alt Boyut Puanları İle BDÖ-BB Puanları Arasındaki Korelasyon.....	43

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başından sonuna kadar destek ve yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle bana rehberlik eden kıymetli tez danışman Hocam Doç.Dr. Kenan TAŞTAN 'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini bizlere aktaran, beraber çalışma fırsatı bulduğum için mutlu olduğum saygıdeğer Hocam Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, eğitim asmlerde bizlerden vaktini, bilgisini ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr.Öğretim Üyesi Mustafa BAYRAKTAR'a,

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli hocalarım Dr.Öğretim Üyesi Suat SİNCAN'a, Dr.Öğretim Üyesi İdeal Beraa KARTAL YILMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü zorluğu beraber aştığım, bu yolda beraber yürüdüğüm değerli arkadaşlarım Hatice Ela ÇAKMAK'a, Nahide VELİXANOVA'ya, Nurebrar ÇELİK'e, Hilal Betül AKÇAY'a, Tuğçe SUCİ'ye,

Uzmanlık eğitimimde tanımaktan mutluluk duyduğum, her zaman desteklerini ve yardımlarını gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca yanımda olan, üzüntülerimi ve sevinçlerimi paylaşan sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Zühal Yağmur TÜRKOĞLU

ÖZET

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastalarda Nomofobi Görülme Sıklığı ve Depresyon Riski İle İlişkisinin Araştırılması

Giriş ve Amaç: Günümüzde akıllı telefonlar insanların ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Bu sebeple insanlar üzerindeki etkisi her geçen gün daha fazla hissedilmektedir. Akıllı telefonların kontrolsüzce kullanımlarının sonuçlarından birisi olan nomofobinin yaygınlığı giderek artmaktadır. Depresyon maluliyetlere neden olan, tekrarlayabilen, insanların işlevselliğinde bozulmalara yol açan ve sık görülen psikiyatrik bir hastalıktır. Nomofobi depresyon için bir risk faktörü olabilir. Bu çalışmamızda üniversite eğitim aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarda nomofobi sıklığını ve depresyon riski ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma 15 Temmuz 2022-15 Eylül 2022 tarihlerinde Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 355 kişi ile yapılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, nomofobi ölçeği (NMP-Q), Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği (BDÖ-BB) uygulanmıştır. Veriler SPSS ile analiz edilip anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamız 355 birey ile tamamlandı. Araştırmaya katılan kişilerin % 58,9'u (n=209) kadın, %41,1'i (n=146) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 31.3 ± 9.6 yıl olup medeni durumlarına bakıldığında %45,9'unun (n=163) bekar, %54,1'inin (n=192) evli olduğu tespit edildi. Katılımcıların yaş ortalamaları ile nomofobi toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=-0,16$, $p<0,001$). Çalışmamızda katılımcıların nomofobi seviyeleri incelendiğinde %45,9'unun (n=163) orta nomofobik grupta olduğu tespit edilmiştir. Hafif nomofobik grubun %34,4 (n=122), aşırı nomofobik grubun %19,7 (n=70) ile bunu takip ettiği görüldü. Katılımcıların NMP-Q puan ortalaması $74,04\pm28,4$ olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların nomofobi seviyeleri ile depresyon riski ile ilişkisine bakıldığında orta (%44,2) ve yüksek (%55,7) nomofobi düzeyine sahip kişilerde depresyon riski varlığının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu

görülmüştür. NMP-Q puanları ile BDÖ-BB puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=0,13, p<0,05$). Katılımcıların nomofobi ölçeği alt boyutlarına bakıldığında iletişim kuramama alt boyut ortalamasının 25.3 ± 10.6 ile en yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre katılımcıların çoğu orta nomofobik gruptaydı. Aşırı nomofobik olan bireylerin sayısı ise azımsanmayacak sayıdaydı. Nomofobi seviyesinin artması bireyleri daha yüksek bir depresyon riski ile karşı karşıya bırakmaktaydı. Nomofobi depresyon için bir risk faktörü olabilir. Birinci basamak hekimleri hastalarını biyopsikososyal açıdan değerlendirir. Hastaları nomofobi açısından değerlendirmek için birinci basamak sağlık hizmetleri bir fırsat olabilir. Nomofobi durumu şiddetli olan kişiler depresyon açısından da değerlendirilmelidir. Hastayı nomofobi seviyesi açısından da değerlendirmek işlevsellikte bozulmalara neden olan depresyonun önlenmesi için günümüzde önemli bir koruyucu hekimlik uygulaması olabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, nomofobi, Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği

ABSTRACT

Investigation of The Prevalence of Nomophobia and Its Relationship with the Risk of Depression in Patients Applying to Education Family Health Centers

Background and Aim: Today, smartphones have become an integral part of people. For this reason, its effect on people is felt more and more every day. The prevalence of nomophobia, which is one of the uncontrolled uses of smartphones, is increasing. Depression is a common psychiatric disease that causes disability, can recur, and leads to impairments in people's functionality. Nomophobia can be a risk factor for depression. In this study, we aimed to investigate the frequency of nomophobia and its relationship with the risk of depression in patients who applied to university education family health centers.

Material and Methods: This study was carried out with 355 people who applied to the Education Family Health Centers of Atatürk University, Department of Family Medicine between 15 July 2022 and 15 September 2022. Sociodemographic data form, NMP-Q scale, BDÖ-BB scale were applied to the participants. The data were analyzed with SPSS 22 and the significance level was accepted as $p < 0,05$.

Results: Our study was completed with 355 individuals. % 58,9 (n=209) of the people participating in the study were female and %41,1 (n=146) were male. The mean age of the participants was 31.3 ± 9.6 years, and when their marital status was examined, it was found out that %45,9 (n=163) were single and %54,1 (n=192) were married. It was determined that there was a significant negative correlation between the mean age of the participants and the total nomophobia scores ($r = -0,16$, $p < 0,001$). When the nomophobia levels of participants were examined in our study, it was determined that %45,9 (n=163) were in the moderate nomophobic group followed by the mild nomophobic with %34,4 (n=122), and by the severe nomophobic group with %19,7 (n=70). The participants' nomophobia scale mean score was $74,04 \pm 28,4$. When the relationship between the nomophobia levels of the participants and the risk of depression was examined, it was observed that the risk of depression was high in

people with moderate and high nomophobia levels and it was statistically significant. There is a significant positive correlation between NMP-Q scores and BDÖ-BB scores ($r=0,13$, $p<0,05$). When the sub-dimensions of the nomophobia scale were analyzed, it was determined that the mean score of the inability to communicate sub-dimension was the highest with $25,3\pm10,6$.

Conclusion: According to the data obtained from our study, most of the participants were in moderate nomophobic group. The number of individuals who were severely nomophobic was substantial. Increasing level of nomophobia put individuals at a higher risk of depression. Nomophobia can be a risk factor for depression. Primary care physicians evaluate their patients from a biopsychosocial perspective. Primary care services can be an opportunity to evaluate patients for nomophobia. People with severe nomophobia should also be evaluated for depression. Evaluating the patients in terms of the level of nomophobia may be an important preventive medicine practice today to prevent depression that causes deterioration in functionality.

Anahtar Kelimeler: Depression, Nomophobia, Beck Depression Inventory for Primary Care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İletişim insanoğlu var olduğundan beri insanlar için en önemli olgulardan biri olmuştur. İnsanlığın gelişim süreci ile paralel olarak iletişimde de ilerlemeler kaydedilmiştir (1).

İnsanlar için iletişim kurmak her zaman temel bir ihtiyaç olmuştur. Günümüzde bu ihtiyacı karşılayan en önemli iletişim araçlarından birisi hiç şüphesiz akıllı telefonlardır. Telefon haberleşmeyi sağlamak amacıyla ortaya çıkmış ancak internetin icat edilmesi ve gerekli altyapıların oluşturulmasıyla akıllı hale gelerek fotoğraf-video çekmek ve paylaşmak, müzik dinlemek, alışveriş yapmak, bankacılık işlemleri, internet aracılığıyla verilere erişim gibi pek çok amaç için kullanılıp ihtiyaçlar grubundan sıyrılarak yaşamın bir parçası haline gelmiştir (2).

Akıllı telefonların insanlar için bir çok faydasının yanında zararlı etkileri de mevcuttur. Akıllı telefonlar kontrolsüz kullanıldıklarında kişilerin psikososyal durumlarını olumsuz yönde etkileyerek depresyon, stres ve uykusuzluğa; çalışmaya odaklanmayı bozarak akademik başarısızlığa neden olmaktadır (3). Akıllı telefonlar her yaştan insanın hayatına girmeyi başararak insanların interneti kullanma oranlarını da artırmıştır. İnternet kullanımının artmasıyla da sosyal medyayı kullanmak, ödev yapmak, video izlemek, sohbet etmek gibi aktivitelerin de akıllı telefonlar aracılığıyla yapılması yaygınlaşmıştır. Akıllı telefonların bu gibi sebeplerle aşırı kullanımı internet veya akıllı telefon bağımlılığına, sosyal etkileşim kaygısına ve nomofobiye neden olabilir (4).

Nomofobi, cep telefonu veya bilgisayarlarla iletişimin kesilmesinden kaynaklanan rahatsızlık, endişe, sinirlilik veya ıstırapı ifade eder. Teknolojiden uzak kalmanın patolojik korkusudur (5). Genel anlamda insanların cep telefonları ile bağlantılarının kesilmesinden korktukları psikolojik bir durumu ifade eder (6).

Yıllar içinde muazzam bir gelişme gösteren teknolojinin geldiği son noktalardan biri olan akıllı telefonlar, günlük yaşamlarımızın bir parçası haline gelmiştir. Dolayısıyla akıllı telefonların insanlar üzerinde psikolojik ve fiziksel

yönde olumsuz etkileri olabilmektedir (7). Mobil teknolojilerle daha çok ilgilenen grup olan gençler akıllı telefonlara daha aşınadır. Bu durum akıllı telefonların insanlar üzerindeki olumsuz etkilerinden daha çok gençlerin etkilenmesine neden olmuştur (8). Yüksek teknolojik cihaz kullanımı yaygın olan ergenlerde depresyonun yaygın olduğu saptanmıştır (9). Akıllı telefonların kontrolsüzce kullanılması akıllı telefon bağımlılığı ve nomofobi gibi psikopatolojik durumlara neden olmaktadır. Şiddetli nomofobi ise depresyon geliştirme riskini artırmaktadır (10).

Depresyon; latince ‘depressus’ yani alçakta olmak, bastırmak kelimesinden köken alır ve çökme anlamına gelir. Kişinin kendisini kederli hissetmesine bunun yanında bireylerde işlevsellikte ve yaşamsal aktivitelerde azalmaya neden olan yaygın görülen psikiyatrik bir hastalıktır. Depresyon terimi 16. yüzyıldan bu yana kullanılmaktadır. Fakat 19. yüzyıldan itibaren modern anlamda sınıflandırılmaya başlanmıştır. Günümüze gelindiğinde ise klinik görünümünün, belirtilerinin seyrinin, sayısının, tedaviye yanıtın baz alındığı çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Depresyon; belirli bir nedene bağlı olmadan kişilerin kendini sürekli melankolik, üzüntülü, kederli hissetmesi ve bu duruma güçsüzlük, değersizlik, isteksizlik gibi olumsuz duyguların eşlik ettiği; konuşmada, hareketlerde yavaşlamaya neden olan heterojen bir hastalıktır (11-13).

Depresyon çok tekrarlayıcı, insanların iş üretkenliğini azaltan ve sosyal etkileşimlerini kısıtlayan, önemli halk sağlığı sorunlarına neden olabilecek çok yaygın görülen psikiyatrik bir hastalıktır. Dünya’da engellilik nedenlerine bakıldığında üçüncü sırada yer almaktadır. Hem bireylerde engelliliğe neden olarak hem de çok yaygın görülmesi nedeniyle yüksek sağlık harcamalarına neden olmaktadır (14, 15).

Depresyon iyileşme ve tekrarlamalarla seyreden bir hastalıktır. Tedavi edilmeyen vakaların %15’inde kronikleşir. Tekrarlayan ataklar kişinin sosyal hayatını, iş hayatını ve ailesi ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu sebeple tedavisindeki temel amaçlardan birisi de tekrarlamaların önlenmesidir (16).

Depresyonda nüks ve rekürrens bahsedilmesi gereken önemli kavramlardır. Depresyonda akut dönem tedavi 6-8 hafta, idame tedavi ise 6 ay olarak belirlenmiştir. 6 ay içinde depresyon belirtilerinin yeniden görülmesi nüks olarak adlandırılmaktadır. 6 aylık tedaviden sonra iyileşmiş kişilerde belirtiler görülürse bu durum rekürrens olarak adlandırılmaktadır (17).

Türkiye’de 2010 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile geçilen aile hekimliği birimleri bir çok noktada aktif hizmet vermelerinden dolayı sağlık hizmetlerinde ilk başvuru noktaları olmuşlardır (18). Aile hekimliği birimleri bireylere çok yönlü ve kapsayıcı sağlık hizmeti sunan birimler olarak faaliyet göstermeye başlamıştır. Birinci basamakta önlenabilir hastalıklarla mücadele önemlidir. Bununla birlikte hastalıklara zemin oluşturan risk faktörleri için hastalara sunulan danışmanlıklar primer korumanın vazgeçilmez parçasıdır (18, 19). Sık görülen hastalıklardan depresyon için riskli gruplardan olabilecek nomofobik bireylerin tanınması, yönlendirilmesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olabilir (20).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İletişim Kavramı ve Önemi

Basit bir şekilde tanımlanacak olursa haberleşme anlamına gelen iletişim kavramı çok farklı anlamlarda kullanılmaktadır. Bunlar; paylaşmak, anlamlandırmak, sorun çözmek, anlaşılmak, etkilemek, etkileşim sağlamak, ikna etmek şeklinde sayılabilir. İletişim birçok bilim dalına konu olmuş ve her bir bilim dalı kendi çalışma alanına göre iletişim kavramını tanımlamıştır (21). Bu tanımların her biri göz önüne alındığında iletişim, insanların duygularını, düşüncelerini, yargılarını vb. kavramları belirli araçlar kullanarak anlamlı iletilere dönüştürüp diğer insanlarla ve çevreleriyle paylaştıkları dinamik bir süreçtir diyebiliriz (22). İletişim, hem doğal araçlar (dil, jest, mimik) hem de insanlar tarafından geliştirilen kitle iletişim araçlarıyla (radyo, televizyon, internet) gerçekleştirilen bir eylemdir (23).

İnsanlık tarihi boyunca toplumlar ilkel toplum, tarım toplumu, sanayi toplumu, bilgi toplumu gibi çeşitli süreçlerden geçmiştir. İletişim dil aracılığıyla insanın var oluşuyla birlikte başlamıştır. Çünkü dilin kullanımı insana özgü bir eylemdir. Günümüz çağında ise iletişim, teknolojinin gelişmesiyle birlikte değişik boyutlara ulaşarak son derece karmaşık bir hale dönüşmüştür. İşaretler aracılığıyla başlayan iletişim süreci günümüzde daha çok elektronik araçlar vasıtasıyla şekillenmektedir. İçinde yaşadığımız dünyanın yanında devasa bir sanal dünya vücuda gelmiştir. Her an her yerde bilgiye ulaşmak ve insanlar arasında iletişim kurmak mümkün olmuştur. Kitle haberleşme araçları, radyo, televizyon ve en önemlisi bilginin ve haberleşmenin temel kaynağı olan internet tüm insan hayatını kaplamıştır. Böylece insanlar her yerde ve her an sürekli bilgiye ulaşabilmekte ve istediği her insanla iletişim kurabilme olanağı elde etmektedir. Bu da insanların küçük bir ağıta bağımlı hale gelmesine neden olmuştur. Bir taraftan yerinde ve mantıklı kullanımla bu küçük aygıt insanlığın yararına son derece önemli bir misyon yüklenirken diğer taraftan bu sihirli kutunun yokluğu insanların ruh durumlarını olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda insanlar arasındaki yüz yüze iletişimin de gittikçe zayıflamasına neden olmuştur. Bilgi toplumundaki insan profili bu şekilde karşımıza çıkmaktadır.

İçinde bulunduğumuz bu iletişim çağında adına bilgi toplumu diyebileceğimiz günümüz toplumu önceki çağlara ve zamanlara göre farklı bir görünüm ve farklı bir toplumsal yapı ve anlayışla yaşamını sürdürmektedir. Bilginin egemen olduğu çağımızın toplumsal yapısında bilginin hızlı bir şekilde artması ve bireylere kolay bir şekilde aktarılması yeni teknolojik gelişmelerle birlikte hızlı bir iletişim sayesinde olmaktadır. Bu da hayatın vazgeçilmez bir parçası olan bilginin ve iletişim sistemlerinin toplumsal düzenin sağlıklı bir şekilde işlemesi için son derece önemli bir rol üstlenmesini sağlamıştır (24).

