

**TC.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AKILLI
TELEFON KULLANMA DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ERDİ ULUTAŞ**

MART – 2019

**TC.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AKILLI
TELEFON KULLANMA DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ERDİ ULUTAŞ**

**DANIŞMAN:
PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER**

MART – 2019

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23/01/2018-63 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

11/03/2019

Dr. Erdi ULUTAŞ



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim süresince ilgi, bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım danışman hocam sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER'e, tez konumu bulmamda yardımcı ve her zaman yol gösterici olan hocam sayın Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ'ye, tez çalışmamın her aşamasında desteğini gösteren, ilgisini esirgemeyen çok değerli yardımcı danışman abim Uzm. Dr. Abdülkadir AYDIN'a, verileri toplama aşamasında yardımcı olan Nurcan KOÇ'a, tez yazarken yol arkadaşlığı yaptığım kıymetli dostlarım: Dr. Tuğçe ERDOĞAN ÖZYURT ve Dr. Mehmet PEKDEMİR'e, çok değerli asistan arkadaşlarıma, bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, sevgileri, destekleri ve fedakarlıkları ile daima yanımda olan canım annem, babam ve ablama sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

Dr. Erdi ULUTAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ	3
2.1.1.Sağlık ve Sosyal Sağlık Kavramları.....	3
2.1.2.Yaşam Kalitesi ve Sağlık İlişkisi.....	5
2.1.3.İletişim Tanımı ve Önemi.....	7
2.1.4.Sosyal Sağlık İçin İletişim Önemi.....	9
2.2.AKILLI TELEFON VE BAĞIMLILIĞI	10
2.2.1.Akıllı Telefon ve Özellikleri.....	10
2.2.2.Akıllı Telefon Bağımlılığı.....	11
2.2.3 Akıllı telefon Bağımlılığının Neden Olduğu Sorunlar.....	13
2.2.4.Akıllı Telefon Kullanım Düzeyi.....	15
2.2.5.Bireylerin Akıllı Telefon Satın Almalarına Etki Eden Faktörler.....	17
2.3.YAŞAM KALİTESİ	19
2.3.1.Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	19
2.3.2.Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları.....	20
2.3.3.Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	23
2.3.4.Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları.....	25
2.3.5.Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçütler.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4. BULGULAR	32

5. TARTIŞMA VE SONUÇ	43
6. KAYNAKLAR	49

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GPS	: Global Positioning System
GSM	: Global System for Mobile Communications
HRQoL	: Health-related quality of life
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Konjestif kalp yetmezliği
KS	: Kültüre Standardize
NHP	: The Nottingham Health Profile Ölçeği
QALY	: The Quality of Well Being Scale
QoL	: Quality Of Life
SCYK	: Statik Çok Yapraklı Kolimatör
Wi-Fi	: Wireless Fidelity

TABLULAR

- Tablo 1.** 1929-2017 Yılları Arası Telefon ve İnternet Abone Sayıları
- Tablo 2.** Öğrencilere Ait Demografik Veriler
- Tablo 3.** Öğrencilerin Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular
- Tablo 4.** Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular
- Tablo 5.** Öğrencilerin Yaşlarına Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular
- Tablo 6.** Öğrencilerin Eğitim Gördükleri Bölümlere Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular
- Tablo 7.** Öğrencilerin Aylık Harcamalarına Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular
- Tablo 8.** Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Cinsiyetler Arası Karşılaştırması
- Tablo 9.** Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırması
- Tablo 10.** Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Bölümler Arası Karşılaştırması
- Tablo 11.** Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Öğrencilerin Aylık Harcama Düzeyleri Arası Karşılaştırması
- Tablo 12.** Öğrencilerin Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Korelasyon Değerleri
- Tablo 13.** Yaşam Kalitesi Faktörleri ile Akıllı Telefon Kullanımı Maddeleri Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi

ŞEKİLLER

Şekil 1. AB Ülkeleri ve Türkiye’de Mobil Abone Başına Düşen Aylık Ortalama Konuşma Süresi (dk/ay)

Şekil 2. The Nottingham Health Profile Ölçeği

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Akıllı telefon kullanımındaki hızlı artış, bağımlılığı ve problemleri kullanımını beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalar akıllı telefon kullanımının sağlığa olumsuz etkisini vurgulamaktayken, yaşam kalitesi ile olan ilişkisini tam olarak verememektedir. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT: Çalışma Mart 2018 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesinde lisans eğitimi alan 507 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilere sosyodemografik özelliklerin sorgulanması amacıyla hazırlanan bir kişisel bilgi formu, akıllı telefon kullanım düzeylerini ölçmek için “Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği” ile yaşam kalitelerini ölçmek için “WHOQOL-BREF TR Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulandı. Öğrencilerin ölçeklerden aldığı puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 267 (%52,7)’si kadın ve 240 (%47,3)’ü erkek toplam 507 kişi dahil edilmiştir. Öğrencilerin akıllı telefon kullanım özelliklerine yönelik değerlendirmede kadınların erkeklere göre, aylık harcaması yüksek olanların düşük olanlara göre, düşük yaş grubundakilerin yüksek yaş grubundakilere göre akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akıllı telefon kullanımının yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdiğimizde ise bağımlılık düzeyi yüksek olanların yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve çevresel sağlık ile sosyal ilişkiler alt gruplarında düşük puan aldığı görülmüştür.

SONUÇ: Akıllı telefonların günlük hayatı kolaylaştırıcı etkilerinin yanında, aşırı kullanımının yaşam kaliteleri üzerine negatif yönde etkileri olabileceği görülmektedir. Bu konu üzerine daha kapsamlı ve uzun süreli çalışmaların yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Akıllı Telefon Kullanma Düzeyi, Üniversite Öğrencileri, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SAKARYA UNIVERSITY STUDENTS' LEVELS OF SMARTPHONE USE AND QUALITY OF LIFE

INTRODUCTION AND AIM: The rapid increase in the use of smartphones brings along addiction and their problematic use. Researches highlighted the negative impact of smartphone use on health, however its relationship with quality of life have not been fully revealed. In this study, it is aimed to investigate the relationship between the quality of life and smart phone addiction among the university students.

MATERIALS AND METHODS: The study was conducted between March 2018 and May 2018 on 507 university students studying at Sakarya University. A personal information form which was prepared for the purpose of questioning sociodemographic characteristics, "Smart Phone Addiction Scale" to measure levels of smartphone use and "WHOQOL-BREF TR Quality of Life Scale" to measure the quality of life were used. The relationship between the scores of the students on each scale was evaluated statistically.

RESULTS: The study included 267 (52.7%) females and 240 (47.3%) males with a total of 507 people. In the assessment of students' characteristics of smartphone usage, it was determined that women compared to men, people with higher monthly expenses and people at younger ages had higher levels of smartphone addiction. When we evaluate the effect of smartphone use on quality of life, it was observed that the quality of life of those with higher addiction level had lower scores on physical, psychological, environmental health and social relations subgroups.

CONCLUSION: Besides the daily life-facilitating effects of smartphones, it can be seen that the overuse of smartphones may have negative effects on quality of life. We believe that more comprehensive and long-term studies should be carried out on this subject.

KEY WORDS: Level of Smartphone Use, University Students, The Quality of Life

1. GİRİŞ

İletişim, yaşamlarımızın merkezi bölümünü oluşturmaktadır. İletişim; var olmak, haberleşmek, paylaşmak, eğlenmek ve mutlu olmak üzere beş temel amaca yönelik olarak gerçekleşmektedir (Kaypakoğlu 2008). Son yıllarda gelişen teknoloji sayesinde, akıllı telefonlar yaşamımızın ayrılmaz bir parçası haline almış ve kişiler arasında yeni bir iletişim ağı oluşturmuştur. Oldukça yakın bir zamanda hayatımızda yer almaya başlayan akıllı telefonlar, toplumsal açıdan dikkat çeken ciddi bir kullanım düzeyine ulaşmıştır. Son 30 yıldır iletişim teknolojilerinde yaşanan bu gelişmeler akıllı telefonların kapasitelerini ve dolayısıyla kullanım alanlarının sınırlarını da genişletmektedir (Kahyaoğlu 2016).

İnternet; uygun elektronik ticaret, bilgi paylaşımı, diğer kültürlerle iletişim, duygusal destek ve eğlence gibi çeşitli amaçlar için kullanılabilen bir platformdur. Bir akıllı telefon, internet ve cep telefonu servislerini birleştiren önemli bir ayardır (Sherer 1997, Kraut et al. 1998).

Akıllı telefonlar, internetin sunduğu avantajlara ek olarak farklı hizmetlerde sunmaktadır. Her akıllı telefonda bir dijital fotoğraf makinesi bulunmaktadır. Çoğu akıllı telefon ise bir ön ve arka kamerası arasında değişebilen dijital kameralara sahiptir. Ayrıca bu telefonlar ses kayıt cihazı (mikrofonu kullanarak), uydu navigasyon sistemi, gezi planlayıcısı, medya oynatıcı, saat, haber, hesap makinesi, web tarayıcısı, video oyun oynatıcı, el feneri, pusula (dahili manyetometreler içeren akıllı telefonlar bir pusula işlevi görebilir), adres defteri, not yaratıcısı, etkinlik takvimi, vb. donanımlara sahiptirler (Taylan 2016).

Dünya çapında akıllı telefon kullanıcı sayısı 2014 yılında 1,85 milyar kişiye ulaşmıştır. Bu sayının 2020'de ise 2,87 milyar olması beklenmektedir (<https://www.statista.com/statistics/263441/global-smartphone-shipmentsforecast/>, Erişim tarihi: 13.08.2018). Akıllı telefonlar hayatımızda birçok kolaylık sunmakta fakat kullanımlarının dikkat çeken olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Akıllı telefon bağımlılığı, akıllı telefon kullanımının kontrol edilemezliği ile ilgili bir olgudur. Bu

problemi olan insanlar sosyal, psikolojik ve sağlık sorunlarıyla daha fazla karşılaşırlar (Young 1999, Heron ve Shapira 2004). Özellikle ergen popülasyon (13-19 yaş grubu) akıllı telefon bağımlılığı için yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Genellikle akıllı telefonlarına g¼c¼lü bir şekilde bağlanmakta ve bir akıllı telefonu ikinci kendileri olarak g¼rmektedirler. Birçok akıllı telefon kullanıcısı bir akıllı telefonu olmadan yaşayamayacaklarını belirtmişlerdir. Gelişimsel olarak, ergenlerçeşitli fiziksel ve psikolojik değişiklikler yaşamaktadırlar. Bir yandan ebeveynlerinin hayatlarına ve kimliklerine atıfta bulunurken; diğer yandan ebeveynlerinden bağımsız olmaya, kimliklerini oluşturmaya ve kendileri için bağımsız bir alan yaratmaya çalışmaktadırlar. Bu değişiklikler sırasında, bir akıllı telefon ergenler için vazgeçilmez hale gelmektedir. Aynı zamanda yeni teknolojiyi yakından takip etmekte ve bu tür cihazları yetişkinlerden daha kolay kullanabilmektedirler (Young 2007).

Yaşam kalitesinin, günümüzde tüm bilimler açasından kabul görecekt tek bir tanımı bulunmamaktadır (Bilir ve ark. 2005). Ancak tüm tanımlardaki ortak nokta insan faktörü ve onun öznel değerlendirme sistemidir. Genellikle bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir (Torlak ve ark. 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini: bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığı olarak tanımlamaktadır.

Akıllı telefon kullanımındaki hızlı artış, bağımlılığı ve problemlili kullanımı beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalar cep telefonu kullanımının arttığını ve sağlığa olumsuz etkileri olabileceğini vurgulamaktayken, yaşam kalitesine etkisini tam olarak ortaya koyamamaktadır. Bu çalışmada, akıllı telefon kullanım düzeylerinin kişilerin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

2.1.1. Sağlık ve Sosyal Sağlık Kavramları

Sağlık; insandaki biyolojik sistemin maksimum verimle enerji elde etme, dönüştürme, dağıtma ve kullanma becerisidir. Klasik tıbbi araştırmalar genellikle hastalığa odaklanmakta ve sağlığı hastalığın yokluğu olarak tanımlamaktadırlar. Bununla birlikte, DSÖ'nün 1948 anayasasındaki tanımlamasına göre sağlık; sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal esenlik durumudur. Bu tanım, özellikle de operasyonel değerden yoksun olması, uyumlu sağlık stratejilerinin geliştirilmesindeki belirsizlik ve “tam” kelimesinin kullanılmasıyla yaratılan problem nedeniyle tartışmalara konu olmuştur. Sağlık, vücudun sabit bir şekilde ayarlanmasıyla ve homeostaz olarak adlandırılan iç dengenin korunması için ortamdaki gerilimlere ve değişikliklere yanıt olarak adapte edilmesiyle oluşan dinamik bir durumdur. Daha yakın dönemde yapılan tıbbi sağlık tanımları, değişen iç ve dış koşullara uyum sağlama kapasitesini vurgulamaktadır (<http://readgur.com/doc/637772/ab-ilerleme->, Erişim tarihi: 10.11.2018).

Sosyal sağlık kavramı, fiziksel veya zihinsel sağlıktan daha az sezgiseldir. Yine de fiziksel ve zihinsel sağlıkla birlikte sağlık tanımının üç sütunundan birini oluşturur. Sosyal sağlık, başkalarıyla tatmin edici kişilerarası ilişkiler kurma yeteneğini içermektedir. Aynı zamanda, farklı sosyal durumlara rahatça uyum sağlama ve çeşitli ortamlarda uygun şekilde hareket etme yeteneği ile de ilişkilidir (Torlak ve ark. 2008).

Eşler, iş arkadaşları ve tanıdıkların hepsi birbirleriyle sağlıklı ilişkilere sahip olabilir. Bu ilişkilerde her bir kişi, güçlü iletişim becerilerine, başkalarına karşı empati ve sorumluluk duygusuna sahip olmalıdır. Aksine; geri çekilmek, kin duymak veya bencil olmak gibi özellikler ise sosyal sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir. Stres sağlıklı bir ilişki için en önemli tehditlerden biri olarak görülmektedir. Bu yüzdendüzenli fiziksel aktivite, derin nefes alma ve pozitif yönde kendini telkin etmek gibi kanıtlanmış tekniklerle yönetilmelidir (Huber et al. 2011).

Tüm ilişkilerde, yakınlık olarak da bilinen bir miktar duygusal katılım olmaktadır. Bir ilişkinin ne kadar samimi hale geleceğini belirlemek uzun vadeli sosyal sağlık için kritik öneme sahiptir. Kişiler tanıdıkları veya meslektaşları ile çok az yakınlığa sahip olsalar da aile üyeleri ve eşler genellikle sevgi olarak kabul edilebilecek kadar yüksek samimiyet seviyelerine sahiptirler. İlişkiler çeşitli nedenlerle tehlikeye girebilir. Dürüstlük veya açıklık eksikliği, gerçekçi olmayan beklentiler, kıskançlık ve sağlıklı bir iletişim ilişkileri zorlayabilen faktörlerdir. Empati ve müzakere gibi ilişki problemçözüm yöntemleri, duruma yardımcı olmak için gerekli olabilir. Durumu iyileştirme girişimleri başarısız olursa, sağlıklı bir ilişkinin sonlanması gerekebilir. Sağlıklı bir ilişkinin özellikleri şunlardır (Huber et al. 2011):

- Güven- Katılanlar birbirlerine inanırlar ve ilişki için en iyisini yaparlar.
- Merhamet- İlişkide diğer bireylerin fiziksel ve duygusal refahı önemli kabul edilir.
- Saygı- Zaman, çaba ve para gibi ilişkide bulunulan diğer kişiler için yapılan fedakârlıklar olarak kabul edilir ve değerlendirilir.
- Kabul- Bireysel özellikleri ve kişilik özelliklerini değiştirmek gibi bir beklenti içinde olmamaktır. Karşısındaki bireyi her yönüyle olduğu gibi kabul etmektir.
- Karşılıklılık- İlişki içinde vermek ve almak nispeten eşittir.

