

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

DEPREM SONRASI POST TRAVMATİK STRES
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ İLE NOMOFOBİ
İLİŞKİSİ

Dr. Korhan KANAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2023

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Bu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof.Dr. Mesut SEZİKLİ
Dekan

I. TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimi ile ufkumu açan ve bana ilham kaynağı olan değerli hocam Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK'a, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, tecrübelerini paylaşan değerli hocalarım Doc. Dr. Coşkun ÖZTEKİN ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'a,

Rotasyonlarımda klinik tecrübelerini paylaşan ve desteklerini esirgemeyen hocalarıma,

Eğitimini tamamlamış ve halen eğitim sürecinde olan asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan, her türlü fedakarlıkla eğitim hayatımı tamamlamama yardım eden, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim aileme,

Hayatıma girdikleri ilk günden itibaren hayatımı güzelleştiren, yüreğimi sevgiyle dolduran canım kızlarım Asya ve Umut'a,

Işıldayan gözleriyle dünyamı aydınlatan, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, arkadaşım, dostum, dünyam olan sevgili eşim Zeynep Kanat'a

En içten sevgi ve saygılarımla teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Korhan KANAT

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	v
IV. ABSTRACT	vii
V. KISALTMALAR	ix
VI. TABLOLAR LİSTESİ	x
VII. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	5
2.1.1. Tanım ve Tanı Kriterleri	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	9
2.1.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji	10
2.1.4. Tedavi	12
2.1.5. TSSB'ye Eşlik Eden Hastalıklar	13
2.2. NOMOFOBİ	14
2.2.1. Tanım	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Evren ve Örneklem	16
3.2. İşlem.....	17
3.3. Veri Toplama Araçları	18
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	18
3.3.2. Türkçe Nomofobi Ölçeği	18
3.3.3. DSM-V için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)	19
3.4. Verilerin Analizi	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	22

4.2. Katılımcıların Cep Telefonu Günlük Kullanım Bulgular	23
4.3. Katılımcıların Deprem Sonrası Durum İle İlgili Değişkenleri	24
4.4. Katılımcıların PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Puanlarına İlişkin Sonuçları	25
4.5. PCL-5 Puanları İle Nomofobi Arasındaki İlişki	26
4.6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması	27
4.7. Katılımcıların Eğitim Durumları İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması	28
4.8. Katılımcıların Meslekleri İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması	31
4.9. Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Süresi ile PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması	34
4.10. Katılımcıların Psikiyatrik Tanı Alıp Almaması ile PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması	36
4.11. Katılımcıların Mal Kaybı/Maddi Hasarlı Kayıp Yaşama Durumu İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	38
4.12. Katılımcıların Yakınlarında Hafif Veya Ağır Yaralananların Olup Olmaması ile PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması	39
4.13. Katılımcıların Yakınlarında Yaşamını Yitirenler Olup Olmamasına İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	41
4.14. Katılımcıların Arkadaş Çevresinden Yaralanan Veya Yaşamını Yitirenler Olup Olmamasına İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	42
4.15. Katılımcıların Kendisinin Kayıp Yaşaması Ve Etraftan Veya Medyadan Duyduklarının Olup Olmaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması	43
4.16. Katılımcıların Daha Önce Deprem Yaşayıp Yaşamaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	45
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER.....	63
EK 1: Etik Kurul Kararı.....	63
Ek 2: Kurum Onayı (Sağlık Bakanlığı)	64
Ek 3: Sosyodemografik Veri Formu	65

Ek 4: PCL-5 Kontrol Listesi ve Türkçe Nomofobi Ölçeği Kullanım İzinleri	66
Ek 5: Türkçe Nomofobi Ölçeği	67
Ek 6: PCL-5 Kontrol Listesi Ölçeği	69



III. ÖZET

Amaç: Cep telefonları, insanların birbirleri ile iletişim kurmasını ve güncel haberleri takip etmeyi sağlayan en önemli araçlardan biridir. Teknolojik gelişmeler nedeniyle telefonların fazla kullanımı beraberinde bazı biyopsikososyal sorunlar da getirmiştir. Cep telefonundan ayrı kalma korkusu olarak da tanımlanan nomofobi de bunlardan birisidir. Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yaşayan kişiler huzursuzluk, irritabilite ve anksiyete semptomları gösterebilirler. Travmaya maruz kalmış kişilerin, ihtiyaç duyduklarında telefonla iletişim kurma ve erişilebilir olma isteği ve ihtiyacının daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin nomofobi düzeylerini artırabilecek bir risk faktörü olduğu düşünülmüştür. Bu çalışma, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile nomofobi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kapsamında 25.04.2023-25.06.2023 tarihleri arasında Ekin Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, 18-65 yaş arası, okur-yazar, gönüllü 329 kişi çalışmaya katılmıştır. Çalışmayı sürdüremeyecek seviyede bilişsel işlev kaybı olanlar ve mental ya da fiziksel kısıtlılığı olan kişiler dışlanmıştır. Katılımcılar sosyodemografik veri formu, Türkçe Nomofobi Ölçeği ve DSM-5 için Travma Sonrası Kontrol Listesi (PCL-5) ölçeklerini doldurdu.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $39,52 \pm 11,72$ yıl olup, kadınların oranı % 52,6 erkeklerin oranı % 47,4 olarak gerçekleşmiştir. Çalışmamızda nomofobi ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde 2 katılımcıda (%0,6) nomofobi olmadığı, 128 katılımcıda (%39,02) hafif düzeyde, 141 katılımcıda (%42,98) orta düzeyde, ve 58 katılımcıda (17,68) aşırı düzeyde nomofobi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların PCL-5 puanı ortalaması 2,98

olup katılımcılarda orta düzeyde bir stres bozukluğu gözlenmiştir. Katılımcılarda nomofobi ve PCL-5 puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur.

Sonuçlar: Bu çalışma deprem sonrası travma sonrası stres bozukluğu ve nomofobi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve bulgular travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının nomofobi düzeyini artırabileceğini göstermiştir. Bu kapsamda, bu iki önemli konuyu anlamak ve çözümlmek için gelecekteki çalışma ve politika önerilerinin daha kapsamlı olabileceği düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, Nomofobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu



IV. ABSTRACT

Aim: Cell phones are one of the most important tools that enable people to communicate with each other and follow current news. Excessive use of phones due to technological developments has also brought some biopsychosocial problems. Nomophobia, which is also defined as the fear of being separated from the cell phone, is one of them. People who experience post-traumatic stress disorder symptoms may show symptoms of restlessness, irritability and anxiety. It is thought that people who have been exposed to trauma may have more desire and need to communicate and be accessible by phone when they need it. Therefore, it was thought that post-traumatic stress disorder symptoms could be a risk factor that could increase nomophobia levels. This study aims to examine the relationship between post-traumatic stress disorder symptoms and nomophobia.

Materials and Methods: Within the scope of the study, 329 literate, voluntary individuals aged between 18 and 65 who applied to Ekin Family Health Center between 25.04.2023 and 25.06.2023 participated in the study. Those who had cognitive impairment at a level that would prevent them from continuing the study and those who had mental or physical limitations were excluded. Participants filled out the sociodemographic data form, Turkish Nomophobia Scale and Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) scales.

Results: The mean age of the participants was 39.52 ± 11.72 years, and the ratio of women was 52.6% and men was 47.4%. When the scores obtained from the nomophobia scale were examined in our study, it was determined that 2 participants (0.6%) did not have nomophobia, 128 participants (39.02%) had mild level, 141 participants (42.98%)

had moderate level, and 58 participants (17.68) had severe level of nomophobia. The mean PCL-5 score of the participants was 2.98 and a moderate level of stress disorder was observed in the participants. A moderate positive correlation was found between nomophobia and PCL-5 scores in the participants.

Conclusion: This study examined the relationship between post-traumatic stress disorder and nomophobia after an earthquake and the findings showed that post-traumatic stress disorder symptoms could increase the level of nomophobia. In this context, it is thought that future studies and policy recommendations for understanding and solving these two important issues could be more comprehensive.

Keywords: Earthquake, Nomophobia, Post-Traumatic Stress Disorder



V. KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

ASK: Anterior Singulat Korteks

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BAP: İngiliz Psikofarmakoloji Derneği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5

EMDR: Güz Hareketi Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşleme

MR: Manyetik Rezonans

PCL-5: DSM-V için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

SNRI: Seçici Noepinefrin Geri Alım İnhibitörü

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VI. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Cep Telefonu Günlük Kullanım Süresi Ve Psikiyatrik Tanı Öyküsü

Tablo 3 Katılımcıların Deprem Sonrası İle İlişkili Değişkenlerin Dağılımı

Tablo 4. Katılımcıların PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Puanları

Tablo 5. PCL-5 Puanları İle Nomofobi Arasındaki İlişki

Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 7. Katılımcıların Eğitim Durumları İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 8 Katılımcıların Meslekleri İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 9 Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Süresi İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 10 Katılımcıların Psikiyatrik Tanı Alıp Almaması İle Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 11. Katılımcıların Mal Kaybı/Maddi Hasarlı Kayıp Yaşama Durumu İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 12. Katılımcıların Yakınlarında Hafif Veya Ağır Yaralananların Olup Olmaması ile PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 13. Katılımcıların Yakınlarında Yaşamını Yitirenler Olup Olmamasına İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 14. Katılımcıların Arkadaş Çevresinden Yaralanan Veya Yaşamını Yitirenler Olup Olmaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 15. Katılımcıların Kendisinin Kayıp Yaşaması Ve Etraftan Veya Medyadan Duyduklarının Olup Olmaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 16. Katılımcıların Daha Önce Deprem Yaşayıp Yaşamaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

VII. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Akış Şeması.....20



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlu varolduğu zamandan beri toplu olarak yaşamıştır. Bu yaşam biçimi ve üretim faaliyetleri, iletişimi zorunlu hale getirmiştir. İnsan ilişkilerinin temelinde her zaman iletişim bulunmuştur. Geçmiş çağlardan günümüze kadar insanlar, kendilerini geliştirdikçe çevrelerinde ve kullandıkları araçlarda da ilerleme kaydetmişlerdir. Toplumlar büyüdükçe ve yayıldıkça iletişim ihtiyaçları artmıştır. Bu da iletişim ortamının gelişmesine yol açmıştır. İnsanlar tarihi dönemlere ve toplumsal ilişki tarzlarına bağlı olarak yüz yüze veya teknolojik araçlar aracılığıyla iletişim kurmuşlardır. İletişim, toplumsal yaşamın ve üretim faaliyetinin en temel gereksinimlerinden biri olmuştur. (1) İletişim teknolojileri, zaman içinde hızla gelişerek geçmişten günümüze büyük bir evrim geçirmiştir. Sözlü iletişimle başlayan süreç günümüze kadar olan teknolojik gelişmelerle sözlü, yazılı ve görsel iletişim yollarına dönüşmüştür. İnternetin hayatımıza girmesi ve yaygınlaşmasıyla birlikte iletişim sınırları neredeyse ortadan kalkmış ve insanlar arasındaki iletişimde zaman-mekan bağımlılığı azalmıştır. (2) Mobil telefon üzerinden yapılan ilk arama nisan 1973 yılında yapılmıştır. 2000’li yılların başında ise akıllı telefonların ilk versiyonu olarak kabul edilen 3G teknolojisinin kullanılmaya başlanması ile konuşmanın yanısıra dijital fotoğraf, mp3 ve multimedya mesajların gönderilmesine de olanak sağlamıştır. Dördüncü kuşak olarak adlandırılan akıllı telefonlar ise kolay ve hızlı internet erişimi sayesinde cep telefonu kullanımını çok daha farklı bir boyuta taşımıştır. Günümüzde akıllı telefonlar gündelik hayatımızın her noktasına nüfus ederek çok yaygın bir kullanım alanı bulmuştur.(3) Günümüzde her geçen gün cep telefonu ve internet kullanımını artmaktadır. Telefon, internet ve sosyal medya kullanıcı istatistikleri konusunda araştırma yapan We Are Social ve Hootsuite’in Dijital 2023 Küresel Genel Bakış