Bilgi ve iletişim teknolojileri günümüzde hızlı bir şekilde gelişmeye devam etmektedir. Bu modern aygıtlar hayatın her alanında yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Bu teknolojik aletlerin iş ortamında kullanılması hem çalışmaları hem de iş ortamlarını olumlu olarak derinden etkilemiştir. Masaüstü bilgisayarlardan sonra dizüstü bilgisayarlar, tablet bilgisayarlar ve son olarak akıllı cep telefonları hayatın her alanında kullanılabilir hale gelmiştir. İletişimin ötesinde bilgi depolayan, bilginin kaynağına erişebilen sihirli bir aygıta dönüşmüştür. İnsan hayatında vazgeçilmez araçlar olarak her evde ve her bireyde bulunur bir hale gelmiştir. Bununla birlikte akıllı cep telefonları tablet ve bilgisayarların yerini alarak hem iletişimde hem de bilgiye erişimde inanılmaz boyutlara ulaşarak satışları yükselmiştir. Sonunda korkunç bir pazar haline gelmiştir (25).

Cep telefonlarının çok hızlı gelişmesiyle birlikte mobil öğrenme kavramı ortaya çıkmıştır. Böylece mobil öğrenmenin de avantajları ve dezavantajları üzerinde araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Özellikle pandemi sürecinde mobil öğrenme son derece yararlı ve etkili bir şekilde kullanılmıştır. Mobil öğrenme sınıf içinde veya sınıf dışında öğrenme etkinliklerinin teknolojik cihazlar aracılığıyla gerçekleştirildiği öğrenme olarak tanımlanmaktadır. Mobil cihazların yaygın olması, kolay elde edilebilir olması ve aynı zamanda çok işlevli olması bilginin kaynağına erişimi kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte cep telefonlarının taşınabilir olması, kablosuz bağlantı sağlayabilme özelliğinin olmasından dolayı pandemi süreciyle birlikte eğitimde kullanılmasını gündeme getirmiş ve böylece mobil öğrenme kavramı ortaya çıkmıştır (26).

Bütün bu modern cihazların ötesinde başka bir boyut var ki ona değinmeden geçmek büyük bir eksiklik olacaktır. O da günümüzün en önemli aracı internetten söz ediyoruz. Her şeyi içine alan bu sanal dünya artık günümüz toplumlarının yine en vazgeçilmez bir bilgi kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. İnternet sadece bilgi kaynağı olarak kullanılmayıp aynı zamanda eğitim, eğlence, kültürlenme, her türlü resmi işlemler vb. daha birçok işlevi ve işlemleri yerine getirmemizi sağlamaktadır. İnternet kısa bir geçmişe sahip olmasına rağmen bütün dünyada yaygın bir kullanım alanı bulmuştur. Öyle ki yukarıda da söylendiği gibi her şey internet aracılığı ile yürütülmektedir. En başta iletişim olmak üzere alışveriş, eğlence, eğitim, hatta yönetim uygulamaları internet aracılığı ile gerçekleşmektedir. Artık internete cep telefonları ile erişmek teknolojiye gelinen son noktayı belirlemiştir. Böylece cep telefonları hayatın en önemli vazgeçilmez aracı olarak günlük hayatımızda yerini çoktan almıştır (23).

2.1.1. İletişimin Amacı

İnsan sosyal bir varlıktır ve bu sebeple birbiriyle dayanışma içinde olursa yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilir. Bu dayanışmayı sağlayabilmesi için de iletişime ihtiyacı vardır. İnsanlar iletişimi bireysel, sosyal, psikolojik ve toplumsal ihtiyaçlarını ifade etmek için kullanırlar. Bu temel amacın yanında bireyler iletişimi; ilişki kurma, iş yapma, yönetme, problem çözme, bilgi verme, ikna etme, karar verme, rahatlama, uyumlu çalışarak sorun çözme, stresi giderme, başkalarında davranış, tutum geliştirmek ve değiştirmek amacıyla kullanır. Başarılı bir iletişim kurabilmek için insanlar, etkili iletişim tekniklerini bilmelidir ve bunları sosyal yaşantısında da kullanabilmelidir. Sosyalleşme iletişim yeteneğiyle ilgilidir ve insanı da insan yapan, diğer canlılardan ayıran en önemli özellik kendisine özgü sembolik iletişim yeteneğidir. İletişimin özünü oluşturan şey karşılıklı diyaloga girebilmektir. Diyalog kuramamak başarısızlık olarak kabul edilmektedir (27, 28).

2.1.2. İletişimin Süreci

Bireysel iletişim bir süreç içinde meydana gelmektedir. İletişim süreci, verilmek istenen mesajın iletilmesiyle başlar ve karşı taraftan tepkinin alınmasına

kadar geçen zamanı kapsar. Geribildirim alınıncaya kadar iletişim süreci devam eder. Geribildirim alınmasıyla yeni bir iletişim süreci başlar. İletişim sürecinde iletiyi başlatan ve devam ettiren ortak kavramlar olmalıdır. Bu ortak kavramlar sayesinde anlaşma ve anlaşılma sağlanacaktır. Böylece iletişim ile birinin diğeri üzerinde bir etki oluşturmaktan ziyade bir paylaşım olacaktır. Paylaşım ile iletişim tek yönlü olmaktan kurtulup iki yönlü sağlıklı bir süreç haline gelecektir. Geliştirilen bu sağlıklı süreç ile bilgiler, duygular, düşünceler daha anlaşılabilir ve daha anlatılabilir bir şekilde aktarılabilir. İletişim sürecinin meydana gelmesinde etkili olan öğelere temel oluşturucu unsurlar denir.

Bu süreci oluşturan temel unsurlar ise; kaynak, mesaj, ortam, algı, alıcı ve geri bildirim olmak üzere 6 öğeyi kapsamaktadır.

Kaynak-Mesaj-Ortam (kanal)-Algı-Alıcı-Geri bildirim

Geri bildirim-Mesaj-Ortam (kanal)-Algı-Alıcı-Kaynak

İletişim sürecinin ilk basamağında kaynak, mesajı bir kanal aracılığı ile alıcıya ulaştırır. Alıcı mesajı alır, kendi algısı ile çözümler ve bir yanıt verir. Alıcının yanıtlaması ile iletişim süreci ikinci aşamaya geçer. Yani alıcı, kaynak (mesajı gönderen) konumuna, kaynak da alıcı konumuna geçer. Bu durumda iletişim süreci içerisinde kaynakla alıcı yer değiştirmiş olur ve yeni bir sürecin başlangıcına kadar iletişim tamamlanmış olur. Yukarıda bahsedilen 6 öğeyi şu şekilde tanımlayabiliriz:

1. Kaynak: İletişim sürecinin hem başlatıcısı hem de bu sürece yön verendir. İletişim süreci içinde önemli bir yeri vardır. Bazen birey bazen kurum bazen bir kuruluş kaynak olabilir.
2. Mesaj (İleti): Duygu ve düşüncelerin kodlanarak sözel, görsel ve yazılı anlatımla alıcıya ulaşmasını sağlayan ürün olarak tanımlanabilir. Mesaj içerik olarak anlam, yapı olarak simge ve kodlardan oluşmaktadır. Gönderici ve alıcı arasında köprü oluşturup iletişimin başarısını doğrudan etkiler.
3. Ortam (Araç-Kanal): Kaynaktan alıcıya veya alıcıdan kaynağa ileti akışının olduğu yer olarak tanımlanabilir. Mesajın iletilmesi ve anlaşılması için önemli bir görev üstlenmektedir.

4. Algı Kavramı: Muhataptan ve çevreden gelen bilgilerin değerlendirildiği ve organize edildiği bir süreçtir.
5. Alıcı (Hedef): Verilen mesajın ulaşmasını istediğimiz hedefe alıcı denir. Bu terimler hasta ile hekim arasında kurulan iletişimde kaynak hasta ise alıcı hekim, kaynak hekim ise alıcı hastadır şeklinde karşımıza çıkmaktadır.
6. Geribildirim (Yansıma): Alıcının kaynaktan gelen mesajı alması ile iletişim süreci sonlanmaz. Alıcının kaynaktan gelen mesajla iletmek istediği duygu, düşünce ya da bilgiyi algılayıp bunun sonucunda bir tepki vermesi gerekmektedir. İşte bu tepkinin kaynağa iletilmesine geribildirim denir (29, 30).

2.1.3. İletişimin Temel İlkeleri

- 1) İletişim Öncelikle İnsanın Kendinde Başlar: İletişim kurabilmek için öncelikle bir başka kişinin olması gerektiğini düşünürüz fakat iletişim öncelikle insanın kendinde başlar. Bu duruma örnek olarak kendimizle konuşmamız, kendi kendimize plan yapmamız, hayaller kurmamız verilebilir.
- 2) Mutlak İletişimsizlik Mümkün Değildir: Herhangi bir ortamda yaptığımız her türlü eylem ve söylem ortamdakiler üzerinde ya olumlu ya da olumsuz yönde bir etki bırakır. Ve iletişimi sağlayan şey de tam olarak budur.
- 3) İletişim Kompleks Bir Süreçtir: İletişimi basit bir şekilde tanımlarsak bir kaynaktan alıcıya her türlü bilgi, düşünce, duygunun aktarılmasıdır. Fakat iletişim aslında birçok öğeden oluşan bir süreçtir. Ve sürekli bir değişim içindedir.
- 4) İletişim İki Boyutlu Olan Bir Süreçtir: Tüm iletiler içerik ve ilişki olmak üzere iki boyutludur.
- 5) İletişim Aracılı veya Aracısız Olabilir: İnsanlar herhangi bir araç kullanmadan doğrudan da iletişim kurabilirler öte yandan iletileri kodlayabilen telefon, bilgisayar gibi araçları kullanarak da iletişime geçebilirler.
- 6) İletiler sözlü ya da sözsüz olabilir

- 7) İletişim Tüm Canlı ve cansız varlıklar içinde insana özel bir durumdur: Tüm canlıların hatta cansız varlıkların da iletişim içinde olduğu iddia edilse de iletişim bir iş, eylem gerektirdiği için cansızların iletişimi gibi bir konudan bahsedilemez.
- 8) İletişimin Niceliği İletişimin Niteliğini Artırmaz: İletişimin etkili olması niteliğine bağlıdır. İletişim sayısının fazla olmasının bir önemi yoktur (31, 32).

2.2. Cep Telefonları ve Akıllı Telefonlar

2.2.1. Telefonun Tarihçesi

Telefon 1876 yılında Graham Bell tarafından icat edilmiştir. Başlangıçta kablolu ve sabit olduğundan bir mekana bağlı olarak kullanılmıştır. Bu uzun yıllar boyunca böyle devam etmiştir. Sonra özellikle askeri alanda telsiz telefonlar icat edilerek kullanılmaya başlanmıştır. 1970 li yıllardan sonra cep telefonu olarak gündelik hayatta insanların kullanımına sunulurak yaygınlaşmıştır. 1990 lı yıllardan itibaren mobil/mobilite kavramı ile birlikte kablosuz iletişim araçları geliştirilmeye başlanmış, inanılmaz derecede hızlı bir gelişme göstermiştir. Artık her geçen gün yeni bir model ve yeni bir marka ile piyasalara ürünler sürülmektedir.

2010 yılından sonra artık hayatın vazgeçilmez bir aygıtı olarak zaman ve mekandan bağımsız istenilen her anda arama ve mesaj kontrolü yapabilen, kitap ve gazete okunabilen, yazılı ve görsel her türlü kaynağa internet aracılığı ile ulaşabilen, sosyal medya ve posta takibi yapabilen ve son olarak alışveriş yapılabilen bir araç haline geldi. Bütün bunlar kablosuz ve mekandan bağımsız olarak istenilen her anda sanal ortamda yapılabilmektedir. Cep telefonunu akıllı telefondan ayırabilmek için şunlar söylenebilir: cep telefonu sadece konuşma yapmaya ve mesaj alıp vermeye yarayan bir aygıt iken akıllı telefonlar yukarıda tanımlandığı gibi bir bilgisayar özelliği taşımaktadır. Akıllı telefonlar bir bilgisayar kadar hatta ondan daha pratik olarak her yazılı ve görsel işi, her işlemi yapabilen bir özelliğe sahiptir. Akıllı telefonlar günümüzde geniş bir pazara sahiptir. Kapasitesi ve özelliklerine göre

ucuzdan pahalıya geniş bir yelpazede her kesimden bireylere hitap edebilmektedir (33).

2.2.2. Cep Telefonu ve Akıllı Telefon

Büyük bir değişim gösteren elektronik teknolojisi, cep telefonları ve akıllı telefonların üretilmesi ve günden güne geliştirilmesiyle birlikte insanların yaşamlarında büyük değişimlere neden olmuştur. Önceden yalnızca uzaktan iletişim kurmaya yarayan cep telefonlarının akıllı telefonlara dönüşmesiyle artık sadece bir iletişim aracı olmanın ötesinde mini bir bilgisayara dönüşmüşlerdir. Bu da insanların davranışlarında köklü değişimlere neden oldu. İnsanlar arasında iletişimi ve hayatı kolaylaştırmanın yanında akıllı telefonların çekiciliği bireylerin istemlerini cezbederek onları adeta kendine bağlamıştır. İlerleyen teknolojik gelişmelere bağlı olarak her akıllı telefonun bir mini bilgisayara dönüşmesi yoğun olarak kolay kullanımından dolayı kişileri kendisine bağımlı kılmak gibi olumsuz bir boyuta evrilmiştir. Öncelikle gençler olmak üzere insanların hayat tarzlarını, okuma alışkanlıklarını, sosyal medyaya bağlı olarak etkileşim kültürlerinde değişimlere neden olmuştur.

Akıllı telefonlar sadece konuşmak ve mesajlaşmak için kullanılan telefonlardan oldukça farklıdır. Yapısı küçük olmasına rağmen büyük bir bilgisayar gibi çalışan akıllı telefonlar gelişmiş ileri teknolojilerle donatılmış, çok işlevli çalışmaya imkan veren, başkalarıyla iletişim kurmayı kolaylaştıran, resim ve yazılı belge ve her türlü doküman alıp vermeye programlı bir otonom sistem olarak tanımlanabilir. Akıllı telefonlar bilgisayar ve internet teknolojisinin sahip olduğu tüm imkanları üzerinde toplayarak insanların hizmetine sunulmuştur. İletişim kurmanın yanında internete girebilmektedir. Sosyal ağlara erişebilen, fotoğraf çekeabilen, canlı film kaydı yapabilen, alışveriş yapmak için kullanılabilen, müzik dinlemek ve oyun oynamak gibi pekçok işlemi yerine getirebilen bir yapısal sisteme sahiptir. Bu yüzden mobil cihaz kullanımı özellikle genç nesil arasında oldukça yaygın bir şekilde yer bulmakta ve tercih edilmektedir (34).

Akıllı telefonlar sahip oldukları özellikler sayesinde insan hayatını kolaylaştırmakta ve 21. yüzyılın en önemli buluşu olarak değişik bir hayat tarzını belirlemektedir. Buna bağlı olarak akıllı telefonlar gündelik yaşamda, çalışma hayatının hengamesi içinde ve pandemi döneminde öğrenme süreçleri için çok önemli katkılar sağlamıştır. Ancak akıllı telefonların aşırı ve kontrolsüz kullanımı beraberinde bir takım sorunları da getirmektedir. Akıllı telefon bağımlılığı, problemli akıllı telefon kullanımı ve aşırı akıllı telefon kullanımı ile ilgili olarak ortaya çıkan sorunlar hakkında çalışmalar yapılmaktadır. Bu akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili sorunun/hastalığın adına nomofobi denmektedir (34).

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yapılan bilimsel gelişmeler toplum hayatını derinlemesine değiştiren ve başka bir deyişle ulusal ve uluslararası ortamlarda meydana gelen olaylar hakkında bilgi sahibi olmaya yarayan araçlarda da büyük değişimler oldu ve önemli gelişmeler kaydedildi. Buna koşut olarak internetin de keşfinden itibaren günümüzün en önemli iletişim aracı olarak kısa bir zamanda radyo, televizyon, kütüphane ve gazetelerin gerçekleştiremediği başarıyı evrensel düzeyde çok hızlı bir şekilde ortaya koyarak bilgiye erişimi hızlandırmıştır. Hatta buna bağlı olarak yeni bir kavram olarak “medya” kavramı ortaya çıkmıştır. Bu, çok önemli bir dönüşüm olarak geleneksel medyanın toplum nezdindeki yapısını derinden sarsmıştır. Böylece internet tüm medya araçlarını üzerinde toplayarak bütüncül bir yapı ortaya koymuştur.