DSÖ'ye göre, sağlığın temel belirleyicileri arasında sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre ile kişinin karakterisayılabilir. Sağlığın sürdürülmesi ve teşvikibazen “sağlık üçgeni” olarak da anılan fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın farklı kombinasyonları ile sağlanır. Daha spesifik olarak, insanların sağlıklı ya da sağlıklı olma durumunu etkilediği düşünülen temel faktörler şunlardır (Huber et al. 2011):

- Gelir ve sosyal statü
- Sosyal destek ağları
- Eğitim ve okuryazarlık
- İstihdam / çalışma koşulları
- Sosyal ortamlar
- Fiziksel ortamlar
- Kişisel sağlık uygulamaları ve baş etme becerileri

- Sağlıklı çocuk gelişimi
- Biyoloji ve genetik
- Sağlık hizmetleri
- Cinsiyet
- Kültür

evre, genellikle bireylerin sağlık durumunu etkileyen önemli bir faktör olarak bilinmektedir. evre kavramı; doğal çevrenin, yapılı çevrenin ve sosyal çevrenin özelliklerini içerir. Temiz su ve hava, yeterli barınma, güvenli topluluklar ve yollar gibi faktörlerin özellikle bebek ve çocuk sağlığına olumlu katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bazı alışmalar, doğal ortam dahil olmak üzere mahalle rekreasyon alanlarının eksikliğinin, genel sağlık ve refahla bağlantılı olarak daha düşük kişisel tatmin düzeylerine ve daha yüksek obezite görülme oranlarına yol açtığını göstermiştir. Bu veriler, kentsel bölgelerdeki doğal alanların toplum sağlığı üzerine olumlu etkilerinin, kamu politikası ve arazi kullanımında dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (şekuri 2006).

2.1.2. Yaşam Kalitesi ve Sağlık İlişkisi

Yaşam kalitesi; hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak kişilerin, yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir (Demirkıran 2012, Edisan ve ark. 2013). ner (2014) ise yaşam kalitesini bireyin yaşamındaki konumunun, kültürel ve değer sistemleri bağlamında amaçları, inançları ve beklentileri ile ilgili olarak algılanması olarak tanımlanmıştır.

Sağlıkla ilgili yapının sadece fiziksel, duygusal ve sosyal refahı değil, daha fazlasını ifade ettiği göz önüne alındığında, “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramı sadece “yaşam kalitesi” üzerine odaklanmaktadır. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, hastalığın ve farklı tedavilerin kişisel düzeydeki etkisinin ölçülebileceği bir kıyaslama sağlar (Edisan ve ark. 2013).

Yaşam kalitesi ve sağlık durumu kavramları arasındaki korelasyon, fizyolojik faktörler, semptomatoloji, genel işlevsellik, genel sağlık algıları ve genel refah gibi

hastaların genel işleyişi ile ilişkili alanlarda karmaşık sonuçların bir sürekliliği olarak kavramsallaştırılmıştır. Sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, terapötik yararın belirlenmesinde önemli bir faktördür (Mezzich et al. 2000, Thompson and Roebach, 2001).

Mevcut sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, konuların gerçek durumlarını kişisel beklentileri ile ilgili olarak belirlediğini kabul etmektedir. Özellikle sağlık sorunları yaşayan bireyler, genel olarak yaşam kalitesi ve refahın merkezi bir unsur olarak sağlık durumlarına değer vermeye eğilimli olabilse de ciddi bir sağlık sorunundan etkilenen insanların sağlık durumundaki değişikliklere karşı çeşitli tepkiler geliştirdikleri görülmektedir. Korunmasız bir sağlık durumunun içsel adaptasyonu, kişinin yaşam kalitesinin kendi kendini değerlendirmesinin anlamında bir değişiklik olarak tanımlanan “tepki kayması” olarak adlandırılmıştır. Bu fenomen, önemli bir sağlık durumu değişikliği, kişilik özellikleri ve kişisel uyum mekanizmaları arasındaki etkileşimlerden kaynaklanmaktadır (Schwartz et al. 1999).

Yaşam kalitesi, genel olarak mutluluğun bir göstergesi olarak kabul edilir ve bir bütün olarak yaşamdan mutluluk ve memnuniyeti içerir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, daha sınırlı olarak hastalık veya sağlık müdahalelerini kapsamaktadır (Soares et al. 2011). Yaşam kalitesinin anlaşılması giderek daha önemli bir sağlık konusu olarak kabul edilmektedir. Çünkü maliyet ve değer arasındaki ilişki; karmaşık problemleri beraberinde getirmekte, çoğu zaman da insan hayatındaki potansiyel etkileri nedeniyle yüksek duygusal bağlanmalar ortaya çıkarmaktadır. (Abdel-Khalek 2010).

Bazı yazarlar, bireylerin yaşam kaliteleri ile onların ruh sağlığı ve mutluluk ya da öznel iyi olma gibi diğer pozitif psikolojik boyutları arasında yakın bir ilişki olduğunu öne sürmektedirler (Gaspar et al. 2010). Hem fiziksel hem de zihinsel sağlığın yaşam kalitesi algısına katkıda bulunduğu, bunun yanında zihinsel sağlığın katkısının daha büyük ölçüde olduğu belirtilmiştir (Zullig et al. 2005). Gaspar ve ark. (2011) ise bireylerin yaşam kalitelerinde hem doğrudan hem de dolaylı psikolojik faktörlerin güçlü etkisini vurgulamıştır.

2.1.3. İletişim Tanımı ve Önemi

İletişim; kaynaktan hedefe doğru olarak, tutum, bilgi, düşünce, duygu ve davranışların sözlü, yazılı veya sözsüz olarak aktarılması olarak tanımlanmaktadır. Latince kökenli “communis” kelimesinden türemiştir. Diğer bir ifadeyle iletişim; bir yerden diğerine bilgi aktarma, karşılıklı olarak anlaşılabilen işaretler ve göstergelerin bilimsel kurallar çerçevesinde bir varlığın veya grubun bir diğerine anlam taşıma eylemidir (Oskay 2005).

Sözlü iletişim, mesajın sözlü olarak iletildiği iletişim biçimini ifade eder. Her iletişimin amacı, insanların neyi aktarmaya çalıştığımızı anlamalarını sağlamaktır. Başkalarıyla konuştuğumuzda, başkalarının söylediklerimizi anladığını, çünkü ne dediğimizi bildiklerini varsaymaktayız. Ama asıl durum böyle değildir. Genelde insanlar konuyla ilgili kendi tutumlarını, algılarını, duygularını ve düşüncelerini dile getirirler ve dolayısıyla doğru anlamın sağlanmasında bariyer oluştururlar. Sözlü iletişimde, sözlü kelimeler kullanılır. Bu sözlü iletişim; yüz yüze konuşmalar, telefon görüşmesi, video, radyo, televizyon, internet vs. üzerinden ses aracılığıyla yapılabilir. Sözlü iletişim; konuşma, hacim, hız ve konuşmanın netliği ile etkindir (Erdoğan 2002, Evans 2003, Dinçer 2015).

Sözsüz iletişim, bir tür bilgiyi dilsel olmayan temsiller biçiminde iletme süreçlerini anlatır. Sözsüz iletişim, ses tonlaması, yüz ifadeleri, mimikler, jestler ve beden hareketleri gibi görsel ifadeler ile sözlü iletişimin gerçek anlamını açığa çıkaran ve pekiştiren kodlardır (Köknel 1997, Lee et al. 2002, Oskay 2005). Sözsüz iletişimin kişilerarası iletişimdeki duygu ve tutumları düzenlemek, geri bildirimle pekiştirmek ve söylenenleri tamamlamak suretiyle bazen sözlü iletişimi desteklemek ve sözlü iletişimin yerini almak gibi işlevleri vardır (Onay ve ark. 2011).

İletişimin gerçekleşebilmesi için kaynak, kanal, düzgü (kod), ileti (mesaj), alıcı (hedef), geri bildirim, bağlam, ortam ve gürültü gibi faktörlerin bulunması gereklidir. Bu etmenlerin her birinin içinde bulunduğu durum iletişimi olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir (Lee et al. 2002, Tongue et al. 2005).

İletişim; değişime açık, sürekliliği olan, kendini yenileyen karmaşık bir kavramdır. Herhangi bir iletişimde bir gönderici ve bir alıcı, bir mesaj ve her iki uçta anlam yorumları bulunmaktadır. Alıcı hem mesajın gönderilmesi sırasında hem de daha sonra mesajın göndericisine geri bildiriminde görev alır. Bireyler arası iletişimin temelini gönderme ve alma becerilerinin birleşimi oluşturmaktadır. İletişim sırasında meydana gelen aksaklıkların birçoğu gönderme ve alma becerisindeki hatalardan ileri gelmektedir (Lee et al. 2002, Tongue et al. 2005).

Kişilerarası iletişimin başarısız olmasının birçok nedeni vardır. Mesaj, gönderenin amaçladığı şekilde alınmayabilir. Dolayısıyla ileticinin, mesajlarının açık bir şekilde anlaşıldığını kontrol etmek için geri bildirim alması önemlidir. Yetenekli iletişimcinin etkili iletişimin önündeki engelleri bilmesi gerekir. İletişimdeki engeller iletişim sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir. Engeller mesajın bozulmasına yol açabilir ve bu nedenle karışıklık/yanlış anlamaya neden olarak hem zaman hem de para kaybına neden olabilmektedir. Etkili iletişim, bu engellerin üstesinden gelmeyi, açık ve öz bir mesajı iletmeyi içerir (Onay ve ark. 2011).

Etkili iletişimin bazı ortak engelleri şunlardır:

- Jargon kullanımı, aşırı karmaşık veya alışılmamış terimler
- Duygusal engeller ve tabular
- Alıcıya karşı dikkat dağınıklığı veya ilgi eksikliği
- Algı ve bakış açısındaki farklılıklar
- İşitme sorunları veya konuşma güçlüğü gibi fiziksel engeller
- Sözel olmayan iletişimin fiziksel engelleri
- Dil farklılıkları ve bilinmeyen aksanların anlaşılmasında zorluk
- Yanlış varsayımlara veya stereotiplemeye yol açabilecek beklenti ve

önyargılar (İnsanlar çoğu zaman söylendiğinden çok duymak istediklerini duyar ve yanlış sonuçlara varırlar).

- Kültürel farklılıklar (Sosyal etkileşim normları, kültürler arasında büyük ölçüde farklılık gösterir. Örneğin, kişisel alan kavramı kültürler arasında ve farklı sosyal ortamlar arasında değişir.)

2.1.4. Sosyal Sağlık İçin İletişimin Önemi

İnsanlar arasında duygu, bilgi, düşünce ve anlamları ortak kılma olarak tanımlanabilen iletişim süreci; gereksinimlerin karşılanması, aile içi ve dış çevre ile ilişkilerin düzenlenmesi, eğitim, iş ya da mesleğin icra edilmesi gibi alanlarda vazgeçilmez bir yere sahiptir. Bilgi alışveriş yöntemimiz olan iletişim; sembolik yeteneklerimizi de ifade eder ve ortak anlamın sembolik değişimi olarak tanımlanabilir. Tüm iletişimsel eylemlerin hem aktarımı hem de ritüelistik bir bileşeni vardır (Onay ve ark. 2011). Davranışları değiştirmek için yapılan müdahale çabaları iletişimsel eylemlerdir. Çoğunlukla bilgi alışverişinin aktarım işlevine odaklanarak, bu tür çabalar otomatik olarak iletişim yoluyla gerçekleşen ritüel süreçleri ihmal eder. İletişimin aktarımı bakış açısını iyi benimsemekle birlikte; mesajın kime atfedildiği, karşıdaki kişilerin nasıl yanıt verdiği ve mesajların en büyük etki yaratan özellikleri hakkında dikkatlice düşünmek gerekmektedir (Tongue et al. 2005).

İletişim görüşlerinden üç önemli müdahale düşüncesi ortaya çıkmaktadır. Birincisi, iletişim müdahalelerinin sosyal bir boşluğa düşmediğinin anlaşılmasıdır. İkincisi, yayılan ve alınan mesajlar arasında tutarsızlık beklemenin mantıklı olduğudur. Bu tutarsızlıklar sadece müdahaleye maruz kalma nedeniyle değil, kod çözme bilgisindeki yorumlama farklılıklarından dolayı da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, gönderilen ve alınan mesajlar arasındaki yazışmaların dikkatli bir şekilde incelenmesi, istenmeyen (ve daha kötüsü, verimsiz) etkilerden kaçınmak için büyük önem taşır. Üçüncüsü ise; iletişim, bilgi kaynaklarının ve alıcılarının rollerini sürekli değiştirdiği dinamik bir süreçtir (Tongue et al. 2005).

Sağlık iletişimi ilkelerinin halk sağlığında kullanımı zorluklar doğurmaktadır. İlk olarak, ulusal kitle iletişim araçlarını (radyo vb.) kullanan iletişim müdahalelerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, gözlemlenen sonuçlara müdahale etmek için yenilikçi metodolojik ve istatistiksel teknikler gereklidir. Sağlık iletişimi müdahalelerinin yanıt veren ve işlemsel niteliği, değerlendirme sürecine ek bir zorluk eklenmesi anlamına gelebilir. İkinci olarak, davranışçı bilim adamları arasındaki tanıma göre “insan davranışının nedenleri, birbirlerini güçlendiren birçok seviyede bulunur” ifadesi çok düzeyli müdahalelerin tasarlanmasında ve test edilmesinde

zorluklar ortaya çıkarır. Sosyal davranış belirleyicilerideğişiminin etkili bir şekilde desteklenmesi için multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Son olarak, hızla değişen iletişim kanalları nedeniyle, sosyal iletişim müdahalelerinin, hedef kitlelerini teknoloji kullanım seviyelerinde karşılamak için ek çaba gösterilmesigerekmektedir. En çok sözlü istem verilen durumlardan biri de hekim-hemşire iletişimidir. Hekimler ile hemşireler veya diğer sağlık personellerinin iletişimindeki hatalar, hastaların dönüşü olmayan zararlara maruz kalabilme olasılığını arttırmaktadır (Onay ve ark. 2011).

2.2. AKILLI TELEFON VE BAĞIMLILIĞI

2.2.1. Akıllı Telefon ve Özellikleri

Graham Bell tarafından 1876 yılında telefonun icadı ile başlayan telefon teknolojisi her ne kadar gelişim gösterse de kablolu olması nedeniyle bir yere bağlı kalmıştır. (Kalba 2008). Akıllı telefon standart bir cep telefonunun klasik özelliklerinin yanı sıra bilgisayar özelliklerini taşıyan cihazlar bütününün ismidir. Bir akıllı telefon, aynı zamanda kişisel bir bilgisayardır. Hem kablosuz bağlantı alanı (Wi-Fi) hem de mobil geniş bant kullanarak internet'e yüksek hızda erişim de dahil olmak üzere kapsamlı bilgi işlem yeteneklerine sahiptirler. Çoğu akıllı telefon kısa mesafe radyo frekansı (bluetooth) ve uydu navigasyon desteği ile üretilmiştir. Modern akıllı telefonlar, ön yüzeyi kaplayan ve kullanıcının ekran simgelerini yazmak ve basmak için sanal klavyeyi kullanmasını sağlayan grafik kullanıcı arabirimine sahip bir dokunmatik renkli ekrana sahiptir. Etkileşim, çoğunlukla birkaç fiziksel düğmenin yanı sıra dokunma ile yapılır. Akıllı telefonlar genellikle cep boyutundadır, daha büyük boyutlarda olanlara phablet denir; genellikle tablet bilgisayarlardan daha küçüktürler (Kalba 2008).

Günümüzde akıllı telefonlar, telefon görüşmeleri yapılabilmesi yanında gelişmişbağlantı seçenekleri; internet bağlantısı, uygulamaların yüklenebileceği bir uygulama marketi, üzerinde uygulama geliştirilebilen bir mobil işletim sistemi, dokunmatik ekran, dahili ya da arttırılabilir hafıza, navigasyon, görüntü ve ses kaydı gibi özelliklere sahip olabilmektedir (Taner 2013).

Günümüzde akıllı telefonlar, kullanıcıların bir mikrofonu yönelik ihtiyaçlarını büyük ölçüde karşılamaktadır. Her akıllı telefon aynı zamanda bir dijital fotoğraf makinesi görevi görebilmektedir. Ayrıca bu telefonlar bir iletişim cihazına sahip olmakta ve böylelikle kullanıcılar Wi-Fi veya mobil geniş bant ile internet üzerinden e-posta yazışmaları yapıp, akıllı telefon kamerasını ve mikrofonunu kullanarak çevrimiçi sohbetler, telefon görüşmeleri, görüntülü sohbetler gerçekleştirebilmektedir. Dahili depolama veya hafıza kartı kullanarak, yazılım ve kişisel verilerin dijital olarak depolanmasını sağlar. Kısacası bir bireyin günlük hayatının neredeyse her anında faydalanabileceği fonksiyonlar barındırmaktadır (Aktaş 2017).

