



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞININ
UYKU KALİTESİ, YEME TUTUMU VE OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. DENİZ DOLAŞ

Antalya, 2024



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞININ
UYKU KALİTESİ, YEME TUTUMU VE OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. DENİZ DOLAŞ

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. ALİ ERDOĞAN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

Antalya, 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum başta sevgili tez danışman hocam Doç. Dr. Ali ERDOĞAN olmak üzere tüm hocalarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum başta İlgar Fataliyev olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, birlikte çalıştığım kliniğimizdeki hemşire ve personel arkadaşlarıma, bana desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen ve bugünleri yaşamama vesile olan canım aileme teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar Dizini	iv
Tablolar Dizini	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 AKILLI TELEFONLAR	3
2.1.1 Akıllı Telefonların Tarihçesi	3
2.1.2 Akıllı Telefonların Sağladığı Kolaylıklar	4
2.1.3 Akıllı Telefonların Yol Açtığı Sorunlar	6
2.2 BAĞIMLILIK	6
2.2.1 Bağımlılığın Genel Bir Tanımı	6
2.2.2 Davranışsal Bağımlılıklar	6
2.2.3 Akıllı Telefon Bağımlılığı	8
2.3. Uyku, Düşük Uyku Kalitesi ve Uyku Bozuklukları	11
2.4. Yeme Davranışı ve Yeme Bozuklukları	13
2.5. Obezite	13
3.GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Katılımcılar ve Örneklem Seçimi	16
3.2. Veri Toplama Araçları	16
3.2.1 Onam ve Bilgilendirme	16
3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	17
3.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği kısa versiyonu (ATBÖ-KF)	17
3.2.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI)	17
3.2.5. Yeme Tutumu Testi (YTT-40)	17
3.2.6. Vücut Kitle İndeksi (VKI)	18
3.3. İstatistiksel Analiz	18
4.BULGULAR	19
4.1. Sosyodemografik Bulgular	19
4.2. Ölçeklerle İlişkili Bulgular	20
5.TARTIŞMA	39
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7.ÖZET	44

8.ABSTRACT.....	45
9.KAYNAKLAR.....	47
10.EKLER.....	56



KISALTMALAR DİZİNİ

mPFC	Medial Prefrontal Korteks
GSM	Global Systems For Mobile Communications
IBM	İnternational Business Machines
EFT	Elektronik Fon Transferi
PDF	Portable Document Format
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
REM	Rapid Eye Movement
NREM	Non-REM
MDB	Majör Depresyon Bozukluğu
BPB	Bipolar Bozukluk
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
ATBÖ-KF	Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
YTT-40	Yeme Tutumu Testi
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
TURDEP-1	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji-1
TURDEP-2	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji-2
SKN	Suprakiyazmatik Nükleus

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Dönemler

Tablo 3. Hastalık ve ilaç kullanımı

Tablo 4. Katılımcıların akıllı telefon bağımlılık ölçeği puanları

Tablo 5. Katılımcıların günlük internet ve sosyal medya kullanım durumları

Tablo 6. En sık kullanılan sosyal medya uygulamaları

Tablo 7. Katılımcıların uyku kalitesi ölçeği puanları

Tablo 8. Katılımcıların yeme tutumu ölçeği puanları

Tablo 9. Akıllı telefon bağımlılık durumuna göre sosyo-demografik Özellikler

Tablo 10. Akıllı telefon bağımlılık durumuna göre hastalık ve ilaç kullanımı

Tablo 11. Akıllı telefon bağımlılık durumuna göre günlük kullanım süreleri

Grafik 1. Akıllı telefon bağımlılık durumuna göre günlük kullanım süreleri

Tablo 12. Akıllı telefon bağımlılık durumuna göre ölçek puanları

Grafik 2. Akıllı telefon bağımlılık durumuna göre akıllı telefon bağımlılığı ölçeği ve uyku kalitesi ölçeği

Tablo 13. Akıllı telefon bağımlılık durumuna göre en sık kullanılan sosyal medya uygulaması

Tablo 14. Yaş, günlük kullanım süreleri ve ölçek puanları arasındaki korelasyon

Tablo 15. Vücut kitle indeksine göre sosyodemografik özellikler

Grafik 3. Vücut kitle indeksine göre boy ve kilo

Tablo 16. Vücut kitle indeksine göre hastalık ve ilaç kullanımı

Tablo 17. Vücut kitle indeksine göre günlük kullanım süreleri

Tablo 18. Vücut kitle indeksine göre ölçek puanları

Tablo 19. Vücut kitle indeksine göre en sık kullanılan sosyal medya uygulaması

Tablo 20. Uyku Problemi Varlığına Göre Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 21. Uyku Problemi Varlığına Göre Hastalık ve İlaç Kullanımı

Tablo 22. Uyku Problemi Varlığına Göre Günlük Kullanım Süreleri

Grafik 4. Uyku Problemi Varlığına Göre Günlük İnternet ve Akıllı Telefon Kullanım Süreleri

Tablo 23. Uyku Problemi Varlığına Göre Ölçek Puanları

Grafik 5. Uyku Problemi Varlığına Göre Ölçek Puanları

Tablo 24. Uyku Problemi Varlığına Göre En Sık Kullanılan Sosyal Medya Uygulaması

Tablo 25. Döneme Göre Ölçek Puanları 1

Grafik 6. Dönem 1 ve Dönem 6'ya Göre Uyku Ölçeği ve Yeme Tutum Ölçeği Puanları

Tablo 26. Döneme Göre Ölçek Puanları 2

Grafik 7. Dönemlere Göre Uyku Ölçeği ve Yeme Tutum Ölçeği Puanları

Tablo 27. Çeşitli parametrelerin akıllı telefon bağımlılığı üzerindeki etkisi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnternet kavramı hayatımıza girdiği günden itibaren yaşamın her alanında gün geçtikçe daha büyük bir alan kaplamaktadır. Bilgisayar ekranlarının büyük olduğu dönemlerde yaygınlığı artmıştır. Akıllı cep telefonlarının gelişimi ile de hızla artan bir ivme yakalamıştır. Bu cihazlar sayesinde günlük işler aynı cihaz üzerinden yapılabilir. Bu cihazlar; sesli arama, mesajlaşma, e-posta mesajlarını gönderme/alma, internette sörf yapma, alışveriş yapma, sosyal ağlarda vakit geçirme, bilgi arama, oyun oynama, video izleme, müzik dinleme, haber okuma, fotoğraf /video çekme gibi bir takım olanaklar sunmaktadır (1-3)

Günlük yaşamda birçok kolaylık sunan akıllı telefonların birtakım zararları bildirilmektedir. Yapılan araştırmalara göre akıllı telefon kullanımı; sürekli telefona bakma davranışına(4), takıntılı kullanıma ve endişe seviyesinde artmaya (5) ve bağımlılığa (6) sebep olabilmektedir. Bunların yanı sıra, dikkat dağınıcı özelliği bulunmaktadır; evde, işyerinde, trafikte vb. yerlerde kazalara neden olduğu da rapor edilmektedir (7). Ayrıca, zaman kaybına neden olabildiği, iş performansını ve verimliliği olumsuz etkilediğini rapor eden çalışmalar da mevcuttur (8).

Yapılan yaygınlık çalışmalarında akıllı telefon bağımlılığının Çin’de öğrenciler arasında %21,3 (9), Amerika Birleşik Devletlerinde %10-25 (10), Birleşik Krallık’da öğrenciler arasında %10 (11) ve Hindistan’da öğrenciler arasında %39-44 (12) yaygınlıkta olduğu gösterilmiştir.

Giderek hakkında daha fazla kamuoyu oluşan ve bilimsel çevrelerce de artık bir sorun ve dahası bir bağımlılık türü olarak kabul edilmeye başlanan aşırı akıllı telefon kullanımının diğer ruhsal bozukluk ve fenomenlerle olan ilişkisine yönelik merak da giderek artmış birçok çalışmaya konu olmaya başlamıştır. Türkiye’de Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada aşırı akıllı telefon kullanımının en yaygın ruhsal bozukluklardan olan depresyon ve kaygı bozuklukları ile olan ilişkisi gösterilmiştir (13).

Akıllı telefon bağımlılığı ayrıca, geçmiş analizlerde gösterilen ve depresyon, uyku bozuklukları, kaygı, ilişki sorunları, dijital göz yorgunluğu, boyun sorunları ve hatta sürüş sırasında akıllı telefonla mesajlaşma gibi akıllı telefonun kötüye kullanılması nedeniyle otomobil kazaları gibi fiziksel ve psikolojik yaralanmalara neden olabilir [14,15,16].

Dünya çapında yapılan çeşitli çalışmalar, uykusuzluğun popülasyonun %10- 30’unda yaygın olduğunu göstermiştir. (17) Uyku kalitesinin bilişsel yetenek ve fiziksel güç üzerinde önemli etkileri vardır ve düşük uyku kalitesinin sonuçları da depresyon, bozulmuş iş performansı, işle ilgili motorlu taşıt kazaları ve düşük genel yaşam kalitesi gibi ciddidir.(17)

Kötü beslenme alışkanlıklarının tipik özellikleri düzensiz yemekler, öğünler arasında atıştırma, rutin olarak dışarıda yemek yeme ve hızlı yemek yemeyi içerir. Genel olarak, bu alışkanlıkların aile, akranlar ve medya gibi birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir [18].

Yeme bozukluğu davranış değişikliklerinin alkol ve uyuşturucu kullanma bozuklukları ile birlikte görüldüğü belirlenmiştir, bu da bağımlılıkla ilişkili medial prefrontal korteks (mPFC) ve çekirdek akümülatörleri (NAc) gibi nörobiyolojik yolların yeme tutumları üzerinde etkili olabileceğini düşündürmüştür [19].

Çalışmamız akıllı telefon bağımlılığının uyku kalitesi, yeme tutumu ve obezite üzerine etkilerini incelemek üzerine planlanmıştır. Kesitsel tipteki bu araştırmanın örneklemini, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında örgün eğitime devam eden üniversite öğrencileri oluşturmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 AKILLI TELEFONLAR

2.1.1 Akıllı Telefonların Tarihçesi

Bir uzaktan uzağa iletişim aracı olarak telefon 1876 yılında Graham Bell'in icadı ile hayatımıza girmiştir. Ancak bu ilk basit telefonların kabloları uzağa taşınmalarına imkan vermemiş, sadece kısıtlı bir alan içerisinde kullanımlarına izin vermiştir. Ancak gerek bu alan kısıtlanması gerekse bazı ülkelerde coğrafi şartlardan kaynaklanan kablo döşeme zorlukları kablosuz iletişim araçlarının gelişmesi için itici güç olmuşlardır. Hatta bu coğrafi zorlukları en çok yaşayan Finlandiya, İsveç gibi ülkeler bu kablosuz iletişim araçları için ilk çalışmaları başlatmışlardır (20). İlk olarak 1947 yılında taşıtlarda hücreli telefon sistemi kullanılmaya başlandıktan sonra, mobil teknolojiler yeni olanaklarla gelişmeye ve yaygınlaşmaya başlamıştır (21).

İlk cep telefonu 1973 yılında Motorola firması tarafından geliştirilmiştir. İlk cep telefonu bir kilogramdan fazla ağırlıktaydı ve tam dolu batarya ile 20 dakikalık bir görüşme yapılabilirdi. Ayrıca fiyatı çok yüksekti. Hem fiyatlarının yüksekliği hem de ağır ve taşınmasının zor olması cep telefonlarının kullanımını ciddi anlamda kısıtlamaktaydı. 1992 yılına gelindiğinde artık normal olarak tanımlayabileceğimiz cep telefonları üretilmeye başlandı. 1992 yılının 10 Kasım günü Nokia 1011 isimli ilk cep telefonu modelini piyasaya sundu. Nokia 1011'in en büyük özelliği küçük ve taşınabilir olmasıydı. Bu telefon ile artık mobil cihazlar çok hızlı bir şekilde yaygınlaşmaya başladılar. Bu telefonun çıkmasının ardından tam 1 yıl sonra IBM (International Business Machines) dünyanın ilk akıllı telefonu sayılan Simon isimli cihazı tanıttı. Telefon özelliğinin yanında cep bilgisayarı olarak adlandırılan Simon, faks ve çağrı cihazı özelliklerine sahipti. Dokunmatik ekranı ve özel kalem ile bugünkü akıllı telefonların temeli atılmıştı. 2007 yılına gelindiğinde Apple ilk modeli olan iPhone'u piyasaya sundu. İlk model iPhone birçok özellikten yoksun olsa da, tamamen dokunmatik ekran oluşu, oyun, e-posta, internet gibi ihtiyaçları barındırması nedeniyle devrimsel nitelikte bir telefon oldu. Bu nedenle 2007 yılındaki bu gelişme telefonun icadı kadar önemli sayılmaktadır. Çünkü artık mobil telefonlar görüşme ve mesajlaşmadan çok daha fazlasını vadediyorlardı (22). Cep telefonları, her an arama ve mesaj kontrolü yapılabilen, kitap okunabilen, sosyal medya için kullanılabilen, e-mail takibi yapılabilen bir vazgeçilmez haline almıştır. Ayrıca eğlence de akıllı telefon kullanımının temel sebeplerinden biri olmuştur. Cep telefonlarının gelişen fonksiyonları ile GSM (Global Systems For Mobile Communications) hizmetlerinin kullanılmadığı zamanlarda da cihaz üzerinden fotoğraf çekilebilmekte, müzik dinlenebilmektedir. Artık bu gelişmiş haliyle cep telefonları; yani, akıllı telefonlar tüm bireyler için her an yanlarında olan taşınabilir

bilgisayarlar haline gelmiştir (23). Her sene daha fazla kullanım özelliği sağlayan akıllı telefonlar piyasaya çıkmaya başlamış, mobil teknoloji daha fazla kişiye ulaşır duruma gelmiştir. Geline nokta 2019 yılında Türkiye’deki mobil abone sayısı 73 milyon kişiye ulaşmıştır (24).

2.1.2 Akıllı Telefonların Sağladığı Kolaylıklar

Teknolojinin hızla geliştiği, firmaların sürekli olarak birbirleri ile rekabet etmesi sonucu daha iyi, daha yenilikçi ve hayatı kolaylaştırıcı özellikteki cihazların üretildiği çağımızda akıllı telefonlar neredeyse her alanda işe yaramaktadır. İlk üretilen cep telefonlarında, yalnızca konuşmak ve sınırlı karakterde mesajlaşmak mümkün iken bugünkü cep telefonları ile banka işlemleri bile halledilebilir hale gelmiştir. Akıllı telefon kullanmaya sürükleyen şey sadece popülerite ve yeniliğe karşı konulamaz güç değildir. Akıllı telefonlardaki uygulamalar hayatın akışı içinde maddi ve manevi yönden birçok yarar sağlamaktadır. Yıllar öncesinde ufak bir işlem için beklenen bankaların vezne sıraları akıllı telefonlar aracılığı ile gerçekleştirilen internet bankacılığı sayesinde sona ermiştir. EFT (Elektronik Fon Transferi), havale gibi para transfer işlemleri yalnızca internet bulunan herhangi bir ortamda iki parmak hareketi ile yapılabildiği gibi mevduat hesaplarının takibi, döviz alım ya da satımı, çeşitli faturaların ödenmesi gibi işlemler de zaman kaybetmeden uygulanabilen hareketler içinde yer almaktadır. Özellikle şirket elemanlarının ya da yöneticilerinin akıllı telefon aracılığıyla gün içerisinde e-posta yazışmalarını ve takiplerini yapabiliyor olması iş hayatında kolaylık sağlamaktadır. Gerek sosyal hayatta çekilen bir görüntünün hemen arkadaşlar ile paylaşılması gerekse iş akışının devamının sağlanması için lazım olan ürün görsel paylaşımları akıllı telefonların ilgili uygulamaları sayesinde oldukça kolaylaşmıştır. Mesajlaşma uygulamaları ya da e-posta bölümü üzerinden telefon ile çekilen görüntü ya da video anında ilgili yere gönderilebilmektedir. Bu durum özellikle gazetecilik ve televizyonculuk alanında büyük kolaylıkları beraberinde getirmiştir. Akıllı telefonlarda bulunan internet tarayıcıları kullanıcılara anında erişim imkanı sunmaktadır. İstenilen internet sitelerine girişin bu yolla sağlanması, gerekli duyuruların anında takip edilmesi ve buna bağlı olarak reaksiyon süresinin oldukça kısılması hem ekonomi hem de zaman açısından kullanıcılara iyi birer avantaj sağlamaktadır. Bilhassa yurt dışında yaşayan akraba ve tanıdıklar ile haberleşmek normal telefon görüşmeleri ile gerçekleştiğinde oldukça pahalı olmakta iken akıllı telefonlarda bulunan ilgili programlar ile internet üzerinden ücretsiz şekilde iletişim kurmak artık mümkündür. Bu iletişim yazılı ya da sesli olabildiği gibi görüntülü de olabilmektedir. Böylece birbirlerinden ayrı yaşamak zorunda kalan tanıdık ya da akrabalar bu uygulamalar aracılığı ile hiçbir ücret ödemedi birbirlerini görebilmekte ve duyabilmektedirler. Günümüzde sıklıkla kullanılan sosyal medya hesaplarının ilgili