Raporu'na göre , dünya nüfusunun %68'i mobil cihaz kullanıcısı durumunda ve mobil cihaz kullanıcı sayısı 5.44 milyara ulaşmıştır. Son bir yılda mobil cihaz kullanıcı sayısı 168 milyon kişi artmıştır. Günlük cep telefonu kullanım süresi 5 saat 1 dakika iken Türkiye'de bu süre 4 saat 18 dakika olarak ölçülmüştür. (4) Bu kadar yoğun telefon kullanımının beraberinde getirdiği bazı sağlık sorunları ile aile sağlığı merkezlerinde de karşılaşmaktayız. Akıllı telefonların problemlili kullanımı beraberinde birçok biyopsikososyal problem getirmiştir. Boyun ağrısı, depresyon, hoşgörü eksikliği, sosyal izolasyon, yalnızlık, düşük öz saygı, dikkat dağınıklığı, yaşam beklentisinde azalma ve aile içi ilişkilerin bozulması bunlardan bazılarıdır. Günümüzde henüz problemlili telefon kullanımının net bir tanımı yoktur. Ancak teknolojinin getirdiği gelişmelerin hayatımızı her geçen gün daha fazla etkiliyor oluşu literatüre yeni kavramlar eklenmesine neden olmaktadır. Bunlar arasında nomofobi (nomophobia), gelişmeleri kaçırma korkusu (fear of missing out), internetsiz kalma korkusu (netlessphobia) gibi dijital dünyanın beraberinde getirdiği bozukluklarda ortaya çıkmıştır. (5) Mobil telefona erişim sağlayamama korkusu olarak tanımlanan nomofobi, ilk kez YouGov tarafından tanımlanmıştır. Mobil telefonun kaybolması, sinyal alınamaması veya pilin bitmiş olması gibi nedenlerle kaygı mekanizması tetiklenen nomofobik bir kişide, çarpıntı, terleme, titreme, ajitasyon, oryantasyon kaybı gibi belirtiler görülür. Mobil telefona bağımlı olan kişilerde bazı psikiyatrik rahatsızlıklar da görülür. Bunlar arasında depresyon, panik, korku, bağımlılık, düşük öz saygı ve yalnızlık bulunur. (6) Nomofobi, 'telefondan uzak kalma korkusu' tanımından çok daha komplike bir bozukluk olabilir mi? Artan teknolojik gelişmeler ve bilgiye hızlı erişiminin bir ihtiyaç ve gereklilik olduğu genel kabul gören bir gerçektir. Ancak insanlık için henüz çok yeni olan bu teknolojinin hayatımızı bu kadar fazla etkiliyor olmasının altında başka nedenlerin olması da oldukça muhtemel görünüyor. Nomofobi bir sebep mi yoksa bir sonuç mu?

Deprem gibi doğal afetler geniş çapta insan gruplarını etkileyen, büyük yıkımlara, yaralanma ve can kaybına sebep olan hem bireysel hem de toplumsal anlamda ciddi sıkıntılar oluşturan olaylardır. (7) Depremin öngörülemmez olması, getirdiği büyük yıkım ve insan hayatında aniden büyük değişimler meydana getirmesi nedeniyle psikolojik

etkilerinin uzun yıllar sürdüğü önemli bir morbidite nedenidir. Ülkemizdeki 6 Şubat 2023 depremlerinde yaşanan acı olaylar medya yoluyla izleyen herkesi derinden etkiledi. Deprem sonrası aile sağlığı merkezine başvuran hastaların psikiyatrik şikayetlerinde ciddi artışlar görüldü. Deprem sonrası sık görülen ruhsal problemlerin başında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelmektedir. (8) TSSB, olağandışı bir travmatik olayın yol açtığı yoğun stres sonucunda ortaya çıkabilen bir psikolojik bozukluktur. Her travmanın TSSB belirtileri ortaya çıkarmadığı bilinmektedir. Kişilerde daha önce varolan potansiyel psikiyatrik bozuklukların bazı travmatik olaylar ile tetiklenmekte olduğu düşünülüyor. Özellikle insan eliyle meydana gelmiş travmatik olayların daha fazla TSSB meydana getirdiğini gösteren araştırmalar mevcuttur. TSSB belirtileri bu travmatik olayın istemsiz tekrar eden anıları, yavaş tepki verme, azalmış katılım ve ilgi, sürekli olumsuz ruh hali gibi durumlarla karakterizedir. (9) TSSB olgularında birlikte en sık görülen komorbid hastalık, majör depresyondur. Bununla birlikte duydudurum bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar da TSSB'ye eşlik edebilmektedir. Travmadan sonra travmatik olayı yeniden yaşama, travmayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve artmış uyarılmış durum ile mücadele eden kişiler zihinlerini sürekli meşgul etme veya her zaman ulaşılabilir olma isteği içinde olabilirler. (10) Kişilerin deprem sonrası depremle ilgili farkındalıklarının arttığı gözlenmektedir. Daha önce hazırlanmamışsa deprem çantasının hazırlanması, ev içinde yaşam üçgeni oluşturabilecek yerlerin tespiti, telefon veya telsiz gibi iletişim araçlarının hazır bulundurulması gibi tedbirler alınmaktadır. Günümüz şartlarında bilgiye ulaşmayı kolaylaştırması, iletişimde kalmayı sağlaması ve kolay taşınabiliyor olması nedeniyle cep telefonları bu açıdan en yaygın kullanılan araçtır. Bu durum nomofobiye yol açan sebeplerden biri olarak değerlendirilebilir. Travmaya karşı kişiyi hazırlıklı tutan ve güvenlik duygusunu sağlama işlevlerini gören TSSB belirtileridir. (11) Bu belirtilerin varlığı cep telefonlarının aşırı kullanımına yol açabilir. Böyle bir ilişkinin varlığı bize nomofobi ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkileri daha yakından incelememiz gerekliliği konusunda fikir vermektedir. Bu açıdan bakıldığında nomofobi,

hem psikiyatrik bozukluklar açısından bir yordayıcı hem de bu bozuklukları izlem açısından bir araç olarak kullanılabilir. Bu çalışmada kişilerin akıllı telefonlarını TSSB belirtileri ile başa çıkma aracı olarak kullanabileceği öngörüsünden yola çıkarak TSSB belirtileri ile nomofobi arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Tanı Kriterleri

Bir kişi şiddetli travmatik bir stres kaynağıyla karşılaştığında veya duyduğunda, olayların rahatsız edici bir biçimde yeniden yaşanması, olaylardan uzak durma davranışları göstermesi, duygusal donukluk ve bunun yanında bedensel, sıkıntılı ve zihinsel belirtilerin değişken yoğunluklarda ortaya çıktığı bir ruhsal bozukluktur. (12)

Travmatik olaylar doğal afetler (deprem, sel, tsunami, kasırga vb.) veya insan kaynaklı nedenler (fiziksel saldırı, cinsel istismar, aile bireylerinin kaybı, savaş, kazalar vb.) ile ortaya çıkabilir. (13) İnsan hayatı boyunca travmatik bir olay yaşama ihtimali son derece yüksektir. Bu durum travma sonrası ortaya çıkabilecek bozukluklarda farkındalığın önemini ortaya koymaktadır. TSSB nin tanımı yıllar içinde birçok değişikliğe uğramış edinilen yeni bilgiler ışığında değişimler göstermiştir.

TSSB tanımı için uzun süre çalışmalar yapılmış ve ilk defa Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 3. Baskısı olan DSM-III'de (1980) TSSB ve buna bağlı travma kavramı belirlenmiştir. TSSB tanı grubunun belirlenmesi ile birincil etiyolojik neden birey merkezli olmaktan çıkıp travma merkezli olmuştur. DSM-III'de belirlenen travma

ölçütünün ve olayı travmatik kılan eşik değerinin net olmaması sebebiyle kavram, DSM-III-R'de (1987) örneklerle yeniden düzenlenmiştir. Bu düzeltmeler yeterli olmadığı için travma tanımı (Kriter A) DSM-IV'de (1994) iki ölçütlü olmuştur. DSM-IV'ün değişikliklerinden biri de ikincil travmatizasyonun kabul edilmiş olmasıdır. (14) DSM-V'de (2013) A ölçütünün kapsamı daraltılmıştır. Ayrıca 'cinsel şiddet' terimi eklenmiştir. DSM-IV'de üç grup olan belirti seti DSM-V' de dört grup şeklinde değerlendirilmiştir. Bu yeni grup suçluluk, utanç, güvensizlik gibi duygudurum ve bilişsel değişiklikleri içermektedir. (15)

DSM-V'de TSSB tanı ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

A. Aşağıdaki yolların biriyle (ya da birkaçıyla) gerçek ya da korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşı karşıya kalmış ya da cinsel şiddete maruz kalmış olma:
1. Doğrudan travmatik olay(lar) deneyimleme.

2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı bizzat görme (tanık olma).

3. Bir aile üyesi ya da yakın bir dostunun başına travmatik (olay)lar geldiğini duyma. Aile üyelerinin ya da dostun gerçek ölümü ya da ölüm riski şiddetle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4. Travmatik olay(lar)ın rahatsız edici detaylarıyla, tekrarlayan bir şekilde ya da aşırı bir düzeyde yüz yüze gelme (örn: insan kalıntılarını toplayan kişiler; çocuk istismarının detaylarıyla tekrarlayan biçimde yüz yüze gelen polis memurları).

Not: Böyle yüz yüze gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın araçları, televizyon, sinema ya da görseller vasıtasıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü geçerli değildir.

B. Travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkan travmatik olay(lar)la ilgili, irade dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da birden fazlasının) bulunması:

1. Travmatik olay(lar)ın tekrarlayan, istemsiz ve irade dışı gelen, rahatsız edici hatıraları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, travmatik olay(lar)ın içerdiği konuların ya da bu olay(lar)ın bazı yönlerinin dışavurulduğu tekrarlayan oyunlar görülebilir.

2.İçeriği ve/veya duygulanımı travmatik olay(lar)la bağlantılı, tekrarlayan rahatsız edici rüyalar. Not: Çocuklar içeriği belirsiz korku dolu rüyalar görebilirler.

3.Kişinin travmatik olay(lar) tekrar oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı bölünme (disosiyasyon) reaksiyonları (örn: geçmişe dönüşler). Bu tür reaksiyonlar belirli bir görülme sıklığında ortaya çıkabilirler; en uç şekli o anda çevresinde olup bitenlerin tam olarak farkında olmamasıdır.)

Not: Çocuklar oyun esnasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4.Travmatik olay(lar)ı temsil eden ya da hatırlatan iç ya da dış uyarıcılara karşı şiddetli ya da uzun süreli bir ruhsal rahatsızlık duyma.

5.Travmatik olay(lar)ı temsil eden ya da hatırlatan iç ya da dış uyarıcılara karşı fizyolojik olarak belirgin reaksiyonlar verme.

C. Aşağıdakilerden biri ya da ikisi birden varsa, travmatik olay(lar)dan sonra başlayan, travmatik olay(lar)a ilişkin uyarıcılardan sürekli olarak uzaklaşma:

1.Travmatik olaylarla bağlantılı ya da yakından ilgili, rahatsız edici hatıralar, düşünceler ya da duygulardan uzaklaşma ya da bunlardan kaçınma girişimleri.

2.Travmatik olaylarla bağlantılı ya da duyguları tetikleyen dış hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) uzaklaşma ya da bunlardan kaçınma girişimleri.

D. Aşağıdakilerden ikisi ya da daha fazlası varsa, travmatik olay(lar)ın meydana gelmesinden sonra ortaya çıkan ya da şiddetlenen, travmatik olay(lar)a ilişkin düşüncelerde ve duygulanımda olumsuz değişimler olması.

1.Travmatik olay(lar)ın önemli bir kısmını hatırlayamama (Özellikle bellek kaybı bölünmeye (disosiyatif amneziye) bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir.

2.Kendisi, başkaları ya da dünya hakkında, sürekli ve aşırı olumsuz inançlar ya da beklentiler (örn; Ben kötüyüm, kimse güvenilir değil, dünya tamamen tehlikeli bir yer, bütün sinir sistemim kalıcı olarak hasar gördü).

3.Travmatik olay(lar)ın nedenleri ve sonuçları hakkında, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına neden olan, süregelen, yanlış düşünceler.

4.Süregelen olumsuz duygusal hal (örn; korku dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç)

5.Önemli aktivitelere karşı duyulan ilgi ya da katılımında belirgin düşüş.

6.Başkalarından uzaklaşma ya da başkalarına yabancılaşma hisleri.

7.Sürekli olarak olumlu duygular hissedememe (örn; mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını hissedememe).

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) varsa, travmatik olay(lar)ın meydana gelmesiyle başlayan ya da şiddetlenen, travmatik olay(lar)la bağlantılı, uyarılma ve tepki verme şeklinde belirgin değişimler olması:

1.İnsanlara ya da nesnelere karşı sözlü ya da sözlü olmayan saldırganlıkla ortaya çıkan, kızgın hareketler ve öfke nöbetleri (bir provokasyon olmaksızın ya da çok az bir provokasyon karşısında)

2.Dikkatsizce davranma ya da kendine zarar verici hareketlerde bulunma

3.Her an alarında olma.