20. yüzyılın sonlarından itibaren, yani yaklaşık olarak 1970 li yıllardan itibaren meydana gelen teknolojik gelişmeler yeni bir medya biçiminin oluşmasına neden olmuştur. Bilgisayar ve diğer teknolojik aygıtların internete bağlı olarak icat edilmesi büyük bir yenilik olarak ortaya çıkmış bütün insan hayatını derinden değiştirmeye başlamıştır. Kitle iletişim araçları, telekomünikasyon ve bilgisayar gibi birbirinden farklı olan iletişim sistemleri iç içe geçerek bir mecrada toplanmıştır. Bu birleştirme eylemi bütünleşik bir iletişim sisteminin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu şekilde yeni medya biçimi olarak internet bu yöneşme sayesinde aynı kanal üzerinde ses, görüntü, metin ve diğer unsurlar ile çeşitlendirilmiş, kullanıcılara hiçbir sınırlama olmaksızın sunabilmektedir. Eski biçim medyanın aksine bu biçimde

işitsel ve görsel her türlü belgeler, dosyalar ve yazılar bir arada kullanılmaktadır. Böylece yeni bir içerik biçimi ortaya çıkmaktadır.

İletişim teknolojileri ile ilgili kaydedilen bu gelişmeler akıllı telefonlara da yansımıştır. Bu durum akıllı telefonların kapasitelerini ve kullanım alanlarını oldukça genişletmiştir. Bundan dolayı akıllı telefonlar günlük yaşamda kendine en fazla yer bulan teknolojik aygıtlar arasında yerini almıştır. 2G, 3G ve son olarak 4G sistemine geçilmesiyle beraber bilgiye çok hızlı bir şekilde ulaşımı sağlayan sistemler kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle 3G ve 4G teknolojisi ile birlikte kaydedilen yeni gelişmeler medya sektöründe çok büyük değişimlerin ve ilerlemelerin yaşanmasına neden olmuştur. Bu yeni teknolojik gelişmeler sayesinde ilerleme ve değişime bağlı olarak bireyler bilgiye akıllı telefonları ile daha rahat erişim elde etmiştir. Bunun sonucu olarak akıllı telefonlar insan hayatının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Kullanıcılar akıllı telefonları ile öylesine bütünleşmişlerdir ki neredeyse kıyafetleriyle aynı oranda kullanmaya başlamışlardır (35).

Teknolojinin gelişmesiyle beraber akıllı telefonlar günlük yaşamımızın vazgeçilmez parçaları olup yaşamımıza birçok kolaylık sunsa bile kişilerarası ilişkiler, fiziksel ve ruhsal sağlık, işlevsellik üzerinde birçok olumsuz sonuca da sebebiyet vermektedir. Akıllı telefon kullanım yaygınlığı arttıkça davranışsal bağımlılık başlığı altında geçen akıllı telefon bağımlılık kavramını konuşmak zorunlu hale gelmiştir (36).

2.3. Bağımlılık

2.3.1. Tanım

Bağımlılık, bir kişinin psikolojik, fizyolojik sağlığına yada sosyal yaşamına zarar vermesine rağmen belirli bir eylemi tekrar etmeye yönelik önüne geçilemez bir istek duyma halidir. Genetik, nörogelişimsel ve psikososyal bileşenlerden oluşan kronik bir hastalıktır (37).

Kumar, internet kullanımı gibi aktiviteler ve kokain, alkol gibi bağımlılık yapan maddeler beynin ödül sistemi aracılığıyla bağımlılığa neden olurlar. Bağımlılıktan temelde mezokortikolimbik sistemdeki dopamin aktivitesindeki artış sorumludur. Ödül sisteminin merkezinde orta beyinde yer alan VTA (Ventral tegmental alandaki) hücre gövdelerinden striatuma özellikle nükleus akumbens ve dorsal striatuma olan dopamin projeksiyonları bulunur (38). Yapılan bir çalışmada Manyetik Rezonans görüntüleme kullanılarak sosyal medyada beğeni almanın sinirsel bağlantıları incelenmiştir. Ventral striatum çekirdeğinin accumbensinde artan nöral aktivite olduğu görülmüştür (39).

Mezokortikolimbik yolak mezolimbik ve mezokortikal yolların birleşmesiyle oluşmuştur. Dopamin ise bu sistemde ana nörotansmitterdir. Mezolimbik yolak ventral tegmental alan, ventral striatum, amigdala ve hipokampüsten oluşur. Mezokortikal yol ise ventral tegmental alandan başlayıp prefrontal kortekse uzanır. Kumar, internet kullanımı, yeme, alışveriş gibi davranışlar bağımlılığa sebebiyet veren maddeler gibi mezolimbik yolak üzerinden dopamin salınımına neden olarak etkilerini gösterir (40).

2.3.2. Bağımlılık Çeşitleri

DSM-IV yayınlandıktan 20 sene sonra ABD psikiyatrik bozuklukların teşhis sisteminin yeni versiyonu olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-V 2013 yılı mayıs ayında yayınlandı (41). DSM gibi psikiyatrik tanı sistemlerinde kullanılan tanı kategorilerinde bağımlılık tanısı ‘madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı’ başlığı altında geçiyordu. Son yayınlanan DSM-V klavuzunda bu başlık ‘madde kullanımı ve bağımlılık bozuklukları’ şeklinde değiştirilmiştir. Çünkü teknolojideki ilerlemelerle beraber bağımlılık kavramında da değişiklikler oluşmuştur. Bağımlılık artık eroin, kokain gibi madde bağımlılıklarını ifade etmekle kalmıyor aynı zamanda kumar, internet oyunları, aşırı akıllı telefon kullanımı gibi davranışsal bağımlılıkları da kapsıyor. Madde ile ilişkili olmayan bağımlılık bozuklukları başlığı altında hala sadece kumar oynama bozukluğu tanımlanmıştır (42).

Bir çok kişi bağımlılık denildiğinde esrar, kokain gibi kimyasal madde kullanımını anlamaktadır. Oysa ki bağımlılığı neyin oluşturduğu konusunda net bir açıklama yapmak zordur. Özellikle günümüzde kumar, seks, para harcama, alışveriş yapma, yemek yeme gibi alışkanlıkların da bağımlılık yapabileceği düşünülmektedir. Bu durumlar davranışsal bağımlılık başlığı altında geçmektedir. Akıllı telefon bağımlılığının da literatüre girebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (43).

2.3.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı

Akıllı telefonlar diğer cep telefonları ile karşılaştırıldığında daha fazla bilgi işleyebilen cihazlardır. İnsanlar arasında sadece iletişimi sağlamakla kalmayıp oyun oynamaya, sosyal ve internet ağlarına erişime, navigasyon gibi uygulamaları kullanmaya da imkan sağlar. Çeşitli çalışmalar dünya çapında 1,5 milyardan fazla akıllı telefon kullanıcısının olduğunu öne sürmüştür. Bu sayının ilerleyen senelerde artacağı öngörülmektedir. Akıllı telefon kullanımının hızla artması ve bu telefonların birçok özelliği ihtiva etmeleri nedeniyle insanları kendine çekmesi akıllı telefon bağımlılığı kavramını gündeme getirmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı da dahil davranışsal bağımlılıkları tanımlamak zordur. Çünkü bu bağımlılıklar sadece fiziksel değil sosyal ve psikolojik faktörlerle de ilişkilidir. Davranışsal bağımlılığın temel özellikleri şunlardır: olumsuz etkileri olmasına rağmen bir davranışı sürekli yapmak, davranışı yapıp yapmama konusunda kontrolün azalması, zorlayıcı katılım ve davranışı yapmadan önce gelen iştah veya aşırme dürtüleri şeklindedir. Akıllı telefon bağımlılığı için resmi tanı kriterleri mevcut değildir. Ancak internet bağımlılığı tanımından yola çıkarsak akıllı telefon bağımlılığı, akıllı telefon kullanıcılarının günlük hayatlarını bozacak ölçüde kullanımı olarak tanımlanmıştır (44).

Akıllı telefonların aşırı kullanımı gerçek hayattaki sosyal etkileşimleri azaltmak, insan ilişkilerinde bozulma gibi bazı zihinsel veya davranışsal sorunlara neden olabilir. Bazı çalışmalar akıllı telefonu aşırı kullanan kişilerde kaygı ve depresyonun daha fazla olduğunu göstermiştir (44).

Cep telefonlarına olan bu bağımlılık, kontrol edilemeyen bir cep telefonu olmadan evden ayrılma korkusu olarak tanımlanan nomofobi terimini literatüre katmıştır (45).

2.4. Nomofobi

2.4.1. Nomofobi Tanımı

Nomofobi, bireyin cep telefonuna, akıllı telefonuna, tabletine veya cep bilgisayarı gibi aygıtına ulaşamama ya da mobil cihazı üzerinden çevrimiçi veya çevrimdışı iletişim kuramama durumunda yaşadığı istemsiz korku olarak tanımlanmaktadır. İçinde yaşadığımız yaklaşık son on yıldır teknolojiye yaşanan baş döndürücü gelişmelerle birlikte akıllı telefonlar insan hayatına derinlemesine nüfuz etmiş ve ciddi bir kullanım seviyesine ulaşmıştır. Sağladığı pekçok yararın yanında bilinçsiz bir şekilde kullanıldığında biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Bireylerdeki akıllı telefon bağımlılığı akıllı telefonların aşırı ve kontrolsüz kullandıklarında kullanıcıların sosyal ilişkilerine zarar veren bir bağımlılık türü olarak açıklanmaktadır. Akıllı telefona olan bağımlılığın ileri düzeylere ulaşması nomofobi kavramını ortaya çıkarmıştır. Modern çağın yeni korkusu/fobisi nomofobi bireyin akıllı telefona ulaşamadığı veya cep telefonu ile internete bağlanamadığı veya akıllı telefon cihazına ulaşamadığı zaman yaşanan korku olarak tanımlanmaktadır. İngilizce “no mobile phone phobia” ifadesinin kısaltılmasından türetilmiş olan “nomophobia” Türkçe anlatımla “akıllı telefonsuz kalma korkusu” anlamına gelen bu ifade teknik bir terim olarak literatüre girmiştir. (46)

Nomofobinin akıllı telefonların kontrolsüz kullanımının sonucu olduğu düşünülmektedir (47). Nomofobiye yakalanmış insanlar akıllı telefonlarına ulaşmada sıkıntı yaşadıkları anlarda, kapsama alanı dışında kalındığında, internet erişiminden yoksun kalındığında veya telefonunu yanına almayı ihmal ettiğinde kaygı, sinirlenme ve gerginlik içeren psikolojik bir durumla karşı karşıya kalırlar (48) .

Nomofobi yeni yeni tanımlanmaya başlanmış bir terimdir. Bu sebeple literatürde nomofobinin tanımı ile ilgili kavram karmaşası yaşanmaktadır. Bağımlılık gibi terimler nomofobi yerine kullanılmaktadır. Nomofobinin yaygılığı, kimlerin daha çok risk altında olduğu, hangi gruplarda sık görüldüğü konusunda çeşitli çalışmalar mevcuttur fakat bu konularda tam bir netlik mevcut değildir (49).

Bazı çalışmalar nomofobi terimini fobi olarak kavramsallaştırmıştır. Bununla birlikte fobi ve bağımlılık terimleri birçok çalışmada nomofobiden bahsedilirken birbirinin yerine kullanılmıştır. Nomofobide korku benzeri semptomlar vardır fakat ek olarak aşırı cep telefonu kullanımı da söz konusu olduğu için bağımlılık ve kompulsiflik kavramlarıyla da ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Bazı teorisyenler tarafından nomofobinin bir korku değil de bir tür kaygı, bağımlılık veya davranış bozukluğu olarak yorumlanabileceği savunulmaktadır. Görüldüğü gibi nomofobi hakkında pek çok yorum mevcuttur. Kimi çalışmacılar nomofobiye durumsal fobi olarak kabul etmektedir. Kimisi de fobilerin, bağımlılıkların ve kaygıların aynı şey olmadığını göstermiştir (50).

2.4.2. Nomofobi Semptomları

Akıllı telefona ulaşamamanın bireyde kaygı ve endişe gibi psikolojik sorunlara neden olması nomofobinin en büyük belirtisidir. Böyle bir olayın sonucunda nedeni bilinmeden yaşanan belli belirsiz korkuya neden olan kaygı, gerginlik hissi, sinirlilik, olumsuz düşünceler, endişeler ve psikolojik değişimler içeren heyecana dayalı tepkilerdir. Birey kaygılandığı zaman merkezi sinir sistemi uyarılır, kalp ve damar sisteminde nabız atışları hızlanır ve ellerin titremesi gibi fiziksel belirtiler görülür. Kaygı düzeyi arttığında kişinin davranışlarında olumsuz yönde değişimler göstermekte ve anormal tepkilere neden olmakta, bedensel işlevlerin yerine getirilmesinde aksamalar yaşanmasına neden olmaktadır (46).

Akıllı telefonlar insanlara sağladığı kolaylıkların yanında bu kolaylıklardan yoksun olma korkusunu da beraberinde getirmiştir. Bu durum kişinin belli bir maddeye bağımlı olduğunda maddenin yokluğunda yaşadığı olumsuzluklardan farklı olarak madde mevcutken yaşadığı yoksun olma korkusu olarak ifade edilebilir.

Nomofobinin belirtileri şu şekilde özetlenebilir:

1. Akıllı telefonun düzenli olarak kullanılması, akıllı telefon ile çok fazla vakit geçirilmesi, bir ya da daha fazla akıllı cihaza sahip olunması, kişilerin bu cihazların şarj aletlerini sürekli olarak yanlarında taşıması,
2. Akıllı telefonun kaybedilmesi, yerinin bulunamaması, yakın bir yerde olmaması, kapsama alanının dışında bulunulması, şarjının bitmesi gibi düşüncelerin kişide büyük bir endişeye sebep olması, mobil cihaz kullanımına izin verilmeyen yerlerden uzak durulması isteği,
3. Mesaj ya da arama olup olmadığını kontrol etmek açısından akıllı telefonun sık sık kontrolü,
4. Akıllı telefonun gün boyunca hiç kapatılmaması, akıllı telefon ile birlikte uyunması,
5. Endişe ve strese neden olduğu için yüz yüze iletişimin sınırlı tutulması ve akıllı cihazlarla iletişimin tercih edilmesi,
6. Akıllı cihazların kullanımına bağlı olarak fazla miktarda para harcanması (51).

2.4.3. Nomofobi Epidemiyolojisi

Nomofobi, ilk olarak Birleşik Krallık Postanesi tarafından 13 milyon telefon kullanıcısı üzerinde katılımcıların telefonlarından ayrı kaldıklarında endişe duyup duymadıkları ile ilgili yapılan araştırma sonucunda 2008 yılında ortaya atılan modern zamanların problemidir. Bu çalışmanın sonucunda katılımcıların %53'ünün telefonlarından ayrı kaldıklarında endişe duydukları bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalara bakıldığında nomofobiyi ölçmek için en çok kullanılan lğin NMP-Q olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaların yaygınlık sonuçlarına bakıldığında orta düzeyde nomofobik grubun oranının %39,5 ile %73,3 ve aşırı düzeyde nomofobik grubun oranının %6,1 ile %26,7 arasında değişmekte olduğu grlmştir (49). Yine Dünya genelinde yapılan çalışmalarda nomofobinin yaygınlığının orta ve hafif nomofobik grupta %70,6, şiddetli nomofobik grupta ise %20,81 oranında olduğu tespit edilmiştir (52). 2021 senesinde yapılan sistematik bir incelemede çeşitli çalışmalar sonucunda elde edilen nomofobi yaygınlıkları değerlendirilmiştir.

Cinsiyete, yaşa, akıllı telefonların kullanım sürelerine göre nomofobi yaygınlığı incelendiğinde katılımcıların %15,2-%99,7'sinde nomofobi gözlenmiştir (8).