uygulamaları üzerinden kontrol edilebilmesi ve rahatça kullanılarak paylaşımlar yapılabilmesi akıllı telefonlardaki bir başka meziyettir. Bu sayede bir bilgisayara ihtiyaç duymadan kullanılabilen sosyal medya hesapları akıllı telefonlardaki uygulamaları sayesinde kolayca ulaşım özelliğine sahiptirler. Gecenin bir vakti hiç bilmediği bir şehirde yolda kalan kullanıcılar hemen akıllı telefonlarındaki ilgili uygulamaları kullanarak en yakın taksi durağını, kullanımda olan otobüs hatlarını ya da en uygun otelin yerini öğrenebilmektedirler. Yemek yenecek yerlerin listesi, açık çiçekçilerin adresi gibi bilgilere ulaşmak da yine bu firmaların geliştirdiği uygulamalar sayesinde gerçekleşmektedir. Yine bu kapsamda örneğin iş güvenliği uzmanlarının kullanmak istedikleri desibel ölçerler, mevzuat programları, hesaplama araçları gibi uygulamalar da değerlendirilmektedir. İhtiyaç duyan meslek erbabı işi ile ilgili her türlü uygulamaya ulaşabilmekte ve bu programları kullanabilmektedir. Firmaların kendi müşterilerine özel geliştirdikleri uygulamalar da bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Bir seyahat firması geliştirmiş olduğu yazılımla akıllı telefonlardan rezervasyon ya da bilet satın alma işlemlerini açık hale getirebilir. Uygulamayı akıllı telefonuna indiren kullanıcılar da bu programlar ile bilet satın alma ya da uygun sefer sorgulama gibi işlemlerini yapabilmektedirler. Özellikle arabalar ile gerçekleştirilen seyahatlerde, yolu kaybetmeden seyahate devam edebilmek için akıllı telefonlardaki navigasyon uygulamaları oldukça işe yaramaktadır. Bulunulan anlık konumdan istenilen adrese götürme yetisi bulunan bu programlar kullanıcıların yanlış yollara sapmasını engelleyerek kişileri hiç bilmedikleri bölgelerde bile rahatlıkla seyahat etmelerini sağlamaktadır. Seyahatler ya da beklemler sırasında gazete, dergi ya da kitap okumak isteyen akıllı telefon kullanıcıları cihazlarına indirdikleri uygulamalar ile istedikleri eseri ya da kaynağı okuyabilmektedirler. Bu yapıtlar orijinal hallerinde okunabildiği gibi cihazda bulunan PDF (Portable Document Format) okuyucular aracılığı ile uyumlu tüm formlarda da okunabilmektedir. Buna ek olarak aynı gazete köşesi okunur gibi istenilen yazarın istenilen tarihli köşe yazısının akıllı telefonlarca okunabildiği uygulamalar da bulunmaktadır. Teknolojik gelişmeler yanlarında keyifli anları sağlayacak oyunları da beraberinde getirmiştir. Akıllı telefonlardaki oyunlar geniş bir yelpazeden arzulanan türe göre seçilebilmekte ve oynanabilmektedir. Eğlence kapsamında gösterilebilecek bir başka özellik de müzik dinleme ve video izleme özellikleridir. Genel anlamda birçok özelliği ve uygulaması ile hayatımızda büyük yer edinen akıllı telefonlar neredeyse vücudun bir uzvu gibi olmuştur. İhtiyaç duyulan her özelliğin kendinde toplaması teknolojinin kişilere yeni gereksinimler yaratması ve bunlar gibi daha birçok neden insanları akıllı telefon kullanımına itmektir. Pek çok alanda hayatı kolaylaştırmayı başaran ve ilerlemeye de devam edecek olan akıllı telefonlar, yalnızca telefon

olmaktan çıkıp başlı başına ihtiyaçlar kutusu haline gelmiş cep bilgisayarları olma yolunda emin adımlarla ilerlemektedirler (25).

2.1.3 Akıllı Telefonların Yol Açtığı Sorunlar

Beraberinde birçok yenilik ve kolaylık getiren akıllı telefonlar, bilinçsiz kullanıldığı takdirde fiziksel ve psikoloji sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu sorunlar genel olarak aşağıdaki gibi sıralanabilir (26);

- Sık sık cep telefonu kontrol isteği sebebiyle konsantrasyon bozukluğu görülebilmektedir (26).
- Sürekli ekrana bakma sebebiyle görme bozukluğu, baş ağrısı gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (27).
- Uykudan önce cep telefonuna maruz kalmak uyku kalitesini bozabilmektedir (28).
- Mesajla haberleşme ve sosyal medya takibi sebebiyle yüz yüze görüşmenin giderek azalması sonucunda insanlar asosyalleşebilmektedir (29).
- Yanlış kişilerle tanışıp sağlıksız ve yasadışı ortamlara çekilmeye neden olabilmektedir (30).
- Casus yazılımlar ile insanların özel hayatına müdahale edilebilmektedir (28).
- Ve sosyal ve ruhsal pek çok soruna yol açan bağımlılığa neden olabilmektedir (31).

2.2 BAĞIMLILIK

2.2.1 Bağımlılığın Genel Bir Tanımı

Genel tanımıyla bağımlılık, haz veren ve içsel huzursuzluktan uzaklaşmayı sağlayan bir davranışın yaratmış olduğu olumsuz sonuçlara rağmen kontrolün kaybedilmesiyle birlikte sürekli olarak gerçekleştirilme halidir. Bir başka açıdan bağımlılık; ruhsal ve bedensel sağlıklarına ya da sosyal yaşamlarına zarar vermesine karşın, insanların belirli bir takıntılı davranışı yinelenmeye yönelik engellenemeyen bir istek duymaları ve bunu sürdürmeleri halidir (24). DSM-5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5) bağımlılık; madde ile ilişkili bozukluklar (alkol, tütün, kafein, uyuşturucu maddeler) ve madde ile ilişkili olmayan bozukluklar (kumar oynama bozukluğu) şeklinde ikiye ayrılmıştır (32). Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar alt başlığı davranışsal bağımlılıkları vurgulamak üzere DSM-5'e eklenmiştir.

2.2.2 Davranışsal Bağımlılıklar

Davranışsal bağımlılığın tarihi çok yenidir ve henüz üzerindeki tartışmalar da tam anlamıyla bir karara vandırılabilmiş değildir. Dürtü kontrol bozukluğu olarak mı, obsesif kompulsif bozukluğun bir formu olarak mı yoksa bağımlılık olarak mı değerlendirilmelidir, üzerinde

uzlaşılabilmiş değildir (33). “Davranışsal bağımlılık” terimi Stanton Peele’in 1975 yılında yazdığı “Love And Addiction” adlı kitap ile popüler olmuştur. Peele; “bağımlı olan bireyler, belirli bir kimyasal maddeye verilen reaksiyonların sadece bir örnek olduğu belirli deneyimlere bağımlıdır” diyerek davranışsal bağımlılığı madde bağımlılığını da içine alacak şekilde çok geniş bir çerçevede kavramsallaştırmaya çalışmıştır (34). 1990’lı yılların başından itibaren araştırmacılar bağımlılığın madde kötüye kullanımı ile sınırlı olmaması gerektiğini düşünerek birçok çalışmaya imza atmaya başlamışlardır (35,36). Literatürde kumar bağımlılığı, seks bağımlılığı, internet bağımlılığı, porno bağımlılığı, sanal alış-veriş bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı, egzersiz bağımlılığı gibi birçok bağımlılık türü tartışılıyor olsa da geline nokta da birçok davranış bağımlılığından sadece ikisi 2013’te yenilenen DSM-5’te yer bulabilmiştir. İlk olan kumar oynama bozukluğu, 1980 yılından beri dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılırken (37,38), ilk olarak 2013 yılında madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları bölümünde bir tanı olarak kabul edilmiştir. Bir diğeri internette oyun oynama bozukluğu ise henüz DSM-5’teki tanımlar arasında yer almasa da, “daha ileri çalışmalar için durumlar” ekinde yer alabilmiştir (32). Diğer davranışsal bağımlılıklar ile ilgili henüz uzlaşmış bir kavramsallaştırma yoktur.

Davranışsal bağımlılığı; “bir davranış ile merkezi sinir sistemi arasındaki etkileşmeden doğan ve davranışın keyif artırıcı psikik etkilerini duyumsamak ve bazen de yokluğunun vereceği huzursuzluktan sakınmak için davranışı devamlı veya periyodik olarak tekrarlama isteği” ya da “bir ya da daha çok davranışa dayanılmaz şiddette gereksinme duyacak derecede düşkün olma durumu” şeklinde birbirini tamamlayan iki ifade ile tanımlamak mümkündür.

Davranışsal bağımlılıkta en önemli kavramlardan biri yineleme temelinde alışkanlık haline gelme durumudur (39,40). Ancak burada özellikle dikkat edilmesi gereken durum bir alışkanlığın bağımlılık olarak değerlendirilebilmesi için; normalden fazla uğraş, sorumluluklardan uzaklaşma ve daha iyi hissetmek için yineleme davranışı (41), tolerans gelişimi, davranış kontrol altına almada zorlanma, engellenme durumunda endişe ve gerginlik benzeri yoksunluk bulguları, giderek artan bir şiddette sürme eğilimi ve işlevselliğin bozulması gerekmektedir (39,42).

Davranışsal bağımlılık ile ilgili literatürde Goodman ve Griffith kriterlerine sıkça referans verilmektedir. Goodman (43); belirli bir davranış yapmaya yönelik dürtüye direnememe, davranışın başlatılmasından hemen önce gerilim hissinin artması, davranış sırasında rahatlama ve memnuniyet ve davranış sırasında kontrolü kaybetme hissi ile birlikte aşağıdaki dokuz kriterden beşini şart koşar.

- ❖ 1. Davranışla veya davranış öncülü eylemle sık sık meşgul olma
- ❖ 2. Davranışla amaçlanandan daha uzun süre meşguliyet
- ❖ 3. Davranışı azaltmayı, kontrol etmeyi veya durdurmayı sık sık deneme
- ❖ 4. Davranış için gerekli olan eylemleri gerçekleştirirken çok fazla zaman harcama
- ❖ 5. Bireyin sorumluluklarını yerine getirmesi gereken zamanlarda ilgisiz bir davranışla sık sık uğraşması
- ❖ 6. Davranıştan dolayı sosyal, mesleki veya rekreasyon faaliyetlerine daha az önem verilmesi
- ❖ 7. Davranışın neden olduğu ya da şiddetlendirdiği sürekli ya da tekrar eden sosyal, finansal, psikolojik ya da fiziksel bir problemin varlığına rağmen davranışın devam etmesi
- ❖ 8. Arzu edilen etkiyi arttırmak için davranışın yoğunluğu veya sıklığını artırma
- ❖ 9. Davranışla meşgul olunamadığında huzursuzluk ya da gerginlik hissi

Griffiths (44) ise altı terim üzerine davranışsal bağımlılığı kavramsallaştırmaya çalışmıştır;

- **A. Belirginlik:** Belirli bir eylemin insanın yaşamındaki en önemli etkinlik haline gelmesi ve bu eylemin bireyin düşünceleri, hisleri ve davranışları üzerinde egemen olması. Örneğin, davranışla meşgul olunmadığı zamanlarda bile bir dahaki sefere davranışla ilgili ne yapılacağını düşünülmesi.
- **B. Ruhsal değişim:** Bireyin belirli bir eylemi gerçekleştirirken veya bu eylemle mücadele ederken, paradoksal olarak, yatıştırıcı bir kaçış ya da uyuşma yaşaması.
- **C. Tolerans:** Önceki etkilerin elde edilmesi için aktivitenin miktarının artırılması. Örneğin bir kumarbaz başlangıçta cüzi bir miktarla yaşadığı sevinci ya da hazzı tekrar elde edebilmek için bahsin büyüklüğünü aşamalı arttırabilir.
- **D. Yoksunluk semptomları:** Özel aktivite kesildiğinde veya ani olarak azaltıldığında hoş olmayan duygu durumları ve/veya fiziksel etkiler(titrete, huysuzluk, sinirlilik gibi)
- **E. Çatışma:** Bağımlı ile etrafındaki bireyler ile arasında ya da kişinin kendi içindeki belirli faaliyet ile ilgili çatışma
- **F. Nüksetme:** Uzun yıllar geçse de sorunlu eylemi tekrarlamaya yönelik eğilim

2.2.3 Akıllı Telefon Bağımlılığı

Akıllı telefon bağımlılığı davranışsal bağımlılıklardan sayılan dijital bağımlılıkların ya da teknoloji bağımlılıklarının bir türü olarak kabul edilmiştir (31). Griffiths, teknoloji

bağımlılıklarını insan-makine etkileşimi içeren kimyasal olmayan davranışsal bağımlılıklar olarak tanımlamıştır (47). Akıllı telefon bağımlılığının daha iyi anlaşılabilmesi için benzer nitelikler taşıyan bir diğer teknoloji bağımlılığı olan ve DSM-5'te yer verilmiş internette oyun oynama bozukluğu tanı kriterleri sıralanacaktır.

İnternette oyun oynama bozukluğu tanısı koyabilmek için DSM-5'te 9 madde sıralanmıştır:

- 1. Zihin meşguliyeti (internette oyun oynamanın günlük yaşamda baskın bir hale gelmesi),
- 2. Tolerans (gittikçe daha fazla internette oyun oynamaya ihtiyaç duyma),
- 3. Geri çekilme semptomları (sinirlilik, kaygı ve üzüntü),
- 4. Süreklilik/devamlılık (oynamayı bırakma veya azaltma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanması),
- 5. Yer değiştirme (internette oyun oynamanın, hobi ve eğlenme etkinliklerine tercih edilmesi),
- 6. Zararlarının bilinmesine rağmen aşırı kullanıma devam etme,
- 7. Yalan söyleme (internette oyun oynama süresine ilişkin başkalarına aldatıcı bilgiler verme),
- 8. Kaçış (internette oyun oynamanın negatif duygulanımlardan bir kaçış yolu olarak kullanılması)
- 9. Çatışma/kayıp (iş, eğitim veya kariyerle ilgili fırsatları kaybetme)

Son bir yıl içerisinde beş ve daha fazla kriterin gözlenmesi, internette oyun oynama bozukluğuna işaret etmektedir (32).

Akıllı telefonlar internet tabanlı birçok uygulamayı çalıştırabildiği ve birçok bilgisayar oyununun oynanmasına izin veriyor olduğu için akıllı telefon bağımlılığı, internette oyun oynama bozukluğu veya internet bağımlılığı gibi diğer davranışsal bağımlılıklarla birçok ortak özellik gösterir. Bununla birlikte akıllı telefonun taşınabilirliği ve sürekli ulaşılabilirliği akıllı telefon kullanımını bir bilgisayar kullanımından ayırır ve bu da akıllı telefon bağımlılığının kendine özgü durumlarını oluşturur (45). Bilgisayarda internet kullanımı veya oyun oynama için harcanan zaman miktarının internet bağımlılığının ya da internette oyun oynama bozukluğunun önemli bir risk faktörü veya işareti olduğu ve bağımlılık skoru ile çevrimiçi internet kullanımı veya oyun oynama için harcanan zaman arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (48). Ancak Lin ve arkadaşlarının çalışmalarının sonuçlarının da gösterdiği gibi, akıllı telefon bağımlılığı süreden ziyade frekansla ilişkilidir. Akıllı telefon bağımlılığı riski taşıyan bireyler

sık sık, neredeyse her ortamda telefonlarını kontrol etme gereksinimi hissederler (46). Birçok çalışmada telefon bağımlısı grupta ortalama akıllı telefon kullanım süresi internet ve oyun bağımlılarının bilgisayar kullanım süresinden çok daha düşük bulunmuştur (49,50). İnternette oyun oynama bozukluğunda ve internet bağımlılığında davranışın kendisine yoğunlaşan ve başka bir iş ve sorumluluğun yerine getirilmesine fırsat verilmeyen boşa geçmiş zaman kavramına karşın akıllı telefon bağımlılığında başka bir iş veya sorumluluk yerine getirilirken kompulsif kontrol etme davranışından kaynaklı iş veya sorumluluğa ayrılan zamanın verimsiz kullanımı en önemli farklılık olarak göze çarpar. Bir diğer önemli fark da akıllı telefonların uygunsuz yerlerde kullanımının ciddi tehlikelere davetiye çıkarmasıdır, örneğin trafik kazaları gibi.

Lin ve arkadaşları akıllı telefon bağımlılığı için aşağıdaki kriterleri belirlemişlerdir (49).

❖ **A. 3 aylık süre içerisinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan klinik olarak önemli bozulma veya sıkıntıya yol açan akıllı telefon kullanımının maladaptif modeli. Aşağıdaki semptomların üçü (veya daha fazlası) mevcut:**

- ✓ 1. Akıllı telefon kullanımı ile meşgul olma ve dolayısıyla akıllı telefonu tüm gün kullanılabilir durumda tutma
- ✓ 2. Akıllı telefonu kullanma dürtüsüne tekrarlayan başarısız direnmeler
- ✓ 3. Tolerans: memnuniyetini sağlamak için akıllı telefon kullanım süresinde belirgin bir artış
- ✓ 4. Çekilme: Bir akıllı telefon kullanımı olmadan bir süre sonra disforik bir ruh hali, anksiyete ve / veya sinirlilik
- ✓ 5. Amaçlanandan daha uzun bir süre boyunca akıllı telefon kullanımı
- ✓ 6. Akıllı telefon kullanımını azaltmak için ısrarcı arzu ve / veya başarısız girişimler
- ✓ 7. Aşırı akıllı telefon kullanımı ve / veya kullanımı azaltmak için fazla miktarda zaman harcama
- ✓ 8. Akıllı telefon kullanımından kaynaklanan kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik problemlere sahip olma bilgisine rağmen sürekli aşırı akıllı telefon kullanımı

❖ **B. İşlevsel bozukluk:**

- ✓ **B-1. İşlevsel bozukluk: Aşağıdaki belirtilerden biri (veya daha fazlası) mevcut**
 - Kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik sorunlara neden olan aşırı akıllı telefon kullanımı

- Fiziksel olarak tehlikeli olduğu durumlarda akıllı telefon kullanımı (örneğin, sürüş sırasında akıllı telefon kullanımı veya karşıdan karşıya geçme)
- Akıllı telefon kullanımı nedeniyle önemli bir ilişki, iş veya eğitim / kariyer fırsatını tehlikeye atma veya kaybetme
- ✓ **B-2.** Aşırı akıllı telefon kullanımı önemli öznel sıkıntılara neden oluyor veya zaman alıyor

❖ C. Dışlama kriterleri

Akıllı telefon bağımlılık davranışı, obsesif-kompulsif bozukluk veya bipolar I bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3. Uyku, Düşük Uyku Kalitesi ve Uyku Bozuklukları

Uyku, metabolizmanın ve motor aktivitenin azaldığı tersine çevrilebilir bir bilinçsizlik halidir ve karmaşık bir biyolojik süreçtir. 1957 yılında Gerald Vogel, gündüz aşırı uykululukla seyreden narkolepsi vakaları ile ilgili araştırmasında normalde uykudan 2 saat sonra başlaması gereken REM(Rapid Eye Movement) fazının narkolepsi hastalarında neredeyse uykudan hemen sonra başladığını gözlemlemiştir (52).