4.Aşırı ürkme reaksiyonu gösterme.

5.Odaklanma zorlukları.

6.Uyku sorunu

F. Bu bozukluğun süresi (B,C,D ve E tanı kriterleri)bir aydan daha fazladır.

G. Bu bozukluk klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa ya da sosyal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya yol açar.

H. Bu bozukluk bir maddenin (alkol, ilaç vs.) kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojiyle ilgili etkilerine atfedilemez. (16)

2.1.2. Epidemiyoloji

Yaşam süresince travmatik bir olaya tanık olma oranları toplumlara göre farklılık göstermektedir. Birçok Avrupa ülkesinden veri alınarak yapılan bir araştırmada yaşam süresince travmatik bir olayla karşılaşma oranı yaklaşık % 64 olarak bulunmuştur. Potansiyel travmatik olayların rolleri tartışmalıdır. Bazı teorisyenler belirli potansiyel travmatik olayların post travmatik durumların ortaya çıkmasında ikincil bir- rol üstlenebileceğini düşünmektedir. (17) Amerika'da gerçekleştirilen bir başka araştırmada ise bu oran %50-90 arasında olduğu bulunmuştur. (18,19) Türkiye'de üç farklı şehirde gerçekleştirilen bir başka araştırmada ise bireylerin yaklaşık % 85'inin yaşam süresince en az bir travmatik olay yaşadığını göstermiştir. (20) Travmatik olay yaşantısı sonrasında en sık rastlanan bozukluk olan TSSB'nun yaygınlığı hakkında farklı bulgular vardır. Travmanın türü de TSSB gelişme olasılığı üzerinde etkilidir. TSSB'nin yaygınlığı ve uzun dönem seyrini araştırmak için yapılan bir çalışmada, yaşam boyu TSSB görülme oranının % 1.35 olduğu, fiziksel saldırı mağdurlarında % 3.5, savaş gazilerinde ise % 6.3 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular TSSB'nin nörobiyolojisine yönelik temel yapı taşlarını belirlemeye katkı sağlar. (21) TSSB oranlarının, travmaya maruz kalma ve ülkelerin genel kültürel ve sosyoekonomik zorluklara karşı hassasiyetiyle açıklanıp açıklanamayacağını test etme amacıyla yirmi dört ülkede yapılan bir araştırmada yaşam boyu TSSB yaygınlığı %0.0 ile % 9.2 oranları arasında bulunmuştur. (22) Türkiye'de yapılmış olan sınırlı sayıdaki araştırmalarda deprem sonrası yaşam boyu TSSB oranı % 14.6 olarak bulunmuştur. (21) Bazı çalışmalar, TSSB'nin sağlık sistemini en sık kullanan psikiyatrik bozukluk olduğunu ve hasta başı maliyetinin yüksek olduğu bozuklukların başında

geldiğini öne sürmüştür. (17) Bu nedenle önemli bir sağlık sorunu olan TSSB'nin daha erken dönemde tanınıp tedavi alması sağlığa ayrılan kaynakların daha etkili ve verimli kullanılması için araştırmaların devam ettiği gözlenmektedir.

2.1.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji

Travmatik bir olaya maruz kalma TSSB gelişimi için tetikleyici bir unsurdur. Genel nüfusta travmatik olaylara maruz kalma yaygın olsa da, sadece duyarlı bireylerin küçük bir kısmı TSSB geliştirir. (23) Travmaya duyarlı bireylerin varlığı TSSB için risk faktörü olmakla birlikte travmanın türü ve şiddetide bu konuda belirleyici olduğunu düşündürüyor. Ancak altta yatan mekanizma tam olarak aydınlatılamamakla beraber bazı etiyolojik modeller geliştirilmiştir. Diyatez-stres modeli ve biyopsikososyal model bu modeller arasındadır.

2.1.3.1. Diyatez-stres modeli:

Aynı travmaya maruz kalan kişilerde hastalık düzeyi aynı şiddette seyretmez. Bu farklılığın açıklaması farklı araştırmalarda TSSB için test edilen diyatez-stres modelidir. Bu modele göre, kişinin travma öncesi durumu, stresör bir durum sonrasında TSSB üretebilecek bir yatkınlık (diyatez) durumu oluşturmaktadır.

2.1.3.2. Biyopsikososyal model:

1977 yılında Engel tarafından hastanın durumunu etkileyen tüm faktörleri dikkate alacak tıbbi model ihtiyacı nedeniyle açıklanmıştır. Biyolojik (genetik, organ hasarı vb.), psikolojik (stres, davranış, kişilik vb.) ve sosyal faktörlerin (inanç, kültür, sosyoekonomik durum vb.) sağlıkta ve hastalıkta birbirleriyle etkileşimde bulunduğunu ortaya koyar. (24)

TSSB'nun patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Manyetik rezonans (MR) görüntüleme taramalarını kullanan bazı araştırmalar TSSB hastalarında, hipokampus, sol amigdala ve anterior singulat korteks (ASK) hacminde azalma olduğunu göstermiştir. Bazı araştırmalarda merkezi norepinefrin düzeylerinin arttığını ve merkezi adrenerjik reseptörlerin baskılandığını, kronik olarak glukokortikoid seviyelerinin azaldığını ve glukokortikoid reseptörlerinin arttığını göstermiştir. Bazı araştırmalara göre TSSB duyarlılığında, genetik faktörlerin çevresel etkenlerle etkileşime girerek hastalığın oluşumunda rol oynadığı düşünülüyor. (25)

2.1.4. Tedavi

TSSB için ilk seçilecek tedavi yöntemleri arasında bazı farklılıklar olsa da Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ve İngiliz Psikofarmakoloji Derneği (BAP) psikoterapi ve farmakoterapiyi ilk seçilecek tedavi yöntemi olarak önermektedirler. (26)

2.1.4.1. Psikoterapi

Klinik deneyler ve meta analizler, bilişsel davranışçı terapi (BDT), uzun süreli maruz bırakma terapisi ve göz hareketi duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) terapisini içeren travma odaklı psikoterapilerin TSSB tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir. Travma odaklı terapiler, tedavi sırasında sürekli olarak travmaya ve bunun kişi üzerindeki etkilerine odaklanan terapilerdir. (26,27)

2.1.4.2. Farmakoterapi

Psikoterapiler TSSB tedavisinde ilk ve en çok desteklenen yöntemler olsa da, hem hasta merkezli yaklaşım gereği hem de bu tarz terapiler için yeterli yetişmiş personelin olmaması nedeniyle birkaç farmakoterapi seçeneği mevcuttur. Daha az zaman ve çaba gerektirmesi ve her klinikte uygulanabilmesi nedeniyle farmakoterapilerin temeli,TSSB

ile nörotransmitter ve nöroendokrin mekanizmadaki düzensizlikler arasındaki ilişki yapılan araştırmalarla desteklenmektedir. (28)

Fluoksetin, sertralin ve paroksetin gibi selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve venlafaksin gibi serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), TSSB semptomlarının azaltılmasında etkinlik göstermişlerdir ve TSSB tedavisinde ilk seçilecek ilaçlar arasındadır. Bazı araştırmalar gece görülen kabusları ve TSSB ile ilişkili aşırı uyarılmayı azaltmada alfa bir adrenerjik bloker olan prazosin'in etkili olduğunu göstermiştir. (29)

2.1.5. TSSB'ye Eşlik Eden Hastalıklar

TSSB ile beraber birçok hastalık bulunabilir. Yapılan bir araştırmada % 61 ile majör depresyon, % 39 ile yaygın anksiyete bozukluğu, % 22 ile madde kullanım bozukluğu, %17 ile sosyal fobi ve %6 ile panik bozukluğun eşlik ettiği bulunmuştur. (30) Yapılan başka bir çalışmada madde kullanım bozukluğu bulunan kişilerin yaklaşık % 36 ile % 50'sinde yaşam boyu TSSB teşhisi bulunacağı belirtilmiştir. (31)

2.2. NOMOFOBİ

2.2.1. Tanım

Nomofobi terimi ilk kez 2008 yılında İngiltere’de yapılan postane çalışması sırasında kullanılmıştır. Nomofobi cep telefonu, tablet, bilgisayar gibi mobil cihazlar ile iletişimin sağlandığı akıllı cihazları kullanamama durumunda ortaya çıkan huzusuzluk ve endişe durumunda ortaya çıkan bilig çağının bir bozukluğudur. Nomophobia, ‘‘NO MOBILE PHOne phOBİA’’ kelimelerinden türetilmiş olup, akıllı telefonda yoksun kalma korkusu olarak tanımlanabilir. (32) İletişim kurmak amacıyla icat edilen cep telefonlarına eklenen özellikler aracılığıyla artık ses, görüntü, data transferi yapılabilmekte ve internete bağlanabilme özellikleriyle sosyal medya kullanımı ve haber takibi yapılabilmektedir. Bu nedenler akıllı telefonların aşırı kullanımına bağlı bazı biyopsikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir. (33)

Bu sorunlardan biri olan nomofobinin belirtileri şöyle sayılabilir:

1.Akıllı telefonu devamlı kullanmak ve ona çok zaman harcamak, birden çok mobil cihaza sahip olmak ve bunların şarj aletlerini her zaman yanında taşımak gibi alışkanlıklara sahip olmak,

2.Akıllı telefonu kaybetme veya onunu yanında bulunmaması, yerini bilmeme, sinyal alamama, şarjının veya kontörün bitmesi gibi düşüncelerin endişe yaratması ve mobil cihazların yasaklandığı yerlerden veya durumlardan kaçınma çabası,

- 3.Düzenli olarak arama veya mesaj var mı diye bakmak için akıllı telefonun ekranına sık sık göz atmak,
- 4.Akıllı telefonu sürekli açık bırakmak ve yatakta akıllı telefonla uyumak,
- 5.Endişe ve stres oluşturduğu için yüz yüze sosyal iletişimi sınırlı tutmak ve akıllı cihazlar ile iletişimi seçmek,
- 6.Akıllı cihazların kullanımına bağlı olarak çok miktarda para tüketmek, olarak ifade edilmiştir. (34)

Genç yaşın (18-25) daha ileri yaşlara kıyasla nomofobik belirtiler bakımından daha riskli olduğu birçok araştırmanın ortak bulgusu gibi görünmektedir. Zayıf benlik algısı problemleri cep telefonu kullanımı, nomofobi ve akıllı cep telefonu kullanımıyla bağlantılı bulunmuştur. Duygular ve gereksinimlerin incelendiği çalışmalarda düşük duygusal öz-denetim ve dokunsal gereksinim değişkenlerinin problemleri cep telefonu kullanımıyla bağlantılı bulunmuştur. (35)

İngiltere’de 2008 yılında yapılan çalışmada katılımcıların % 53’ünde telefona ulaşamadıklarında endişe hissettilerini belirtirken 4 yıl sonra yapılan başka bir çalışmada bu oran % 66 olarak bulunmuş. (36) Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde nomofobi yaygınlığı % 77-99 arasında değişmektedir. Türkiye’de üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada nomofobi sıklığı %42.6 oranında bulunmuştur. (37) Nomofobinin fiziksel belirtileri arasında taşikardi, terleme, solunum sıkıntısı, oryantasyon bozukluğu ve ajitasyon vardır. Ayrıca nomofobinin depresyon, anksiyete gibi diğer eşlik eden psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir. (38) Dünyada ve ülkemizde nomofobi hem sıklık hem de neden olduğu sağlık sorunları açısından daha fazla araştırma yapılması gereken bir sağlık sorunudur. Özellikle genç yaşın risk altında olduğu nomofobinin diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi açısından halen birçok araştırma yapılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma 25.04.2023 ile 25.06.2023 tarihleri arasında Çorum Merkez Ekin Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Araştırma için Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 28.02.2023 tarihinde 2023-28 karar numarası ile onay alınmıştır.

Ayrıca Çorum İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25.04.2026 tarih ve E-45161535-604.02.02-2300029773 sayılı yazı ile araştırma izni alınmıştır.

3.1. Evren ve Örneklem

Bu çalışma Çorum Merkez Ekin Aile Sağlığı Merkezi'ne 25.04.2023 ile 25.06.2023 tarihleri arasında Ekin ASM'de yapılmıştır.