2.4.4. Nomofobi Ayırıcı Tanısı

Nomofobi, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından özgül fobi başlığı altında ele alınmıştır. Fakat hala DSM-V'te yer almamıştır. Nomofobinin temelinde ayrılık anksiyetesi olduğu düşünülmektedir. Bowlby' e göre ayrılık kaygısı, kişinin bebekken kendisine bakan birincil kişiden uzakta kalması veya o kişiyle sürekli bağlanma kesintisi yaşaması sonucu gelişen bir duygudur. Yetişkinlikte ise bu durum sadece insana karşı değil materyallere karşı da gelişebilmektedir. Ve bu materyalin yokluğunda bireyler yine ayrılık anksiyetesi yaşayabilmektedir (53). Bireyler canlı varlıklarla olduğu gibi maddi varlıklarla da bağlılık oluşturmaktadır. Kişilerin sahip oldukları şeylere ne derece bağlanacakları kimliklerinin sahip oldukları şey tarafından ne kadar temsil edildiğine bağlıdır. Günümüzde akıllı telefon kullanıcılarının kimliklerini cihaza ne kadar yansıtırlarsa akıllı telefonlarına o kadar bağlanmaları muhtemeldir. Bunu akıllı telefonlarını sürekli yanlarında tutma, akıllı telefonlarını sürekli kontrol etme davranışlarıyla gösterebilirler. Bir öğeye karşı bağlılık oluştuğunda bireyler sadece ona yakın olmayı istemez o öğeden ayrıldıklarında olumsuz duygular hissedebilirler. Bu durum akıllı telefonlara karşı da gelişebilmektedir. Bireyler akıllı telefonlarından ayrı kaldıklarında ayrılık anksiyetesi geliştirebilirler (54). Nomofobinin temelinde ayrılık anksiyetesi olsa da özgül fobi yerine sadece ayrılık anksiyetesi nomofobiyi açıklamak için kapsayıcı bir kavram değildir (53). Mobil telefon bağımlılığı obsesif kompulsif bozukluklara benzer. Çünkü cep telefonu kullanımı da zamanla kullanan kişilerde endişe veren düşüncelerden uzaklaşmak için keyif veren, sürekli tekrar eden bir davranış biçimine sebep olmaktadır. Fakat iki durumu birbirinden ayıran en önemli kriter, obsesif kompulsif bozuklukta davranışlar bireye endişe veren düşünceleri bastırmak için yapılırken problemli cep telefonu kullanımı gibi davranışlar zevk veren aktiviteler olarak görüldüğü için kompulsif hale gelmektedir (55).

2.4.5. Nomofobinin Etkileri

Sorunlu cep telefonu kullanımı fiziksel sağığı da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Araba kullanırken bireylerin telefonla konuşması ve mesajlaşması trafik kazalarına sebebiyet verebilmektedir (56). Trafikte cep telefonu kullanımının trafik kazaları nedeniyle kişinin hayatını tehdit eden tehlikelerinin yanısıra nomofobi sebebiyle de sürekli aynı pozisyonda telefon kullanımının boyun ve sırt ağrılarına sebep olabileceğı bildirilmiştir (57, 58).

Nomofobi fiziksel sağığı etkilediğı kadar psikolojik sağığı da olumsuz yönde etkilemektedir. Nomofobinin bireylerde stresi artırarak depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (59, 60). Nomofobi uyku kalitesini de olumsuz yönde etkileyerek insomniaya neden olabilmektedir (61, 62). Nomofobisi olan ergenler sürekli çevrimiçi olma telaşı ile dersleri ile ilgilenmek yerine cep telefonları ile vakit geçirmektedirler. Sürekli cep telefonları ile ilgilenmenin ise akademik performansı ve başarıyı düşürdüğü bulunmuştur (63).

2.4.6. Nomofobi Türkiye’de Hangi Durumda

Ülkemizdeki durum hakkında yapılan çalışmalara bakıldığında nomofobinin ileri boyutlarda olduğı görülmektedir. Çünkü akıllı telefon kullanma oranları oldukça yüksek bir seviyede bulunmaktadır. Özellikle genç insanlar arasında akıllı telefon kullanım oranı ileri yaştaki nüfusa göre çok daha yüksek seviyelerde bulunmaktadır. Erdem, Türen ve Kalkın tarafından yapılan “Mobil Telefon Yoksunluğu Korkusu (Nomofobi) Yayılımı: Türkiye’de Üniveriste Öğrencileri ve Kamu Çalışanları Örnekleme” adlı çalışmada Türkiye’de nomofabinin durumu, yaygınlığı ve hangi kesimde daha çok vuku bulduğı konusunda sonuçlar ortaya konmuştur. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre üniversite öğrencilerinin %54 ünün, ulaştırma sektöründe çalışanların %67 sinin nomofobik olduğı, nomofobi oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğı, yaş ile nomofobinin arasında ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğı, günlük akıllı telefon kullanma istemi ile nomofobi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunduğı tespit edilmiştir (48).

2.4.7. Nomofobi Tedavisi

Akıllı telefonlar diğer bağımlılık yapıcı maddelerden farklı olarak kişilerin hemen erişebileceği bir konumdadır. Nomofobi ise daha çok cep telefonlarından uzakta kalamayan ve bu durumu düzenleyemeyen kişilerde görülmektedir. Bu durum büyük bir tehdit olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple sorunlu akıllı telefon kullanımının önüne geçmek amacıyla kişilerin öz denetim mekanizmalarını geliştirmeleri gerektiği düşünülmektedir (64). Young tarafından internet bağımlılığı için bilişsel davranışçı tedaviler önerilmiştir. Günümüzde akıllı telefonlar ile internete kolayca bağlanılabildiği için internet bağımlılığının akıllı telefonlar aracılığıyla devam ettiği düşünülebilir dolayısıyla bu kişiler aynı zamanda nomofobik olarak değerlendirilebilir ve bilişsel davranışçı tedaviden fayda görebilirler. Bilişsel davranışçı tedavi nomofobinin de yer aldığı özgül fobilerde, nomofobinin ayırıcı tanısına giren obsesif kompulsif bozuklukta, bağımlılıklarda da etkili bulunmuştur (53). Nomofobi bireylerin cep telefonlarından uzak kalmaları halinde sosyal çevrelerinden habersiz kalmaktan ve olayları kaçırmaktan korkmaları ile ilgilidir. İşte bu duyulan kaygı ve korku patolojik hale gelirse varoluşçu psikoterapi tekniklerinin kullanılabileceği düşünülmektedir. Varoluşçu yaklaşıma göre nomofobisi olan bireylerin akıllı telefonlarını yakınlık eksikliklerini gidermek amacıyla kullanıp kullanmadıkları sorgulanmalıdır. Bireyler iyilik hallerine olumlu katkısı olacak sosyal ilişkilere yönlendirilmelidir. Psikoterapist hastalara yalnızlık ve izole hissetme duygularıyla nasıl başedebilecekleri konusunda yol göstermelidir (65).

2.5. Depresyon

2.5.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon; duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel semptomların bir arada olduğu bir duygudurum bozukluğudur. Kötümserlik, üzüntü, keder ve yalnızlık gibi olumsuz duyguları içermektedir (66). Tüm depresif bozuklukların ortak özelliği bireyde işlevsellik kaybına, bilişsel değişikliklerin eşlik ettiği üzgün veya huzursuz ruh haline neden olmasıdır. Depresyonda genel bir üzüntü, zevksizlik, isteksizlik, değersizlik ve umutsuzluk hissi vardır. Konsantrasyon güçlüğü, hafıza değişiklikleri,

iştahsızlık ve uyku bozuklukları gibi bilişsel ve nörovegetatif semptomları da içerir (67). Major depresif bozukluk (MDB) yaşam süreleri boyunca her beş kişiden birini etkileyen ve engelliliğin önde gelen nedenlerinden biri olan heterojen bir hastalıktır. Günümüzde MDB genetik yatkınlık, stres ve inflamasyon gibi patolojik süreçlerden kaynaklanan ve çeşitli tetikleyicileri olan çok faktörlü bir hastalık olarak kabul edilmektedir (68).

2.5.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon çok eski tarihlerden beri araştırılan ve üzerinde düşünülen bir hastalıktır. Milattan sonra 170 li yıllarda Galen tarafından depresyon, melankoli olarak kişinin hayatından memnun olmaması, diğer insanlardan nefret etmek olarak tanımlanmıştır. Galen tanımlayana kadar melankoli bir akıl hastalığı olarak görülmüştür. Melankoliye keder ve hüznün anlamını yükleyen Galen olmuştur. Milattan sonra 1000’li yıllara gelindiğinde melankoli İbni Sina tarafından yorumlanmıştır. İbni Sina bireyin vücudundaki sıvıların farklı oranlarda bir araya gelmesiyle farklı depresif durumların ortaya çıktığını söylemiştir. Böylece melankoliyi farklı duygudurum olarak tanımlamıştır. 1600 lü yıllara gelindiğinde Robert Burton tarafından semptomlar günümüze yakın fizyolojik temellere dayandırılarak tanımlanmıştır. 20. yüzyıl başlarında ise Emil Kraepelin tarafından melankoli depresyonun bir semptomu olarak görülmüş ve günümüzdeki depresyon tanımına oldukça uygun bir tanım yapılmıştır. Teknolojik gelişmelerle beraber depresyon hakkındaki bilgiler varsayımdan öteye geçerek fizyolojik temellere dayandırılmıştır (69).

2.5.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyonun 12 aylık prevalansı ülkeler arasında farklılık göstermektedir fakat genel olarak baktığımızda yaklaşık %6’dır. Yaşam boyu ise depresyon riski %15-%18’dir. Birinci basamakta hekimler ayırışmamış hastalarla karşılaşır. Bu sebeple birinci basamağa göre ikinci basamakta depresyon prevalansı daha fazladır (70). Birinci basamağa başvuran her 10 hastadan biri depresif semptomlarla başvurmaktadır. Dolayısıyla başvuruların %10’u depresyon ile alakalıdır (71).

Çeşitli faktörlerin etkisiyle depresyon prevalansının son 30 yılda arttığı görülmektedir (72). Depresyonun 2030 yılına kadar önde gelen hastalık nedenlerinden biri olacağı tahmin edilmektedir (73).

Depresyon birçok kronik hastalığa eşlik etmektedir. Astım hastalarında prevalansı %27'dir. İnme geçiren hastalarda %30, KOAH hastalarında %24,6, gut artritinde %20 oranında prevalansa sahiptir. Kronik hastalıklar ve depresyonun bir arada görülmesi ekonomik yükün artmasına neden olacaktır (74).

Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı ergenliğin ortasından başlayıp 40'lı yaşların ortalarına kadar devam etmektedir. İnsanların %40'ı ilk depresyon atağını 20 yaşından önce yaşamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı ise 25'tir. Kısacası en sık görüldüğü yaş aralığı 18-43 yaş aralığıdır. Yaşam boyunca baktığımızda depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir (70).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda tüm topluma baktığımızda depresyon yaygınlığı %14-25'tir. Yaşlı nüfusta yaygınlık %29'dur (Erkeklerde %24, Kadınlarda %33) (13). Yaş ilerledikçe kadın ve erkek arasında depresyon görülme yaygınlığı oranları birbirine yaklaşmaktadır (75).

2.5.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun tanısı semptom temelli bir yaklaşıma dayanmaktadır. Fakat depresyon klinik olarak heterojen bir hastalıktır. Bu sebeple sadece semptomatolojiyi önemsemek yerine depresyona neden olan mekanizmaları da anlamamız gerekmektedir (76).

Depresyonun etiyolojisi hakkında günümüzde de hala genetik, nörobiyolojik ve nörogörüntülemeyi de içeren kesin bir patolojik teori bulunamamıştır. Depresyonun sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerden etkilenen çok faktörlü bir hastalık olduğu düşünülmektedir (77).

İnsanlarda depresyon gelişmesi açısından şu an için en iyi bilinen mekanizmalar monoamin, sitokin, stres kaynaklı HPA (hipotalamus-hipofiz-adrenal) eksenini ve stres teorileri depresyon modelleridir (78).

Monoamin hipotezi, ne kadar tek başına depresyonun nedenini açıklayamasa da antidepresanların geliştirilmesine büyük katkı sağlamıştır. Öyle ki kullanılan antidepresan ilaçların çoğu monoamin sistemini hedeflemektedir (76). Beyin monoamin nörotransmitterleri olarak adlandırılan 5HT, NE ve DA içeren çok sayıda noradrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik nöron içerir. Bahsi geçen her bir nörotransmitterin aralarındaki dengenin bozulması ve beyinde mevcudiyetlerinin azalması sonucu depresyonun semptomları ortaya çıkmaktadır (79). Noradrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik nöronlar beyinde çeşitli yollarda görev almaktadır. Ve ruh hali, uyanıklık, motivasyon yorgunluk gibi psikomotor birçok davranışın düzenlenmesinde rol almaktadır. 30 yıl önce tesadüfen hayvan deneylerinde reserpinin NE, 5-HT ve DA'nin depolarda tükenmesine yol açarak deneklerde depresyon semptomlarının görülmesiyle bu hipotez keşfedilmiştir (80).

Strese duyarlı HPA (hipotalamus-hipofiz-adrenal) eksenini hipotalamustan CRF salgılanması sonucu hipofiz bezinden de ACTH salgılanmasına neden olan bir sistemdir. ACTH ise adrenal korteksten glikokortikoidlerin salgılanmasını sağlar. HPA ekseninin vücutta metabolizma, bağışıklık sistemi üzerine etkilerinin yanısıra beyin üzerinde de önemli etkileri vardır (81). CRH, ACTH ve kortizol seviyeleri stres durumlarında artmaktadır. Depresyonu olan hastalarda HPA aktivitesi ile adrenal korteksten aşırı kortizol salgılandığı bilinmektedir (82). HPA eksenindeki bozuklukları göstermek için yapılan deksametazon supresyon testi (DST) depresyon hastalarında bozulmuş olarak karşımıza çıkmaktadır ve normal, beklenen cevap olan DST baskılaması depresyon hastalarında görülmemektedir (83). Hiperkortizoleminin bazı depresif semptomlara sebebiyet verebileceği yapılan çalışmalarla aydınlatılmıştır. mPFC, hipokampus, amigdala duyguların işlenmesinde görev almaktadır. Artan glikokortikoid seviyesi beyinde bu üç bölgede değişikliklere neden olmaktadır (84). Kortizol seviyesinin yükselmesi hipokampusteki nöronlara zarar vererek nöron kaybına neden olmaktadır. Bu durumun depresyon patogenezinde yer aldığı ileri sürülmüştür (85).

Sitokin teorisine göre; proinflamatuvar sitokinler, glial hücrelerde triptofandan kinurenine oluşumuna neden olurlar. Kinurenine de nörotoksik özelliklere sahip olan kinolinik aside dönüşür. Kinolinik asit ise çeşitli mekanizmalarla serotonin seviyelerinde düşüşe ve depresif semptomlarla ilişkili glutamaterjik aktivitede artışa yol açar. Artan kinurenine seviyelerinin hayvan modellerinde de insanda da depresif benzeri semptomlara yol açtığı gösterilmiştir (86). Depresyonun etiyolojisinde inflamasyonun ve sitokinlerin etkili olduğunu düşündüren en önemli verilerden biri mikrobiyal hastalıklara yakalanan kişilerin anhedoni, iştah azalması, uyku değişiklikleri gibi depresif benzeri davranışlar sergilemesidir. Depresyonlu hastalarda TNF-alfa, IL-6 ve CRP seviyeleri yükselmiş olarak bulunmaktadır. Ayrıca interferon-alfa tedavisi başlanan kişilerin %45’inde depresyon geliştiği gözlemlenmiştir (87).

2.5.5. Depresyonun Tedavisi

Depresyon tedavisinde kişinin iyileşmesini sağlamak, remisyon veya yanıt elde etmek temel amaçlarımızdır. Kullanılan çeşitli tedavilerle kişinin normal işleyişine dönmesi en azından semptomları minimize edilerek hastanın depresyondan kurtulması hedeflenmektedir. İki aylık remisyon dönemi iyileşme olarak tanımlanmaktadır. Tam iyileşmenin sağlanamadığı durumlarda semptomların sıklığının ve yoğunluğunun azaltılması amaçlanır (88).

Hastanın biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesiyle planlanan depresyon tedavisinin başarı şansı daha yüksektir. Depresyonda tedavi bireysel olmalıdır. Hastaların hastalıklarının yönetim sürecine müdahil olabilmeleri için kişilerin beklentileri ve istekleri göz önünde bulundurulmalıdır (13).

Depresyon tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi kullanılan temel yöntemlerdir. Bir tedavi epizodu yaklaşık 6 aydır. Akut tedavi süresi 6-8 hafta sürmektedir. Hastada iyileşme açısından önemli bir mesafe alana kadar hasta hekim tarafından haftada bir veya ayda iki kez değerlendirilmelidir (89). Depresyon tedavisinde kullanılabilecek farmakolojik ajanlar arasında monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), trisiklik antidepresanlar (TSA), seçici noradrenerjik geri alım

inhibitörleri (NRI), noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri(NDGI), serotonin ve noradrenalin gerialım inhibitörleri (SNRI), seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI)'lar sayılabilir. Sayılan farmakolojik ajanlar benzer etkinliklere sahiptir. Seçim yapılırken ilaçların yan etki profili, güvenilirliği, ilaç etkileşimleri açısından kişinin ek hastalıkları için ilaç kullanıp kullanmaması ve kişisel özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır (16).