Hızlı göz hareketiyle karakterize REM uykusu ve NREM(Non-REM) uyku olmak üzere iki uyku evresi tanımlanmaktadır. Sağlıklı bir erişkinin uykusu NREM ile başlar. NREM uykusu (rüyasız uyku) ayrıca 3 aşamaya (1-3) ayrılır. İlk aşama N1, uyanıklıktan uykuya geçişle karakterize edilen en hafif aşamadır. Ardından, toplam uykunun en büyük yüzdesini oluşturan ikinci aşama (N2) gelir. Daha sonra kişi, uykunun derin aşamalarına (N3) girer. Yaklaşık 70 ila 80 dakikalık derin bir uykudan sonra uyku hafifler ve bunu genellikle aktif rüya görme ve vücut hareketleriyle ilişkilendirilen bir REM dönemi izler. Bu döngü yaklaşık 90 dakikalık aralıklarla tekrarlanır. Sabaha doğru derin uykuda geçirilen süre azalırken REM yoğunluğu artar. Uyku ve uyanıklığın döngüsünün oluşması ve sürdürülmesi çeşitli özelleşmiş beyin bölgeleri, biyokimyasal faktörler, sirkadiyen ritmi düzenleyen yapılar ve homeostatik mekanizmalar tarafından düzenlenmektedir. Anterior hipotalamus bölgesinde, optik kiyazmanın üzerinde yerleşmiş bulunan suprakiyazmatik nükleus (SKN) sirkadiyen ritmi düzenler. SKN nöroendokrin ritimler, vücut ısı dengesi ve uyku aşamalarının başlıca ritim düzenleyicisidir. SKN lezyonlarında uyku-uyanıklık döngüleri düzensizleşir (53).

Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı (DSM-5) uyku bozukluklarını, uyku-uyanıklık bozuklukları başlığı altında sınıflandırmıştır (54).

Uykusuzluk bozukluğu

- Hipersomnolans bozukluğu
- Narkolepsi
- Solunumla ilişkili uyku bozuklukları
- ✓ Obstrüktif uyku apne hipopne
- ✓ Santral uyku apnesi
- Uyku ile ilişkili hipoventilasyon
- Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları
- Parasomniler
- Maddenin/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu
- Tanımlanmamış uykusuzluk bozukluğu
- Tanımlanmamış hipersomnolans bozukluğu
- Tanımlanmamış uyku-uyanıklık bozukluğu
- Tanımlanmamış uyku-uyanıklık bozukluğu

Toplumda en sık görülen uyku ile ilgili yakınma uykusuzluktur. Toplum genelinde haftanın en az birkaç günü yaşanan kısa süreli uykusuzluğun yaygınlığı %30-50 bulunmuştur. Kronik uykusuzluk bozukluğu yaygınlığı ise %6-10 arasındadır (54). DSM-5'e göre bu belirtiler haftada en az 3 gün varsa ve son 3 aydır devam ediyorsa, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya sebep oluyor ve başka bir ruhsal bozukluk, tıbbi durum veya ilaç ve madde kullanımı ile açıklanamıyorsa primer insomnia tanısı konur [55].

Uyku bozukluğu için en önemli risk etmenlerinin yaş ve cinsiyet olduğu belirtilmiştir. Kadınlarda uykusuzluğun erkeklerden 2 kat fazla olduğu, 45 yaşından sonra bu farkın açıldığı, özellikle peri ve post menapozal dönemdeki kadınlarda uykusuzluk yakınmasının çok sık olduğu bildirilmiştir (56,57).

Uyku kalitesi, kişinin uyku sonlandığında kendisini yeterince dinlenmiş, vücut işlevleri yönünden yeterli, yeni güne hazır ve rahatlamış şekilde algılamasıdır (58).

Klinisyenlerin en sık karşılaştığı yakınmalardan biri düşük uyku kalitesidir. Batı dünyasındaki yetişkinlerin yarısından fazlası aralıklı uyku bozuklukları yaşamaktadır ve yetişkinlerin %15 ila 20'si kronik uyku problemleri bildirmektedir. Düşük uyku kalitesi işlevsellikte ciddi bozulmaya neden olabilir, motorlu araç ve iş kazalarına karışma riskini artırabilir, yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir. Ayrıca tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik durumlara yol açıp, bu durumları kötüleştirebilir (59). Uyku kalitesinin; uyku gecikmesi, gece uykuda geçen toplam

süre ve toplam gece uyanma sayısı gibi uykunun sayısal özelliklerini içeren nesnel yönleri olduğu gibi; uykunun derin olması, kişiyi yeterince dinlendirmesi, bireyin uyandıktan sonra kendini nasıl hissettiği gibi öznel yönleri de vardır (60). Uykuyu başlatma ve sürdürme güçlüğü, kötü uyku kalitesi ve gündüz uykululuğu, uyku ile ilgili en sık karşılaşılan sorunlardır. Uyku bozukluğu bazen tek başvuru sebebi olabileceği gibi bazen de başka bir bedensel ya da ruhsal rahatsızlığın belirtisi olarak ortaya çıkabilir.

Uyku biyolojik ritmin bir parçasıdır. Günlük biyolojik ritim, yeme, vücut sıcaklığı, hormon düzeyleri, uyku gibi değişkenlerin gün içi düzenlenmesi ve değişikliklerini tanımlar. Bu fizyolojik özellikler kişinin duygularının, bilişsel özelliklerinin düzenlenmesinde çok etkilidir (61). Suprakiazmatik çekirdek biyolojik ritmin en üst düzey düzenleyici yapısıdır (62). Kişilerin hasta ve sağlıklı oldukları evrelere ait biyolojik ritimlerdeki değişikliklerin saptanması, hasta kişilere tanı konması ve tedavilerinin sağlanması açısından tıptaki gelişmelere önemli katkısı olmuştur (63). Kişilerin biyolojik ritimlerinde meydana gelen bozuklukların psikiyatrik hastalıklarla özellikle de bipolar bozukluk, major depresyon ve mevsimsellik gösteren duygudurum bozuklukları ile önemli bağlantılarının olduğu düşünülmektedir (64). Biyolojik ritimler, sirkadiyen ritim, ultradiyan ritim ve mevsimsel ritimleri ifade eden fizyolojik ve davranışsal işlevlerdeki döngüsel değişimlerle birlikte günlük uyku-uyanıklık döngüsünü, hormonal metabolizmayı, yeme kalıplarını ve sosyal aktiviteyi içerir. Biyolojik ritim bozuklukları, bireyleri Majör Depresyon Bozukluğu(MDB) ve Bipolar Bozukluk(BPB) dahil olmak üzere çeşitli hastalıklara yatkın hale getirir.

2.4. Yeme Davranışı ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, ergenlerde ve yetişkinlerde yaygın olan önemli bir psikopatoloji olarak görülmektedir (19,20). ABD’de, ergen bireylerin %3’ünde yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır (65). Bireylerin yemek ile ilişkisinin yalnızca fiziksel açlığın söz konusu olduğu durumlarda devreye girmediği, yeme davranışlarının arkasında birtakım duygusal, sosyal, kültürel ve duygusal faktörler olduğu bilinmektedir.

2.5. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi, sağlığı bozabilecek ölçüde anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (69). Obezite ile fazla kilolu olmak aynı anlama gelmemektedir. Obezitede kemik, kas ve yağ arasındaki denge yağ lehine bozulmuştur (70). DSÖ, 2014 yılında 1,9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu olduğunu ve bunlardan 600 milyonunun obezite tanısına sahip olduğunu ve bunların da sırasıyla dünyadaki yetişkin

nüfusunun %39 ve %13'ünü temsil ettiğini bildirmiştir. Ayrıca 5 yaşın altındaki 41 milyon çocuğun fazla kilolu veya obez olduğu tahmin edilmektedir (69). Obezite, DSÖ tarafından 1997'den beri resmi olarak küresel bir salgın olarak kabul edilmektedir ve Amerikan Tıp Birliği (American Medical Associations) 2013 yılında obeziteyi hastalık olarak kabul etmiştir (71). Obezite prevalansı son 40 yılda iki kattan fazla artmıştır ve bu artışın devam etmesi beklenmektedir. Mevcut artış oranları devam ederse 2030 yılına kadar dünya nüfusunun neredeyse yarısının fazla kilolu veya obez olacağı öngörülmektedir (72). Obezite daha çok yüksek gelirli ülkelerde bir sorun olarak görülüyor olsa da, son yıllarda düşük ve orta gelirli ülkelerde de tanı oranlarında dramatik artışlar görülmüştür. Obezite prevalansı yaşa, cinsiyete ve sosyoekonomik duruma göre değişmekle birlikte, kadınlarda erkeklerden daha fazladır (71). Ülkeler ve bölgeler arasında bazı farklılıklar olsa da, bu özelliklerin dünya çapında nispeten aynı olduğu ifade edilmektedir (72). ABD örnekleminde yapılan bir çalışmada 2007-2008 ve 2015-2016 yılları arasında obezite prevalansı karşılaştırılmış ve sırasıyla kadınlarda %35'ten %41'e erkeklerde ise %32'den %38'e yükseldiği saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada morbid obezite (Beden Kitle İndeksi (BKİ)>40) prevalansının da genel popülasyonda %6'dan %8'e yükseldiği bulunmuştur (74). 2014 yılında yapılan, 20 Avrupa ülkesini içeren bir çalışmada da en yüksek obezite prevalansının Slovenya (%21), Estonya (%20) ve İngiltere'de (%19) olduğu bildirilmiştir (75).

Ülkemizde de obezite yaygınlığı giderek artmaktadır. 1997-98 yılları arasında yetişkin örneklemin dahil edildiği Türkiye diyabet epidemiyoloji (TURDEP)-1 çalışmasında obezite prevalansı toplumda %22, kadınlarda %30 ve erkeklerde %13 olarak saptanmıştır (76). Bundan 12 yıl sonra yapılan TURDEP-2 çalışması'nda ise obezite prevalansı, genel toplumda %31 kadınlarda %44 ve erkeklerde %27 olarak bulunmuştur. Bu çalışma TURDEP-1 çalışmasına göre standartize edildiğinde, obezite prevalansının 1998 ve 2010 yılları arasında %22'den %31'e yükseldiği görülmüştür (77).

Obezitede besinlerle alınan enerji miktarı ile fiziksel hareket ve bazal metabolizma ile harcanan enerji miktarı arasındaki denge bozulmuştur. Etiyolojisinde genetik, epigenetik, davranışsal, sosyokültürel, fizyolojik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır (78). Özellikle son yıllarda büyük porsiyonlarda sunulan yüksek kalorili yiyecek tarzının benimsenmesi, fiziksel aktivitelerde harcanan zamanın azalması ve boş zaman fiziksel aktivitelerinin televizyon izleme ve elektronik cihaz kullanımı gibi hareketsiz aktivitelerle yer değiştirmesi gibi çevresel ve davranışsal etkenler ve yaş, cinsiyet, etnik köken, çoklu gen ve reseptör mutasyonları, hormonal

farklılıklar gibi bireysel faktörlerin aşırı kilo ve obezite gelişiminde rol oynadıkları ifade edilmektedir (79). Ek olarak genetik sendromlar, nörolojik, psikiyatrik, endokrin hastalıklar ve bazı ilaçlar da obeziteye neden olabilmektedir (80).

Obezite, vücut yağ yüzdesini belirlemek klinik pratikte kolay olmadığı için, aşırı yağ birikiminden ziyade aşırı kilolu olma üzerinden tanımlanmaktadır. Obezite tanısında klinikte en çok kullanılan değerlendirme yöntemi BKİ ölçümüdür. BKİ, vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m^2) bölünmesi ile hesaplanmaktadır ve yetişkinlerde her iki cinsiyette de BKİ'nin 30 kg/m^2 'nin üstünde olması ile obezite tanısı konmaktadır. BKİ, en sık kullanılan yöntem olsa da obeziteyi tanımlamada bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Buna rağmen en kolay ve hızlı yöntem olduğu için güncel uygulamada yerini korumaya devam etmektedir (78).

Obezite, etiyolojisine göre ekzojen (idiyopatik, primer) ya da endojen (patolojik, sekonder) olarak ikiye ayrılmaktadır. Obezitenin %90 kadarlık kısmında altta yatan herhangi bir organik neden bulunamadığı için bu grup ekzojen obezite olarak tanımlanmıştır (90). Ekzojen obezitede harcanan kalori ile alınan kalori arasındaki denge alınan kalori lehine bozulmuştur. Buna ek olarak bir çalışmada yaş, cinsiyet, etnik köken, yeme alışkanlıkları, sosyoekonomik ve kültürel düzey, sedanter yaşam, ekran karşısında geçirilen zaman miktarı gibi birçok unsurun da ekzojen obezite oluşumunda etkili olabileceği ifade edilmiştir (81).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar ve Örneklem Seçimi

Araştırmamızda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim görmekte olan 18-30 yaş aralığında bulunan, araştırma konusunda bilgilendirilme sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun 407 gönüllü katılımcı alınmıştır. Araştırmamız kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı-Kısa Form(ATBÖ-KF) (93), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (94), Yeme Tutumu Testi(YTT-40) (95) uygulanmıştır. Ayrıca tüm katılımcıların boy ve kiloları beyan olarak alınmıştır ve vücut kitle indeksleri hesaplanmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No:KAEEK-695, Tarih:13.09.2023) alınmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri:

1. 18-30 yaş aralığında olmak
2. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde aktif olarak öğrenim görmek
3. En az son 6 aydır akıllı telefon kullanmak
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve onam formunu imzalamak

Araştırmadan çıkarılma kriterleri:

1. DSM-5'te yer alan ve bilinen depresyon ve anksiyete bozukluğu harici psikiyatrik bozukluk komorbiditesi varlığı (örn; Psikotik Bozukluk, Şizofrenik Bozukluk, Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu, Bipolar Bozukluk, Yeme bozukluğu, vb)
2. Ağır Fiziksel Hastalık varlığı (örn; Karaciğer yetmezliği, Böbrek yetmezliği, Kanser, vb)
3. Enfeksiyon ve bulaşıcı hastalık
4. 18 yaş altı veya 30 yaş üstü olmak
5. Nörolojik hastalık öyküsü

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1 Onam ve Bilgilendirme

Tüm katılımcılara etik kurul tarafından onaylanan bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir.

Kişilere çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır. Çalışmanın tüm aşamaları Helsinki Deklarasyonu kurallarına uygun olarak yürütülmüştür.

3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Sosyodemografik ve Klinik verileri toplamaya yönelik araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir bilgi toplama aracıdır. Bu form katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, tıp fakültesinin kaçınıcı sınıfında eğitim gördüğü, kronik rahatsızlık varlığı, düzenli ilaç kullanımı varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı sorularını içermektedir.

3.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği kısa versiyonu (ATBÖ-KF):

Akıllı telefon bağımlılığını incelemek için kullanılan bu ölçek Kwon ve ark. tarafından geliştirilmiştir (96). Bu ölçek, altı maddelik Likert ölçeği kullanılarak derecelendirilen her biri on maddeden oluşan altı faktörden (günlük yaşam rahatsızlığı, olumlu beklenti, geri çekilme, siber uzay odaklı ilişki, aşırı kullanım ve akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin orijinal versiyonundan tolerans) oluşmaktadır. (1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: zayıf katılmıyorum, 4: zayıf katılıyorum, 5: katılıyorum ve 6: kesinlikle katılıyorum) Erkekler ve kadınlar için sırasıyla 31 ve 33'lük bir kesme değeri bulunmaktadır. Daha yüksek puan, daha yüksek bir bağımlılık riskini ve daha düşük bir puan, daha düşük bir bağımlılık riskini göstermektedir. ATBÖ-KF, Cronbach'ın alfa değeri 0.911 olarak tespit edilmiştir ve geçerlilik ve güvenilirliği kabul edilmiştir.

3.2.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI):

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Buysse, Reynolds, Monk, Berman ve Kupfer tarafından geliştirilmiştir (98) PUKI, 19 maddeden alınan puanlarla yedi bileşenden (özel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku verimliliği, uyku bozuklukları, uyku aracılığının kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu) oluşuyordu. Yedi bileşenin her biri, 0 ila 3 arasında değişen bir ölçekte eşit olarak ağırlıklandırılmıştır. Toplam puan 5 veya daha az olması durumunda katılımcılar iyi uyuyanlar olarak sınıflandırılırken, daha yüksek puanlar düşük uyku kalitesini temsil etmektedir. PUKI Cronbach alfa değeri 0.83 olarak tespit edilmiştir ve geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiştir.

3.2.5. Yeme Tutumu Testi (YTT-40):

1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir (97). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 punto Likert tipinde 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her sorudan en fazla 3 puan alınabilir (toplamda 120 puan). Yeme

tutum bozukluğunun kesme noktası 30 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.877 olarak bulunmuştur.