Bu aile sağlığı merkezi, iki birimden oluşan, yaklaşık olarak toplamda 6500 kayıtlı hastası bulunan, ortalama olarak aylık 3000 poliklinik hizmeti sunulan, Çorum ili Merkez ilçesinde hizmet vermektedir. Çorum Merkez'de bulunması, her bir hekime kayıtlı nüfusun Türkiye ortalamasına çok yakın oluşu ve genel anlamda sosyodemografik açıdan Çorum İli'ni temsil ediyor oluşu nedeniyle bu çalışma Ekin ASM'de yapılmıştır.

G-power programı aracılığı ile yapılan hesaplamada , % 90 güç, % 5 hata payı ve 0.20'lik etki büyüklüğü ile araştırma için gereken örneklem büyüklüğü en az 319 katılımcı olarak bulunmuştur.

Çalışmaya, herhangi bir sebeple Ekin ASM'ye başvuran, 18-65 yaş arasında ve soruları anlayıp cevap verebilecek düzeyde Türkçe bilen kişiler dahil edildi. Psikiyatrik rahatsızlıkları olan katılımcılar da değişkenlerle olan ilişkisinin grup değerlendirilmesi amacıyla çalışmaya dahil edildi.

Cep telefonu kullanmayanlar ve çalışmayı sürdüremeyecek derecede mental veya fiziksel işlev kaybı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca mesleği gereği sürekli telefonla ulaşılabilir durumda olma zorunluluğu olan asker, polis, sağlık personeli gibi meslek grupları çalışma dışı tutuldu.

3.2. İşlem

Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra Sosyodemografik Veri Formu, Türkçe Nomofobi Ölçeği ve DSM-V için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) Ölçeklerini doldurması istendi. Her bir katılımcı ile tek seferde görüşme yapıldı ve özel bir oda ayrılarak sessiz bir ortamda yeterli süre sağlanarak gözlem altında, gerektiğinde hekime danışarak doldurulması sağlandı. Anket formundaki tüm veriler SPSS veritabanına kaydedildi.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan formda katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, cep telefonunu günlük kullanma süresi, psikiyatrik hastalık durumu ve kullandığı ilaçları, 6 Şubat 2023 tarihinde Türkiye’de gerçekleşen depremlerden etkilenme düzeyleri ile ilgili sorular soruldu.

3.3.2. Türkçe Nomofobi Ölçeği

Nomofobi ölçeği Yıldırım ve Correira tarafından 2015 yılında geliştirilmiş, 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Yıldırım ve Correira tarafından yapılan araştırmada bireylerin nomofobik durumlarına ilişkin dört alt boyutunun; (1) Çevrimiçi olamama, (2) İletişimi kaybetme, (3) Cihazdan Yoksunluk, (4) Bilgiye Ulaşamama olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0,95 olarak, alt boyutlarının güvenilirlik değerleri ise 0,94; 0,87; 0,83 ve 0,81 olarak hesaplanmıştır. Nomofobi ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0,92 olarak alt boyutlarının değeri ise 0,90; 0,74; 0,94 ve 0,91 olarak hesaplanmıştır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin yapısal geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan Doğrulayıcı Faktör

Analizi sonucunda $\chi^2 = 2.86$ olarak hesaplanmış ve uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım ve Correira'nın geliştirdiği ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir. Ölçekte yer alan 20 sorunun her biri katılımcılar tarafından 1 puan kesinlikle katılmıyorum, 7 puan- kesinlikle katılıyorum olacak şekilde puanlandırılır. Toplam puan 20 ise nomofobi yok, 20'den yüksek ama 60'dan küçükse hafif düzeyde nomofobi, 60 ve üzeri ama 100'den küçükse orta düzeyde nomofobi, 100 ve üzeri ama 140 ve aşığıındaysa aşırı düzeyde nomofobi olarak derecelendirilir. Ölçekteki 1, 2, 3 ve 4. maddeler "bilgiye erişememe", 5, 6, 7, 8 ve 9. maddeler "rahatlıktan feragat etme", 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler "iletişim kuramama", 16, 17, 18, 19 ve 20. maddeler ise "çevrimiçi bağlantıyı kaybetme" boyutlarını değerlendirmektedir. (39)

3.3.3. DSM-V için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

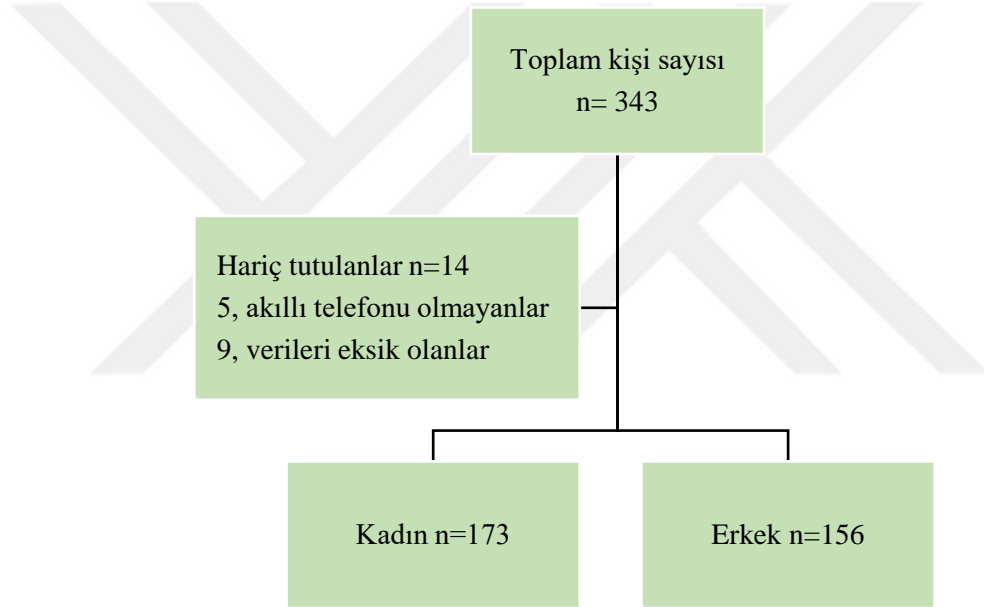
TSSB'yi tarama ve değerlendirmede kullanılan ölçeklerden biridir. Weathers ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiş olup ölçek DSM-5'te açıklanan TSSB semptomlarına karşılık gelen 20 maddeye genişletilmiştir . Son 1 ayın semptomları değerlendirilir. Beşli Likert tipi (0- hiç rahatsız edici değil 4- son derece rahatsız edici) derecelendirilme yapılmıştır. PCL-5 toplam puanı 0-80 arasında değişir ve daha yüksek puanlar daha fazla TSSB semptom şiddetini gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (40,41)

3.4. Verilerin Analizi

Kategorik demografik ölçümler için yüzde frekans tablosu; metrik ölçümler için betimsel istatistikler hesaplanmıştır. Ölçek puanlarının değişkenlere göre normal dağılıma uyup uymadığı $n > 50$ ise Komogrov Smirnov testi ile $n < 50$ ise Shapiro Wilks testi ile test edilmiştir. Demografik değişkenlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ölçek puanları normal dağılıma uyuyorsa bağımsız örneklem için t testi veya ANOVA testi yapılmıştır. Ölçek puanları normal dağılıma uymuyorsa Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi Spearman korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Veriler SPSS 22.0 versiyonunda analiz edilmiş olup anlamlılık düzeyi 0.05 olarak ele alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı süre boyunca çalışmaya alınan 343 kişiden 5 tanesi akıllı telefonu olmadığı için, 9 tanesi ise formlardaki verilerin eksik olması nedeniyle çalışma dışı tutulmuş ve toplam 329 katılımcı dahil edilmiştir. (Şekil 1)



Şekil 1: Akış Şeması

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Toplam sayısı 329 olan katılımcıların yaşları incelendiğinde en küçük 18 en büyük 65 yaş olmak üzere yaş ortalaması 39,52, kadınların oranı % 52,6 erkeklerin oranı % 47,4 olarak gerçekleşmiştir. Eğitim düzeylerinin dağılımında üniversite mezunlarının oranı (% 38,0) en yüksek yüzdeler dilime sahiptir. Meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı (%23,4) kategorisi en yüksek orana sahiptir. (Tablo 1)

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	173	52,6%
	Erkek	156	47,4%
Eğitim	Yok	4	1,2%
	Okur-yazar	3	,9%
	İlkokul	58	17,6%
	Ortaokul	45	13,7%
	Lise	81	24,6%
	Üniversite	125	38,0%
	Lisansüstü	13	4,0%
Meslek	Öğrenci	28	8,5%

Ev hanımı	77	23,4%
Çalışmıyor	14	4,3%
Serbest meslek	58	17,6%
Memur	52	15,8%
Emekli	25	7,6%
Diğer	75	22,8%

4.2. Katılımcıların Cep Telefonu Günlük Kullanım Bulgular

Katılımcıların cep telefonu günlük kullanım süreleri % 31,3 ile 4-6 saat arası kullanım en yüksek yüzdeye sahipken bunu % 28,9 ile 2-4 saat arası kullanımın takip ettiği belirlendi. Katılımcıların % 4,9'unda psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. (Tablo 2) Psikiyatrik tanı alanlar ile almayanların cep telefonu günlük kullanım süresi bakımından dağılımları arasında anlamlı bir fark ya da ilişki bulunamamıştır.($p>0.05$)

Tablo 2: Katılımcıların Cep Telefonu Günlük Kullanım Süresi Ve Psikiyatrik Tanı Öyküsü

		n	%
Cep telefonu günlük kullanma süresi	2 saat<	80	24,3%
	2-4 saat	95	28,9%
	4-6 saat	103	31,3%
	6 saat+	51	15,5%
Psikiyatrik tanı	Evet	16	4,9%

var mı?	Hayır	313	95,1%
---------	-------	-----	-------

4.3. Katılımcıların Deprem Sonrası Durum İle İlgili Değişkenleri

Katılımcıların %56,5'i depremle ilgili medyadan öğrendiklerinin olduğunu, % 26,4'ü daha önce deprem yaşadığını, %15,5'i arkadaş çevresinden yaralanan veya yaşamını yitirenlerin olduğunu, %6'sı mal kaybı yaşadığını, % 3'ü yakınlarından yaralananların olduğunu beyan etti. (Tablo 3)

Tablo 3: Katılımcıların Deprem Sonrası İle İlişkili Değişkenlerin Dağılımı

Deprem sonrasında karşılaşılan durumlar	n	%
Mal kaybı/maddi hasarlı kayıp yaşadım. (Konut, işyeri hasarı ve meslekle ilgili kayıplar vb.)	2	,6%
Yakınlarımdan hafif veya ağır yaralananlar var.	10	3,0%
Yakınlarımdan yaşamını yitirenler var.	11	3,3%
Arkadaş çevremden yaralanan veya yaşamını yitirenler var.	51	15,5%
Kendim kayıp yaşamadım; etraftan ya da medyadan duyduklarım var.	186	56,5%
Daha önce deprem yaşamıştım.	87	26,4%
Hiçbirisi	67	20,4%

4.4. Katılımcıların PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Puanlarına İlişkin Sonuçları

Katılımcıların PCL-5 puanları ve nomofobi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4’de gösterilmiştir. Katılımcıların PCL-5 puanlarının ortalaması 2,98 olup katılımcılarda orta düzeyde bir stres bozukluğu gözlenmiştir. Katılımcıların nomofobi ölçek puanlarının ortalaması 3,47 olup katılımcılarda yüksek düzeyde bir nomofobi olduğu bulunmuştur. Alt ölçekler bakımından düşük düzeyde çevrimiçi bağlantıyı kaybetme korkusu söz konusudur ancak bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme ve iletişim kuramama korkuları yüksek düzeydedir.

Tablo 4: Katılımcıların PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Puanları

	Min	Mak	Ortalama	Std. sapma	Düzye
Bilgiye erişememe	1,00	7,00	3,49	1,76	Yüksek
Rahatlıktan feragat etme	1,00	7,00	3,39	1,74	Yüksek
İletişim kuramama	1,00	7,00	4,10	1,78	Yüksek
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	1,00	7,00	2,79	1,74	Düşük
Toplam Nomofobi düzeyi	1,00	7,00	3,47	1,46	Yüksek
PCL-5 Puanı	1,00	5,00	2,98	0,90	Orta

4.5. PCL-5 Puanları İle Nomofobi Arasındaki İlişki

Katılımcıların PCL-5 puanları ile nomofobi puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Spearman korelasyon katsayısı ile ölçülmüş ve sonuçları Tablo 5’de gösterilmiştir.

Katılımcıların travma stres bozukluğu ile nomofobi puanları arasında 0,454 olan pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bir başka deyişle travma sonrası stres bozukluğu artıkça nomofobi puanları da artmaktadır veya travma sonrası stres bozukluğu azaldıkça nomofobi puanları da azalmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu ile nomofobi alt ölçekleri arasında orta düzeylerde pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler gözlenmiştir.

