

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON
BAĞIMLILIĞI DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI**

DR. YASİN SERİM
UZMANLIK TEZİ

İZMİR -2021

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON
BAĞIMLILIĞI DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI**

DR. YASİN SERİM
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. NİLGÜN ERDEM ÖZÇAKAR
YARDIMCI TEZ DANIŞMANI: ÖĞR. GÖR. UZM. DR. GİZEM LİMNİLİ

İçindekiler

TABLO LİSTESİ	i
ŞEKİL LİSTESİ	ii
KISALTMALAR	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
2 GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Akıllı Telefon Kullanımı ve Yaygınlığı	2
2.2 Akıllı Telefon Kullanımının Etkileri	2
2.3 Akıllı Telefon Bağımlılığı	4
2.4 Sağlığın Tanımı	6
2.5 Sağlığı Koruma	7
2.5.1 Birincil Koruma.....	7
2.5.2 İkincil Koruma	7
2.5.3 Üçüncül Koruma	8
2.5.4 Dördüncül Koruma	8
2.6 Sağlığın Geliştirilmesi	9
2.7 Sağlığın Korunması, Geliştirilmesi ve Aile Hekimliği	10
2.8 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	12
2.8.1 Sağlık Sorumluluğu	13
2.8.2 Fiziksel Aktivite	14
2.8.3 Beslenme	15
2.8.4 Manevi Gelişim (Kendini Gerçekleştirme)	16
2.8.5 Kişilerarası İlişkiler	17
2.8.6 Stres Yönetimi	18
3 GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1 Araştırmanın Uygulanması.....	20
3.2 Veri Toplama Araçları.....	21
3.3 Sosyodemografik Anket Formu	21
3.4 Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Form (ATBÖ-KF).....	21
3.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği -2 (SYBDÖ-2)	22
3.6 3.3. İstatistiksel Analizler	24
4 BULGULAR	25

5	TARTIşMA	51
6	SONUÇ VE ÖNERİ.....	59
7	KAYNAKLAR.....	60
7.1	EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği	69
7.2	EK 2: Anket Formu	70



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Öğrencilerin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2: Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Dağılımları

Tablo 3: Öğrencilerin Uyku ve Sağlık Durumlarıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4: Öğrencilerin AT Kullanımlarıyla İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı

Tablo 5: Öğrencilerin ATB Riskine Göre Dağılımı

Tablo 6: Öğrencilerin Cinsiyete Göre ATBÖ-KF Puan Ortalamaları

Tablo 7: Öğrencilerin Akıllı Telefon Bağımlılığı Riskinin Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 8: Öğrencilerin ATB Riskinin ATB, Sağlık Durumu ve Uyku Kalitesi Açısından Öznel Değerlendirmelerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 9: SYBDÖ-2 (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2) Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Ortalama Puanları

Tablo 10: Akıllı Telefon Bağımlılığı Riski ile SYBDÖ-2 Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 11: Cinsiyete Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 12: BKİ'ne Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 13: Sevgilisi Olma Durumuna Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 14: Sigara Kullanımına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 15: Alkol Kullanımına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 16: ATB Öznel Değerlendirmelerine Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 17: Gelir Durumuna Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 18: Öğrencilerin Kiminle Yaşadıklarına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 19: Öğrencilerin Sağlık Durumuna Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 20: Uyku Kalitesine Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 21: Uykusuzluk Şikayeti Varlığına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

Tablo 22: Akıllı Telefon Bağımlılığı Riski ile İlişkili Etmenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

SEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Beden kitle indeksi sınıflaması



KISALTMALAR

AT: Akıllı Telefon

ATB: Akıllı Telefon Bağımlılığı

ATBÖ: Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

ATBÖ-KF: Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form

BKİ: Beden Kitle İndeksi

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

TESEKKÜR

Tezimin en başından en sonuna kadar her aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen, profesyonel iş hayatındaki tavrı ve duruşuyla bizlere örnek olan, çalışma azmine her zaman gıpta ettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün Erdem Özçakar'a ve bu süre zarfında beni yalnız bırakmayıp desteklerini esirgemeyen yardımcı tez danışmanım Öğr. Gör. Uzm. Dr. Gizem Limnili' ye emeklerinden ve özverilerinden ötürü en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistanlık eğitimim süresince bakış açımı genişleten, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarıma ve bu süreci birlikte yaşadığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakarlıkları olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, desteklerini her daim üzerimde hissettiğim ve evlatları olmaktan gurur duyduğum canım annem Mürvet Serim ve canım babam Hayrullah Serim'e, biricik kardeşim İbrahim Serim'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla,

Dr. Yasin Serim

ÖZET

Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Dr. Yasin SERİM, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İZMİR

Kullanım alanının genişlemesi ile sadece bir iletişim aracı olmaktan çıkan akıllı telefonlar iş yaşamı, eğlence ve sosyal ilişkilerin bir parçası haline gelmiştir. Akıllı telefonlar günlük yaşamımızı kolaylaştırmakla birlikte, bağımlılık düzeyinde problemli kullanımı durumunda fiziksel, psikiyatrik sağlık sorunları ve bazı sosyal problemlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Üniversite dönemi akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli olmakla beraber sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve geliştirilmesi için de önemli bir süreçtir. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Kesitsel analitik tipteki çalışma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesindeki Denizcilik, Fen-Edebiyat, Hukuk, Mimarlık, Mühendislik, İşletme Fakültelerine kayıtlı öğrencilerden 911'i ile yüz yüze anket yöntemi uygulanarak Nisan-Mayıs 2019 tarihlerinde yapılmıştır. Kullanılan veri formu öğrencilerin sosyodemografik ve bazı özellikleri, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form (ATBÖ-KF) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 (SYBDÖ-2)'yi içermektedir. Elde edilen veriler, SPSS 22.0 programında ki-kare, t testi ile ANOVA testleri kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edildi.

Katılımcıların %34,1'i akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli bulunmuştur. Yapılan analizlerde kadın cinsiyet ($p=0,049$), sevgilinin olmaması ($p=0,042$), kendini akıllı telefon bağımlısı olarak görme ($p<0,001$), gün içinde uykusuzluk şikayetinin olması ($p<0,001$) ve uyku kalitesini kötü olarak değerlendirme ($p<0,001$) akıllı telefon bağımlılığı riski ile ilişkili bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı riski olanların, SYBDÖ-2 puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucu sadece kadın cinsiyet değişkeni istatistiksel anlamını yitirmiştir.

Akıllı telefon bağımlılığı ve sonuçları ile alakalı objektif veriler ve kesinleşmiş tanı kriterleri ile belirleyicileri ve nedenselliği araştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Akıllı telefon, bağımlılık, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

Level of Smartphone Addiction and Healthy Lifestyle Behaviors in University Students Dr. Yasin SERIM, Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, IZMIR

With the expansion of the area of use, smartphones, which cease to be just a means of communication, have become part of business, entertainment, and social relationships. While smartphones make our daily lives easier, it is thought that in case of problematic use at the level of addiction, it may be associated with physical, psychiatric health problems and some social problems. The university period is risky for smartphone addiction, but it is also an important process for the acquisition and development of healthy lifestyle behaviors. This study aimed to investigate the association between the level of smartphone addiction and healthy lifestyle behaviors in university students.

The cross-sectional analytical type study was conducted between April and May 2019 by applying a face-to-face survey method with 911 of the students enrolled in the Maritime, Science-Literature, Law, Architecture, Engineering, and Business Faculties of Izmir Dokuz Eylül University Tınaztepe Campus. The data form used includes the sociodemographic and some characteristics of the students, the Smartphone Addiction Scale- Short Form (ATBÖ-KF), and the Wellness Format Behaviors Scale-2 (SYBDÖ-2). The data obtained were evaluated using ANOVA tests with a-square, t-test in spss 22.0 program. P.05 was accepted for statistical significance.

34.1% of respondents perceived it risky for smartphone addiction. In the analysis, the lack of female sex ($p=0.049$), the absence of a lover ($p=0.042$), seeing yourself as a smartphone addict ($p<0.001$), having a complaint of insomnia during the day ($p.001$) and poor assessment of sleep quality ($p.001$) were associated with the risk of smartphone addiction. Those at risk of smartphone addiction, the averages of SYBDÖ-2 points were found to be statistically significantly lower. As a result of multivariate logistical regression analysis, only the female gender variable has lost its statistical meaning. More work is needed to investigate objective data and finalized diagnostic criteria and predictors and causality related to smartphone addiction and consequences.

Keywords: Smartphone, addiction, healthy lifestyle behaviors

1 GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Teknolojinin gelişmesi ile sadece mobil iletişim amacıyla kullanılan cep telefonlarının yerini internet erişimi ve kendi işletim sistemi olan akıllı telefonlar almıştır. Akıllı telefonlar işletim sistemleri ve uygulamalar sayesinde konuşmak ve mesajlaşmanın dışında, internete bağlanmak, film ve video izlemek, fotoğraf çekmek, GPS, çevrimiçi ve çevrimdışı oyun oynamak, müzik dinlemek, sosyal medyaya erişim, alışveriş yapmak ve bankacılık işlemleri gibi pek çok özelliğe sahiptir.

İşletim sistemlerinin gelişmesi, satıcılar arasındaki rekabet ve çok sayıda uygulama neticesinde kullanıcı sayıları artmış ve insanların iletişim, eğlence, bilgiye ulaşma ve günlük yaşamlarını planlamasında önemli bir unsur haline gelmiştir (1).

Akıllı telefonlar günlük yaşamımızı kolaylaştırmakla birlikte, problematik kullanımı durumunda fiziksel, ruhsal ve davranışsal bazı problemlere sebebiyet verip genel işlevselliği de etkilemektedir. Yapılan pek çok çalışmada problemlili telefon kullanımıyla düşük benlik saygısı, depresyon, stres ve anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (2).

Öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığının yürüyüş gibi fiziksel aktivite miktarını azaltarak fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Ayrıca sağlıkla ilgili fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak yağ kütlesinde artış ve kas kütlesinde azalma da bildirilmiştir (3).

Bunların yanında, dikkat dağınıcı özelliğinden ötürü evde, işyerinde, trafikte vb. yerlerde kazalara neden olduğu da rapor edilmektedir (4). Ayrıca, zaman öldürdüğü, iş performansını ve verimliliği olumsuz etkilediğini rapor eden çalışmalar da mevcuttur (5).

Akıllı telefon kullanımı genç, yaşlı, çocuk, çalışan, çalışmayan pek çok kullanıcı profilini içermektedir. Fakat akıllı telefon kullanıcı profiline bakıldığı zaman en büyük oranın genç nüfusa ait olduğu görülmektedir (6). Türkiye’de yapılan bir araştırmada üniversite öğrencilerinin cep telefonlarına günlük 5 saat ve üzeri zaman ayırdıkları bildirilmiştir (7).

Son yıllarda akıllı telefon bağımlılığı, ilişkili faktörler ve sonuçları açısından yapılan araştırma sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmada mobil teknolojilerin kullanımının özellikle arttığı, ayrıca alışkanlıkların davranışa dönüşmesinde önemli bir dönem olan üniversite dönemindeki genç erişkinlerde akıllı telefon bağımlılığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Akıllı Telefon Kullanımı ve Yaygınlığı

Akıllı cep telefonları sayesinde insanlarla sadece arama yapmak ya da mesajlaşarak iletişimde olmak yerine görüntülü konuşabilme, e-posta gönderebilme, alışveriş yapabilme ya da online olarak aynı anda birçok insanla iletişim kurabilme gibi imkanlara da kavuşmuşlardır. Aslında akıllı telefonların tüm bunları sağlayabiliyor olmasının esas sebebi internete bağlanabiliyor olmasıdır (8).

Her ne kadar her yaştan akıllı telefon kullanıcısı olsa da özellikle Y ve Z kuşağında yer alan bireyler akıllı telefonlardan en fazla istifade eden grup olmuştur. 1977-1994 arası doğanlar Y kuşağı olarak adlandırılırlar ve bu kuşakta yer alan bireyler teknolojiye yatkındır. 1995 sonrasında doğan Z kuşağı ise oldukça komplike ve teknolojik bir dünyanın içinde büyümektedirler (9).

TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri kullanım araştırması verilerine göre ülkemizde cep telefonunun hanede bulunma oranı 2004 yılında %53,7 iken 2019 itibariyle %98,7 olarak saptanmıştır (10).

Global web index verileri ile hazırlanan WE ARE SOCIAL' ın 2020 Ocak ayı itibariyle paylaştığı istatistiklere göre dünya nüfusunun %67'si telefon, %59'u internet, %49'u aktif sosyal medya(SM) kullanıcısıdır. Tüm bu kullanıcıların büyük çoğunluğunu ise genç erişkinler oluşturmaktadır. Aynı çalışmanın Türkiye istatistiklerine baktığımızda nüfusun %92'si yani yaklaşık 77 milyon telefon kullanıcısı vardır. Toplam nüfusun %74'ü internet, %64'ü aktif SM kullanıcısıdır. Türkiye'deki 16-64 yaş arası nüfus ortalama internette 7,5 saat, SM'de 3 saat harcamaktadır. İnternete erişim için hem Dünya hem Türkiye'de masaüstü ve taşınabilir bilgisayarların kullanımı azalırken akıllı telefon kullanımı artmaktadır. Türkiye'deki 54 milyon SM kullanıcısının %99'u bu platformlara akıllı telefonla erişim sağlamaktadır (11).

2.2 Akıllı Telefon Kullanımının Etkileri

Akıllı telefona bağlı psikolojik kazanımlar içinde, bağımsızlık ve otonomi hissi, sosyal ilişkilerin oluşturulması ve idamesi sayılabilir (12). İnsanlarla etkileşim sağlama, eğlence aktiviteleri, sağlıkla ilgili destekleyici işlevler de akıllı telefonun yararları arasındadır (13). Ayrıca internet aracılığıyla aktivizm faaliyetleri kolaylaşmakta ve gönüllülükle yapılan yardım organizasyonlarının yayılması hızlanmaktadır (14). Bunlara ek

olarak uygun sosyal ilişkileri sağlayamayan bireyler de etkileşim ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir (15).

Akıllı telefonun problemli kullanımına bağlı olumsuz etkiler içinde; mesleki ve akademik verimliliğin düşmesi, baş ağrısı–sırt ağrısı gibi fiziksel problemler, sosyal çekilme, anksiyete–uykusuzluk–depresyon–intihar fikirleri gibi psikolojik problemler, uyku düzeninin ve bilişsel işlevlerin etkilenmesi gibi sorunlar bildirilmiştir (13). Bunun yanı sıra problemli telefon kullanımının stres, özgüven düşüklüğü, sık duygusal dalgalanmalar, mobil hizmetlere erişilemediği zamanlarda sosyal izolasyona bağlı olarak ya da mesajların cevaplanmaması gibi durumlarda ihmal edildiğini düşünerek kaygı, uyku bozuklukları, gece telefonu kontrol etmek için uykunun bölünmesi, boyun ağrıları ve katılığı, başparmaklarda ağrı ve zayıflık, tenosinovit sıklığının artması, gözlerde kuruluk ve uzun süre ekrana bakmanın getirdiği diğer problemler görülebilmektedir. Kullanılmadığında dahi mobil telefondan yayılan mikrodalgaların radyasyon etkisi, bağımlılık geliştirme, ekonomik yük, nomofobi (telefonuna erişememe korkusu) ve günceli kaçırma korkusu gibi korkular, sanrılar, iştme ve dokunma varsanıları gibi durumlara yol açabildiği de belirtilmiştir (12).

Akıllı telefon kullanımının doğaya bağlı olma özelliğiyle ilişkisi incelendiğinde, problemli akıllı telefon kullanım ölçeğinde puanları 25. persentilden fazla olanların doğaya olan bağlılığında anlamlı ölçüde azalma görüldüğü izlenmiştir. Doğaya olan bağlılıktaki azalmanın, duygu düzenlemesini ve öz saygıyı olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür (12).

Cyberbully terimi olarak sosyal medya kullanımının yaygınlaşmasıyla hayatımıza giren siber zorbalık da olumsuz etkileri arasında sayılabilir; internet aracılığıyla insanların antisosyal davranışlarını ortaya koymalarında, sanal ortam çok daha rahat hareket etmelerine izin vermektedir (14).

Bütün bu yeniliklerin sağladığı kolaylıklara karşın akıllı cep telefonları çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Bilinçsiz kullanıldığında ciddi zararlara yol açmakta, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Bu sorunları genel olarak aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (16);

- İkide bir cep telefonunu kontrol isteği nedeniyle konsantrasyon bozukluğu (16),
- Sürekli ekrana bakma sebebiyle göz bozukluğu baş ağrısı gibi sorunlar (3),
- Mesajla haberleşme ve sosyal medya takibi yüzünden yüz yüze görüşmenin giderek azalması sonucunda asosyalleşme (17,18),

- Casus yazılımlar ile insanların özel hayatına müdahale edilebilmesi (19),
- Yanlış kişilerle tanışıp sağlıklı ve yasadışı ortamlara çekilmeye neden olabilmektedir (20),

2.3 Akıllı Telefon Bağımlılığı

Mobil telefon bağımlılığı ilk olarak 2005'te Bianchi ve Philips tarafından mobil telefonun problemli kullanımının ve psikolojik boyutlarının kişilik özellikleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi gündeme getirilmiştir. Bunun sonucunda Mobil Telefon Problemli Kullanım Ölçeği geliştirilmiş ve bu problemli davranışın ölçümünde kullanılmıştır. Ölçeğe tolerans, diğer sorunlardan kaçma, yoksunluk, aşırma, sosyal-ailevi-iş-finansal alanlarda olumsuz sonuçlarla karşılaşmayla ilgili maddeler dahil edilmiştir (21).

Günlük yaşamın bu denli içinde olan akıllı telefonların aşırı kullanımı ve etkileri ile ilgili özellikle adolesan ve genç erişkin yaş grubunda yapılan çalışmalar her geçen gün artmaktadır. Son dönemde akıllı telefon bağımlılığının yanı sıra bu sanal haberleşme araçlarından yoksun kalma durumunda ortaya çıkan huzursuzluk ve endişe olarak tanımlanan “nomofobi” gibi modern çağ patolojileri de araştırma konusu olmaya başlamıştır (22).

Akıllı telefonla birlikte gelen en büyük problem ise akıllı telefon bağımlılığı kavramıdır. Günlük yaşam ve kişiler arası ilişkilerdeki işlevselliği bozacak düzeydeki yineleyici davranışlar bağımlılık olarak nitelendirilebilir. Belli bir davranışla fazla uğraş, gerçek dünyadan uzaklaşıp keyif verici etkinliğe devam etmek, davranışların tekrarladıkça tolerans geliştirilmesi ve devamında ayrılan sürenin artırılması, engellendiği durumlarda huzursuzluk hissedilmesi gibi belirtiler varlığında davranışsal bir bağımlılıktan bahsedilebilir (19).

Davranışçı yaklaşıma göre akıllı telefonlar bireyde heyecan oluşturduğu ölçüde bağımlılık yapar. Bir davranışın sonucunda doyum varsa, ya da olumsuz bir durumdan bir davranışla uzaklaşabiliyorsa bu davranışların tekrarı kaçınılmaz olacaktır. Akıllı telefonlar da bu yolla bağımlılık geliştirirler (23).

Literatürde internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığı birer davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilmektedir. Griffiths (24), Young (25), Anderson (26) ve Shapira ve arkadaşları (27) internet bağımlılığını, Kuss ve Griffiths (28), Griffiths (29) ve van den Eijnden ve arkadaşları (30) sosyal medya bağımlılığını, Kwon ve

arkadaşları (17) ve Lin ve arkadaşları (31) da akıllı telefon bağımlılığını davranışsal bir bağımlılık olarak tanımlamaktadır.

Davranışsal bağımlılıklar kapsamında “Teknolojik Bağımlılıklar” terimini ilk olarak Griffiths 1995 yılında kullanmıştır. Çalışmasında bu terimi insan ve makine etkileşiminden doğan, insanın aktif veya pasif olarak katıldığı, tetikleyici ve pekiştiricilerin rol aldığı davranışsal bir bağımlılık olarak açıklamıştır (32).