2.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı

İletişim alanındaki gelişmeler, dünyadaki fiziki mesafeleri ortadan kaldırmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı, mobil cihazların zorunlu olarak aşırı kullanılmasını içeren, genellikle kullanıcıların cihazlarına erişim sayısı ve/veya uzun süre boyunca çevrimiçi oldukları toplam süre olarak ölçülen bir bozukluktur. Kompulsif akıllı telefon kullanımı teknoloji bağımlılığı sadece bir türüdür. Bununla birlikte, sosyal medya ve oyun gibi aşırı kullanım eğilimi gösteren diğer teknolojilere çoğu zaman mobil cihazlar aracılığıyla erişilmektedir. Akıllı telefon bağımlılığının en korkunç yanı fiziksel ve zihinsel sağlığımızı, ilişkilerimizi ve verimliliğimizi etkileyebilmesidir. Bağımlılık, zararlı sonuçlara rağmen kompulsif davranışlar ile ortaya çıkabilen karmaşık bir durumdur. Bir bağımlılığı yönetmenin zorluğu, bir kişinin iş performansına ve ilişkilerine ciddi zarar verebilir. Bağımlılık yapan madde ve davranışların önemli bir nörobiyolojik özelliği olduğuna dair bilimsel kanıtlar bulunmaktadır (Bhatia 2008).

Bağımlılık beynin yönetici işlevlerini etkilediği için, bağımlılık geliştiren kişiler davranışlarının kendileri ve başkaları için sorunlara neden olduğunun çoğu zaman farkında değildirler. Zamanla, maddenin veya davranışların zevkli etkilerinin peşinde koşmak, bireyin faaliyetlerine baskın olabilmektedir. Bağımlılığın belirli bir sebebi yoktur. Genetik ya da diğer biyolojik faktörler hastalığa karşı savunmasızlığa neden olabilese de, birçok sosyal, psikolojik ve çevresel faktörler bağımlılık gelişmesinde güçlü bir etkiye sahiptir. Sıkıntı ya da başka güçlü hislere tahammül etme yeteneğinin

olmaması da bağımlılıkla bağlantılı bulunmuştur (Bhatia 2008).

Aşırı kullanım genellikle bağımlılık sendromu olarak tanımlanır. Bu tanım DSÖ tarafından kullanılan terimdir (DSÖ 1964). Akıllı telefon bağımlılığı; psikoaktif ilaçlar, alkol ve tütün gibi bir maddenin kötüye kullanımı gibi davranışsal bir bağımlılık olarak kategorize edilir. Akıllı telefonların öğrenciler üzerindeki etkileri üzerine yapılan bir çalışma sonucunda akıllı telefonlardan ziyade akıllı telefonun sunduğu bilgi, eğlence ve kişisel bağlantılara" bağımlılık geliştiği belirtilmiştir. Kalba (2008)'da kişilerin sürekli eğlence için bir yakınlığa ihtiyaç duyduğunu ve buna erişmede akıllı telefonların kişilere en hızlı ve en kolay yolu sağladığını belirtmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı, diğer adıyla "nomofobi", çoğu zaman internet bağımlılığı bozukluğu tarafından tetiklenmektedir. Akıllı telefonlar, bir masaüstü ya da dizüstü bilgisayarın aksine, kullanıcının gittiği her yere kolayca taşınabileceği için aşırı kullanılma eğilimindedir (<https://www.psychologytoday.com/us/blog/artificial-maturity/201409/nomophobia-rising-trend-in-students>, Erişim tarihi: 13.08.2018). Bhatia (2008) aşırı kullanıma dikkat çekerken akıllı telefon sahiplerinin%67'sinin telefonlarının titretmediği veya çalmadığı zamanlarda telefonlarını aramaları veya mesajları için kontrol ettiğini ve bunun cep telefonu bağımlılığının önemli bir işareti olduğunu belirtmiştir.

Telefon bağımlılığı henüz psikolojik bir bozukluk olarak sınıflandırılmamış olsa da, uzmanlar problemlili örüntü ve davranışları tanımlamışlardır. En önemli özelliklerden biri, telefona erişimini kaybetme veya bağlantıya sahip olma korkusu olmaktadır. Bazı araştırmacılara göre sadece biyolojik değil davranışsal bağımlılıklarda mevcuttur (Comings 1995, Hollander et al.1994). Bir yaklaşıma göre insanda heyecan oluşturan her şey bağımlılık yapmaktadır. Buna göre akıllı telefon bireyde heyecan duygusu oluşturduğundan bağımlılığa neden olmaktadır (Hollander et al. 1994).

Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili davranışlar cinsiyetler arasında farklılık gösterir. Kadınlar, erkeklerden daha fazla bağımlılık yaratan cep telefonu davranışı geliştirmeye daha yatkındır. Erkekler kadınlardan daha az sosyal stres yaşarlar ve cep telefonlarını sosyal amaçlar için daha az kullanırlar. Yaşlı insanların farklı sosyal

kullanım, stres ve daha fazla öz-düzenleme nedeniyle bağımlılık yaratan cep telefonu davranışı geliştirmeleri daha az olasıdır (Kayabaş 2013).

Akıllı telefonların yaşamımızdaki önemi ve kullanım sıklığının artmasına paralel olarak;

- Sosyal medyayı takip etmek ve kısa mesajlarla haberleşmeden dolayı yüz yüze iletişimin azalması ve bireylerin asosyalleşmesine neden olması (Choi 2012),
 - Ekranı uzun süre bakma nedeniyle baş ağrısı ve göz bozukluğu gibi sağlık sorunları oluşması (Choi 2012),
 - Herkesle rahat iletişim yüzünden yanlış kişilerle tanışıp insanların sağlıksız ve yasal olmayan ortamlara girmesine neden olması (Al-Khlaiwi 2004),
 - Devamlı cep telefonunu kontrol etme isteği nedeniyle konsantrasyon bozukluğu görülmesi (Al-Khlaiwi 2004),
 - Casus yazılımlar nedeniyle insanların özel hayatına müdahale edilebilmesi ve kişisel bilgilerine ulaşılabilmesi (Dredge 2014),
- gibi farklı sorunların ortaya çıktığı gözlemlenmektedir.

2.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığının Neden Olduğu Sorunlar

Akıllı telefon bağımlılığı insanlarda bir takım ruhsal problemlere neden olabilmektedir. Özellikle, depresyon, hiperaktivite, dikkat eksikliği, anksiyete, sosyal fobi gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu bilinmektedir. Akıllı telefon kullanımı nedeniyle dış dünya ile iletişimi koparan içe kapanan kişiler, asosyalite problemiyle başbaşa kalabilmektedir. Bu kişilerde sosyal hayata ilgi azalmakta ve yüz yüze iletişim azalmaktadır (Kuyucu 2017).

Her gün akıllı telefonlar ile uzun süre konuşmanın kişiler üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; akıllı telefonlarından uzun süre ayrı kalmanın öğrenciler üzerinde psikolojik olumsuz etkiler yarattığı, özellikle kaygı belirtilerinin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Öyle ki, akıllı telefondan ayrı kalmanın, ayrılık kaygısı ile eşdeğer olduğu ortaya konulmuştur (Carrier et al. 2015).

Bunların yanı sıra akıllı telefon bağımlılığının kişilerin ruh hallerine iyi gelen taraflarında bulunmaktadır. Özellikle kişinin sadece akıllı telefonuna bakması kişiyi iyi hissettirebilir. Ailesinin ve arkadaşlarının fotoğrafını görebilir, oynayan çocuklarının videosunu izleyebilir, sosyal medya aracılığıyla keyif aldığı etkileşimlerde bulunabilir. Yapılacaklar listesinden bazı işleri kontrol edebilir ve haberleri takip ederek güncel kalabilir, bilgiye çok kısa sürede ulaşabilir. Bunları yapmak kişinin vücudunda dopamin ve oksitosin salınımına neden olabilir (Kuyucu 2017).

Dopamin vücudumuzun “ödül sisteminde” önemli rol oynayan bir nörotransmitterdir. Beynimiz, keyif verici bir şey yaptığımızı veya bir ödülü hak eden bir şey gördüğümüzde bu nörotransmitteri serbest bırakır. Akıllı telefon bağımlılığı durumunda, sadece cihaza bakmak dopamini serbest bırakmak için yeterli olabilir. Bu dopaminin kendisi tam tersi olarak bağımlılık anlamına gelmemektedir. Dopamin, davranışımızı öğrenmemize ve düzenlememize yardımcı olan beyin kimyasının gerekli bir bileşenidir. Dopamin, egzersiz yapmak gibi iyi alışkanlıklar oluşturmamıza yardımcı olabilir, ancak telefonlarımıza çok fazla bakmak gibi kötü alışkanlıklar oluşturmamıza da yardımcı olabilir (Samaha 2016).

Oksitosin, sosyal bağlarda önemli bir rol oynar ve iyi hissettirir. Bugün, cep telefonları aracılığıyla sosyalleşilmekte ve önemsedığımız insanlarla telefonlarımız aracılığıyla iletişime geçmekteyiz. Bu yüzden, telefonlarımıza baktığımızda beynimizin oksitosin salgılaması sürpriz olmamaktadır. Dopamin gibi, oksitosinin kendisi de önemli bir hormondur, ancak kötü alışkanlıklar ve bağımlılık yapan davranışlara yol açabilmektedir (Scherer 1997).

Akıllı telefonunuzun aşırı kullanımı, tedavi edilmesi zor olabilecek çeşitli fiziksel sorunlara yol açabilmektedir. Bunlardan en önemlileri;

- Dijital ekranın uzun süreli görüntülenmesiyle gözlerde acıma, rahatsızlık, yanma, sulanma, kaşıntı vb. gibi sorunlar
- Göz yorgunluğu ve bulanık görüş
- Baş ağrısı
- Kas, iskelet sistemlerinde ağrı

- Boyun problemleri (Ayrıca, cep telefonu veya tablete çok uzun süre bakmaktan kaynaklanan boyun ağrısı anlamına gelen “metin boyun” oluşması)
- Mikroplara bağlı artan hastalıklar; cep telefonun üzerine birçok mikroorganizma bulaşması (Özellikle ateş, kusma ve ishale neden olabilen E. coli bakterisinin çok görülmesi)
- Kemikler, eklemler, cerrahi yaralar, kan dolaşımı, kalp kapakçıkları ve akciğerlerde yaşamı tehdit eden enfeksiyonlara neden olabilmesi
- Dikkat dağınıcı özelliğinden ötürü araba kazaları; birçok kişi sürüş sırasında telefonlarını kullanabileceğine inanıyor, ancak bu durum kazalara yol açarak sürücüyü ve diğer trafikteki bireyleri tehlikeye atıyor.
- Erkek infertilitesi; ön çalışmalar, cep telefonu radyasyonunun sperm sayısını, sperm hareketliliğini ve yaşayabilirliğini azaltabileceğini ortaya koymuştur (<https://u.osu.edu/emotionalfitness/2015/06/17/cell-phone-use-before-bedtime-might-impact-sleep-and-daytime-tiredness/> Erişim tarihi: 13 Kasım 2018).

Modern yaşamın sonucunda değişen yaşam koşulları ve hızlı kentleşme birçok problemi beraberinde getirmiştir. Bugün insanları mutsuz hissettiren, onları tedirgin eden sorunlardan birisi de yalnızlıktır. Yalnızlık insanları ruhsal olarak olumsuz etkileyen, toplumdan kopuşlarına neden olan bir duygu durumudur. Akıllı telefon bağımlılığı sosyal ve ekonomik açıdan zararlı sonuçlara da yol açabilmektedir (Kırık 2013).

2.2.4. Akıllı Telefon Kullanım Düzeyi

Cep telefonu pazarı ülkemizde 1994'ten günümüze hızla büyümüştür. İnsanların teknolojiye olan bu yoğun ilgisi, söz konusu büyümedeki en önemli faktörlerden bir tanesi olarak yorumlanmıştır. Cep telefonu teknolojisi ve yeni çıkan marka ve modeller başta genç popülasyon olmak üzere toplumun tüm kesimleri tarafından da önemli ölçüde takip edilmektedir. Türkiye'de bugün mobil iletişim pazarında hukuken yetkilendirilmiş 47 adet GSM operatörü bulunmasına rağmen, fiilen hizmet veren üç operatör bulunmaktadır (Kırık 2013).

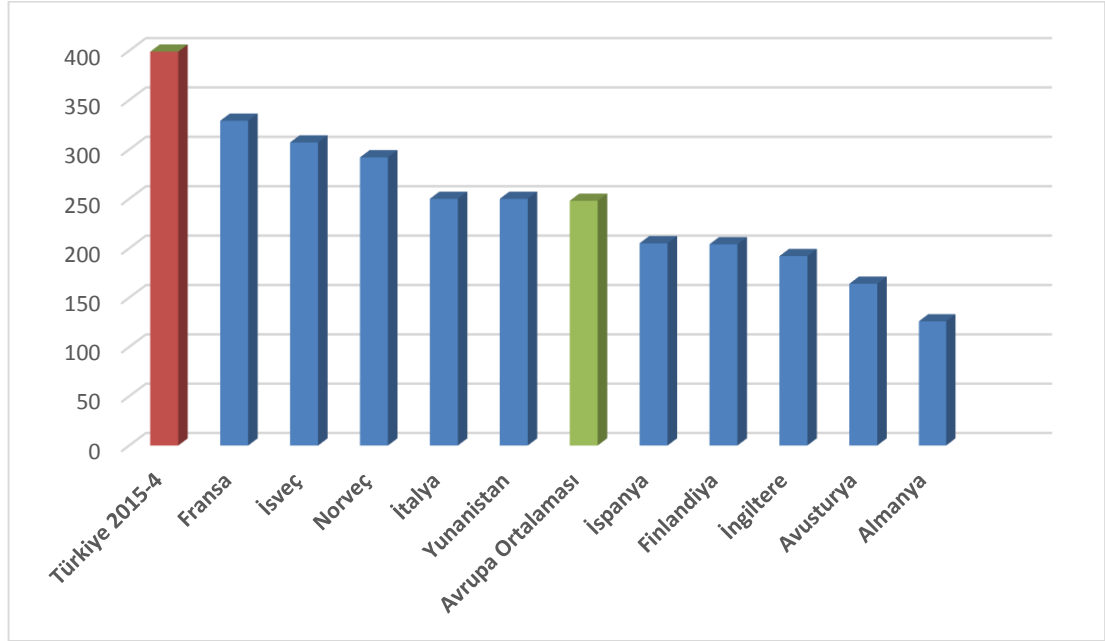
Piyasaya sürüldüğü günden bu yana ülkemizde ciddi bir pazar payı edinen cep telefonu

ve akıllı telefonlarla beraber GSM operatörleri abone sayısında sürekli artış göstermişlerdir. 1994 yılından bu yana sabit hat abone sayısı ise 12,3 milyondan 11,3 milyona gerilemiştir (Tablo 1).

Tablo 1. 1929-2017 Yılları Arası Telefon ve İnternet Abone Sayıları (TUİK 2018)

Yıl	Sabit telefon abone sayısı	Cep telefonu abone sayısı	İnternet abone sayısı
1950	58 139	-	-
1960	180 030	-	-
1970	376 987	-	-
1980	1 147 782	-	-
1990	6 893 267	-	-
1991	8 199 568	-	-
1992	9 410 486	-	-
1993	11 019 710	-	-
1994	12 305 760	81 276	-
1995	13 227 704	332 716	-
1996	14 286 478	692 779	-
1997	15 744 020	1 483 149	-
1998	16 959 500	3 382 137	229 885
1999	18 054 047	7 562 972	436 610
2000	18 395 171	14 970 745	1 629 156
2001	18 904 486	19 502 897	1 619 270
2002	18 914 857	23 323 118	1 309 770
2003	18 916 721	27 887 535	906 650
2004	19 125 163	34 707 549	1 474 590
2005	18 978 223	43 608 965	2 248 105
2006	18 831 616	52 662 709	3 180 580
2007	18 201 006	61 975 807	4 842 798
2008	17 502 205	65 824 110	5 804 923
2009	16 534 356	62 779 554	8 849 779
2010	16 201 466	61 769 635	14 443 644
2011	15 210 846	65 321 745	22 371 441
2012	13 859 672	67 680 547	27 649 055
2013	13 551 705	69 661 108	32 613 930
2014	12 528 865	71 888 416	41 272 940
2015	11 493 057	73 639 261	48 617 291
2016	11 077 559	75 061 699	62 280 191
2017	11 308 444	77 800 170	68 869 578

2016 yılının ikinci çeyreğinde toplam 3,87 milyon cep telefonu satılmıştır. Bu 2015 yılına göre yüzde beşlik bir artış demektir. Türkiye’de 2016 yılının ikinci çeyreğinde satılan cep telefonlarının neredeyse tamamını akıllı telefonlar oluşturmuştur. (<https://www.mobisad.net/> Erişim Tarihi: 15.08.2018).



Şekil 1. Türkiye’de ve AB Ülkelerinde Mobil Abone Başına Düşen Aylık Ortalama Konuşma Süresi (dk/ay)

Türkiye’de akıllı telefon kullanıcıları günde ortalama 70 kez cep telefonlarını kontrol ediyorlar, bu da bir akıllı telefon kullanıcısının her gün yaklaşık 15 dakikada bir dijital ekran gördüğü anlamına gelmektedir (<http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract-id=2786123> Erişim Tarihi: 29.08.2018).