3.2.6. Vücut Kitle İndeksi (VKI):

Vücut kütlesinin, boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilmektedir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde, veri normal dağılım göstermediği için, Spearman Rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup analizlerinde normal dağılım gösteren verilerde Independent Samples T Test ve göstermeyen verilerde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde ise Pearson Ki-Kare Test, Fisher Freeman Halton Exact Test, Post Hoc Bonferroni düzeltmesi ve Yates düzeltmesi kullanılmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Odds oranı (OR) ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya katılan katılımcıların en genci 18, en yaşlısı ise 29 yaşında iken, ortalama yaş $21,15 \pm 2,17$ yıl olarak ölçülmüştür. Katılımcıların boy ortalaması $171,38 \pm 9,37$ cm., kilo ortalaması ise $68,97 \pm 16,1$ kg.'dır. Ortalama vücut kitle indeksi $23,29 \pm 4,07$ kg/m² olarak hesaplanmıştır. Vücut kitle indeksine göre yapılan kategorizasyonda, çalışmadaki katılımcıların %64,4'ünün normal kiloda oldukları görülmüştür. Fazla kilolu katılımcıların oranı %20,6 iken, obez kategorisindeki katılımcılar %7,4'lük bir orana sahiptir. Geriye kalan %7,6'lık kesim ise zayıf hastaları temsil etmektedir. Çalışmada cinsiyet dağılımı dengeli iken, medeni durumda bekar katılımcıların aldıkları oran %99,3'tür (Tablo 1).

Tablo 1. Tüm katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler (n=407)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (Yıl)	21,15±2,17	21(19-23)	18-29
Boy (cm)	171,38±9,37	171(165-179)	147-198
Kilo (kg)	68,97±16,1	65(57-80)	41-130
VKİ (kg/m ²)	23,29±4,07	22,69(20,31-25,56)	15,24-39,68
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
VKİ Grup			
Zayıf	31	7,6	
Normal	262	64,4	
Fazla Kilolu	84	20,6	
Obezite	30	7,4	
Cinsiyet			
Kadın	203	49,9	
Erkek	204	50,1	
Medeni Durum			
Bekar	404	99,3	
Evli	2	0,5	
Boşanmış	1	0,2	

Tablo 2'de dönem dağılımları görülmektedir. En yoğun katılımcının yer aldığı dönem %21.9 ile Dönem 1'dir. En az katılımcı ise Dönem 4'te yer almıştır.

Tablo 2. Dönemler

Değişkenler (n=407)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dönemler		
Dönem 1	89	21,9
Dönem 2	70	17,2
Dönem 3	70	17,2
Dönem 4	44	10,8
Dönem 5	73	17,9
Dönem 6	61	15,0

Çalışmada yer alan katılımcıların %11.5’inde kronik hastalık, %12.3’ünde ise psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. İlaç kullanan katılımcıların oranı ise %20.1’dir. (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Hastalık ve İlaç Kullanım Durumları

Değişkenler (n=407)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık		
Var	47	11,5
Yok	360	88,5
Psikiyatrik Hastalık		
Var	50	12,3
Yok	357	87,7
İlaç Kullanımı		
Var	82	20,1
Yok	325	79,9

4.2. Ölçeklerle İlişkili Bulgular

Tablo 4’te Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği’ne ilişkin dağılımlar görülmektedir. Ölçek maddeleri içerisinde en yüksek ortalamaya sahip olan önerme “Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım” önermesidir ($3,97 \pm 1,44$). Çalışmaya katılanların en düşük ortalama skorunun görüldüğü önerme ise, “İnsanların Twitter veya üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim” önermesi olmuştur ($2,27 \pm 1,51$). Katılımcıların söz konusu ölçekte aldıkları toplam puan ortalaması ($30,63 \pm 10,04$)

olmuştur. Ölçeğe özel puanlama sonucunda ortaya çıkan bağımlılık grupları incelendiğinde, akıllı telefon bağımlılığının görüldüğü katılımcıların oranının %45,9 olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 5'te ise katılımcıların günlük kullanım sürelerinin aldığı değerler yer almaktadır. Katılımcıların günlük internet kullanım ortalaması $4,76 \pm 2,3$ saattir. Günde ortalaması $4,58 \pm 1,98$ saat akıllı telefon kullanan katılımcıların günlük sosyal medya kullanım süresi ise ortalama $2,9 \pm 1,71$ saat olarak ölçülmüştür.

En sık kullanılan sosyal medya uygulaması Instagram olmuştur (%61,4). Instagram'ı %21,6 ile X (Twitter) izlemektedir (Tablo 6).

Tablo 4. Katılımcıların Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Puanları

Değişkenler (n=407)	Ort $\pm$ SS	Med(IQR)	Min-Max
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım.	3,45 $\pm$ 1,45	4(2-5)	1-6
Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim.	3,63 $\pm$ 1,44	4(2-5)	1-6
Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissedirim.	2,75 $\pm$ 1,49	3(1-4)	1-6
Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem.	3,46 $\pm$ 1,57	3(2-5)	1-6
Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum.	2,72 $\pm$ 1,45	2(2-4)	1-6
Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır.	2,82 $\pm$ 1,43	3(2-4)	1-6
Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem.	3,17 $\pm$ 1,55	3(2-4)	1-6
İnsanların Twitter veya üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim.	2,27 $\pm$ 1,51	2(1-3)	1-6
Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım.	3,97 $\pm$ 1,44	4(3-5)	1-6
Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler.	2,38 $\pm$ 1,43	2(1-3)	1-6
Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Toplam Puan	30,63 $\pm$ 10,04	30(23-38)	11-60
	Sayı (n)	Yüzde (%)	

Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu		
Bağımlılık Yok	220	54,1
Bağımlılık Var	187	45,9

Tablo 5. Katılımcıların Günlük İnternet ve Sosyal Medya Kullanım Durumları

Değişkenler (n=407)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Günlük ortalama internet kullanma süresi (saat)	4,76±2,3	4(3-6)	1-12
Günlük ortalama akıllı telefon kullanma süresi (saat)	4,58±1,98	4(3-6)	1-14
Günlük ortalama sosyal medya kullanma süresi (saat)	2,9±1,71	3(2-4)	0-13

Tablo 6. En Sık Kullanılan Sosyal Medya Uygulamaları

Değişkenler (n=407)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sosyal Medya Uygulaması		
Instagram	250	61,4
X (Twitter)	88	21,6
TikTok	19	4,7
Diğer	50	12,3

Uyku Kalitesi Ölçeği'ne ilişkin dağılımların yer aldığı Tablo 7'de ise, çalışmaya katılan katılımcıların ortalama ölçek puanlarının (4,84±3,01) olduğu görülmektedir. Buna göre, katılımcıların %32,9'unda uyku problemi vardır.

Tablo 7. Katılımcıların Uyku Kalitesi Ölçeği Puanları

Değişkenler (n=407)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam Puan	4,84±3,01	4(3-6)	0-16
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Uyku Problemi Durumu			
Uyku Problemi Yok	273	67,1	
Uyku Problemi Var	134	32,9	

Tablo 8'de ise çalışmada yer alan bir diğer ölçek olan Yeme Tutum Ölçeği'ne ait istatistiksel dağılımlar bulunmaktadır. Toplam ortalama puanı (14,63±12,55) olarak hesaplanan ölçeğe göre, yeme tutumu bozuk olarak nitelendirilen katılımcıların oranı %8,8'dir.

Tablo 8. Katılımcıların Yeme Tutumu Ölçeği Puanları

Değişkenler (n=407)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yeme Tutumu Ölçeği Toplam Puan	14,63±12,55	11(7-19)	0-83
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yeme Tutumu			
Yeme Tutumu Normal	371	91,2	
Yeme Tutumu Bozuk	36	8,8	

Katılımcıların akıllı telefon bağımlılığının olup olmasına göre sosyo-demografik özelliklerinde farklılığın arandığı analiz sonuçları Tablo 9’da yer almaktadır. Buna göre, akıllı telefon bağımlılığı olan katılımcılar ile böyle bir bağımlılığı olmayan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin istatistiksel açıdan benzer olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Örneğin, kilo parametresinin ortanca değerleri akıllı telefon bağımlılığı olmayanlarda 65(56,5-78,5) iken bağımlılık görülen hastalarda 67(57-80) olarak ölçülmüştür. Bu değerler arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p=0,499$).

Tablo 9. Akıllı Telefon Bağımlılık Durumuna Göre Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler (n=407)	Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu		p
	Yok (n=220)	Var (n=187)	
Yaş (Yıl)	21(19-23)	21(19-23)	0,424 ^u
Boy (cm)	171(165-179,5)	171(165-178)	0,897 ^u
Kilo (kg)	65(56,5-78,5)	67(57-80)	0,499 ^u
VKİ (kg/m ²)	22,23(20,28-25,59)	23,03(20,44-25,39)	0,290 ^u
Cinsiyet			0,957*
Kadın	110(50)	93(49,7)	
Erkek	110(50)	94(50,3)	
Medeni Durum			0,731*
Bekar	219(99,5)	185(98,9)	
Evli	1(0,5)	1(0,5)	
Boşanmış	0(0)	1(0,5)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Test, Fisher Freeman Halton Exact Test, *n(%)*

Akıllı telefon bağımlılığı olan katılımcılarda psikiyatrik hastalık varlığının (%16), söz konusu bağımlılığa sahip olmayan katılımcılara göre (%9,1) anlamlı şekilde yüksek çıktığı görülmüştür ($p=0,033$). Tablo 10’da yer alan diğer analiz sonuçları ise, kronik hastalık varlığının ($p=0,058$) ve ilaç kullanımının ($p=0,936$) iki grupta benzer dağılımlar sergilediğini ifade etmektedir.

Tablo 10. Akıllı Telefon Bağımlılık Durumuna Göre Hastalık ve İlaç Kullanımı

Değişkenler (n=407)	Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu		p
	Yok (n=220)	Var (n=187)	
Kronik Hastalık			0,058*
Var	32(14,5)	15(8)	
Yok	188(85,5)	172(92)	
Psikiyatrik Hastalık			0,033*
Var	20(9,1)	30(16)	
Yok	200(90,9)	157(84)	
İlaç Kullanımı			0,936
Var	44(20)	38(20,3)	
Yok	176(80)	149(79,7)	

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, n(%)

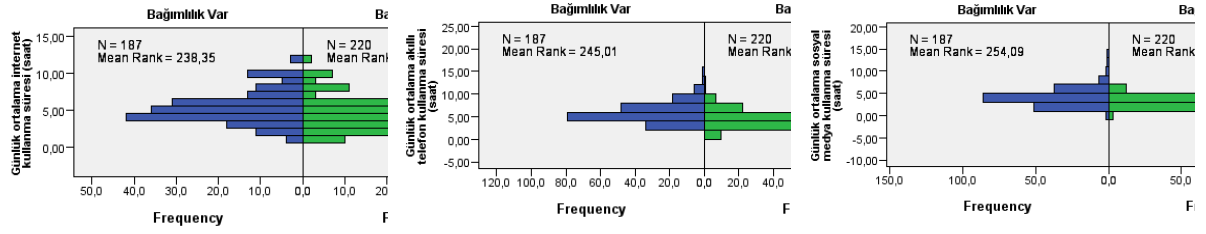
Tablo 11’de yer alan analiz sonuçlarına göre, akıllı telefon bağımlılığına sahip olan kişilerde günlük ortalama internet, akıllı telefon ve sosyal medya kullanımları akıllı telefon bağımlılığı olmayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$). Söz konusu anlamlı farklılıklar Grafik 1’de de görülmektedir. Bu grafiklerde, akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan iki grubun günlük ortalama internet, akıllı telefon ve sosyal medya kullanım skorlarının Mann-Whitney U testi dağılımları yer almaktadır. Grafiğin X eksenindeki değerler hasta sayısını, Y eksenindeki değerler günlük ortalama kullanımların birleşik skorlarını ifade etmektedir. Grafikte yer alan “mean rank (sıra ortalaması)” ifadesi ise, Mann-Whitney U testinin iki grubu karşılaştırırken kullandığı temel parametredir. Bu test, tüm değerleri düşükten yükseğe olacak şekilde sıralar ve sonrasında iki grubu mean-rank parametresine göre karşılaştırır.

Tablo 11. Akıllı Telefon Bağımlılık Durumuna Göre Günlük Kullanım Süreleri

Değişkenler (n=407)	Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu		p ^a
	Yok (n=220)	Var (n=187)	
Günlük ortalama internet kullanma süresi (saat)	4(3-5)	5(4-6)	<0,001
Günlük ortalama akıllı telefon kullanma süresi (saat)	4(3-5)	5(4-6)	<0,001
Günlük ortalama sosyal medya kullanma süresi (saat)	2(1-3)	3(2-5)	<0,001

^aMann Whitney U test, Med(IQR)

Grafik 1. Akıllı Telefon Bağımlılık Durumuna Göre Günlük Kullanım Süreleri



Akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerde Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği toplam puanının aldığı ortanca değer 39(35-43)'tür. Bu değer, bağımlılığın görülmediği kişilerde 23(19-28) olarak ölçülmüştür. İki değer istatistiki açıdan anlamlı bir farklılığa sahiptir ($p<0,001$). Tablo 12'de yer alan parametreler arasında, iki grubun anlamlı şekilde farklılaştığı bir diğer parametre ise Uyku Kalitesi Ölçeği olmuştur ($p<0,001$). Uyku Kalite Ölçeği toplam puanı yükseldikçe uyku problemi varlığı daha olasıdır. Analiz sonuçlarına göre, akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerin Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortanca değerinin [5(3-7)], akıllı telefon bağımlılığı olmayan kişilerin ortanca değerine göre [4(2-6)] anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir (Grafik 2). Tabloda yer alan diğer parametreler dikkate alındığında ise, akıllı telefon bağımlılığı varlığının fark yaratıcı bir etkisinin olmadığı anlaşılmaktadır ($p>0,05$).

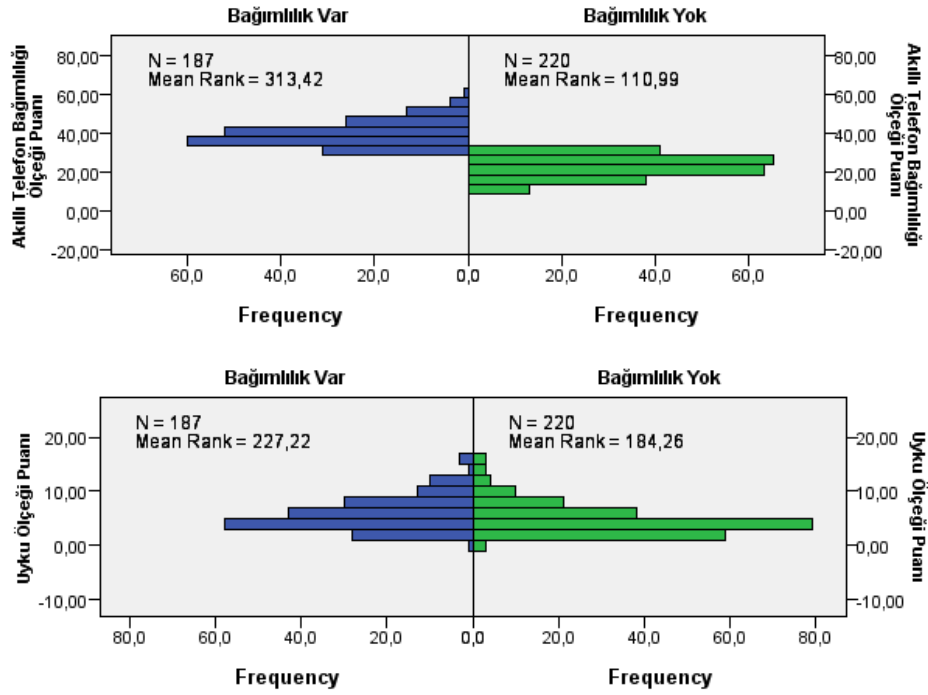
Tablo 12. Akıllı Telefon Bağımlılık Durumuna Göre Ölçek Puanları

Değişkenler (n=407)	Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu		p
	Yok (n=220)	Var (n=187)	
Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği	23(19-28)	39(35-43)	$<0,001^a$
Uyku Kalitesi Ölçeği	4(2-6)	5(3-7)	$<0,001^a$
Yeme Tutumu Ölçeği	10(7-16,5)	12(7-21)	0,061 ^a
Uyku Problemi Durumu			0,002*
Uyku Problemi Yok	162(73,6)	111(59,4)	
Uyku Problemi Var	58(26,4)	76(40,6)	
Yeme Tutumu			0,165*
Yeme Tutumu Normal	205(93,2)	166(88,8)	
Yeme Tutumu Bozuk	15(6,8)	21(11,2)	

^aMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, *n(%)*

Grafik 2. Akıllı Telefon Bağımlılık Durumuna Göre Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği ve Uyku Kalitesi Ölçeği



En sık kullanılan sosyal medya uygulaması akıllı telefon bağımlılığın varlığına göre istatistiki açıdan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p < 0,001$). Akıllı telefon bağımlılığı olmayan kişilerin Instagram kullanım sıklıklarının (%69,5), bağımlılığı olan kişilere göre (%51,9) anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Akıllı telefon bağımlılığı olanlarda, X (Twitter) ve TikTok kullanımının anlamlı olarak daha yüksek oranlar aldığı anlaşılmıştır. Diğer sosyal medya uygulamalarının kullanımı ise iki grup benzer dağılımlar sergilemiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Akıllı Telefon Bağımlılık Durumuna Göre En Sık Kullanılan Sosyal Medya Uygulaması

Değişkenler (n=407)	Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu		p*
	Yok (n=220)	Var (n=187)	
Sosyal Medya Uygulaması			<0,001
Instagram	153(69,5) ^a	97(51,9) ^b	
X (Twitter)	39(17,7) ^a	49(26,2) ^b	
TikTok	4(1,8) ^a	15(8) ^b	
Diğer	24(10,9) ^a	26(13,9) ^a	

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%)

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Tablo 14’te yaş, günlük kullanım süreleri ve ölçek puanları arasındaki korelasyon arasındaki korelasyon analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarında belirtilen “r” değeri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Buradaki +1 pozitif tam ilişki, -1 ise negatif yönlü tam ilişkiyi işaret eder. Korelasyon katsayısı sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin zayıf olduğu, -1 veya +1’e yaklaştığında ise ilişkinin kuvvetlendiği bilinmektedir. Buna göre $r=0,00$ “ilişki yok”, $r=0,01-0,29$ “düşük düzeyde ilişki”, $r=0,30-0,70$ “orta düzeyde ilişki”, $r=0,71-0,99$ “yüksek düzeyde ilişki” ve $r=1,00$ “mükemmel ilişki” olarak yorumlanır. Burada bahsedilen pozitif yönlü ilişki, ilişkinin direkt ve doğrusal olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa, burada pozitif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. İlişkinin negatif yönde olması ise, ters yönlü bir ilişkiyi ifade etmektedir. Aralarındaki hareket farklı yönlerde olan değişkenlerden birisinin değeri artarken, diğerinin değerinin düşmektedir.