Akıllı telefon bağımlılığı DSM-5’ te bir bozukluk olarak sınıflandırılmamaktadır. Fakat DSM-5 üçüncü bölümünde dijital bağımlılıklar “İnternette oyun Oynama Bozukluğu” adı altında tanımlanmıştır. İnternette oyun oynama bozukluğu tanısı koyabilmek için DSM-5 ‘te 9 madde sıralanmıştır:

1. Zihin meşguliyeti
2. Tolerans
3. Geri çekilme semptomları
4. Süreklilik/devamlılık
5. Yer değiştirme
6. Zararlarının bilinmesine rağmen aşırı kullanıma devam etme
7. Yalan söyleme
8. Kaçış
9. Çatışma/kayıp

Son bir yılda beş veya daha fazla kriterin gözlenmesi, internette oyun oynama bozukluğuna işaret etmektedir (33). Ayrıca ilk defa DSM-5 te internet bağımlılığından söz edilmesi sonraki güncellemelerde teknolojik bağımlılıkların yer alabileceği düşündürmektedir. Akıllı telefon bağımlılığından önce çalışmalara konu olan internet bağımlılığı kavramı ve problemli internet kullanımı için tanı ölçütleri geliştirme çalışmaları yapılmıştır (34,35). Kwon ve arkadaşları, bu çalışmalardan biri olan Young’un internet bağımlılığı ölçeğini kullanarak 2013 yılında mobil bağımlılık ölçeğini geliştirmişlerdir. Mobil bağımlılığın; tolerans, çekilme, günlük yaşam bozukluğu, sanal ilişkiler, aşırı kullanım ve olumlu beklenti olmak üzere 6 faktör ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir (17).

Tayvan’da yapılan bir çalışmada, akıllı telefon kullanıcısı gençlerin %36’sında yoksunluk, %30’unda tolerans, %27’sinde niyetlenenden daha uzun süre kullanma,

%18'inde başarısız olan kullanımı azaltma girişimleri, %10'unda yakın ilişkilerde bozulma gibi bağımlılığın tüm tanı ölçütlerinin karşılandığı gösterilmiştir (36).

Davranışsal bağımlılıklar için riskli olan adolesan ve genç erişkin popülasyonda tanı ölçütlerini belirlemek, yordalayıcıları ve fiziksel, psikososyal sonuçlarını anlayabilmek adına daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

2.4 Sağlık Tanımı

Sağlık yıllar içinde çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Larson'a göre sağlık, tanımlanması oldukça zor ve karmaşık kavramlardan biridir. Bu kavramın tanımlanması, tartışılmakta olduğu tarihsel döneme ve kültüre bağlı değişiklik gösterebilmektedir. Son 150 yılda, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın kişilerin, "yaşamlarını sürdürebilmelerinden", "hasta olmamalarına", "günlük aktivitelerini yerine getirebilmelerinden", "mutluluk duygusuna sahip olmalarına" ve "iyilik halinin sağlanmasına" varıncaya kadar birçok farklı şekilde tanımlanmasına neden olmuştur (37).

Bircher'e göre sağlık yaş, kültür ve kişisel sorumluluk ile orantılı yaşam ihtiyaçlarına cevap veren fiziksel, zihinsel ve sosyal bir potansiyel ile karakterize dinamik bir iyilik halidir (38).

Terris'e göreyse sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haliyle, işlevsel yeteneğe sahip olunmasıdır (39).

Bowling'e göre ise, "stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla bütünleşebilme, yüksek moral, hayattan duyulan memnuniyet ve psikolojik iyilik, fiziksel uygunluk ve sağlık " şeklinde tanımlanmıştır (40). Slee ve ark.'ları ise sağlığın genel olarak "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" şeklinde tanımlandığını ve "günlük hayatın kaynağı" olarak görüldüğünü belirtmektedirler (41).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bireylerin fiziksel, ruhsal ve psikolojik yönden tam iyilik hali" olarak tanımlanmıştır ve bu tanım günümüzde de kabul görmektedir (42).

Sağlık ve hastalığa dair yakın zamandaki çalışmalarda sağlık bilimciler tarafından geliştirilen Biyomedikal Model'de hücre doku organ ve sistemlerin dengede bulunduğu duruma sağlıklı olma hali ve bu denge bozulduğunda ise hastalık ya da bir tıbbi duruma gidiş ifadeleri kullanılmıştır (43). Yirminci yüzyılın ortalarında Biyomedikal Model yerini

Biyopsikososyal Model'e bırakmıştır. Bu model sağlık ve hastalığın toplum tarafından sosyokültürel olarak oluşturulduğunu benimseyen bireyin biyolojik, sosyolojik ve psikolojik yönlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşımdır (44).

2.5 Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma denilince akla doktor ve hastaneler gelirken zamanla bu algı değişerek insanların sağlığının yaşam tarzlarına bağlı olduğu kavranmaya başlanmıştır (45). Hastalık oluşmadan yaşam tarzı değişikliği, uygun taramalarla hastalığı erken dönemde yakalayıp komplikasyonların gelişmesini önlemek gibi eylemlerin tümü hastalıktan korunma olarak isimlendirilebilir (46).

Sağlığın korunması ise kişisel önlemlerin aksatılmaması ve çevresel şartların iyileştirilmesi ile sağlanabilir. Leavel ve Clark 1965'te, sağlığı koruma düzeylerini; birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üç sınıfa ayırmıştır (30). Dördüncül korumadan ilk kez Marc Jamouille söz etmiştir ve bu terim 2003 yılında ilk defa WONCA Aile Hekimliği sözlüğünde yer almıştır (47,48).

2.5.1 Birincil Koruma

Birincil koruma hastalık, yaralanma ve sakatlık gelişmeden risklere yönelik yapılan müdahalelerdir. Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Patolojik belirtiler ortaya çıkmadan önce kişilere ve topluma yönelik alınan önlemlerdir (49). Birincil korumaya yönelik önlemler; sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, egzersiz, stres yönetimi, beslenme, genetik ve aile danışmanlık hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, bağışıklama, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, kişisel hijyen önlemlerinin alınması, tehlikeli durumlara ve yaralanmalara karşı eğitimler, sigara ve alkol kullanmamaya yönelik önlemler şeklinde tanımlanabilmektedir. Ayrıca temiz su, sağlıklı konut ve çevresel uygunluk, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi ve hava kalitesinin kontrolü, vektörlerle mücadele, sağlığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik koşulların düzeltilmesi de birincil koruma uygulamalarındandır (49,50).

2.5.2 İkincil Koruma

Hastalığın süresini, şiddetini azaltan ve sekel gelişmeden önce erken tanı ve acil tedaviyi kapsayan girişimleri ifade etmektedir (51). Hastalık ciddi boyutlara ulaşmadan bireyin mümkün olan en erken dönemde eski sağlıklı haline dönmesini amaçlar. Bu anlamda görüntüleme ve tarama programları, toplumun değerlendirilmesi, olguları bulmaya

yönelik çalışmalar, rutin mental ve fiziksel testler ve erken tedavi yöntemleri ikincil koruma kapsamındadır (50). Meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama programları, diyaresi olan bebeklere ORS dağıtılması, riskli gruplarda tüberkülin testi yapılması, gestasyonel diyabet için gebelere prenatal tarama testlerinin yapılması gibi periyodik muayeneler, tarama testleri ve tedavi sekonder korumaya yönelik çalışmalardır (49).

2.5.3 Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma, yeti yitiminin sınırlandırılması, hastalık, sakatlık ve yaralanmalarının rehabilitasyonunu amaçlayan, kronik ve irreversible hastalıklarda fonksiyon kayıplarının iyileştirilmesi gibi müdahaleleri içermektedir. Diyabetik hastalarda kan şekerinin kontrolü, astımlı hastalarda antiinflamatuvar tedavi üçüncül korumaya örnek olarak gösterilebilir. Ayrıca üçüncül koruma bireyin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen hastalığının, sakatlık ve rahatsızlığının olumsuz etkilerini gidermenin yanında çevresine adaptasyonu ile beraber sosyal uyumunu da sağlayacak ve geliştirecek farklı sosyal destek projeleri gibi önlemleri de kapsamaktadır (49,51).

2.5.4 Dördüncül Koruma

Dördüncül koruma 15. WONCA Avrupa Konferansında değerlendirilmiştir. Burada dördüncül koruma, ruhsal bir rahatsızlıkla başvuran hastaya gereksiz tetkikler yapılmasından, yaşlı hastalara uygulanan tedavilerin ne derece faydalı olduğu araştırılmadan uygulanması sebebiyle ortaya çıkan gereksiz tedaviden ve çevreden duyduğu ve korkulan durumdan ötürü yalnızca endişesini ortadan kaldırmak amacıyla yapılan tetkiklerden hastayı koruma şeklinde açıklanmıştır (52,53). 2003 yılında yayınlanan WONCA aile hekimleri sözlüğünde dördüncül koruma aşırı medikalizasyon tehlikesindeki hastayı ve toplumu belirlemek, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemler şeklinde tanımlanmıştır (54).

Dördüncül koruma kişilere sağlık karmaşası içinde kılavuzluk ederken, aile hekimliğinin yapıtaşlarından olan savunuculuk ilkesiyle de benzerlik göstermektedir. Bu sayede kişilerin fazladan tarama, test ve tedavilerden korunması hedeflenmektedir (55).

Sağlık sisteminin ilk başvuru yeri birinci basamak hekimidir. Bu bağlamda aile hekimliği kendi birimine kayıtlı kişiler ile devamlı iletişim halindedir. Bu yüzden de koruyucu sağlık hizmetlerini en temel görevlerinden biri sayan tıp disiplini dir. Sağlığın güçlendirilmesi, topluma koruyucu sağlık hizmetleri verme görevleri kapsamında aşılama,

tarama ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi de aile hekimlerinin temel görevlerindendir (53).

Aile hekimlerinin koruyucu önlem çalışmalarını yapabilmesi için kullanılan tarama testleri, aşılar, diyabet ve koroner kalp hastalığı gibi rahatsızlıklara yönelik tedavi için gerekli bilgi ve beceriyi bilmesi yanında bunları uygulamaya yansıtması gerekmektedir. Soruna yönelik çözümde gereken yerde reçete etmek, eğitim ve danışmanlık konusunda bireye destek sağlamak gibi çalışmalar da aile hekimlerinin temel görevleri arasında sayılmaktadır (29).

2.6 Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi; sağlıklı yaşam tarzına sahip olunmasını amaçlayan, sağlığı koruyan hizmetleri destekleyen sosyal ve tıbbi müdahaleleri de kapsayan bir disiplin olmakla beraber, kişilerin sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda etkin duruma getirecek bir süreçtir (56).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı geliştirme tanımı ise, insanların kendi kontrollerini geliştirmesi için, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlamasıdır. Sağlığı geliştirme uygulamaları sağlık politikalarını, uygun çevre yaratmayı ve sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırmayı da kapsamaktadır (57).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde ortak hareketi belirlemek amacıyla, dünyanın birçok yerinde, çeşitli örgütler tarafından çok uluslu konferanslar düzenlenmiş, hedefler ortaya koyulmuş, bu konuda birçok bildirge yayınlanmıştır (58; 59). İlk olarak 1986 yılında, Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi düzenlenmiş; sağlıkta temel stratejilerin belirlenmesi, hakkaniyetin sağlanması, sağlığa yönelik ön koşulların sağlık sektörü de dahil olmak üzere toplumun her kesiminin katılımı ile sağlanması gerektiği belirtilmiştir (60). Aynı zamanda bildirmede, 2000 yılı ve sonrasında 'Herkes için Sağlık' sloganına ulaşma faaliyetlerinin koşulları üstünde durulmuştur . 1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde, 2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı düzenlenmiş, 'Sağlıklı Halk Politikası' stratejileri belirlenmiştir (61). 21. Yüzyılda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik eylemler, Jakarta Bildirgesi'ne konu olmuş ve ilk kez özel sektör de dahil edilmiştir (62). Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Konferansı ile dünyadaki bütün insanların, çevrelerini de sağlığı destekleyici hale getirmede aktif rol alması gerektiği kabul edilmiştir (62). 2005 yılında Bangkok'ta toplanan 6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda ise sağlığın geliştirilmesi için dört temel husus belirlenmiştir:

- Küresel gelişim gündeminin merkezinde yer almalı,
- Sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin esas yükümlülüğü haline gelmeli,
- Sağlığın geliştirilmesi sivil toplumların ve toplulukların odak noktası olmalı,
- Müşterek uygulamaları gerekli kılmalıdır (62).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın hedeflerini gösteren 2010-2014 Stratejik Planı'nda halkın sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla ilk stratejik amaç 'Toplumu sağlığa yönelik risklerden korumak' olarak yer almış, bu amacın ilk alt hedefi 'Bireyin sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak' olarak belirlenmiştir. Bu amaca yönelik olarak, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ve oluşabilecek risklerin belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, işgücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması için sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması kapsamında Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı kurulmuştur (63).

2.7 Sağlığın Korunması, Geliştirilmesi ve Aile Hekimliği

Birinci basamak, en sık başvuru yapılan sağlık hizmeti basamağı olup sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemi yadsınamaz konumdadır (64).

Aile hekimleri; bireylere aileleri, toplumları, kültürleri bağlamında ve sürekli kapsamlı sağlık hizmeti sunarken hem aile hekimliği disiplininin temel özellikleri gereği hem de bu bireylerle sık, yakın ve uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanı olmaları nedeniyle sağlığı koruma ve geliştirmede en uygun konumda olan hekimlerdir. Hastanın sağlık bakımını planlarken, hasta ve yakınlarıyla kurduğu ilişki, hastanın özgeçmişi, kişilik yapısı, korku ve beklentileri ile ilgili bilgi sahibi olması sebebiyle tüm tıp disiplinleri içinde en uygun kişilerdir (65). Ayrıca aile hekimlerinin, bireyleri sağlıklı tutma ve sağlık durumlarını iyileştirme sorumluluğunun yanı sıra, onların zarar görmesini engellemek için 'hasta savunuculuğu' görevleri de vardır (48).

Bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları hakkında danışmanlık yapan hekimler, sağlık davranışlarını pozitif yönde etkileyebilirler (66). Aile hekimi, kendisine kayıtlı her hastaya olumlu yaşam tarzı değişikliklerini önerir ve destek olur; periyodik sağlık muayenelerini yaparak sağlığı geliştirir, erken tanı ve tedavi sağlar (67,68). Bu nedenle, aile

hekimlerinin bu konudaki bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını değerlendirmeleri ve gereksinimlerini belirleyerek tamamlamaları büyük önem arz etmektedir (69).

Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimini tamamladığında bu konuda yeterlilik kazanabilmek için, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'nin (American Academy of Family Physicians-AAFP) eğitim programı kılavuz olarak kullanabilir. Amerika Aile Hekimleri Akademisi'nin önerdiği eğitim programına göre sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi konusunda uzmanlık eğitimi tamamlandığında kazanılması amaçlanan yeterlilikler şu şekildedir (70).

- Koruyucu sağlık hizmetlerini hizmet sağlayıcılar, kuruluşlar ve devlet kurumları arasında koordine edebilmelidir. (Sistem Temelli Uygulama)
- Risk faktörlerinin azaltılması, tarama ve hastalıklardan korunma ile ilgili öneriler konusunda hasta ve hasta ailesi ile etkili ve sevecen bir iletişim kurabilmelidir. (Kişiler arası ve İletişim Becerileri)
- Her yaşta hastalar için sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konusunda güncel, kanıt-temelli örgütsel kaynaklar ve önerileri belirleyebilmeli ve onlara erişebilmelidir (Uygulama Temelli Öğrenme ve Gelişim, Hasta Bakımı)
- Sağlıklı bir yaşam tarzı ile örnek oluşturarak önleyici sağlık ilkelerini benimseyebilmelidir (Profesyonizm, Kişiler arası ve İletişim Becerileri)
- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirme ve hastalıkları önlemeye dikkat ederek detaylı öykü ve fizik muayene gerçekleştirebilmelidir (Hasta Bakımı)
- Tarama anımsatıcılarına yönelik olarak poliklinik ortamında hastayı hatırlama amacına yönelik bir sistem kurmalı veya var olan sistemi kullanabilmelidir (Sistem Temelli Uygulama)
- Mevcut sağlık hizmeti sunum sisteminde hastaları savunmalı ve sağlığın korunması ile hastalığın önlenmesini geliştirmek amacıyla sürekli olarak çaba gösterebilmelidir (Profesyonellik, Hasta Bakımı, Sistem Temelli Uygulama)
- Kalite, güvenlik ve herkes için erişime odaklanmış kapsamlı, koordine edilmiş ve sürekli bakımın olduğu hasta temelli birinci basamak kavramına bağlılık gösterebilmelidir (Sistem Temelli Uygulama, Profesyonellik)

- Sağlığı geliştirme ve ikincil koruma aracı olarak, kronik hastalık tedavi planlarını harekete geçirebilmeli, takip edebilmeli, hastalara ve diğer ekip üyelerine aktarabilmelidir (Hasta Bakımı, Sistem Temelli Uygulama)
- Hastayı önemli ilişkiler bağlamında değerlendiren ve aile sistemleri odaklı bir hasta bakım yaklaşımı sergileyebilmelidir (Hasta Bakımı, Sistem Temelli Uygulama)

2.8 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin kendi iyilik seviyelerini koruyup yükseltmesine hizmet eden davranışlar bütünü olarak tanımlanabilir (71). Walker, Sechrist ve Pender, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını (SYBD) “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamışlardır (72).

Başka bir tanıma göre de sağlıklı yaşam biçimi kişinin sağlığıyla alakalı konularda davranışlarının kontrolü ve günlük aktivitelerini düzenlerken kendi mevcut statüsüne uygun olarak davranması şeklinde tanımlanmıştır (73).

Dünya Sağlık Raporu’na göre, dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık yarısından 20 temel risk etmeni sorumludur. Bütün dünyadaki ölümlerin üçte birinden ise bu risk etmenlerinden ilk 10’u sorumlu tutulmaktadır. Bu risk etmenlerinin birçoğu yüksek gelirli ülkelerde yaygındır. Buna karşın, yol açtıkları toplam küresel hastalık yükünün yarısından fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Risklerin azaltılması ve sağlığın geliştirilmesi, yalnızca ölümlerin ve sakatlıkların önlenmesine katkı sağlamayacak, aynı zamanda hükümetlerin ve toplumun katılımının sağlandığı bir ortam yaratarak sosyal değerlerinin güçlenmesine de destek olacaktır. Sağlığın geliştirilmesi için hastalık nedenlerinin ve risk etmenlerinin bilinmesi ve tanınması önem arz etmektedir. Dünya Sağlık Raporu’na göre riskin %25 azaltılması, tüm dünyadaki hastalık yükünün büyük ölçüde azalmasını sağlayacaktır (74). Yirminci yüzyılın ortalarına kadar insanlarda toplu ölümlere yol açan tifo, kolera gibi salgın hastalıkların günümüzde yerini hipertansiyon, obezite, diyabet, kalp hastalıkları, AIDS gibi hastalıkların aldığı görülmektedir. Bu hastalıklardan korunmak için topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretilmesi ve bu davranışların geliştirilmesi gerekmektedir (75).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sadece herhangi bir hastalığı önlemeyi hedef almayıp, aynı zamanda yaşamı boyunca bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu da geliştirmeyi amaçlamaktadır (76). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim (kendini gerçekleştirme), sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi başlıklarını içermektedir (77). Bu başlıklar birbirleriyle yakından bağlantılı olup birinin eksikliği diğerlerini de olumsuz yönde etkileyecektir.

Pender, sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarını gösteren bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin bireyin sağlık sorumluluğu almasını, düzenli egzersiz yapmayı, yeterli ve dengeli beslenmeyi, kişilerarası ilişkileri ve desteği ve stres yönetimini kapsamaktadır (78).

2.8.1 Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamını taşımaktadır. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne seviyede katkı verdiğini gösteren bir belirleyicidir (79).

Bireylerin sağlık sorumluluklarını alabilmeleri sağlığı geliştirmede önem taşır. Ayrıca bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini idrak etmesini sağlar. Bunun sonucunda riskli sağlık davranışlarından (sigara içmek, madde kullanımı, riskli seksüel deneyimler vb.) uzak durmasına yardımcı olur (80).