Depresyon tedavisinde ilaç tedavisinin yanında psikoterapi yöntemleri de kullanılmaktadır. Kısa vadede antidepresanlar ve psikoterapilerin etkileri arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır. Hafif depresyon haricinde orta ve şiddetli depresyonda psikoterapiler ve antidepresanların tek tek kullanımlarına göre kombine kullanılması daha etkilidir. Bilişsel davranışçı terapi, davranışsal aktivasyon terapisi, kişilerarası psikoterapi, problem çözme terapisi kullanılan psikoterapi yöntemleri arasında yer almaktadır (90).

2.5.6. Depresyon için Risk Faktörleri

2.5.6.1. Yaş

Depresif bozukluk genç yaş gruplarında daha yüksek oranlarda görülmektedir. Bununla beraber depresyonun klinik prezantasyonu da yaş gruplarına göre değişmektedir. Yaşlı hastalar genç hastalara göre daha ciddi bir depresyon süreci geçirmektedir (91). Depresyon erkeklerde 55 yaşından sonra daha sık görülmektedir (13).

2.5.6.2. Cinsiyet

Depresyonun yaşam boyu kadınlarda görülme yaygınlığı %20 ile %25 arasında değişmektedir. Erkeklerde görülme yaygınlığı ise %7 ile %12 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir (74).

2.5.6.3. Medeni Durum

Evli olmak depresyon için koruyucudur. Yapılan çalışmalarda bekarların, eşinden ayrılmış olan kişilerin, eşi vefat etmiş olanların evli bireylere göre depresyon açısından daha riskli olduğu gösterilmiştir (92).

2.5.6.4. Eğitim Durumu

Eğitim seviyesinin sağlık üzerine olduğu kadar depresyon riski üzerine de etkileri büyüktür. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin düşmesi ile depresyon riskinin arttığı gösterilmiştir. Bununla beraber eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin daha hafif depresyon düzeyinde kaldıkları ve ağır depresyondan korundukları bulunmuştur (93).

2.5.6.5. Sosyoekonomik Düzey

Bireylerin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması; yüksek psikiyatrik morbidite, maluliyet ve bu gibi durumlarda kişilerin sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlamasıyla ilişkilidir (94). Ekonomik zorluklar insanların fiziksel, psikolojik ve bilişsel süreçlerini etkilemektedir (95). Düşük sosyoekonomik düzeyler insanlarda depresif belirtilerin ortaya çıkmasına ve bu belirtilerin kişide sebat etmesine neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarla maddi zorlukların depresyon riskinde artışa yol açtığı tespit edilmiştir (96).

2.5.6.6. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar ile depresyon arasında aslında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıklar kişinin yaşam kalitesini düşürerek, kişilerin maruz kaldığı semptom sayısını artırarak, hareket ve etkinlikleri olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açarak depresyon riskini artırır. Depresyon ise kişide uyumsuz sağlık davranışlarına sebebiyet vererek, otonom sinir sistemi, immün sistem gibi birçok sistemi etkileyerek, kişinin işlevselliğini bozarak

kronik hastalıklara yol açabilmektedir. Kronik hastalıkları olan hastaların depresyona yakalanma riski komorbiditesi olmayan kişilere göre iki üç kat daha fazladır (97, 98).

2.5.7. Depresyon Taraması

Birinci basamak sağlık sistemi hastayla ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Mental sağlık sorunları olan hastaların da büyük bir çoğunluğunun ilk başvuru noktaları birinci basamak hekimleridir. Hastaların aile hekimlerinin kendi bakımlarında daha fazla yer almasını istedikleri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu sebeple toplumsal düzeyde mental sağlığın iyileştirilebilmesi için aile hekimlerinin psikiyatrik hastalıkların taranması, tedavi edilmesi açısından kendi becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu bilgiler ışığında Sağlık Bakanlığı rehberine göre depresyon da 18-65 yaş aralığında kişinin şikayetlerine veya hekimin öngörmesi durumunda “Son iki hafta içinde hemen her gün kendinizi çökkün veya umutsuz hissettiğiniz oldu mu?” ve “Son iki haftadır ilgi kaybı ya da hayattan zevk alamama gibi yakınmalarınız oldu mu” soruları yöneltilerek sorgulanmalıdır. Her iki soruya da “evet” cevabının alınması durumunda kişi psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir (99).

2.5.8. DSM-V’e göre Depresyon Tanı Kriterleri

2013’te yayınlanan DSM-V el kitabında depresif bozukluklar başlığı altında şu durumlar tanımlanmıştır:

- Yıkıcı duygudurum düzensizliği
- Major depresif bozukluk
- Süregiden depresyon bozukluğu (distimi)
- Premenstrüel disforik bozukluk
- Madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk
- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu
- Tanımlanmamış depresyon bozukluğu (41)

Depresyon tanısı dediğimizde akla gelecek olan, halk arasında depresyon olarak bilinen durum major depresif bozukluk başlığı altında anlatılmıştır.

DSM-V e göre major depresif bozukluk tanısı için ölçütler şu şekildedir:

1. Günün büyük bir bölümünde,hemen hemen her gün kişinin kendi beyanına göre veya başkaları tarafından yapılan gözlemlerde çökkün ruh halinin olması
2. Günün çoğunda, hemen hemen her gün tüm veya hemen hemen tüm etkinliklere karşı belirgin bir ilgi veya zevk duymada azalma
3. Diyet yapılmadığı halde önemli kilo kaybı veya kilo alımı (örneğin; 1 ayda vücut ağırlığının %5 i kadar değişiklik) veya hemen hemen her gün iştahta azalma veya artış.
4. Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uyuma
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon
6. Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı
7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk
8. Neredeyse her gün düşünme ya da konsantre olma yeteneğinde azalma ya da kararsızlık
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşünceleri veya intihar girişimi veya intihar etmek için belirli bir plan yapma

Yukarıda saydığımız belirtiler en az 2 haftalık dönem boyunca devam etmeli ve belirtilerin en az beşi ya da daha fazlası olmalıdır.

Hafif depresyon: Saydığımız semptomların yoğunluğu sıkıntı vericidir ancak yönetilebilir düzeydedir. Semptomlar sosyal ve mesleki işlevsellikte hafif bozulmaya neden olur.

Orta derecede depresyon: Belirtilerin sayısı, yoğunluğu ve işlevsellikte bozulma hafif ile şiddetli için belirtilenler arasındadır.

Şiddetli depresyon: Semptomların sayısı tanı koymak için gereken sayıdan fazladır, semptomların yoğunluğu sıkıntı vericidir ve yönetilemezdir. Semptomlar sosyal ve mesleki işlevi belirgin derecede etkiler.

Kapsamlı bir depresyon değerlendirmesi için yalnızca semptom sayısına bakılmamalı, işlevsel bozulmanın derecesi her zaman göz önünde bulundurulmalıdır (100).

2.6. Psikolojik İyi Oluş

Klinik pratiğimizde depresyonu, kaygıyı, bağımlılığı ve stresi ölçerek psikolojik iyi oluşu tespit etmeye çalışırız. İyi oluş, bir kişinin olumlu olmayan durum veya duygulardan kaçınma yeteneği olarak tanımlanabilir. Aslında temelinde kişinin sahip olduğu benliği ile uyumlu yaşayabilme yeteneği vardır. Bu uyum yeteneği, kişilerin fiziksel ve bilişsel sağlığını pozitif yönde etkilemektedir (101).

İyi oluş kavramı, ilk tanımlandığı dönemlerde kaygı, halüsinasyon gibi patolojik belirtilerin olmaması şeklinde düşünülmüştür. Fakat bu tanım yetersiz kalmıştır. Çünkü psikolojik olarak iyi oluşu sadece olumsuz durumların olmaması etkilemez. Kişinin olumlu durumları yaşamıyor olması da bireyi negatif yönde etkileyebilmektedir (102). Hedonizm ve Eudaimonizm iyi oluş kavramının temel taşlarını oluşturmaktadır. Hedonizme göre iyi oluş demek kişinin yaşamdan aldığı haz ve mutluluktur. Hedonizmde kişinin kendi iyi oluşunu değerlendirmesi söz konusudur. Eudaimonizmde ise kişinin tam olarak psikolojik işlevselliğinin olması iyi oluşu tanımlar. Bu duruma psikolojide psikolojik iyi oluş denmektedir (103). Psikolojik iyi oluş tanımı Ryff'e göre sadece mutlu olmak olarak değil kendini geliştirme, işlevsel olma ve olgunlaşma kavramlarının penceresinden bakılarak oluşturulmuştur. Kısacası psikolojik işlevsellik olarak tanımlanmıştır (104).

Akıllı telefonlar yüz yüze iletişimi kısıtlamışlardır ve bu sebeple de insanların sosyalleşmesi her geçen gün daha da azalmakta, insanlar yalnızlaşmaktadırlar. Bu yalnızlaşmaya akıllı telefonların sorunlu kullanımlarının da katkısı vardır ve yapılan çalışmalarla akıllı telefon bağımlılığının öznel iyi oluş ve depresyonla ilişkili olduğu

gösterilmiştir (105). Örneğin yapılan bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığının kişide öznel mutluluk seviyesini azalttığı ve psikolojik iyi oluşu etkilediği gösterilmiştir. (106) Bizim çalışmamızda olduğu gibi yapılan bir diğer çalışmada sorunlu akıllı telefon kullanımının bireylerde stres düzeyini ve depresyon görülme sıklığını artırdığı gösterilmiştir (107).

2.7. Teknoloji Bağımlılığı ve Psikolojik İyi Oluş

İnternet bağımlılığı ile depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar ilişkili bulunmuştur. Bunun yanısıra psikolojik iyi oluş gibi pozitif psikoloji değişkenleri ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin daha detaylı araştırılması son derece önemlidir (108). Problemlili internet kullanımı, bireylerin sorumluluğunda olan işlerin aksamasına, kişilerin sosyal etkileşim becerilerinin azalmasına ve dolayısıyla bireylerde yalnızlığa yol açarak iyilik hallerinin negatif yönde etkilenmesine neden olmaktadır (109). Akıllı telefonlar internet erişimi sağlaması gibi olumlu özellikleri nedeniyle artık hayatımızın her alanında varlar ve biyopsikososyal bir canlı olan insanoğlunu olumlu ve olumsuz yönlerde etkilemektedirler. Bu etkilenmenin sonuçlarından biri de nomofobidir. Nomofobi düzeyi fazla olan kişilerde yüz yüze iletişim kurma oranı azaldığı için sosyal ilişkiler ve aile içi iletişim de aynı oranda azalmaktadır. Bu durum kişilerin yalnızlık hissi yaşamalarına, özgüvenlerinde düşüşe neden olmaktadır (110).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Erzurum'daki Eğitim tipi ASM (EASM)'lere başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerde nomofobi görülme sıklığı ve depresyon ile ilişkisinin araştırılması amacıyla yapılan araştırma; prospektif, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Tekniği

Araştırmaya Erzurum Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı olarak faaliyet gösteren 2 adet EASM'de bulunan altı aile hekimliği birimi nüfusuna kayıtlı olan, çalışmayı kabul eden 18-65 yaş aralığındaki kişiler dahil edilmiştir.

Veriler 15 Temmuz 2022-15 Eylül 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı iki EASM (toplamda iki aile hekimliği birimi) 'ne 18 yaş üstü bir günde başvuran hasta sayısı ortalama 140 olarak belirlendi. 140 hasta ve zaman dayalı örneklem hesabı ve 2 aylık başvurular dikkate alınarak evren 8400 kişi olarak hesaplandı. Referans makalede kişilerdeki nomofobi görülme sıklığı %54 orta düzeyde, %11 ciddi düzeyde toplamda %65 olarak belirlenmiştir (111). Bu prevalans kullanılarak örneklem ile ilgili hesabı yapıldı. Popülasyon sayısı (8400) belli olduğu için popülasyon sayısı belli olan örneklem büyüklüğünden hesaplama yapmak için <http://www.raosoft.com/samplesize.html> adresi kullanılarak çalışmamıza en az 336 kişi dahil edilmesi gerektiği %80 güçte, %95 güven düzeyinde hesaplanmıştır. Toplamda 355 gönüllü onam formunu imzalayıp ölçeği eksiksiz olarak doldurarak değerlendirilmeye alınmıştır.

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı olma

- Çalışmaya katılmayı kabul etme
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Okuma-yazma biliyor olmak
- Akıllı telefon kullanıyor olmak

3.2.2. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

- Kooperasyon probleminin olması
- Tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığının olması

3.3. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez çalışması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/569 Tarih:30.06.2022(Ek-1)) izin alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Çalışmaya başlanmadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı. Sonrasında, çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya dahil edilmeye uygun kişilere sosyodemografik veri formu, BDÖ-BB ve NMP-Q Ölçeği'ni içeren bir anket formu verilerek doldurmaları sağlandı.

3.4.1. Nomofobi Ölçeği (NMP-Q):

Yıldırım ve Correia tarafından üniversite öğrencilerinin nomofobi davranışlarını ölçmek amacıyla tasarlanan ölçek nomofobinin 4 boyutunu ele alan 20 sorudan oluşmaktadır. Tüm sorular 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 7 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen 7'li Likert ölçeği kullanılarak derecelendirilmiştir. NMP-Q iki dilli bir uzman tarafından kaynak dilden türkçeye çevrilmiştir (112). Dolayısıyla toplam puan her bir soruya verilen yanıtların puanları toplanarak hesaplanır. Toplam puan 20 ile 140 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar daha şiddetli nomofobi anlamına gelmektedir. NMP-Q puanları şu şekilde

yorumlanmaktadır. NMP-Q puanının 20 olması nomofobi olmadığını göstermektedir. 20'den büyük ve 60'tan küçük NMP-Q puanı hafif düzeyde, 60'a eşit veya 60'tan büyük 100'den küçük NMP-Q puanı orta düzeyde nomofobiye, 100'e eşit veya daha büyük NMP-Q puanı da ciddi düzeyde nomofobiye karşılık gelmektedir (47).

NMP-Q ölçeği bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin türkçeye uyarlanmış hali için alt boyutların güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.90, 0.75, 0.94 ve 0.91 olarak raporlanmıştır (112).

Bizim çalışmamız için yaptığımız analiz sonucunda elde edilen güvenirlik tablosu aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. NMP-Q ölçek güvenirlik tablosu

Nomofobi alt boyut	Sorular	Cronbah α
Total ölçek	1-20	0.94
Bilgiye erişememe	1-4	0.88
Rahatlıktan feragat etme	5-9	0.82
İletişim kuramama	10-15	0.92
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	16-20	0.90

3.4.2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği (BDÖ-BB) :

Birinci basamak için Beck Depresyon Ölçeği Beck ve arkadaşları tarafından 1997 yılında hazırlanmış ve uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. 2005 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından geçerliği ve güvenilirliği yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Depresyon tanı ölçütlerinin azami gerekliliklerini yerine getirebilmek için bireylere bugün dahil, son iki hafta içindeki duygudurumları sorulmuştur. Her başlık 0'dan 3' e kadar derecelendirme içerir. BDÖ-BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir.

Toplamda minimum 0, maksimum 21 puan elde edilir. Referans makalede olduğu gibi 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon riski %90'ın üzerindedir şeklinde kabul edilmiştir (113).

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizinde SPSS v20 programı kullanıldı. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Simironov testi ve grafikleme yöntemleriyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, numerik değişkenler için ortalama ve standart sapma, ortanca ve çeyreklikler olarak sunuldu. Normal dağılan sayısal değişkenler arasında Pearson korelasyon testi, normal dağılmayan sayısal değişkenlerin karşılaştırmalarda Mann Whitney-U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon testi ve kategorik değişkenlerin karşılaştırmalarında Ki-Kare testi uygulanmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamız 355 birey ile tamamlandı. Araştırmaya katılan kişilerin % 58,9'u (n=209) kadın, %41,1'i (n=146) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 31.3 ± 9.6 yıl olup medeni durumlarına bakıldığında %45,9'unun (n=163) bekar, %54,1'inin (n=192) evli olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %4,8'inin (n=17) ilkokul mezunu, %18'inin (n=18) ortaokul mezunu, %18,9'unun (n=67) lise mezunu, %71,3'ünün (n=253) üniversite veya üniversite üzeri mezunu olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Çalışmamıza katılanların gelir durumlarına baktığımızda %43,6'sının (n=115) gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Katılımcıların %58'inin (n=206) çalıştığı, %42'sinin (n=149) çalışmadığı tespit edildi.(Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	209	58,9
Erkek	146	41,1
Medeni Durum		
Bekar*	192	54,1
Evli	163	45,9
Eğitim Durumu		
İlkokul	17	4,8
Ortaokul	18	5,1
Lise	67	18,9
Üniversite veya Üzeri	253	71,3
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	116	32,7
Geliri giderine eşit	155	43,6
Geliri giderinden çok	84	23,7

Tablo 2. (Devam)

Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	149	42,0
Çalışıyor	206	58,0
Toplam	355	100
Yaş Ortalaması	31,3±9,6	
*Dul ve boşanmışlar dahildir.		