Tablo 5: PCL-5 Puanları İle Nomofobi Arasındaki İlişki

		Bilgiye erişememe	Rahatlıktan feragat etme	İletişim kuramama	Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Toplam Nomofobi düzeyi
Travma Sonrası	r	,348	,440	,349	,372	,454
Stres Bozukluğu	p	,000*	,000*	,000*	,000*	,000*

* $p<0.05$

4.6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ,PCL-5 puanı ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$). Ancak, kadın ve erkeklerin deprem sonrası ölçülen travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U	p
Bilgiye erişememe	Kadın	173	3,41	1,69	3,25	1,00	7,00	12890,500	,483
	Erkek	156	3,58	1,83	3,50	1,00	7,00		
Rahatlıktan feragat etme	Kadın	173	3,46	1,71	3,20	1,00	7,00	12766,500	,398
	Erkek	156	3,32	1,79	3,00	1,00	7,00		
İletişim	Kadın	173	4,29	1,75	4,50	1,00	7,00	11864,000	,058

kuramama	Erkek	156	3,90	1,80	3,67	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Kadın	173	2,72	1,68	2,40	1,00	7,00	13183,500	,717
	Erkek	156	2,86	1,81	2,20	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Kadın	173	3,51	1,39	3,55	1,10	7,00	12840,000	,448
	Erkek	156	3,43	1,53	3,25	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Kadın	173	3,16	,91	3,15	1,10	5,00	10105,000	,000*
	Erkek	156	2,78	,86	2,85	1,00	5,00		

* $p < 0.05$

4.7. Katılımcıların Eğitim Durumları İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların eğitim durumlarına göre PCL-5 puanı ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ölçümler normal ise ANOVA değilse Kruskal Wallis testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Eğitim Durumları İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Eğitim	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	χ^2 / F	p
Bilgiye	Yok	4	2,50	3,00	1,00	1,00	7,00	$\chi^2 = 13,693$,033*

erişememe	Okur-yazar	3	4,17	2,74	5,75	1,00	5,75		
	İlkokul	58	2,94	1,54	2,50	1,00	6,25		
	Ortaokul	45	3,49	1,85	3,00	1,00	7,00		
	Lise	81	3,36	1,67	3,25	1,00	7,00		
	Üniversite	125	3,84	1,73	4,00	1,00	7,00		
	Lisansüstü	13	3,54	2,04	2,50	1,50	7,00		
Rahatlıktan feragat etme	Yok	4	3,90	2,68	3,70	1,60	6,60	$\chi^2 = 2,555$,862
	Okur-yazar	3	4,07	2,66	5,60	1,00	5,60		
	İlkokul	58	3,40	1,67	3,10	1,00	7,00		
	Ortaokul	45	3,25	1,62	3,00	1,00	6,40		
	Lise	81	3,25	1,90	3,00	1,00	7,00		
	Üniversite	125	3,52	1,67	3,60	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Yok	4	4,79	1,51	4,75	3,00	6,67	$\chi^2 = 4,592$,597
	Okur-yazar	3	4,33	2,89	6,00	1,00	6,00		
	İlkokul	58	4,00	1,71	4,08	1,33	6,83		
	Ortaokul	45	3,89	1,65	3,83	1,33	6,67		
	Lise	81	3,90	1,79	3,67	1,00	7,00		

	Üniversite	125	4,33	1,83	4,67	1,00	7,00		
	Lisansüstü	13	4,12	1,83	3,67	1,67	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Yok	4	2,75	2,85	1,50	1,00	7,00	$\chi^2 = 5,696$,458
	Okur-yazar	3	3,93	2,55	5,20	1,00	5,60		
	İlkokul	58	2,78	1,56	2,80	1,00	6,60		
	Ortaokul	45	2,47	1,58	2,00	1,00	6,40		
	Lise	81	2,58	1,71	2,00	1,00	7,00		
	Üniversite	125	2,97	1,80	2,60	1,00	7,00		
	Lisansüstü	13	3,29	2,16	2,40	1,20	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Yok	4	3,60	1,91	3,23	1,80	6,15	$\chi^2 = 5,967$,427
	Okur-yazar	3	4,13	2,71	5,65	1,00	5,75		
	İlkokul	58	3,33	1,36	3,30	1,15	5,75		
	Ortaokul	45	3,30	1,25	3,25	1,45	6,20		
	Lise	81	3,30	1,51	3,05	1,10	6,90		
	Üniversite	125	3,69	1,44	3,75	1,00	7,00		
	Lisansüstü	13	3,57	1,92	2,90	1,45	7,00		
PCL-5 puanı	Yok	4	3,20	1,09	3,30	1,85	4,35	F=1,313	,251
	Okur-yazar	3	2,60	,52	2,85	2,00	2,95		

İlkokul	58	3,10	,85	3,05	1,15	4,70
Ortaokul	45	2,68	,95	2,90	1,00	4,50
Lise	81	2,95	,97	3,05	1,15	5,00
Üniversite	125	3,04	,85	3,10	1,15	5,00
Lisansüstü	13	3,15	,96	3,00	1,55	5,00

* $p<0.05$

Katılımcıların eğitim durumlarına göre, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0.05$). Ancak, eğitim durumlarına göre bilgiye erişememe kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$). Hangi eğitim durumları arasında fark bulunduğu post hoc testlerinden LSD ile tespit edilmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilkokul mezunu olan katılımcıların bilgiye erişememe ölçek puanları ile üniversite mezunu olan katılımcıların bilgiye erişememe ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

4.8. Katılımcıların Meslekleri İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların mesleklerine göre PCL-5 puanı ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Kruskal Wallis testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların Meslekleri İle PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	χ^2	p
Bilgiye erişememe	Öğrenci	28	3,88	1,53	3,88	1,00	7,00	19,802	,003*
	Ev hanımı	77	2,84	1,58	2,50	1,00	7,00		
	Çalışmıyor	14	4,46	1,86	4,25	2,00	7,00		
	Serbest meslek	58	3,44	1,83	2,75	1,00	7,00		
	Memur	52	3,58	1,68	3,38	1,00	7,00		
	Emekli	25	3,42	1,84	3,50	1,00	6,50		
	Diğer	75	3,84	1,79	4,00	1,00	7,00		
Rahatlıktan feragat etme	Öğrenci	28	4,16	1,74	4,60	1,00	7,00	7,385	,287
	Ev hanımı	77	3,29	1,69	3,00	1,00	7,00		
	Çalışmıyor	14	3,87	2,14	4,10	1,00	7,00		
	Serbest meslek	58	3,29	1,73	3,30	1,00	7,00		
	Memur	52	3,29	1,65	3,00	1,00	7,00		
	Emekli	25	3,53	1,81	3,00	1,00	6,00		
	Diğer	75	3,23	1,75	2,80	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Öğrenci	28	4,76	1,55	5,17	1,00	7,00	9,595	,143
	Ev hanımı	77	4,00	1,74	4,17	1,00	7,00		
	Çalışmıyor	14	3,14	1,56	2,50	1,17	6,50		
	Serbest meslek	58	4,36	1,86	4,92	1,17	7,00		
	Memur	52	4,05	1,76	4,08	1,00	7,00		

	Emekli	25	3,96	1,79	3,17	1,33	7,00		
	Diğer	75	4,03	1,84	4,00	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Öğrenci	28	3,22	1,82	2,70	1,00	7,00	7,004	,321
	Ev hanımı	77	2,41	1,53	2,00	1,00	6,60		
	Çalışmıyor	14	2,74	1,62	2,10	1,00	5,80		
	Serbest meslek	58	2,81	1,76	2,40	1,00	7,00		
	Memur	52	2,83	1,82	2,10	1,00	7,00		
	Emekli	25	2,55	1,59	2,20	1,00	6,00		
	Diğer	75	3,06	1,90	2,80	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Öğrenci	28	4,05	1,48	4,25	1,00	7,00	7,618	,267
	Ev hanımı	77	3,19	1,34	3,05	1,10	6,50		
	Çalışmıyor	14	3,49	1,17	3,60	1,55	5,05		
	Serbest meslek	58	3,52	1,54	3,63	1,15	7,00		
	Memur	52	3,46	1,41	3,38	1,00	7,00		
	Emekli	25	3,39	1,41	3,25	1,15	5,55		
	Diğer	75	3,55	1,56	3,40	1,10	7,00		
PCL-5 puanı	Öğrenci	28	3,00	,98	2,90	1,00	5,00	12,035	,061
	Ev hanımı	77	2,91	,95	2,95	1,10	4,70		
	Çalışmıyor	14	3,67	,88	3,58	1,20	5,00		
	Serbest meslek	58	2,91	,87	2,98	1,10	4,75		
	Memur	52	3,11	,83	3,10	1,30	4,70		
	Emekli	25	2,85	,85	2,95	1,35	4,30		
	Diğer	75	2,94	,88	3,00	1,00	5,00		

* $p < 0.05$

Katılımcıların mesleklerine göre rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5

puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0.05$). Ancak mesleklerine göre bilgiye erişememe kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$). Hangi meslek grupları arasında fark bulunduğu post hoc testlerinden LSD ile tespit edilmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ev hanımı olan katılımcıların bilgiye erişememe ölçek puanları ile mesleğini öğrenci, çalışmıyor, serbest meslek, memur ve diğer olan grupların bilgiye erişememe ölçek puanları arasında anlamlı birer fark bulunmuştur.

4.9. Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Süresi ile PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların cep telefonu kullanım süresine göre PCL-5 puanı ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Kruskal Wallis testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların Cep Telefonu Kullanım Süresi İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Cep teli kullanım süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	χ^2	p	Anlamlı Fark
Bilgiye erişememe	2 saat<	80	2,95	1,75	2,50	1,00	22,599	,000*	*<2 saat ile 4-6 saat *<2 saat ile 6+ saat *2-4 saat ile 6+ saat *4-6 saat ile 6+ saat
	2-4 saat	95	3,31	1,65	3,00	1,00			
	4-6 saat	103	3,60	1,57	3,50	1,00			
	6 saat+	51	4,45	1,93	4,25	1,00			
Rahatlıktan	2	80	3,17	1,73	2,90	1,00	22,980	,000*	*<2 saat ile 6+ saat

feragat etme	saat<									*2-4 saat ile 6+ saat *4-6 saat ile 6+ saat
	2-4 saat	95	3,09	1,64	2,80	1,00	6,40			
	4-6 saat	103	3,30	1,66	3,00	1,00	7,00			
	6 saat+	51	4,49	1,73	4,60	1,20	7,00			
İletişim kuramama	2 saat<	80	3,94	1,72	4,17	1,00	7,00	16,423	,001*	*<2 saat ile 6+ saat *2-4 saat ile 6+ saat *4-6 saat ile 6+ saat
	2-4 saat	95	3,79	1,73	3,67	1,00	7,00			
	4-6 saat	103	4,08	1,77	4,00	1,00	7,00			
	6 saat+	51	4,99	1,75	5,50	1,50	7,00			
Çevrimici bağlantıyı kaybetme	2 saat<	80	2,40	1,47	2,00	1,00	7,00	18,046	,000*	*<2 saat ile 6+ saat *2-4 saat ile 6+ saat *4-6 saat ile 6+ saat
	2-4 saat	95	2,51	1,50	2,20	1,00	6,00			
	4-6 saat	103	2,81	1,70	2,20	1,00	7,00			
	6 saat+	51	3,89	2,19	3,80	1,00	7,00			
Toplam Nomofobi düzeyi	2 saat<	80	3,16	1,31	3,10	1,10	6,15	26,582	,000*	*<2 saat ile 6+ saat *2-4 saat ile 6+ saat *4-6 saat ile 6+ saat
	2-4 saat	95	3,20	1,39	3,10	1,00	6,50			
	4-6 saat	103	3,47	1,37	3,45	1,00	7,00			
	6 saat+	51	4,48	1,56	4,35	1,60	7,00			
Travmatik Stres	2 saat<	80	2,83	,89	2,90	1,00	4,50	10,795	,013*	*<2 saat ile 6+ saat

Bozukluğu	2-4 saat	95	2,89	,88	2,95	1,15	4,50	*2-4 saat ile 6+ saat *4-6 saat ile 6+ saat
	4-6 saat	103	3,01	,84	3,00	1,10	5,00	
	6 saat+	51	3,35	1,00	3,30	1,00	5,00	

* $p < 0.05$

Katılımcıların cep telefonu kullanım sürelerine göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p < 0.05$)

4.10. Katılımcıların Psikiyatrik Tanı Alıp Almaması ile PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların psikiyatrik tanı alıp almamasına göre travma sonrası stres bozukluğu ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların Psikiyatrik Tanı Alıp Almaması İle Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Psikiyatrik tanı var mı?		N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U	p
Bilgiye erişememe	Evet	16	4,31	1,61	3,88	2,50	7,00	1772,000	,048*

	Hayır	313	3,45	1,76	3,25	1,00	7,00		
Rahatlıktan feragat etme	Evet	16	4,14	1,65	4,00	1,60	7,00	1845,500	,076
	Hayır	313	3,36	1,74	3,00	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Evet	16	4,21	2,14	4,50	1,00	6,83	2391,500	,762
	Hayır	313	4,10	1,76	4,17	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Evet	16	3,25	1,48	3,10	1,00	6,00	1967,500	,146
	Hayır	313	2,77	1,75	2,20	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Evet	16	3,97	1,46	4,43	1,65	6,00	1908,500	,109
	Hayır	313	3,45	1,45	3,35	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Evet	16	3,29	,99	3,38	1,65	5,00	1998,000	,173
	Hayır	313	2,97	,90	3,00	1,00	5,00		

* $p<0.05$

Katılımcıların psikiyatrik tanı alıp almamasına göre rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile depresyon sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak, psikiyatrik tanı alan ve almayan katılımcıların bilgiye erişememe kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$).