Sağlık sorumluluğu kavramı, bireyin sağlık konusundaki hassasiyetlerine temas etmekle birlikte sağlığına hangi düzeyde özen gösterdiği ve katılım sağlanabildiğini tespit eder. Kişilerin sağlıkları ile ilgili alabileceği sağlık sorumluluk düzeyleri ise:

- Yeni bilgilere açık olması,
- Yapılan çalışmaları düzenli olarak takip etmesi,
- Sağlıkla ilgili konularda bilgi birikimini arttırması,
- Kendini izlemesi, iyi olduğunu hissetmesi gibi tutum ve davranışlar,
- Kendi durumunu iyi bilmesi ve olağandışı bir durumda sağlık kuruluşuna başvurması kişinin sağlığına önem verdiğini gösterir (81).

Toplumdaki kişiler kendi sağlıklarının sorumluluklarını alabilirlerse, yaşam tarzında yapılan uygulamalar çağımızın karşılaştığı birçok sağlık sorununu önleyebilir. Sonuç olarak kişinin sahip olduğu iyilik hali gelişir ve toplumun sağlık seviyesi artar (82).

2.8.2 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, kas ve eklemlerin kullanılarak enerji tüketimiyle gerçekleşen herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite, bireylerin bedensel ve ruhsal ve sosyal gelişimini sağlayan temel araçlardandır (83). Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının kasılmasıyla üretilen, bazal düzeyin üzerinde enerji harcamayı gerektiren bedensel hareketlerdir. Egzersiz ise, fizik aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilip planlı yapılandırılmış, istemli, fiziksel uygunluğun bir ya da birkaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan sürekli aktivitelerdir. Başka bir tanımla; fiziksel uygunluğu iyileştirmek ya da korumak için düzenlen planlı, sistemli ve tekrarlı bedensel hareketler ya da fiziksel aktivite formudur (84).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, vücutta enerji dengesi sağlanması ve bireyin kilosunu kontrol etmesinde en önemli etmenlerden biridir. Her yıl küresel ölümlerin %6'sı yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Yetersiz fiziksel aktivite, dünyada meydana gelen ölümlerde etkili olan başlıca risk faktörleri arasında 4. sıradadır. Diyet, fiziksel aktivite ve sağlıkla ilgili tüm üye devletler kendi nüfuslarında fiziksel aktiviteyi destekleyici stratejiler üzerinde çalışmaktadır (85).

Fiziksel inaktivite, yüksek kan basıncı, kan şekeri ve obezite gibi kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi her 10 ölümün 6'sının nedeni olan bulaşıcı olmayan hastalıkların temelinde rol almaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inde, diyabetin %27'si ve iskemik kalp hastalığının %30'nda hastalık yükünü fiziksel inaktivitenin neden olduğu tahmin edilmektedir. Haftanın çoğu günü en az 30 dakika orta düzeyde fiziksel egzersiz yapmanın önemli sağlık yararları olduğu ve aktif bir yaşam tarzı için yeterli olduğu kabul edilmektedir (86). Yeterli fiziksel aktiviteyle koroner kalp hastalığı, kardiyovasküler hastalık, inme, hipertansiyon, diyabet, obezite, kas iskelet sistemi hastalıkları, osteoporoz, meme, endometrium, akciğer, kolon ve prostat kanserleri ile depresyon gibi pek çok hastalık için yarar sağlanabileceği düşünülmektedir (85,87).

2.8.3 Beslenme

Beslenme; vücut fonksiyonlarının yerine getirilmesi ve yaşamın sağlıklı, mutlu bir şekilde sürdürülebilmesi amacıyla vücudun, aldığımız gıdalardan yararlanması olarak tanımlanabilir (88). Uluslararası insan hakları belgelerinde beslenme bir hak olarak ifade edilmektedir ve bir ülkenin beslenme durumu ile refah düzeyi arasında paralellik olduğu kabul edilmektedir. Toplumun ve bireylerin sağlıklı, güçlü olmasında, ekonomik ve sosyal olarak gelişmesinde ve refah düzeyinin artmasında dengeli ve yeterli beslenme temel koşullardandır (89).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen beden kitle indeksi, kolay ulaşılabilen, cinsiyet ayrımı yapılmadan, tüm bireylere uygulanabilen, en yaygın ve geçerli standart bir boy-ağırlık indeksidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de kabul ettiği, BKİ değerlerine göre bireyler; zayıf, normal, fazla kilolu, obez olarak sınıflandırıldığı gibi obezlerde kendi aralarında sınıflara ayrılabilir. Buna göre BKİ'nin 18,5 kg/m²'nin altındaki değerleri zayıf, 18,5-24,9 kg/m² arasındaki değerleri normal, BKİ'nin 25-29,9 kg/m² arasındaki değerleri fazla kilolu 30 kg/m² ve üzerinde olması obezite olarak tanımlanmaktadır. BKİ fazla kilolu olma ve obeziteyi belirlemede en yaygın olarak kullanılan yöntemdir (90).

BKİ'nin Şekil 1.'de görülen zayıf, normal, fazla kilolu, obezite gibi kavram tanımları WHO'ya göre tanımlanmış olup araştırmamız boyunca bu değerler üzerinden değerlendirilecektir.

Gruplar	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,5 – 24,99
Fazla kilolu	25,00 – 29,99
Obez	≥30,00
Hafif Obez	30,00 – 34,99
Orta Derecede Obez	35,00 – 39,99
Morbid Obez	40,00 – 49,99
Süper Obez	≥50,00

Şekil 1. Beden kitle indeksi sınıflaması

Dünya genelinde büyüme ve gelişmeyi, zeka ve beden gelişimini olumsuz etkileyen beslenme yetersizliğinin yanında günümüzün en önemli beslenme sorunları içinde görülen obezite gıdaların aşırı ve dengesiz tüketimi sonunda gelişebilen bir durumdur. Sanayi devrinin ve teknolojinin getirdiği yeni yaşam tarzları, insanoğlunu hareketsiz bir yaşama sürüklemiş, aşırı ve dengesiz beslenmeyle ortaya çıkan obezitenin neden olduğu pek çok kronik hastalığın da temelini oluşturmuştur. Öyle ki pek çok ülkede fazla kilolu ve obezite prevalansı %50'yi geçmekte olup ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (91). Ülkemizde de yapılmış TURDEP-I çalışmasında obezite prevalansının %22,3 düzeylerinde olduğunu bildirilmiştir ve 12 yıl sonra yapılan TURDEP II çalışmasında ise obezite prevalansı %35,9 olarak bulunmuştur (92,93).

Kültürel çevreden, yaşanan toplumdan, geleneklerden olduğu kadar fiziksel çevreden, ekonomik ve sosyal faktörlerden de etkilenen beslenme alışkanlıkları obezitenin yanı sıra, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, diyabet, osteoporoz, demir yetersizliği anemisi, malnütrisyon ve raşitizm gibi pek çok hastalığın yanı sıra mide, kolorektal, karaciğer, pankreas, akciğer, meme ve prostat kanserleri gibi daha pek çok kanserin de temelinde rol almaktadır (94). Ayrıca bu gibi hastalıklardan korunmanın yanında, hastalıkların tedavisi ve regülasyonunda geliştirilecek olan sağlıklı beslenme davranışları yaşam kalitesini artıran önemli bir faktördür (95).

Sağlıklı beslenme için; günde en az üç öğün besin tüketilmesi ve öğünlerin atlanılmaması, düzenli olarak kahvaltının yapılması, değişik tür besinlerden gerekli miktarlarda tüketilmesi, yiyeceklerin yavaş ve iyi çiğnenmesi önerilmektedir. Bununla birlikte günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerden uzak durulması, katı yağların yerine sıvı yağların tercih edilmesi, günlük şeker ve tuz tüketiminin azaltılması, posalı yiyecek tüketiminin artırılması, günde en az 5 porsiyon sebze ya da meyve ve bol su tüketilmesi de öneriler arasındadır. (96,97).

2.8.4 Manevi Gelişim (Kendini Gerçekleştirme)

Maneviyat, anlam bulma, kendini kabul etme, kişinin benliğini ve başkaları arasındaki ve bireyin benliği ve evren arasındaki ilişkilerin kabul edilmesini kapsar. Her ne kadar maneviyat ve din sıklıkla birbirinin yerine geçebilse de, iki kavram arasında önemli farklılıklar vardır. Maneviyat, dini pratikten çok daha kapsamlıdır, ancak dini uygulamaları içerebilir. İnsanlar dini uygulamaları yerine getirirse ya da getirmese de, tüm insanların

manevi bir boyutu vardır. Manevi boyut bireyin yaşam, sağlık, hastalık, üzüntü, acı ve ölümün anlamını bulmasını sağlar (98).

Yapılan araştırmaların büyük bir bölümü tinsellik/inanç ile fiziksel ve mental sağlık sonuçları arasında ilişki kurmuştur. Araştırmalar, kişinin inançlarının sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini pozitif olarak etkileyebildiğini göstermiştir (99).

Tinsellik, kişinin ve varoluşunun da ilerisindeki güçtür. Hem bedensel boyutu kapsayan hem de bu durumun ötesindeki bireysel farkındalıktır. Manevi gelişim kişinin yaşam amaçlarını, kişisel olarak kendini gerçekleştirme kabiliyetini ve kendini ne kadar bildiğini ve tatmin edebildiğini belirler (100). Manevi gelişimin bu çok boyutlu yapısı 5 önerme ile incelenebilir (101) :

- 1- Manevi gelişim kimlik gelişimi açısından, kişinin kendi gerçekliğini, bütünlüğünü ve özgünlüğünü arayış sürecini içerir.
- 2- Manevi gelişim, kişinin kendi merkezini aşma sürecini içerir.
- 3- Manevi gelişim, ilişkiler ve toplumla birlik olma yoluyla kendisi ve diğer insanlarla daha büyük bir ilişki geliştirmeyi içerir.
- 4- Manevi gelişim, kişinin hayatına anlam, amaç ve yön sağlamayı içerir.
- 5- Manevi gelişim, soyut ve her yöne yayılan bir güce ya da insanın varoluşuna ve rasyonel bilme halinin ötesinde bir özle bağlantı kurmaya yönelik artan bir açıklık halini içerir.

Bazı çalışmaların gösterdiği üzere manevi gelişim ile hem bedensel hem de ruhsal sağlık durumu arasında bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalarda kişilerin manevi durumunun sağlıklarını pozitif yönde etkilediği gösterilmiştir. Bireylerin fiziksel anlamda iyi olması yanında manevi anlamda da kuvvetli olması sağlığın geliştirilmesini destekler (45).

Hekimlerin de hastalarının maneviyatını anlaması; hastanın hastalığını nasıl algıladığı ve sağlık hizmeti ve tedavisi hakkındaki kararlarını nasıl aldığı konusunda hekime fikir vererek verilen sağlık hizmetinin daha bütüncül şekilde verilmesine yardımcı olmaktadır (102).

2.8.5 Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler; bireyin kendini tanımasını, kabul etmesini, diğer kişilerden aldığı geribildirimlerle güçlü ve zayıf yönlerini belirlemesini ve yaşamını zenginleştirmesini sağlamaktadır (103). Chen, kişilerarası destek davranışlarını; yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurup devam ettirmek, başkalarına

karşı sevgi ve sıcakkanlı davranışlar sergilemek ve onlara karşı içten olmak, kendine yakın arkadaşlarına ve ailelerine dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını ve endişelerini yakın arkadaşları ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak tanımlamıştır (104).

Bireyler yaşamlarının herhangi bir döneminde hastalık, boşanma, ölüm, ekonomik kayıp gibi çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bu dönemde bireyin çevresiyle kurduğu iletişim ve çevresinden aldığı destek oldukça önemlidir.

Destek veren bireylerin karşılık beklemeden, güven veren bir tutumla iletişim kurup karşındakine yardım etmesi, sorun yaşayan bireyin baş etmesine katkıda bulunmaktadır. Çevresinin desteğini alan bireyin sorunlarla başa çıkması kolaylaşmakta ve böylece sorun yaşayan bireyin yaşam kalitesi artmaktadır (105).

2.8.6 Stres Yönetimi

Stresin ilk ve en genel tanımı; bedenin herhangi bir talebe karşı özgün olmayan bir cevabıdır (106). Stres, bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsuz bir davranış olup bireyin üzerinde psikolojik veya fiziksel aşırı baskı yaratan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansması sonucu ortaya çıkmaktadır (107). Stresle başa çıkma tarzları da, ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynamaktadır. Bazı davranış tarzları, bireyi stresli yaşam olaylarından uzak tutmakta, bazılarıysa ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını artırmaktadır (108).

Stresin baş ağrısı, uyku bozukluğu, kas-eklem ağrıları, tansiyon değişikliği, yeme bozukluğu, yorgunluk gibi fiziksel belirtileri, kaygı ve endişe bozukluğu, depresyon, sinirlilik, saldırganlık, tükenmişlik gibi duygusal belirtileri, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, hafızada zayıflık, iş veriminde düşüklük gibi zihinsel belirtileri ve güvensizlik, içine kapanma, sosyal izolasyon, hatayı başkasına yükleme, alkol ve sigara kullanma gibi sosyal ve davranışsal birçok belirtisi olabilmektedir (109-112).

Stresle başa çıkma; stresin neden olduğu bedensel, psikolojik ve sosyal aşırı uyarılma halini ve bunu belirleyen etkenleri azaltmaya, yok etmeye ya da uzaklaştırmaya yönelik dışsal ve içsel tepkileri ya da bunlar arasındaki çatışmaları denetim altına almaya odaklı, bireyin kaynaklarını genişletici veya sınırlayıcı davranışsal ve zihinsel gayretler olarak tanımlanabilmektedir (113).

Stresle mücadelede bireysel olarak geliştirilen fiziksel ve zihinsel yöntemlerle başarılı olunabilir. Fiziksel başa çıkma yolları santral sinir sistemi ve sempatik sinir sistemi

üzerinde etkisini gösterir, böylece stresin beden üzerinde sebep olabileceği zararlı etkileri olabildiğince azaltabilirler. Uyku, dinlenme, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri stresle başa çıkmada uygulanabilecek fiziksel yöntemlerdir. Zihinsel başa çıkma yolları ise; sorun çözme becerileri, zamanın verimli kullanılabilmesi, iletişim becerileri gibi yöntemlerdir (114).



3 GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışma verileri İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Kampüsü'nde bulunan Denizcilik, Fen, Edebiyat, Hukuk, Mimarlık, Mühendislik, İşletme Fakülteleri öğrencilerinden 2018-2019 Eğitim ve Öğretim yılında 01.03.2019-31.07.2019 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemi uygulanarak toplandı. Araştırma evrenini belirtilen fakültelere kayıtlı olan 21.361 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem sayısı belirlenirken;

$$n = N \frac{t^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq} \text{ formülü kullanılmıştır.}$$

Formüldeki;

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasını ifade etmektedir.

Çalışmada p değeri, mevcut literatürde benzer popülasyonlarla yapılan çalışmalarda akıllı telefon bağımlılığı riski altındaki p değerlerine benzer olarak 0,10; q değeri 0,90; d değeri 0,02 olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü, kullanılan bu formüle göre 864 olarak hesaplanmıştır.

3.1 Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya katılacak öğrencilerden sözlü onam alınarak, anket formları ve ölçekler konusunda kısa bilgi verildi. Akıllı telefon sahibi olup olmadığı soruldu. Akıllı telefon sahibi olan öğrencilere çalışmaya katılmada gönüllülük durumunda araştırmacı tarafından mevcut literatürlerden yararlanılarak hazırlanan katılımcıların bazı özelliklerini kapsayan veri toplama aracı, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği- Kısa Form (ATBÖ-KF) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 (SYBDÖ-2)'yi kapsayan anket ile değerlendirme yapıldı. Bu anket formları çalışmacı tarafından okunup sorular yüz yüze sorularak cevapları çalışmacı tarafından kayda alındı.

3.2 Veri Toplama Araçları

Belirtilen fakültelerde 2018-2019 Eğitim-Öğretim Yılında öğrenim gören öğrencilerden çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dâhil edildi. Hali hazırda akıllı telefonu olmayan ve çalışmayı kabul etmeyen hastalar çalışmadan dışlandı.

3.3 Sosyodemografik Anket Formu

Öğrencilerin sosyodemografik verileri başta olmak üzere anket soruları akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili literatür incelenerek on beş soruluk bir anket formu oluşturuldu. Sosyodemografik veri formunda öğrencilere yaşları, cinsiyetleri, boy ve ağırlıkları, öğrenim gördükleri fakülteleri, gelir durumları, sevgilisi olup olmadığı, sigara ve alkol kullanım durumları, akıllı telefonlarını daha çok ne amaçlarla kullandıkları, kendilerini akıllı telefon bağımlısı olarak görüp görmedikleri, aktif kullandıkları SM platformu sayısı, sağlık durumlarını ve uyku kalitelerini nasıl değerlendirdikleri ve gün içinde uykusuzluk şikayeti olup olmadığı soruldu.

3.4 Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Form (ATBÖ-KF)

Kwon ve ark. (2013) tarafından geliştirilen akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin uzun formu 33 soru, adolesanlar için geliştirilen kısa formu ise 10 sorudan oluşmaktadır. Kısa formunun ülkemizde Noyan ve ark. (2015) tarafından Türkçeye uyarlanıp, üniversite öğrencileri grubunda geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Tek faktör yapısına sahip olduğu gösterilmiş, alt ölçeği tanımlanmamıştır. Hesaplanan Cronbach alfa değeri 0.867 olarak belirtilmiş, genç erişkinlerde akıllı telefon bağımlılığını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir olduğu ortaya konmuştur. 10 sorudan oluşan ölçek 1–6 arasında puanlandırılmaktadır. 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kısmen katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 6-Kesinlikle katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda yaygın şekilde Kwon ve ark. çalışmasının kesme değeri şeklinde (kadınlar için 33 ve üstü, erkekler için 31 ve üstü) kullanımı mevcuttur (23,115).

3.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği -2 (SYBDÖ-2)

Walker, Sechrist, Pender (1995) tarafından geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2 (SYBDÖ II) (Health Promotion Lifestyle Profile II) (HPLP II) bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Hepsi olumlu ifadelerden oluşan SYBDÖ II, iki ana kategori ve altı alt bölüm içerir. ‘Sağlığı destekleyen davranışlar’ kategorisi, ‘sağlık sorumluluğu’, fiziksel aktivite’ ve ‘beslenme alışkanlığı’ alt gruplarından oluşmaktadır. ‘Psikososyal iyi hal kategorisi’, ‘ruhsal gelişim’, ‘kişilerarası ilişkiler’ ve ‘stres yönetimi’ alt gruplarından oluşmaktadır. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına değerlendirilebilir. Ölçeğin tümünün puanı SYBD puanını verir.

‘Sağlık sorumluluğu’ kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmek, sağlık bilgisine sahip olmak ve gerektiğinde uzman yardımı almak konularını kapsamaktadır. ‘Fiziksel aktivite’ ile düzenli egzersiz yapma durumu değerlendirilmektedir. ‘Beslenme alışkanlığı’ ile bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçiminden bahsedilmektedir. ‘Ruhsal gelişim’ ile kastedilen kendini iyi ve tatminkar hissetmedir. ‘Kişilerarası ilişkiler’ kişilerle yakın ve samimi bağlar kurabilmeyi, yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. ‘Stres yönetimi’ hem stres kaynağını tespit edebilme hem de stresi kontrol altına alıp kendini gevşetme yöntemlerini kapsamaktadır. Özetle;

Sağlık sorumluluğu; kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmek, sağlık bilgisine sahip olmak ve gerektiğinde uzman yardımı almak konularını kapsamaktadır. Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Fiziksel aktivite; düzenli egzersiz, egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Beslenme alışkanlıkları; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

Ruhsal gelişim; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

Kişilerarası ilişkiler; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres yönetimi; hem stres kaynağını tespit edebilme hem de stresi kontrol altına alıp kendini gevşetme yöntemlerini kapsamaktadır.

Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir.