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile nomofobi seviyeleri arasındaki ilişkileri incelendi.

Katılımcıların cinsiyete göre nomofobi seviyeleri incelendiğinde cinsiyetler arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Kadınların %23'ünde ($n=48$) aşırı nomofobi tespit edildi (Tablo 3).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre nomofobi seviyelerine bakıldığında eğitim durumlarına göre anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Üniversite ve üzerinde eğitim görenlerin %20,9'unda ($n=53$) aşırı nomofobi tespit edildi (Tablo 3).

Katılımcıların gelir durumlarına göre nomofobi seviyeleri karşılaştırıldığında gelir durumları arasında anlamlı fark görülmedi($p>0,05$). Geliri giderinden az olanların %20,7'sinde($n=24$) aşırı nomofobi tespit edildi (Tablo 3).

Katılımcıların medeni durumlarına göre nomofobi seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı($p<0,05$). Bekar grubun %22,1'inde($n=36$) aşırı nomofobi tespit edilmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre nomofobi seviyeleri karşılaştırıldığında çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık vardı ($p<0,05$). Çalışan grubun %23,3'ünde ($n=48$) aşırı nomofobi tespit edilmiştir (Tablo 3).

Orta nomofobi ise sırasıyla; erkeklerde %50,7($n=70$), bekarlarda %50,9($n=83$), üniversite ve üzeri eğitim görenlerde %48,2($n=122$), geliri giderine

eşit olanlarda %47,7(n=74) ve çalışanlarda %47,1(n=97) oranlarında tespit edilmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların yaş ortalamaları ile nomofobi toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=-0,16$, $p<0,001$) (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile nomofobi seviyeleri arasındaki ilişki

Sosyodemografik Özellikler	Nomofobi seviyesi				İstatistik
	Hafif n,(%)	Orta n,(%)	Aşırı n,(%)	Toplam n,(%)	
Cinsiyet					
Kadın	72(34,4)	89(42,6)	48(23)	209(100)	$p>0,05^*$
Erkek	50(34,2)	74(50,7)	22(15,1)	146(100)	
Eğitim Durumu					
İlk Orta	16(45,7)	13(37,1)	6(17,1)	35(100)	$p>0,05^*$
Lise	28(41,8)	28(41,8)	11(16,4)	67(100)	
Üniversite ve üzeri	78(30,8)	122(48,2)	53(20,9)	253(100)	
Gelir Durumu					
Gelirim giderimden az	38(32,8)	54(46,6)	24(20,7)	116(100)	$p>0,05^*$
Gelirim giderime eşit	57(36,8)	74(47,7)	24(15,5)	155(100)	
Gelirim giderimden çok	27(32,1)	35(41,7)	22(19,7)	84(100)	
Medeni Durum					
Bekar	44(27,0)	83(50,9)	36(22,1)	163(100)	$p<0,05^*$
Evli	78(40,6)	80(41,7)	34(17,7)	192(100)	
Çalışma Durumu					$p<0,05^*$
Çalışmıyor	61(40,9)	66(44,3)	22(14,8)	149(100)	
Çalışıyor	61(29,6)	97(47,1)	48(23,3)	206(100)	
Yaş					
Mean($\pm$ SD)	34,08(11,2)	29,6(8,2)	30,3(8,9)		$X^2=11,45^*$
Median(Q1-Q3)	32(25-40)	28(24-34)	28(23,7-35)		$P<0,05$

*Ki-kare testi

Katılımcılar arasında değişen seviyelerde nomofobi yaygınlığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların nomofobi seviyeleri incelendiğinde

%45,9'unun (n=163) orta nomofobik grupta olduğu tespit edilmiştir. Hafif nomofobik grubun %34,4 (n=122), aşırı nomofobik grubun %19,7 (n=70) ile bunu takip ettiği görüldü (Tablo 4). Katılımcıların nomofobi ölçek puan ortalaması $74,04 \pm 28,4$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların nomofobi seviyeleri

Nomofobi Seviyesi	n	%
Hafif nomofobik	122	34,4
Orta nomofobik	163	45,9
Aşırı nomofobik	70	19,7
Total	355	100

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçek Puan ortalaması 4.52 ± 3.6 dır. Katılımcılar sosyodemografik özelliklerine göre incelendiğinde %42,5'inde depresyon riski tespit edilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete göre depresyon riski incelendiğinde; cinsiyetler arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. (Tablo 5).

Katılımcıların medeni durumlarına göre depresyon riskleri incelendiğinde; bekarların evli katılımcılara göre depresyon riskleri daha yüksek tespit edilmiştir. Medeni durum ile depresyon riski arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$)(Tablo 5). Katılımcıların yaş ortalamaları ile depresyon riski arasında anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,02$).

Katılımcıların eğitim durumları ile depresyon riski arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Eğitim durumu lise olan katılımcıların %49,3'ünde(n=33) depresyon riski varlığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Katılımcıların gelir durumları ve çalışma durumlarına göre depresyon riskleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Geliri giderinden az olan grubun %49.1'inde (n=57) ve çalışmayan grubun %46.3'ünde (n=69) depresyon riski yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Katılımcıların yaş ortalamaları ile birinci basamak için beek depresyon tarama ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,22$, $p<0,000$).

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki

Sosyodemografik Özellikler	Depresyon Riski			İstatistik
	Yok n,(%)	Var n,(%)	Toplam n,(%)	
Cinsiyet				P=0,81*
Kadın	119(56,9)	90(43,1)	209(100)	
Erkek	85(58,2)	61(41,8)	146(100)	
Medeni Durum				P=0,006*
Bekar	81(49,7)	82(50,3)	163(100)	
Evli	123(64,1)	69(35,9)	192(100)	
Eğitim Durumu				P=0,453*
İlk-Orta	20(57,1)	15(42,9)	35(100)	
Lise	34(50,7)	33(49,3)	67(100)	
Üniversite ve Üzeri	150(59,3)	103(40,7)	253(100)	
Gelir Durumu				P= 0,18*
Gelirim giderimden az	59(50,9)	57(49,1)	116(100)	
Gelirim Giderime eşit	96(61,9)	59(38,1)	155(100)	
Gelirim giderimden çok	49(58,3)	35(41,7)	84(100)	
Çalışma Durumu				P=0,221*
Çalışmıyor	80(53,7)	69(46,3)	149(100)	
Çalışıyor	124(60,2)	82(39,8)	206(100)	
Yaş				U=12393,0
Mean($\pm$ SD)	32.5(10.4)	29.7(8.2)		P<0,02
Median(Q1-Q3)	31(24.25-37)	28(23-34)		

*Ki-Kare Testi

Katılımcıların nomofobi seviyeleri ile depresyon riski ile ilişkisine bakıldığında orta (%44,2) ve yüksek (%55,7) nomofobi düzeyine sahip kişilerde depresyon riski varlığının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Nomofobi ölçek puanları ile Birinci Basamak için Beck depresyon tarama ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=0,13, p<0,05$).

Tablo 6. Katılımcıların Nomofobi Seviyeleri ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki

Nomofobi Seviyesi	Depresyon Riski		Toplam n,(%)	P
	Yok n,(%)	Var n,(%)		
Hafif	82(67,2)	40(32,8)	122(100)	0,007
Orta	91(55,8)	72(44,2)	163(100)	
Yüksek	31(44,3)	39(55,7)	70(100)	

Katılımcıların nomofobi ölçeği alt boyutlarına bakıldığında iletişim kuramama alt boyut ortalamasının 25.3 ± 10.6 ile en yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Nomofobi Alt Boyut Puanları Analizi

Nomofobi alt boyut	Mean(SD)	Median(Q1-Q3)
Bilgiye erişememe	15.8(7.2)	16(10-22)
Rahatlıktan feragat etme	18.2(8.1)	17(12-23)
İletişim kuramama	25.3(10.6)	25(16-35)
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	14.6(8.7)	12(7-20)

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre nomofobi alt boyutları incelendiğinde bilgiye erişememe alt boyut ortalamasının kadınlarda, bekarlarda, eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlarda, geliri çok olanlarda ve çalışanlarda yüksek olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum ve çalışma durumları ile bilgiye

erişememe alt boyutu için puan dağılımları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Rahatlıktan feragat etme alt boyutu için; kadınlarda, bekarlarda, eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlarda, geliri çok olanlarda ve çalışanlarda yüksektir. Çalışma durumları ile rahatlıktan feragat etme alt boyutu için puan dağılımları arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$) (Tablo 8).

İletişim kuramama alt boyutu için; kadınlarda, bekarlarda, eğitim durumu lise olanlarda, geliri çok olanlarda, çalışanlarda yüksek, gelir durumları arasında benzerdir. Çalışma durumları arasında puan dağılımları arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme alt boyutu için; kadınlarda, bekarlarda, eğitim durumu lise olanlarda, geliri çok olanlarda ve çalışanlarda yüksek olmakla birlikte bu alt boyut için çalışma durumları arasında puan dağılımları arasında anlamlılık vardır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Katılımcıların yaş ortalamaları ile nomofobi alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde iletişim kuramama alt boyutu dışındaki diğer boyutlar arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle Nomofobi Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Sosyo Demografik Özellikler	Nomofobi Alt Boyutları							
	Bilgiye erişememe		Rahatlıktan feragat etme		İletişim kuramama		Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	
	Mean (SD)	Median (Q1-Q3)	Mean (SD)	Median (Q1-Q3)	Mean (SD)	Median (Q1-Q3)	Mean (SD)	Median (Q1-Q3)
Cinsiyet								
Kadın	15.6(7.3)	16(9-22)	18.4(8.4)	17(11-24)	25.7(10.6)	27(17-35)	14.7(8.9)	12(7-21)
Erkek	16.2(7.2)	16(11-22)	17.7(7.6)	17(12-23)	24.6(10.6)	24(16-35)	14.6(8.4)	12(7-20)
İstatistik	U=14480/p=0.41		U=14754.5/p=0.59		U=14229.5/p=0.28		U=14930.5/p=0.73	
Medeni durum								
Bekar	17.5(7.3)	19(12-23)	18.9(8)	18(13-25)	26.7(10.5)	28(18-35)	15.1(8.6)	14(8-21)
Evli	14.4(6.9)	15(8-20)	17.5(8.1)	17(11-22)	24.0(10.5)	24(15-33.75)	14.2(8.8)	11(7-20)
İstatistik	U=11751/p=0.00		U=13847.5/p=0.06		U=13350/p=0.017		U=14527p=0.24	
Eğitim								
İlk-orta	10.7(6.6)	8(5-16)	16.9(8.3)	15(11-22)	22.9(11.4)	18(15-36)	14.6(8.5)	14(7-20)
Lise	15.1(7.3)	15(10-21)	17.1(8.1)	17(10-22)	24.9(10.5)	25(16-35)	15.5(10.0)	11(8-22)
Üniversite ve üzeri	16.7(7.0)	17(12-22)	18.5(7.9)	18(13-24)	25.7(10.4)	26(17.5-35)	14.4(8.3)	12(7-20)
İstatistik	X²=4.607 P=0.1		X²=1.696 P=0.42		X²=1.036 P=0.59		X²=0.168 P=0.91	
Gelir durumu								
Gelirim giderimden az	15.4(8.0)	15(8.25-22)	18.6(8.5)	18 (12-23.75)	25.7(10.7)	27(17-35)	15.5(9.0)	15(8-21.7)
Gelirim giderime eşit	15.4(6.7)	16(10-21)	17.5(7.7)	17(11-22)	24.7(10.7)	24(16-34)	13.2(8.0)	11(6-18)
Gelirim giderimden çok	17.3(6.9)	19(12-22.7)	18.6(8.1)	19.5 (11.25-25)	25.7(10.2)	25.5 (16.5-34.75)	16.0(9.2)	15 (7-23.75)
İstatistik	X²=21.44 P=0.1		X²=1.696 P=0.42		X²=1.036 P=0.59		X²=6.169 P=0.046	
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	14.3(7.4)	15(8-21)	17.2(8.1)	16(11-22.5)	23.8(10.6)	23(15-33)	13.8(8.7)	11(6.5-18)
Çalışıyor	16.9(6.9)	17 (12-22.25)	18.8(8.0)	19 (12.75-24)	26.3(10.5)	19(12.75-35)	15.2(8.7)	13 (7-21.25)
İstatistik	U=12332,5/p=0.002		U=13454,5/p=0.047		U=12328,5/p=0.034		U=12671,5/p=0.078	
Yaş	r=-0.23/p=0.00		r=-0.10/ p=0.054		r=-0.13/ p=0.011		r=-0.11/ p=0.045	

SD:Standart Sapma

Katılımcıların nomofobi ölçeği alt boyut puanları ile BDÖ-BB ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında çevrimiçi bağlantıyı kaybetme boyutu dışındaki diğer boyutlar ile pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Nomofobi Alt Boyut Puanları İle BDÖ-BB Puanları Arasındaki Korelasyon

Nomofobi alt boyutları	Beck Depresyon	
	r	p
Bilgiye erişememe	$r=0.13$	0.01
Rahatlıktan feragat etme	$r=0.16$	0.002
İletişim kuramama	$r=0.08$	0.12
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	$r=0.09$	0.68

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada eğitim aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarda nomofobi görülme sıklığı ve depresyon riski ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamızda nomofobi görülme sıklığı arttıkça depresyon riskinin arttığı, yaş ortalamaları ile nomofobi toplam puanları arasında negatif korelasyon olduğu sonuçlarına varılmıştır.

Çalışmamızda cinsiyetler arasında nomofobi seviyesi açısından anlamlı bir farklılık yoktu. Sadece kadınlar aşırı nomofobi seviyesinde erkeklerden daha fazla yüzdeye sahiplerdi. Literatürdeki çalışmalara baktığımızda cinsiyet değişkeni ile farklı bulgulara rastlanmaktadır. Barış Sezer ve arkadaşlarının 2018 yılında 680 tıp fakültesi öğrenci ile yaptığı çalışmada nomofobi ve yaşam doyum ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada nomofobi düzeyleri ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (114). Gabriel Aguilera ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınlar erkeklerden daha yüksek düzeyde nomofobi sergilemişlerdi şeklinde bulunmuştur (115). Jeff cain ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kız öğrencilerin daha nomofobik oldukları bulunmuştur (61). Dixit ve arkadaşlarının 2010 senesinde yaptığı çalışmada ise erkeklerin %19'unun ve kadınların %18'inin nomofobik olduğu bulunmuş olup cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (116). Farooqui ve arkadaşları nomofobinin hafif, orta, aşırı sınıflandırmasında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulamamıştır (117).

Katılımcıların nomofobi düzeylerine bakıldığında en fazla yüzdeyi %45,9 ile orta nomofobik grubun oluşturduğu, bunu sırasıyla %34,4 ile hafif ve %19,7 ile yüksek nomofobik grubun takip ettiği görüldü. Kuzey Hindistan'da Ağustos 2017-Aralık 2017 arasında akıllı telefon kullanan 451 tıp fakültesi öğrencisinde nomofobi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada nomofobinin yaygınlığı %15,5'inde hafif nomofobi, %67,2'sinde orta nomofobi, %17,3'ünde şiddetli nomofobi şeklinde tespit edilmiştir (118). İkbâl Ahmed Farooqui ve arkadaşlarının Aralık 2015-Şubat 2016 arasında tıp fakültesinde okuyan 145 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada tüm katılımcıların bir dereceye kadar nomofobiye sahip olduğu gözlenmiştir. Katılımcılarda hafif, orta ve şiddetli nomofobi sırasıyla %19,9, %60,0

ve %22,1 olarak bulunmuştur (117). Muhammed Kutishat ve arkadaşlarının 2020 senesinde 735 öğrenci ile Umman'da yaptığı çalışmada öğrencilerin %20'sinde hafif nomofobi, %15'inde ciddi nomofobi ve %65 oranıyla katılımcıların büyük çoğunluğunda orta derecede nomofobi tespit edilmiştir (3). Musa Özsavran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların %25,8'i hafif, %54,2'si orta ve 19,8'i aşırı düzeyde nomofobi seviyesine sahiplerdir (119). Saksham Bajaj ve arkadaşlarının 2020 senesinde yaptığı üniversite öğrencileri arasında nomofobi yaygınlığı adlı çalışmanın katılımcılarının çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Çalışmada nomofobi yaygınlığını ve düzeyini ölçmek amacıyla nomofobi ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların %32,7'sinde ileri düzeyde nomofobi, %59,9'unda orta düzey nomofobi, %7,1'inde hafif düzeyde nomofobi tespit edilmiştir (120). İleri düzeyde nomofobinin %32,7 oranında bulunması çalışmanın günümüze yakın bir dönemde yapılmış olmasından ve katılımcıların 17-24 yaş aralığında olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda yaş aralığı daha geniş ve katılımcıların eğitim düzeyleri daha çeşitli olduğundan dolayı şiddetli nomofobi %19,7 düzeyinde tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çoğu nomofobi yaygınlık çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğu orta nomofobik grupta yer almaktadır.