Yaş ile günlük akıllı telefon ($r=-0,108$; $p=0,029$) ve günlük sosyal medya ($r=-0,123$; $p=0,013$) kullanımları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmaktadır. Başka bir ifadeyle, yaş ilerledikçe ilgili kullanımlar anlamlı şekilde düşmektedir.

Günlük internet kullanımı ile günlük akıllı telefon kullanımı ($r=0,486$; $p<0,001$), günlük sosyal medya kullanımı ($r=0,367$; $p<0,001$), Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği toplam puanı ($r=0,310$; $p<0,001$) ve Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı ($r=0,181$; $p<0,001$) arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu ilişkilerin tamamı pozitif yönlü iken, Uyku Kalitesi Ölçeği haricinde kalan tüm ilişkiler orta düzeylidir. Günlük internet kullanımı ile Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki ise düşük düzeylidir.

Günlük akıllı telefon kullanımının anlamlı ilişkilere sahip olduğu parametreler günlük sosyal medya kullanımı ($r=0,629$; $p<0,001$), Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği toplam puanı ($r=0,402$; $p<0,001$), Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı ($r=0,145$; $p=0,003$) ve Yeme Tutumu Ölçeği toplam puanı ($r=0,107$; $p=0,031$) parametreleridir. Tamamı pozitif olan bu ilişkilerin ilk ikisi orta, son ikisi ise düşük düzeylidir.

Günlük sosyal medya kullanımının, ayrıca, Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği toplam puanı ile de orta düzeli ve doğrudan bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür ($r=0,481$; $p<0,001$). Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği toplam puanı ile Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı ($r=0,198$; $p<0,001$) ve Yeme Tutumu Ölçeği toplam puanı ($r=0,145$; $p=0,003$) arasında da pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişkiler bulunmaktadır. Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Yeme Tutumu

Ölçeği toplam puanı arasındaki anlamlı ilişki de yine pozitif yönlü ve düşük düzeylidir ($r=0,238$; $p<0,001$).

Tablo 14. Yaş, Günlük Kullanım Süreleri ve Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Spearman's rho	Yaş	Günlük İnternet	Günlük Akıllı Telefon	Günlük Sosyal Medya	Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği	Uyku Kalitesi Ölçeği	Yeme Tutumu Ölçeği
Yaş	r 1						
	p .						
Günlük İnternet	r 0,005	1					
	p 0,912	.					
Günlük Akıllı Telefon	r -	0,486**	1				
	p 0,108*						
Günlük Sosyal Medya	r -	0,029	<0,001	.			
	p 0,367**	0,629**	1				
Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği	r 0,042	0,310**	0,402**	0,481**	1		
	p 0,396	<0,001	<0,001	<0,001	.		
Uyku Kalitesi Ölçeği	r -0,037	0,181**	0,145**	0,072	0,198**	1	
	p 0,455	<0,001	0,003	0,145	<0,001	.	
Yeme Tutumu Ölçeği	r -0,071	0,01	0,107*	0,046	0,145**	0,238**	1
	p 0,151	0,841	0,031	0,356	0,003	<0,001	.

* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Çalışmanın bu bölümünde, Vücut Kitle İndeksi parametresine göre normal kilolu ve obez olarak ikiye ayrılan katılımcıların belirli değişkenler çerçevesinde farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analizler yapılmıştır.

Tablo 15'te görülen analiz sonuçları, obez kişilerde boy ve kilo değerlerinin normal kilolu kişilere göre istatistiki açıdan anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir (Grafik 3). Obez kişilerde erkekler (%78,9), normal kilolu kişilerde ise kadınlar (%58,8) daha yoğun görülmektedir.

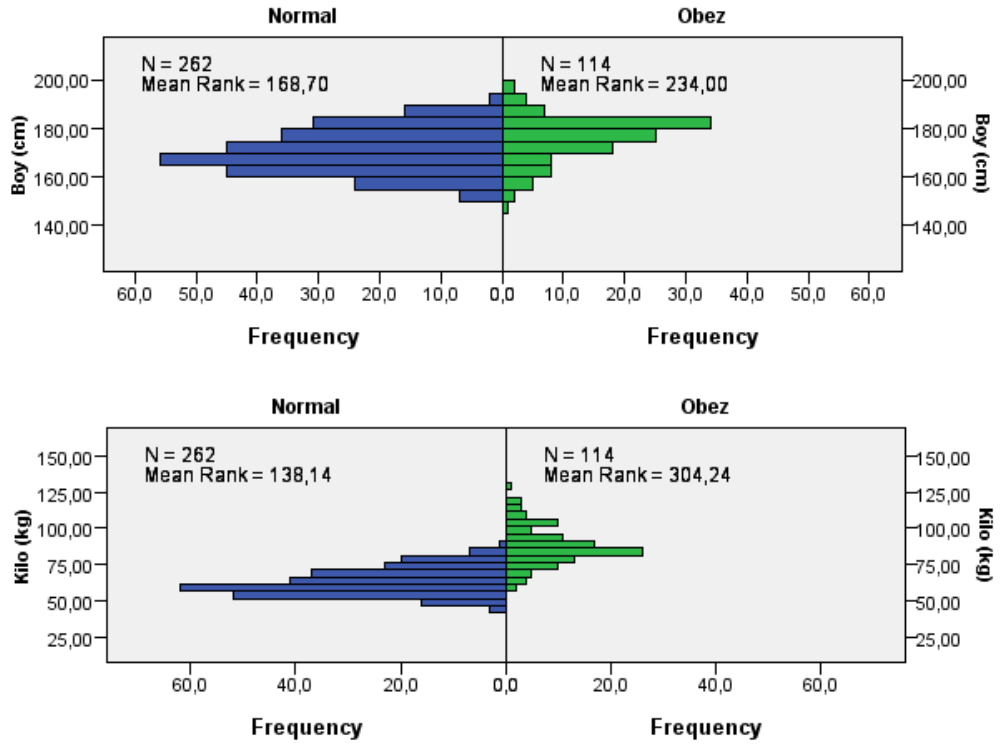
Tablo 15. Vücut Kitle İndeksine Göre Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler (n=376)	Vücut Kitle İndeksi		p
	Normal (n=262)	Obez (n=114)	
Yaş (Yıl)	21(19-23)	21,5(20-23)	0,054 ^u
Boy (cm)	169(163-177)	178(170-181)	<0,001 ^u
Kilo (kg)	61(56-69)	85(80-96)	<0,001 ^u
Cinsiyet			<0,001*
Kadın	154(58,8)	24(21,1)	
Erkek	108(41,2)	90(78,9)	
Medeni Durum			>0,999*
Bekar	259(98,9)	114(100)	
Evli	2(0,8)	0(0)	
Boşanmış	1(0,4)	0(0)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Test, Fisher Freeman Halton Exact Test, *n(%)*

Grafik 3. Vücut Kitle İndeksine Göre Boy ve Kilo



Tablo 16’da listelenen parametreler arasında normal kilolu ve obez katılımcıların anlamlı olarak farklılaştığı tek değişken ilaç kullanımıdır ($p=0,048$). Normal kilolu kişilerde ilaç kullanımı (%23,7), obez kişilere göre (%14) daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 16. Vücut Kitle İndeksine Göre Hastalık ve İlaç Kullanımı

Değişkenler (n=376)	Vücut Kitle İndeksi		p
	Normal (n=262)	Obez (n=114)	
Kronik Hastalık			0,553*
Var	35(13,4)	12(10,5)	
Yok	227(86,6)	102(89,5)	
Psikiyatrik Hastalık			0,595*
Var	30(11,5)	16(14)	
Yok	232(88,5)	98(86)	
İlaç Kullanımı			0,048*
Var	62(23,7)	16(14)	
Yok	200(76,3)	98(86)	

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, n(%)

Normal kilolu kişiler ile obezler arasında günlük ortalama internet, akıllı telefon ve sosyal medya kullanım süreleri kapsamında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 17).

Tablo 17. Vücut Kitle İndeksine Göre Günlük Kullanım Süreleri

Değişkenler (n=376)	Vücut Kitle İndeksi		p ^u
	Normal (n=262)	Obez (n=114)	
Günlük ortalama internet kullanma süresi (saat)	4(3-6)	5(3-6)	0,126
Günlük ortalama akıllı telefon kullanma süresi (saat)	4(3-6)	4(3-5)	0,209
Günlük ortalama sosyal medya kullanma süresi (saat)	3(2-4)	3(2-4)	0,302

^uMann Whitney U test, Med(IQR)

Normal kilolu ve obez kişiler ölçek puanları ve ölçek kategorileri çerçevesinde birbirlerine benzer özellikler göstermiştir ($p>0,05$). Her ne kadar obez katılımcılarda akıllı telefon bağımlılığı, uyku problemi varlığı ve yeme tutum bozukluğu normal kişilere göre daha fazla görülse de, bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 18).

Tablo 18. Vücut Kitle İndeksine Göre Ölçek Puanları

Değişkenler (n=376)	Vücut Kitle İndeksi		P
	Normal (n=262)	Obez (n=114)	
Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği	30(23-37)	29(21-37)	0,362 ^u
Uyku Kalitesi Ölçeği	4(3-6)	4(3-6)	0,674 ^u
Yeme Tutumu Ölçeği	10(7-17)	11(6-20)	0,511 ^u
Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu			0,691*
Bağımlılık Yok	146(55,7)	61(53,5)	
Bağımlılık Var	116(44,3)	53(46,5)	
Uyku Problemi Durumu			0,393*
Uyku Problemi Yok	184(70,2)	75(65,8)	
Uyku Problemi Var	78(29,8)	39(34,2)	
Yeme Tutumu			0,206*
Yeme Tutumu Normal	244(93,1)	101(88,6)	
Yeme Tutumu Bozuk	18(6,9)	13(11,4)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, *n(%)*

En sık kullanılan sosyal medya uygulamaları vücut kitle indeksi kategorilerine göre farklılık göstermemektedir ($p=0,156$). Her iki grupta da Instagram en sık kullanılan sosyal medya uygulaması iken, X (Twitter) Instagram'ı takip etmektedir (Tablo 19).

Tablo 19. Vücut Kitle İndeksine Göre En Sık Kullanılan Sosyal Medya Uygulaması

Değişkenler (n=376)	Vücut Kitle İndeksi		p*
	Normal (n=262)	Obez (n=114)	
Sosyal Medya Uygulaması			0,156
Instagram	170(64,9)	62(54,4)	
X (Twitter)	50(19,1)	32(28,1)	
TikTok	13(5)	4(3,5)	
Diğer	29(11,1)	16(14)	

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, *n(%)*

Çalışmanın bu bölümünde ise katılımcılar uyku problemi yaşama durumlarına göre iki gruba ayrılmışlardır. Tablo 20'de bu iki grup arasında biyolojik ve sosyo-demografik özellikler

çerçevesinde istatistiksel anlamda bir fark olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre, uyku problemi yaşayan ve uyku problemi yaşamayan iki grup söz konusu parametrelerde benzerlik sergilemiştir ($p>0,05$).

Tablo 20. Uyku Problemi Varlığına Göre Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler (n=407)	Uyku Problemi		P
	Yok (n=273)	Var (n=134)	
Yaş (Yıl)	21(19-23)	21(20-23)	0,474 ^u
Boy (cm)	171(164-178)	171(165-180)	0,259 ^u
Kilo (kg)	65(57-80)	65(57-80)	0,902 ^u
VKİ (kg/m ²)	22,86(20,4-25,64)	22,43(20,01-25,36)	0,434 ^u
Cinsiyet			0,860*
Kadın	137(50,2)	66(49,3)	
Erkek	136(49,8)	68(50,7)	
Medeni Durum			0,402*
Bekar	271(99,3)	133(99,3)	
Evli	2(0,7)	0(0)	
Boşanmış	0(0)	1(0,7)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Test, Fisher Freeman Halton Exact Test, *n(%)*

Uyku problemi yaşayan kişilerde psikiyatrik hastalık görülme sıklığı ($p<0,001$) ve ilaç kullanımı ($p=0,048$), uyku problemi olmayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksektir. Kronik hastalık varlığı ise, iki grupta benzer dağılımlara sahiptir ($p=0,515$; Tablo 21).

Tablo 21. Uyku Problemi Varlığına Göre Hastalık ve İlaç Kullanımı

Değişkenler (n=407)	Uyku Problemi		P
	Yok (n=273)	Var (n=134)	
Kronik Fiziksel Hastalık			0,515*
Var	34(12,5)	13(9,7)	
Yok	239(87,5)	121(90,3)	
Psikiyatrik Hastalık			<0,001*
Var	20(7,3)	30(22,4)	
Yok	253(92,7)	104(77,6)	
İlaç Kullanımı			0,048*
Var	47(17,2)	35(26,1)	
Yok	226(82,8)	99(73,9)	

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, *n(%)*

Günlük ortalama internet ve akıllı telefon kullanım süreleri parametrelerinde uyku problemi varlığı fark yaratacık bir etkiye sahiptir (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,002$). Uyku problemi yaşayan

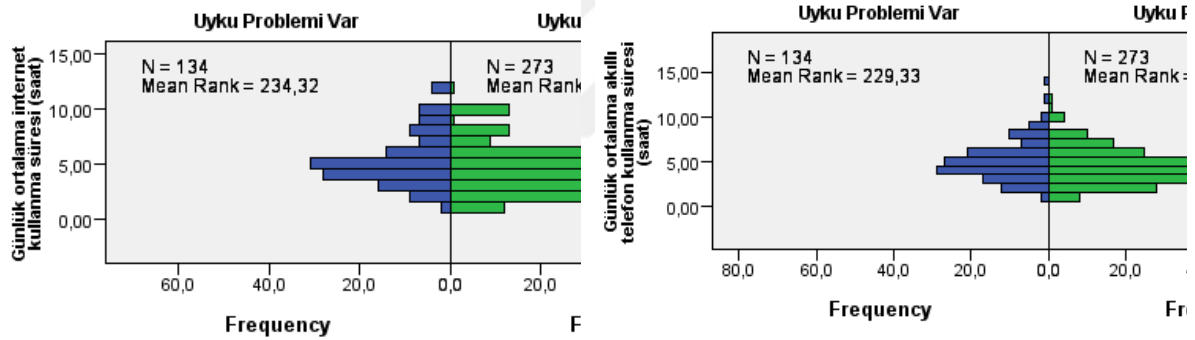
kişilerin gün içerisinde internet ve akıllı telefon kullanım süreleri, uykusunda problem olmayan kişilere göre yüksek bulunmuştur (Grafik 4). Günlük ortalama sosyal medya kullanımında ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,054$).

Tablo 22. Uyku Problemi Varlığına Göre Günlük Kullanım Süreleri

Değişkenler (n=407)	Uyku Problemi		p^u
	Yok (n=273)	Var (n=134)	
Günlük ortalama internet kullanma süresi (saat)	4(3-6)	5(4-7)	<0,001
Günlük ortalama akıllı telefon kullanma süresi (saat)	4(3-5)	5(4-6)	0,002
Günlük ortalama sosyal medya kullanma süresi (saat)	3(2-4)	3(2-4)	0,054

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

Grafik 4. Uyku Problemi Varlığına Göre Günlük İnternet ve Akıllı Telefon Kullanım Süreleri



Tablo 23'te ölçek puanları ve ölçek kategorileri parametrelerinin uyku problemi varlığına göre gösterdiği dağılımlar yer almaktadır. Tabloda yer alan tüm parametrelerde uyku problemi varlığı istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yaratmıştır ($p<0,05$). Uyku problemi yaşayan kişilerin Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği, Uyku Kalitesi Ölçeği ve Yeme Tutumu Ölçeği toplam puan ortanca değerleri, uyku problemi olmayanların ilgili değerlerine göre yüksektir (Grafik 5). Akıllı telefon bağımlılığın görülme sıklığı uyku problemi varlığında %56,7 oranına ulaşırken, uyku problemi olmadığında bu oran %40,7 olarak gerçekleşmiştir. Yeme tutumu bozuk olanların da yine uyku problemi yaşayan kişilerde diğer gruba göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