2.2.5. Bireylerin Akıllı Telefon Satın Almalarına Etki Eden Faktörler

Mobil iletişim, yerel veya uluslararası düzeyde iş yaparken, insanlar arasındaki etkileşime önemli katkıda bulunmaktadır. Mobil iletişim teknolojisinin genişletilmesi, örn: kablosuz internet, cep telefonu ve küresel konumlandırma sistemi (GPS), tüketicilerin değişen ihtiyaç ve tercihleri sonucunda sürekli olarak gelişmekte ve güncellenmektedir (Scherer 1997).

Müşterilerin ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılamak için piyasada birçok akıllı telefon markası bulunmaktadır. Bir tüketici ürünü satın almaya karar vermek istediğinde; tanımlama, bilgi araştırma, değerlendirme, satın alma ve geribildirim sürecinden geçecektir (Blackwell et al. 1995). Bu sebeble, tüketicilerin satın alma davranışları, marka, fiyat, kalite, rekreasyon ve inovasyon bilinci gibi özelliklerine bağlı olup, diğer seçeneklerle ve dürtüsellik ile karıştırılmaktadır. Bu yüzden de tüketici, pazardaki farklı seçenekler arasından bir ürün ya da markayı seçecektir. Ancak unutulmamalıdır ki bir ürünü satın almak isteyen tüketiciler farklı zevk, ihtiyaç, güdü ve yaşam tarzına sahiptirler (Ling et al. 2006).

Genç bireylerin sosyalleşme ihtiyaçları ailelerinden uzakta oldukları zaman üst düzeye çıkar, bu zamanlarda cep telefonu kullanım sürelerini daha çok arttırmaları. Ayrıca cep telefonları gençleri sosyal hayatın içine daha fazla çekerken onlara yeni ilişkiler kurma fırsatı vermektedir (Ling ve Yttri, 2002). Taylor ve Harper (2003) da gençlerin mesajlaşma özelliğine sahip olmasından dolayı cep telefonlarını daha çok kullandıklarını ifade etmektedir. Böylece anlık kısa mesajlaşma özelliği ile gençler gündelik hayata ve sosyal ilişkilere daha hızlı katılım sağlamaktadır.

Günümüzde, piyasada akıllı telefonların çok yüksek teknolojik özellikleri bulunmaktadır. Böylece, farklı insanlar, ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda karşılaşılabilecekleri akıllı telefonların farklı özelliklerini seçeceklerdir. Akıllı telefonlar; kablosuz bağlantı, dâhili bir web tarayıcısı, uygulama kurulumu, tam programlanabilirlik, dosya yönetim sistemi, multimedya sunumu ve yakalama, yüksek çözünürlüklü ekranlar, geniş depolama alanı ve konum ve hareket sensörleri gibi birçok fonksiyona sahip olduklarını belirtmişlerdir. Özellikle bireyler akıllı telefonu seçerken, tüketiciler tarafından kamera, renkli ekran, sesli arama, internet tarama ve kablosuz bağlantı gibi tercih edilen beş tasarım özelliği bulunmaktadır Bir araştırmada, çoğu üniversite öğrencisi olanların, fiziksel görünüm, boyut ve menü organizasyonu nedeniyle cep telefonu satın almayı tercih ettiklerini belirtmektedir (Ling et al. 2006).

2.3. YAŞAM KALİTESİ

2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi çok farklı şekillerde tanımlanabilen; içeriğinde öznel, nesnel kavramları da barındıran kişinin emosyonel, sosyal, fiziksel ve ruhsal sağlığını içine alan ayrıca objektif ve subjektif verilere dayanan çok boyutlu bir kavramdır (MacKeigan 1992, Liddle 2000, Katschnig 2002, Kaasa 2003).

DSÖ’ye göre yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı toplumda örf, adet, gelenek ve göreneklere gibi sosyal ve kültürel değer yargılarına göre hayattan beklentileri, umutları, inançları, hedefleri gibi durumlar göz önüne alındığında bunlara göre kendini hangi konumda gördüğü olup, kendini nasıl hissettiği ve bunlara göre hayattan aldığı doyumun bir ölçüsü olarak tanımlanır (Arioğlu 2004, Abdel-Khalek 2010).

Farklı bir açıdan bakıldığında yaşam kalitesi tanım olarak, birçok finansal kararın önemli bir bileşeni olan mutluluğun öznel bir ölçüsüdür. Yaşam kalitesinde rol oynayan faktörler kişisel tercihlere göre değişmektedir, ancak genellikle finansal güvenlik, iş tatmini, aile hayatı, sağlık ve güvenlik konularını içermektedir. Finansal kararlar genellikle paradan tasarruf etmek için yaşam kalitesinin azaldığı ya da tersine, daha fazla para harcayarak yaşam kalitesinin artırıldığı bir zorunluluktur (Fayers 2000).

Yaşam kalitesi, bireylerin ve toplumların genel esenliği, yaşamın olumsuz ve olumlu özellikleridir. Fiziksel sağlık, aile, eğitim, istihdam, refah, güvenlik, güvenlikten özgürlüğe, dini inançlardan ve çevreden gelen her şeyi içeren yaşam memnuniyetini gözlemler. "Yaşam kalitesi, toplumun duygusal ihtiyaçlarının ve toplumun sosyal isteklerinin, toplumun gıda, giyim, konut, enerji temel ihtiyaçlarını karşılama yeteneği olarak memnuniyetini içerdiği için çok karmaşık bir kavramdır." Yaşam kalitesinin standart göstergeleri sadece zenginlik ve istihdam değil, aynı zamanda yapısal çevre, fiziksel ve ruhsal sağlık, eğitim, eğlence ve boş zamanları ve sosyal aidiyeti de içerir. Yaşam kalitesi, yaşamı etkileyen faktörlerin etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan

ve hayattan memnuniyeti ifade eden bir kavramdır (Eser 2004). Birçok alt bileşeni bulunmakta olup sağlık, iş, konut, çevre, kültür, toplumsal değerler ve inançlar bunlardan bazılarıdır (Kaasa 2003).

Yaşam kalitesi 4 alanda ortaya çıkar. Bunlar;

- 1- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, kişisel hedefler, arzular, sorunlarla baş etme vb.)
- 2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- 3- Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)
- 4- Dışsal toplumsal çevre alanı (sağlık hizmetleri, kültürel-dini kurumlar, güvenlik, ulaşım vb.)

2.3.2. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları

Yaşam kalitesi kavramını ilk olarak 1920 yılında ekonomi ile ilgili bir kitapta Pigou kullanmıştır (Pigou 1951, Wood-Dauphinee 1999). Schuessler, Fisher ve Elkington 1960 yılında aynı kavramı kullanmışlardır. Michigan Üniversitesi'nden Drewnowski ve Erickson 1970'te yaşam kalitesinin ölçülmesini eğitimin, sağlığın, ailenin, kişisel özelliklerin, işin, çevrenin ve ekonomik durumun bireylerin iyilik hali üzerine etkisinin incelenmesi olarak tanımlamıştır (Schuessler 1985, Albrecht 1994, Wood-Dauphinee 1999). Yaşam kalitesi kavramı 1977 yılında Medline araştırma sisteminde anahtar kelime olarak görülmeye başlanmış, Albrecht 1966-1974 yıllarında 40 referansın yaşam kalitesi kavramı ile ilişkili olduğunu bildirirken 1986-1994 yılları arasında bu rakam 10.000'e yükselmiştir (Albrecht 1994, Wood-Dauphinee 1999).

Sağlık hizmetlerinde “yaşam kalitesi” teriminin kökleri, 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığın tanımına kadar uzanabilir. Bu tanımda “iyi olma” kelimesinin kullanılması, muhtemelen devam etmede temel faktördür. 1960'larda tıp literatürüne girmesinden bu yana, “yaşam kalitesi” terimi son yıllarda giderek daha popüler hale gelmiştir. 1975 yılında, tıbbi literatür veritabanlarında yaşam kalitesi anahtar kelime olarak tanıtıldı.

Yaşam kalitesi kavramının bir başka kökü, 1947 Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığın tanımını, “tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu” olarak değil, yalnızca hastalık ve sakatlıkların yokluğu olarak ele alır. Bu sağlık tanımında “iyi olma” teriminin kullanılması, sağlık nedir ve yaşam kalitesi ile ilgili kavramsal kafa karışıklığına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur.

"Yaşam kalitesi", yaşamın olumlu ve olumsuz özelliklerini kapsayan öznel ve çok boyutlu bir göstergedir. Yaşadığımız olaylara cevap veren dinamik bir durumdur: Bir iş kaybı, hastalık ya da diğer olumsuz durumlar kişinin "yaşam kalitesi" tanımını oldukça hızlı ve dramatik olarak değiştirebilir. Günümüzde sağlık sektöründe meydana gelen tıbbi gelişmeler insan ömrünü artırmaya yardımcı olmaktadır, fakat artık odak nokta yaşamın uzunluğundan çokyaşam kalitesi üzerine yoğunlaşmaktadır. Yaşama dair yüksek standartlara sahip kişilerin elbette yaşamından daha hoşnut olmasını bekleriz. Ancak bazı durumlarda kişi tarafından iyi olarak algılanan bir durum bir başkası tarafından kötü olarak algılanabilmektedir. Aynı şartlarda benzer ücretle çalışan hekimlerin iş yaşamı memnuniyeti bile farklılık gösterebilmektedir. Aynı durum tıbbi durumlar için de geçerlidir. Romatolojik hastalığı bulunan ve benzer klinik özelliklere sahip kişiler algıladıkları ağrı düzeyini farklı derecelendirebilmektedir. Bu durum algı farklılığı ile açıklanabileceği gibi Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi ile de açıklanabilir (Maslow 1943, Wood-Dauphinee 1999).

Sağlık durumu, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi, aynı "sağlık" alanına atıfta bulunmak için sıklıkla birbirinin yerine geçen üç kavramdır. Guyatt “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” (HRQoL) terimini kullanmıştır, çünkü yaşamın pek çok değerli yönünün genellikle “sağlıkla ilişkili” olarak kabul edilmemesi, gelir, özgürlük ve çevrenin kalitesini de içermesi gerektiğini ifade etmiştir (Aydemir 2006).

Hasta hekim ilişkisinin incelendiği bir çalışmada hekimler hastayla görüşmelerinin %64'ünü tıbbi ve teknik konulara ayırırken %23'ünü yaşam kalitesi ile ilgili konulara ayırdığı bildirilmiştir. Hastalar aynı görüşmede konu dağılımını eşit yapmaya çalışmışlardır (Detmar 2001).

Yaşam kalitesi, kişilerin ya da toplumların sağlık durumunu, hastalıkların sıklığını, prognozunu, iş verimini, diğer kişiler ve çevre ile ilişkisini yakından etkilediğinden halk sağlığı ya da toplum hekimliğinin önemli bir çalışma alanı olmuştur. Daha nitelikli bir sağlık hizmeti için bireylerin bir bütün halinde değerlendirilmesi zorunlu olduğundan, yaşam kalitesi ölçümleri halk sağlığının koruyucu yaklaşım ilkesini desteklemektedir (Morris et al. 1998, Aslan 2012).

Kronik solunum yolu hastalıklarında yaşam kalitesi genellikle tedavinin etkinliğini ve klinik sonuçları değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Başta astım ve KOAH'ın değerlendirilmesi olmak üzere kronik solunum yolu hastalıklarına özel 30'a yakın ölçek bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda fizyolojik parametrelere ek olarak SÇYK ölçümlerinin yararlı olduğu vurgulanmaktadır (Yorgancıoğlu 2006).

Kalp hastalıklarının tedavisinde olguların stabilize edilmesi, semptomların giderilmesi ve konforun sağlanması sağ kalım kadar önemlidir. Geleneksel ölçütler (nesnel) ile yaşam kalitesi ölçümünün (öznel) klinik uygulamalarda birlikte kullanımı daha etkili bir sağlık hizmeti sunumunu sağlayacaktır (Şekuri 2006).

Benign prostat hiperplazisi, idrar inkontinansı, ürolojik kanserler, genitouriner enfeksiyonlar yaşam kalitesini etkileyen en sık ürolojik hastalıklardır. Uluslararası Konsensus Toplantısında (1991) benign prostat hiperplazili hastaların yakınmalarının değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin de ölçülmesi önerilmiştir (Müezzinoğlu 2006).

Birçok terapinin karşılaştırılabilir sağkalım yararı ürettiği diğer kronik tıbbi sorunlarda olduğu gibi, bu tedavilerin ek nitelikleri veya sonuçları daha sonra, uygun bir ilaç rejimini seçmek için bir araç olarak, yaşam kalitesi üzerindeki etkileri de dahil olmak üzere, değerlendirmeyi gerektirdiği kabul edilir. Kardiyovasküler klinik çalışmalarda ve aynı zamanda diğer tedavilerde bir sonuç ölçütü olarak yaşam kalitesinin ortaya çıkması, çağdaş tıbbi bakımdaki ek değişikliklerle ilişkili görünmektedir. Wenger, yaşam kalitesi ölçümlerinin kardiyovasküler hastalığın tedavisini araştırmak açısından özellikle yararlı olduğunu ileri sürmüştür. Juenger ve arkadaşları, önceden karakterize edilmiş genel popülasyonu olan ve diğer kronik hastalıkları olan kişilerle KKY

(Konjestif kalp yetmezliği) hastalarının yaşam kalitesini karşılaştırmıştır. Hastaların yaşam kalitesi değerlendirmesi SF-36 anketini kullanmışlardır. Çalışma sonucunda, toplam KKY hastalarının sağlıklı bir referans grubu ile karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ile ilgili tüm yönlerden anlamlı şekilde azaltılmış puanlarla karakterize olduğu sonucuna varmışlardır. KBY'li hastalarda, kronik hemodiyaliz hastalarında olduğu gibi, aynı kalitedeki düşük yaşam kalitesini gösterdiği, böylece tüm kronik hastalık durumlarının yaşam kalitesi üzerinde benzer bir etkiye sahip olduğu, ancak kronik hepatit C'li hastaların fiziksel işlevsellikte daha yüksek puanlar aldığını saptamışlardır. Psikiyatride yaşam kalitesini oluşturan boyutlar yeti yitimi, sosyal işlevsellik, sosyal uyum ve sosyal destek değerlendirmeleri tam olarak yaşam kalitesini yansıtmaya da yaşam kalitesi kavramı ile ilişkili ve bazı boyutlarını ortaya koyan kavramlardır. Psikopatolojik durumlar kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu durumlardan en sık karşılaşılan hastalıklar depresyon, bipolar bozukluklar, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar ve şizofrenidir (Akdede 2006).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümünün önemli olduğu hasta gruplarındanbiri onkoloji hastalarıdır. Kanserin toplumdaki kötü algısına ciddi ağrı ve metabolik sorunların eklenmesi, fiziksel ve ruhsal açıdan kişide büyük bir travmaya neden olmaktadır. Yaşam yılı sayısının üzerinde daha çok durulan bu dönemde cerrahi ve kemoterapi tedavileriyle travma derinleşmekte, hastaların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin ölçümü tıbbi müdahalelerin etkisini değerlendirmede biyomedikal parametreler kadar önemlidir (Torlak 2008).

2.3.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi; yaşamın olumsuz ve olumlu özelliklerini gösteren, bireylerin ve toplumların genel refahıdır. Fiziksel sağlık, aile ilişkileri, eğitim, istihdam, ekonomik refah, güvenlik, özgürlük, dini inançlar ve çevre gibi birçok alanda yaşam memnuniyetini gözlemler. DSÖ yaşam kalitesini, bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili algısı olarak tanımlar. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevrelerinin göze çarpan özellikleri ile olan ilişkisinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi, objektif ve sübjektif olmak üzere iki açıdan incelenmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Objektif göstergeler; gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanan konutun durumu vb. iken; kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin/doyum ise yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleridir. Yaşam kalitesi, boyutların birbirine bağlı olduğu çok boyutlu bir kavramdır. Örneğin, iyi bir eğitim daha yüksek bir gelire yol açabilir ve bu şekilde barınma koşullarını olumlu yönde etkileyebilir. Herkes iyi bir yaşam kalitesine yönelir ama bireysel farkındalık büyük ölçüde değişir (Veenhoven 1996, Torlak ve ark. 2008).

Cinsiyet: Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Bu ilişki, özellikle objektif yaşam kalitesi ölçümlerinde görölmektedir (Torlak 2008).