Alt boyutlar	İlgili ifadeler	Puan aralığı
Sağlık sorumluluğu	(9 madde) 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. maddele	9-36
Fiziksel aktivite	(8 madde) 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. maddeler	8-32
Beslenme alışkanlığı	(9 madde) 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. maddeler	9-36
Manevi gelişim	(9 madde) 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. maddeler	9-36
Kişilerarası ilişkiler	(9 madde) 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. maddeler	9-36
Stres yönetimi	(8 madde) 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. maddeler	8-32
Ölçeğin tamamı	1-52	52-208

SYBDÖ'nin tüm maddeleri olumludur. Cevaplar 'Hiçbir zaman' yanıtı için 1, 'Bazen' yanıtı için 2, 'Sık sık' yanıtı için 3, 'Düzenli olarak' yanıtı için 4 puan şeklindedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir (116,117). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Pınar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliği, iç tutarlık katsayısı, madde toplam korelasyonu ve test-tekrar test ile belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.92 olup altı alt boyut için bu değer 0.71-0.83 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliği ise açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir (118).

3.6 3.3. İstatistiksel Analizler

Çalışmamızda ATBÖ-KF sonucuna göre belirlenen akıllı telefon bağımlılığı riskinin varlığı bağımlı değişken olarak tanımlandı. Literatür ışığında akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, boy ve ağırlık, öğrencinin kayıt olduğu fakülte, gelir durumu, öğrencinin sevgilisi olup olmadığı, sigara ve alkol kullanım durumu, akıllı telefonu daha çok ne amaçlarla kullandığı, kendisini akıllı telefon bağımlısı olarak görüp görmediği, aktif kullandığı SM platformu sayısı, sağlık durumu ve uyku kalitesini nasıl değerlendirdiği ve gün içinde uykusuzluk şikayeti olup olmaması bağımsız değişkenler olarak belirlendi.

Araştırmanın analizinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulandı. Sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Çalışmamızda p değeri $<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4 BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı özellikleri Tablo 1' de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %48,5'i kadın, %51,5'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Öğrencilerin yaşlarına bakıldığında tüm örneklemin yaş ortalaması $21,24 \pm 1,47$ olarak bulunmuştur. Öğrencilerin fakültelerine göre dağılımlarına bakıldığında %5,9'u denizcilik fakültesi, %7,9'u fen fakültesi, %13,7'si hukuk fakültesi, %7,4'ü mimarlık fakültesi, %36,4'ü mühendislik fakültesi, %11,4'ü işletme fakültesi, %17,2'si edebiyat fakültesinde eğitimine devam etmektedir.

Öğrencilere kiminle yaşadıkları sorulduğunda, %18,1'i yalnız, %49,9'u arkadaşları ile %31,9'u ise ailesiyle birlikte yaşadığını belirtmiştir. Aylık gelir durumları sorulduğunda %39,8'inin geliri giderinden az, %15,4' ünün geliri giderinden fazladır.

Öğrencilerin %7,9'u beden kitle indeksine göre düşük kilolu, %67,2'si normal kilolu, %21,4'ü aşırı kilolu ve %3,5'i obez olarak sınıflandırılmıştır.

Öğrencilere “Sevgiliniz var mı?” sorusu yöneltildiğinde %39,6'sı var yanıtını vermiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı N	Yüzde %
Cinsiyet	Erkek	469	51,5
	Kadın	442	48,5
Yaş Ortalaması $\pm$SS	21,24 $\pm$ 1,47		
Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Fakülteler	Denizcilik Fakültesi	54	5,9
	Fen Fakültesi	72	7,9
	Hukuk Fakültesi	125	13,7
	Mimarlık Fakültesi	67	7,4
	Mühendislik Fakültesi	332	36,4
	İşletme Fakültesi	104	11,4
	Edebiyat Fakültesi	157	17,2
Kiminle Yaşadıkları	Yalnız	165	18,1
	Arkadaşlarıyla birlikte	455	49,9
	Aileyle Birlikte	291	31,9
Gelir Durumları	Gelir < Gider	363	39,8
	Gelir = Gider	408	44,8
	Gelir > Gider	140	15,4
BKİ Grupları	Düşük kilolu	72	7,9
	Normal kilolu	612	67,2
	Aşırı kilolu	195	21,4
	Obez	32	3,5
Sevgiliniz var mı?	Var	361	39,6
	Yok	550	60,4

Öğrencilerin %52,8'i "Sigara kullanıyor musunuz?" sorusuna; %74,8'i "Alkol kullanıyor musunuz?" sorusuna evet yanıtı vermiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Dağılımları

		Sayı	%
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	373	40,9
	Hayır	538	59,1
Alkol Kullanıyor musunuz?	Evet	681	74,8
	Hayır	230	25,2

Öğrencilere sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda %6,4'ü kötü ve çok kötü olarak yanıt vermiştir. Uyku kalitesini kötü ve çok kötü olarak değerlendirenler katılımcıların %28,3' ünü oluşturmaktadır. Öğrencilerin %62,6'sı ise gün içinde uykusuzluk şikayeti olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo3. Öğrencilerin Uyku ve Sağlık Durumlarıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı	%
Sağlık Durumu	Çok İyi	137	15
	İyi	376	41,3
	Normal	339	37,2
	Kötü	54	5,9
	Çok kötü	5	0,5
Uyku Kalitesi	Çok İyi	56	6,1
	İyi	254	27,9
	Orta	343	37,7
	Kötü	186	20,4
	Çok kötü	72	7,9
Uykusuzluk Şikayeti	Evet	570	62,6
	Hayır	341	37,4

Birden fazla seçeneğin seçilebildiği “Akıllı telefonunuzu hangi amaçlarla kullanıyorsunuz?” sorusuna en sık %94,3 ile sesli ve görüntülü konuşma, en az %51 ile oyun oynamak olarak cevabı verilmiştir. Aktif kullanılan sosyal paylaşım sitesi sayısı 0-3 aralığında olanlar %55,1 ile çoğunluğu oluşturmaktaydı. Kendilerini akıllı telefon bağımlılığı açısından değerlendirmeleri istendiğinde öğrencilerin %44,1'i kendilerini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendiren gruptaydı (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin AT Kullanımlarıyla İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı

		Sayı	%
Akıllı Telefon Kullanım Amaçları	Sesli ve görüntülü konuşma	859	94,3
	Mesaj ve e-mail gönderme ve alma	858	94,2
	SM platformlarını takip etme	848	93,1
	Fotoğraf/video çekme	809	88,8
	Müzik/podcast/radyo dinleme	832	91,3
	İnternet/web siteleri	848	93,1
	Oyun oynamak	465	51
	Film/video/TV izlemek	720	79
	Ders çalışmak/Kitap okumak	606	66,5
Aktif Kullanılan Sosyal Paylaşım Sitesi Sayıları	0-3	502	55,1
	4-6	350	38,4
	7 ve fazlası	59	6,5
Kendilerini Akıllı Telefon Bağımlısı Olarak Görme Durumu	Evet	402	44,1
	Hayır	509	55,9

ATBÖ-KF ölçeğinin çalışmamızda bakılan Crohnbach alfa değeri 0,875 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin 10 soruluk ATBÖ-KF'e verdikleri yanıtlara göre ATBÇ-KF ölçek puanı erkeklerde 31 ve üstü, kadınlarda 33 ve üstü puan aldığı görülen 311(%34,1) öğrenci akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli olarak değerlendirilmiştir (Tablo5).

Tablo 5. Öğrencilerin ATB Riskine Göre Dağılımı

		Sayı	%
Akıllı Telefon Bağımlılığı Riski	Var	311	34,1
	Yok	600	65,9

Öğrencilerin ATBÖ-KF' e verdikleri yanıtlara göre erkeklerin puan ortalaması $25,93 \pm 9,90$, kadınların puan ortalaması $29,09 \pm 10,32$ ve genel ortalama $27,46 \pm 10,22$ olarak tespit edildi. Erkek ve kadınların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$) (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin Cinsiyete Göre ATBÖ-KF Puan Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart	p
Erkek	10	60	25,93	9,90	<0.001
Kadın	10	60	29,09	10,32	
Genel	10	60	27,46	10,22	

Akıllı telefon bağımlılığı riskinin öğrencilerin sosyodemografik ve bazı özellikleriyle ilişkisi Tablo 7'de gösterilmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı riski ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında, çalışmaya katılan erkeklerin % 31,1'inde, kadınların ise %37,3'ünde ATB riski görülmüş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,049$). ATB riski ve öğrenim gördükleri fakülteler arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,439$). Gelir durumlarına göre ATB riski açısından değerlendirildiğinde üç grupta benzer oranlarda ATB riskine sahip olduğu görülmüş, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,129$).

Sevgililerinin olup olmasına göre ATB riski açısından değerlendirildiğinde; sevgilisi olmayanların %36,7'si, sevgilisi olanların ise %30,2' si ATB açısından riskli olarak saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,042$). ATB riski ve öğrencilerin kimle yaşadıkları arasındaki ilişki incelendiğinde yalnız yaşayanların %30,9'u, arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların %34'ü, ailesiyle birlikte yaşayanların %35,7'si riskli olarak değerlendirilmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,577$).

Sigara ve alkol kullanma durumlarına göre ATB riski açısından değerlendirildiklerinde; sigara kullananların %35,9'u, alkol kullananların ise % 34,5'i riskli olarak bulunmuştur, bu ürünleri kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla $p=0,595$, $p=0,685$).

Tablo 7. Öğrencilerin Akıllı Telefon Bağımlılığı Riskinin Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

		ATB Riski				p değeri
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	146	31,1	323	68,9	0,049
	Kadın	165	37,3	277	62,7	
Fakülteler	Denizcilik	15	27,8	39	72,2	0,439
	Fen Fakültesi	23	31,9	49	68,1	
	Hukuk Fakültesi	44	35,2	81	64,8	
	Mimarlık	26	38,8	41	61,2	
	Mühendislik	105	31,6	227	68,4	
	İşletme Fakültesi	44	42,3	60	57,7	
	Edebiyat	54	34,4	103	65,6	
Gelir Durumu	Gelir < Gider	138	38,0	225	62,0	0,129
	Gelir = Gider	130	31,9	278	68,1	
	Gelir > Gider	43	30,7	97	69,3	
Öğrenci Kiminle Kalıyor	Yalnız	51	30,9	114	69,1	0,577
	Arkadaşlarıyla	156	34,3	299	65,7	
	Aileyle	104	35,7	187	64,3	
BKİ	Düşük kilolu	21	29,2	51	70,8	0,053
	Normal kilolu	209	34,2	403	65,8	
	Aşırı kilolu	76	39,0	119	61,0	
	Obez	5	15,6	27	84,4	
Sevgilisi	Var	109	30,2	252	69,8	0,042
	Yok	202	36,7	348	63,3	
Sigara Kullanımı	Var	134	35,9	239	64,1	0,190
	Yok	177	32,9	361	67,1	
Alkol Kullanımı	Var	235	34,5	446	65,5	0,685
	Yok	76	33,0	154	67,0	

ATB riski ve öğrencilerin kendini akıllı telefon bağımlısı olarak görüp görmedikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; kendini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirenlerin %57,2'si, kendini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirmeyenlerin %15,9'u ATB açısından riskli olarak saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Öğrencilerin ATB riski ile uyku ve sağlık durumlarına dair görüşlerini içeren bazı sorulara ilişkin verdikleri yanıtlar arasındaki ilişki Tablo 8’de gösterilmiştir. Sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri “çok iyi” den “çok kötü” ye 5 seçenek verilerek sorulduğunda alınan yanıtlarla ATB riski açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,407$). “Çok iyi”, “iyi” seçenekleri iyi, “kötü” ve “çok kötü” seçenekleri kötü olarak birleştirilip üç gruba ayrıldığında sağlık durumu kötü olarak değerlendirilen grubun %32’si, orta olarak değerlendiren grubun %36,3’ü, iyi olarak değerlendirilen grubun ise %34,1’ i ATB açısından riskli olarak saptanmıştır ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.236$).

Uyku kalitesinin öznel değerlendirilmesi için yine “çok iyi” den “çok kötü” ye beş seçenek verilerek sorulduğunda verilen yanıtlarla ATB riski ilişkisi değerlendirildiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Öğrencilerin gün içinde uykusuzluk şikayeti varlığı ile ATB riski arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; uykusuzluk şikayeti olanların %40,2’ si, uykusuzluk şikayeti olmayanların ise %34,1’i riskli olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$).

Tablo 8. Öğrencilerin ATB Riskinin ATB, Sağlık Durumu Ve Uyku Kalitesi Açısından Öznel Değerlendirmelerine Göre Karşılaştırılması

		ATB Riski				p değeri
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
ATB Öznel Değerlendirmesi	Erkek	230	57,2	172	42,8	<0.001
	Kadın	81	15,9	428	84,1	
Sağlık Durumu	Çok İyi	45	32,8	92	67,2	0,407
	İyi	119	31,6	257	68,4	
	Orta	123	36,3	216	63,7	
	Kötü	23	42,6	31	57,4	
	Çok Kötü	80,0	20,0	4	1	
Uyku Kalitesi	Çok İyi	14	25,0	42	75,0	<0.001
	İyi	76	29,9	178	70,1	
	Orta	103	30,0	240	70,0	
	Kötü	88	47,3	98	52,7	
	Çok Kötü	30	41,7	42	58,3	
Uykusuzluk Şikayeti	Var	229	40,2	341	59,8	<0.001
	Yok	82	34,1	259	65,9	

SYBDÖ-2 ölçeğinin çalışmamızda bakılan Crohnbach alfa değeri 0,875 olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için kullandığımız SYBDÖ-2'nin ve alt ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 9'da verilmiştir.

SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması 127,38±18,92 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler incelendiğinde ise; Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 20,02±5,07, Fiziksel Aktivite puan ortalaması 16,37±5,16, Beslenme puan ortalaması 20,57±4,08, Manevi Gelişim puan ortalaması 25,68±4,93, Stres Yönetimi puan ortalaması 18,27±3,76 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 9. SYBDÖ-2 (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2) Toplam Ölçek Ve Alt Ölçek Ortalama Puanları (N=911)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Sağlık Sorumluluğu	9	35	20,02	5,07
Fiziksel Aktivite	8	32	16,37	5,16
Beslenme	9	36	20,57	4,08
Manevi Gelişim	9	36	25,68	4,93
Kişilerarası İlişki	12	36	26,45	4,01
Stres Yönetimi	8	32	18,27	3,76
SYBD toplam puanı	75	181	127,38	18,92

Tablo 10' da ATB riski ve SYBDÖ-2 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. SYBDÖ-2 toplam puan ve SYBDÖ-2 alt ölçekleri ile ATB riski ilişkisi özetlenmiştir. ATB riski olan öğrencilerde Sağlık Sorumluluğu Puan Ortalaması 19,60±4,68, olmayanlarda 20,25±5,25 olup ATB riski ve Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,067$). ATB riski olan öğrencilerde Fiziksel Aktivite Puan Ortalaması 15,81±5,02, olmayanlarda 16,66±5,21 olup ATB riski ile Fiziksel Aktivite Alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,019$). ATB riski olan öğrencilerde Beslenme Alt Ölçeği Puan Ortalaması 20,48±4,11, olmayanlarda 20,62±4,07 olup ATB riski ile Beslenme Alt Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,638$). ATB riski olan öğrencilerde Manevi Gelişim Alt Ölçeği Puan Ortalaması 24,73±4,86, olmayanlarda 26,17±4,90 olup ATB riski ile Manevi Gelişim Alt Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). ATB riski olan öğrencilerde Kişilerarası İlişki Alt Ölçeği Puan Ortalaması 26,15±3,80, olmayanlarda 26,60±4,10 olup aralarında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,104$). ATB riski olan öğrencilerde Stres Yönetimi Alt Ölçeği Puan Ortalaması $17,71\pm3,72$, olmayanlarda $18,56\pm3,75$ olup ATB riski ile Stres Yönetimi Alt Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). ATB riski olan öğrencilerde SYBDÖ-2 Toplam puan ortalaması $124,50\pm18,53$, olmayanlarda $128,88\pm18,97$ olup ATB riski ile SYBDÖ-2 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 10. Akıllı Telefon Bağımlılığı Riski İle SYBDÖ-2 Puanları Arasındaki İlişki

	ATB Riski	Sayı	Ortalama Puan	Standart Sapma	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	Var	311	19,60	4,68	0,067
	Yok	600	20,25	5,25	
Fiziksel Aktivite	Var	311	15,81	5,02	0,019
	Yok	600	16,66	5,21	
Beslenme	Var	311	20,48	4,11	0,638
	Yok	600	20,62	4,07	
Manevi Gelişim	Var	311	24,73	4,86	<0.001
	Yok	600	26,17	4,90	
Kişilerarası İlişki	Var	311	26,15	3,80	0,104
	Yok	600	26,60	4,10	
Stres Yönetimi	Var	311	17,71	3,72	<0.001
	Yok	600	18,56	3,75	
SYBDÖ-2 Toplam	Var	311	124,50	18,53	0,001
	Yok	600	128,88	18,97	

Öğrencilerin SYBDÖ-2 puanlarına göre sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır ve aralarında sosyodemografik ve bazı değişkenler açısından anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir (Tablo 11). SYBDÖ-2 puan ortalamaları cinsiyete göre bakıldığında toplam puan ortalaması erkeklerde $19,40\pm5,21$ iken kadınlarda $20,68\pm4,83$ idi ve bu ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,584$). SYBDÖ-2 alt ölçeklerinden Sağlık Sorumluluğu için puan ortalaması erkeklerde $19,40\pm5,21$ iken kadınlarda $15,69\pm4,51$ olarak bulunmuştur, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=-<0.001$). Fiziksel Aktivite alt ölçeği için erkeklerin puan ortalaması $17,00\pm5,63$, kadınların $15,69\pm4,51$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=-<0.001$). Beslenme alt ölçeği için erkeklerin puan ortalaması $20,26\pm4,28$

iken kadınlarınki $20,90 \pm 3,83$ olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,018$). Manevi Gelişim alt ölçeği için erkeklerin puan ortalaması $25,76 \pm 5,03$ iken kadınların $25,60 \pm 4,83$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,632$). Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği için erkeklerin puan ortalaması $26,02 \pm 4,00$ iken kadınların $26,90 \pm 3,97$ olarak bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=-<0.001$). Stres Yönetimi alt ölçeği için erkeklerin puan ortalaması $18,58 \pm 3,94$ iken kadınların $17,94 \pm 3,53$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$).

Tablo 11. Cinsiyete Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Erkek(n=469)	Kadın(n=442)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	$19,40 \pm 5,21$	$20,68 \pm 4,83$	<0,001
Fiziksel Aktivite	$17,00 \pm 5,63$	$15,69 \pm 4,51$	<0001
Beslenme	$20,26 \pm 4,28$	$20,90 \pm 3,83$	0,018
Manevi Gelişim	$25,76 \pm 5,03$	$25,60 \pm 4,83$	0,632
Kişilerarası İlişki	$26,02 \pm 4,00$	$26,90 \pm 3,97$	0,001
Stres Yönetimi	$18,58 \pm 3,94$	$17,94 \pm 3,53$	0,01
SYBD toplam puanı	$127,05 \pm 19,98$	$127,73 \pm 17,75$	0,584

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları öğrencilerin BKİ'lerine göre değerlendirildiğinde; toplam puan ortalaması BKİ' ne göre zayıf olanlarda $127,13 \pm 20,87$, normal olanlarda $127,46 \pm 18,78$, fazla kilolu olanlarda $127,88 \pm 19,08$, obez olanlarda $123,37 \pm 16,41$ olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin BKİ'ne göre SYBDÖ-2 toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,661$) Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği ($p=0,314$), Beslenme alt ölçeği ($p=0,116$), Manevi Gelişim alt ölçeği ($p=0,170$), Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği ($p=0,123$), Stres Yönetimi alt ölçeği ($p=0,973$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalaması BKİ' ye göre zayıf olanlarda $15,44 \pm 4,98$, normal olanlarda $16,24 \pm 4,98$, fazla kilolu olanlarda $17,41 \pm 5,73$, obez olanlarda $14,56 \pm 4,15$ olarak bulundu. BKİ'ye göre Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,002$). Bu farkın sebebi fazla kilolu olan grubun puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktaydı (Tablo 12).