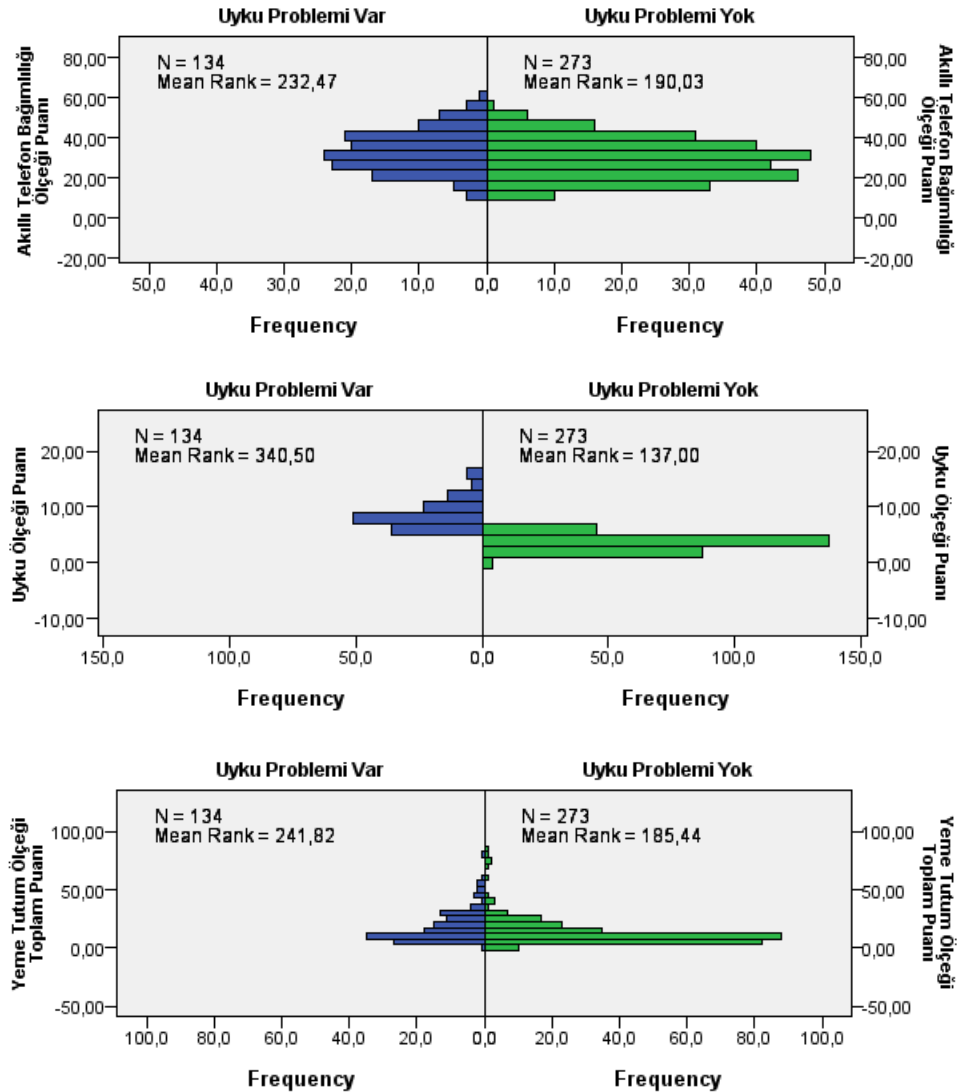
Tablo 23. Uyku Problemi Varlığına Göre Ölçek Puanları

Değişkenler (n=407)	Uyku Problemi		P
	Yok (n=273)	Var (n=134)	
Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği	29(22-37)	32,5(26-40)	0,001^u
Uyku Kalitesi Ölçeği	3(2-4)	8(6-10)	<0,001^u
Yeme Tutumu Ölçeği	10(6-16)	14,5(9-24)	<0,001^u
Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu			0,002*
Bağımlılık Yok	162(59,3)	58(43,3)	
Bağımlılık Var	111(40,7)	76(56,7)	
Yeme Tutumu			0,005*
Yeme Tutumu Normal	257(94,1)	114(85,1)	
Yeme Tutumu Bozuk	16(5,9)	20(14,9)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, *n(%)*

Grafik 5. Uyku Problemi Varlığına Göre Ölçek Puanları



Uyku problemi varlığının anlamlı bir farklılık yaratmadığı parametrelerden birisi en sık kullanılan sosyal medya uygulaması parametresi olmuştur ($p=0,771$). Her iki grupta da en sık kullanılan sosyal medya uygulaması Instagram'ken, ikinci sırayı X (Twitter) almıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Uyku Problemi Varlığına Göre En Sık Kullanılan Sosyal Medya Uygulaması

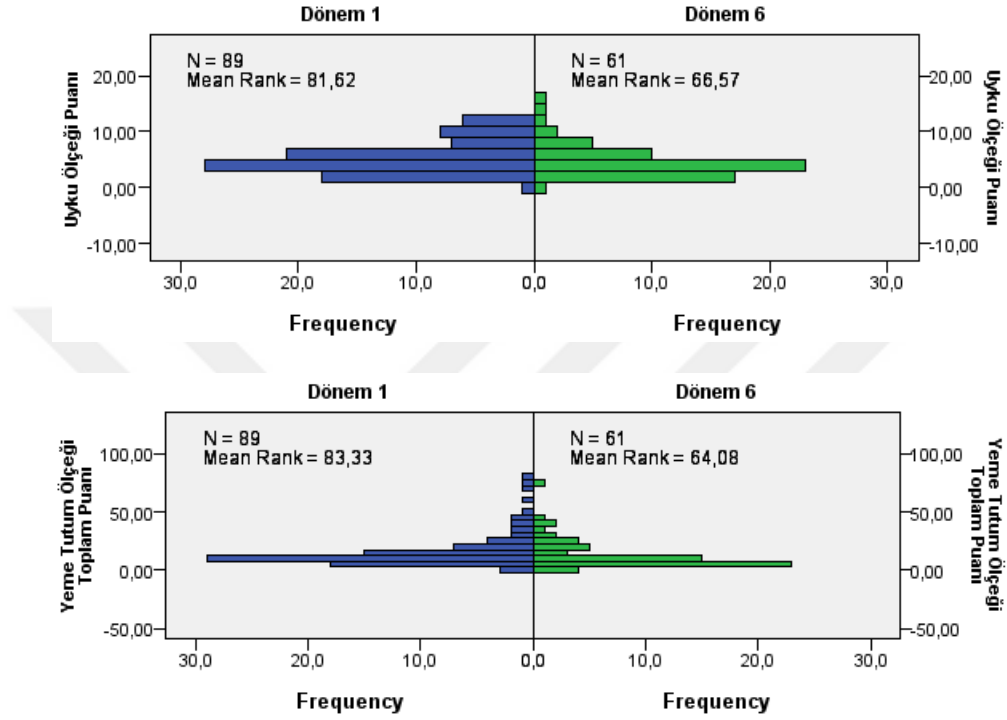
Değişkenler (n=407)	Uyku Problemi		p*
	Yok (n=273)	Var (n=134)	
Sosyal Medya Uygulaması			0,771
Instagram	171(62,6)	79(59)	
X (Twitter)	57(20,9)	31(23,1)	
TikTok	11(4)	8(6)	
Diğer	34(12,5)	16(11,9)	

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, n(%)

Dönem 1 ve Dönem 6 katılımcıları arasında ölçek puanlarına göre farklılık olup olmadığına dair yapılan analiz sonuçlarına göre, Dönem 1 katılımcılarının Uyku Kalitesi Ölçeği ve Yeme Tutumu Ölçeği toplam puanlarının ortanca değerleri, Dönem 6 katılımcılarına göre yüksektir (Grafik 6). Bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p>0,05$). Tablo 25'te yer alan diğer parametrelerde ise, Dönem 1 ve Dönem 6 katılımcıları benzer bulunmuştur. Uyku Kalitesi Ölçeği ve Yeme Tutumu Ölçeği toplam puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmış olsa da, Dönem 1 ve Dönem 6 katılımcılarında uyku problemi varlığı ve yeme tutum bozukluğu görünürlüğü istatistiksel açıdan benzerlikler sergilemiştir.

Tablo 25. Döneme Göre Ölçek Puanları

Değişkenler (n=150)	Dönem		P
	Dönem 1 (n=89)	Dönem 6 (n=61)	
Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği	30(20-37)	31(23-37)	0,604 ^u
Uyku Kalitesi Ölçeği	4(3-6)	3(2-5)	0,035^u
Yeme Tutumu Ölçeği	12(8-18)	8(4-20)	0,008^u
Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu			0,984*
Bağımlılık Yok	48(53,9)	33(54,1)	
Bağımlılık Var	41(46,1)	28(45,9)	
Uyku Problemi Durumu			0,465*
Uyku Problemi Yok	61(68,5)	46(75,4)	
Uyku Problemi Var	28(31,5)	15(24,6)	
Yeme Tutumu			0,459*
Yeme Tutumu Normal	77(86,5)	56(91,8)	

Grafik 6. Dönem 1 ve Dönem 6'ya Göre Uyku Ölçeği ve Yeme Tutum Ölçeği Puanları

Ölçek puanlarının anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği araştırılan son parametre Dönem 1-2-3 ve Dönem 4-5-6 katılımcılarının oluşturduğu gruplar olmuştur. Benzer şekilde, burada da Uyku Kalitesi Ölçeği ve Yeme Tutumu Ölçeği puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p>0,05$). Dönem 1-2-3 katılımcılarının ilgili ölçek toplam puanları, Dönem 4-5-6 katılımcılarının puanlarına göre anlamlı olarak yüksektir (Grafik 7). Tablo 26'daki diğer parametreler ise iki grup arasında anlamlı farklılıkların olmadığı parametreler olmuştur ($p>0,05$).

Tablo 26. Döneme Göre Ölçek Puanları

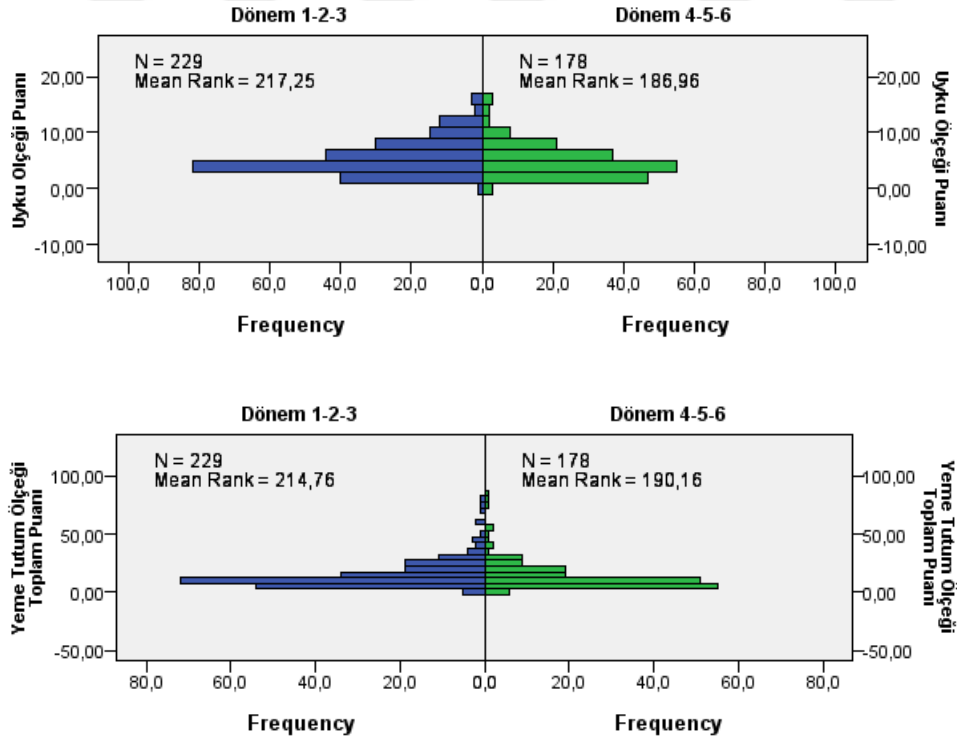
Değişkenler (n=407)	Dönem		P
	Dönem 1-2-3 (n=229)	Dönem 4-5-6 (n=178)	
Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği	30,6±9,96	30,66±10,17	0,957 [†]
Uyku Kalitesi Ölçeği	4(3-7)	4(2-6)	0,009^u
Yeme Tutumu Ölçeği	12(7-19)	10(6-18)	0,036^u
Akıllı Telefon Bağımlılık Durumu			0,875*
Bağımlılık Yok	123(53,7)	97(54,5)	
Bağımlılık Var	106(46,3)	81(45,5)	
Uyku Problemi Durumu			0,160*
Uyku Problemi Yok	147(64,2)	126(70,8)	
Uyku Problemi Var	82(35,8)	52(29,2)	
Yeme Tutumu			0,931*
Yeme Tutumu Normal	208(90,8)	163(91,6)	
Yeme Tutumu Bozuk	21(9,2)	15(8,4)	

[†]Independent Samples T test, *Ort±SD*

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, *n(%)*

Grafik 7. Dönemlere Göre Uyku Ölçeği ve Yeme Tutum Ölçeği Puanları



Akıllı Telefon Bağımlılığını etkileyebilecek değişkenler lojistik regresyon analiziyle incelenmiş ve bulgular Tablo 27 ile gösterilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, Akıllı Telefon

Bağımlılığı olasılığını Kronik hastalık olmaması 1,952 kat (OR: 1,952; %95 CI: (1,022-3,728); p=0,043) artırmaktadır. Başka bir ifadeyle kronik hastalığı olmayanlarda Akıllı Telefon Bağımlılığı kronik hastalığı olanlara göre 1,952 kat daha fazla görülmektedir. Bunun haricinde, Psikiyatrik Hastalık olması Akıllı Telefon Bağımlılığı olasılığını 1,911 kat (OR: 1,911; %95 CI: (1,045-3,493); p=0,035) artırmaktadır. Bunlarla birlikte, Akıllı Telefon Bağımlılığı olasılığı günlük ortalama internet kullanımı 1 birim arttığında 1,251 kat (OR:1,251; %95 CI: (1,140-1,372); p<0,001), günlük akıllı telefon kullanımı 1 birim arttığında 1,475 kat (OR:1,475; %95 CI: (1,305-1,668); p<0,001), günlük sosyal medya kullanımı 1 birim arttığında 1,860 kat (OR:1,860; %95 CI: (1,581-2,188); p<0,001), Uyku Ölçeği toplam puanı 1 birim arttığında 1,113 kat (OR:1,113; %95 CI: (1,041-1,191); p=0,002) ve Yeme Tutum Ölçeği 1 birim arttığında 1,022 kat (OR:1,022; %95 CI: (1,005-1,040); p<0,001) artmaktadır.

Tablo 27. Çeşitli Parametrelerin Akıllı Telefon Bağımlılığı Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	β	p^L	OR	%95GA
Yaş	0,025	0,583	1,026	0,937 1,122
Cinsiyet	0,011	0,957	1,011	0,684 1,493
Boy	-0,002	0,875	0,998	0,978 1,019
Kilo	0,004	0,563	1,004	0,991 1,016
Obez Olunması	0,089	0,691	1,094	0,703 1,700
Kronik Fiziksel Hastalık Olmaması	0,669	0,043	1,952	1,022 3,728
Psikolojik Hastalık Olması	0,648	0,035	1,911	1,045 3,493
İlaç Kullanımı	-0,020	0,936	0,980	0,603 1,593
Günlük Ortalama İnternet Kullanımı (saat)	0,224	<0,001	1,251	1,140 1,372
Günlük Ortalama Akıllı Telefon Kullanımı (saat)	0,389	<0,001	1,475	1,305 1,668
Günlük Ortalama Sosyal Medya Kullanımı (saat)	0,620	<0,001	1,860	1,581 2,188
Uyku Ölçeği Puanı	0,107	0,002	1,113	1,041 1,191
Yeme Tutum Ölçeği Puanı	0,022	0,009	1,022	1,005 1,040

^LLojistik Regresyon Test

5. TARTIŞMA

Yapılan çalışmalarda akıllı telefonlara bağımlılık %0 ile %35 arasında bulunmuş, yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı oranı %48 olarak saptanmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı sıklığı için en sık saptanan oran %10 ile %20 arasındadır (82-84). Türkiye’de 367 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada kadın öğrencilerin %23’ü, erkek öğrencilerin %20’si akıllı telefon bağımlılığı açısından yüksek riskli bulunmuştur (85). Bizim çalışmamızda da ATBÖ-KF’ye özel puanlama sonucunda akıllı telefon bağımlılığının görüldüğü katılımcıların oranının %45,9 olduğu saptanmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı bulunan 187 katılımcı ve akıllı telefon bağımlılığı bulunmayan 220 katılımcı sosyodemografik özellikler bakımından karşılaştırıldığında iki grupta da medyan yaşın 21 olduğu saptanmış olup, iki grubun yaşları benzer bulunmuştur. Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı olan katılımcıların %49,7’si kadın, %50,3’ünün erkek cinsiyette olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda cinsiyet dağılımı dengeli iken, medeni durumda bekar katılımcıların aldıkları oran %99,3’tür. Çalışmamızda katılımcıların neredeyse yarısında akıllı telefon bağımlılığı olduğu görülmüştür. Bu sonuç gençlerin önemli bir kısmının akıllı telefon bağımlılığı ile karşı karşıya olduğu şeklinde yorumlanabilir. Akıllı telefon bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar konusunda acil koruyucu halk sağlığı müdahalelerinin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda PUKİ ölçeğine ilişkin veriler incelendiğinde çalışmaya katılan katılımcıların %32,9’unda uyku problemi vardır. Akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerin PUKİ ölçeği toplam puanlarının ortanca değerinin, akıllı telefon bağımlılığı olmayan kişilerin ortanca değerine göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca yapılan regresyon analizinde akıllı telefon bağımlılığı uyku bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı ve uyku bozukluğu arasında ilişkiler bilinmektedir. 761 tıp fakültesi öğrencisinde yapılan bir çalışmada, tek değişkenli lojistik regresyon analizi, akıllı telefon bağımlılığı ile kötü uyku kalitesi arasında önemli ilişkiler bildirilmiştir (99). 420 diş hekimliği öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada ise akıllı telefon bağımlılık ölçeği ve PUKİ puanı arasında anlamlı korelasyonlar saptanmış, yani akıllı telefon bağımlılık düzeyi ne kadar yüksekse uyku kalitesinin de o kadar kötü olduğu bulunmuştur (100).