4.11. Katılımcıların Mal Kaybı/Maddi Hasarlı Kayıp Yaşama Durumu İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların “mal kaybı/maddi hasarlı kayıp yaşayıp yaşamamalarına” göre travma sonrası stres bozukluğu ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların Mal Kaybı/Maddi Hasarlı Kayıp Yaşama Durumu İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Mal kaybı/maddi hasarlı kayıp yaşadım. (Konut, işyeri hasarı ve meslekle ilgili kayıplar vb.)	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U	p	
Bilgiye erişememe	Evet	2	1,75	,35	1,75	1,50	2,00	128,000	,137
	Hayır	327	3,50	1,76	3,25	1,00	7,00		
Rahatlıktan feragat etme	Evet	2	1,30	,42	1,30	1,00	1,60	81,000	,066
	Hayır	327	3,41	1,74	3,20	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Evet	2	2,75	,82	2,75	2,17	3,33	183,500	,284
	Hayır	327	4,11	1,78	4,17	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Evet	2	1,30	,42	1,30	1,00	1,60	146,500	,176
	Hayır	327	2,80	1,74	2,40	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi	Evet	2	1,83	,53	1,83	1,45	2,20	93,500	,082

düzeıı	Hayır	327	3,48	1,45	3,40	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Evet	2	3,03	,67	3,03	2,55	3,50	320,500	,961
	Hayır	327	2,98	,90	3,00	1,00	5,00		

Katılımcıların “mal kaybı/maddi hasarlı kayıp yaşayıp yaşamamalarına” göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0.05$)

4.12. Katılımcıların Yakınlarında Hafif Veya Ağır Yaralananların Olup Olmaması ile PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların “yakınlarında hafif veya ağır yaralananların olup olmamasına” göre PCL-5 puanları ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların Yakınlarında Hafif Veya Ağır Yaralananların Olup Olmaması ile PCL-5 Puanları ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yakınlarımdan hafif veya ağır yaralananlar var.		N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U	p
Bilgiye erişememe	Evet	10	4,18	1,89	4,13	1,50	7,00	1244,500	,236
	Hayır	319	3,47	1,75	3,25	1,00	7,00		

Rahatlıktan feragat etme	Evet	10	3,70	1,29	3,70	1,00	5,20	1387,000	,482
	Hayır	319	3,38	1,76	3,20	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Evet	10	4,97	1,59	5,50	2,17	7,00	1126,000	,113
	Hayır	319	4,08	1,78	4,17	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Evet	10	3,18	2,09	2,60	1,00	6,80	1478,500	,693
	Hayır	319	2,78	1,73	2,20	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Evet	10	4,05	1,48	4,20	1,45	6,30	1219,500	,205
	Hayır	319	3,46	1,45	3,40	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Evet	10	3,72	,67	3,58	2,80	5,00	784,500	,006*
	Hayır	319	2,96	,90	3,00	1,00	5,00		

* $p<0.05$

Katılımcıların “yakınlarında hafif veya ağır yaralananların olup olmamasına” göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak, yakınlarında hafif veya ağır yaralı olan yakını olan katılımcılar ile olmayan katılımcıların deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$).

4.13. Katılımcıların Yakınlarında Yaşamını Yitirenler Olup Olmamasına İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

“Yaşamını yitiren yakınlarının olup olmamasına” göre PCL-5 puanları ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Katılımcıların Yakınlarında Yaşamını Yitirenler Olup Olmamasına İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yakınlarımdan yaşamını yitirenler var.		N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U	p
Bilgiye erişememe	Evet	11	4,05	1,79	4,00	1,50	7,00	1408,500	,272
	Hayır	318	3,47	1,75	3,25	1,00	7,00		
Rahatlıktan feragat etme	Evet	11	3,82	1,69	3,80	1,00	6,40	1482,000	,389
	Hayır	318	3,38	1,74	3,00	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Evet	11	4,38	1,83	5,00	1,50	6,50	1578,000	,581
	Hayır	318	4,09	1,78	4,17	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Evet	11	3,00	1,42	3,20	1,00	5,60	1531,500	,481
	Hayır	318	2,78	1,75	2,20	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Evet	11	3,83	1,43	4,10	1,45	5,75	1455,500	,344

	Hayır	318	3,46	1,46	3,38	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Evet	11	3,12	,83	3,30	1,45	4,35	1498,500	,419
	Hayır	318	2,98	,91	3,00	1,00	5,00		

Yaşamını yitiren yakınlarının olup olmamasına göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.14. Katılımcıların Arkadaş Çevresinden Yaralanan Veya Yaşamını Yitirenler Olup Olmamasına İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

“Arkadaş çevresinden yaralanan veya yaşamını yitirenlerin olup olmamasına” göre PCL-5 puanları ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14: Katılımcıların Arkadaş Çevresinden Yaralanan Veya Yaşamını Yitirenler Olup Olmaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Arkadaş çevremden yaralanan veya yaşamını yitirenler var.		N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U	p
Bilgiye erişememe	Evet	51	3,80	1,78	4,00	1,00	7,00	6200,500	,154
	Hayır	278	3,43	1,75	3,13	1,00	7,00		

Rahatlıktan feragat etme	Evet	51	3,45	1,91	3,20	1,00	7,00	7058,000	,960
	Hayır	278	3,38	1,71	3,20	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Evet	51	3,90	1,95	4,17	1,00	7,00	6515,500	,358
	Hayır	278	4,14	1,75	4,17	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Evet	51	3,02	1,95	2,60	1,00	7,00	6760,000	,597
	Hayır	278	2,75	1,70	2,20	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Evet	51	3,55	1,66	3,70	1,00	7,00	6976,000	,856
	Hayır	278	3,46	1,42	3,38	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Evet	51	3,08	1,02	3,10	1,20	5,00	6661,500	,493
	Hayır	278	2,97	,88	3,00	1,00	5,00		

Arkadaş çevresinden yaralanan veya yaşamını yitirenlerin olup olmamasına göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$).

4.15. Katılımcıların Kendisinin Kayıp Yaşaması Ve Etraftan Veya Medyadan Duyduklarının Olup Olmaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

“Kendisinin kayıp yaşaması ve etraftan ya da medyadan duyduklarının olup olmamasına” göre PCL-5 puanları ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı

ölçümler normal ise bağımsız örneklemeler için t testi değilse Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların Kendisinin Kayıp Yaşamaları Ve Etraftan Veya Medyadan Duyduklarının Olup Olmaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Kendim kayıp yaşamadım; etraftan ya da medyadan duyduklarım var.		N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U / t	p
Bilgiye erişememe	Evet	186	3,52	1,69	3,50	1,00	7,00	U= 12783,000	,546
	Hayır	143	3,45	1,84	3,00	1,00	7,00		
Rahatlıktan feragat etme	Evet	186	3,37	1,65	3,00	1,00	7,00	U= 13279,000	,981
	Hayır	143	3,42	1,86	3,20	1,00	7,00		
İletişim kuramama	Evet	186	4,07	1,69	4,17	1,00	7,00	U= 12885,500	,629
	Hayır	143	4,15	1,89	4,33	1,00	7,00		
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	Evet	186	2,67	1,63	2,20	1,00	7,00	U= 12422,500	,303
	Hayır	143	2,95	1,87	2,60	1,00	7,00		
Toplam Nomofobi düzeyi	Evet	186	3,43	1,39	3,43	1,00	7,00	U= 13121,500	,836
	Hayır	143	3,53	1,54	3,35	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Evet	186	2,91	,87	2,95	1,00	5,00	t= -1,678	,094
	Hayır	143	3,08	,94	3,10	1,10	5,00		

Kendisinin kayıp yaşamaları ve etraftan ya da medyadan duyduklarının olup olmamasına göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı

kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$).

4.16. Katılımcıların Daha Önce Deprem Yaşayıp Yaşamaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların “daha önce deprem yaşayıp yaşamamasına” göre PCL-5 puanları ve nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Katılımcıların Daha Önce Deprem Yaşayıp Yaşamaması İle PCL-5 Puanları Ve Nomofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Daha önce deprem yaşamıştım.	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min	Mak.	U	p
Bilgiye erişememe	Evet	87	3,45	1,87	2,75	1,00	10170,000	,639
	Hayır	242	3,51	1,72	3,50	1,00		
Rahatlıktan feragat etme	Evet	87	3,21	1,73	2,80	1,00	9637,500	,242
	Hayır	242	3,46	1,75	3,20	1,00		
İletişim kuramama	Evet	87	4,02	1,82	4,00	1,00	10174,500	,643
	Hayır	242	4,13	1,77	4,17	1,00		
Çevrimiçi bağlantıyı	Evet	87	2,32	1,57	1,60	1,00	8181,500	,002*
	Hayır	242	2,96	1,77	2,60	1,00		

kaybetme									
Toplam Nomofobi düzeyi	Evet	87	3,28	1,47	3,05	1,15	7,00	9405,500	,140
	Hayır	242	3,55	1,45	3,53	1,00	7,00		
PCL-5 puanı	Evet	87	2,96	,93	3,00	1,10	4,60	10402,500	,870
	Hayır	242	2,99	,90	3,00	1,00	5,00		

* $p < 0,05$

Katılımcıların “daha önce deprem yaşayıp yaşamamasına” göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$). Ancak, katılımcıların “daha önce deprem yaşayan katılımcılar ile deprem yaşantısı olmayan katılımcıların çevrimiçi bağlantıyı kaybetme korkuları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p < 0,05$)

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan 329 kişiye uygulanan Türkçe Nomofobi Ölçeği puan ortalaması $3,47 \pm 1,46$ olmuş ve toplam nomofobi düzeyi yüksek bulunmuştur. Alt ölçekler incelendiğinde bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme ve iletişim kuramama korkuları yüksek düzeyde olup, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme korkusu düşük düzeyde bulunmuştur. Katılımcıların % 17,68'inde aşırı nomofobi, %42,98'inde orta düzeyde nomofobi, %39,02'sinde hafif düzeyde nomofobi bulunduğu belirlenmiştir. Nomofobinin hiç olmadığı kişilerin oranı % 0,6 olarak bulunmuştur. 2020 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların % 80'inde hafif veya orta düzeyde nomofobi saptanmıştır. (42) Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdir.

Bu çalışmada toplam nomofobi düzeyleri ve tüm alt boyutlardan alınan puanlar açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Güneş ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada nomofobi kadınlarda daha yaygın bulunmuştur. (43) Guerrero ve arkadaşlarının öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada da kadınlarda nomofobi düzeyi daha yüksek saptanmıştır. (44) Bu çalışmada kadın ve erkek katılımcılar arasında nomofobi açısından fark bulunamamasının nedeni öğrenci sayısındaki düşüklük olabilir. Daha geniş katılımlı çalışmaların bu konuda daha net bilgiler verebileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumu ve mesleklerine göre bilgiye erişememe kaygısı arasında anlamlı fark bulunmuştur. ($p < 0,05$). Katılımcılardan üniversite mezunu olanlar ilkokul mezunu olanlara göre bilgiye erişememe kaygısı açısından daha yüksek puanlar almıştır. Aksu ve Doğan'ın 2021 yılında nomofobi ve demografik değişkenlerin incelendiği araştırmasında önlisans ve öncesi mezunları ile lisans ve lisansüstü mezunları

arasında anlamlı bir fark tespit edememiştir. (45) Bizim çalışmamızda fark bulunmasının nedeni eğitim seviyeleri arasında büyük fark olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine mesleklere göre bakıldığında mesleği ev hanımı olan grup ile diğer meslekler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ev hanımlarının bilgiye erişememe kaygısı diğer meslek gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebi çalışmayı yaptığımız bölgede genç ve doğurgan nüfusun fazla oluşu nedeniyle çocuk sayısının fazla olmasına bağlı olarak ev hanımlarının boş vakitlerinin fazla olmamasına bağlanabilir.

Katılımcıların cep telefonu kullanma sürelerine göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme ve toplam nomofobi düzeyleri ile depresyon sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Bu konuda literatürde benzer sonuçlarla karşılaşmıştır. Erdem ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada günlük cep telefonu kullanma süreleri ile nomofobi düzeyleri arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür.(46) Bir başka araştırma olan Kocabaş ve arkadaşlarının üniversite hastanesine başvuran hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada günlük telefon kullanma süreleri ile nomofobi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. (47)

Çalışmamızda psikiyatrik tanı alan ve almayan katılımcıların bilgiye erişememe kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$) Psikiyatrik tanı alan kişiler sosyal izolasyon ve iletişim eksikliği içinde olabilirler. Bu eksikliği gidermek için artan teknoloji kullanımı sonrasında gelişen bilgiye erişememe kaygısı olabileceğini düşünüyoruz. Ayrıca psikiyatrik bozukluğu bulunan kişiler genellikle zorlu duygusal durumlarla başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Bu durum bilgiye ulaşma yeteneğini etkiliyor olabilir. Bununla birlikte psikiyatrik bozukluğu bulunan kişilerde anksiyete düzeyleri yüksek olabilir. Dolayısıyla bu kişilerde bilgiye erişememe kaygısı yüksek çıkabilir. Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler kendilerini güvende hissetmek için bilgiye her an ulaşma ihtiyacı hissediyor olabilirler ve bu durumun sekteye uğraması düşüncesi kişilerde bilgiye erişememe kaygısını artırıyor olabilir. King ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada akıllı telefon kullanan kişilerin kendilerini daha fazla güvende hissettiğini,

özerklik ve ilişki ihtiyaçlarının daha rahat karşılandığı sonucuna varmıştır. (48) Bu sonuç bulgularımızı destekler niteliktedir.

2016 yılında Endonezya’ da olan depremle ilgili yapılan bir araştırmada kadınlar ile TSSB puanlarının ilişkili olduğu saptanmış. (49) Deprem sonrası yapılan başka çalışmalarda da kadın cinsiyetinin TSSB’nin bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir. (50,51) Türkiye’de olan 6 Şubat 2023 depremlerinden sonra yapılan bu çalışmada da kadın ve erkeklerin deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Kadınlarda TSSB puanları erkeklere oranla daha yüksekti. Bu sonuç literatürdeki diğer araştırmalarla benzerlikler göstermektedir. Bu sonuç kadınların duygusal tepkileri daha yoğun yaşıyor olmasından, daha öncesinden veya başka travmatik olaylara maruz kalmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca depremle ilgili diğer değişkenlerle TSSB ve nomofobi arasındaki ilişkileri de inceledik.

Katılımcıların “yakınlarında hafif veya ağır yaralananların olup olmamasına” göre toplam nomofobi düzeyleri ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$). Ancak, yakınlarında hafif veya ağır yaralı olan yakını olan katılımcılar ile olmayan katılımcıların deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0,05$). Yakınlarında yaralanan kişilerin olması bireylerde sevdiklerinin güvende olmadığı hissi yaşatmasına ve genel bir kontrol kaybı duygusunun oluşmasına neden olmuş olabilir. Böylece kişiler tehlikeyi yakından hissederek kaygı düzeyleri artmış olabilir.

Katılımcıların “daha önce deprem yaşayıp yaşamamasına” göre bilgiye erişememe, rahatlıktan feragat etme, iletişim kuramama, ve toplam nomofobi düzeyleri ile deprem sonrası ölçülen PCL-5 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$). Ancak, katılımcıların “daha önce deprem yaşayan katılımcılar ile deprem yaşantısı olmayan katılımcıların çevrimiçi bağlantıyı kaybetme korkuları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum, daha önce deprem yaşamış olan katılımcıların çevrimiçi bağlantı kaybı konusunda daha fazla endişe duyduğunu gösterebilir. Bu endişe, geçmiş deprem

deneyimlerinin, gelecekteki iletişim bağlantısını kaybetme korkularını artırabileceğini ve bu durumun nomofobi düzeylerini etkileyebileceğini düşündürebilir.

Bu çalışmanın başlangıç noktasını oluşturan düşünce TSSB belirtilerinin nomofobi düzeylerini artırıyor oluşunu düşünmemizdi. Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ile nomofobi puanları arasında 0,454 olan pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı sonuç bulunmuştur. Başka bir deyişle travma sonrası stres bozukluğu düzeyi arttıkça nomofobi puanları da artmaktadır veya travma sonrası stres bozukluğu düzeyi azaldıkça nomofobi puanları da azalmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu ile nomofobi alt ölçekleri arasında orta düzeylerde pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Kukreti ve arkadaşlarının COVID-19 pandemisi sırasında COVID-19 korkusu, nomofobi ve TSSB arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında nomofobi ile TSSB arasında ilişki olduğu saptanmıştır. (52) Terzioğlu ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada stres düzeyleri ve nomofobi düzeyleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. (53) Literatürdeki bu çalışmalar çalışmamızın sonuçları ile benzerlikler göstermektedir. Bu çalışmada her ne kadar PCL-5 puanları ile nomofobi arasında pozitif korelasyon bulunsa da neden-sonuç ilişkisine dair net bir bilgi elde edilememiştir. Ancak düşüncemiz kişilerin travmatik olayların etkileri ile başa çıkma aracı olarak akıllı telefonu kullanıyor olabileceği yönündedir. TSSB semptomlarına sahip bireyler duygusal düzenleme becerilerinde zorluk yaşayabilirler. İlk etapta teknoloji duygusal durumlarını kontrol etmelerine yardımcı olabilir. Ancak aynı zamanda aşırı kullanım nomofobi gelişimine yol açabilir.

Diğer insanlarla iletişim kurma ve duygusal destek alma imkanı nedeniyle cep telefonları aşırı kullanılıyor olabilir. Sosyal destek arayışı nomofobiyi arttırabilir. Bir başka neden de ayrılık kaygısı olabilir. TSSB semptomları yaşayan bireylerde yaşadıkları yakın ilişkilerinde ayrılık kaygısı duyuyor olabilirler. Ayrılık hissini hafifletme aracı olarak telefon kullanımı nomofobiyi arttırıyor olabilir. Aynı zamanda TSSB ile beraber uykusuzluk ve uyku kalitesinde bozulmalar görülebilir. Bu kişiler telefonlarını uyumadan önce kullanarak uykuya dalmama veya uykusuzlukla mücadele etmek için kullanmaları nomofobiyi tetikleyebilir. Deprem gibi doğal afet durumlarını sık sık gören, duyan ve

yaşayan kişiler sevdiklerine ulaşma veya kendilerine daha kolay ulaşılabilmesi amacıyla da telefonlarını yanlarından ayırmamaları sonucunda nomofobi düzeyleri artıyor olabilir. TSSB ile nomofobi arasındaki neden-sonuç ilişkisinin açıklanabilmesi için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, tüm hastaların psikiyatrik muayene olmadan çalışmaya dahil edilmesiydi. Bu da olası psikiyatrik bozuklukları beliryememize neden oldu. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı da sonuçlarımızı karşılaştıracığımız bir kontrol grubunun bulunmamasıydı. Bir diğer kısıtlılık ise her ne kadar çalışmanın yapıldığı ASM hasta sayısı bakımından Türkiye ortalamasına çok yakın olsa da, çalışmanın daha fazla ASM ve katılımcı ile yapılması daha farklı perpektifler sunabilirdi.

Çalışmamızın güçlü yanlarından biri, tüm çalışmanın tek hekim tarafından yürütülmesiydi. ASM'nin hizmet verdiği popülasyon, Çorum İli'nin sosyodemografik özellikleriyle uyumluydu.

Bu çalışmayı mevcut bilgilerimizle tekrar yapsaydık sonraki araştırmacılara bazı önerilerimiz olurdu. Daha fazla katılımcının olduğu bir örneklem seçmek sonuçların daha güvenilir olmasına katkı sağlayabilir. Yaptığımız araştırmada travma sonrası stres bozukluğu ile nomofobi arasında pozitif korelasyon bulduk. Ancak bu ilişkinin neden sonuç ilişkisini tespit edemedik. Daha fazla nedensel ilişkiyi anlamak için mediatör ve moderatör analizleri gibi yöntemler kullanılarak faktörler arasındaki ilişki daha ayrıntılı incelenebilir. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışmaydı ancak daha uzun dönemli bir çalışma planlanarak zamanın etkisi ve değişen koşullar daha iyi gözlemlenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüz modern toplumunun karşılaştığı bir gerçek, teknolojinin hayatımızın her alanına olan etkisidir. Ancak deprem gibi travmatik olaylarla bir araya geldiğinde, bu etkileşim daha karmaşık bir boyut kazanabilir. Depremın neden olduğu TSSB semptomları, bireylerin teknoloji bağımlılığını artırarak, nomofobi olarak adlandırılan cep telefonundan uzak kalma korkusunu tetikleyebilir ve nomofobi düzeylerinin artmasına sebep olabilir.

Bu araştırmada nomofobi düzeyleri ile PCL-5 puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptandı. Günlük cep telefonu kullanma sürelerine nomofobi ve PCL-5 puanları arasında anlamlı fark olduğu ve kullanım süresi arttıkça her iki ölçek puanını arttırdığı belirlendi. Eğitim durumu, meslek ve psikiyatrik tanı alıp almama durumuna göre bilgiye erişememe kaygısı arasında anlamlı fark bulundu. Depremde yaralanan yakını bulunması durumuna göre nomofobi açısından anlamlı fark bulunmadı ancak PCL-5 puanlarını artırdığı saptandı. Daha önce deprem yaşayıp yaşamamasına göre PCL-5 puanları arasında anlamlı fark bulunamamasına rağmen çevrimiçi bağlantıyı kaybetme korkusu arasında anlamlı fark belirlendi.

Günümüzde hem nomofobi hem de TSSB oldukça sık karşılaşılan bir problem. Hastaların herhangi bir sağlık probleminde ilk müracaat ettikleri kuruluş genellikle ASM'lerdir. Bu açıdan aile hekimlerinin nomofobinin sebep olduğu fiziksel ve psikolojik belirtiler açısından tetikte olması arka plandaki olası TSSB tanısının daha erken teşhis edilmesine olanak sağlayabilir. Özellikle okul çağındaki bireylerde nomofobinin son derece yüksek oluşu öğrencilerin sosyal, psikolojik ve akademik başarıları açısından tehdit oluşturmaktadır. Aile hekimleri öğrencilerin ailelerini bu açıdan bilgilendirerek nomofobi farkındalığını artırıp sorunun çözümünde kapsamlı bir yaklaşım sağlanabilir.

Sağlık alanına ayrılan kaynakların etkin ve verimli kullanımı toplum sağlığını koruma ve yükseltmede son derece önemlidir. Bu açıdan politika yapıcılar toplumda yaygın görülen hastalıkları daha kapsamlı ele almalıdırlar. Özellikle genç nüfusta yaygın olan nomofobi ile mücadele ve farkındalığın artması için gerek yazılı ve görsel medyada gerekse okullarda bilinçlendirme kampanyaları düzenlenebilir. Psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerine kolay ve ücretsiz ulaşım sağlanabilir hale getirilebilir. Okullarda ve üniversitelerde, özellikle genç yaş gruplarına yönelik dijital bağımlılık ve travmatik stresle başa çıkma becerileri gibi konularda eğitim programları oluşturulabilir. Bu programlar, bireylerin duygusal dayanıklılığını artırarak TSSB riskini azaltabilir. Bu noktada, deprem sonrası psikolojik destek hizmetlerinin tasarımı ve teknoloji kullanımının dengelemesi politika yapıcıların öncelikli konularından biri olmalıdır. Gelecekteki adımlar, bireylerin duygusal ihtiyaçlarını karşılarken aynı zamanda teknoloji kullanımının olumsuz etkilerini azaltmayı hedeflemelidir.

7. KAYNAKLAR

- 1 Güneş Ahmet. Kil Tabletlerden Elektronik Tabletlere. İletişim Araçlarının Tarihsel Gelişim Süreci. Humanities Sciences. 2013,8.3:277-300.
- 2 Akar H, Yeni İletişim Teknolojileri Ve Bu Teknolojilerin Halkla İlişkiler Çalışmalarında Kullanılması. Erciyes İletişim Dergisi. 2010;1(3):97-107.
- 3 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.
- 4 We Are Social. Digital In 2023 (Internet). <https://wearesocial.com/digital-2023> Adresinden 21.05.2023 Tarihinde Erişilmiştir.
- 5 Yıldırım S, Kışoğlu A. Teknolojinin getirdiği yeni hastalıklar: nomofobi, netlessfobi, fomo. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2018; 25.(4):473-480.
- 6 Shankar V, Singh K, Jangir M, Nomophobia: Detection and analysis of smartphone addiction in Indian perspective. Int J Appl Eng Res. 2018; 13: 11593-9.

- 7 Katz C.L,Pellegrino L,Pandya A,Ng A, Delisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry research*. 2002; 110.(3):201-217.
- 8 Canel A.N, Balcı L. Deprem Travmasının Kuşaklararası Aktarımı. Salman S,Babacan H, Soldatovic T, Temizer A.1.Basım Ankara: Gece Kitaplığı; 2018.491-514.
- 9 Çiller A, Köskün T, Akça AYE. Post Traumatic Stress Disorder and Behavioral Therapy Intervention Techniques Used in Treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022; 14.(4):499-509.
- 10 Serinçay H, Mat G, Ülger E, Özçakır A, Alper Z, Uncu Y. Covid-19 pandemisinde travma sonrası stres bozukluğu: Aile hekimliği yaklaşımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2021; 25.(2):37-46.
- 11 Sönmez M.B. Depremın psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme. *TOTBİD Dergisi*. 2022; 21.(3):337-343
- 12 İzci F, Ünveren G. Travma sonrası stres bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2017; 6.(1) 31-38
- 13 Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E, Hughes M, Nelson C.B. Posttraumatic Stress Disorder in the national comorbidity survey. *Archives of Genetic Psychiatry*. 1995, 52.(12), 1048-1060.
- 14 Çolak B, Kokurcan A, Hüseyin H.Ö. DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*. 2010; 18.(3):19-26.

- 15 Alpay E.H, Çelik D. Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2022; 14(4), 589-596
- 16 American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V: American psychiatric association Washington. DC; 2013.
- 17 Darves-Bornoz J.M, Alonso J, Girolamo G, Graaf R, Haro J.M, Kovess-Masfety V. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. Journal of traumatic stress. 2008; 21.(5): 455-462.
- 18 Breslau N, Kessler R.C, Chilcoat H.D,Schultz L.R, Davis G.C, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Archives of general psychiatry. 1998; 55.(7):626-632.
- 19 Kessler R.C, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K.R, Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005; 62.(6):593-602.
- 20 Karancı N.A, Aker T.A, Işık S. Yetişkinlerde travmatik olay yaşama yaygınlığı, travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişimin değerlendirilmesi. 2009 <https://app.trdizin.gov.tr/publication/project/detail/T1RFNU16TT0> Accessed: 15.05.2023.
- 21 Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Anatolian Journal of Clinical Investigation. 2014; 8.(2):98-104.

- 22 Dückers M.L, Alisic E, Brevin C.R. A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2016; 209.(4):300-305.
- 23 ALMLI L.M, Fani N, Smith A.K,Ressler K.J. Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2014; 17.(2):355-370.
- 24 AL J, Ahmed Z.T, Reijnders R.A, Nijs L, Eijssen L.M.T. To Predict, Prevent, and Manage Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Review of Pathophysiology, Treatment, and Biomarkers. *International journal of molecular sciences*. 2023; 24.(6):5238.
- 25 Sareen J, Stein M.B, Friedman M. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. 2023 <https://medilib.ir/uptodate/show/500> . Accessed: 27.05.2023.
- 26 Ehret M. Treatment of posttraumatic stress disorder: Focus on pharmacotherapy. *Mental Health Clinician*. 2019; 9.(6):373-382.
- 27 Schnurr P.P. Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current opinion in psychology*. 2017; 14:56-60.
- 28 Lancaster C.L, Teeters J.B, Gros D.F, Back S.E. Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment. *Journal of clinical medicine*. 2016; 5.(11):105.

- 29 Screen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2014; 59.(9):460-467.
- 30 Stein M.B, McQuaid C.R, Pedrelli P, Lenox R, McCahill M.E. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General hospital psychiatry*. 2000; 22.(4): 261-269.
- 31 Belleau E.L, Chin E.G, Wanklyn S.G, Zambrano-Vazquez L, Schumacher J.A, Coffey S.F. Pre-treatment predictors of dropout from prolonged exposure therapy in patients with chronic posttraumatic stress disorder and comorbid substance use disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2017; 91:43-50.
- 32 King A.L.S, Valencia A.M, Silva A.C.O, Baczynski T, Carvalho M.R, Nardi A.E. Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia?. *Computers in human behavior*. 2013; 29.(1):140-144.
- 33 Rugai J, Hamilton-Ekeke J.T. A Review of Digital Addiction: A Call for Safety Education. *Journal of Education and e-Learning Research*. 2016; 3.(1): 17-22.
- 34 Bragazzi N.L, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*. 2014; 155-160.
- 35 Bekaroğlu E, Yılmaz T. Nomophobia: Differential diagnosis and treatment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 2020; 12.(1): 131-142.
- 36 Notara V, Vagka E, Gnardellis C, Lagiou A. The emerging phenomenon of nomophobia in young adults: A systematic review study. *Addiction & health*. 2021; 13.(2):120.

- 37 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.
- 38 Bhattacharya, S., Bashar, M. A., Srivastava, A., & Singh, A. Nomophobia: No mobile phone phobia. *Journal of family medicine and primary care*. 2019;8(4):1297.
- 39 Yildirim C. Exploring The Dimensions Of Nomophobia: Developing And Validating A Questionnaire Using Mixed Methods Research. Doktora Tezi, Iowa State Universty, Iowa, 2014.
- 40 Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*. 2015;28(6):489-98.
- 41 Boysan M, Güzel Ozdemir P, Ozdemir O, Selvi Y, Yilmaz E, Kaya N. Psychometric Properties Of The Turkish Version Of The Ptsd Checklist For Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition (Pcl-5). *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 08 Temmuz 2017;27:1-11.
- 42 Jahrami H, Rashed M, AlRasheed M, Bragazzi N.L, Saif Z., Alhaj O et al. Nomophobia is associated with insomnia but not with age, sex, BMI, or mobile phone screen size in young adults. *Nature and Science of Sleep*.2021;(13) 1931-1941.
- 43 Güneş, N. A, Gücük S. The relationship between nomophobia levels and academic successes in medical faculty students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;14(3):396-402

- 44 Rodríguez-García A.M, Moreno-Guerrero A.J, Lopez Belmonte J. Nomophobia: An individual's growing fear of being without a smartphone—a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2020;17(2):580.
- 45 AKSU B. Ç, DOĞAN A. Çalışanların Nomofobi Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Araştırma. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2021;11(2):483-508.
- 46 Erdem H., Kakın G, Türen U, Deniz M. Üniversite öğrencilerinde mobil telefon yoksunluğu korkusunun (nomofobi) akademik başarıya etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2016;21(3):923-936.
- 47 Kocabaş D, Korucu K.S. Dijital Çağın Hastalığı Nomofobi Üzerine Bir Araştırma. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*.2018;5(11):254-268.
- 48 King A. L. S, Valença A. M, Nardi, A. E. Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence?. *Cognitive and Behavioral neurology*. 2010;23(1):52-54.
- 49 Marthoenis M, Nirwana, A, Fathiariani L. Prevalence and determinants of posttraumatic stress in adolescents following an earthquake. *Indian journal of psychiatry* .2019;61(5):526.
- 50 Divsalar P, Dehesh T. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder and depression among survivors over 12 years after the bam earthquake. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020;16:1207-1216.

- 51 Brewin C. R, Andrews B, Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(5): 748.
- 52 Kukreti S, Ahorsu D. K, Strong C, Chen I.H, Lin C. Y, Ko N. Y et al. Post-traumatic stress disorder in Chinese teachers during COVID-19 pandemic: Roles of fear of COVID-19, nomophobia, and psychological distress. In *Healthcare*. 2021;9(10):1288.
- 53 Terzioğlu M. A, Uğurlu T.T. Perceived stress and nomophobia in medical faculty students during COVID-19 pandemic. *Bağımlılık Dergisi*.2021;22(4):474-482.



Ek 3: Sosyodemografik Veri Formu

Deprem Sonrası Post Travmatik Stres Bozukluğu Belirtileri ile Nomofobi İlişkisi

- 1 **Yaşınız:**
- 2 **Cinsiyet:** a)Kadın b) Erkek
- 3 **Eğitiminiz:** 1) Hiç yok 2)Okuma/yazma 3) İlkokul 4) Ortaokul 5)Lise 6) Üniversite 7) Üniversite sonrası
- 4 **Mesleğiniz:**
a) Öğrenci b) Ev Hanımı c) Çalışmıyor d) Serbest meslek e) Memur
f) Emekli Diğer
- 5 **Cep telefonunu günlük kullanma süreniz ne kadar?**
a) 0-2 saat b) 2-4 saat c) 4-6 saat d) 6 saatten fazla
- 6 **Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konuldu mu veya geçirdiniz mi?**
a) Evet (belirtiniz) İlaç ismi:.....
b) Hayır
- 7 **6 Şubat 2023 tarihinde ve sonrasında ülkemizde gerçekleşen depremler sonucunda aşağıdakilerden hangileriyle karşılaştınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
a) Mal kaybı/maddi hasarlı kayıp yaşadım. (Konut, işyeri hasarı ve meslekle ilgili kayıplar vb.)
b) Yakınlarımdan hafif veya ağır yaralananlar var.
c) Yakınlarımdan yaşamını yitirenler var.
d) Arkadaş çevremden yaralanan veya yaşamını yitirenler var.
e) Kendim kayıp yaşamadım; etraftan ya da medyadan duyduklarım var.
f) Daha önce deprem yaşamıştım.
e) Hiçbirisi

Ek 5: Türkçe Nomofobi Ölçeği

Kesinlikle Katılmıyorum					Kesinlikle Katılıyorum						
1	2	3	4	5							
					1	2	3	4	5	6	7
1	Akıllı telefonumdan sürekli olarak bilgiye erişemediğimde kendimi rahatsız hissedirim.										
2	Akıllı telefonumdan istediğim her an bilgiye bakamadığımda canım sıkılır.										
3	Haberlere (örneğin neler olup bittiğine, hava durumuna ve diğer haberlere) akıllı telefonumdan ulaşmamak beni huzursuz yapar.										
4	Akıllı telefonumu ve telefonumun özelliklerini istediğim her an kullanamadığımda rahatsız olurum.										
5	Akıllı telefonumun şarjının bitmesinden korkarım.										
6	Kontörüm (TL kredim) bittiğinde veya aylık kota sınırimi aştığımda paniğe kapılırım.										
7	Telefonum çekmediğinde veya kablosuz İnternet bağlantısına erişemediğimde sürekli olarak sinyal olup olmadığını veya kablosuz erişim bağlantısı bulup bulamayacağımı kontrol ederim.										
8	Akıllı telefonumu kullanamadığımda, bir yerlerde mahsur kalacağımdan korkarım.										
9	Akıllı telefonuma bir süre bakamadıysam, bakmak için güçlü bir istek hissedirim.										
Eğer akıllı telefonum yanımda değilse...					1	2	3	4	5	6	7
10	Ailemle ve/veya arkadaşlarımla hemen iletişim kuramayacağım için kaygı duyarım.										
11	Ailem ve/veya arkadaşlarımla bana ulaşamayacakları için endişelenirim.										
12	Gelen aramaları ve mesajları alamayacağım için kendimi huzursuz hissedirim.										
13	Ailemle ve/veya arkadaşlarımla iletişim halinde olamadığım için endişelenirim.										
14	Birinin bana ulaşmaya çalışıp çalışmadığını bilemediğim için gerilirim.										
15	Ailem ve arkadaşlarımla olan bağlantım kesileceği için kendimi huzursuz hissedirim.										

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 6: PCL-5 Kontrol Listesi Ölçeği

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye devam eden yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. Son bir ay içinde bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:	Hiç	Çok Az	Orta Derece	Oldukça Fazla	Aşırı
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığımız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4