Çalışmamızda yaş ortalamaları ile nomofobi toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. Yaş ortalaması arttıkça nomofobi puanı azalıyordu. 2022 mayıs ayında Perulu tıp öğrencileri üzerinde yapılan çalışmaya göre nomofobi puanı 24 yaş ve üzeri öğrencilerde daha düşüktü. Yaşı daha büyük öğrencilerin nomofobi puanları daha düşük olarak tespit edilmiştir (121). İsmail Bülent Gürbüz ve arkadaşlarının 4 Ocak 2020'de yayınlanan çalışmalarında nomofobi ölçeği ile katılımcıların nomofobi düzeyleri ölçülmüş ve nomofobi ile ilişkili faktörler araştırılmıştır. Çalışmada 20 yaşından itibaren gençlerin yaşı arttıkça nomofobi puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (122). Büyüyen bir korku: Türk Üniversite öğrencileri arasında nomofobinin yaygınlığı adlı çalışmada yaş ile nomofobi derecesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (112) Sözü edilen çalışmada yaş aralığı sınırlı tutulmuştu. Bizim çalışmamızda ise daha ileri yaştaki bireyler de çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların BDÖ-BB ölçek puan ortalaması 4.52 ± 3.6 'dır. Katılımcıların %42,5'inde depresyon riski tespit edildi. Çalışmamız çeşitli düzeylerde nomofobi düzeyine sahip kişiler üzerinde yapılmıştır. Sharma ve arkadaşlarının 2019 senesinde NMP-Q ve BDÖ ölçeklerini kullanarak yaptığı bir çalışmada NMP-Q puanı ile BDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca NMP-Q ile BDÖ puanları arasında pozitif bir korelasyon gözlenmiştir (123). Salva Ali Kateb ve arkadaşlarının 2017 senesinde 335 katılımcı ile yaptığı çalışmada nomofobinin alt boyutlarının yaygınlığının belirlenmesi ve daha sonra bu alt boyutların psikolojik faktörlerle ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu faktörler belirlenirken DASS ölçeği kullanılmıştır. DASS ile belirlenen psikolojik sağlık faktörlerinin tümünün nomofobi alt boyutları ile ilişkili olduğu ve en önemli faktörün depresyon olduğu tespit edilmiştir (124). Akıllı telefon bağımlılığı akıllı telefonların sorunlu kullanımları sonucu ortaya çıkan durumlardan bir tanesidir. Akıllı telefon bağımlılığının şiddeti arttıkça kişilerin yaşadığı nomofobi semptomlarında kötüleşme meydana gelmektedir. 2018 senesinde Yeon Jin Kim ve arkadaşları tarafından 4854 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada internet ve akıllı telefon bağımlılıklarının anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmada akıllı telefon bağımlılık eğilim ölçeği, psikopatolojileri değerlendirmek için de çok boyutlu bir ölçek olan SCL-90-R ölçeği kullanılmıştır. Akıllı telefon bağımlılığının depresyon üzerinde önemli etkileri olduğu gösterilmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerde normal kullanıcılara göre daha yüksek düzeyde depresyon oranı olduğu tespit edilmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı sonucunda kişiler akıllı telefonlara erişim olmadığında kaygılanabilirler; bu durum da daha fazla akıllı telefon kullanımına neden olmaktadır (125). 2020 yılında Soraia Gonçalves ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcıların nomofobi düzeylerini ölçmek amacıyla NMP-Q ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların psikopatolojik durumlarını ölçmek amacıyla da kısa semptom envanteri (KSE) kullanılmıştır. KSE'nde depresyon ile alakalı 6 sorudan oluşan bölüm mevcuttur. Çalışmanın sonucunda nomofobi ile depresyon arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur (7). Prasad ve arkadaşlarının 2017 senesinde 554 dış hekimliği fakültesi öğrencisi ile yaptıkları çalışmada katılımcıların cep telefonlarını kullanma durumları değerlendirilmiştir. Öğrencilerin %39,5'inin cep telefonlarıyla çok fazla vakit geçirdikleri ve bu sebeple mesleki sınavlarından daha

düşük not alacaklarını düşündüklerini tespit etmiştir. Öğrencilerin %24,12'sinin depresyon riski taşıdığı bulunmuştur. Öğrencilerde eğitim düzeyi ile nomofobiye bağlı depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Diş hekimliği öğrencileri arasında kontrolsüz cep telefonu kullanımının cep telefonu bağımlılığına ve cep telefonu bağımlılığının da depresyona yol açtığı, depresyonun ise öğrencilerin eğitim performansını etkilediği sonucuna ulaşmışlardır (126). David S. Bickham ve arkadaşlarının ABD'de 2015 senesinde genç ergenler ile farklı elektronik araçların depresif belirtiler üzerine etkisini tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada depresyonu ölçmek için Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda cep telefonlarının depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bilgisayar kullanımının ve müzik dinlemenin depresif belirtilerle ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (127).

Çalışmamızda katılımcıların nomofobi ölçeğinden aldıkları puanları ile BB-BDÖ'den aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon mevcuttu. Orta ve yüksek nomofobik kişilerde depresyon riski daha yüksekti. Hindistan'da 2019 senesinde Manu Sharma ve arkadaşlarının yaşları 14 ile 17 arasında değişen 1386 lise öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada NMP-Q puanı ile BDI puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. NMP-Q puanı ile BDI puanı arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Bu çalışmada nomofobi depresyon ile pozitif olarak ilişkilidir bulunmuştur (123).

Çalışmamızda katılımcıların nomofobi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında iletişim kuramama boyut ortalamasının $25,3 \pm 10,6$ ile en yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş ortalamaları ile nomofobi alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde iletişim kuramama alt boyutu dışındaki diğer boyutlar arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Elissavet Vagka ve arkadaşlarının Nisan 2022 senesinde üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşı arttıkça iletişim kuramama ve rahatlıktan vazgeçme alt boyut puanlarında azalma tespit etmişlerdir (128). Antonio Jose Moreno Guerrero ve arkadaşlarının 2020 yılında çeşitli eğitim kademelerinde öğrenciler ile yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdaki gibi NMP-Q ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada iletişim kuramama ve rahatlıktan feragat etme alt boyutlarına farklı yaş gruplarına

göre baktıklarında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır. Yani sonuç olarak nomofobiye en yüksek katkıyı sağlayan alt boyutun iletişim kuramama olduğunu bulmuşlardır (129). Jartwal ve arkadaşlarının 2019 yılı ekim ayında 451 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada NMP-Q ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda iletişim kuramama alt boyutu için en yüksek puan elde edilmiştir (118). Katılımcıların nomofobi düzeylerine iletişim kuramama alt boyutu önemli ölçüde katkıda bulunmuştur. Bu durum katılımcılar için erişilebilir olmanın, çevreleriyle iletişim kurabilmenin önemini göstermiştir. Akıllı telefonlar iletişim kurabilmenin yanında birçok pratik özellikleriyle insanların günlük yaşamlarına etki etmektedir. Fakat insanlar için iletişim önemini korumaktadır. Bu durum kişilerin erişilebilir olması ile kendilerini daha güvende hissetmelerinden kaynaklanıyor olabilir. 2017 senesinde Hindistan'da Pallabi Dasgupta ve arkadaşları tarafından tıp fakültesi ve mühendislik fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada bilgiye erişememe alt boyutu katılımcıların nomofobi durumlarına daha fazla katkı sağlamaktaydı (130). Bu çalışma daha genç ve üniversite okuyan öğrenciler ile yapıldığı için katılımcıların çoğu akıllı telefonlarını araştırmak ve bilgi edinmek amacıyla kullanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda bilgiye erişememe alt boyutuna medeni durum ve çalışma durumları açısından bakıldığında evli ve bekarlar arasında ve çalışan kişilerle çalışmayan kişiler arasında anlamlı bir fark mevcuttu. Bekar ve çalışan katılımcıların nomofobi düzeylerine bilgiye erişememe alt boyutu daha fazla katkı yapmıştı. Bu durum çalışan kişilerin işleriyle alakalı akıllı telefonlarını daha fazla kullanıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akıllı telefonlar geçmişten günümüze kadar sürekli gelişme gösteren teknolojinin meydana getirdiği en önemli araçlardan birisi olmuştur. Öyle ki akıllı telefonlar insanların iletişim dilinde, davranışlarında ve duygularında değişiklik yapabilecek kadar hayatlarına nüfus etmiştir. Bununla birlikte akıllı telefonlar aşırı kullanıldıkları zaman insanların biyopsikososyal açıdan sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda eğitim aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarda nomofobi görülme sıklığı ve depresyon riski ile ilişkisini araştırdık. Çalışmamızda nomofobi görülme oranları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Sadece kadınların aşırı nomofobi seviyesinde erkeklerden daha fazla yüzdeye sahip oldukları tespit edildi.

Çalışmamızda katılımcıların nomofobi puanları arttıkça depresyona yakalanma risklerinin arttığı, orta ve aşırı nomofobi seviyesine sahip katılımcıların daha yüksek depresyon riskiyle karşı karşıya oldukları, yaş ortalamaları ile nomofobi toplam puanları arasında negatif korelasyon olduğu, katılımcıların nomofobi durumlarına en çok katkıyı iletişim kuramama alt boyutunun yaptığı tespit edildi.

Aile hekimi hizmet verdiği popülasyonun biyopsikososyal açıdan sağlığından sorumlu birinci basamak hekimidir. Aile hekimlerinin akıllı telefonların zararlı kullanımları ve bağımlılıkları konusunda danışanlarına bilgi vermesi, toplumda farkındalığın artırılması ve akıllı telefonların zararlı etkilerinden bireylerin ve toplumun korunması açısından önemlidir. Özellikle gençler akıllı telefonların zararlı etkilerinden birisi olan nomofobi ve nomofobinin de depresyon riskini artırabileceği ve iletişim kapasitesini azaltabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Bizim çalışmamız ve yapılan diğer çalışmalar nomofobi prevalansının gün geçtikçe arttığını ve bunun bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini bizlere göstermektedir. Bu konuda aile hekimlerinin daha fazla bilgi sahibi olmaları ve sorumlu oldukları popülasyona doğru bilgi vermeleri önemlidir. Ayrıca riskli grupları nomofobi ölçeği ile ölçüp danışmanlık harici tedavi yönüne gitmesi veya psikiyatri ile koordine çalışması nomofobinin tedavisi açısından önemli ve gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Guneş A. Kıl Tabletlerden Elektronik Tabletler: İletişim Araçlarının Tarihsel Gelişim Süreci. *Humanities Sciences*. 2013;8(3):277-300.
2. Işık M., Kaptangil İ. Akıllı telefon bağımlılığının sosyal medya kullanımı ve beş faktör kişilik özelliği ile ilişkisi: Üniversite öğrencileri üzerinden bir araştırma. *Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches*. 2018;7(2).
3. Qutishat M, Lazarus ER, Razmy AM, Packianathan S. University students' nomophobia prevalence, sociodemographic factors and relationship with academic performance at a University in Oman. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;13:100206.
4. Gurbuz IB, Ozkan G. What is Your Level of Nomophobia? An Investigation of Prevalence and Level of Nomophobia Among Young People in Turkey. *Community Ment Health J*. 2020;56(5):814-22.
5. Bragazzi NL, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*. 2014:155-60.
6. Jahrami H, Trabelsi K, Boukhris O, Hussain JH, Alenezi AF, Humood A, et al. The Prevalence of Mild, Moderate, and Severe Nomophobia Symptoms: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Behavioral Sciences*. 2022;13(1):35.
7. 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.
8. Notara V, Vagka E, Gnardellis C, Lagiou A. The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study. *Addict Health*. 2021;13(2):120-36.
9. Yen C-F, Tang T-C, Yen J-Y, Lin H-C, Huang C-F, Liu S-C, et al. Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *Journal of adolescence*. 2009;32(4):863-73.
10. Darvishi M, Noori M, Nazer MR, Sheikholeslami S, Karimi E. Investigating different dimensions of nomophobia among medical students: a cross-sectional study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2019;7(4):573-8.
11. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(1):51-66.
12. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(6):11-20.
13. Yalçın BM, Öztürk O. The management of major depressive disorder in primary care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;10(4):250-8.
14. König H, König HH, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e30.
15. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clinical psychology review*. 2007;27(8):959-85.

16. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiyatri. 2004;4:17-24.
17. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression. Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. J Affect Disord. 2003;77(2):97-108.
18. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):70-8.
19. Başer DA, Kahveci R, Meltem K, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Medical Journal. 2015;15(1).
20. Okuyan C, Güner PD, Güneş SU. Hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerinin nomofobi düzeylerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(4):372-82.
21. Karadağ E. Akademik Bir Örgütte İletişim Doyumu İle Örgütsel Özdeşleşme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Kurgu. 2020;28(1):43-60.
22. Yalçın SK, Şengül M. Dilin iletişim süreci içerisindeki rolü ve işlevleri. Electronic Turkish Studies. 2007;2(2).
23. Çakır H. Bir iletişim dili olarak internet. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006;1(19):71-96.
24. Arklan Ü. Bilgi toplumu ve iletişim: bilginin yayılması sürecinde kitle iletişim araçları ve internet. Selçuk İletişim. 2008;5(3):67-80.
25. Özbek V, Alınayık Ü, Fatih K, Akkılıç ME, Eda K. Kişilik özelliklerinin teknoloji kabulü üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri: Akıllı telefon teknolojileri üzerine bir araştırma. International Review of Economics and Management. 2014;2(1):36-57.
26. Sırakaya Ö, Seferoğlu SS. Türkiye’nin Mobil Öğrenme Karnesi: İmkanlar, Fırsatlar ve Sorunlarla İlgili Bir İnceleme.
27. Bolat Ç. İletişim ve Kişilerarası İlişkiler. Hemşirelikte Kuramsal Yaklaşımlar, İzmir: Üniversiteliler Ofset. 1999.
28. Güngör N. İletişime giriş: Siyasal Kitabevi; 2011.
29. Küçük M. İletişim kavramı ve iletişim süreci. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. 2012.
30. Kayaalp İ. İletişimde insan dili. İstanbul: Bilge Yayıncılık. 2002.
31. Tutar H, Yılmaz MK. Genel iletişim: Kavramlar ve modeller: Seçkin Yayıncılık; 2005.
32. Taştan K. İletişimin Temel Prensipleri.
33. Minaz A, Bozkurt ÖÇ. Üniversite Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılık Düzeylerinin ve Kullanım Amaçlarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi-İnvestigation of University Students Smartphone Addiction Levels and Usage Purposes in Terms of Different Variables. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;9(21):268-86.
34. Sırakaya M. Ön lisans öğrencilerinin nomofobi düzeylerinin akıllı telefon kullanım durumlarına göre incelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;14(2):714-27.
35. Kuyucu M. Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı:“Akıllı telefon (kolik)” üniversite gençliği. Global Media Journal TR Edition. 2017;7(14):328-59.