Yaş: Yaşam kalitesi ile yaş grupları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Yaş gruplarına göre kişilerin yaşamdan beklentileri ve yaşam kalite düzeylerini artırmak için yapmaları gereken fonksiyonlar farklılaşabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesinin her yaş döneminde önemli olduğu vurgulansa da genel olarak yaşlılık dönemi yaşam kalitesi açısından daha fazla ele alınmaktadır (Bilir ve ark. 2005).

Eğitim: Bilgiye dayalı ekonomilerde eğitim, vatandaşların yaşamlarında önemli bir rol oynar ve yaşamda ne kadar ilerlediklerini belirlemede önemli bir faktördür. Eğitim seviyeleri bireyin sahip olacağı işi belirleyebilir. Sınırlı beceri ve yeterliliğe sahip bireyler genellikle geniş çaplı işlerden dışlanmakta ve hatta bazen toplum içinde değerli hedeflere ulaşma fırsatlarını kaçırmaktadırlar (Torlak ve ark. 2008).

Sağlık: Vatandaşların yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır ve aynı zamanda insan sermayesinin bir biçimi olarak da düşünölebilir. Kötü sağlık, toplumun genel ilerlemesini etkileyebilir. Fiziksel ve/veya zihinsel problemler de öznel iyi oluşüzerinde çok zararlı bir etkiye sahiptir. Avrupa Birliği'nde yaşam kalitesi bağlamında sağlık durumu, temel olarak üç alt boyutla ölçölmektedir: yaşam beklentisi, sağlıklı yaşam yılı sayısı ve sağlığının, kronik hastalıkların ve faaliyetteki kısıtlılıkların özneli (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

2.3.4. Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları

Yaşam kalitesi sağlık, mutluluk, canlılık, boş zaman ve gelirinizin toplamıdır. Bu formüsel yaklaşım, insanların maruz kaldığı genel kalitenin daha iyi bir resmini çizmeye yardımcı olur. Yine de, birçok insan yaşam kalitelerini sahip oldukları para miktarı ile tanımlar. Ve para iyi bir barometre olsa da, bu tam denklem değildir. Paraya ve kaynaklara erişimi olan insanlar, hayatlarının birçok alanını kesinlikle geliştirebilirler. Fakat aynı zamanda bu insanların istatistiksel olarak o kadar da mutlu olmadıkları çalışmalarında da kanıtlanmıştır. Gelirdeki artış sadece geçici bir mutluluk gelişimine eşittir (Perim 2007).

Kaliteli yaşamı sağlamanın yolları belirli yolları bulunmaktadır. Bunlar;

Hareketli yaşam: Düzenli egzersiz yapan bireylerin yaşam enerjileri pozitif yönde etkilenir; kendilerini daha iyi hisseder ve daha iyi görünürler. Hayat boyu egzersiz yapmak, kalp ve damar hastalıkları, tansiyon yüksekliği ve ileri yaşlarda kemik yoğunluğunun azalması gibi sorunları azaltır. Düzenli egzersiz yapmak kas gücü ve bedensel esnekliğin yanı sıra kalp damar sistemini güçlendirerek dayanıklılığını da artırır. Egzersiz aynı zamanda akıl ve ruh sağlığı açısından da oldukça yararlıdır (Perim 2007).

Beslenme: Sağlıklı beslenme, vücudun büyüme, gelişme ve günlük işlevlerinin sürekliliğinin sağlanması için ihtiyaç duyulan besin öğelerinin yeterli ve dengeli ölçülerde alınmasıdır. Az ve sık yemek, güne mutlaka kahvaltı ile başlamak, öğün atlamamak, rafine gıda tüketmemek, günde en az 4 -6 bardak su içmek, asitli içecekler, kızartma, aşırı yağlı, tuzlu ya da şekerli gıdalar ve açıkta satılan yiyeceklerden kaçınmak, yağ seçiminde doymamış yağları tercih etmek, her yaş ve dönem için geçerli temel sağlıklı beslenme kurallarıdır (Perim 2007).

Zaman yönetimi: Zamanlarını etkili bir şekilde yöneten insanlar, artan miktarda enerji ve canlılığa sahip olmaktadır. Zamanı yönetmek, günlük ilgiyi ve acil olanın peşinde koşmayı gerektirir. Bu, görevleri sınırlamak anlamına gelir, bu önemli uzun vadeli hedefleri takip edip sadece gününüzde ortaya çıkan acil durumlara tepki vermez durumunu ortadan kaldırır. Zaman yönetimi, önemli ve aciliyet sırasına göre gün için

listeler oluşturup görevler oluşturarak sağlanabilir. Bu aynı zamanda erteleme, televizyon ve internet karşısında fazlaca vakit geçirmek gibi kötü alışkanlıkların ortadan kaldırılmasını da içerir (Perim 2007).

Düzenli yaşam ve uyku: Sağlık ve zindelik için düzenli yaşam ve uyku vazgeçilmez şartlardır. Uyku gereksinimi insan yaşamı boyunca süre açısından değişkendir. Çoğu insanın ruh hali, enerji, sağlık ve zihinsel sağlık üzerine genel bir etkisi olan uyku yetersizliğinden muzdariptir. Uykunun yalnızca birden fazla çalışma, bellek gibi şeyleri geliştirmek için değil, aynı zamanda yaşamın uzun ömürlü olmasının, farkındalığın artmasının ve yaratıcılığın artmasına da yardımcı olduğunu ileri sürülmektedir. Uyuduğumuzda akıl ve bedende birçok önemli işlev yer alır. Vücudumuzun dinlenme, gevşeme ve yeniden şarj etme gibi fonksiyonlarının düzenlenmesinde etkili olmaktadır. Yüksek stres seviyesi durumunda ve pek çok psikiyatrik hastalıkta uyku ritmi ve süresi bozulur. Bunun yanında yeterli uyku uyuyamadığı zaman kişi fiziksel ve ruhsal streslere dayanıksız hale gelir (Perim 2007).

Günlük yaşamda streslerle başa çıkma: Aslında bir parça stres günlük hayatta karşılaşılan zorluklarla başa çıkmada ihtiyaç duyulan enerji, uyanıklık ve gücü sağlar (Perim 2007).

Zaman yönetimi: Zaman aslında herkes için sabittir. Fakat zaman yönetimi, zamanı akılcı biçimde kullanarak daha verimli sonuçlar elde edilmesini sağlar (Perim 2007).

Çalışma ortamı: İş ve çalışma ortamı da sağlık açısından riskler içerebilir. Çalışma ortamındaki kalabalık, gürültü, kirlilik, sürekli aynı beden pozisyonunda çalışma zorunluluğu, ağır kaldırma, manyetik alanlara ya da kimyasal maddelere maruz kalma, hava kirliliği, işkazaları gibi daha pek çok etken sağlığı tehdit etmektedir (Perim 2007).

2.3.5. Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçütler

Bireylerin yaşamdaki konumlarını, içinde buldukları kültür ve değer sistemleri bağlamında algılar. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, inançları ve çevrelerinin göze çarpan özellikleriyle olan ilişkileri ile karmaşık bir

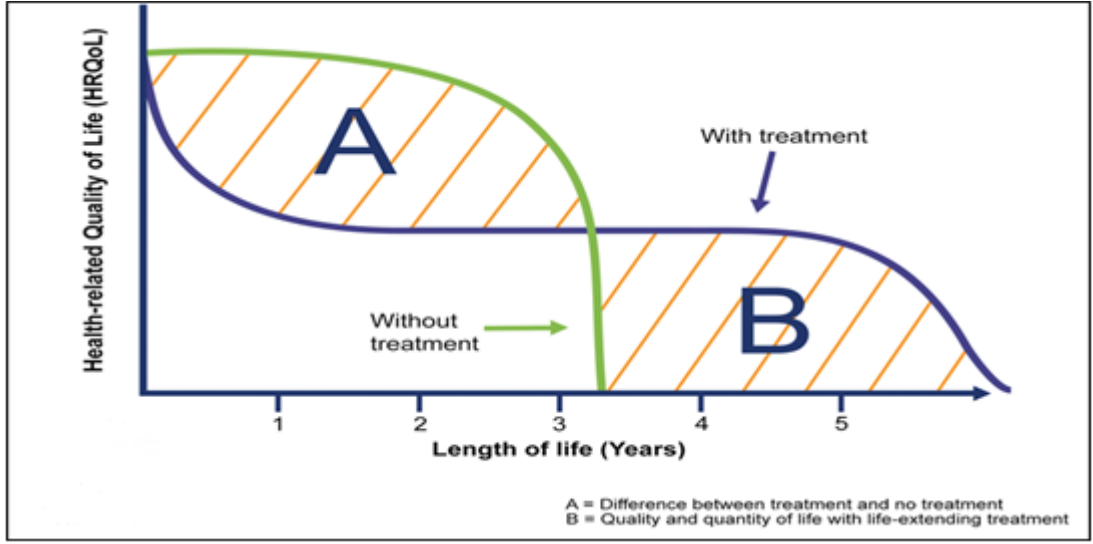
şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL), bireyin veya bir grubun zamanla algıladığı fiziksel ve zihinsel sağlıktır. Klinisyenler ve idari yöneticiler, hasta yönetimi ve politika kararlarını bilgilendirmek için sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini (HRQoL) ölçmenin önemini kabul etmektedir. Kendiliğinden ya da görüşmeci tarafından yönetilen anketler, bir zaman diliminde hastalar arasında yaşam kalitesi arasındaki kesitsel farklılıkları ya da bir süre boyunca hastalar içindeki HRQOL'deki boylamsal değişiklikleri ölçmek için kullanılabilir. Yaşam kalitesi ölçümüne yönelik iki temel yaklaşım mevcuttur: HRQoL'in genel bir özet sonucunu sağlayan genel araçlar ve tek hastalık durumları, hasta grupları veya fonksiyon alanları ile ilişkili problemlere odaklanan spesifik araçlar. Genel araçlar sağlık hizmetlerini ve sağlık hizmetlerini üreten araçları içerir. Her yaklaşımın güçlü ve zayıf yönleri vardır ve farklı durumlar için uygun olabilir. HRQoL'de yapılan araştırmalar, klinik çalışmalarda, popülasyonların sağlığını ölçmek ve tedavi kararları için bilgi sağlamak için uygun enstrümanları sağlayabilmektedir (Şekuri 2006).

The Quality of Well Being Scale (QALY): QALY, bir tedavinin yaşam süresi üzerindeki etkisini, aynı zamanda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde herhangi bir değişikliği (HRQoL) dikkate alarak göstermeye çalışmaktadır. HRQoL, 0 = 'ölüm' ve 1 = 'mükemmel' sağlığın bulunduğu bir ölçekte hesaplanmaktadır. Bir kişinin tedavi gördükleri yılların yaşam kalitesini de göz önünde bulundurarak ek bir yıl yaşadığını ifade eden bir ölçüdür. The Quality of Well Being Scale 1973 yılında geliştirilmiştir. Sağlık durumu ve tedavi çıktılarının değerlendirilmesinde değer yargılarını birleştiren, tercih ağırlıklı bir ölçektir. The Sickness Impact Profile (SIP) 136 soru, 12 alandan oluşmakta ve hastalığın davranış üzerine etkilerini incelemektedir (Tekkanat 2008).

Mc Master Health index Questionnaire Ölçeği'ni The Nottingham Health Profile Ölçeği'nin (NHP) geliştirilmesi izlemiştir. Bu ölçek 1980 yılından bu yana Avrupa'da geniş bir kullanım alanı bulmuştur. NHP'nin birinci bölümünde enerji düzeyi, ağrı, emosyonel tepkiler, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel yetenekler olmak üzere altı alan değerlendirilmektedir. İkinci bölümde iş, ev idaresi, sosyal hayat, kişisel ilişkiler, cinsel hayat, hobiler ve ilgi alanları, tatil durumları incelenmektedir (Wood-Dauphinee

1999).



Şekil 2. The Nottingham Health Profile Ölçeği

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Mart 2018 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesinde lisans eğitimi alan 550 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrenciler Sakarya Üniversitesi Mediko Sosyal birimine başvurular için seçilerek oluşturulmuştur. Sakarya Üniversitesi 2017 yılı verilerine göre toplamda 94375 öğrenciye sahip olup bunların 51514 (%54,58) kadarını lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Üniversite'nin okuyan kız/erkek oranı %40/60'dır. Toplamda bünyesinde 19 fakülte, 14 yüksekokul, 4 enstitü barındıran Sakarya Üniversitesi öğrencilerinin tüm öğrencileri çalışmaya dahil edilemedi ve tüm eğitim birimlerine ulaşamadı. Bu çalışma için kısıtlılık olup Sakarya Üniversitesinin Tıp Fakültesi okuyan 127 (%25,05), Mühendislik Fakültesi'nin Bilgisayar Mühendisliği bölümünde okuyan 123 (%24,26), Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Ebelik Bölümünde okuyan 136 (%26,82) ve Eğitim Fakültesi'nin Temel Eğitim Bölümünde okuyan 121 (%23,87) öğrenciye sosyodemografik özelliklerin ve alışkanlıkların sorgulanması amacıyla literatürdeki örnekleri ışığında hazırlanan bir kişisel bilgi formu, akıllı telefon kullanım düzeylerini ölçmek için “Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği” ile yaşam kalitelerini ölçmek için “WHOQOL-BREF TR Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulandı. Bu fakültelerin seçilme sebebi her bir fakültenin üniversiteni farklı yerleşkelerinde olmasıydı. Böylece yerleşkeler arası homojen bir dağılım ile temsil edilen bir evren hedeflendi.

Öğrenciler ile yüz yüze görüşülerek sözlü onam alındıktan sonra ölçekler uygulanmıştır. Eksik bilgi bulunan 43 (%7,8) öğrencinin bilgi formu geçersiz sayılarak çalışmaya dâhil edilmedi. Ölçek uygulanan öğrencilerin okumakta oldukları sınıflar ve kişiler rastgele seçilmiş olup her dönemden öğrencilerin çalışmada yer almasına gayret edilmiştir.

Tarafımızca öğrencilerin sosyo-demografik bilgileri, bazı kişisel özellikleri, alışkanlıkları, yaşam tarzına ilişkin sorular ve akıllı telefon kullanma profillerini belirleyebilmek için açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşturulan anket formudur. Soruların yer aldığı anket formu Ek-1'de verilmiştir.

Akıllı telefon bağımlılığına ait riski ölçmek için geliştirilen, 10 sorudan oluşan ve altılı Likert derecelleme ile değerlendirilen bir ölçektir. (Ek-2) Ölçek maddeleri 1'den 6'ya doğru puanlandırılmıştır. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Testten elde edilen puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. Ölçek bir faktörlü olup alt ölçekleri yoktur. Özgün formunun iç tutarlılık ve eş zamanlı geçerliliğinin Cronbach alfa katsayısı 0.938'dir (Kwon et al. 2013).

WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve 6 alt boyuttan oluşan WHOQOL-100'ün kısa formudur. (Ek-3) WHOQOL-100'den 24 bölümün her biri için birer soru çıkartılarak ve genel sağlık ve yaşam kalitesiyle ilgili iki soru eklenerek oluşturulmuştur. 26 maddeden oluşan ve 5'li derecelendirme tipine sahip bu ölçek "1=Hiç Memnun Değilim, 5=Çok Memnunum" şeklinde hazırlanmıştır.

Ağrı duyma, uyku, enerji gibi bedensel sağlık, olumlu duygular, özgüven, beden imgesi gibi psikolojik sağlık, sosyal destek, kişisel ilişkiler gibi sosyal ilişkiler ve ekonomik durum, ulaşım, güvenli ortam, sağlık koşulları gibi çevresel sağlık olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Alınan yüksek puan, yüksek yaşam kalitesine işaret etmektedir. Ölçek yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilmektedir. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Boyutların birbirinden bağımsız yaşam kalitesini ifade ettiği düşünülerek ayrıştırılmıştır. Bu boyutlar;

1. Boyut: Fiziksel sağlık: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücünü değerlendiren 7 soru

2. Boyut: Psikolojik sağlık: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkati toplamayı değerlendiren 6 soru

3. Boyut: Sosyal ilişkiler: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşamla ilgili 3 soru

4. Boyut: Çevresel sağlık alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik, nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve

beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşımı değerlendiren 8 soru içermektedir.

5. Kültüre Standardize (KS): Çevre; sosyal baskıyı değerlendiren ve geçerlilik güvenilirlik çalışması sonrasında ulusal soru olarak eklenen 27. soruya verilen yanıtlar dikkate alınarak elde edilen alandır.