Tablo 12. BKİ'ne Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	BKİ				p
	Düşük Kilolu (n=72)	Normal (n=612)	Aşırı Kilolu (n=195)	Obez (n=32)	
Sağlık Sorumluluğu	21,05 ± 5,65	19,94 ± 5,00	19,86 ± 5,06	20,43 ± 4,95	0,314
Fiziksel Aktivite	15,44 ± 4,98	16,24 ± 4,98	17,41 ± 5,73	14,56 ± 4,15	0,002
Beslenme	20,09 ± 4,47	20,50 ± 4,00	21,12 ± 4,19	19,78 ± 3,92	0,116
Manevi Gelişim	25,38 ± 5,63	25,88 ± 4,82	25,42 ± 5,08	24,12 ± 4,29	0,170
Kişilerarası İlişki	26,80 ± 4,38	26,60 ± 4,00	25,85 ± 3,92	26,43 ± 3,49	0,123
Stres Yönetimi	18,34 ± 3,44	18,29 ± 3,75	18,21 ± 3,92	18,03 ± 3,92	0,973
SYBD toplam puanı	127,13 ± 20,87	127,46 ± 18,78	127,88 ± 19,08	123,37 ± 16,41	0,661

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları sevgili varlığına göre değerlendirildiğinde toplam puan ortalaması sevgilisi olanlarda $128,63 \pm 19,08$, olmayanlarda $126,57 \pm 18,80$ olarak bulunmuştur, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,108$). Sevgilisi olanlarda ve olmayanlarda; Fiziksel Aktivite ($p=0,780$), Beslenme ($p=0,402$), Kişilerarası İlişkiler ($p=0,082$), Stres Yönetimi ($p=0,458$) alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Manevi Gelişim alt ölçeğinde sevgilisi olanların puan ortalaması $26,10 \pm 4,84$ iken, olmayanların puan ortalaması $25,40 \pm 4,98$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,036$) (Tablo 13).

Tablo 13. Sevgilisi Olma Durumuna Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Sevgilisi Olma Durumu		p değeri
	Var (n=361)	Yok (n=550)	
Sağlık Sorumluluğu	20,36±5,10	19,80±5,04	0,101
Fiziksel Aktivite	16,31±5,03	16,41±5,24	0,780
Beslenme	20,71±3,82	20,48±4,24	0,402
Manevi Gelişim	26,10±4,84	25,40±4,98	0,036
Kişilerarası İlişki	26,73±4,01	26,26±4,00	0,082
Stres Yönetimi	18,38±4,03	18,19±3,58	0,458
SYBD toplam puanı	128,63±19,08	126,57±18,80	0,108

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları sigara kullanımına göre değerlendirildiğinde (Tablo 14); toplam puan ortalaması sigara kullananlarda 123,37±18,22, sigara kullanmayanlarda 130,17±18,92 olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$).

Sağlık Sorumluluğu alt ölçeğinde sigara içenlerin puan ortalaması 19,08±5,14 iken, sigara içmeyenlerin puan ortalaması 20,68±4,92' idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Fiziksel Aktivite alt ölçeğinde sigara içenlerin puan ortalaması 15,53±5,07 iken, sigara içmeyenlerin puan ortalaması 16,95±5,14' idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Beslenme alt ölçeğinde sigara içenlerin puan ortalaması 19,74±3,95 iken, sigara içmeyenlerin puan ortalaması 21,15±4,07 idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Manevi Gelişim alt ölçeğinde sigara içenlerin puan ortalaması 24,98±4,79 iken, sigara içmeyenlerin puan ortalaması 26,16±4,98 idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Kişilerarası İlişki alt ölçeğinde sigara içenlerin puan ortalaması $26,33 \pm 4,08$ iken, sigara içmeyenlerin puan ortalaması $26,53 \pm 3,96$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,447$).

Stres Yönetimi alt ölçeğinde sigara içenlerin puan ortalaması $17,68 \pm 3,62$ iken, sigara içmeyenlerin puan ortalaması $18,67 \pm 3,81$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=-<0.001$).

Tablo 14. Sigara Kullanımına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Sigara Kullanımı		p değeri
	Var(n=481)	Yok(n=430)	
Sağlık Sorumluluğu	$19,08 \pm 5,14$	$20,68 \pm 4,92$	<0.001
Fiziksel Aktivite	$15,53 \pm 5,07$	$16,95 \pm 5,14$	<0.001
Beslenme	$19,74 \pm 3,95$	$21,15 \pm 4,07$	<0.001
Manevi Gelişim	$24,98 \pm 4,79$	$26,16 \pm 4,98$	<0.001
Kişilerarası İlişki	$26,33 \pm 4,08$	$26,53 \pm 3,96$	0,447
Stres Yönetimi	$17,68 \pm 3,62$	$18,67 \pm 3,81$	<0.001
SYBD toplam puanı	$123,37 \pm 18,22$	$130,17 \pm 18,92$	<0.001

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları alkol kullanımına göre değerlendirildiğinde (Tablo 15); toplam puan ortalaması alkol kullananlarda $126,73 \pm 18,99$, kullanmayanlarda $129,31 \pm 18,64$ olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,074$). Sağlık sorumluluğu ($p=0,110$), Fiziksel Aktivite ($p=0,695$), Beslenme ($p=0,197$), Kişilerarası İlişkiler ($p=0,943$), Stres Yönetimi ($p=0,330$) alkol kullanan ve kullanmayan öğrenciler arasındaki puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Sadece Manevi Gelişim alt ölçeğinde alkol kullananların puan ortalaması $25,31 \pm 4,96$, kullanmayanların $26,77 \pm 4,71$ olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=-<0.001$).

Tablo 15. Alkol Kullanımına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Alkol Kullanımı		p değeri
	Var (n=681)	Yok (n=230)	
Sağlık Sorumluluğu	19,87±5,08	20,49±5,04	0,110
Fiziksel Aktivite	16,41±5,16	16,25±5,15	0,695
Beslenme	20,47±4,11	20,87±4,00	0,197
Manevi Gelişim	25,31±4,96	26,77±4,71	<0.001
Kişilerarası İlişkiler	26,45±3,99	26,43±4,06	0,943
Stres Yönetimi	18,20±3,79	18,48±3,68	0,330
SYBD toplam puanı	126,73±18,99	129,31±18,64	0,074

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları öğrencilerin kendilerini akıllı telefon bağımlılık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre (iç görü) karşılaştırıldığında (Tablo 16); kendini AT bağımlısı olarak değerlendirenlerin SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması kendisini AT bağımlısı olarak değerlendirenlerde 126,27±18,64 iken AT bağımlısı olarak görmeyenlerde 128,26±19,12 idi. Kendini AT bağımlısı olarak görmeyenlerde SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması daha yüksek olmasına karşın kendini AT bağımlısı olarak görenlerle aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,114$).

Sağlık Sorumluluğu ($p=0,586$), Beslenme alt ölçeği ($p= 0,733$), Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında kendini AT bağımlısı olarak görenlerin ve görmeyenlerin arasındaki puan ortalamaları farkları istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Fiziksel Aktivite alt ölçeğinde kendini AT bağımlısı olarak görenlerin puan ortalaması 15,87 ± 5,15, görmeyenlerin 20,11 ± 5,18 olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**$p=0,009$**).

Manevi Gelişim alt ölçeğinde kendini AT bağımlısı olarak görenlerin puan ortalaması 25,27 ± 4,94, görmeyenlerin 26,01 ± 4,92 olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**$p=0,026$**).

Stres Yönetimi alt ölçeğinde kendini AT bağımlısı olarak görenlerin puan ortalaması $15,87 \pm 5,15$, görmeyenlerin $20,11 \pm 5,18$ olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,010$).

Tablo 16. ATB Öznel Değerlendirmelerine Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	ATB Öznel Değerlendirme		
	Evet (n=402)	Hayır (n=509)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	$19,92 \pm 4,93$	$20,11 \pm 5,18$	0,586
Fiziksel Aktivite	$15,87 \pm 5,15$	$16,76 \pm 5,14$	0,009
Beslenme	$20,62 \pm 4,06$	$20,53 \pm 4,10$	0,733
Manevi Gelişim	$25,27 \pm 4,94$	$26,01 \pm 4,92$	0,026
Kişilerarası İlişkiler	$26,65 \pm 3,95$	$26,28 \pm 4,05$	0,163
Stres Yönetimi	$17,91 \pm 3,65$	$18,56 \pm 3,83$	0,010
SYBD toplam puanı	$126,27 \pm 18,64$	$128,26 \pm 19,12$	0,114

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları gelir durumuna göre değerlendirildiğinde (Tablo 17); toplam puan ortalaması geliri giderinden düşük olanların $124,33 \pm 19,34$, geliri giderine eşit olanların $128,63 \pm 17,52$, geliri giderinden yüksek olanların $131,67 \pm 20,61$ olarak tespit edildi. Gelir durumlarına göre SYBDÖ-2 toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0,001$). Bu fark geliri giderinden düşük olan grubun puanların hem geliri giderine eşit olan gruba göre hem de geliri giderinden düşük olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olmasından kaynaklıdır. Geliri giderine eşit olan grup ile geliri giderinden az olan grup arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları gelir durumuna göre değerlendirildiğinde; puan ortalaması geliri giderinden düşük olanların $19,53 \pm 5,09$, geliri giderine eşit olanların $20,08 \pm 4,80$, geliri giderinden yüksek olanların $21,15 \pm 5,61$ olarak tespit edildi. Gelir durumlarına göre Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0,013$). Bu fark geliri giderinden yüksek olan grubun puanlarının düşük olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olmasından kaynaklıdır.

Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları gelir durumuna göre değerlendirildiğinde; puan ortalaması geliri giderinden düşük olanların $16,06\pm5,37$, geliri giderine eşit olanların $16,24\pm4,85$, geliri giderinden yüksek olanların $17,53\pm5,34$ olarak tespit edildi. Gelir durumlarına göre Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0.001$). Bu fark geliri giderinden yüksek olan grubun puanların hem geliri giderine eşit olan gruba göre hem de geliri giderinden düşük olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olmasından kaynaklıdır. Geliri giderine eşit olan grup ile geliri giderinden az olan grup arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Manevi Gelişim alt ölçeği puan ortalamaları gelir durumuna göre değerlendirildiğinde; puan ortalaması geliri giderinden düşük olanların $25,02\pm5,07$, geliri giderine eşit olanların $26,17\pm4,71$, geliri giderinden yüksek olanların $25,95\pm5,07$ olarak tespit edildi. Bu fark geliri giderinden düşük olan grubun puanlarının eşit olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları gelir durumuna göre değerlendirildiğinde; puan ortalaması geliri giderinden düşük olanların $26,08\pm4,00$, geliri giderine eşit olanların $26,71\pm3,93$, geliri giderinden yüksek olanların $26,64\pm4,19$ olarak tespit edildi. Gelir durumlarına göre Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,077$).

Stres yönetimi alt ölçeği puan ortalamaları gelir durumuna göre değerlendirildiğinde; puan ortalaması geliri giderinden düşük olanların $17,91\pm3,80$, geliri giderine eşit olanların $18,41\pm3,59$, geliri giderinden yüksek olanların $18,77\pm4,07$ olarak tespit edildi. Gelir durumlarına göre Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,052$).

Tablo 17. Gelir Durumuna Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Gelir Durumu			p değeri
	Gelir < Gider (n=140)	Gelir = Gider (n=408)	Gelir > Gider (n=363)	
Sağlık Sorumluluğu	19,53±5,09	20,08±4,80	21,15±5,61	0,012
Fiziksel Aktivite	16,06±5,37	16,24±4,85	17,53±5,34	0,018
Beslenme	19,70±3,82	20,99±3,91	21,61±4,76	<0.001
Manevi Gelişim	25,02±5,07	26,17±4,71	25,95±5,07	0,005
Kişilerarası İlişki	26,08±4,00	26,71±3,93	26,64±4,19	0,077
Stres Yönetimi	17,91±3,80	18,41±3,59	18,77±4,07	0,052
SYBD toplam puanı	124,33±19,34	128,63±17,52	131,67±20,61	<0.001

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları öğrencilerin kiminle yaşadığına göre değerlendirildiğinde (Tablo 18); SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması yalnız yaşayanların 128,95±20,51, arkadaşlarıyla yaşayanların 124,44±17,66, ailesiyle yaşayanların 131,10±19,20 olarak tespit edildi. Öğrencilerin kiminle yaşadıklarına göre SYBDÖ-2 toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0.001$). Bu farkın sebebi arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların puan ortalamalarının yalnız ve ailesiyle yaşayanlara göre anlamlı düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Ailesiyle yaşayan ve yalnız yaşayan grup arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin kiminle yaşadığına göre değerlendirildiğinde; yalnız yaşayanların 20,70±5,79, arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların 19,22±4,56, ailesiyle yaşayanların 20,90±5,22 olarak tespit edildi. Öğrencilerin kiminle yaşadıklarına göre Sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0.001$). Bu farkın sebebi arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların puan ortalamalarının yalnız ve ailesiyle yaşayanlara göre anlamlı düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Ailesiyle yaşayan ve yalnız yaşayan grup arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin kiminle yaşadığına göre değerlendirildiğinde; yalnız yaşayanların $16,91 \pm 5,81$, arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların $15,93 \pm 4,86$, ailesiyle yaşayanların $16,74 \pm 5,17$ olarak tespit edildi. Öğrencilerin kiminle yaşadıklarına göre Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,058$).

Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin kiminle yaşadığına göre değerlendirildiğinde; yalnız yaşayanların $21,00 \pm 4,51$, arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların $19,72 \pm 3,67$, ailesiyle birlikte yaşayanların $21,67 \pm 4,16$ olarak tespit edildi. Öğrencilerin kiminle yaşadıklarına göre Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0.001$). Bu farkın sebebi arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların puan ortalamalarının yalnız ve ailesiyle yaşayanlara göre anlamlı düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Ailesiyle yaşayan ve yalnız yaşayan grup arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Manevi Gelişim alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin kiminle yaşadığına göre değerlendirildiğinde; yalnız yaşayanların $25,52 \pm 5,26$, arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların $25,51 \pm 4,76$, ailesiyle birlikte yaşayanların $26,03 \pm 5,01$ olarak tespit edildi. Öğrencilerin kiminle yaşadıklarına göre Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,342$).

Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin kiminle yaşadığına göre değerlendirildiğinde; yalnız yaşayanların $26,12 \pm 4,34$, arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların $26,17 \pm 3,90$, ailesiyle birlikte yaşayanların $27,07 \pm 3,92$ olarak tespit edildi. Öğrencilerin kiminle yaşadıklarına göre Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0,005$). Bu farkın sebebi ailesiyle birlikte yaşayanların puan ortalamalarının yalnız ve arkadaşlarıyla yaşayanlara göre anlamlı yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Arkadaşlarıyla ve yalnız yaşayan grup arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Stres yönetimi alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin kiminle yaşadığına göre değerlendirildiğinde; yalnız yaşayanların $18,68 \pm 3,99$, arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların $17,87 \pm 3,63$, ailesiyle birlikte yaşayanların $18,67 \pm 3,78$ olarak tespit edildi. Öğrencilerin kiminle yaşadıklarına göre Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0,006$). Bu farkın sebebi arkadaşlarıyla birlikte yaşayanların puan ortalamalarının yalnız ve ailesiyle yaşayanlara göre anlamlı düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Ailesiyle yaşayan ve yalnız yaşayan grup arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Tablo 18. Öğrencilerin Kiminle Yaşadıklarına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Kiminle Yaşadıkları			p değeri
	Yalnız (n=165)	Arkadaşlarla (n=455)	Aileyle (n=291)	
Sağlık Sorumluluğu	$20,70 \pm 5,79$	$19,22 \pm 4,56$	$20,90 \pm 5,22$	<0.001
Fiziksel Aktivite	$16,91 \pm 5,81$	$15,93 \pm 4,86$	$16,74 \pm 5,17$	0,058
Beslenme	$21,00 \pm 4,51$	$19,72 \pm 3,67$	$21,67 \pm 4,16$	<0.001
Manevi Gelişim	$25,52 \pm 5,26$	$25,51 \pm 4,76$	$26,03 \pm 5,01$	0,342
Kişilerarası İlişkiler	$26,12 \pm 4,34$	$26,17 \pm 3,90$	$27,07 \pm 3,92$	0,005
Stres Yönetimi	$18,68 \pm 3,99$	$17,87 \pm 3,63$	$18,67 \pm 3,78$	0,006
SYBD toplam puanı	$128,95 \pm 20,51$	$124,44 \pm 17,66$	$131,10 \pm 19,20$	<0.001

Sağlık durumları ve uyku kalitelerinin öznel olarak değerlendirilmesine verilen yanıtlardan çok iyi ve iyi grubu iyi, kötü ve çok kötü grubu kötü olarak birleştirilmiş sonuç olarak üç grup elde edilmiştir. SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında (Tablo 19); SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması iyi olarak değerlendirenlerin $132,34 \pm 18,42$, orta olarak değerlendirenlerin $122,36 \pm 17,54$, kötü olarak değerlendirenlerin $113,15 \pm 16,14$ olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre SYBDÖ-2 toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0.001$).

Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $20,60 \pm 5,00$, orta olarak değerlendirenlerin $19,59 \pm 5,06$, kötü olarak değerlendirenlerin $17,57 \pm 4,85$ olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $17,52 \pm 5,33$, orta olarak değerlendirenlerin $15,08 \pm 4,56$, kötü olarak değerlendirenlerin $13,746 \pm 4,200$ olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı farkın sebebi iyi olarak değerlendiren grubun orta ve kötü olarak değerlendirenlerle arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $21,18 \pm 4,03$, orta olarak değerlendirenlerin $20,19 \pm 3,99$, kötü olarak değerlendirenlerin $17,54 \pm 3,46$ olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Manevi Gelişim alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $26,80 \pm 4,70$, orta olarak değerlendirenlerin $24,44 \pm 4,76$, kötü olarak değerlendirenlerin $23,06 \pm 5,27$ olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine Manevi Gelişim alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı farkın sebebi iyi olarak değerlendiren grubun orta ve kötü olarak değerlendirenlerle arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $26,97 \pm 3,96$, orta olarak değerlendirenlerin $25,88 \pm 4,00$, kötü olarak değerlendirenlerin $25,20 \pm 3,79$ olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = <0.001$). Bu anlamlı farkın sebebi iyi olarak değerlendiren grubun orta ve kötü olarak değerlendirenlerle arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Stres Yönetimi alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $19,26 \pm 3,78$, orta olarak değerlendirenlerin $17,16 \pm 3,30$, kötü olarak değerlendirenlerin $16,01 \pm 3,40$ olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerine Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = <0.001$). Bu anlamlı farkın sebebi iyi olarak değerlendiren grubun orta ve kötü olarak değerlendirenlerle arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Tablo 19. Öğrencilerin Sağlık Durumuna Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Sağlık Durumu			p
	İyi (n=513)	Orta (n=339)	Kötü (n=59)	
Sağlık Sorumluluğu	$20,60 \pm 5,00$	$19,59 \pm 5,06$	$17,57 \pm 4,85$	<0.001
Fiziksel Aktivite	$17,52 \pm 5,33$	$15,08 \pm 4,56$	$13,74 \pm 4,20$	<0.001
Beslenme	$21,18 \pm 4,03$	$20,19 \pm 3,99$	$17,54 \pm 3,46$	<0.001
Manevi Gelişim	$26,80 \pm 4,70$	$24,44 \pm 4,76$	$23,06 \pm 5,27$	<0.001
Kişilerarası İlişkiler	$26,97 \pm 3,96$	$25,88 \pm 4,00$	$25,20 \pm 3,79$	<0.001
Stres Yönetimi	$19,26 \pm 3,78$	$17,16 \pm 3,30$	$16,01 \pm 3,40$	<0.001
SYBD toplam puanı	$132,34 \pm 18,42$	$122,36 \pm 17,54$	$113,15 \pm 16,14$	<0.001

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında (Tablo 20); SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması iyi olarak değerlendirenlerin $135,61 \pm 18,76$, orta olarak değerlendirenlerin $126,11 \pm 17,02$, kötü olarak değerlendirenlerin $119,20 \pm 17,56$ olarak bulundu. Öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre SYBDÖ-2 toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $21,25 \pm 5,25$, orta olarak değerlendirenlerin $19,71 \pm 4,73$, kötü olarak değerlendirenlerin $18,96 \pm 4,99$ olarak bulundu. Öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı farkın sebebi iyi olarak değerlendiren grubun orta ve kötü olarak değerlendirenlerle arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $17,71 \pm 5,27$, orta olarak değerlendirenlerin $16,35 \pm 5,09$, kötü olarak değerlendirenlerin $14,78 \pm 4,66$ olarak bulundu. Öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $21,95 \pm 4,12$, orta olarak değerlendirenlerin $20,51 \pm 3,70$, kötü olarak değerlendirenlerin $19,01 \pm 3,95$ olarak bulundu. Öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p = - < 0.001$). Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Manevi Gelişim alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $27,45 \pm 4,73$, orta olarak değerlendirenlerin $25,20 \pm 4,74$, kötü olarak değerlendirenlerin $24,19 \pm 4,81$ olarak

bulundu. Öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre Manevi Gelişim alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0.001$). Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $27,00\pm4,02$, orta olarak değerlendirenlerin $26,44\pm3,73$, kötü olarak değerlendirenlerin $25,79\pm4,27$ olarak bulundu. Öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0,002$). Bu anlamlı fark iyi olarak değerlendiren grubun kötü olarak değerlendiren ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Stres Yönetimi alt ölçeği puan ortalamaları öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında; iyi olarak değerlendirenlerin $20,22\pm3,64$, orta olarak değerlendirenlerin $17,88\pm3,31$, kötü olarak değerlendirenlerin $16,44\pm3,38$ olarak bulundu. Öğrencilerin uyku kalitelerini değerlendirmelerine göre Stres Yönetimi alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=-<0.001$). Bu anlamlı fark üç grubun kendi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Tablo 20. Uyku Kalitesine Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Uyku Kalitesi			p
	İyi (n=310)	Orta (n=343)	Kötü (n=258)	
Sağlık Sorumluluğu	21,25±5,25	19,71±4,73	18,96±4,99	<0.001
Fiziksel Aktivite	17,71±5,27	16,35±5,09	14,78±4,66	<0.001
Beslenme	21,95±4,12	20,51±3,70	19,01±3,95	<0.001
Manevi Gelişim	27,45±4,73	25,20±4,74	24,19±4,81	<0.001
Kişilerarası İlişkiler	27,00±4,02	26,44±3,73	25,79±4,27	0,002
Stres Yönetimi	20,22±3,64	17,88±3,31	16,44±3,38	<0.001
SYBD toplam	135,61±18,76	126,11±17,02	119,20±17,56	<0.001

SYBDÖ-2 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları gün içinde uykusuzluk şikayeti varlığına göre değerlendirildiğinde (Tablo 21); toplam puan ortalaması şikayeti olanlarda $123,64 \pm 17,64$, şikayeti olmayanlarda $20,80 \pm 5,39$ olarak bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$).