36. Noyan CO, Enez Darçın A, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16.
37. Koçak DY, Hotun-Şahin N, Büyükkayacı-Duman N. Alkol ve sigara bağımlılığı, kadın sağlığına etkileri ve hemşirelik girişimleri. *Literatür Sempozyum Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*. 2015;1(5):43-7.
38. Harricharan R, Abboussi O, Daniels WM. Addiction: A dysregulation of satiety and inflammatory processes. *Progress in brain research*. 2017;235:65-91.
39. Montag C, Markowitz A, Blaszkiewicz K, Andone I, Lachmann B, Sariyska R, et al. Facebook usage on smartphones and gray matter volume of the nucleus accumbens. *Behavioural brain research*. 2017;329:221-8.
40. Egemen K, Akpınar D, Akpınar H. Bağımlılığın patofizyolojisi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2019;6(3):166-70.
41. Moller HJ. Possibilities and limitations of DSM-5 in Improving the Classification and Diagnosis of Mental Disorders. *Psychiatr Pol*. 2018;52(4):611-28.
42. Göker Z, Üneri Ö, Dinç G, Güney E, Bozkurt Hekim Ö. Çocuk ve Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluğuna Yeni Bir Bakış: DSM-5'in Getirdikleri Esra GÜNEY. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2015;22(2):131-9.
43. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1(1):55-67.
44. Demirci K, Akgonul M, Akpınar A. Relationship of Smartphone Use Severity With Sleep Quality, Depression, and Anxiety in University Students. *J Behav Addict*. 2015;4(2):85-92.
45. Aguilera-Manrique G, Marquez-Hernandez VV, Alcaraz-Cordoba T, Granados-Gamez G, Gutierrez-Puertas V, Gutierrez-Puertas L. The Relationship Between Nomophobia and The Distraction Associated with Smartphone Use Among Nursing Students in Their Clinical Practicum. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202953.
46. Altın S, Altın Y. Pandemi Döneminde Akıllı Telefon Kullanan Bireylerde Nomofobi, Kaygı ve Fiziksel Aktivite İlişkisinin İncelenmesi. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*. 2021;2(3):98-120.
47. 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.
48. 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.
49. Leon-Mejia AC, Gutierrez-Ortega M, Serrano-Pintado I, Gonzalez-Cabrera J. A Systematic Review on Nomophobia Prevalence: Surfacing Results and Standard Guidelines for Future Research. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250509.
50. Lee S, Kim M, Mendoza JS, McDonough IM. Addicted to Cellphones: Exploring the Psychometric Properties Between the Nomophobia Questionnaire and Obsessiveness in College Students. *Heliyon*. 2018;4(11):e00895.

51. Yıldırım S, Kişioğlu AN. Teknolojinin Getirdiği Yeni Hastalıklar: Nomofobi, Netlessfobi, Fomo. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018;25(4):473-80.
52. Humood A, Altooq N, Altamimi A, Almoosawi H, Alzafiri M, Bragazzi NL, et al. The Prevalence of Nomophobia by Population and by Research Tool: a Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Psych*. 2021;3(2):249-58.
53. Bekaroğlu ET, Yılmaz T. Nomofobi: Ayırıcı Tanı ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12(1):131-42.
54. Han S, Kim KJ, Kim JH. Understanding Nomophobia: Structural Equation Modeling and Semantic Network Analysis of Smartphone Separation Anxiety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2017;20(7):419-27.
55. Sar AH, Işıklar A. Adaptation of Problem Mobile Phone Use Scale to Turkish. *Journal of Human Sciences*. 2012;9(2):264-75.
56. Cazzulino F, Burke RV, Muller V, Arbogast H, Upperman JS. Cell Phones and Young Drivers: a Systematic Review Regarding the Association Between Psychological Factors and Prevention. *Traffic Injury Prevention*. 2014;15(3):234-42.
57. Shan Z, Deng G, Li J, Li Y, Zhang Y, Zhao Q. Correlational Analysis of Neck/Shoulder Pain and Low Back Pain With the Use of Digital Products, Physical Activity and Psychological Status Among Adolescents in Shanghai. *Plos one*. 2013;8(10):e78109.
58. Xie Y, Szeto G, Dai J. Prevalence and Risk Factors Associated with Musculoskeletal Complaints Among Users of Mobile Handheld Devices: A Systematic Review. *Applied Ergonomics*. 2017;59:132-42.
59. Lemola S, Perkinson-Gloor N, Brand S, Dewald-Kaufmann JF, Grob A. Adolescents' Electronic Media Use At Night, Sleep Disturbance, and Depressive Symptoms in the Smartphone Age. *Journal of Youth and Adolescence*. 2015;44(2):405-18.
60. Elhai JD, Dvorak RD, Levine JC, Hall BJ. Problematic Smartphone Use: A Conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and Depression Psychopathology. *Journal of Affective Disorders*. 2017;207:251-9.
61. Cain J, Malcom DR. An Assessment of Pharmacy Students' Psychological Attachment to Smartphones at Two Colleges of Pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2019;83(7).
62. Yogesh S, Abha S, Priyanka S. Short Communication Mobile usage and sleep patterns among medical students. *Indian J Physiol Pharmacol*. 2014;58(1):100-3.
63. Samaha M, Hawi NS. Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in human behavior*. 2016;57:321-5.
64. Gökçearslan Ş, Mumcu FK, Haşlaman T, Çevik YD. Modelling smartphone addiction: The role of smartphone usage, self-regulation, general self-efficacy and cyberloafing in university students. *Computers in Human Behavior*. 2016;63:639-49.
65. Tarsha AA. The role of existential therapy in the prevention of social media-driven anxiety. *Existential Analysis*. 2016;27(2):382-9.

66. Demir V, Ilgaz HH. Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirti Düzeylerini Azaltmaya Yönelik Grup Terapisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2019;2(4):1-16.
67. Ribeiro A, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry*. 2018;40(1):105-9.
68. Filatova EV, Shadrina MI, Slominsky PA. Major Depression: One Brain, One Disease, One Set of Intertwined Processes. *Cells*. 2021;10(6).
69. Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*. 2021;3(1):186-94.
70. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.
71. Unutzer J, Park M. Strategies to improve the management of depression in primary care. *Prim Care*. 2012;39(2):415-31.
72. Sarris J, O'Neil A, Coulson CE, Schweitzer I, Berk M. Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*. 2014;14:107.
73. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *Bmj*. 2011;343.
74. Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(8):e017173.
75. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(2):133-48.
76. Pitsillou E, Bresnehan SM, Kagarakis EA, Wijoyo SJ, Liang J, Hung A, et al. The cellular and molecular basis of major depressive disorder: towards a unified model for understanding clinical depression. *Mol Biol Rep*. 2020;47(1):753-70.
77. Li Z, Ruan M, Chen J, Fang Y. Major Depressive Disorder: Advances in Neuroscience Research and Translational Applications. *Neurosci Bull*. 2021;37(6):863-80.
78. Shadrina M, Bondarenko EA, Slominsky PA. Genetics factors in major depression disease. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9:334.
79. Jesulola E, Micalos P, Baguley IJ. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? *Behav Brain Res*. 2018;341:79-90.
80. Brigitta B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
81. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends Neurosci*. 2008;31(9):464-8.
82. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric clinics*. 2012;35(1):51-71.
83. Nemeroff CB. Recent findings in the pathophysiology of depression. *Focus*. 2008;6(1):3-14.
84. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr*. 2017;27:101-11.
85. Gotlib IH, Joormann J, Minor KL, Hallmayer J. HPA axis reactivity: a mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress, and depression. *Biol Psychiatry*. 2008;63(9):847-51.

86. Young JJ, Bruno D, Pomara N. A review of the relationship between proinflammatory cytokines and major depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2014;169:15-20.
87. Capuron L, Miller AH. Immune system to brain signaling: neuropsychopharmacological implications. *Pharmacology & therapeutics*. 2011;130(2):226-38.
88. Ramanuj P, Ferencik EK, Pincus HA. Depression in primary care: part-2 management. *BMJ*. 2019;365.
89. Mann JJ. The medical management of depression. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(17):1819-34.
90. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: recent developments. *Current psychiatry reports*. 2019;21:1-10.
91. Wagner S, Wollschlager D, Dreimuller N, Engelmann J, Herzog DP, Roll SC, et al. Effects of age on depressive symptomatology and response to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder aged 18 to 65 years. *Compr Psychiatry*. 2020;99:152170.
92. Kılıç M, Uzunçakmak T. Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(3):115-21.
93. Shittu R. Association between depression and social demographic factors in a Nigerian family practice setting. *Open Journal of depression*. 2014;3(01):18.
94. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*. 2003;157(2):98-112.
95. Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *New England Journal of Medicine*. 1997;337(26):1889-95.
96. Lorant V, Croux C, Weich S, Deliège D, Mackenbach J, Ansseau M. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British journal of psychiatry*. 2007;190(4):293-8.
97. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):7-23.
98. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;221:36-46.
99. Tanrıöver Ö. Mental sağlık ve madde kötüye kullanımı tarama ve danışmanlığı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2017;9(2):51-4.
100. Park LT, Zarate CA, Jr. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med*. 2019;380(6):559-68.
101. Günay A, Çelik R. Kariyer Stresinin Psikolojik İyi Oluş Ve İyimserlik Değişkenleriyle Yordanması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2019;2(33):205-18.
102. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1996;65(1):14-23.
103. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*. 2002;82(6):1007.

104. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989;57(6):1069.
105. Güllüce AÇ, Kaygın E, Borekci NE. Üniversite Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyi ile Öznel İyi Olma Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Ardahan Örneği. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2019;37(4):651-73.
106. Süler M. Akıllı telefon bağımlılığının öznel mutluluk düzeyine etkisinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi: Sakarya Üniversitesi (Turkey); 2016.
107. Augner C, Hacker GW. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *International journal of public health*. 2012;57:437-41.
108. Whang LS-M, Lee S, Chang G. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychology & behavior*. 2003;6(2):143-50.
109. Çağır G, Gürkan U. Lise ve Üniversite Öğrencilerinin Problemleri İnternet Kullanım Düzeyleri İle Algılanan İyi Hali ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010;13(24):70-85.
110. Demirel BR, Sarıkoç G. Hemşirelerde Nomofobi ile Sosyal İyi Hali Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2022;14(4).
111. 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.
112. 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.
113. Aktürk Z, Dağdeviren N, Mevlut T, Tuğlu C. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2005;9(3).
114. Sezer B, Çiftçi BA. The dark side of smartphone usage (Nomophobia): Do we need to worry about it? *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2019;18(54):30-43.
115. Aguilera-Manrique G, Márquez-Hernández VV, Alcaraz-Córdoba T, Granados-Gómez G, Gutiérrez-Puertas V, Gutiérrez-Puertas L. The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. *PloS one*. 2018;13(8):e0202953.
116. Dixit S, Shukla H, Bhagwat A, Bindal A, Goyal A, Zaidi AK, et al. A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India. *Indian J Community Med*. 2010;35(2):339-41.
117. Farooqui IA, Pore P, Gothankar J. Nomophobia: an emerging issue in medical institutions? *J Ment Health*. 2018;27(5):438-41.
118. Bartwal J, Nath B. Evaluation of nomophobia among medical students using smartphone in north India. *Med J Armed Forces India*. 2020;76(4):451-5.
119. Özsavran M, Ayyıldız T. Üniversite Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyleri İle Okul Başarıları Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*. 2022;23(2):130-8.

120. Bajaj S, Maheshwari SK, Maheshwari PS. Prevalence of nomophobia among college students: An exploratory cross-sectional survey. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;17(1):29.
121. Copaja-Corzo C, Aragon-Ayala CJ, Taype-Rondan A, Nomotest G. Nomophobia and Its Associated Factors in Peruvian Medical Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9).
122. Gurbuz IB, Ozkan G. What is your level of nomophobia? An investigation of prevalence and level of nomophobia among young people in Turkey. *Community Mental Health Journal*. 2020;56(5):814-22.
123. Sharma M, Amandeep, Mathur DM, Jeenger J. Nomophobia and its relationship with depression, anxiety, and quality of life in adolescents. *Ind Psychiatry J*. 2019;28(2):231-6.
124. Kateb SA. The prevalence and psychological symptoms of nomophobia among university students. *Journal of Research in Curriculum Instruction and Educational Technology*. 2017;3(3):155-82.
125. Kim Y-J, Jang HM, Lee Y, Lee D, Kim D-J. Effects of internet and smartphone addictions on depression and anxiety based on propensity score matching analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(5):859.
126. 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. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(2):ZC34-ZC9.
127. Bickham DS, Hswen Y, Rich M. Media use and depression: exposure, household rules, and symptoms among young adolescents in the USA. *International journal of public health*. 2015;60:147-55.
128. Gnardellis C, Notara V, Vagka E, Gialamas V, Lagiou A. Validity of the Greek NMP-Q and sociodemographic determinants of nomophobia among university students. *International Journal of Human-Computer Interaction*. 2023;39(4):842-50.
129. Moreno-Guerrero A-J, Aznar-Díaz I, Cáceres-Reche P, Rodríguez-García A-M. Do age, gender and poor diet influence the higher prevalence of nomophobia among young people? *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(10):3697.
130. Dasgupta P, Bhattacharjee S, Dasgupta S, Roy JK, Mukherjee A, Biswas R. Nomophobic behaviors among smartphone using medical and engineering students in two colleges of West Bengal. *Indian Journal of Public Health*. 2017;61(3):199.

EKLER

EK-1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaşınız?.....

2.Cinsiyet? Kadın () Erkek ()

3.Medeni durumunuz? Bekar() Evli() Boşanmış/Dul()

4.Eğitim düzeyiniz? Okuryazar değil() İlkokul () Ortaokul() Lise ve dengi()
Üniversite () Yüksek lisans ve /veya Doktora ()

6.Gelir durumunuz:

a) Geliri giderine eşit

b) Geliri giderinden az

c) Geliri giderinden fazla

EK-2. TÜRKÇE NOMOFOBİ ÖLÇEĞİ

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 hissederim.
2. Akıllı telefonumdan istediğim her an bilgiye bakamadığımda canım sıkılır.
3. Haberlere (örneğin neler olup bittiğine, hava durumuna ve diğer haberlere) akıllı telefonumdan ulaşamamak beni huzursuz yapar.
4. Akıllı telefonumu ve telefonumun özelliklerini istediğim her an kullanamadığımda rahatsız olurum.
5. Akıllı telefonumun şarjının bitmesinden korkarım.
6. Kontörüm (TL kredim) bittiğinde veya aylık kota sınırımı 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 bakamadıysam, bakmak için güçlü bir istek hissederim.

Eğer akıllı telefonum yanımda değilse...

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

14. Birinin bana ulaşmaya çalışıp çalışmadığını bilemediğim için gerilirim.
15. Ailem ve arkadaşarımla 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-3. BİRİNCİ BASAMAK İÇİN BECK DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ(BDÖ-BB)

Hastanın kendini değerlendirmesi

Hastanın adı soyadı: _____

Tarih: _____

Açıklama

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere **son iki haftadaki** duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü

- 0 Üzgün değilim.
- 1 Zaman zaman üzgünüm.
- 2 Her zaman üzgünüm.
- 3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

2. Kötümserlik

- 0 Gelecekte umutsuz değilim.
- 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
- 2 Gelecekte çok umutsuzum.
- 3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geçmişteki başarısızlıklar

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
- 1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
- 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
- 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

4. Kendini beğenmeme

- 0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
- 1 Kendime olan güvenim azaldı.
- 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.

5. Kendini suçlama

- 0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyorum ve suçlamıyorum.
- 1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
- 2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
- 3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

6. İlgî kaybı

- 0 Diğer insanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
- 1 Diğer şeyler ve insanlar eskisine göre daha az ilgimi çekiyor.
- 2 Diğer şeyler ve insanlara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
- 3 Herhangi bir şeye ilgi duymakta çok zorlanıyorum.

7. İntihar düşüncesi veya isteği

- 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
- 1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
- 2 Kendimi öldürmek isterdim.
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

_____ Toplam puan

EK-4. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: EĞİTİM AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA NOMOFOBİ GÖRÜLME SIKLIĞI VE DEPRESYON RİSKİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI
Sorumlu Araştırmacının Adı: DOÇ. DR. KENAN TAŞTAN
Diğer Araştırmacıların Adı: ARŞ. GÖR. DR. ZÜHAL YAĞMUR TÜRKOĞLU
Destekleyici (varsa):

“EĞİTİM AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA NOMOFOBİ GÖRÜLME SIKLIĞI VE DEPRESYON RİSKİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde nomofobi (telefon veya ekrandan uzak kalma korkusu) görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Doç. Dr. Kenan Taştan’ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma ile Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlık Merkezlerine başvuran hastalarda nomofobi görülme sıklığı ve depresyon ile ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Çalışmaya en az 336 kişinin dahil edilmesi hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Çalışma 15 Temmuz 2022 -15 Eylül 2022 tarihleri arasında yürütülecektir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Nomofobi Ölçeği, Beck Depresyon Tarama Ölçeği kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden bu formları doldurmanız istenecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Örnek:

1. Anket çalışması olduğu için herhangi bir risk söz konusu değildir.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	21.11.2019/01	1/3



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizde nomofobi hastalığı olup olmadığını ve buna bağlı olarak da depresyon riskinizin olup olmadığını öğrenmiş olacaksınız.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : ZÜHAL YAĞMUR TÜRKÖĞLU
GÖREVİ : ARŞ. GÖR. DR
TELEFON : 0538 558 75 26

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

AÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr. Zühal Yağmur Türkoğlu tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Zühal Yağmur Türkoğlu ‘nu 0538 558 75 26 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	21.11.2019/01	2/3



GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI
ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER ALMAYACAKTIR.**

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	21.11.2019/01	3/3