Daha önce yapılan benzer çalışmalarda akıllı telefonlar ve akıllı taşınabilir televizyon gibi akıllı cihazların uzun süre kullanılması, uyku ve uyanma süreleriyle, sağlığın bozulmasıyla ve günlük yaşamın bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir (86-89). Birçok çalışma akıllı telefonların mavi

ışığının uyku kalitesiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Swiner'a göre bu mavi ışık uykuyu etkileyebilir (90). Gece vakti vücut mavi ışığa maruz kaldığında vücudun biyolojik saati etkilenir. Bunun nedeni, akıllı telefonda gelen mavi ışığın beynin uykuya dalmamıza yardımcı olan melatonin üretmesini engellemesidir (91). Dolayısıyla maruz kaldığımız ekran süresi miktarının uyku kalitemizi etkileyeceği sonucuna varabiliriz. Yatma vaktinde akıllı telefonunu kullanan ergenlerin uyku kalitesi düşük olacaktır. Uyku bozukluğu ile polikliniklere başvuran hastalarda depresyon anksiyete gibi hastalıkların yanında akıllı telefon bağımlılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Akıllı telefon bağımlılığı ve yeme davranışı arasında da ilişkiler olabileceği bildirilmektedir. Akıllı telefon bağımlılığının yeme davranışında değişikliklere neden olduğu ve akıllı telefon bağımlılığının yeme bozukluğunun habercisi olabileceği tespit edilmiştir. Ayrıca VKİ arttıkça akıllı telefon bağımlılığının anlamlı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir (92). Kore'de yapılan bir çalışmada, 372 öğrenci değerlendirilmiş, katılımcıların %63,4'ünün televizyon izlerken, bilgisayar ve/veya akıllı telefon kullanırken atıştırmalık tükettiği, %48,1'inin ise akıllı telefon kullanırken atıştırmalık tükettiği bildirilmiştir. Her iki durumda akıllı telefona aşırı maruz kalanlar (günde ≥ 2 saat) arasında en yaygın olanıydı. Akıllı telefona aşırı maruz kalan gruptan deneklerin daha yüksek bir yüzdesinin, dondurma, fast food ve gazlı içecekleri tercih ederek atıştırmalık yiyeceklerle daha fazla para harcadığı da gözlenmiştir. Ayrıca aşırı maruz kalan gruptakiler daha fazla dondurma, kurabiye ve gazlı içecek tüketmiştir. Sonuç olarak öğrencilerde daha uzun akıllı telefon kullanımının daha az arzu edilen atıştırmalık tercihi/tüketimi ve diğer beslenme davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (101). Başka bir çalışmada toplam 80 akıllı telefon bağımlısı ergen akıllı telefon bağımlılığına göre üç gruba (genel, potansiyel ve tehlike grubu) ayrılmıştır. Daha sonra deneklerin yaşam tarzları ve beslenme davranışları araştırılmış ve saç mineral içerikleri analiz edilmiştir. Bu çalışmada daha yüksek akıllı telefon bağımlılığı, daha düşük ortalama haftalık uyku süresi ile ilişkilendirilmiş, tehlike grubunda hızlı yemek yeme ve günde iki kez atıştırma oranı da nispeten yüksek saptanmıştır. Saç mineral analizinde tüm deneklerin selenyum konsantrasyonları normalden düşük, kurşun konsantrasyonları yüksek saptanmıştır. Ayrıca tehlike grubundaki alüminyum düzeyleri normal aralıktan yüksek ve üç grup arasında en yüksek saptanmıştır. Yani akıllı telefon bağımlılığı ile yeme tutumları arasında ilişkiler bulunmuştur (102). Kore'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir başka araştırmada da, akıllı telefonu sık kullananlarda kahvaltıyı sık sık atlama, düzensiz beslenme, işlenmiş gıdaları tercih etme, aşırı yeme ve öğün atlama gibi olumsuz yeme davranışları bildirilmiştir (103). Ayrıca hem akıllı telefon hem de internet

bağımlılığı ile yeme davranışı bozukluğunun aşırı kiloyla pozitif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu bildirilmektedir (104). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 325 öğrenci değerlendirilmiş ve fazla kilolu olmanın yordayıcılarını belirlemek için yapılan regresyon analizine göre, akıllı telefon bağımlısı olmanın fazla kilolu olma riskini iki kat arttırdığı saptanmıştır (105). Akıncı ve ark. akıllı telefon bağımlılığının uyku kalitesi ve VKİ değerlerine etkisini araştırmak için obezite açısından izlenen 18 ila 45 yaşları arasındaki 90 obez erkeği incelemiştir. Akıllı telefon bağımlılık puanları yüksek olan hastalarda VKİ değerlerinin daha yüksek olduğu, kötü uyku kalitesi ve akıllı telefon bağımlılığının obez bireylerde VKİ'yi etkilediği gösterilmiştir (106). Bizim çalışmamızda yer alan bir diğer ölçek olan YTT-40 ölçeğine göre yeme tutumu bozuk olarak nitelendirilen katılımcıların oranı %8,8'dir. Yapılan regresyon analizinde kötü yeme tutumu ile akıllı telefon bağımlılığı ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç literatürle uyumludur. Akıllı telefona bağımlı olmanın öğün atlama, hızlı yemek yeme, hızla atıştırma gibi davranışlara neden olabileceğini düşünüyoruz. Çünkü kişiler bir an önce telefondaki aktivitelere dönmek için düzenli yemekle vakit kaybetmek istemeyebilir. Bu nedenle akıllı telefon bağımlılığı düşünülen bireyler mutlaka yeme davranışları açısından da değerlendirilmelidir. Çalışmamızda VKİ ile akıllı telefon bağımlılığı arasında ise bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç çalışmamızdaki örneklemin genç bir popülasyondan oluşması ve bu yaş grubunda obezitenin sık görülmemesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda Dönem 1 ve Dönem 6 katılımcıları arasında ölçek puanlarına göre farklılık olup olmadığına dair yapılan analiz sonuçlarına göre, dönem 1 katılımcılarının PUKİ ve YTT-40 toplam puanlarının ortanca değerlerinin, dönem 6 katılımcılarına göre yüksek olduğu ve bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu saptadık. ATBÖ-KF puanları ise benzerdi. Yine benzer şekilde dönem 1-2-3 (preklinik) ve dönem 4-5-6 (klinik) katılımcılarının oluşturduğu gruplar incelendiğinde burada da PUKİ ve YTT-40 puanlarında anlamlı farklılıklar saptadık. Dönem 1-2-3 katılımcılarının ilgili ölçek toplam puanları, dönem 4-5-6 katılımcılarının puanlarına göre anlamlı olarak yüksektir. ATBÖ-KF puanları ise bu gruplarda da benzerdi. Tüm dönemlerde akıllı telefon bağımlılığının benzer olması, akıllı telefon bağımlılığının tüm gençleri aynı oranda etkileyen önemli bir sorun olması nedeniyle olabilir.

Akıllı telefon bağımlılığı ile psikiyatrik sağlık arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Bir çalışmada 574 tıp öğrencisi değerlendirilmiş, akıllı telefon bağımlılığı yaygınlığı %40,6 bulunmuş, regresyon analizinde akıllı telefon bağımlılığındaki bir birimlik artışla birlikte depresyon, kaygı, stres ve nevrotiklik düzeylerinde önemli bir artış olduğu bulunmuştur (107). Başka bir çalışmada da hem internet hem de akıllı telefon bağımlılığının depresyon, anksiyete,

stres ve intihar eğilimi ile anlamlı pozitif korelasyonları olduğu bulunmuştur (108). Bizim çalışmamızda da akıllı telefon bağımlılığı psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkili saptanmıştır. Bu durum çok önemlidir. Akıllı telefon bağımlılığına yaklaşırken klinisyenlerin hastaları tüm yönleriyle değerlendirmesi ve komorbid durumları atlamaması gerektiğini düşünüyoruz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın tek merkezli ve kesitsel olması elde edilen bulguların tüm akıllı telefon bağımlılığı bulunan popülasyon için genelleştirilmesi açısından kısıtlılık yaratmaktadır. Kullandığımız ölçeklerin özbildirim ölçeği niteliğinde olması, katılımcıların sorulara verdiği yanıtların sosyal normlara uygun olarak verilmesi ya da bellek sorunlarından etkilenme olasılığını ortaya çıkarması açısından bir kısıtlılık olarak sayılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda katılımcıların neredeyse yarısında akıllı telefon bağımlılığı saptandı. Katılımcılar akıllı telefon bağımlılığı olup olmamasına göre iki ayrı grupta incelendi. Akıllı telefon bağımlılığı bulunan katılımcıların uyku kaliteleri, bu bağımlılığa sahip olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Akıllı telefon bağımlılığı bulunan katılımcılarda yeme tutumu her ne kadar akıllı telefon bağımlılığı olmayan katılımcılardan fazla görülse de istatistiksel anlamlı bir farklılık olarak saptanmadı. Benzer şekilde obez katılımcılarda akıllı telefon bağımlılığı, uyku problemi varlığı ve yeme tutum bozukluğu normal kişilere göre daha fazla görülse de, bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edildi. Lojistik regresyon analizi ile kronik fiziksel hastalık olmaması, psikiyatrik hastalık varlığı, kötü uyku kalitesi, kötü yeme tutumu, günlük ortalama akıllı telefon, internet ve sosyal medya kullanım süreleri akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili saptandı. Preklinik dönemde uyku kalitesi ve yeme tutumu, klinik dönemdeki katılımcılara oranla daha kötü saptandı. Gençlerde akıllı telefon bağımlılığının önemli bir halk sağlığı sorununa dönüştüğünü ve bu konuda acil önlemler alınması gerektiğini söyleyebiliriz.

7. ÖZET

Amaç: Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı ile uyku kalitesi, yeme tutumu ve obezite arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimi görmekte olan gönüllü katılımcılar ile yürütülmüş olup, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde aktif olarak öğrenim görmekte olan, 18-30 yaşları arasında bulunan, en az son 6 aydır akıllı telefon kullanmakta olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam formunu imzalayan 407 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, araştırmanın amacına uygun yarı-yapılandırılmış Sosyodemografi Veri Formu ile birlikte Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form (ATBÖ-KF), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Yeme Tutumu Testi (YTT-40) uygulanmıştır. Katılımcıların boy ve kilosu öz bildireme dayalı olarak kaydedilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $21,15 \pm 2,17$ yıl olup, %49,9'u (n=203) kadındır. Katılımcıların %45,9'unda akıllı telefon bağımlılığı saptanmıştır. Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerin PUKİ ölçeği toplam puanlarının ortanca değerinin, akıllı telefon bağımlılığı olmayan kişilerin ortanca değerine göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Akıllı telefon bağımlılığı bulunan katılımcılarda YTT-40 puanları yüksek bulunmuş olsa da anlamlı olarak fark saptanmamıştır ($p = 0,061$). Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan katılımcıların VKİ'leri benzer saptanmıştır ($p = 0,290$). Katılımcılar VKİ'ye göre normal ve obez olarak gruplara ayrılıp karşılaştırma yapıldığında, PUKİ, YTT-40 ve ATBÖ-KF puanları benzer saptanmıştır (sırayla; $p = 0,674$; $p = 0,511$; $p = 0,362$). Yapılan lojistik regresyon analizinde, kronik fiziksel hastalık olmaması ($p = 0,043$, OR=1,952), psikolojik hastalık olması ($p = 0,035$, OR=1,911), günlük ortalama internet kullanım süresi ($p < 0,001$, OR=1,251), günlük ortalama akıllı telefon kullanım süresi ($p < 0,001$, OR=1,475), günlük ortalama sosyal medya kullanım süresi ($p < 0,001$, OR=1,860), kötü uyku kalitesi ($p = 0,002$, OR=1,113), kötü yeme tutumu ($p = 0,009$, OR=1,022) akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili saptanmıştır.

Sonuçlar: Üniversite öğrencilerinin neredeyse yarısında akıllı telefon bağımlılığı olduğu, akıllı telefon bağımlılığı olanlarda uyku kalitesinin bozuk olduğu söylenebilir. Akıllı telefon bağımlılığının kötü uyku kalitesi ve kötü yeme tutumu ile ilişkisi olduğu ancak obezite ile ilişkisi olmadığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Akıllı telefon bağımlılığı, uyku bozukluğu, yeme bozukluğu, obezite

8. ABSTRACT

Objective: Our study aimed to investigate the relationships between smartphone addiction and sleep quality, eating attitudes and obesity.

Method: This research was conducted with volunteer participants studying medicine at Akdeniz University Faculty of Medicine and is a descriptive and cross-sectional study. The study included 407 volunteer participants who were actively studying at Akdeniz University Faculty of Medicine, were between the ages of 18-30, had been using a smartphone for at least the last 6 months, and agreed to participate in the study and signed the consent form. All participants were administered the Smartphone Addiction Scale-Short Form (ATBÖ-SF), Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI), and Eating Attitudes Test (YTT-40), along with a semi-structured Sociodemography Data Form developed by the researchers and suitable for the purpose of the research. Participants' height and weight were recorded based on self-report.

Results: The average age of the participants was 21.15 ± 2.17 years and 49.9% ($n=203$) were women. Smartphone addiction was detected in 45.9% of the participants. In our study, it was observed that the median value of the PSQI scale total scores of people with smartphone addiction was significantly higher than the median value of people without smartphone addiction ($p < 0.001$). Although YTT-40 scores were found to be high in participants with smartphone addiction, no significant difference was detected ($p = 0.061$). BMIs of participants with and without smartphone addiction were found to be similar ($p = 0.290$). When the participants were divided into normal and obese groups according to BMI and compared, PSQI, EAT-40 and ATBÖ-CF scores were found to be similar ($p=0.674$; $p=0.511$; $p=0.362$, respectively). In the logistic regression analysis, it was determined that there was no chronic physical disease ($p = 0.043$, OR = 1.952), there was no psychological disease ($p = 0.035$, OR = 1.911), average daily internet usage time ($p < 0.001$, OR = 1.251), average daily internet usage time ($p = 0.043$, OR = 1.251), average daily internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), average daily internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), daily average internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), daily average internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), daily average internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), daily average internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), daily average internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), daily average internet usage time ($p = 0.001$, OR = 1.251), phone usage time ($p < 0.001$, OR=1.475), average daily social media usage time ($p < 0.001$, OR=1.860), poor sleep quality ($p=0.002$, OR=1.113), poor eating attitude ($p=0.009$, OR=1.022) was found to be associated with smartphone addiction.

Conclusions: It can be said that almost half of university students have smartphone addiction, and those with smartphone addiction have poor sleep quality. It can be said that smartphone addiction is associated with poor sleep quality and poor eating attitude, but it is not associated with obesity.

Keywords: Smartphone addiction, sleep disorder, eating disorder, obesity



9. KAYNAKLAR

1. Takao, M., Takahashi, S., & Kitamura, M. Addictive personality and problematic mobile phone use. *CyberPsychology; Behavior*. 2009; 12(5), 501- 507.
2. Park, N., Kim, Y.C., Shon, H. Y. Shim, H. Factors influencing smartphone use and dependency in South Korea. *Computers in Human Behavior*. 2013; 29, 1763-1770.
3. Kang, S., & Jung, J. Mobile communication for human needs: A comparison of smartphone use between the US and Korea. *Computers in Human Behavior*. 2014; 35, 376–387.
4. Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L., & Raita, E. Habits make smartphone use more pervasive. *Personal and Ubiquitous Computing*. 2012; 16(1), 105–114.
5. Hooper, V., Zhou, Y. Addictive, dependent, compulsive, A study of mobile phone usage. *BLED 2007 Proceedings*. 2007; 38.
6. Matusik, S. F., Mickel, A. E. Embracing or embattled by converged mobile devices' Users' experiences with a contemporary connectivity technology. *Human Relations*. 2011; 64(8), 1001–1030.
7. Nasar, J., Hecht, P., Wener, R. “Mobile telephones, distracted attention, and pedestrian safety”, *Accident Analysis Prevention*. 2008; 40(1), 69-75.
8. Köse, S., Oral, L., & Türesin, H. İş yaşamında sosyal kolaylaştırma kavramı ve sanal kaytarma ile ilişkisi: Araştırma görevlileri üzerinde bir araştırma. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 2012; 4(1), 287-295
9. Long J, Liu T-Q, Liao Y-H, Qi C, He H-Y, Chen S-B, vd. Prevalence and correlates of problematic smartphone use in a large random sample of Chinese undergraduates. *BMC Psychiatry*. 17 Kasım 2016;16(1):408.
10. Smetaniuk P. A preliminary investigation into the prevalence and prediction of problematic cell phone use. *J Behav Addict*. Mart 2014;3(1):41-53.
11. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano L, Freixa-Blanxart M, Gibson W. Prevalence of Problematic Mobile Phone Use in British Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 27 Ağustos 2013;17(2):91-8.
12. Davey S, Davey A. Assessment of Smartphone Addiction in Indian Adolescents: A Mixed Method Study by Systematic-review and Meta-analysis Approach. *International Journal of Preventive Medicine*. 07 Ocak 2015;5(12):1500-11.
13. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions*. 01 Haziran 2015;4(2):85-92.

14. Babadi-Akashe, Z.; Zamani, B.E.; Abedini, Y.; Ekberi, H.; Hedayati, N. İran'ın Shahrekord Üniversitesi Öğrencileri Arasında Ruh Sağlığı ve Cep Telefonu Bağımlılığı Arasındaki İlişki. Bağımlısı. Sağlık 2014, 6, 93–99. [Google Akademik]
15. Ning, W.; Davis, F.; Taraban, R. Akıllı telefon bağımlılığı ve üniversite öğrencilerinin bilişsel performansı. In Proceedings of the 24th Americas Conference on Information Systems 2018: Digital Distraption, AMCIS 2018, New Orleans, LA, ABD, 16–18 Ağustos 2018. [Google Akademik]
16. Patel, R.; Sulzberger, L.; Li, G.; Mair, J.; Morley, H.; Shing, M.N.; O'Leary, C.; Prakash, A.; Robilliard, N.; Rutherford, M.; ve ark. Kilo kaybı ve sigarayı bırakmak için akıllı telefon uygulamaları: 120 uygulamanın kalite sıralaması. N. Z. Med. J. 2015, 128, 73-76. [Google Akademik] [PubMed]
17. Buysse, D.J.; Angst, J.; Gama, A.; Ajdacic, V.; Eich, D.; Rössler, W. Genç Erişkinlerde Uykusuzluk ve Depresyonun Prevalansı, Seyri ve Komorbiditesi. Uyku 2008, 31, 473–480. [Google Akademik] [CrossRef]
18. Garner DM, Olmsted Milletvekili, Bohr Y, Garfinkel PE. Yeme tutumları testi: psikometrik özellikler ve klinik korelasyonlar. Psikol Med. 1982; 12:871– 878. [PubMed] [Google Akademik]
19. Gearhardt AN, Boswell RG, Potenza MN. İçinde: Yeme Bozuklukları, Bağımlılıklar ve Madde Kullanım Bozuklukları: Araştırma, Klinik ve Tedavi Perspektifleri. Brewerton TD, Dennis AB, editörler. New York: Springer; 2014. Yeme Bozuklukları ve Sunstans Kullanım Bozukluklarının Nörogörüntülemesi; sayfa 71–90. [Google Akademik]
20. Uğurlu, Elif G. (2013). Tarih ve Kavram Olarak Yeni İletişim Teknolojileri (Editör: T. Volkan Yüzer ve Mehmet Emin Mutlu), Yeni İletişim Teknolojileri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 2-22. İçinde.
21. Kayabaş, Buket K. (2013). Mobil Yaşam (Editör: T. Volkan Yüzer ve Mehmet Emin Mutlu), Yeni İletişim Teknolojileri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 176-201. İçinde.
22. Cep telefonunun tarihçesi - Dosyalar [Internet]. Mobiletisim.com. [a.yer 15 Ağustos 2019]. Erişim adresi: <http://www.mobiletisim.com/dosyalar/cep-telefonunun-tarihcesi>
23. Ünal M. H. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanlığı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara; 2015.
24. İletişim Hizmetleri İstatistikleri - Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu [Internet]. [a.yer 15 Ağustos 2019]. Erişim adresi: <https://www.btk.gov.tr/iletisim-hizmetleri-istatistikleri>

25. https://tr.wikipedia.org/wiki/Akıllı_telefon. İçinde.
26. Al-Khlaiwi, T., & Meo, S. A. (2004). Association of mobile phone radiation with fatigue, headache, dizziness, tension and sleep disturbance in Saudi population. *Saudi medical journal*, 25, 732-736.
27. Kwon M, Lee J-Y, Won W-Y, Park J-W, Min J-A, Hahn C, vd. Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). *PLOS ONE*. ub 2013;8(2):e56936.
28. Özcan B. Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinde Uyku Kalitesi Ve Akıllı Telefon Bağımlılığı İle İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli; 2019.
29. Choi H-S, Lee H-K, Ha J-C. The influence of smartphone addiction on mental health, campus life and personal relations - Focusing on K university students. *Journal of the Korean Data and Information Science Society*. 2012;23(5):1005-15.
30. Dredge R, Gleeson J, de la Piedad Garcia X. Cyberbullying in social networking sites: An adolescent victim's perspective. *Computers in Human Behavior*. 01 Temmuz 2014;36:13-20.
31. Lin Y-H, Chang L-R, Lee Y-H, Tseng H-W, Kuo TBJ, Chen S-H. Development and Validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). *PLOS ONE*. 04 Haziran 2014;9(6):e98312.
32. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editörler. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 s.
33. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*. 01 Ocak 2000;57(1):267-72. 64
34. Peele S, Brodsky A. Love and addiction. Oxford, England: Taplinger; 1975. 284 s. (Love and addiction.).
35. Griffiths MD. Griffiths, M.D. (1999). Internet addiction: Internet fuels other addictions. *Student British Medical Journal*, 7, 428-429. [a.yer 18 Ağustos 2019]; Erişim adresi: https://www.academia.edu/751806/Griffiths_M.D._1999_.Internet_addiction_Internet_fuels_other_addictions._Student_British_Medical_Journal_7_428-429
36. Young KS. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American Behavioral Scientist*. 01 Aralık 2004;48(4):402-15.
37. Diagnostic & Statistical manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1985.

38. American Psychiatric Association, editör. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV ; includes ICD-9-CM codes effective 1. Oct. 96. 4. ed., 7. print. Washington, DC; 1998. 886 s.
39. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 01 Ağustos 2010;36(5):233-41.
40. Oulasvirta A, Rattenbury T, Ma L, Raita E. Habits Make Smartphone Use More Pervasive. *Personal Ubiquitous Comput*. Ocak 2012;16(1):105–114.
41. Chakraborty, K., Basu, D., & Kumar, K. G. (2010). Internet addiction: Consensus, controversies, and the way ahead. *East Asian Archives of Psychiatry*, 20(3), 123.
42. Wu AMS, Cheung VI, Ku L, Hung EPW. Psychological risk factors of addiction to social networking sites among Chinese smartphone users. *Journal of Behavioral Addictions*. 12 Nisan 2013;2(3):160-6.
43. Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990;85(11):1403- 8.
44. Griffiths, Mark. (1996). Behavioural addictions: An issue for everybody?. *Journal of Workplace Learning*. 8. 19-25.
45. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*. 1990;85(11):1389-94.
46. Albrecht, U., Kirschner, N. E., & Grüsser, S. M. (2007). Diagnostic instruments for behavioural addiction: an overview. *GMS Psycho-Social Medicine*, 4. 65
47. Griffiths M. Gambling on the internet: A brief note. *J Gambling Stud*. 01 Aralık 1996;12(4):471-3.
48. Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, Lin H-C, Yang M-J. Factors Predictive for Incidence and Remission of Internet Addiction in Young Adolescents: A Prospective Study. *CyberPsychology & Behavior*. 01 Ağustos 2007;10(4):545-51.
49. Lin Y-H, Lin Y-C, Lee Y-H, Lin P-H, Lin S-H, Chang L-R, vd. Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research*. 01 Haziran 2015;65:139-45.
50. Leung L. Net-Generation Attributes and Seductive Properties of the Internet as Predictors of Online Activities and Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*. 01 Haziran 2004;7(3):333-48.
51. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*. 2010;105(3):556-64.

52. Foulkes D, Rechtschaffen A, Roth T. Obituary for Gerald W. Vogel, MD. *Sleep*, vol. 35, no. 6, pp. 889–889, Jun. 2012.
53. Özbay SY, Bilici M. Uygunun nörobiyolojisi ve fizyolojisi. *Türkiye Psikiyatr Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Derg.* 2016;6(2):89–95.
54. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: **DSM-5™**, 5th ed. **Citation.** American Psychiatric Association, **DSM-5** Task Force. (2013).
55. Foulkes D, Rechtschaffen A, Roth T. Obituary for Gerald W. Vogel, MD. *Sleep*, vol. 35, no. 6, pp. 889–889, Jun. 2012.
56. Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *The American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1855–1861.
57. A. P. Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5®), 2013.
58. Muhammed Y, Ünal A, Üniversitesi İ, Üniversitesi G. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi *Life Skills Journal Of Psychology Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda 87 Uyku Kalitesi, Biyolojik Ritim Örüntüsü Ve Yaşam Kalitesinin Tedavi Uyumuyla İlişkisi . Cilt. 2017;(1). Erişim Nisan 1, 2021. <http://dergipark.gov.tr/ybpd>*
59. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2016;25:52–73.
60. Üstün Y, Yücel ŞP. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi -. *Uluslararası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi.* Published 2009. Erişim Nisan 1, 2021. <http://docplayer.biz.tr/20763289-Hemsirelerin-uyku-kalitesininincelenmesi.html>
61. Aydemir Ö, Akkaya C, Altınbaş K, vd. *Biyolojik Ritim Değerlendirme Görüşmesinin Türkçe sürümünün güvenilirliği ve geçerliliği.* C 13.; 2011.
62. Monteleone P, Martiadis V, Maj M. Circadian rhythms and treatment implications in depression. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* 2011;35(7):1569–1574.
63. Lemmer B. DISCOVERIES OF RHYTHMS IN HUMAN BIOLOGICAL FUNCTIONS: A HISTORICAL REVIEW. *Chronobiol Int.* 2009;26(6):1019– 1068.
64. Selvi Y, Besiroglu L, Aydın A. Chronobiology and Mood Disorders. *Psikiyatr Guncel Yaklaşımlar - Curr Approaches Psychiatry.* Published online 2011:368
65. Chow, CM., Ruhl, H., Tan, CC., & Ellis, L. Fear of fat and restrained eating: Negative body talk between female friends as a moderator. *Eating and Weight Disorders.* 2017, Advance online publication.

66. Shafran R. & De Silva P. Cognitive-behavioral model. In J. Treasure, U. Schmidt, U., & V.E. Furth (Eds.). *Essential Handbook of Eating Disorders*. 2005, England: John Wiley & Sons.
67. Polivy, J., Herman, PC. Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2002, 23(1), 1-6.
68. Stice, E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 1994, 14, 633-661.
69. Organization WH. Obesity and overweight 2020, April [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>].
70. Polat A TSH. Obezite: Tanı, Sınıflama ve Epidemiyoloji. In: Yücel B, Akdemir A, Gürdal-Küey A, Maner F, E V, editors. *Yeme Bozuklukları ve Obezite- Tanı ve Tedavi Kitabı*. Nisan 2013 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2013, Nisan. p. 291-8.
71. Jamie Hartmann-Boyce, Nerys M. Astbury, Jebb SA. Aetiology and management of obesity. In: Geddes JR, Andreasen NC, editors. *New Oxford textbook of psychiatry*: Oxford University Press, USA; 2020. p. 1096-104.
72. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32(9):1431-7.
73. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019;92:6-10.
74. Hales CM, Fryar CD, Carroll MD, Freedman DS, Ogden CL. Trends in Obesity and Severe Obesity Prevalence in US Youth and Adults by Sex and Age, 2007- 2008 to 2015-2016. *Jama*. 2018;319(16):1723-5.
75. Marques A, Peralta M, Naia A, Loureiro N, de Matos MG. Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *Eur J Public Health*. 2018;28(2):295-300.
76. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Populationbased study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002;25(9):1551-6.
77. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013;28(2):169-80.
78. Obezite T, Grubu HÇ. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019, 8. baskı. Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2019.
79. Heymsfield SB, Wadden TA. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med*. 2017;376(3):254-66.

80. Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *Am J Manag Care*. 2016;22(7 Suppl):s176-85. 78
81. S A. Obez Lise Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2008.
82. Aljomaa SS, Qudah MFA, Albursan IS, Bakhiet SF, Abduljabbar AS. Smartphone addiction among university students in the light of some variables. *Computers in Human Behavior*. 2016;61:155-64.
83. Billieux J, Maurage P, Lopez-Fernandez O, Kuss DJ, Griffiths MD. Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. *Current Addiction Reports*. 2015;2(2):156-62.
84. Carbonell X, Chamarro A, Griffiths M, Oberst U, Cladellas R, Talarin A. Uso problemático de Internet y móvil en adolescentes y jóvenes españoles. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2012;28(3):789-96.
85. Noyan CO, Darçın AE, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Validity and reliability of the Turkish version of the Smartphone Addiction Scale-Short Version among university students. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16(0):73-81.
86. Liu QQ, Zhou ZK, Yang XJ, Kong FC, Niu GF, Fan CY Çinli Ergenler Arasında Cep Telefonu Bağımlılığı ve Uyku Kalitesi: Düzenlenmiş Bir Aracılık Modeli. *Hesapla. İnsan Davranışı*. 2017; 72 :108–114. doi: 10.1016/j.chb.2017.02.042. [[CrossRef](#)] [[Google Akademik](#)]
87. Parasuraman B., Satriya A., Rathakrishnan B., Muniapan B. Sendikalar ve ortak danışma komitesi arasındaki ilişkinin analiz edilmesi: Malezya ve Endonezya posta endüstrilerine ilişkin örnek olaylar. *Uluslararası J. Otobüs. Sos.* 2009; 10 :41–58. [[Google Akademik](#)]
88. Rathakrishnan B., George S. Malezya'da Kumar: Genel Bir Bakış. *BJPsych Uluslararası* 2021; 18 :32–34. doi: 10.1192/bji.2020.55. [[PMC ücretsiz makalesi](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Akademik](#)]
89. Swiner C. Mavi Işık Uygunuzu Nasıl Etkiler? [(25 Mart 2021'de erişildi)];Çevrimiçi olarak mevcuttur: <https://www.webmd.com/sleep-disorders/sleep-blue-light>
90. Rathakrishnan B., Wani MA, Yahaya SABA, Singh S., Manish BSMRK, Verma K. Ergenler arasında öz saygının, sosyal becerilerin ve öğrenme davranışının gelişimine yönelik sosyal ağ oluşturma faktörleri. *Uluslararası J. Son Teknoloji. Müh.* 2019; 7 :488–493. [[Google Akademik](#)]
91. Bikar SS, Rathakrishnan B., Kamaluddin MR, Che Mohd Nasir N., Mohd Nasir MA Afet Sonrası Sosyal Sürdürülebilirlik: Öğretmenler İlkokul Öğrencilerinin Ranau Depremi Zamanlarında Dayanıklı Olmasını Nasıl Sağlar? *Sürdürülebilirlik*. 2021; 13 :7308. doi: 10.3390/su13137308. [[CrossRef](#)] [[Google Akademik](#)]

92. Akıllı Telefon ve İnternet Oyun Bağımlılığının Üniversite Öğrencileri Arasında Yeme Tutumları Üzerine Etkileri. Örnek BY, Gündoğmuş İ. Psikiyatri Araştırmacısı. 2022 Ocak;19(1):1-8. doi: 10.30773/pi.2021.0230.Epub 2022 Ocak 7. PMID: 34986558
93. Noyan, C. O., Enez-Darçın, A., Nurmedov, S., Yılmaz, O. ve Dilbaz, N. (2015). Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 73-81.
94. Yücel Ağargün M, Kara H, Anlar Ö (1996) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 7:2
95. Savasir, I. ve Erol, N. (1989). Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
96. Kwon M., Kim DJ., Cho H., & Yang S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: development and validation of a short version for adolescents. *PloS One*. 8(12), e83558. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0083558>
97. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979; 9: 273-279
98. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd; Monk TH (1989) *Psychiatry Res*. 1989 May;28(2):193-213
99. Nikolic, A., Bukurov, B., Kocic, I., Vukovic, M., Ladjovic, N., Vrhovac, M., ... & Sipetic, S. (2023). Smartphone addiction, sleep quality, depression, anxiety, and stress among medical students. *Frontiers in Public Health*, 11
100. Sanusi, S. Y., Al-Batayneh, O. B., Khader, Y. S., & Saddki, N. (2022). The association of smartphone addiction, sleep quality and perceived stress amongst Jordanian dental students. *European Journal of Dental Education*, 26(1), 76-84.
101. Kim, H., & Pae, M. (2017). Lifestyle, dietary behavior and snack preference of upper-grade elementary school students in Cheongju according to the usage time of smartphones. *Korean Journal of Community Nutrition*, 22(1), 40-52.
102. 희숙임, & 순경김. (2018). Analysis of health habit and hair mineral nutrition status of media addicted adolescent. *Journal of Nutrition and Health*, 51(4), 295-306.
103. Lim, S. H., Kim, M. H., & Choi, M. K. (2016). Dietary life status according to smart device use of university students in Korea. *The Korean Journal of Food And Nutrition*, 29(3), 363-370.
104. Tayhan Kartal, F., & Yabancı Ayhan, N. (2021). Relationship between eating disorders and internet and smartphone addiction in college students. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 1853-1862.
105. Coban, D. A. (2019). Investigation of the relationship between smartphone addiction and overweight on university students.

106. AKINCI, T., OKUMUS, N., & Altay, M. (2023). The effects of smartphone addiction on sleep quality and obesity level in obese men. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 4(6), 656-662.
107. Lei, L. Y. C., Ismail, M. A. A., Mohammad, J. A. M., & Yusoff, M. S. B. (2020). The relationship of smartphone addiction with psychological distress and neuroticism among university medical students. *BMC psychology*, 8, 1-9.
108. Wan Ismail, W. S., Sim, S. T., Tan, K. A., Bahar, N., Ibrahim, N., Mahadevan, R., ... & Abdul Aziz, M. (2020). The relations of internet and smartphone addictions to depression, anxiety, stress, and suicidality among public university students in Klang Valley, Malaysia. *Perspectives in psychiatric care*, 56(4), 949-955.



10. EKLER

10.1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız
2. Cinsiyet Kadın () Erkek ()
3. Dönem (1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Medeni Durumunuz? Bekar () Evli () Boşanmış ()
5. Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()
6. Çocuğunuz varsa kaç tane?
7. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? Varsa nedir?
8. Herhangi bir ilaç tedavisi kullanıyor musunuz? Evet ise ne kullanıyorsunuz?
9. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? Varsa nedir?

10.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Form (ATBÖ-KF)

Noyan ve ark. 81

Ek 1. 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 planladığım işleri 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 hissederim.	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

Değerlendirme: 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. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir.

10.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)

Aşağıdaki sorular, SON 1 (BİR) AY İÇİNDEKİ uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak cevaplayınız.		
1	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	
2	Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?	
3	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	
4	Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	

GEÇEN AY aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?					
		Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
5a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
5b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
5c	Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.				
5d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				
5e	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.				
5f	Aşırı derecede üşüdünüz.				
5g	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.				
5h	Kötü rüyalar gördünüz.				
5i	Ağrı duyduunuz.				
5j	Diğer nedenler...				

		Geçen ay boyunca hiç yok	Haftada birden az	Haftada 1-2 kere	Haftada 3 veya daha çok
6	Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla uyku ilacı aldınız?				
7	Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?				
8	Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?				

		Çok iyi	Oldukça iyi	Oldukça kötü	Çok kötü
9	Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?				

10.4. Yeme Tutumu Testi

Hastanın Adı, Soyadı:		Tarih:
Hastanın Yaşı:	Değerlendirici:	
Hastanın Cinsiyeti: E ☐ K ☐	Eğitim:	
Boy:	Kilo:	
Baba Eğitim:	Baba Meslek:	
Anne Eğitim:	Anne Meslek:	

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "**f**" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "**a**" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima
b: Çok sık
c: Sık sık

d: Bazen
e: Nadiren
f: Hiçbir zaman



	a	b	c	d	e	f
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aklım fikrim yemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ailem fazla yememi bekler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Yemek yedikten sona kusarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Günde birkaç kere tartılırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Et yemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sabahları erken uyanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	a	b	c	d	e	f
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Adetlerim düzenlidir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Müshil kullanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Kabızlıktan yakınırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Perhiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