Çalışmada toplanan verilerin analizi, istatistiksel yazılım paketi SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Kategorik değişkenler için ise T testi istatistiği kullanıldı. Ölçek karşılaştırılmalarında pearson regresyon ve kolerasyon analizleri yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyini belirlemek için, %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza dâhil edilen 507 öğrenci 18-31 yaş aralığında yer almakla birlikte çoğunluğunu 20-25 yaş aralığındaki grup oluşturmaktadır. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıkları Tablo 2’ de gösterilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilere Ait Demografik Veriler

		N (507)	%
Cinsiyet	Kadın	267	52,7
	Erkek	240	47,3
Yaş	≤20	124	24,4
	20-25	360	71,0
	≥26	23	4,6
Okuduğu bölüm	Tıp Fakültesi	127	25,0
	Bilgisayar Mühendisliği	123	24,3
	Ebelik	136	26,8
	Temel Eğitim Bölümü	121	23,9
Bulunduğu eğitim yılı	1. Yıl	132	26,0
	2. Yıl	123	24,3
	3. Yıl	137	27,0
	4. Yıl ve üstü	115	22,7
Okuduğu bölümden memnunluk durumu	Evet	435	85,8
	Hayır	72	14,2
Aylık ortalama harcama düzeyi (TL)	≤500	25	4,9
	501-1000	148	29,2
	1001-2000	287	56,6
	≥2001	47	9,3
Yaşadığı yer	Yurt	162	32,0
	Evde arkadaşlar ile	230	45,3
	Evde yalnız	85	16,8
	Evde aile ile	30	5,9
Düzenli spor yapma	Hayır	236	67,4
	Evet	165	32,6
Sigara Kullanımı	Hayır	397	78,3
	Evet	110	21,7
Bedensel hastalık varlığı	Var	49	9,7
	Yok	458	90,3
Psikolojik hastalık varlığı	Var	25	4,9
	Yok	482	95,1
Halen kullanılmakta olan ilaç var mı?	Var	70	13,8
	Yok	437	86,2

Öğrencilerin akıllı telefon kullanım özelliklerine yönelik değerlendirmesinde sorgulanan 10 maddeden en yüksek ortalama puan “Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım” maddesinde görülürken, en düşük ortalama puan ise “İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim” maddesi almıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular

	N	Min-Max Puan	Ortalama Puan	Std. Dev
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım	507	10-60	38,3	15,85
Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim	507	10-60	31,4	16,70
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim	507	10-60	29,6	17,14
Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem	507	10-60	32,5	18,09
Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum	507	10-60	28,3	17,39
Kullanmasam da akıllı telefonum aklımdadır	507	10-60	31,4	17,28
Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem	507	10-60	31,2	17,06
İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim	507	10-60	25,7	17,72
Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım	507	10-60	33,6	16,85
Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler	507	10-60	27,8	17,74

Akıllı telefon bağımlılık ölçeğinde değerlendirilen maddelerinde cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Değerlendirilen 10 maddenin tamamında kadınların erkeklerden daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları, istatistiksel anlamlılığın ise sadece beş maddede olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular

		N (507)	Ort ±Std Puan	T testi	p
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım	Kadın	267	34,2±16,2	-0,407	0,173
	Erkek	240	33,6±15,4	-0,408	
Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim	Kadın	267	31,6±17,1	0,032	0,174
	Erkek	240	31,4±16,3	0,032	
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim	Kadın	267	29,8±17,3	-0,155	0,447
	Erkek	240	29,5±16,9	-0,155	
Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem	Kadın	267	33,1±18,7	-0,775	0,033*
	Erkek	240	31,9±17,5	-0,778	
Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum	Kadın	267	29,0±18,4	-0,901	0,002*
	Erkek	240	27,6±16,4	-0,906	
Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır	Kadın	267	31,8±16,4	0,597	0,011*
	Erkek	240	30,9±18,2	0,600	
Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçmem	Kadın	267	31,2±16,5	0,100	0,087
	Erkek	240	31,1±17,6	0,100	
İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim	Kadın	267	28,9±18,5	-1,466	0,005*
	Erkek	240	26,6±16,8	-1,474	
Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım	Kadın	267	33,8±17,7	-0,356	0,008*
	Erkek	240	33,3±16,0	-0,358	
Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler	Kadın	267	28,5±18,4	-0,897	0,056
	Erkek	240	27,1±17,0	-0,901	

p<0,05 Anlamlılık, Independent T Testi

Öğrencilerinin akıllı telefon kullanım özelliklerine yönelik puan ortalamalarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde ise 20 yaş ve altı olan gruptaki öğrencilerin diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında 10 maddenin sekizinde aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular

		N (507)	Ort ±Std Puan	T testi	p
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım	≤20	124	34,6±15,7	-0,885	0,940
	20-25	360	33,1±15,8	-0,880	
	≥26	23	27,3±16,9	-0,734	
Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim	≤20	124	32,2±17,0	-1,164	0,007*
	20-25	360	30,1±15,2	-1,231	
	≥26	23	27,3±18,5	-0,671	
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissederim	≤20	124	30,0±17,6	-0,57	0,014*
	20-25	360	29,1±15,2	-0,613	
	≥26	23	27,7±19,2	-0,115	
Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem	≤20	124	33,5±18,3	-1,665	0,046*
	20-25	360	30,4±16,9	-1,728	
	≥26	23	26,8±19,6	-0,657	
Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum	≤20	124	29,1±17,9	-1,519	0,002*
	20-25	360	26,4±15,4	-1,632	
	≥26	23	25,5±18,1	-0,244	
Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır	≤20	124	31,8±17,7	-0,58	0,007*
	20-25	360	30,8±15,5	-0,618	
	≥26	23	25,9±18,1	-1,297	
Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem	≤20	124	31,7±17,4	-0,784	0,003*
	20-25	360	30,4±15,5	-0,828	
	≥26	23	25,5±18,4	-0,241	
İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim	≤20	124	28,0±18,1	-0,301	0,117
	20-25	360	27,4±16,6	-0,315	
	≥26	23	23,6±18,4	0,193	
Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım	≤20	124	34,2±17,1	-0,549	0,026*
	20-25	360	33,3±15,6	-0,575	
	≥26	23	23,6±17,1	-0,938	
Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığımı söylerler	≤20	124	28,4±18,2	-1,038	0,003*
	20-25	360	26,5±15,7	-1,114	
	≥26	23	24,1±19,6	-0,791	

p<0,05 Anlamlılık, Independent T Testi

Öğrencilerin okudukları fakültele göre akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında, aldıkları puan ortalamalarının birbirlerine yakın oldukları görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerinin Eğitim Gördükleri Bölümlere Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular

		N (507)	Ort ±Std	T testi	p
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım	Tıp Fakültesi	127	33,7±16,0	-,381	0,979
	Bilgisayar Mühendisliği	123	34,5±15,9	-,480	
	Ebelik	136	33,2±15,3	-,618	
	Temel Eğitim Bölümü	121	34,4±16,2	-,616	
Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim	Tıp Fakültesi	127	32,1±17,8	-,142	0,456
	Bilgisayar Mühendisliği	123	32,4±17,0	-,430	
	Ebelik	136	30,7±16,1	,124	
	Temel Eğitim Bölümü	121	30,4±15,8	,124	
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim	Tıp Fakültesi	127	29,4±18,4	-,430	0,078
	Bilgisayar Mühendisliği	123	30,4±16,6	-,428	
	Ebelik	136	28,8±17,2	-,597	
	Temel Eğitim Bölümü	121	30,1±16,9	-,594	
Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem	Tıp Fakültesi	127	33,3±18,3	-,661	0,007*
	Bilgisayar Mühendisliği	123	34,1±17,1	-,345	
	Ebelik	136	32,6±19,7	-,466	
	Temel Eğitim Bölümü	121	26,3±15,8	-,459	
Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum	Tıp Fakültesi	127	29,0±17,9	-,267	0,990
	Bilgisayar Mühendisliği	123	28,4±17,7	-,247	
	Ebelik	136	26,3±15,8	-,621	
	Temel Eğitim Bölümü	121	29,8±12,80	-,609	
Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır	Tıp Fakültesi	127	31,3±17,9	-,583	0,724
	Bilgisayar Mühendisliği	123	30,8±17,6	-,674	
	Ebelik	136	30,2±16,2	-,432	
	Temel Eğitim Bölümü	121	33,2±17,3	-,427	
Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçmemem	Tıp Fakültesi	127	31,0±17,5	-,233	0,269
	Bilgisayar Mühendisliği	123	32,0±16,8	-,228	
	Ebelik	136	29,0±16,3	-,905	
	Temel Eğitim Bölümü	121	33,0±17,6	-,894	
İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırılmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim	Tıp Fakültesi	127	27,4±16,6	-1,128	0,771
	Bilgisayar Mühendisliği	123	28,0±18,1	-1,313	
	Ebelik	136	26,3±16,1	-1,037	
	Temel Eğitim Bölümü	121	28,4±17,6	-1,031	
Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım	Tıp Fakültesi	127	32,9±18,1	-,227	0,558
	Bilgisayar Mühendisliği	123	33,6±17,6	-,389	
	Ebelik	136	32,2±15,4	-,258	
	Temel Eğitim Bölümü	121	35,7±16,1	-,347	
Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler	Tıp Fakültesi	127	28,6±18,8	,558	0,227
	Bilgisayar Mühendisliği	123	27,6±17,7	,637	
	Ebelik	136	26,1±16,3	-,591	
	Temel Eğitim Bölümü	121	29,2±18,1	-,378	

p<0,05 Anlamlılık, Independent T Testi

Tablo 7. Öğrencilerin Aylık Harcamalarına Göre Akıllı Telefon Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular

	Harcama(TL/Ay)	N(507)	Ort ±Std Puan	T testi	p
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım	≤500	25	35,6±14,1	,291	0,072
	501-1000	148	34,6±16,2	,321	
	1001-2000	287	32,8±15,6	-1,968	
	≥2001	47	37,7±16,1	-1,922	
Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim	≤500	25	31,6±14,3	,105	0,144
	501-1000	148	31,2±17,2	,120	
	1001-2000	287	30,6±16,3	-2,483	
	≥2001	47	37,0±17,6	-2,347	
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim	≤500	25	28,0±17,3	-,376	0,996
	501-1000	148	29,4±17,0	-,372	
	1001-2000	287	29,0±16,8	-2,274	
	≥2001	47	35,1±18,4	-2,137	
Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem	≤500	25	36,2±18,8	-1,821	0,589
	501-1000	148	33,5±17,6	1,338	
	1001-2000	287	30,8±18,1	-1,869	
	≥2001	47	38,4±16,7	1,290	
Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum	≤500	25	30,6±17,2	-1,414	0,318
	501-1000	148	29,9±17,5	,417	
	1001-2000	287	26,8±17,1	-1,415	
	≥2001	47	31,6±19,5	,450	
Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır	≤500	25	35,5±18,6	-1,912	0,691
	501-1000	148	31,9±17,5	1,122	
	1001-2000	287	30,0±16,8	-2,053	
	≥2001	47	36,0±16,8	1,091	
Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem	≤500	25	31,6±17,9	-,132	0,756
	501-1000	148	32,1±17,2	-,128	
	1001-2000	287	29,9±16,5	-2,209	
	≥2001	47	35,7±18,6	-2,027	
İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim	≤500	25	26,4±18,1	-,632	0,620
	501-1000	148	28,9±17,9	-,630	
	1001-2000	287	26,9±17,2	-,721	
	≥2001	47	28,9±20,3	-,638	
Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım	≤500	25	36,0±15,5	,409	0,190
	501-1000	148	34,5±17,7	,449	
	1001-2000	287	32,3±16,2	-1,722	
	≥2001	47	36,8±18,0	-1,595	
Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler	≤500	25	28,4±15,4	,006	0,208
	501-1000	148	28,4±17,9	,034	
	1001-2000	287	27,0±17,5	-1,155	
	≥2001	47	30,2±19,3	-1,077	

p<0,05 Anlamlılık, Independent T Testi

Aylık harcaması ≥ 2001 TL ve üzeri olan öğrencilerin diğer harcama aralıklarındaki öğrenci gruplarına göre sorgulanan maddelerin çoğunda yüksek ortalamalara sahip olmalarına rağmen harcama düzeyleri ile bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel anlamlılık saptanamamıştır (Tablo 7).

Öğrencilerin yaşam kalitesi alt parametrelerinden genel sağlık toplam puanı ortalaması $15,27 \pm 3,03$; fiziksel sağlık puanı ortalaması $16,12 \pm 2,13$; psikolojik sağlık puanı ortalaması $15,92 \pm 3,89$; sosyal ilişkiler puanı ortalaması $14,74 \pm 2,41$; çevresel sağlık puanı ortalaması $15,35 \pm 2,32$ ve kültüre standardize (KS) puanı ortalaması $14,23 \pm 4,41$ olarak hesaplanmıştır.

Yaşam kalitesi alt parametrelerinden alınan puanların cinsiyetler arası karşılaştırmasında; öğrencilerin genel sağlık, fiziksel sağlık, çevresel sağlık ve kültüre standardize alanlarında aldıkları puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Erkek öğrencilerin genel sağlık, fiziksel sağlık ve kültüre standardize alt boyutlarında yüksek puan ortalamalarına; kadınların ise çevresel sağlık alt boyutunda yüksek puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Cinsiyetler Arası Karşılaştırması

		N	Ortalama Puan	Std. Dev	t	p
Fiziksel Sağlık	Kadın	267	15,48	2,48	-0,420	0,016
	Erkek	240	15,56	2,56		
Psikolojik Sağlık	Kadın	267	14,04	2,42	-0,996	0,201
	Erkek	240	14,16	2,47		
Sosyal İlişkiler	Kadın	267	13,24	2,35	-1,011	0,011
	Erkek	240	13,96	2,39		
Çevresel Sağlık	Kadın	267	13,64	2,27	1,347	0,019
	Erkek	240	13,82	2,68		
Kültüre Standardize (KS)	Kadın	267	14,94	2,41	2,068	0,042
	Erkek	240	15,69	2,33		

p<0,05 Anlamlılık, İndependent T Testi

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin yaş gruplarına göre yaşam parametrelerinden aldıkları puanların t-test sonuçları Tablo 9’da gösterilmektedir. Bütün alt boyutlarda 20-25 yaş aralığındaki öğrencilerin ortalama puanlarının diğer alt boyutlardan daha yüksek ortalamalara sahip oldukları saptandı.

Tablo 9. Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırması

		N (507)	Ortalama Puan	Std. Dev	t	p
Fiziksel Sağlık	≤20	124	14,38	2,94	-1,726	0,499
	20-25	360	14,55	2,67	-1,761	
	≥26	23	14,40	2,57	-1,364	
Psikolojik Sağlık	≤20	124	14,03	2,44	-,687	0,033
	20-25	360	14,16	2,48	-,531	
	≥26	23	13,98	2,96	-,619	
Sosyal İlişkiler	≤20	124	13,02	2,38	-1,029	0,047
	20-25	360	13,46	2,36	-1,048	
	≥26	23	12,69	2,47	-1,047	
Çevresel Sağlık	≤20	124	13,52	2,61	-1,502	0,977
	20-25	360	13,63	2,59	-1,474	
	≥26	23	13,79	2,31	-1,234	
Kültüre Standardize (KS)	≤20	124	15,43	2,47	,241	0,132
	20-25	360	15,72	2,36	,232	
	≥26	23	15,59	2,22	,258	

p<0,05 Anlamlılık, Independent T Testi

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin eğitim gördükleri bölümlere göre yaşam kalitesi alt parametrelerinden psikolojik ve çevresel sağlık puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilirken diğer alan puan ortalamalarında farklılık saptanmamıştır (Tablo 10). Yine yaşam kalitesi alt parametreleri ile öğrencilerin aylık harcama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 11).