Sağlık Sorumluluğu alt ölçeğinde gün içinde uykusuzluk şikayeti olanların ortalaması $19,56 \pm 4,81$ iken, şikayeti olmayanların puan ortalaması $20,87 \pm 4,82$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$).

Fiziksel Aktivite alt ölçeğinde gün içinde uykusuzluk şikayeti olanların puan ortalaması $15,63 \pm 4,82$ iken, şikayeti olmayanların puan ortalaması $17,61 \pm 5,46$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$).

Beslenme alt ölçeğinde gün içinde uykusuzluk şikayeti olanların puan ortalaması $20,08 \pm 3,89$ iken, şikayeti olmayanların puan ortalaması $21,39 \pm 4,27$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$).

Manevi Gelişim alt ölçeğinde gün içinde uykusuzluk şikayeti olanların puan ortalaması $24,69 \pm 4,73$ iken, şikayeti olmayanların puan ortalaması $27,33 \pm 4,83$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$).

Kişilerarası İlişkiler alt ölçeğinde gün içinde uykusuzluk şikayeti olanların puan ortalaması $26,17 \pm 3,93$ iken, şikayeti olmayanların puan ortalaması $26,90 \pm 4,10$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p = 0.008$).

Stres Yönetimi alt ölçeğinde gün içinde uykusuzluk şikayeti olanların puan ortalaması $17,48 \pm 3,58$ iken, şikayeti olmayanların puan ortalaması $19,58 \pm 3,69$ idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$).

Tablo 21. Uykusuzluk Şikayeti Varlığına Göre SYBDÖ-2 Puan Dağılımı

	Uykusuzluk Şikayeti		
	Var(n=361)	Yok(n=550)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	19,56±4,81	20,80±5,39	<0.001
Fiziksel Aktivite	15,63±4,82	17,61±5,46	<0.001
Beslenme	20,08±3,89	21,39±4,27	<0.001
Manevi Gelişim	24,69±4,73	27,33 ±4,83	<0.001
Kişilerarası İlişkiler	26,17±3,93	26,90±4,10	0,008
Stres Yönetimi	17,48±3,58	19,58±3,69	<0.001
SYBD toplam puanı	123,64±17,64	133,64±19,36	<0.001

Yapılan tek değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlere çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 22). Lojistik regresyon analizi sonucunda cinsiyet ile akıllı telefon bağımlılığı riski arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılığı devam etmemiştir. Akıllı telefon bağımlılığı riski; sevgilisi olmayanların olanlara göre (OR:1,48 %95 CI:1,07-2,03) kat, kendisini akıllı telefon bağımlısı olarak görenlerin görmeyenlere göre (OR:6,86 %95 CI:4,99-9,42) kat, gün içinde uykusuzluk şikayeti olanların olmayanlara göre (OR:1,52 %95 CI:1,08-2,14) kat artmaktadır. SYBDÖ-2 toplam puanındaki artış ise akıllı telefon bağımlılığı riski açısından koruyucu olarak saptanmıştır. (OR:0,99 %95 CI:0,98-0,99)

Tablo 22. Akıllı Telefon Bağımlılığı Riski İle İlişkili Etmenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Çok Değişkenli Analiz		
Cinsiyet	OR	%95 CI	p değeri
Erkek(ref)			
Kadın	1,02	0,74-1,39	0,891
Sevgililik Durumu			
Var(ref)			
Yok	1,47	1,07-2,03	0,016
ATB Farkındalık			
Var	6,86	4,99-9,42	0,000
Yok(ref)			
Uykusuzluk Şikayeti			
Var	1,52	1,08-2,14	0,016
Yok(ref)			
SYBDÖ-2 puanı	0,99	0,98-0,99	0,030

5 TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bazı sosyodemografik özellikleriyle bu durumların karşılaştırmaları yapılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğiyle değerlendirilmeyen uyku ve sağlık durumları öğrencilerin öznel değerlendirmeleri doğrultusunda araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamıza katılan 911 öğrencinin %34,1'i akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli olarak değerlendirilmiştir. Literatüre baktığımızda akıllı telefon bağımlılık oranları değişkenlik göstermektedir. Noyan ve arkadaşlarının 370 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada akıllı telefon bağımlılığı oranı %22 bulunmuştur (23). Çin'de 1441 tıp fakültesi öğrencisiyle yapılan bir çalışmada bu oran 29,8 (119), Haug ve arkadaşlarının 2018'te İsviçre'de 1519 meslek okulu öğrenci ile yaptığı çalışmada bu oran %16,9 (120). Hindistan'da 2017 yılında 212 tıp fakültesi öğrencisi ile yapılmış bir araştırmada akıllı telefon bağımlılığı sıklığı %34,4 olarak belirtilmektedir (121). Brezilya'da 2019 yılında üniversite öğrencileri ve erişkinlerin dahil olduğu bir çalışmada toplam prevalans sırasıyla %39,4 ve %42,9 olarak saptanmıştır (122).

Ülkemizde aynı ölçekle yapılan çalışmalar göz önüne alındığında; Pamukkale Üniversitesi'nde farklı fakültelerde eğitim alan 1515 öğrenci ile yapılan bir tez çalışmasında akıllı telefon bağımlılığı için riskli grup %34,6 olarak saptanmıştır (123). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 104 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %43,3' ü akıllı telefon bağımlılığı için riskli olarak değerlendirilmiştir (124). Yine 2020 yılında yayınlanan 161 sağlık bilimleri fakültesi öğrencisi ile yapılan bir çalışmada riskli grubun oranı %31,1 olarak bulunmuştur (125). Erzurum'da 741 üniversite öğrencisi ile yapılan bir tez çalışmasında ise akıllı telefon bağımlılığı riski %37,3 olarak saptanmıştır (126). Çalışmamızda bulunan akıllı telefon bağımlılığı riski sıklığı ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekle beraber yurtdışındaki çalışmalardan farklı sonuçlar saptandığı da görülmektedir. Bu farklılık yaşanan coğrafya, sosyokültürel sebepler, çalışmaların yapıldığı yılların farklı olması nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

2019 yılında yayınlanan çocuk ve genç popülasyonda akıllı telefon problemleri kullanımının ve psikiyatrik ve mental sonuçlarının araştırıldığı bir sistematik derlemede değerlendirmeye aldığı 31 çalışmada prevalansın %10 ile %30 arasında değiştiği gözlenmiştir (127).

Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı riski cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlardaki puan ortalaması ve akıllı telefon bağımlılığı riski erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürdeki araştırmalarda akıllı telefon bağımlılığı kadınlarda oransal olarak yüksek olsa da bu konuda bir fikir birliği yoktur. Kwon ve arkadaşlarının Güney Kore’de yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur (115). Noyan ve arkadaşlarının çalışmasında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (23). Yine Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada kız öğrencilerin akıllı telefon bağımlılık ölçek puan ortalamalarının erkek öğrencilere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir (128). Çin’de tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır (119). Yapılan iki derleme çalışmasında araştırmaların çoğunlukla kadınlarda akıllı telefon bağımlılığı riskinin daha fazla olduğu ama farkın anlamsız ve erkeklerin daha yüksek puana sahip olduğu çalışmaların da varlığı belirtilmiştir. Yine bu çalışmalarda kullanım amaçları nedeniyle bu farklılığın oluşabileceği üzerinde de durulmuştur. Bu farkın sebebinin kadınların akıllı telefonlarını sosyal paylaşım ağlarında erkeklere nazaran daha aktif kullanmaları kaynaklı olabileceği belirtilmiştir (22,119). Güney Kore’de yapılan bir başka araştırmada ise oranlardaki bu yüksekliğin sebebinin kadınların yüksek özbebildirim yapmalarına ve farkındalıklarının daha fazla olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür (129). Akıllı telefon bağımlılığının cinsiyete göre değerlendirilmesi sonucu çıkan tutarsız prevelans sonuçları için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda sigara kullanan öğrencilerin %35,9’u, alkol kullanan öğrencilerin ise %34,5’ i akıllı telefon bağımlılığı için riskli olarak değerlendirilmiştir ancak kullanmayanlara göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. İstanbul’da üniversite öğrencilerinin tütün kullanım bozukluğu ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelendiği tez çalışmasında sigara kullanan öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puan ortalaması kullanmayanlara göre yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (130). Erkul ve arkadaşlarının aile hekimliğine başvuran genç erişkinlerde yaptığı çalışmada da akıllı telefon bağımlılığı ve sigara, alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (131). Yurtdışındaki çalışmalarda da alkol ve sigara kullanımıyla akıllı telefon bağımlılığı riski arasındaki ilişki çelişkilidir. Tek seferde ve/veya çok miktarda alkol kullanımının akıllı telefon bağımlılığı için belirleyici olabileceği ileri

sürülmüştür. Sigara kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı riski için de farklı sonuçlar elde edilmiştir, birkaç çalışma anlamlı ilişki bulmasına rağmen anlamlı ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur. Bunun sebebi çalışmaların farklı popülasyon ve yaş gruplarında farklı ölçeklerle ve sigara kullanım durumunun farklı şekillerde değerlendirilmesi olabilir (132-137).

Çalışmamızda öğrenciler gelir düzeylerine göre akıllı telefon bağımlılığı riski açısından değerlendirildiğinde en yüksek yüzde düşük gelir grubuna aitti ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Çin’de 1000 öğrenci ile yapılan bir çalışmada gelir düzeyi yüksek öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığı yüksek bulunmuştur (138). Brown ve arkadaşları ise daha düşük gelir seviyesindeki öğrencilerin akıllı telefonlarıyla daha fazla vakit geçirdiğini belirtmiştir. Bunun sebebinin gelir seviyesi yüksek olanlarda internet erişiminin diğer mobil cihazlarla da olabileceği öngörülmüştür (139). King Saud Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da gelir düzeyi düşük öğrencilerde akıllı telefon bağımlılık oranı daha yüksek olarak bulunmuştur (140). Akıllı telefonların pek çok farklı amaçlarla kullanımı bu farklı sonuçların sebebi olabilir. Mobil internet erişim ücretleri internette alışveriş, çevrimiçi oyunlar, sosyal paylaşım siteleri ve bunların kullanımı sosyoekonomik durumla ilişkilidir (135).

Çalışmamızda öğrencilerin kiminle yaşadıkları ile akıllı telefon bağımlılığı riski arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ünal ve arkadaşları tarafından 2015 yılında, Şengelen ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan çalışmalarda da çalışmamızla benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (141,142). Çalışmamızda şaşırtan sonuç en yüksek yüzdenin ailesiyle yaşayanlara ait olması oldu. Ailenin de akıllı telefon fazla kullanımını davranış olarak normalleştirilmesi ve benzer ilgi nedeniyle denetim mekanizmasını ortadan kaldırması bu duruma neden olmuş olabilir (143).

Çalışmamızda sevgilisi olmayan öğrencilerin %36,7’si sevgilisi olanların %30,2’si akıllı telefon bağımlılığı açısından daha riskli olarak değerlendirilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Casey ve arkadaşlarının 414 öğrenciyle Çin’de, Park ve arkadaşlarının 330 Koreli öğrenciyle yaptıkları çalışmalarda akıllı telefon bağımlılığı açısından daha riskli grubun kendini daha yalnız hissettiği bulunmuştur (144,145). Aker ve arkadaşlarının 2015 yılında 494 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada sevgili varlığı ile akıllı telefon bağımlılığı riski arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (132). Çin’ de 3211 erişkinle yapılan bir çalışmada ise hiç evlenmeyenlerin

akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanları evlenenlere ve evlenip boşananlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu farkın eşlerin iletişim amaçlı sesli arama ve mesajlaşma sıklığının artması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür (135,146). Darcin ve arkadaşlarının 367 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada kadın cinsiyette yalnızlık ölçeği puanlarıyla akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (147). Çin’de 438 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada da yalnızlık akıllı telefon bağımlılığı için güçlü bir belirleyici olarak değerlendirilmiştir (148).

Çalışmamızda öğrencilere kendilerini akıllı telefon bağımlısı olarak görüp görmedikleri sorulmuştur. Evet yanıtı verenlerin %57,2’si hayır yanıtı verenlerin 15,9’u akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli olarak değerlendirilmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kwon ve arkadaşlarının Güney Kore’de yaptıkları çalışmada ve Noyan ve arkadaşlarının çalışmasında kendilerini akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirenlerin değerlendirmeyenlere göre ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (17,23). Van’da 429 üniversite öğrencisi ile yapılan bir tez çalışmasında da benzer anlamlı ilişki bulunmuştur (149). Üniversite öğrencilerinde bu farkındalığın gelişmiş olması gerektiği takdirde yapılabilecek müdahaleler için önemli bir belirleyici olabilir.

Kim ve arkadaşlarının Güney Kore’de 606 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada düşük sağlık durumu algısı ile akıllı telefon aşırı kullanım riski arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatürde akıllı telefon bağımlılığı ile subjektif sağlık durumu ilişkisinin incelendiği çalışma sayısı sınırlıdır. Çalışmamızda anlamlı ilişki bulunamamasının sebebi sosyokültürel etkenler ve öğrencilerin farklı ölçeklerle değerlendirilmesi olabilir (150).

Çalışmamızda öğrencilerin uyku kalitelerini öznel değerlendirmeleri ve gün içinde uykusuzluk şikayetleri olup olmadığı soruldu. Kötü uyku kalitesi ve gün içinde uykusuzluk şikayeti olması durumu akıllı telefon bağımlılığı riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde bu konuda yapılan araştırmaların sonuçları çalışmamızla uyumludur. Moottari ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uzun süreli akıllı telefon kullanımının uyku bozukluklarına, parlak ışığa bağlı yorgunluk veya uyku yoksunluğu gibi durumların artmasına sebep olduğu belirtilmektedir (151). Yapılan başka bir araştırmada problemlili telefon kullanımının uyku ertelenmesine, uyku saatlerinin değiştirilmesine, sosyal medya bildirimlerine merak ve cevap verme isteği, gelen çağrı ve mesajlar nedeniyle

uykunun bölünmesine sebep olmaktadır aynı çalışmada mavi ışığın melatonin hormonuna etkisiyle sirkadiyen ritmi olumsuz etkilemekte olduğu da belirtilmiştir (152). Amerika’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada problemli cep telefonu kullanımıyla kötü uyku kalitesi arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyon ilişkisi bulunmuştur (153). Hindistan’da 2015 yılında 587 adolesanla ve 2017 yılında 240 tıp öğrencisiyle yapılan araştırmalarda akıllı telefon fazla kullanımı olanlarda uyku kalitesi anlamlı olarak kötü olarak bulunmuştur (154,155). Demirci ve arkadaşlarının 319 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada da akıllı telefon aşırı kullanımının uyku problemleri ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur (128). Bener ve arkadaşlarının 18-25 yaş aralığında 2350 üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada internet bağımlılığı ve uyku problemleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (156).

Öğrencilerin sağlık durumlarını öznel değerlendirmeleriyle akıllı telefon bağımlılığı riski arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Güney Kore’de 2016 yılında 608 üniversite öğrencisiyle yapılan araştırmada algılanan sağlık durumu kötü olarak değerlendirilmesi ile akıllı telefon aşırı kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (150). Literatürde akıllı telefon bağımlılığı ve sağlık durumu algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Anlamlı ilişki bulamamamızın sebebi çalıştığımız popülasyonun genç olması sosyodemografik farklılıklar ve farklı ölçeklerin kullanılması kaynaklı olabilir. Daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Akıllı telefon bağımlılığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sayısı literatürde sınırlıdır. Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli bulunan grubun risksiz gruba göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Japonya’da üniversite öğrencileriyle yapılan, cep telefonu bağımlılığı ve sağlıkla ilişkili yaşam tarzının değerlendirildiği çalışmada erkek katılımcıların sigara ve alkol alışkanlığı, günlük uyku süresi düzenli fiziksel aktivite, stres seviyesi, dengeli beslenme ve kahvaltı alışkanlığı gibi sağlıkla ilişkili yaşam tarzları ile cep telefonu kullanma süresi arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (157). Yine Toda ve arkadaşlarının 2012’de 139 tıp öğrencisi ile yaptığı araştırmada sağlıkla ilişkili yaşam tarzı ölçeğinden düşük puan alınmasıyla akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (158). Yine benzer şekilde Won ve arkadaşlarının Seul’de 323 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada akıllı telefon bağımlılığına yatkınlığı olan

öğrencilerin daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (159).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerine bakıldığında çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli öğrencilerin Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim ve Stres Yönetimi alt ölçekleri puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Kişilerarası İlişkiler alt ölçeklerindeyse anlamlı ilişki bulunamamıştır. Akıllı telefon kullanımının yaşam memnuniyeti, kişisel ve psikolojik iyilik hali ile ilişkisi tartışmalı bir konudur. Çünkü üretkenliğe olan katkısı sosyal ilişkileri kolaylaştırması açısından işlevselliği tartışılmaz düzeydedir. Yeni arkadaşlıklar ve sosyal ilişkiler kurmak (160), e-kitap okumak (161) gibi öznel iyilik haline katkı veren davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Bunların aksine aşırı akıllı telefon kullanımının sosyal ve romantik ilişkilerde düşük tatmin ile ilişkilendirildiği çalışmalar da mevcuttur (162,163). Kumcağız ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da akıllı telefon bağımlılığı ile psikolojik iyilik hali arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (164). Hong Kong'da 1502 erişkinle yapılan bir çalışmada yüz yüze iletişim telefonlarla yapıldığına göre daha iyi aile içi iletişim ve daha yüksek ailenin iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur (146).

Çin'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada kişinin kendisi hakkında işlevsel olmayan olumsuz tutumlara sahip olmasının bireyin benlik saygısının düşmesine sebep olduğu; düşük benlik saygısının da akıllı telefon bağımlılığı eğilimini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireyin benlik saygısını ve öz yeterliliğini artırmanın akıllı telefon bağımlılığı riskini azaltabileceği ifade edilmiştir (165).

Vahedi ve arkadaşlarının yaptıkları meta-analitik derlemede dahil ettikleri çalışmalarda stres ve akıllı telefon bağımlılığı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı riski olan öğrencilerin stres yönetimi alt ölçeği puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Ancak çalışmalardan bazıları stresin akıllı telefon kullanımına yol açtığını bazıları ise aksini iddia etmiştir. Nedensel iddialarda bulunulabilmesi için deneysel tasarımları içeren daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (166).

Son dönemde literatürde depresyon, anksiyete, yalnızlık, benlik saygısı ve yaşam doyumu gibi psikolojik faktörlerin akıllı telefon ve sosyal medya bağımlılığı üzerindeki etkisini araştıran çalışma sayısı artmaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres problemleri akıllı

telefon kullanımıyla ilişkilendirilmekle beraber benlik saygısı ve yaşam doyumu ile arasında tutarsız bir ilişki mevcuttur. Bunun sebebi benlik saygısı düşük olan kişilerin sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunları genellikle internet kullanarak telafi etmeleri, benlik saygısı ve özgüveni yüksek olanların ise gerçek hayatta çok sayıda arkadaşları olmasına karşın internet üzerinde de arkadaş edinmekten ve sosyal çevrelerini genişletmekten büyük keyif almaları olarak düşünülmüştür (167). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere manevi gelişim (tinsellik) ve kişilerarası ilişkiler ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki konusunda net bir kanıya varmak güçtür. Farklı yaş grupları, sosyodemografik etkenler, farklı akıllı telefon kullanım amaçları ve alışkanlıkları bu tutarsız sonuçlara neden olmuş olabilir.

Kore’de 2017 yılında yapılan bir araştırmada akıllı telefon bağımlılığı daha az meyve sebze ve süt ürünü tüketimi gibi sağlıksız beslenme davranışları ve daha yüksek BKİ ile ilişkilendirilmiştir (168). Domoff ve arkadaşlarının adolesanlarla yaptığı araştırmada da benzer şekilde akıllı telefon aşırı kullanımı, beslenme bozuklukları ve vücutta yüksek yağ yüzdesi ile ilişkili bulunmuştur (169). Alosaimi ve arkadaşlarının 2367 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada problemli akıllı telefon kullanımı fast-food tüketimi, fazla kilo ve daha az egzersiz gibi sağlıksız yaşam tarzı davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir (170).

İsviçre’ de Haug ve arkadaşlarının (120), Japonya’da Toda ve arkadaşlarının (158), ülkemizde de Yayan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yetersiz fiziksel aktivitenin yüksek düzey akıllı telefon bağımlılığı ile yakından ilişkili olduğu raporlanmıştır (171).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak düşük fiziksel aktivite alt ölçeği puanı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Beslenme alt ölçeğinde ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun ailesinden ayrı yaşaması ve üniversite döneminin beslenme açısından problemlerin yaşanabileceği bir dönem olmasından kaynaklanmış olabilir. Öğrencilerin ailelerinden uzakta kalmaları, ekonomik problemler, üniversite ile değişen yaşam şekilleri nedeniyle beslenme alışkanlıkları da değişmektedir. Düzensiz ve dengesiz beslenme, öğün atlama gibi problemler bu dönemde yaşanabilmektedir (172).

Sağlık sorumluluğu alt ölçeği ile akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Güzel ve arkadaşlarının 375 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada %33,2’si akıllı telefonları çevrimiçi olarak sağlık ve medikal bilgilere erişebilmek için

kullandığını belirtmişlerdir (173). Kontos gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların çevrimiçi olarak doktor ve sağlık hizmeti sağlayıcı aradığı, doktor ile e-posta aracılığı ile yazıştığı, sağlık deneyimlerini sosyal medyada paylaştığı, beslenme-fiziksel aktivite-kilo kontrolü gibi konularda telefon uygulaması (aplikasyon) indirdiği belirtilmiştir (174). Sağlık bilgisi arama davranışı üzerine yapılan pek çok çalışmada da üniversite öğrencilerinin internet ve sosyal medyayı sağlık konularını araştırmak için yaygın bir şekilde kullandığı tespit edilmiştir (175-178). Sağlık sorumluluğu kişinin sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi ve gerektiğinde profesyonel bir yardıma başvurabilmesini kapsar. Akıllı telefon bağımlılığıyla anlamlı ilişki olmama sebebi akıllı telefon bağımlılığı riski yüksek olanların e-sağlık hizmetlerini aktif kullanabiliyor olmaları olabilir.

Akıllı telefon bağımlılığı ve psikiyatrik, fiziksel ve sosyal sonuçları ile ilgili yapılan çalışma sayısı her geçen gün artmaktadır. Çalışmalar daha çok psikiyatrik ve sosyal problemlere öncelik vermiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili literatür sınırlıdır. Akıllı telefonların doğru kullanımıyla birçok kazanım da pek tabii mümkündür ve son dönemde obezite, madde bağımlılığına yönelik müdahale çalışmalarında, kronik hastalıkların takibinde hatta Covid-19 pandemisiyle birlikte hasta görüşmelerinde kullanılmaya başlanmıştır. Sonuçlarının yanında bu bağımlılığın nedenleri ve akıllı telefon kullanım paternleri de son yılların güncel araştırma konularıdır. Yaşamımızın artık vazgeçilmez bir parçası olan akıllı telefonlarda bağımlılık kavramında nedenselliği gösterebilmek için öznel değerlendirmelerden ziyade objektif verilere dayanan deneysel tasarımlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

6 SONUÇ VE ÖNERİ

Sonuç

- Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Kampüsü'nde eğitim gören öğrencilerin %34,1'i akıllı telefon bağımlılığı açısından riskli bulunmuştur.
- Kadın cinsiyet, sevgilinin olmaması, kendini akıllı telefon bağımlısı olarak görmek, kötü uyku kalitesi ve gün içinde uykusuzluk şikayeti varlığı, akıllı telefon bağımlılığı riskini anlamlı olarak etkilemiştir.
- Akıllı telefon bağımlılığı riski olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Öneri

Teknolojik bağımlılıklar özellikle akıllı telefon bağımlılığı son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Bu artış sadece kullanıcılara sağlanan muazzam kolaylık ve faydalarla değil aynı zamanda olumsuz sosyal, psikolojik ve fiziksel sonuçlarla da ilişkilidir. Akıllı telefon bağımlılığı riski artan sayıda ülkede önemli bir halk sağlığı sorunu boyutuna doğru ilerlemektedir.

Teknolojik bağımlılıklar açısından riskli bir grup olan adölesanlar ve genç erişkinler akıllı telefon bağımlılığı açısından değerlendirilmelidir. Sosyal ilişkilerin ve iletişimin yanında çalışma hayatının da merkezinde olan akıllı telefonların hayatımızın vazgeçilmez bir parçası olduğu aşıkardır ancak riskli kullanım konusunda farkındalık oluşturulmalıdır. Hastayı biyopsikososyal bir bütün olarak inceleyen birinci basamakta, gençlerin sağlıkları ve sosyal hayatlarıyla ilgili pek çok problemle ilişkili olabilecek akıllı telefon bağımlılığının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Sorunun büyüklüğü ve nedenselliği ortaya çıkarabilmek için genelgeçer tanı kriterleri ve objektif verilerle deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

7 KAYNAKLAR

1. Park N, Kim YC, Shon HY, Shim H. Factors influencing smartphone use and dependency in South Korea. *Computers in Human Behavior* 2013; 29:1763-1770.
2. Elhai JD, Dvorak RD, Levine JC, Hall BJ. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorder* 2017;207:251–259.
3. Kim SE, Kim JW, Jee YS. Relationship between smartphone addiction and physical activity in Chinese international students in Korea. *Journal of Behavioral Addictions* 2015;4(3):200-5.
4. Nasar J, Hecht P, Wener R. Mobile telephones, distracted attention, and pedestrian safety. *Accident Analysis Prevention* 2008;40(1):69-75.
5. Köse, S., Oral, L., & Türesin, H. (2012). İş yaşamında sosyal kolaylaştırma kavramı ve sanal kaytarma ile ilişkisi: Araştırma görevlileri üzerinde bir araştırma. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 287-295.
6. Ada S, Tatlı HS. Akıllı telefon kullanımını etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. K Maraş Sütçü İmam Üniversitesi İşletme Bölümü, Kahramanmaraş 2012. Erişim Adresi: <http://ab.org.tr/ab13/bildir/74.pdf>. (Erişim Tarihi: 20.12.19).
7. Dirik, K. (2016). Ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ile öz-güven arasındaki ilişkilerin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
8. KUYUCU, Mihalıs. Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı:“Akıllı telefon (kolik)” üniversite gençliği. *Global Media Journal TR Edition* ;2017; 7.14: 328-359.
9. Choudhary, A. Smartphones and their impact on net income per employee for selected U.S. Firms, *Review of Business and Finance Studies*,2014, Volume: 5, Number: 2.
10. TÜİK 2019. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 (Erişim Tarihi: 15.03.2020).
11. We Are Social. <https://wearesocial.com/special-reports/digital-in-2019-global-overview> (Erişim Tarihi:20.01.2020).
12. Taneja C. The psychology of cellular phone use. *Delhi Psychiatry Journal* 2016, 17: 448-451.
13. Lee H, Kim J, Fava M, Mischoulon D, Park J, Shim E, Lee EH, Lee JH, Jeon HJ. Development and validation study of the smartphone overuse screening questionnaire. *Psychiatry Res* 2017, 257: 352-7.
14. Waytz A, Gray K. Does online technology make us more or less sociable? a preliminary review and call for research. *Perspect Psychol Sci* 2018, 13: 1-19.
15. Pancani L, Preti E, Riva P. The psychology of smartphone: the development of the smartphone impact scale (SIS). *Assessment* 2019, 2: 1073191119831788.
16. Al-Khlaiwi T, Meo SA. Association of mobile phone radiation with fatigue, headache, dizziness, tension and sleep disturbance in Saudi population. *Saudi medical journal*. 2004;25(6):732-6.
17. Kwon M, Lee JY, Won WY, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PLoS One*. 2013;8(2):e56936.
18. Choi HS, Lee HK, Ha JC. 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):15-1005.
19. Ünal A, T, Arslan, A. Devlet ve vakıf üniversiteleri eğitim fakültesi öğrencilerinin cep telefonu kullanım sıklıklarını ve marka tercihlerinin karşılaştırılması, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*. 2013;12 (1):1-19.

20. Dredge R, Gleeson J, de la Piedad Garcia X. Cyberbullying in social networking sites: An adolescent victim's perspective. *Computers in Human Behavior*. 2014;36: 13-20.
21. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychol Behav* 2005, 8: 39-51.
22. De-Sola Gutiérrez J, Rodríguez de Fonseca F and Rubio G (2016) Cell-Phone Addiction: A Review. *Front. Psychiatry* 7:175.
23. Noyan, C. O. ; Darçın, E.A. ; Nurmedov, S. ; Yılmaz , O. ; Dilbaz, N. Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin kısa formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16 (Özel Sayı. 1), 2015,73-81.
24. Griffiths MD. Internet addiction: An issue for clinical psychology? *Clinical*.
25. Young KS. Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet.
26. Anderson KJ. Internet use among college students: an exploratory study. *J Am*.
27. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold MS, Stein DJ. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depress Anxiety*; 2003; 17:207-216.
28. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction: a review of the psychological literature. *Int J Environ Res Public Health*; 2011; 8:3528-3552.
29. Griffiths MD. Social networking addiction: emerging themes and Issues. *J Addict Res Ther*; 2013; 4:e118.
30. Van den Eijnden RJJM, Lemmens JS, Valkenburg PM. The Social Media Disorder Scale. *Comput Human Behav*; 2016; 61:478-487.
31. Lin YH, Chang LR, Lee YH, Tseng HW, Kuo TB, Chen SH. Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI), 2014. *PLoS One*; 9:e98312.
32. Griffiths M. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum* 1995, 76: 14-19.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
34. Young K . Internet Addiction: Symptoms, Evaluations And Treatment. University Of Pittsburg At Bradford, 1999.
35. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck Jr PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric Features Of Individuals With Problematic Internet Use. *Journal Of Affective Disorders*;2000; 57(1-3): 267-272.
36. Yen CF, Tang TC, Yen JY, Lin HC, Huang CF, Liu SC, Ko CH. Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in southern Taiwan. *J Adolesc* 2009; 32:863-873.
37. Larson JS. The Measurement of Health: Concepts and Indicators. Greenwood Publishing Group; 1991:1-7.
38. Bircher J. Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Med Health Care Philos*.2005;8(3):335-41.
39. Terris M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health*. 1975;65(10):1037-1045.
40. Bowling A. Measuring Health. McGraw-Hill Education (UK); 2004:7.
41. Slee VN, Slee DA, Schmidt HJ. Slee's Health Care Terms. Jones & Bartlett Learning; 2001:268-282.
42. WHO. Constitution, International Health Watch. [http:// www. who.org/iphw/whoconst .htm1](http://www.who.org/iphw/whoconst.htm1) (Erişim Tarihi: 19.01.2020).
43. Şanlı D, Platin N. The effect of biomedical model on nursing. *International Journal of Human Sciences* 2015;12(2):897-908.
44. Yılmaz N, Erdem R. Uzmanlaşma ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 2016;7(16):35-47.
45. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *TJFMPC* 2012;6(1):13-21.

46. Uzun A. Kalp yetersizliği: birincil ve ikincil korunmada birinci basamak hekiminin önemi. Klinik Gelişim 2011;24(2):76-9.
47. WHO | WHO Global Health Promotion Conferences erişim adresi: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> erişim tarihi: 20.02.2020.
48. Kavukçu E, Akdeniz M. Dördüncül koruma: önce zarar verme. Turk Aile Hek Derg 2017;21(2):74-81. .
49. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing - Revised Reprint: Population Centered Health Care in the Community. Elsevier Health Sciences 2013:260-267.
50. Porche DJ. Public and Community Health Nursing Practice: A Population-Based.
51. Fair, Fair SE. Wellness and Physical Therapy. Jones & Bartlett Publishers.
52. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoulle M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Primary Care 2010;10:350-4.
53. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. Yaşlılık döneminde koruyucu sağlık bakımı. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care 2016;10(1):34-41. .
54. BENTZEN, Niels (ed.). WONCA dictionary of general/family practice. Wonca International Classification Committee, 2004. Erişim Adresi: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf> (Erişim Tarihi: 15.01.2020).
55. Carlos JS, Metsemakers JF. Wonca: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Eur J Gen Pract 2011;17(3):193-4. 55 .
56. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009;8(5):421-426.
57. Sohng KY, Sohng S, Yeom HA. Health-promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. Public Health Nursing 2002;19(4):294-300.
58. Aktan CC, Işık AK. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. Erişim adresi: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim.../pdf.../sagligin-korunmasi.pdf> Erişim tarihi: 04.05.2019. .
59. World Health Organization: Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. 2009, Geneva: World Health Organization https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf Erişim Tarihi:10.10.19.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı., Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler., Anıl Matbaacılık, Ankara, 2011. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9FI%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf> E.T:1.11.20.
61. Kıvanç MM. Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2015; 3(2):162-166. .
62. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S.. Sağlığın geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, İstanbul, 2009; 72(1):29-35. .
63. TC Sağlık Bakanlığı. Stratejik plan 2010-2014. Erişim adresi: <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrosur/files/stratejikplan.pdf> Erişim tarihi: 20.05.2019.
64. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. EUROPREV Network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005; 40:595-601.
65. WONCA EUROPE. Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. 2002, <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>, Erişim tarihi: 15.02.2020. .
66. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2017; 21(2):74-81. .

67. The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, 2002. .
68. Görpelioğlu S. Sağlıklı yaşam tarzı ve davranış değişikliği. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi 2009; 1:36-41. .
69. Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın Geliştirilmesi ve Aile Hekimlerinin Rol. TJFMPC 2013; 7(3):46-51.
70. American Academy of Family Physicians (AAFP). Curriculum guideline reprint no. 267: Health promotion and disease prevention, 2010. 47.
71. Adıbelli D, Olgun S, Turan GS. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2017;6(1):8-17.
72. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2017;44(1):1-12. .
73. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3:105. .
74. WHO. The World health report: 2002 : reducing risks, promoting healthy life. 30.01.2020. (<http://www.who.int/whr/2002/en/html>) .
75. Allender JA, Spradley WB. Health Promotion and Wellness. Community Health Nursing Concept and Practice, 5th Edition, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
76. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007;21(5):211-20.
77. Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, et al. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2009 ve 16(2):75-81.
78. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7 edition. Pearson; 2014:6–17.
79. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research 1996;45(1):30-36. .
80. Lusk SL, Ronis DL, Hogan MM. Test of the health promotion model as a causal model of construction workers' use of hearing protection. Research in Nursing & Health 1997;20(3):183-94. .
81. Ağar A. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2017.
82. Chew F, Palmer S, Slonska Z, Subbiah K. Enhancing health knowledge, health beliefs, and health behavior in Poland through a health promoting television program series. Journal of Health Communication 2002;7(3):179-96. .
83. Demirel H. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014:10-20.
84. Kayapınar FC. Physical activity levels of adolescents. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2012;47:2107–2113.
85. Global Recommendations on Physical Activity for Health,WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2010:9-11.
86. Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical Activity and Health 2nd Edition. Human Kinetics; 2012:3–34.
87. Miles L. Physical activity and health. British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin 2007;32(4):314–363.
88. Sencer E, Orhan Y. Beslenme. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2005:1-8.
89. Soylu M. Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Marmaris-Muğla, 9-12 Kasım, 2006:37.

90. World Health Organization (WHO).Body Mass İndex Classification.
91. The Global Nutrition Report, From promise to impact ending malnutrition by 2030. International Food Policy Research Institute; A Peer-Reviewed Publication 2016:8-13.
92. Satman I, Grubu T-IÇ. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği erişim adresi:http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf erişim tarihi:12.12.2019.
93. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 3. baskı Ankara, 2016:11-31.
94. Öztürk Y, Günay O, Halk Sağlığı Genel Bilgiler. C. 1. Erciyes Üniversitesi; Kayseri 2011:1248–1250.
95. Sayan A. Beslenme Alışkanlıkları ve Temel Besin Gereksinimleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;2(2):53-65.
96. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2004:10-24.
97. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik; Ankara 2015(1):15-35.
98. Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in Turkey. Contemporary Nurse 2016; 52(4): 454-461.
99. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain 2005; 116: 311-321. .
100. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007;8(1):47-50.
101. Love P, Talbot D. Defining spiritual development: a missing consideration for student affairs. NASPA Journal 2000;37(1):361-75.
102. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2001;14(4):352-7.
103. Aydın A, Hiçdurmaz D, Kişilerarası Duyarlılık ve Hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016;7(1):45–49.
104. Chen M-Y. The Effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nurs. 1999;16(2):125–32.
105. Aksoy T. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
106. Fink G. Stress: definition and history. Encyclopedia of Neuroscience 2009; 9: 549-555.
107. Artan İ. Örgütsel Davranış, (İçinde) “Örgütsel Stres Kaynakları ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama”. 1. Baskı, İstanbul: Basisen Eğitim ve Kültür Yayınları, 1986: 15-23.
108. Muris P, Schmidt H, Lambrichs R. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. Behaviour Research and Therapy 2001; 39: 555-565.
109. Güçlü N. Stres Yönetimi. GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001;21(1):91–109.
110. Akçakaya RÖ, Erden SÇ. Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım. Turkish Family Physician 2014;5(2):18-25.
111. Erdoğan T, Ünsar AS, Necdet S. Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2009;14(2):447-461.
112. Coon D, Mitterer JO. Psychology: A Journey. Wandsword Cengage Learning, fifty edition, 2014:450–453.
113. Özlem A, Hazar G, Kılıç E, Korkmaz A. Üniversite Öğrencilerinde Stres Nedenlerinin ve Stresle Başa Çıkma Biçimlerinin Belirlenmesi. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2015 ve 8(4):213-232.

114. Şahin, B. (2007). Hemşirelik öğrencilerinin kendilerini anlatma ve stresle baş etme ilişkilerinin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans, İstanbul,(Danışman: Prof. Dr. N Sabuncu).
115. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. PLoS One 2013, 8: e83558.
116. Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J.: The health- promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36 (2): 76–81, 1987.
117. Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J.: The health- promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36 (2): 76–81, 1987.
118. Pinar, R., Celik, R. & Bahcecik, N. "Reliability and construct validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an adult Turkish population", Nurs Res, 58, 184-193 (2009).
119. Chen B, Liu F, Ding S, Ying X, Wang L, Wen Y. Gender differences in factors associated with smartphone addiction: a cross-sectional study among medical college students. BMC Psychiatry. 10 Ekim 2017;17(1):341.
120. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. Journal of Behavioral Addictions. 01 Aralık 2015;4(4):299-307.
121. Nowreen N, Ahad F. Effect of smartphone usage on quality of sleep in medical students. Natl J Physiol Pharm Pharmacol 2018;8(10):1366-70.
122. Andrade, A. L. M., Scatena, A., Martins, G. D. G., de Oliveira Pinheiro, B., da Silva, A. B., Enes, C. C., ... & Kim, D. J. (2020). Validation of smartphone addiction scale–Short version (SAS-SV) in Brazilian adolescents. Addictive Behaviors, 110, 106540.
123. 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.
124. Can, Hilal Başak, and Filiz Tuna. "Relation between endurance of deep cervical flexor muscles and physical activity level, perceived stress, sleep quality, and smartphone addiction." CRANIO® (2020): 1-.
125. Ozkaya, Hilal, et al. "Evaluation of the frequency/addiction of smartphone use and its effect on sleep quality in university students." Annals of Medical Research 27.2 (2020): 657-63.
126. Akın G. Erzincan Üniversitesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılık düzeyinin belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi / Tıp Fakültesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzincan.
127. Sohn, S., Rees, P., Wildridge, B. et al. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. BMC Psychiatry 19, 356 (2019).
128. 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.
129. Lee KE, Kim S-H, Ha T-Y, Yoo Y-M, Han J-J, Jung J-H, vd. Dependency on Smartphone Use and its Association with Anxiety in Korea. Public Health Rep. 01 Mayıs 2016;131(3):411-9.
130. Uğurlukol M. Üsküdar Üniversitesi Öğrencilerinde Tütün Kullanım Bozukluğu ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2017: 1-95.

131. Erkul A. Polikliniğe başvuran 18-25 yaş arasındaki kişilerde anksiyete-depresyon ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki, Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır, 2019: 1-61.
132. Aker, S., Sahin, M. K., Sezgin, S., & Oğuz, G. (2017). Psychosocial factors affecting smartphone addiction in university students. *Journal of Addictions Nursing*, 28(4), 215–219.
133. Alhazmi, A. A., Alzahrani, S. H., Baig, M., Salawati, E. M., & Alkatheri, A. (2018). Prevalence and factors associated with smartphone addiction among medical students at King Abdulaziz University, Jeddah. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(4), 984–.
134. Boumosleh, J., & Jaalouk, D. (2017). Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students – A cross sectional study. *PLoS One*, 12(8), e0182239.
135. Luk, T. T., Wang, M. P., Shen, C., Wan, A., Chau, P. H., Oliffe, J., Viswanath, K., Chan, S. S., & Lam, T. H. (2018). Short version of the Smartphone Addiction Scale in Chinese adults: Psychometric properties, sociodemographic, and health behavioral corre.
136. Yang, Y. S., Yen, J. Y., Ko, C. H., Cheng, C. P., & Yen, C. F. (2010). The association between problematic cellular phone use and risky behaviors and low self-esteem among Taiwanese adolescents. *BMC Public Health*, 10(1), 217.
137. Dey, Michelle, et al. "Problematic smartphone use in young Swiss men: Its association with problematic substance use and risk factors derived from the pathway model." *Journal of behavioral addictions* 8.2 (2019): 326-334.
138. 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.
139. AaBrown K, Campbell SW, Ling R. Mobile Phones Bridging the Digital Divide for Teens in the US? *Future Internet*. Haziran 2011;3(2):144-58.
140. Aljomaa, S. S., Qudah, M. F. A., Albursan, I. S., Bakhiet, S. F., & Abduljabbar, A. S. (2016). Smartphone addiction among university students in the light of some variables. *Computers in Human Behavior*, 61, 155-164.
141. Ünal M.H. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi TIP Fakültesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği ABD, Uzmanlık Tezi, 2015.
142. Şengelen M. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2016-2017 Dönemi 2. sınıf öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ve fiziksel aktivite ilişkisinin değerlendirilmesi, 2017.
143. SH Jeong, HJ Kim, JY Yum, Y Hwang. What type of content are smartphone users addicted to?: SNS vs. games. *Comput Hum Behav* 2016, 54: 10-17.
144. Park N, Lee H. Nature of youth smartphone addiction in Korea. *J Media Stud* 2014; 51:100-32. .
145. Casey BM. Linking psychological attributes to smart phone addiction, face-to-face communication, present absence and social capital. Graduation Project, Graduate School of the Chinese University of Hong Kong 2012.
146. Wang MP, Chu JT, Viswanath K, Wan A, Lam TH, Chan SS Using Information and Communication Technologies for Family Communication and Its Association With Family Well-Being in Hong Kong: FAMILY Project *J Med Internet Res* 2015;17(8):e207 .
147. Enez Darcin, A., Noyan, C., Nurmedov, S., Yilmaz, O., & Dilbaz, N. (2015). Smartphone Addiction in Relation with Social Anxiety and Loneliness Among University Students in Turkey. *European Psychiatry*, 30(S1), 1-1. doi:10.1016/S0924-9338(15)30398-9.

148. Jiang, Qiaolei, Yan Li, and Volha Shypenka. "Loneliness, individualism, and smartphone addiction among international students in China." *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 21.11 (2018): 711-718.
149. Gümüş A. Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Van, 2018: 25-58.
150. Kim, Hyun-Jin, et al. "Association between psychological and self-assessed health status and smartphone overuse among Korean college students." *Journal of Mental Health* 28.1 (2019): 11-16.
151. Moattari M, Moattari F, Kaka G, Kouchesfahani HM, Sadraie SH, Naghdi M. Smartphone Addiction, Sleep Quality and Mechanism. *International Journal of Cognition and Behaviour*, 2017; 1(1): 1-7.
152. Thomée S, Härenstam A, Hagberg M. Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults - a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 2011; 11(66): 1-11.
153. White AG, Buboltz W, Igou F. Mobile phone use and sleep quality and length in college students. *Int J Humanit Soc Sci* 2010;1(18):51-8. .
154. Soni R, Upadhyay R, Jain M. Prevalence of smart phone addiction, sleep quality and associated behaviour problems in adolescents. *Int J Res Med Sci* 2017;5(2):515-9.
155. Kurugodiyavar MD, Sushma HR, Godbole M, Nekar MS. Impact of smartphone use on quality of sleep among medical students. *Int J Community Med Public Health* 2018;5(1):101-9. .
156. Bener, Abdulbari, et al. "Internet addiction, fatigue, and sleep problems among adolescent students: A large-scale study." *International Journal of Mental Health and Addiction* 17.4 (2019): 959-969.
157. Toda M, Monden K, Kubo K, Morimoto K. Mobile phone dependence and health-related lifestyle of university students. *Social Behavior Personality: An International Journal*. 2006; 34(10): 1277-84.
158. Toda, Masahiro, and Satoko Ezoe. "Multifactorial study of mobile phone dependence in medical students: Relationship to health-related lifestyle, Type A behavior, and depressive state." *Open Journal of Preventive Medicine* 3.1 (2013): 99-103.
159. Won, Mi-Hwa, and Sun-Hwa Shin. "Mediating Effect of Smartphone Addiction Predisposition on the Relationship between Perceived Stress and Health-Promoting Lifestyle in University Students." *Journal of the Korea Convergence Society* 9.12 (2018): 449-458.
160. Chen, H.-T., & Li, X. (2017). The contribution of mobile social media to social capital and psychological well-being: Examining the role of communicative use, friending and self-disclosure. *Computers in Human Behavior*, 75, 958–965.
161. David, M. E., Roberts, J. A., & Christenson, B. (2018). Too much of a good thing: Investigating the association between actual smartphone use and individual wellbeing. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 34(3), 265–275. .
162. Chotpitayasunondh, V., & Douglas, K. M. (2016). How “phubbing” becomes the norm: The antecedents and consequences of snubbing via smartphone. *Computers in Human Behavior*, 63, 9–18.
163. Lapierre, M. A., & Lewis, M. N. (2018). Should it stay or should it go now? Smartphones and relational health. *Psychology of Popular Media Culture*, 7(3), 384–398.
164. Kumcagiz, Hatice, and Yüksel Gündüz. "Relationship between Psychological Well-Being and Smartphone Addiction of University Students." *International Journal of Higher Education* 5.4 (2016): 144-156. .

165. Yuchang, J., Cuicui, S., Junxiu, A., Junyi, L. (2017). Attachment styles and smartphone addiction in Chinese college students: The mediating roles of dysfunctional attitudes and self-esteem. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(5), 112.
166. Vahedi, Zahra, and Alyssa Saiphoo. "The association between smartphone use, stress, and anxiety: A meta-analytic review." *Stress and Health* 34.3 (2018): 347-358.
167. Chi-Ying Chen (2020) Smartphone addiction: psychological and social factors predict the use and abuse of a social mobile application, *Information, Communication & Society*, 23:3, 454-467.
168. Kim, Y., N. Lee, and Y. Lim. "Gender differences in the association of smartphone addiction with food group consumption among Korean adolescents." *Public health* 145 (2017): 132.
169. Domoff, Sarah E., et al. "Adolescents' Addictive Phone Use: Associations with Eating Behaviors and Adiposity." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17.8 (2020): 2861.
170. Alosaimi, Fahad D., et al. "Smartphone addiction among university students in Riyadh, Saudi Arabia." *Saudi medical journal* 37.6 (2016): 675.
171. Yayan, E. H., Düken, M. E., Dağ, Y. S., Ulutaş, A. (2018). Examination of the relationship between nursing student's internet and smartphone addictions. *Journal of Human Sciences*, 15(2), 1161-1171.
172. Yilmaz, E., & Özkan, S. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 87-104.
173. Güzel, A, and Kurtuldu A. "Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık İle İlgili konularda İnternet Kullanımı Hakkında Bir Araştırma." *Electronic Turkish Studies* 13.18 (2018).
174. Kontos, E., Blake, K. D., Chou, W. Y. S., Prestin, A. (2014). Predictors of e-Health Usage: Insights On The Digital Divide From The Health Information National Trends Survey 2012. *Journal Of Medical Internet Research*, 16(7).
175. Beck, F., Richard, J. B., Nguyen-Thanh, V., Montagni, I., Parizot, I., Renahy, E. (2014). Use Of The Internet As A Health Information Resource Among French Young Adults: Results From A Nationally Representative Survey. *Journal Of Medical Internet Research*.
176. Gutierrez, N., Kindratt, T. B., Pagels, P., Foster, B., Gimpel, N. E. (2014). Health Literacy, Health Information Seeking Behaviors And Internet Use Among Patients Attending A Private And Public Clinic In The Same Geographic Area. *Journal Of Community Hea*.
177. Lee, Y. J., Boden-Albala, B., Larson, E., Wilcox, A., Bakken, S. (2014). Online Health Information Seeking Behaviors Of Hispanics In New York City: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 16(7).
178. Wartella, E., Rideout, V., Montague, H., Beaudoin-Ryan, L., Lauricella, A. (2016). Teens, Health And Technology: A National Survey. *Media And Communication*, 4(3).

7.1 EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları isimli tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneği işaretleyiniz. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Yasin

Soyadı: SERİM

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

7.2 EK 2: Anket Formu

Sayın katılımcı,

Bu anket formu Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneği işaretleyiniz. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1.Yaş:

2.Boy:cm Kilo:kg

3.Cinsiyet: Erkek() Kadın()

4.Okuduğunuz Bölüm:

5.Aylık Gelir Durumu:

Gelirim giderimden az() Gelirim giderime eşit() Gelirim giderimden fazla()

6.Sevgiliniz var mı? Evet() Hayır()

7.Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız () Arkadaşlarımla birlikte() Ailemle Birlikte()

8.Sigara kullanıyor musunuz? Evet()Adet/Gün Hayır()

9.Alkol kullanıyor musunuz? (Yanıtınız evet ise alkol tüketim sıklığınıza göre size uygun zaman aralığını seçip birim kısmını doldurunuz.)

(1 birim=330 ml bira, 1 kadeh şarap, yarım duble rakı veya cin veya viski)

Evet() Günde / Haftada / Ayda Birim

Hayır()

10.Akıllı telefonunuzu hangi amaçlarla kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|--|-----|
| Sesli ve görüntülü konuşma | () |
| Mesaj ve email gönderme ve alma | () |
| Sosyal medya platformlarını takip etme | () |
| Fotoğraf/Video çekme | () |
| Müzik/podcast/radyo dinleme | () |
| İnternet/ web siteleri | () |
| Oyun oynamak | () |
| Film/video/TV izlemek | () |
| Ders çalışma/kitap okuma | () |
| Diğer..... | |

11.Kendinizi akıllı telefon bağımlısı olarak görüyor musunuz? Evet () Hayır()

12.Sosyal paylaşım sitelerinden kaç tanesini aktif olarak kullanıyorsunuz?
.....

(Örnekler:Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, Whatsapp, Snapchat, LinkedIn,Tumblr, Pinterest, Google+ vs)

13.Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi() İyi() Orta() Kötü() Çok kötü()

14.Uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi() İyi() Orta() Kötü() Çok kötü()

15.Gün içinde uykusuzluk şikayetiniz olur mu?

Evet() Hayır()

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 enseimde ağrı hissedirim.	1	2	3	4	5	6
4 Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6
5 Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum.	1	2	3	4	5	6
6 Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır	1	2	3	4	5	6
7 Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem.	1	2	3	4	5	6
8 İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim.	1	2	3	4	5	6
9 Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım.	1	2	3	4	5	6
10 Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığımı söylerler.	1	2	3	4	5	6

TÜRKÇE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ					
Aşağıdakiler sizin yaşam biçiminizi ve alışkanlıklarınızı içeren sorulardır. Lütfen her soruyu dikkatli cevaplandırınız ve hiçbirini atlamamaya dikkat ediniz. Her davranışınızın ne sıklıkla olduğunu; <u>Hiçbir Zaman</u> , <u>Bazen</u> , <u>Sık sık</u> ve <u>Düzenli olarak</u> maddelerinden birini seçerek belirtiniz.					
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1.	Sorun ve endişelerimi bana yakın kişilerle konuşurum	☐	☐	☐	☐
2.	Yağ, doymuş yağ ve kolesterolden düşük bir diyet tercih ederim	☐	☐	☐	☐
3.	Fark ettiğim herhangi bir değişiklik yada semptomu doktoruma veya ilgili sağlık personeline bildiririm	☐	☐	☐	☐
4.	Planlı bir egzersiz programı takip ederim	☐	☐	☐	☐
5.	Yeterince uyurum	☐	☐	☐	☐
6.	Pozitif yönde değiştiğimi ve geliştiğimi fark ederim	☐	☐	☐	☐
7.	Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim	☐	☐	☐	☐
8.	Şeker ve şeker içeren gıdaları sınırlı kullanırım	☐	☐	☐	☐
9.	Sağlığı geliştirici kitap, gazete okurum televizyon programlarını takip ederim	☐	☐	☐	☐
10.	Haftada en az 3 kez yoğun egzersiz yaparım (hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans vb)	☐	☐	☐	☐
11.	Her gün gevşemek ve rahatlamak için zaman ayırırım	☐	☐	☐	☐
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	☐	☐	☐	☐
13.	Başkalarıyla anlamlı ve nitelikli ilişkiler kurarım.	☐	☐	☐	☐
14.	Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, kurubaklagil, pirinç ve makarna yerim	☐	☐	☐	☐
15.	Sağlık personelinin önerilerini iyi anlamak için sorular sorarım	☐	☐	☐	☐
16.	Haftada en az 5 kez orta derecede fiziksel aktivite (örneğin;30–40 dakikalık kesintisiz yürüyüş) yaparım	☐	☐	☐	☐
17.	Yaşantımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	☐	☐	☐	☐
18.	Geleceğe umutla bakarım	☐	☐	☐	☐
19.	Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm	☐	☐	☐	☐
20.	Günde 2–4 porsiyon meyve yerim	☐	☐	☐	☐
21.	Sağlık bakımı veren kişinin tavsiyeleri ile ilgili kafamda soru oluşursa, başka bir yetkilinin fikrini alırım.	☐	☐	☐	☐
22.	Yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi keyif verici bedensel faaliyetlere katılırım	☐	☐	☐	☐
23.	Uykuya dalmadan önce mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım	☐	☐	☐	☐
24.	Kendimle barışığım	☐	☐	☐	☐
25.	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm	☐	☐	☐	☐
26.	Günde 3–5 porsiyon sebze yerim	☐	☐	☐	☐

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
27.	Sağlığım ile ilgili kaygılarımı sağlık personeli ile görüşürüm-tartışırım	☐	☐	☐	☐
28.	Haftada en az 3 kez germe egzersizleri yaparım	☐	☐	☐	☐
29.	Stresimi kontrol altına almak için özel yöntemler kullanırım	☐	☐	☐	☐
30.	Uzun süreli hedeflerime ulaşmak için çalışırım	☐	☐	☐	☐
31.	Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim	☐	☐	☐	☐
32.	Günde 2-3 porsiyon süt içerim, yoğurt ve peynir yerim	☐	☐	☐	☐
33.	Ayda en az bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri açısından vücudumu gözlerim	☐	☐	☐	☐
34.	Günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım (örneğin; yemek saatlerinde yürürüm, asansör yerine merdivenleri kullanırım, arabamı uzağa park ederim gideceğim yere yürürüm)	☐	☐	☐	☐
35.	İş ve eğlence zamanlarımı dengelerim	☐	☐	☐	☐
36.	Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum	☐	☐	☐	☐
37.	Sıkı dostluklar kurmaya çalışırım	☐	☐	☐	☐
38.	Günde sadece 2-3 porsiyon et, balık, kümes hayvanları ve yumurta, kurubaklagil ve kuru yemiş yerim	☐	☐	☐	☐
39.	Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık personelinden bilgi alırım	☐	☐	☐	☐
40.	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim	☐	☐	☐	☐
41.	Günde 15-20 dakikayı gevşemek rahatlamak için ayırırım	☐	☐	☐	☐
42.	Yaşantımda benim için neyin önemli olduğunun bilincindeyim	☐	☐	☐	☐
43.	Sağlık destek kuruluşlarından yardım alırım	☐	☐	☐	☐
44.	Paketlenmiş hazır gıdalardaki besin değerleri, yağ ve sodyum oranlarını öğrenmek için içeriklerini okurum	☐	☐	☐	☐
45.	Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılırım	☐	☐	☐	☐
46.	Egzersiz yaparken hedef kalp hızıma ulaşıyorum	☐	☐	☐	☐
47.	Yorgunluk yaratmaması için ağır ve düzgün adımlarla yürürüm	☐	☐	☐	☐
48.	Manevi bir gücün varlığına inanırım	☐	☐	☐	☐
49.	Başkalarıyla olan uyuşmazlıklarımı onlarla konuşup tartışarak ve uzlaşarak çözerim	☐	☐	☐	☐
50.	Kahvaltı ederim	☐	☐	☐	☐
51.	Gerektiğinde yardım ve danışmanlık alırım	☐	☐	☐	☐
52.	Yeni deneyimler ve heyecanlar yaşamaya açığım	☐	☐	☐	☐