Tablo 10. Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Bölümler Arası Karşılaştırması

		N (507)	Ort ±Std Puan	T testi	p
Fiziksel Sağlık	Tıp Fakültesi	127	14,66±2,93	-1,481	0,230
	Bilgisayar Mühendisliği	123	14,48±2,86	-1,480	
	Ebelik	136	14,43±2,94	-1,478	
	Temel Eğitim Bölümü	121	14,51±2,99	-1,312	
Psikolojik Sağlık	Tıp Fakültesi	127	14,06±2,47	-,442	0,028
	Bilgisayar Mühendisliği	123	14,14±2,44	-,633	
	Ebelik	136	13,99±2,41	-,428	
	Temel Eğitim Bölümü	121	14,07±2,43	-,369	
Sosyal İlişkiler	Tıp Fakültesi	127	12,47±2,37	-,347	0,549
	Bilgisayar Mühendisliği	123	12,36±2,66	-,321	
	Ebelik	136	12,08±2,36	-,407	
	Temel Eğitim Bölümü	121	12,01±2,39	-,411	
Çevresel Sağlık	Tıp Fakültesi	127	13,67±2,61	-,948	0,034
	Bilgisayar Mühendisliği	123	13,55±2,63	-,963	
	Ebelik	136	13,56±2,56	-,859	
	Temel Eğitim Bölümü	121	13,67±2,61	-,934	
Kültüre Standardize (KS)	Tıp Fakültesi	127	14,88±1,44	-,258	0,409
	Bilgisayar Mühendisliği	123	14,51±1,32	-,276	
	Ebelik	136	14,96±1,33	-,227	
	Temel Eğitim Bölümü	121	14,82±1,40	-,201	

p<0,05 Anlamlılık, Independent T Testi

Tablo 11. Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Öğrencilerin Aylık Harcama Düzeyleri Arası Karşılaştırması

		Aylık Harcama (TL)	N (507)	Ortalama Puan	Std. Dev	T testi	p
Fiziksel Sağlık	≤500	25	14,64	2,75	,489	0,042	
	501-1000	148	14,50	2,97	,583		
	1001-2000	287	14,53	2,95	,625		
	≥2001	47	14,44	2,80	,478		
Psikolojik Sağlık	≤500	25	14,03	2,41	-,259	0,144	
	501-1000	148	14,08	2,43	-,346		
	1001-2000	287	13,98	2,47	-,128		
	≥2001	47	14,05	2,44	-,225		
Sosyal İlişkiler	≤500	25	12,04	2,25	-,547	0,005	
	501-1000	148	12,02	2,39	-,732		
	1001-2000	287	11,99	2,37	-,654		
	≥2001	47	12,02	2,41	-,698		
Çevresel Sağlık	≤500	25	13,57	2,51	-,213	0,589	
	501-1000	148	13,59	2,9	-,239		
	1001-2000	287	13,60	2,61	-,269		
	≥2001	47	13,66	2,57	-,241		
Kültüre Standardize (KS)	≤500	25	15,80	1,71	-1,447	0,318	
	501-1000	148	15,89	1,49	-1,365		
	1001-2000	287	15,77	1,36	-1,589		
	≥2001	47	15,83	1,53	-,963		

p<0,05 Anlamlılık, Independent T Testi

Yaşam kalitesi alt parametrelerinin birbirleriyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesinde ise; fiziksel, psikolojik, çevresel sağlık ve sosyal ilişkiler arasında olumlu yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin Yaşam Kalitesi Alt Parametrelerinin Korelasyon Değerleri

		Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevresel Sağlık	Kültüre Standardize
Fiziksel Sağlık	r	1	,314*	,477*	,674*	-,032
	p		,000	,000	,000	,478
Psikolojik Sağlık	r	,314*	1	,375*	,319*	,055
	p	,000		,000	,000	,216
Sosyal İlişkiler	r	,477*	,375**	1	,513*	,033
	p	,000	,000		,000	,464
Çevresel Sağlık	r	,674*	,319*	,513*	1	-,053
	p	,000	,000	,000		,237
Kültüre Standardize	r	-,032	,055	,033	-,053	1
	p	,478	,216	,464	,237	

p<0,05 Anlamlılık, Korelasyon Analizi

Çalışmada yer alan öğrencilerin yaşam kalitesi faktörleri ile akıllı telefon kullanımı maddeleri arasındaki ilişkinin regresyon analizi sonuçları ile her iki ölçeğin toplam puan ortalamaları Tablo 13’de gösterilmektedir.

Tablo13. Yaşam Kalitesi Alt Parametreleriyle Akıllı Telefon Kullanımı Maddeleri Arasındaki İlişki

	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevresel Sağlık	Kültüre Standardize
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım	-,339**	-,100*	-,427**	-,400**	-,280**
Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim	-,407*	-,399**	-,141**	-,280**	-,411**
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim	-,360*	-,426**	-,372**	-,352**	-,139**
Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem	-,406*	,663**	,523**	-,105*	-,399**
Akıllı telefonum yanımda olmadığımda sabırsız ve sinirli olurum	-,360*	,676**	,653**	-,349**	,522**
Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır	-,392*	1	,602**	-,400**	,635**
Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem	-,422*	,602**	,685**	-,393*	,551**
İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim	-,389*	,638**	,800**	-0,327	,685**
Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım	-,419*	,551**	,685**	-0,385	,680**
Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler	-,385*	,669**	,712**	-0,341	,522**

p<0,05 anlamlılık, Pearson Regresyon Analizi, * düşük düzeyde anlamlı ilişki, ** yüksek düzeyde anlamlı ilişki

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Akıllı telefonlar insan yaşamına sağladığı kolaylıkların artması ile birlikte gündelik yaşamın ayrılmaz bir parçası olmuştur. Akıllı telefonlar bilinçli olarak kullanıldığında kullanıcıya amacı doğrultusunda birçok kolaylık sağlayan önemli teknolojik buluşlardan biridir. Bunun yanı sıra, akıllı telefonların amacı dışında aşırı derecede kullanımı kullanıcının biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle genç yaşta kullanıcılar başta olmak üzere, akıllı telefonların gereğinden fazla kullanılması akıllı telefon bağımlılığı gibi olumsuz sonuçlara da neden olabilmektedir (Pearson et al. 2016, Soni et al. 2017).

Yapılan araştırmalar cep telefonu kullanımının arttığını ve sağlığa olumsuz etkisini vurgulamaktayken, yaşam kalitesi ile olan ilişkisini tam olarak verememektedir. Bu çalışmada, üniversitesi öğrencilerinin akıllı telefon kullanma düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmış ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen %52,7'si kadın ve %47,3'ü erkek olan öğrenciler içinde; kadın öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek oranda akıllı telefon bağımlısı oldukları ve bağımlılık düzeylerinin yaşam kaliteleri üzerine negatif yönde etki ettiği görülmüştür. Burdan akıllı telefon bağımlılık düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasında negatif korelasyon olduğu yorumu yapılabilir. İki bağımsız değişken olduğu için sebep-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır.

Lise öğrencilerinin problemleri akıllı telefon kullanımları ile sosyal kaygı ve sosyal ağ kullanımına yönelik yapılan bir çalışmada lise öğrencisi kadınların, erkeklere göre çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak daha problemleri akıllı telefon kullandıkları ve daha fazla sosyal kaygı yaşadıkları görülmüştür. Sosyal kaygı düzeyleri arttıkça sosyal ağ kullanımlarının ve problemleri akıllı telefon kullanımının arttığı ortaya konulmuştur (Doğan ve Tosun, 2016). Minaz ve ark. (2017)'nin 385 üniversite öğrencisinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerini ve kullanım amaçlarını incelediği çalışmasında ise; cinsiyet, eğitim ve yaş ile öğrencilerin akıllı telefon bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ayrıca üniversite öğrencilerinin akıllı telefonu en

çok sosyal iletişim ağlarına erişim için kullandığı, günlük ortalama kullanım süresinin 4 saat ve üzeri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel sağlık, sosyal sağlık, çevresel sağlık ve kültüre standardize alanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu alt boyutlarda erkek öğrencilerin yaşam kaliteleri kadın öğrencilere göre daha yüksektir. Bu veri kız öğrencilerde erkek öğrencilerden farklı olarak bu alanlar üzerinde etkili olabilecek biyolojik, sosyal, kültürel, ekonomik koşul ve/veya durumların araştırılması gereğini düşündürmektedir. Vuillemin ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada erkeklerde fiziksel aktivite düzeyi ile SF-36'nın fiziksel skorlar arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmanın, çevresel koşullar, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler arasında olumlu yönde ve anlamlı bir ilişkinin varlığı bulgusuna paralel olarak Cankovic ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada, çevre ile toplam yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki bulmuşlardır. Fiziksel koşulların yeterliliği, güvenli bir ortam, yeterli finansal koşullar, boş zaman değerlendirme olanakları, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, ulaşım olanakları gibi çevresel boyut koşullarının kaliteli yaşam algısıyla daha fazla ilgili olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda erkek öğrencilerin sosyal ilişkiler alanında aldıkları puanlar kadın öğrencilere oranla daha yüksektir. Kaya (2003)'nin acil servis çalışanları üzerinde yaptığı araştırmasında çalışmamız verileriyle uyumlu olarak; erkek öğrencilerin sosyal alan ortalamaları kız öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Aldinç ve ark. (2004)'nin yaptığı çalışmada ise erkekler ve kadınlar arasında yaşam kalitesinin sosyal alanında cinsiyetlere göre erkeklerin sosyal alan ortalaması daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızla benzer sonuçlar saptayan bir çalışmada, yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanı cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermektedir. Erkek öğrencilerin bedensel alan ortalamaları kız öğrencilere göre daha yüksektir. Erkek öğrencilerin fiziksel sağlık ortalamaları kız öğrencilere göre daha yüksektir. Bu bulgu Türkiye'de yapılmış birçok çalışmayla uyumludur (Kaya 2003, Aldinç ve ark. 2004,

Arslantaş ve ark. 2006, Tekkanat 2008). Aldinç ve ark. (2004) çalışmasında ise cinsiyete göre bedensel alan ortalamaları açısından fark bulunmamıştır. Ancak Türkiye’de yapılmış çalışmalarda bu konuda birbirinden farklı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni yaşam kalitesi ölçeklerinin genelde hasta, yaşlı, özel bir meslek grubunda ya da tedavi sonrası tedavinin etkinliğini belirleyebilmek amacıyla kullanılıyor olması olabilir.

Günümüzde ebeveynler çocuklarının fiziksel sağlığı veya okul başarısı üzerinde durdukları kadar teknoloji kullanımının taşıdığı riskler hakkında duyarlı değillerdir. Bu yüzden erken yaştan itibaren çocuklarda problemler akıllı telefon kullanımı ve bağımlılık sorunları ortaya çıkmaktadır. Çalışmamız verileri 20 yaş ve altı öğrenci grubundakilerin akıllı telefon kullanma düzeylerinin diğer yaş gruplarındaki öğrencilere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu özellikle gençlerin akıllı telefon kullanma konusundaki isteklerinin nasıl da bağımlılığa dönüştüğünü göstermektedir. Yaş düştükçe akıllı telefonlara olan bağımlılık artmaktadır. Kuyucu (2017) 620 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmasında üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerini araştırmıştır. Çalışma sonucunda 21-23 yaş grubundakilerin 27 yaş ve üzerinelere göre daha fazla cep telefonlarına olumlu anlam yükledikleri görülmüştür.

Çalışmamızda 20-25 yaş aralığındaki öğrencilerin yaşam kalitesi alt parametrelerinden aldığı ortalama puanlarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu saptandı. Bütün alt gruplarda; araştırma grubunun yaş değişkeni ile yaşam kalitesi faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sadece psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken, diğer alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Karşılaştırma yapılan çalışmalar genelde yaşlılar üzerinde yapılmış olduğundan ve bu çalışmanın yaş ortalaması nispeten daha düşük, dolayısıyla daha genç ve aktif çalışan bir grupta yapılmış olduğundan yaşam kalitesi diğer araştırmalardan daha iyi bulunmuş olabilir. Gerçekten de yaş faktörü, alan puanlarını etkileyen değişkenlerden biri olarak literatürde yer almaktadır (Birtane 2000, Arslantaş ve ark. 2006).

Avrupalı mobil analitik şirketi Adjust tarafından yapılan bir araştırmada üç farklı yaş grubu arasındaki akıllı telefon kullanım nedenlerini araştırmış ve çalışma sonucunda 13-24 yaş arasındaki kullanıcıların e-posta uygulamalarını kullanım süresi yüzde bir civarındadır. Buna karşılık mobil mesajlaşma uygulamalarının kullanımını yüzde sekiz düzeyindedir. 25-44 yaş aralığında bu oranlar e-posta için yüzde iki, mobil mesajlaşma uygulamaları için yüzde dört olarak gerçekteşirken, 45 yaş üzeri kitle için ise e-posta kullanımını yüzde üç, mobil mesajlaşma uygulamaları için ise yüzde iki civarında gerçekteşmiştir.

Aktaş ve Yılmaz'ın (2017) yaptıkları araştırma sonuçlarına göre; üniversite öğrencileri akıllı telefonu, daha çok internette dolaşmak, sosyal ağları kullanmak ve müzik dinlemek amaçlı kullanırken, oyun oynamak ve elektronik kitap okumak için daha az kullanmaktadır. Araştırma sonucuna göre akıllı telefon bağımlılığı faktörleri ile yalnızlık ve utangaçlık değişkenleri arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yılmaz ve ark. (2015) yaptıkları analizler sonucunda ergenlerde problemlili mobil telefon kullanımını ile sosyal kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Diğer bir ifade ile sosyal kaygı düzeyi yüksek olan lise öğrencilerinin mobil telefon kullanım oranının da yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Sağlık bilimleri fakóltesinde eğitim alan öğrencilerin akıllı telefon kullanım sıklığının oldukça yüksek olduğu görterilmiştir. Öğrencilerin bağımlılık düzeylerinin artması sonucunda da sözel iletişimlerinin ve sosyal yaşamlarının negatif yönde etkilemekte olduğu ve bunun eğitimlerini zorlaştırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Kahyaoğlu ve ark. 2016). Yükseköğretim öğrencilerinde yapılan bir diğer çalışmada ise sosyal medya ve internet kullanım alışkanlıkları, akıllı telefon kullanım alışkanlıkları, akıllı telefon bağımlılık düzeyleri ve bu bağımlılığı etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırma sonucunda, öğrencilerin %30,3'ünüm akıllı telefon bağımlılık riski taşımakta olduğu, %7'sinin ise akıllı telefon bağımlısı olduğu görölmüştür. Aynı çalışmada, akıllı telefon bağımlılığı üzerinde akıllı telefon kullanımı, internet ve sosyal medya kullanımı ve de yaş etkili birer faktör olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da öğrencilerde akıllı telefon kullanım oranları oldukça yüksek bulunmuş, fakat eğitim aldıkları bölümlere göre anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Taylan 2016)

Yapılan çalışmalarda ekonomik düzeyi ve aylık harcamaları yüksek olan öğrencilerin daha fazla akıllı telefon kullandıkları ve daha yüksek oranda bağımlı oldukları saptanmıştır. Aile geliri 2501-3500 TL aralığında öğrencilerin daha düşük gelirli ailelere göre daha fazla cep telefonlarına bağımlı olduklarını tespit etmiştir (Kuyucu 2017). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, aylık harcaması ≥ 2001 TL ve üzeri olan öğrencilerin daha düşük aylık harcama düzeyleri olan öğrencilere göre sorgulanan maddelerin hepsinde yüksek ortalamalara sahip oldukları gözlemlenmiş ve daha yüksek oranda akıllı telefon bağımlısı oldukları şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamız sonucunda bütün alt boyutlarda 501-1000 TL aylık harcama yapan öğrencilerinin yaşam kalitesi alt parametre puanlarının diğer alt boyutlardan daha yüksek ortalamalara sahip oldukları saptandı. Bütün alt gruplarda; araştırma grubunun aylık harcamaları değişkeni ile yaşam kalitesi faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sadece fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken, diğer alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde eden Akyüz ve ark. (2017) çalışmalarında Beden eğitimi ve spor yüksek okulunda öğrenim gören ve tesadüfi yolla seçilen 439 gönüllü öğrencinin yaşam kaliteleri ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemişler ve çalışma sonucunda öğrencilerin aylık kişisel gelirleri ile yaşam kalitesi faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Sonuç olarak; çalışmamızda farklı fakültelerde öğrenim gören toplam 507 üniversite öğrencisine akıllı telefon kullanım düzeylerini ve yaşam kalitelerini değerlendiren ölçekler uygulandı. Öğrencilerin bu ölçeklerde aldıkları toplam skorlar ve ölçeklerde değerlendirilen alt parametrelerin ayrı ayrı birbirleriyle olan korelasyonları literatür verileriyle birlikte değerlendirildi. Akıllı telefon bağımlılık skorları yüksek saptanan öğrencilerin yaşam kalitesi skorlarının, akıllı telefon bağımlılık skoru daha düşük saptanan öğrencilere göre daha düşük olduğu saptandı. Bu bağlamda akıllı telefon kullanımı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon olabileceği düşünüldü. Literatürde akıllı telefon bağımlılığının olası etkilerinin araştırılması konusunda yapılan çalışmaların sonuçları; anksiyete, depresyon, sosyal kaygı, yalnızlık ve dikkat

eksikliği gibi birçok durumun akıllı telefon bağımlılığıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Yapılan çalışmaların büyük kısmında kadın cinsiyet veya düşük yaş grubu akıllı telefon bağımlılığının daha yoğun görüldüğü gruplar olarak değerlendirilse de literatürde bu değişkenlerin akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkilerinin olmadığı yönünde değerlendirmede bulunan çalışmalar da mevcuttur. Bizim verilerimiz de; kadınlarda, düşük yaş gruplarında ve ekonomik düzeyi yüksek olanlarda akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek olduğunu desteklemektedir.

Yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör olduğu bilinmektedir. Çalışmamız verileri bu faktörlerden birinin de problemlili akıllı telefon kullanımı olduğunu göstermektedir. Literatürde akıllı telefon kullanımının kişilerin akademik başarıları, kaygı durumları ve bağımlılık seviyeleri üzerine etkilerinin değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır. Fakat direkt yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda çalışmamız sonuçları bu alandaki eksikliğin kapatılmasına katkı sağlayacaktır.

Akıllı telefon kullanımı günümüzde oldukça yaygınlaşmakta ve kullanmaya başlama yaşı giderek düşmektedir. Yararlı etkilerinin yanında olası zararlı etkilerinin de ortaya konması özellikle hitap ettiği yaş grupları nedeniyle oldukça önemlidir. Bu olası etkilerin tespiti ve bu etkilere karşı alınması gerek önlemler değerlendirilmeli, gelecek nesillerde problemlili akıllı telefon kullanımının önüne geçilmelidir. Bu bağlamda akıllı telefon bağımlılığının negatif etkileri ve alınması gereken önlemlere ışık tutabilecek daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanısındayız.

6. KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek AM. (2010). Quality of life, subjective well-being, and religiosity in muslim college students. *Qual Life Res.* 19(8):1133-1143.
- Akdede BB. (2006). Psikiyatrik bozukluklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birikim Dergisi, 1* (Suppl 2):94-8.
- Aktaş H, Yılmaz N. (2017). Üniversite gençlerinin yalnızlık ve utangaçlık unsurları açısından akıllı telefon bağımlılığı. *International Journal of Social Sciences and Education Research.* 3(1):85-100.
- Akyüz H, Yaşartürk F, Aydın İ, Zorba E, Türkmen M. (2017). Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi ve mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Cultural and Social Studies.* 3(SI):253-262.
- Albrecht GL. (1994). Subjective health assessment. *Measuring health and medical outcomes.* 7:25-26.
- Aldinç H, Aytar B, Demetçi EM, Seçen, EA, Şahin A, Yılmaz H. (2004). Ankara ilinden seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı. Ankara.
- Al-Khlaiwi T, Meo SA. (2004). Association of mobile phone radiation with fatigue, headache, dizziness, tension and sleep disturbance in Saudi population. *Saudi Med J.* 25(6):732-6.
- Arıoğlu S, Beğen T, Kaan M. (2004). Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine katkısı. *Aktüel tıp Dergisi.* 9:7-17.
- Arsıntaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi.* 28(2):81-89.
- Aslan D. (2012). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Nitelikli Yaşam: Yaşam Kalitesi. İçinde: *Halk Sağlığı Temel Bilgiler.* Editörler: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Aydemir Ö. (2006). Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi.* 1(2):9-13.

- Bhatia MS. (2008). Cell phone dependence- a new diagnostic entity. *Delhi Psychiatry Journal*. 11(2):123-124.
- Bilir N, Özcebe H, Vazıoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. (2005). Van ilinde 15 yaşı üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 25(5):663-8.
- Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçı C, Kokino S. (2000). Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Turk Geriatr Derg*. 3(4):141-145.
- Blackwell RD, Miniard PW, Engel J.F. (1995). Consumer behavior (10th edition). Dryden Press, Harcourt College Publishers, Texas.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* 8(15):137-150.
- Cankovic S, Ac-Nikolic E, Susnjevic S, Cankovic D, Radic I, Harhaji S. (2012). Environment and quality of life of older people. *Healthmed*. 6(5):1815-20.
- Carrier LM, Rosen LD, Cheever NA, Lim AF. (2015). Causes, effects, and practicalities of everyday multitasking. *Developmental Review*. 35:64-78.
- Choi HS, Lee HK, Ha J. (2012). The influence of smartphone addiction on mental health, campus life and personal relations- Focusing on K university students. *Journal of the Korean Data & Information Science Society*. 235:1005-15.
- Comings DE. (1995). Tourette's syndrome: A behavioral spectrum disorder. *Adv Neurol*. 65:293-303.
- Demirkıran S. (2012). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları. BEU Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman:Prof. Dr. M.F. Gezgin).
- Detmar SB, Muller MJ, Wever LD, Schornagel JH, Aaronson NK. (2001). The patient physician relationship. Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits: An observational study. *JAMA*. 285(10):1351-7.
- Dinçer MK. (2015). İletişimin Kalbi: Sözsüz İletişim Becerileri. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Doğan U, Tosun Nİ. (2016). Lise öğrencilerinde problemlı akıllı telefon kullanımının sosyal kaygı ve sosyal ağların kullanımına aracılık etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.22:99-128.

- Dredge R, Gleeson J, Garcia XDL. (2014). Cyberbullying in social networking sites: An adolescent victim's perspective. *Computers in Human Behavior*.36:13-20.
- Edisan Z, Kadioğlu F. (2013). Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncüleri. *Lokman Hekim Journal*. 3(3):1-4.
- Erdoğan İ. (2002). İletişimi Anlamak, Erk Yayınevi, Ankara.
- Evans RG. (2003). Patient-Centered medicine: Reason, emotion and human spirit? Some philosophical reflections of being with patients. *Med Humanit*. 29(1):8-14.
- Fayers PM, Machin D. (2000). Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation. John Wiley & Sons, UK.
- Gaspar T, Matos MG, Pais Ribeiro JL, Leal I, Costa P, Erhart M, Ravens-Sieberer U. (2010). Quality of life: Differences related to gender, age, socio-economic status and health status, in Portuguese teens. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.2:87-104.
- Gaspar T, Pais Ribeiro JL, Matos MG, Leal I. (2011). Psychological wellbeing and health-related quality of life in children and adolescents: Focus Group methodology. *Journal of Child and Adolescent Psychology*. 4:133–149.
- Heron D, Shapira NA. (2004). Time to log off: New diagnostic criteria for problematic internet use. *Current Psychiatry*. 2(4):21–29.
- Hollander E, Zohar J, Marazziti D, Olivier B. (1994). Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder. John Wiley & Sons, Chichester.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. (2011). How should we define health. *BMJ*. 26:343:d4163.
- Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. (2002). Health-related quality of life in patients with congestive heartfailure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 87(3):235–241.
- Kaasa S, Loge JH. (2003). Quality of life in palliative care: Principles and practice. *Palliat Med*. 17(1):11-20.

- Kahyaoğlu S, Kurt S, Uzal O, Ozdilek S. (2016). Effects of smartphone addiction level on social and educational life in health sciences students. *Euras J Fam Med.* 5(1):13-9.
- Kalba K. (2008). The adoption of mobile phones in emerging markets: Global diffusion and the rural challenge, *International Journal Of Communication,* 2:631-661.
- Katschnig H, Krautgartner M. (2002). Quality of life: A new dimension in mental health care. In *Psychiatry in society.* Sartorius N, Gaebel W, López-Ibor JJ, Maj M (Eds.). John Wiley & Sons, New York, US.
- Kaya M. (2003). Ankara’da 112 Acil Yardım Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. AÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.(Danışman: Prof. Dr. Ömer Rıfkı Önder).
- Kayabaş BK. (2013). Mobil yaşam: Yeni iletişim teknolojileri. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
- Kaypakoğlu S. (2008). Kişilerarası İletişim: Cinsiyet Farklılıkları, Güç ve Çatışma. Derin Yayınları, İstanbul.
- Kırık AM. (2013). Sosyalleşen Birey- Sosyal Medya.Çizgi Kitabevi, Konya
- Köknel Ö. (1997). İnsanı Anlamak, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W. (1998). Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol.* 53(9):1017-31.
- Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, Gu X, Choi JH, Kim DJ. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PLoS One.* 8(2):1-7.
- Kuyucu M. (2017). Gençlerde Akıllı Telefon Kullanımı Ve Akıllı Telefon Bağımlılığı Sorunsalı: “Akıllı Telefon (Kolik)” Üniversite Gençliği. *Global Media Journal TR Edition.* 7(14):328-359.
- Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 1:464–483.

- Liddle J, McKenna K. (2000). Quality of life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*. 47:77-85.
- Ling C, Hwang W, Salvendy G. (2006). Diversified users' satisfaction with advanced mobile phone features. *Universal Access in the Information Society*. 5(2):239-249.
- Ling R, Yttri B. (2002). Hyper-coordination via mobile phones in Norway. In: Perpetual contact: mobile communication, private talk, public performance. Katz JE, Aakhus M. (Eds)Cambridge University Press. UK.
- MacKeigan LD, Pathak DS. (1992). Overview of health-related quality-of-life measures. *Am J Hosp Pharm*. 49(9):2236-45.
- Maslow AH. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*. 50:370-396.
- Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, Mahmud S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: Presentation and validation. *J Nerv Ment Dis*. 188(5):301-5.
- Minaz A, Bozkurt ÖÇ. (2017). Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin ve kullanım amaçlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 9:21:268-286.
- Morris J, Perez D, McNoe B. (1998). The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res*. 7(1):85-91.
- Müezzinoğlu T. (2006). Ürolojide sağlıkta yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birlik Dergisi*. 1(2):83-93.
- Onay M, Süslü ZH, Kılıcı S. (2011). İletişim tarzının ve sözsüz iletişimin iş performansına etkisi: Posta dağıtıcıları ve hemşireler üzerine bir araştırma. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 17(1):139-175.
- Oskay Ü. (2005). İletişimin Abc' si. Der Yayınları, İstanbul.
- Öner C. (2014). Sağlıkın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5(3):15-8.
- Pearson C, Hussain Z. (2016). Smartphone addiction and associated psychological factors. *ADDICTA: The Turkish Journal of Addictions*. 3(2):193-207.

- Perim A. (2007). Trakya Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının belirlenmesi. TÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Edirne. (Danışman: Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak).
- Pigou AC. (1951). Some aspects of welfare economics. *The American Economic Review*. 41(3):287-302.
- Samaha M, Hawi NS. (2016). The relationship between smartphone addiction stress, academic performance and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior*.57:321-325.
- Sherer K. (1997). College life on-line: Healthy and unhealthy internet use. *Journal of College Student Development*. 38(6):655–665.
- Schuessler KF, Fisher GA. (1985). Quality of life research and sociology. *Ann Rev Sociol*.11:129-49.
- Schwartz CE, Sprangers MA. (1999). Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health-related quality-of-life research. *Soc Sci Med*. 48(11):1531-48.
- Soares AHR, Martins, AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. (2011). Quality of life of children and adolescents: A bibliographic study. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16:3197- 3206.
- Soni R, Upadhyay R, Jain M. (2017). Prevalence of smart phone addiction, sleep quality and associated behaviour problems in adolescents. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 5(2):515-519.
- Şekuri C. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kardiyovasküler hastalıklarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi*.1(2):64-70.
- Taner N. (2013). Kullanıcılarının akıllı telefonları değerlendirmeleri: Kastamonu şehir merkezinde bir uygulama. *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*.1:127-140.
- Taylan HH. (2016). Yükseköğretim Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı. International Conference on Quality in Higher Education, Sakarya, Turkey.
- Taylor AS, Harper R. (2003). The gift of the gab?: A design oriented sociology of young people's use of mobiles. *Computer Supported Cooperative Work*. 12(3):267-296.

- Tekkanat Ç. (2008). Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. PAU Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli. (Danışman: Yard. Doç. Ö. Mülazımoğlu Ballı).
- Thompson DR, Roebuck A. (2001). The measurement of health-related quality of life in patients with coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs.* 16(1):28-33.
- Tongue JR, Epps HR, Forese LL. (2005). Communication skills for patient-centered care. *The Journal of Bone & Joint Surgery* 87(3):652-58.
- Torlak SE, Yavuzçehre PS. (2008). Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler.* 17(2):23-44.
- Veenhoven R. (1996). Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research.* 37(1):1-46.
- Vuillemin A, Boini S, Bertrais S, Tessier S, Oppert JM, Hercberg S, Guillemin F, Briançon S. (2005). Leisure time physical activity and health related quality of life. *Prev Med.* 41(2):562-9.
- Wood-Dauphinee S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol.* 52(4):355-63.
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2(2):61-68.
- Yılmaz Gül, Şar AH, Civan S. (2015). Ergenlerde mobil telefon bağımlılığı ile sosyal kaygı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying.* 2(2):20-37.
- Yorgancıoğlu A. (2006). Solunum hastalıklarında yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi anketleri. *Sağlıkta Birikim Dergisi.* 1(2):27-35.
- Young KS. (1999) Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. In: Innovations in Clinical Practice: A Source Book. VandeCreek L, Jackson TL. (eds). *Professional Resource Press.*
- Young KS. (2007). Cognitive behavior therapy with internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychol Behav.* 10(5):671-9.
- Zullig KJ, Valois RF, Drane JW. (2005). Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. *Health Qual Life Outcomes.* 3:64.

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

- Üniversite okuyan öğrencilerin akıllı telefon kullanma düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tıpta uzmanlık tezi yapmaktayım.
- Çalışmada kişiye ait şahsi bilgiler ve isim kesinlikle kullanılmamaktadır.
- Anket süresi ortalama 10-15 dakikadır.
- Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER SAÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Dr. Erdi ULUTAŞ SAÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
--	--

(Lütfen size uygun olan kutucuğu işaretleyiniz ya da boş yerleri doldurunuz.)

- 1- Cinsiyet: Erkek Kadın
- 2- Yaş: _____
- 3- Boy: _____ cm Kilo: _____ kg
- 4- Okumakta olduğunuz bölüm? _____ Kaçınıcı sınıftasınız? _____
- 5- Okumakta olduğunuz bölümden hoşnut musunuz? Evet Hayır
- 6- Düzenli sportif faaliyet yapıyor musunuz? Evet Hayır
- 7- Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır
- 8- Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı? Var Yok
- 9- Herhangi bir psikolojik hastalığınız var mı? Var Yok
- 10- Halen kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı? Var Yok
- 11- Aylık ortalama harcamanız ne kadar? ≤ 500 TL
501 – 1000 TL
1001 – 2000 TL
 ≥ 2001 TL
- 12- Kaldığınız yer: Yurtta
Evde (arkadaşlarıyla)
Evde (yalnız)
Evde (ailesiyle beraber)

Ek-2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Form

Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği - Kısa Form

Yönerge: Aşağıda akıllı telefon kullanımı ile ilgili çeşitli duygu ve düşünceleri içeren anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımın size ne kadar uyduğunu değerlendirerek en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız.

1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kısmen katılmıyorum, 4- Kısmen katılıyorum, 5- Katılıyorum, 6- Kesinlikle katılıyorum

1- Akıllı telefon kullanmaktan dolayı işlerimi aksatırım.	1	2	3	4	5	6
2- Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5	6
3- Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim.	1	2	3	4	5	6
4- Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6
5- Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum.	1	2	3	4	5	6
6- Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır.	1	2	3	4	5	6
7- Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem.	1	2	3	4	5	6
8- İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim.	1	2	3	4	5	6
9- Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım.	1	2	3	4	5	6
10- Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığımı söylerler.	1	2	3	4	5	6

Ek-3.Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form

WHOQOL-BREF (TR)

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrıların yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunalı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Ek-4. Kurum Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/02/2018-E.2333



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : 35955870/044/
Konu : Anket Çalışması İzni

Sayın Arş. Gör. Dr. Erdi ULUTAŞ

İlgi : Erdi ULUTAŞ 09/02/2018 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz, Mühendislik Fakültesi/Bilgisayar Mühendisliği, Tıp Fakültesi/Tıp, Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ebelik, Eğitim Fakültesi/Temel Eğitim Bölümleri'nde okuyan öğrencilere "Sakarya Üniversitesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Kullanım Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" konulu anket çalışmasını uygulamanız uygun görülmüş olup, nihai karar Etik Kuruk Onayı sonrasında verilecektir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Musa EKEN
Rektör Yardımcısı

Ek-5. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/02/2018-E.2920



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/ 56
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 23.01.2018 tarihli 61 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya Üniversitesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Kullanma Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.

23...102...120/18

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6E46T21>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler:

Adı-Soyadı: Erdi ULUTAŞ

Doğum yeri ve tarihi: Adapazarı/17.06.1989

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: Kemalpaşa Mah. Sakarya Üniversitesi 54050

Serdivan/SAKARYA/ 02642955302

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Tıpta Uzmanlık, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim

Dalı, 2017-2019

Tıpta Uzmanlık, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile

Hekimliği Anabilim Dalı, 2016-2017

Lisans, Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Tıp Fakültesi, 2008-2014

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru): Tabip, Asistan

Doktor, Araştırma Görevlisi

IV- Mesleki Deneyimi:

Sakarya Ferizli İlçe Devlet Hastanesi / Tabip

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Asistan Doktor

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı/ Araştırma

Görevlisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler