



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE CEP TELEFONU
PROBLEMLİ KULLANIMININ YEME BOZUKLUKLARI
VE SOSYAL ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe GÖKÇE

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ali ÖZER

Malatya-2019

TEŞEKKÜRLER

Asistanlık eğitimim boyunca desteğini sürekli hissettiğim, gerektiğinde bir yol gösterici gerektiğinde bir arkadaş olan, tez hazırlama sürecinde yardımlarını hiç esirgemeyen çok değerli hocam Prof. Dr. Ali ÖZER'e ,

Uzmanlık eğitimimde aktardıkları bilgi birikimleri ile emekleri olan değerli bölüm hocalarım; Prof. Dr. Erkan Pehlivan'a, Prof. Dr. Meti Fikret GENÇ'e ve Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e,

Her türlü durumda beraber olduğumuz asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde her an sonsuz desteği olan annem ve babama,

Her zaman desteklerini hissettiğim ağabeyim ve kardeşime,

Çalışma şartlarının zorluğuna rağmen her an destek olup, yardımlarını esirgemeyen sevgili eşim Hasan GÖKÇE'ye,

Hayattaki en önemli varlığım, varlıklarıyla şükürler duyduğum, her zorluğu aşmamdaki en önemli nedenim kızım Zeynep Nisa'ya ve dünyalar tatlısı oğlum Muhammed Mustafa'ya

sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Üniversite Öğrencilerinde Cep Telefonu Problemlili Kullanımının Yeme Bozuklukları Ve Sosyal Anksiyete İle İlişkisi

Giriş ve Amaç: Cep telefonu problemlili kullanımı; cep telefonu kullanımının zararlarına rağmen kişinin bu durumu sınırlandıramaması olarak tanımlanır. Cep telefonu problemlili kullanımı; genç yaş grubu olan üniversite öğrencilerinde daha sık olmakla birlikte, sosyal anksiyete ve yeme bozuklukları ile birbirlerine eşlik edebilirler. Bu çalışmada; üniversite öğrencilerinde cep telefonu problemlili kullanımının; sosyal anksiyete ve yeme bozuklukları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini İnönü Üniversitesi'nde eğitim gören 28669 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü; %95 güven aralığında %80 güçle, referans çalışmanın cep telefonu problemlili kullanım oranı %28,2 temel alınarak 308 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmada kullanılan anket formunda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, cep telefonu kullanımına ilişkin veriler, Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ve Yeme Tutum Testi yer almaktadır. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, Student t, One Way ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Spearman Korelasyon Testi ve Binominal Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubundaki öğrencilerde cep telefonu problemlili kullanım oranı %46,1, sosyal anksiyete oranı %48,3, yeme davranış bozukluğu oranı ise %14,7'dir. Yaş, cinsiyet, fakülte, gelir düzeyi, anne baba eğitim durumu ve alkol kullanımı ile Cep telefonu problemlili kullanımı ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Sigara kullanımı ve cep telefonu kullanım süresi ile Cep Telefonu Problemlili Kullanımı Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Sonuç: Üniversite öğrencilerinde cep telefonu problemlili kullanımı oranı yüksek olmakla beraber, kişilerde cep telefonu kullanım süresinin artmasıyla Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği toplam puanı artmaktadır. Cep telefonu problemlili kullanımının azaltılması ve önlenmesi için öğrenciler eğitimlerle bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cep telefonu problemlili kullanımı, sosyal anksiyete, yeme bozukluğu.

ABSTRACT

Relationship between Problematic Smartphone Use, Eating Disorders and Social Anxiety among University Students

Introduction and Aim: Problematic smartphone use is defined as an individual's failure to restrict his/her smartphone use despite its adverse effects. Problematic smartphone use is common among the young including university students, in particular, and may be accompanied by social anxiety and eating disorders. The present study aims to investigate the relation between problematic smartphone use and social anxiety and eating disorders among university students.

Materials and Method: The population of this cross-sectional study comprised 28,669 students from İnönü University. The sample size was calculated as 308 participants at a confidence interval of 95% and a statistical power of 80%, considering that the amount of problematic mobile phone use in the reference study was 28.2%. The questionnaire form used in the study included the sociodemographic characteristics of students, data concerning their smartphone use, the Problematic Smartphone Use Scale, the Liebowitz Social Anxiety Scale and Eating Attitudes Test. For statistical analysis, the chi-squared test, the student's t-test, one-way analysis of variance, Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis one-way analysis of variance, Spearman's rank correlation coefficient and binomial logistic regression analysis were used.

Results: The rate of problematic smartphone use, social anxiety and eating behaviour disorder were 46.1%, 48.3% and 14.7%, respectively, among the students in the study. No significant correlation was found between age, gender, faculty, income level, the educational background of parents and alcohol consumption and problematic smartphone use ($p > 0.05$). Cigarette use and smartphone use duration were significantly correlated to the total score on the Problematic Smartphone Use Scale ($p < 0.05$).

Conclusion: The rate of problematic mobile phone use is high among university students, and the total scores on the Problematic Smartphone Use Scale increase as the duration of smartphone use increases. Students should be informed through training sessions to minimise or prevent problematic smartphone use.

Keywords: Problematic smartphone use, social anxiety, eating disorder.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İletişim ve Önemi.....	3
2.2. Teknoloji ve Önemi	3
2.3. Cep Telefonu Kullanımı	4
2.4. Bağımlılık	5
2.4.1.Cep Telefonu Problemlı Kullanımı.....	6
2.4.2.Cep Telefonu Problemlı Kullanımı İle İlgili Ülkemizde Yapılan Araştırmalar	8
2.4.3. Cep Telefonu Problemlı Kullanımı İle İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar....	9
2.5. Anksiyete	9
2.5.1. Sosyal anksiyete.....	10
2.5.1.1.Sosyal Anksiyetenin Belirtileri	10
2.5.2.Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)	11
2.5.3.Sosyal Anksiyete Konusunda Ülkemizde Yapılan Çalışmalar.....	12
2.5.4. Sosyal Anksiyete Konusunda Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar.....	13
2.6. Yeme Bozuklukları	14
2.6.1. Anoreksiya Nervoza (AN)	14
2.6.2.Bulimiya Nervoza (BN).....	15
2.6.3.Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (BED).....	16
2.6.4. Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları (OSFED)	16
2.6.5.Yeme Bozukluğu İle İlgili Ülkemizde Yapılan Çalışmalar.....	17
2.6.6. Yeme Bozukluğu İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Çalışmanın Yeri, Zamanı, Tipi	19
3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Belirlenmesi	19
3.3. Çalışmada Verilerin Toplanması	19
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler	19
3.3.2. Cep Telefonu Kullanımına İlişkin Özellikler	20
3.3.3. Cep Telefonu Problemlı Kullanım Ölçeği (PU)	20
3.3.4. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği Türkçe Versiyonu (LSAÖ).....	21

3.3.5. Yeme Tutum Testi	21
3.3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	23
4.2. Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanımı ile İlgili Verilerinin Dağılımı.....	25
4.3. Öğrencilerin Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	26
4.4. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Cep Telefonu Kullanım Süresi Ortancalarının Karşılaştırılması	40
4.5. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Durumlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	43
4.6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Yeme Davranış Bozukluğu Durumlarının Karşılaştırılması.....	46
4.7. Öğrencilerin Yeme Davranış Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
4.8. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Düzeyine Göre Yeme Tutum Testi Puanlarının Karşılaştırılması	50
4.9. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete ve Yeme Davranış Bozukluğu Durumuna Göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
4.10. Öğrencilerin PU, LSAÖ ve YTT Puanlarının Korelasyonu	51
4.11. Öğrencilerin Cep Telefonu Problemleri Kullanım Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	52
4.12 Yeme Davranış Bozukluğu Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	53
5. TARTIŞMA	54
5.1. Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanımı ile İlgili Verilerinin Değerlendirilmesi.....	54
5.2. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	56
5.3. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sosyal Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi	62
5.4. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Yeme Davranış Bozukluğu Durumlarının Değerlendirilmesi	67
5.5. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Düzeyine Göre Yeme Tutum Testi Puanlarının Değerlendirilmesi	73
5.6. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere göre Cep Telefonu Kullanım Sürelerinin Değerlendirilmesi	73
5.7. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Durumu ve Yeme Davranış Bozukluğu Durumuna Göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	75

5.8. Öğrencilerin Cep Telefonu Problemlı Kullanım Ölçeği, Leibowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Korelasyonunun Değerlendirilmesi	76
5.9. Öğrencilerin Cep Telefonu Problemlı Kullanım Durumunu Etkileyen Bağımsız Değerşkenlerin Lojistik Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi	77
5.10. Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Durumunu Etkileyen Bağımsız Değerşkenlerin Lojistik Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
KAYNAKLAR	83



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Cep Telefonu Problemlı Kullanım Ölçeğının Alt Gruplarının Dağılımı	21
Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	24
Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanımına Ait Bazı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.3. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.4. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.5. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Okuduğu Fakülteye PU Puanlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.6. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.7. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.8. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Şu Anda Yaşadığı Yere Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.9. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Gelir Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.10. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yaşamı Boyunca En Uzun Yaşadığı Yere Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.11. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanım Süresine Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.12. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sigara Kullanımına Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.13. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Alkol Kullanımına Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.14. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Cep Telefonu Kullanım Süresi Ortancalarının Karşılaştırılması	42

Tablo 4.15. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Sosyal Anksiyete Durumlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Yeme Davranış Bozukluğu Durumlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.17. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yeme Davranış Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.18. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Gruplarına Göre YTT Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.19. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yeme Davranış Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.20. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin PU, LSAÖ ve YTT Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.21. Cep Telefonu Problemleri Kullanım Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lojistik Regresyon Analizi	52
Tablo 4.22. Yeme Davranış Bozukluğu Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lojistik Regresyon Analizi	53

KISALTMALAR LİSTESİ

AN	:Anoreksiya nervoza
BED	:Tıkınırcasına yeme bozukluğu
BN	:Bulimiya nervoza
CI	:Güven aralığı
DSM	:Mental bozuklukların tanısai ve sayımsal el kitabı
LSAÖ	:Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği
n	:Sayı
NCS-A	:Ulusal komorbidite araştırması
OSFED	:Diğer beslenme ve yeme bozuklukları
PU	:Cep telefonu problemleri kullanım ölçeği
TÜİK	:Türkiye istatistik kurumu
YTT	:Yeme tutum testi
INR	:International normalized ratio
%	Yüzde

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Teknolojik ilerlemenin hızlı olduğu son yıllarda gerek ülkemizde gerekse de tüm dünyada günlük hayattaki işlevlerin birçoğunda cep telefonları yer almaktadır. Günlük yaşamın bu denli içine yerleşmiş olan cep telefonu kullanımının; hayatı kolaylaştıran sayısız faydasının yanında, hala bir kısmının etki mekanizması tam olarak açıklanmamış çeşitli zararları veya potansiyel olarak rahatsız edici davranışlara neden olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2018 raporuna göre hane halkında akıllı telefon bulunma oranı 2017 yılında %97,8 iken, 2018 yılında bu oran %98,7'e ulaşmıştır (1). Yani evlerinde akıllı telefon özelliğinde cep telefonu olmayan çok az sayıda hane vardır. Akıllı telefonların çekici ve kullanıcı dostu olmasının yanı sıra, bağımlı veya problemli kullanımı sonucunda kullanıcı için zarar verici olabilir. Yapılan araştırmalar ışığında cep telefonu bağımlılığı ve cep telefonu problemli kullanımının birbirleriyle güçlü ilişkileri olduğu ve literatürde birbirinin yerine kullanılan benzer kavramlar olduğu söylenebilir(2, 3).

Cep telefonu problemli kullanımı; kişinin cep telefonu kullanımının yol açtığı olumsuz sonuçlarına rağmen cep telefonu kullanımını sınırlandıramaması olarak tanımlanmaktadır(4). Cep telefonları kişilerin çevrimiçi etkinlik olarak nitelendirilen; günlük işleri planlama, video izleme, müzik dinleme, fotoğraf çekme ve paylaşma, video konferans, e-posta işlemleri, arkadaşlarla sohbet etme, sosyal paylaşım sitelerini kullanma, video oyunları oynama gibi birçok uygulamaya ulaşmayı sağlamaktadır(5). Bu nedenle işlevsiz kullanımıyla bir siber bağımlılığa yol açma ihtimali yüksektir. Cep telefonunu aşırı kullanan bireylerde; yorgunluk, baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk gibi fiziksel semptomların yanında düşük benlik saygısı, sosyal dışlanma, sürekli başkaları tarafından onaylanma durumu, sosyal anksiyete, depresyon gibi psikososyal bozukluklar da görülmektedir(6). Yapılan bir araştırmada; cep telefonu bağımlılık düzeylerinin artmasıyla nevrotik kişilik özelliklerinin ve anksiyete düzeylerinin arttığı ortaya çıkarılmıştır(7).

Sosyal anksiyete; kişinin başkaları tarafından muhtemel bir gözleme maruz kaldığı bir veya herhangi bir sosyal durum hakkında belirgin korku veya endişe hissetmesidir. Bu durumlar; tanıdık olmayan insanlarla tanışmak, sohbet etmek gibi sosyal etkileşimler; topluluk içinde bir şeyler yemek veya içmek; başkalarının önünde sahne almak, konuşma yapmak olabilir. Kişi bir şekilde davranışını sergilemekten veya

olumsuz olarak değerlendirilecek endişe belirtileri göstermekten korkar. Bu durumun, aşağılayıcı veya utanç verici; başkaları tarafından reddedilmesine veya rahatsız edilmesine neden olacağını düşünür(8). Yüksek derecede sosyal anksiyete patolojik olup, sosyal anksiyetenin gerileme oranının düşük olması ve erken yaşta kronikleşme eğiliminde olması nedeniyle özellikle önemli bir konudur(9).

Yeme bozuklukları; zelikler ergen kızlarda ve daha ileri yaş kadınlarda görülen ciddi, psikopatolojik yeme davranışı gösteren, fiziksel ve psikososyal morbiditenin önemli bir nedenidir. Yeme bozukluklarının etiyolojisinde genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin olduğu söylenebilir. Teknolojik ilerlemelerin hızlı olduğu ülkemizde ve diğer gelişmiş ülkelerde yeme bozuklukları oranları hızla artmaktadır(10). Yeme bozukluğu olan kişilerde görülen komorbidite durumları; sosyal anksiyete bozukluğu, depresyon, madde bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklardır(11, 12).

Gelişen bağımlılıkla beraber, öğrencilerin işlevselliklerinin bozulmasına yol açan, önemi gittikçe artan bir halk sağlığı sorunu olan cep telefonu problemlili kullanımının niversite ğrencilerinde yaygınlığı pek çok çalışmada elde edilmiştir. Ayrıca cep telefonu problemlili kullanımının sosyal anksiyete ile ilişkisi pek çok çalışmada irdelenmiştir. Ancak problemlili kullanımın sosyal anksiyete ve yeme bozukluğu durumu ile ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır.

Bu tez çalışmasının amacı; niversite ğrencilerinde cep telefonu problemlili kullanımının; sosyal anksiyete ve yeme bozuklukları ile ilişkisinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İletişim ve Önemi

İletişim sözcüğü Latince kökenli olmasının yanında, İngilizcedeki communication sözcüğünden Türkçeye çevrilmiştir. İletişim canlı varlıklar arasındaki ilişkiyi sağlayan duygu, düşünce ve bilgilerin çeşitli kaynaklar kullanılarak iletilmesidir. İnsanoğlu geçmişten günümüze kadar sözcüklerle, seslerle, mimiklerle ve vücut hareketleriyle diğer canlılar arasında iletişimini sağlamaktadır. Varoluşun temeli canlılar arasında iletişim halinde olmayı gerektirir. Kızılderililerin dumanla haberleşmesi, ağaç dalları üzerine yapılan çeteleler, meşaleli haberciler, güvercinle haberleşme, deniz fenerleri, atlı postacılar geçmişten günümüze iletişim yollarının çeşitliliğini ortaya koyan örneklerdendir (13).

İletişim; kaynak, mesaj, kanal, alıcı ve cevaptan oluşan, çift yönlü bir süreçtir. Bu süreçte herhangi bir noktada bir kopukluk olursa iletişim tamamlanamaz. Bilgi karşı tarafa doğru bir şekilde iletilemez (13). Yapılan keşifler sayesinde günümüzde; yer, zaman, mekân ayırt etmeksizin her türlü iletişim mümkün kılınmıştır. Kimi zaman bir ihtiyacımızı karşılamak için, kimi zaman ise sadece sohbet etmek için iletişim kanallarına ihtiyaç duyarız. İletişim araçları; ilk zamanlarda sadece zorunluluk amacıyla kullanılsa da süregelen zamanda eğlenmek için bir araç halinde de gelmiştir. Televizyon, radyo, gazete, dergi gibi kaynaklar insanların sıkça eğlence amaçlı kullandıkları iletişim araçlarındandır.

2.2.Teknoloji ve Önemi

Latince kökenden gelen teknoloji kelimesi; el becerisi, sanat anlamına gelen “tecne” ve bilimi temsil eden “logia” kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. Teknoloji; toplumun bilgisine dayanan bilgi topluluğu olarak da tanımlanmaktadır(14).

Teknolojinin ilerlemesiyle insanların günlük hayatı kolaylaşmış, bir süre sonra da teknoloji hayatın vazgeçilmezi hale gelmiştir. İletişim, ulaşım, eğlence, iş ve ev hayatında toplumsal işlevlerin çoğu; gelişen ve yenilenen teknoloji ile kolaylaşmaktadır. Teknolojinin ilerlemesi nedeniyle üretilen malzemelerin kalitesi ve sayısının artmasıyla ekonomik yönden de ilerlemelere neden olmuştur. Hayatın içinde teknoloji yok sayılamayacağı gibi, hayatın her alanında kullanılması da çeşitli sorunları beraberinde

getirmektedir. Teknoloji odaklı, insanların beden ve akıl gücünün devre dışı bırakılmasıyla geliştirilen üretimlerde teknolojik bir aksama durumu yaşanması halinde tüm sistem çökecektir. Bu nedenlerle; teknoloji ile birlikte insan gücü de kullanılarak geliştirilen araçlar kullanılmalıdır.

2.3.Cep Telefonu Kullanımı

Alexander Graham Bell; 1876 yılında telefonu icat etmesiyle insanoğlunun hayatına giren telefonlar; gün geçtikçe çok fazla miktarda değişip gelişerek günümüzde kullanılan son teknolojik cep telefonlarına dönüşmüştür. Cep telefonları ülkemizde ilk kullanılmaya başlandığı dönemlerde cihaz, kullanılan hatlar ve iletişim fiyatları günümüze göre oldukça pahalıydı. Ancak teknolojik ilerlemenin oluşturduğu rekabet, avantajlar, ödeme kolaylıkları hem de toplumun artan satın alma gücü nedeniyle son teknolojiye uygun cep telefonları her türlü gelir seviyesindeki bireyler tarafından kullanılmaktadır. Oyun oynamak, televizyon izlemek, müzik dinlemek, internete girmek, alışveriş yapmak, birçok bankacılık hizmetlerini yerine getirmek, sosyal paylaşım sitelerinde vakit geçirmek gibi çok sayıda aktivite cep telefonları ile yapılabilmektedir. Bu denli geniş bir kullanım olanağının olması özellikle genç bireyler için cep telefonlarını vazgeçilmez hale getirmektedir.

Deloitte Global Mobil Teknoloji Anketi 2017 araştırmasına katılan 33 ülkeden biri olan Türkiye'nin verilerine göre, ankete katılan katılımcıların %92'sinde akıllı telefon bulunmaktadır. 2015 yılında yapılan aynı araştırmada; katılımcıların akıllı telefon sahip olma oranı %86'dır. Ayrıca akıllı nesneler olarak nitelendirilen cep telefonu, tablet ve bilgisayarın dışında akıllı televizyon, hoparlör, televizyona bağlanan video oynatıcıları gibi yeni teknolojik ürünler de tüketiciler tarafından artık daha fazla oranlarda tercih edilmektedir. Kişilerin internet kullanımı ile yapılabilen sosyal medyayı kontrol etme, banka hesabı yönetimi, arama motorlarını kullanma, haberleri takip etme, çevrimiçi alışveriş gibi aktiviteleri en fazla oranda cep telefonları aracılığıyla gerçekleştirildiği elde edilmiştir. Yaş grupları açısından; 18-34 yaş aralığındaki bireylerin 35-50 yaş aralığındaki bireylerle karşılaştırıldığında, cep telefonlarını bilgisayarlara göre daha fazla tercih ettikleri görülmüştür. Aynı araştırma verileri incelendiğinde; günlük ortalama cep telefonlarını kontrol etme sayısı Türkiye'de 78 iken, Norveç'te 64, Hollanda'da 47, Rusya'da 37'dir. Türkiye ortalaması (78 kez)

Avrupa ortalamasının (48 kez) bir buçuk katı kadardır. Uykudan uyanma zamanı ile cep telefonunu ilk kontrol etme zamanı arasındaki süre sorulduğunda; ülkemizde araştırmaya katılan bireylerin %28'i "cep telefonunu uyanır uyanmaz kontrol ederim" olarak ifade etmekteyken Avrupa'da aynı cevabın oranı %15'tir (15).

Cep telefonlarının kullanımının bu denli hızlı artışıyla; kişilerin günlük hayatlarında çok sayıda kolaylık oluşturmalarının yanı sıra, beraberinde farklı sorunları da getirebilmektedir. Cep telefonlarının aşırı kullanımı, kalıcı hasarlara kadar ilerleyebilen, günlük yaşamı aksatmaya neden olabilecek veya tedavisi zor olabilen çeşitli fiziksel sorunlara neden olabilir. Bunlar şu şekildedir:

Dijital göz yorgunluğu: Gözlerde ağrı ve rahatsızlık, 2 saatten fazla bir süre boyunca dijital bir ekranın izlenmesi ile ilişkilidir. Gözlerde yanma ve kaşınma, bulanık görme, baş ağrısına neden olabilir(16).

Boyun problemleri: Cep telefonuna veya tablete çok uzun süre bakma sonucunda boyun ağrısı ortaya çıkmaktadır(17).

Trafik kazaları: Pek çok kişi araba kullanırken telefonlarını rahat kullanabildiklerini ifade etmektedir. Ancak yapılan araştırmalara göre; araç kullanılırken cep telefonu ile meşgul olmanın sonucunda diğer sürücüler ve kişi ciddi tehlikelerle karşı karşıya kalmaktadır(18).

Erkeklerde infertilite: Cep telefonu kullanımı sonucunda oluşan radyasyonunun; sperm sayısını, sperm hareketliliğini ve canlılığını azaltabileceği gösterilmiştir(19).

2.4.Bağımlılık

Bir maddenin fiziksel olarak bağımlılık oluşturup oluşturumamasına bakılmaksızın, ilaçların veya diğer kimyasal maddelerin tekrarlayan şekilde kullanılmasıdır (20). Bağımlılık durumunda; bağımlısı olunan ilacın veya kimyasal maddenin tekrarlayan dozlarda kullanılmasında tedavi amacı güdülmez. Uluslararası literatürde bağımlılık "dependence" veya "addiction" kavramlarıyla ifade edilmektedir. Geçmiş yıllarda bağımlılık kelimesi sadece kimyasal maddeler ve ilaçlar için kullanılmıştır. Günümüzde gelişen teknolojinin sonucunda; birçok davranışın bağımlılık noktasında olduğunu ve kimyasal maddeler içermeyen yeni bağımlılık türlerinin ortaya

çıktığı görüşü yaygınlaşmaktadır. Aşırı yeme, kumar oynama, cinsellik, internet ve cep telefonu bağımlılığı, ikili ilişkilerde bağımlılık gibi belirli bir kimyasal madde içermeyen bağımlılık türleri ortaya çıkmıştır (21).

Davranış bağımlılıkları; kumar, aşırı yeme gibi durumların yanında insanların etkileşimde olduğu teknolojik araçların bağımlılıklarını da kapsamaktadır. Televizyon, cep telefonu, bilgisayar oyunları gibi çeşitli araçların aşırı kullanımı sonucunda teknoloji bağımlılıkları oluşabilir. Madde bağımlılığının tersine teknoloji bağımlısı olan bireylerde yoksunluk belirtileri toplum içerisinde uzun bir süre fark edilmeden normal davranış olarak görülebilir. Davranış bağımlılığında; madde bağımlılıklarında olduğu gibi davranışın zararlı sonuçlarına rağmen, eylemin yapılmasını engelleyememe durumu vardır (22). Madde bağımlısı olan bireylerde pek çok fiziksel ve psikolojik sorunlar görülmesine rağmen, davranış bağımlılığında daha çok psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ancak her iki bağımlılık türü de toplumu derinden etkileyen, gerek fiziksel gerek psikososyal problemlere yol açabilmektedir.

2.4.1.Cep Telefonu Problemlili Kullanımı

Bağımlılık bileşenleri dikkate alındığında; problemlili cep telefonu kullanımı davranış bağımlılığını temel semptomları olan;

- Birey bağımlılık oluşturan davranışla ilgilenir,
- Davranış, gerçeklikten kaçmak veya bir coşku hissi yaratmak için kullanılır,
- Davranış devam ettikçe tolerans gelişir,
- Davranış bırakılır veya engellenirse, geri çekilme belirtileri ortaya çıkar (endişeli, depresif veya sinirlenebilir hissetme),
- Sürekli davranışın sonucu olarak kişilerarası problemler ortaya çıkar,
- Bireysel deneyimler birinin iradesine karşı tekrarlanır,

semptomları içermesi nedeniyle davranış bağımlılığı kategorisinde incelenebilir (23). Cep telefonunun uzun süreli ve aşırı kullanımı sonucunda bireylerin kendilerini sosyal etkileşimlerden uzaklaşmış bir halde bulmaktadır. Cep telefonu problemlili kullanımı kontrol edilemeyen kullanım ve bağımlılık semptomlarıyla

ilişkilendirilmesine ek olarak tehlikeli ve antisosyal davranışlarla da ilişkilendirilmektedir (4). Bu sebeplerle bazı kişiler toplumsal alanlarda tıpkı sigara kullanım yasağı gibi cep telefonu kullanım yasağının getirilmesini önermektedir (24).

Tekin ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan; Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği'nin geçerlilik güvenirlik çalışmasında; cep telefonu problemlili kullanımının sonuçları; bağımlılık, sosyal ilişkiler ve sonuçlar alt boyutlarıyla ifade edilmektedir (25). Bağımlılık alt boyutu cep telefonu problemlili kullanımının davranışsal bağımlılıkların neden olduğu psikososyal problemleri içermektedir. Yapılan çalışmalarda bu durumun siber zorbalık deneyimi, sedanter hayat tarzı, uyku bozuklukları gibi bozukluklara yol açtığı bildirilmiştir (26-28). Sosyal ilişkiler alt boyutuyla; kişinin toplumsal olaylardan kendini soyutlama, sosyal anksiyete, kişilerin yüz yüze yaşadığı güçlü sosyal ilişkilerin aksaması gibi sorunlara yol açtığı ifade edilmektedir. Sonuçlar alt boyutu ile de kişinin cep telefonunu problemlili kullanmasına bağlı olarak; boyun, omuz ve el ağrısı, baş ağrısı, yoğunlaşma güçlüğü ve yorgunluk gibi fiziksel sağlık sonuçlarını içermektedir (29-31). Ayrıca teknolojik ilerlemenin devam etmesiyle telefonların işlevselliğinin artmasına bağlı olarak toplumda bu belirtilerin yaygınlaşması beklenmektedir (32).

Cep telefonu problemlili kullanımı açısından; aşırı cep telefonu kullanımına ek olarak bazı sosyodemografik ve psikolojik risk faktörleri vardır. Cep telefonu problemlili kullanımının cinsiyet açısından fark oluşturduğunu belirten çalışmalar vardır. Çalışmaların çoğunda kadınların erkeklere göre aşırı yoğun kullanımının olduğunu, kadınların bağımlılık açısından daha riskli olduğunu ve bu kullanımının sebebinin mesaj göndermek olduğunu ortaya koymuştur (33, 34). Ayrıca erkeklerin ise araç kullanımı esansında cep telefonunu kullanmaya daha yatkın olduğu elde edilmiştir (34). Genç yaş grubundaki bireylerin problemlili kullanım açısından daha riskli olduğu saptanmıştır (34, 35). Sosyoekonomik düzey ile eğitim durumu açısından cep telefonu problemlili kullanımı arasındaki ilişki, yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar içermektedir (25, 36, 37).

Cep telefonu problemlili kullanımının oluşumunda; psikolojik faktörlerin rolünün ortaya çıkarılması için yapılan araştırmalarda, kişilik özellikleri nedeniyle oluşan farklılıklar incelenmiştir. Özellikle cep telefonunun problemlili kullanımının, yüksek

nevrotiklik (duygusal açıdan dengesiz olma eğilimi), dışa dönüklük (sosyal olma eğilimi) ve diğer kişilik özellikleri (toplum tarafından kabul edilebilirlik, bilinçli olma) ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (6, 38, 39). Ayrıca cep telefonu bağımlılığı olan kullanıcılarda uyku bozukluklarında artış ve kronik yorgunluk saptanmıştır. Cep telefonunun yatmadan hemen önce kullanılması uykusuzluk olasılığını, uykuya dalma süresini arttırdığı görülmüştür (40). Cep telefonu bağımlılığı olan kişilerde depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğunun daha sık görüldüğünü ifade eden çalışmalar vardır (5, 41).

2.4.2.Cep Telefonu Problemlili Kullanımı İle İlgili Ülkemizde Yapılan Araştırmalar

2014 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; öğrenci grubunun %48,7'sinde cep telefonunu problemlili kullanımı olduğu elde edilmiştir. Ancak cinsiyet, gelir durumu, sınıf ve öğrencilerin şu anda yaşadıkları yere göre cep telefonu problemlili kullanımı ölçeği puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (25).

Bilgisayar odaklı eğitim gören bir yükseköğretim ve eğitim fakültesi öğrencilerinin problemlili cep telefonu kullanım durumlarının incelendiği bir çalışmada; eğitim fakültesindeki öğrencilerin bilgisayar programcılığında okuyan öğrencilerden daha fazla cep telefonu problemlili kullanımının olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ve cep telefonu kullanım süresine göre cep telefonu problemlili kullanım durumlarının farklılaşmadığını elde etmişlerdir (42).

2017 yılında yapılan, cep telefonu problemlili kullanımının kişilik özellikleriyle ilişkisinin incelendiği bir çalışmada; öğrencilerde duygusal dengenin ve sorumluluk düzeylerinin azalmasıyla cep telefonu problemlili kullanımının arttığını saptanmıştır (43).

Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %70,6'sı cep telefonunun olmazsa olmaz olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %45'i cep telefonunu 14-15 yaşlarında kullanmaya başladıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilere cep telefonu kullanımının günlük iletişime etkisinin olup olmadığı sorulduğunda; %79'u günlük iletişimi etkilediğini ifade etmiştir (44).

Cep telefonu kullanımı, utangaçlık ve yalnızlık duygusuna çeşitli faktörlerin etkisinin incelendiği bir çalışmada; erkek öğrencilerde kız öğrencilerden daha fazla

problemli cep telefonu kullanımının olduğunu, kız öğrencilerde daha fazla yalnızlık hissi olduğunu elde edilmiştir. Yurtta kalan öğrencilerde evde kalan öğrencilere göre cep telefonu problemli kullanımının ve utangaçlık düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (45).

2.4.3. Cep Telefonu Problemli Kullanımı İle İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar

Hindistan’da 2017 yılında; akıllı telefon bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığının ruh sağlığı ve uyku kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir araştırmada; genç bireylerin akıllı telefonlarla geçirilen zamanın uzun olduğunu ve bu durumun bağımlılık eğilimi oluşturduğu saptanmıştır. Ek olarak sadece bağımlı olanların değil aşırı telefon kullananların da önemli oranda uyku ve davranış problemleri yaşadığını elde etmişlerdir (46).

İspanya’da cep telefonu bağımlılığının araştırıldığı bir çalışmada riskli kullanıcı oranı %15,1 iken problemli kullanıcıların oranı %5,1 olarak saptanmıştır. Erkeklerde, 16-25 yaş aralığında olanlarda, yüksek eğitim seviyesinde olanlarda ve günlük cep telefonu kullanım süresi daha yüksek olanlarda cep telefonu problemli kullanım riski daha yüksek olduğu bildirilmiştir (47).

16-65 yaş aralığındaki, 273 kişide yapılan bir araştırmada; literatürde belirlenen X ve Y kuşağında cep telefonu kullanımının psikopatolojik semptomlarla (depresyon, anksiyete ve stress) ilişkisini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Cep telefonu kullanım süresi, günlük arama sayısı, sosyal medya kullanımı ve anksiyete ile bağımlılık riskinin arttığı elde edilmiştir (48).

2.5. Anksiyete

Kişiyi herhangi bir tehlikeye karşı önceden hazırlıklı olması ve bu durum yaşanmadan önlem alması için tetikleyen duygular bütünüdür. Latince’ de anksiyete sözcüğü Angere kökünden türetilmiş olup; anlamı “boğulma”, “tıkanma” şeklinde ifade edilmektedir (49). Anksiyete durumunda kişide sadece korku ve kaçma duygusu olmaz, aynı zamanda kişi bu korkuyla duygusal olarak yüzleşmeyi gerçekleştiremez. Tehlikenin ortadan kalktığını söyleyen mantığına karşılık beyninde duygusal olarak artan şekilde tehlike durumunun varlığı hissedilir ve anksiyete durumundan kişi

kurtulamaz. Eğer birey bu tehlike ile yüzleşmeyi başarabilirse ve bu yüzleşmede anksiyete hissi oluşmazsa o zaman başarıya ulaşmış olur.

2.5.1.Sosyal anksiyete

Sosyal anksiyete; bireyin yaşadığı toplumda bulunan diğer kişiler tarafından muhtemel eleştirilere maruz kaldığı herhangi bir sosyal durumda veya performans sergilediği durumda hissettiği sürekli korku veya kaygı olarak tanımlanır (50). Sosyal anksiyete literatürde sosyal fobi ile eş anlamlı gibi kullanılmış olsa da aralarında anlam farkı vardır. Kişinin yaşadığı sosyal ortamlardaki anksiyete düzeyinin artmasıyla bu durum sosyal fobiye (sosyal anksiyete bozukluğu)dönüşmektedir (50).

Sosyal anksiyetenin oluşumunda çevresel ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Sosyal anksiyetenin genetik olarak kuşaktan kuşağa aktarıldığı ifade edilse de oluşumundaki temel belirleyici çevresel faktörlerdir. İçinde yaşanılan toplumun sosyokültürel yapısı ve olaylar karşısında gösterdiği tepki neticesinde kişiler bu beklentilere uygun hareket etmek isterler. Eğer kişinin içinde bulunduğu durum bu sınırların dışına çıkmasını gerektirdiğinde, toplum tarafından etiketlenmesine neden olabilir. Birey bu durumda bu etiketlenme duygusu içerisinde utanç verici bir duruma düşmemek için yoğun sosyal anksiyete içine girebilmektedir.

2.5.1.1.Sosyal Anksiyetenin Belirtileri

Fizyolojik Belirtiler: Göğüs bölgesinde sıkışma, çarpıntı, nefes almakta güçlük, baş dönmesi, göz teması kuramama, bulantı, ellerde uyuşma, yüzde kızarıklık ve terleme görülebilir.

Zihinsel Belirtiler: Kişinin diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirildiği düşüncesi vardır. Dikkatlerini toplarken zorlanırlar. Yeterli ve bilgili olmadığını düşünerek kendilerine güvenmezler.

Davranışsal Belirtiler: Kişinin ses tonunun düşük olması, sesinin titremesi, kekeler tarzda konuşması gibi belirtilere ek olarak sosyal anksiyete oluşturacak durumdan kaçınmak gibi davranışlar sergileyebilir.

Duygusal Belirtiler: Kişi sosyal ortamlara girdiğinde, performans sergileyeceği durumda küçük düşmekten, diğer insanlarca kötü yönde değerlendirilmekten korkmaktadırlar (51).

2.5.2.Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Sosyal fobi; kişinin sosyal ortamlarda bulunmasını gerektiren bir durumda veya bu ortamlarda performans göstermesi durumunda utanç verici şekilde davranması sonucunda, küçük düşeceğinden korkma durumu olarak ifade edilir. Bu durumlarda fiziksel olarak; yüz kızarması, aşırı terleme, çarpıntı gibi belirtileri yaşarken; bilişsel olarak da farkındalığının artması, eleştirel bakış gibi özellikleri yaşar (52). Bu performans kaygısı bireyde sürekli olmaya devam ettikçe; kişide değersizlik, sürekli sıkıntılı olma hali meydana gelebilir. Bu durumda; hissedilen korkunun olduğu ortamlardan sürekli kaçması nedeniyle, günlük hayatını yaşanmaz hale getirebilir. Bu durum kişide sosyal anksiyete bozukluğu hastalığının tanı boyutuna ulaştığının göstergesidir (53). Sosyal fobisi olan kişilerde meydana gelen yoğun korku hisleri, kişiyi sosyal ortamlarda sürekli sıkıntılı durumlara sokmakla birlikte kişilerde kendine güvenin eksikliğine de yol açmaktadır. Kişilerde performans sırasında oluşan ellerde titreme, kızarıklık, seste titreme gibi durumların oluşmasıyla sosyal fobisinin başkaları tarafından fark edilmesi korkusuna da neden olur. Ancak bu belirtiler genellikle diğer insanlar tarafından fark edilmemektedir. Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğunda kişi diğer insanların kendisi ile ilgili fikirlerine oldukça önem vermesi nedeniyle, diğer anksiyete bozukluklarından farklıdır.

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) 5'e Göre Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tanı Ölçütleri

A-Yaşadığı toplum içerisinde, diğer kişiler tarafından herhangi bir sosyal durum veya durumlarda (topluluk önünde konuşmak, yemek yemek, diğer kişilerle iletişim içinde olmak gibi) eleştirilmesi durumunda yoğun korku veya kaygı içinde olması,

B-Kişi diğer insanlar karşısında utanç verici duruma düşmekten ve diğer insanlar tarafından olumsuz eleştirilmekten korkması nedeniyle bu kaygı durumunu yansıtmaması,

C-Kişide sosyal durumların tümünün kaygı ve korku uyandırması,

D-Bireyin kaçındığı bu sosyal etkileşim gerektiren durumlarda; hissettiği kaygı, korku ve kaçma davranışı ile mücadele etmesi,

E- Kişinin hissettiği bu kaygının ve korkunun şiddeti, kaçınılan durumların sosyokültürel olarak seviyesi ile orantısız olması,

F- Kişinin yaşadığı bu kaygı veya korkunun süresinin 6 aydan daha uzun sürmesi,

G- Kişinin yaşadığı bu kaygı, korku bireyin günlük yaşantısındaki işlevselliğini azaltması,

H- Tıbbi amaçla kullanılan ilaçların veya maddeyi kötüye kullanımı sonucunda ortaya çıkan kaygı ve kaçınma semptomları ile uyumlaması,

I- Kişinin yaşadığı bu kaygı, korku başka bir psikiyatrik bozuklukla ifade edilememesi,

J-Kişinin dış görünümünde bireyi rahatsız edebilecek bir şekilsel bir bozukluk (yara, iz, aşırı kiloluluk gibi) nedeniyle yaşanan sosyal anksiyete ya normalden çok fazla düzeyde görülmesi ya da bu durumla ilişkisiz olması şeklinde belirtileri içerir (51).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler; kendi halinde, içine kapanık, sessiz, toplum içinde daha çekinik görünen, konuşkan olmayan, sakin bireyler oldukları için toplum içinde kabul görülen sınırlar içerisinde olmaları sebebiyle tanı konulması gecikebilir (54).

2.5.3.Sosyal Anksiyete Konusunda Ülkemizde Yapılan Çalışmalar

2008 yılında, Adnan Menderes Üniversitesinde eğitim gören 864 öğrencide yapılan kesitsel-analitik bir araştırmada; çalışmaya katılan öğrencilerin %20,9’unda son bir yılda, %21,9’unda yaşam boyu sosyal fobi olduğu elde edilmiştir. Özgül sosyal fobisi olan öğrencilerde en fazla sosyal anksiyete oluşturan davranış seyirci önünde hareket, gösteri ve konuşma yapmak (%78,5); en az anksiyete oluşturan davranış ise yetenek, beceri veya bilgisinin sınanması (%35,7) olarak saptanmıştır. Kadınlarda, son on beş yılda en uzun şehirde yaşayanlarda, psikiyatrik tıbbi aile öyküsü olmayan

öğrencilerde ve aylık gelir düzeyi daha düşük olan öğrencilerde sosyal fobi oranları anlamlı olarak yüksektir (55).

İstanbul’da, ortaokul öğrencilerinde bilgisayar oyun bağımlılığı ve sosyal anksiyetenin incelenmesi amacıyla yapılan bir araştırmada; öğrencilerin bilgisayar oyun bağımlılığı puanları ile sosyal anksiyete puanları arasında anlamlı, pozitif yönde korelasyon elde edilmiştir (56).

2011 yılında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; “Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda konuşma yapma” %62,6 oranıyla öğrenciler arasında en fazla kaygı oluşturan durum olarak belirtilmiştir. Ayrıca kadınlarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerde, daha düşük yaş gruplarında ve doğum yeri ilçe veya köy olan öğrencilerde sosyal anksiyete oranları daha yüksek olduğu bulunmuştur (57).

Ergenlerde sosyal kaygı ve utangaçlık düzeyinin problemlili telefon kullanımına etkisi incelendiği bu çalışmaya; mobil telefon kullanımı olan, 515 ergen birey dahil edilmiştir. Bu çalışmada; ergenlerde sosyal kaygı ölçeği puanıyla problemlili mobil telefon kullanımı ölçeği puanı arasında anlamlı, pozitif yönde bir korelasyon elde edilmiştir (58).

2.5.4. Sosyal Anksiyete Konusunda Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Sosyal anksiyetenin okul başarısı üzerinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. İspanya’da, 2013 yılında, 2267 ortaokul öğrencisinde, yapılan bir araştırmada, sosyal kaygıları olan öğrenciler sosyal kaygıları olmayan öğrencilere göre daha düşük sosyal, fiziksel ve duygusal benlik kavramı ile daha düşük bir akademik performansa sahip oldukları gösterilmiştir (59).

Sosyal anksiyete bozukluğuna aile ve okul tipinin etkisinin incelendiği bir araştırmaya, 16-61 yaş aralığında 226 kişi katılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; aile ve okul çevresinin sosyal anksiyete bozukluğu oluşumunda etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca bireyin okulda akranlarıyla ilişkilerin kötü olması ve alay konusu olmasının sosyal anksiyete için önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (60).

Çin’de, 19-24 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinde, 2015 yılında yapılan bir araştırmada; bağlanma, ebeveynlik, davranışsal engelleme, grup içindeki tutum gibi faktörlerin sosyal kaygı oluşumunda risk faktörü olduğu ortaya çıkarılmıştır (61).

2.6. Yeme Bozuklukları

Tüm dünyada; ergenlik dönemi ve genç yetişkinlik dönemiyle beraber kişilerde yeme davranışları ile ilgili sorunların sıklığı artmaktadır. Özellikle bu yaşlarda ortaya çıkan sağlıksız beslenme davranışları, kilo kaygıları, diyet yapma, tıkinırcasına yeme davranışları, anoreksiya ve bulimiya benzeri davranışların obezite prevalansını artırdığı düşünülmektedir (62). Yeme tutumu ve davranışı; sosyokültürel faktörler, yaş, cinsiyet, psikolojik faktörler gibi çok sayıda değişkenden etkilenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle genç kadınlar arasında; kültürel, sosyal değişimler, aile ortamı, kitle iletişim araçlarına maruz kalma ve küreselleşme yeme tutum ve davranışı üzerinde önemli bir etki oluşturmaktadır (63, 64). Sosyal medyada; zayıf olmanın özendirilmesi, sürekli diyet yapma, kilo almaya karşı aşırı duyarlılık gibi davranışlar ergen bireyleri daha fazla etkilemektedir. Bunun sonucunda da genç bireyler kendi yöntemleri veya internet ortamındaki yanlış bilgilendirmelerle sağlıksız beslenme davranışı ve aşırı egzersiz yapması sonucunda sağlık sorunlarıyla karşı karşıya gelmektedir. Obeziteye eşlik eden yeme bozukluklarında; düzensiz yemek yeme ve düzensiz öğünler, yeme ataklarında aşırı besin tüketimi vardır. Bu dönemlerde fazla miktarda besin tükettiği için aşırı kalori alımı sonucunda kilo artışı kaçınılmaz olmaktadır.

Yeme bozuklukları; depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, bağımlılık durumlarına sıklıkla eşlik eden bir psikopatolojidir. Bu sebeple tedavisinde psikolojik ve davranış tedavisi gerekebilir. DSM-V’e göre yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Tıkinırcasına Yeme Bozukluğu (BED), Diğer Beslenme veya Yeme Bozuklukları (OSFED) ve Belirsiz Beslenme veya Yeme Bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır (59).

2.6.1. Anoreksiya Nervosa (AN)

Kilo alma korkusu nedeniyle; aldığı kaloriyi mümkün olduğunca düşük tutan, uzun süreli açlık dönemleri ile kendini gösteren, ergen kadınlarda daha fazla görülen, ölüme bile yol açabilen bir psikopatolojik hastalıktır (65). Bazı hastalar vücutlarını

şiddetli açlığa rağmen şişman olarak algılarlar, bazıları ise daha zayıf vücut şeklinin olmasını daha uygun bulabilirler.

DSM V'e göre Anoreksiya Nervosa tanı kriterleri dört kategoride incelenebilir. Bunlar; vücut ağırlığının düşük olması, psikopatolojik özellikler, psikolojik faktörler ve ek özelliklerdir.

DSM V'e göre Anoreksiya Nervosa Tanı Kriterleri

A. Bireyin bedensel ihtiyacına göre enerji alımının kısıtlanması sonucunda; yaş, cinsiyet, beden gelişimine göre önemli derecede düşük vücut ağırlığının olması,

B. Kilo alma veya şişman olma korkusu ile kilo almayı engelleyen kalıcı davranışlar sergilenmesi,

C. Beden imgesi bozukluğu, sahip olduğu kilo ve vücut şeklinin kişinin kendine olan güven duygusu üzerinde aşırı etkisi veya hastalığın ciddiyetinin farkında olunmaması vardır (65).

2.6.2.Bulimiya Nervosa (BN)

Kişinin aşırı ve fazla yemesi sonucunda hissettiği pişmanlık, kilo almaktan korkması nedeniyle; laksatif kullanımı, kusma davranışı, aşırı egzersiz yapma ile karakterize psikopatolojik bir hastalıktır (65). Genellikle normal veya fazla kilolu bireylerden oluşmaktadır. Kişilerde var olan aşırı yeme ataklarının önlenmesi ve sağlıklı beslenme davranışı kazandırılması bu durumun ortadan kalkmasına yardımcı olacaktır.

DSM V'e göre Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri

A. Tekrarlayan aşırı yeme atakları,

B. Tekrarlayan aşırı yemeyi telafi edici uygunsuz davranışların olması (istemli kusma, müshil, diüretik kullanımı, oruç tutma, aşırı egzersiz),

C. 3 ay boyunca haftada en az bir kez tıknırcasına yeme atağının olması,

D. Kendine güven duygusunun; kişinin vücut ağırlığına ve vücut şekline bağlı olması,

E. Belirtilerin sadece anoreksiya nervoza ataklarında ortaya çıkmaması olarak ifade edilmektedir (65).

2.6.3.Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (BED)

Belirli zaman aralıklarında; aşırı, tıkınırcasına, kontrol edilemeyen yeme davranışı ile karakterize, ancak bu aldığı kalorileri vücudundan uzaklaştırmak için herhangi bir yönteme başvurmama durumu ile seyreden bir psikopatolojidir. Genellikle obez, kilo vermek isteyen bireylerde daha sık görülmektedir (66).

DSM V'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

- A. Tekrarlayan aşırı yeme ataklarının olması,
- B. Aşırı yeme, rahatsızlık hissedene kadar yemek yeme, aç hissetmediğinde yemek yeme, fazla yediğinden utandığı için tek başına yemek yeme, bu davranışı nedeniyle kendisinden tiksime, depresyon hali olması,
- C. Semptomlar nedeniyle sıkıntılı ruh halinin olması,
- D. 3 ay boyunca haftada en az bir kez tıkınırcasına yeme atağının olması,
- E. Yeme atağını telafi edici davranışlar takip etmemesi, (bulimia nervozadan farkı) şeklindedir (60).

2.6.4. Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları (OSFED)

Yukarıda belirtilen yeme bozuklukları kategorilerinden birinin tüm tanı kriterlerini taşımayan ama klinik olarak önemli işlev bozukluğuna yol açan yeme bozukluğu bu kategoride incelenir. Atipik Anoreksiya Nervoz, sınırlı süreli\ daha az atak sayısı olan Bulimiya Nervoz, sınırlı süreli\ daha az atak sayısı olan tıkınırcasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu bu grupta yer almaktadır (65).

Vücuttan besinleri elimine ettirilen hastalıklar, kişi tarafından indüklenen tekrarlayan kusma atakları veya kilo vermek için müshil, laksatif ilaçlarının kötüye kullanımı olmaması ile aşırı yeme ve düşük vücut ağırlığı olmamasına rağmen, kilo almaya fazla duyarlı olması şeklinde tanımlanır (65).

Gece yeme sendromu ise; kişi uykudan uyandıktan sonra tekrarlayan yemek yeme veya akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketimeinin varlığıdır. Hasta bu yiyecek tüketimeinin farkındadır ve yaptığı davranışı hatırlamaktadır (65). Gece yeme sendromunda gün boyunca alınan toplam kalori çok fazla olmamakla birlikte, günün ilk vakitlerinde genelde iştahsız olmaları sebebiyle az miktarda kalori almaktadırlar. Akşam yemeğini takiben artan yemek yeme isteği ile uyuyamama, uykudan sık sık uyanma gibi durumlar nedeniyle yemek yeme sonucunda uykuya dalabilmektedirler. Bu kişilerde; yüksek miktarda karbonhidratlı besinlerin gece saatlerinde yenmesi ve üzerine uyuması sonucunda fazla kilolu ve obeziteye eğilim oluşmaktadır (67).

2.6.5.Yeme Bozukluğu İle İlgili Ülkemizde Yapılan Çalışmalar

2011 yılında yapılan toplum merkezli bir çalışmada; ergenlerde yeme bozukluğu prevalansı ve eşlik eden psikiyatrik tanıların neler olduğunu saptamak amaçlanmıştır. Değerlendirilen öğrencilerin %2,33'ünde herhangi bir yeme bozukluğunun olduğu ve yeme bozukluğuna en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar; majör depresyon, uyum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu elde edilmiştir. Ayrıca yeme bozukluğu olan öğrencilerin, kontrol grubuna göre kilosu ve beden kitle indeksi anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (68).

Sivas il merkezinde yeme bozukluğu yaygınlığın belirlemesinin amaçlandığı araştırmada; yeme bozukluğu nokta yaygınlığı %1,52 olarak elde edilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek oranda yeme bozukluğu görölmüştür. Gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve medeni durum, sigara-alkol kullanma durumu ile yeme bozukluğu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (69).

Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde 2013 yılında, yapılan bir çalışmada; olası yeme bozukluğu ve etkileyen faktörler araştırılmıştır. Öğrenciler arasında olası yeme bozukluğu riski %4,2 olarak bulunmuştur. Kız öğrencilerin Yeme Tutum Testi puanları erkek öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek elde edilmiştir. Ayrıca sigara içme durumu ile Yeme Tutum Testi puanları arasında da anlamlı ilişki elde edilmiştir (70).

Çukurova Üniversitesinde okuyan kız öğrencilerde yeme tutumu ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada; yeme bozukluğu yaygınlığı %6,3 bulunmuştur.

Beden kitle indeksi ortalaması ve Beck Depresyon Ölçeği puanı yeme bozukluğu olan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (71).

2.6.6.Yeme Bozukluğu İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Tabriz Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde 2016 yılında yapılan bir çalışmada; yeme bozukluğu riski %9,6 olarak bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan öğrencilerde benlik saygısı ölçeği puan ortalaması daha düşük olarak elde edilmiştir. Anne eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan öğrencilerde yeme bozukluğu riski, anne eğitimi üniversite altı olan öğrencilere göre 2,78 kat daha fazla görülmüştür. Baba eğitimi; üniversite ve üstü olan öğrencilerde yeme bozukluğu riski, baba eğitimi üniversite altı olan öğrencilere göre 2,63 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (72).

Ulusal Yeme Bozukluğu ve Eşlik Eden Hastalıklar çalışmasında; kadınlarda yaşam boyu anoreksiya nervoza prevalansı %0,9, bulimiya nervoza %1,5, ve tıknırcasına yeme bozukluğu prevalansı %3,5 iken; erkeklerde ise yaşam boyu anoreksiya nervoza prevalansı %0,3, bulimiya nervoza prevalansı %0,5, tıknırcasına yeme bozukluğu prevalansı %2,0'dir. Ayrıca yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken değişkenleri düzeltildikten sonra yeme bozukluklarına eşlik eden durumlar; anksiyete bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu ve madde kullanımı olarak saptanmıştır (73).

Ergenlerde obezite ve yeme bozukluklarının önlenmesi raporunda; anoreksiya nervozanın orta adölesan dönemin başlarında, bulimiya nervozanın ise geç adölesan dönemde ortaya çıktığını belirtmektedir. Yeme bozuklukları; kadınlarda erkeklerden daha sık görülmekle birlikte bu oranı 9:1'dir. Ancak özellikle genç erkek gruplarında yeme bozukluğu görülme sıklığı artmaktadır (74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yeri, Zamanı, Tipi

İnönü Üniversitesi öğrencilerinde, Ekim 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında yapılan bu çalışma; kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan (2017\24-11)(Ek 2) ve İnönü Üniversitesi Rektörlüğünden yazılı izin alınmıştır (Ek 3).

3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Belirlenmesi

Araştırmanın evrenini; çalışmanın yapıldığı dönemde İnönü Üniversitesi'nde eğitim gören 28669 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü; %95 güven aralığında %80 güçle referans çalışmanın cep telefonu problemleri kullanım oranı %28,2 baz alınarak 308 kişi olarak hesaplanmıştır (75). Öğrenciler önce eğitim görülen fakülteye göre tabakalara ayrılmış daha sonra basit rastgele örnekleme metodu ile fakültelerden öğrenciler seçilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üstü; 104 erkek, 215 kadın toplam 319 kişi ile yüz yüze anket uygulaması yapılmıştır.

3.3. Çalışmada Verilerin Toplanması

Çalışmada kullanılan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü; öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile cep telefonu kullanımına ilişkin verilerden oluşurken; ikinci bölümü Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği (PU), üçüncü bölümü Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) ve son bölümü Yeme Tutum Testi (YTT)'nden oluşmaktadır.

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler

Kullanılan anket formunda öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim görülen fakülte, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, anne mesleği, baba mesleği, şu anda yaşanılan yer, ailenin ortalama aylık geliri, yaşam boyu en uzun kalınan yer gibi sosyodemografik özellikler yer almaktadır.

Çalışmada yaş grupları 18-19 yaş, 20 yaş, 21 yaş, 22 yaş, 23 yaş ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Eğitim görülen fakülteler Sağlık bilimleri (Tıp, Diş Hekimliği, Eczacılık, Sağlık Bilimleri ve Spor Bilimleri Fakültesi), Sosyal Bilimler (Eğitim Fakültesi, Güzel Sanatlar Fakültesi, İletişim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İlahiyat Fakültesi) ve Fen Bilimleri (Fen Edebiyat Fakültesi Fizik, Kimya, Biyoloji, Sosyoloji, Psikoloji Bölümleri ile Mühendislik Fakültesi) olarak gruplandırılmıştır.

Anne eğitim durumu; ilkökul altı, ilkökul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu ve üzeri eğitim seviyesi olarak sınıflandırılırken, baba

eğitim durumu; ilkokul mezunu ve altı, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu ve üzeri olarak gruplara ayrılmıştır. Anne mesleği, ev hanımı ve diğer çeşitli meslekler olarak; baba mesleği ise kamu çalışanı, serbest meslek, emekli ve işçi olarak gruplara ayrılmıştır. Ailenin ortalama aylık geliri ise çalışmanın yapıldığı dönemde net asgari ücret 1400 lira olduğundan; 1400 lira ve altı, 1401-2800 lira, 2801-4200, 4201 lira ve üstü olarak gruplara ayrılmıştır.

3.3.2. Cep Telefonu Kullanımına İlişkin Özellikler

Öğrencilerin kendine ait, internet, sosyal medya kullanımına uygun olan, akıllı telefon olarak nitelendirilen bir cep telefonunun olup olmadığı, günlük ortalama cep telefonu kullanım süresi, cep telefonunu hangi amaçlarla kullandığı şeklinde sorular yer almaktadır.

3.3.3. Cep Telefonu Problemlı Kullanım Ölçeği (PU)

Tekin ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geçerlilik güvenilirliği yapılan bu ölçekte, 20 soru yer almaktadır. Cep Telefonu Problemlı Kullanım Ölçeğinin (PU) orijinali Almanca olup; Augner ve Hacker tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek bağımlılık, sosyal ilişkiler ve sonuçlar olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bağımlılık alt boyutu 6 soru, sosyal ilişkiler alt boyutu 5 soru, sonuçlar alt boyutu 9 sorudan oluşmaktadır. Bağımlılık ve sosyal ilişkiler alt boyutunda kesinlikle katılmıyorum=0 puan, kesinlikle katılıyorum=4 puan, sonuçlar alt boyutunda hiç=0 puan, çok sık=4 puan şeklinde olup; ölçek 5' li Likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-80 puan arasında olup; ölçekten alınan puanların yükselmesi kişinin cep telefonunu problemlı kullandığını ifade etmektedir. Ayrıca ölçek puanının ortalamasının üstündekiler daha çok problemlı kullanım, altındakiler ise daha az problemlı kullanım şeklinde de ifade edilir. PU için Cronbach Alfa değeri 0,854 iken; PU-Bağımlılık alt boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,729, PU- Sosyal İlişkiler alt boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,603 ve PU-Sonuçlar alt boyutunun Cronbach Alfa değeri ise 0,846'dır (25).

Tablo3.1. Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeğinin Alt Gruplarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Maddeler	Soru Sayısı	En Düşük-En Yüksek Puan
Bağımlılık	1-6	6	0-24
Sosyal İlişkiler	7-11	5	0-20
Sonuçlar	12-20	9	0-36
Toplam	1-20	20	0-80

3.3.4. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği Türkçe Versiyonu (LSAÖ)

Soykan ve arkadaşlarının 2003 yılında geçerlilik, güvenirlik çalışmasını yaptığı bu ölçek; 24 maddeden oluşmaktadır. Kaygı ve kaçınma olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Kaygı alt boyutunda 0=Kaygı yok ya da hafif, 1=Hafif, 2=Orta derecede, 3=Şiddetli şeklinde puanlanırken; kaçınma alt boyutunda 0=Kaçınma yok ya da çok ender, 1=Zaman zaman kaçınırım, 2=Çoğunlukla kaçınırım, 3=Her zaman kaçınırım şeklinde puanlanmaktadır. Her bir ölçek maddesi için kaygı ve kaçınma alt boyutu ayrı ayrı puanlanarak puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilir. Ölçekten alınabilecek puanlar; 0-144 arasında olup; ölçeğin toplam puanı için kesme puanı 50'dir. Ayrıca ölçek puanının gruplandırılmasıyla anksiyete düzeylerine göre alt gruplar elde edilir. Buna göre; 0-30 puan arası düşük düzey sosyal anksiyete, 30-60 puan hafif düzey sosyal anksiyete, 60-85 puan arası orta düzey sosyal anksiyete, 85 ve üzeri yüksek düzey sosyal anksiyete olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,98'dir (76).

3.3.5.Yeme Tutum Testi

Garnel ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilen bu ölçek; Savaşır ve Erol tarafından 1989 yılında Türkçeye çevrilip, geçerlilik güvenirliği yapılmıştır. Ölçek 6'lı likert tipindedir. 40 maddeden oluşan bu ölçeğin puanlaması; 1,18,19,23,27,39. maddeler için bazen=1, nadiren=2, hiçbir zaman=3, sık sık=0, çok sık=0, daima=0 puan olup; diğer maddeler için daima=3, çok sık=2, sık sık=1, bazen=0, nadiren=0, hiçbir

zaman=0 şeklindedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-120 arasında olup; ölçeğin kesim puanı 30'dur. Ölçeğin puanlanması sonucu 30 ve üzerinde puan alan bireylerde yeme davranış bozukluğu olduğu, 30'un altında alanlar normal yeme davranışı olduğu şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,70'dir (77).

3.3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen "biostatapps" yapay zeka ve istatistik tabanlı interaktif web yazılım programı (72) kullanılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri; Cep Telefonu Problemlili Kullanımı Ölçeği, Yeme Tutum Testi ve Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğinden ve alt gruplarından alınan puanlar iken, bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaşanılan yer, şu anda kalınan yer, cep telefonu kullanım süresi gibi değişkenlerdir. Tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%) ile ifade edilmiştir. Nicel değişkenlere yapılan Shapiro Wilk normallik testine göre PU toplam puanının normal dağılıma uyduğu ($p>0,05$), PU alt gruplarının, LSAÖ toplam puanının ve YTT toplam puanının normal dağılıma uymadığı ($p<0,05$) görülmüştür. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, normal dağılıma uyan verilerde parametrik testler (Student t, One Way ANOVA), normal dağılıma uymayan verilerde nonparametrik testler (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi) kullanılmıştır. Çalışmadaki sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Cep telefonu problemlili kullanımı ve yeme davranış bozukluğu durumunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizinde Binominal Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. Oluşturulan modellerde; cep telefonu problemlili kullanım için fakülte (sosyal\fen bilimleri=1 sağlık bilimleri =0), yaşam boyu en uzun yaşanılan yer (ilçe\köy=1 il=0), yeme davranış bozukluğu durumu (evet=1 hayır=0), sosyal anksiyete (evet=1 hayır=0), sigara (içmeyenler=1 içenler=0) olarak belirlenmiştir. Yeme davranış bozukluğu durumu için; fakülte (sosyal\fen bilimleri=1 sağlık bilimleri =0), anne meslek (çalışıyor=1 ev hanımı=0), şu anda yaşanılan yer (ailesiyle\arkadaşlarla ev=1 diğer=0), alkol kullanımı (kullananlar=1 kullanmayanlar=0) olarak belirlenmiştir. Tüm değerlendirmelerde $p<0,05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş aralığı 18-33 olup, öğrencilerin yaş ortalaması $21,03 \pm 2,05$ 'tir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımına bakıldığında; öğrencilerin %22,6'sı 18-19 yaş aralığında, %21,0'ı 20 yaşında, %24,1'i 21 yaşında, %12,5'i 22 yaşında, %19,7'si ise 23 yaş ve üzerindedir. Öğrencilerin %32,6'sı erkek, %67,4'ü ise kadındır.

Öğrencilerin % 22,6'sı sağlık bilimleri fakültelerinde, %48,9'u sosyal bilimler fakültelerinde, %28,5'i ise fen bilimleri fakültelerinde eğitim görmektedir. Çalışmaya katılan öğrenci anne eğitim durumlarına bakıldığında; %20,4'ü ilkokul altı, %29,5'i ilkokul mezunu, %18,8'i ortaokul mezunu, %19,7'si lise mezunu, %11,6'sı ise üniversite mezunu ve üzeri eğitim seviyesindedir. Annelerin %83,1'i ev hanımı iken, %16,9'u çeşitli mesleklerde çalışmaktadır.

Baba eğitim durumları ise; %27,6'sı ilkokul ve altı, %16,0'ı ortaokul mezunu, %29,8'i lise mezunu, %26,6'sı üniversite mezunu ve üzeri eğitim düzeyindedir. Öğrencilerin şu anda yaşadıkları yer durumlarına bakıldığında; %33,2'si devlet veya özel yurttaki, %14,1'i arkadaşlarla veya tek başına evde, %52,7'si ailesiyle birlikte evde kalmaktadır.

Öğrenci ailelerinin aylık geliri; %14,7'sinde 1400 liradan az, %33,5'inde 1401 ile 2800 lira arasında, %32'sinde 2801 ile 4200 lira arasında, %19,7'sinde ise 4201 lira ve üzerindedir. Çalışma grubundaki öğrencilerin %72,4'ünün yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yer il iken, %27'sinin yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yer ilçe veya köydür. Öğrencilerin %22,9'u sigara kullanıyorken, %16,6'sı alkol kullanmaktadır.

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş Grubu		
18-19	72	22,6
20	67	21,0
21	77	24,1
22	40	12,5
≥23	63	19,7
Cinsiyet		
Erkek	104	32,6
Kadın	215	67,4
Medeni Durum		
Evli	5	1,6
Bekâr	314	98,4
Fakülte		
Sağlık Bilimleri	72	22,6
Sosyal Bilimler	156	48,9
Fen Bilimleri	91	28,5
Anne Eğitim Durumu		
İlkokul Altı	65	20,4
İlkokul Mezunu	94	29,5
Ortaokul Mezunu	60	18,8
Lise Mezunu	63	19,7
Üniversite Mezunu ve Üstü	37	11,6
Anne Mesleği		
Ev Hanımı	265	83,1
Diğer	54	16,9
Babanın Eğitim Durumu		
İlkokul ve Altı	88	27,6
Ortaokul Mezunu	51	16,0
Lise Mezunu	95	29,8
Üniversite Mezunu ve Üstü	85	26,6
Babanın Mesleği		
Kamu Çalışanı	85	26,6
Serbest Meslek	126	39,5
Emekli	73	22,9
İşçi	35	11,0

Şu Anda Yaşanılan Yer		
Devlet\Özel Yurt	106	33,2
Arkadaşlarla /Tek başına Evde	45	14,1
Aile ile Evde	168	52,7
Ailenin Aylık Geliri		
≤1400	47	14,7
1401-2800	107	33,5
2801-4200	102	32,0
≥4201	63	19,7
Yaşam Boyu En Uzun Yaşanılan Yer		
İl	231	72,4
İlçe\Köy	88	27,6
Sigara Kullanımı		
Evet	73	22,9
Hayır	246	77,1
Alkol Kullanımı		
Evet	53	16,6
Hayır	266	83,4
Toplam	318	100

4.2. Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanımı ile İlgili Verilerinin Dağılımı

Çalışmaya katılan öğrencilerin cep telefonu kullanımına ait bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin %97,8’inin akıllı telefon olarak adlandırılan, internete girmek, sosyal medyayı kullanmak ve oyun oynamak gibi özellikleri barındıran, kendilerine ait bir cep telefonu vardır.

Araştırma grubunun günlük ortalama cep telefonu kullanım süresi; %21,6’sının 3 saat ve daha az, %31,7’sinin 4-5 saat, %18,5’inin 6-7 saat ve %28,2’sinin 8 saat ve üzerindedir. Öğrencilere cep telefonu kullanım amaçları sorulduğunda; öğrencilerin %55,5’i facebook, twitter gibi sosyal paylaşım sitelerine girmek, %31,7’si WhatsApp kullanmak, %22,9’u arama yapmak, %15,7’si sms atmak, %11,3’ü ise oyun oynamak olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanımına Ait Bazı Özelliklerinin Dağılımı

	n	%
Cep Telefonu Varlığı		
Evet	312	97,8
Hayır	7	2,2
Günlük Ortalama Cep Telefonu Kullanım Süresi		
≤3 saat	69	21,6
4-5 saat	101	31,7
6-7 saat	59	18,5
≥8 saat	90	28,2
Cep Telefonu Kullanım Amacı		
Facebook, twitter gibi sosyal paylaşım sitelerine girmek	177	55,5
WhatsApp kullanmak	171	53,6
Arama yapmak	101	31,7
Bankacılık hizmetlerini kullanmak	73	22,9
Sms atmak	50	15,7
Oyun oynamak	36	11,3
Toplam	319	100

4.3. Öğrencilerin Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre PU puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3 incelendiğinde; yaş gruplarına göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ve PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları ise; 18-19 yaş grubunda 11,5(0-32), 20 yaş grubunda 13(0-26), 21 yaş grubunda 12(1-34), 22 yaş grubunda 12(4-36), 23 ve üzeri yaş grubunda 10(0-23) olup; 20,21,22 yaş grubunun puan ortancaları diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.3. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş Grupları															<i>p</i>
	18-19			20			21			22			≥23			
	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU-Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	3	14	24	0	14	24	0	16	24	4	14	24	1	15	24	0,956
PU-Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	3	11	18	0	10	19	0	9	20	3	9,5	19	2	10	20	0,302
PU-Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	11,5	32	0	13 ^a	26	1	12 ^a	34	4	12 ^a	36	0	10	23	0,004
PU-Toplam Puanı(AO±SS)	36,34±12,66			37,25±13,41			36,98±13,28			38,77±12,47			32,04±12,85			0,070

a; 23 yaş'tan farklıdır.

Çalışma grubunun cinsiyete göre PU puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4.'te gösterilmiştir. Cinsiyete göre PU toplam puan ortalamaları ve PU tüm alt boyutlarının puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.4 . Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet							
	Erkek			Kadın			
Ölçek Puanları	Min-Med-Max			Min-Med-Max			<i>p</i>
PU- Bağımlılık Alt Boyutu	0	14	24	1	14	24	0,292
Toplam Puanı							
PU- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	0	9	20	0	10	20	0,090
Toplam Puanı							
PU- Sonuçlar Alt Boyutu	0	11	36	0	12	34	0,173
Toplam Puanı							
PU- Toplam Puanı(AO±SS)	34,29±13,44			37,04±12,84			0,080

Araştırmaya katılan öğrencilerin okuduğu fakülteye göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Okuduğu Fakülteye PU Puanlarının Karşılaştırılması

	Fakülte									<i>p</i>
	Sağlık Bilimleri			Sosyal Bilimler			Fen Bilimleri			
Ölçek Puanları	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU- Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	15	24	1	16	24	0	12 ^a	24	0,031
PU- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	9,5	20	2	11	20	0	9	19	0,097
PU- Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	12,5	29	0	12	36	0	11	32	0,253
PU- Toplam Puanı(AO±SS)	36,58±14,09			37,54±12,39			33,40±13,14			0,053

a; Sosyal Bilimlerinden farklıdır.

Tablo 4.5.'te görüldüğü üzere; araştırma grubunun okuduğu fakülteye göre PU toplam puan ortalamaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ise; Sağlık Bilimleri Fakültesinde 15(0-24), Sosyal Bilimleri Fakültesinde 16(1-24), Fen Bilimleri Fakültesinde 12(0-24) olup; Fen Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin puan ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$).

Tablo 4.6.'da çalışmaya katılan öğrencilerin anne eğitim durumuna göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelenmiştir.

Anne eğitim durumu ile PU toplam puan ortalamaları, PU Alt Boyutlarının puan ortancaları arasında fark yoktur($p>0,05$).

Çalışmaya katılan öğrencilerin baba eğitim durumuna göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7'de verilmiştir.

Baba eğitim durumuna göre; PU toplam puan ortalamaları, PU Alt Boyutlarının ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

	Anne Eğitim Durumu															<i>p</i>
	İlkokul Altı			İlkokul mezunu			Ortaokul Mezunlu			Lise Mezunlu			Üniversite Mezunlu ve Üzeri			
Ölçek Puanları	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU- Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	14	24	0	14	24	3	14,5	23	1	14	24	1	15	24	0,701
PU-Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	10	20	0	19	10	3	11	19	2	10	20	0	10	17	0,302
PU- Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	11	27	0	10	34	3	11,5	36	0	13	31	1	12	25	0,076
PU- Toplam Puanı(AO±SS)	34,16±11,98			34,53±14,24			38,40±12,98			37,12±13,08			38,40±11,53			0,188

Tablo 4.7. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Baba Eğitim Durumu												<i>p</i>
	İlkokul ve altı			Ortaokul Mezunu			Lise Mezunu			Üniversite Mezunu ve Üzeri			
	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU- Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	14,5	24	1	15	24	2	14	24	0	14	24	0,846
PU- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	9	20	2	10	19	3	10	20	0	10	19	0,611
PU- Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	10	23	0	12	27	0	11	36	0	11	36	0,050
PU- Toplam Puanı(AO±SS)	33,73±11,98			38,60±12,44			36,71±14,58			36,52±12,63			0,169

Araştırma grubunun şu anda yaşadığı yere göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de incelenmiştir.

Tablo 4.8 incelendiğinde; öğrencilerin şu anda yaşadığı yere göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ve PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). PU Sosyal İlişkiler alt boyutunda; devlet\özel yurtda kalan öğrencilerin ortancası 10(0-20), arkadaşlarla veya tek başına evde kalan öğrencilerin ortancası 9(3-20), ailesiyle evde kalan öğrencilerin ortancası 11(2-19)’dir. Ailesiyle evde kalan öğrencilerin puanı; arkadaşlarla veya tek başına evde kalan öğrencilerin puanı ile devlet veya özel yurtda kalan öğrencilerin puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).



Tablo 4.8. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Şu Anda Yaşadığı Yere Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaşadığı Yer									<i>p</i>
	Devlet\Özel Yurt			Arkadaşlarla\Tek başına Ev			Aileyle Birlikte Ev			
Ölçek Puanları	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU- Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	14	24	2	13	24	1	15	24	0,439
PU- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	10	20	3	11 ^a	20	2	11 ^a	19	0,033
PU- Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	13	29	0	11	34	0	11	36	0,221
Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği Toplam Puanı(AO±SS)	36,16±13,69			34,17±13,45			36,66±12,62			0,528

a; Devlet\Özel Yurt'tan farklıdır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin gelir durumuna göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Araştırma grubunun gelir durumu açısından PU toplam puan ortalamaları, PU Alt Boyutlarının ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).



Tablo 4.9. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Gelir Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi												<i>p</i>
	≤1400			1401-2800			2801-4200			≥4201			
Ölçek Puanları	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU- Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	16	24	0	14	24	1	13,5	24	1	15	24	0,430
PU- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	10	18	0	11	19	2	9	20	0	10	20	0,468
PU- Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	10	28	0	11	34	0	11	36	0	13	31	0,069
PU- Toplam Puanı(AO±SS)	35,42±14,21			36,28±13,01			34,78±12,50			38,65±13,21			0,313

Tablo 4.10.'da çalışmaya katılan öğrencilerin yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yere göre PU puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.10. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yaşamı Boyunca En Uzun Yaşadığı Yere Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaşamı Boyunca En Uzun Yaşadığı Yer						p
	İl			İlçe\Köy			
Ölçek Puanları	Min-Med-Max			Min-Med-Max			
PU-Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	14	24	0	15,5	24	0,298
PU-Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	10	20	0	10	19	0,560
PU-Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	11	36	0	12	28	0,028
PU-Toplam Puanı(AO±SS)	35,54±13,25			37,73±12,57			0,181

Tablo 4.10.'da görüldüğü üzere; araştırma grubunun yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yere göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). PU Sonuçlar alt boyutunda yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yer il olanların ortancası 11(0-36), ilçe\köy olanların 12(0-28) olup; ilçe\köy olanların ortancası anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

Araştırma grubunun cep telefonu kullanım süresine göre Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11.'de incelenmiştir.

Cep telefonu kullanım süresi 3 saat ve altı olan öğrencilerin puanı $29,11 \pm 11,64$, 4-5 saat arasında olan öğrencilerin puanı $33,93 \pm 12,31$, 6-7 saat arasında olan öğrencilerin puanı $38,42 \pm 11,68$, 8 saat ve üzerinde olan öğrencilerin puanı $42,53 \pm 13,08$ 'dir. Cep telefonu kullanım süresi daha yüksek olan gruptaki öğrencilerin PU puanları da anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.11. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanım Süresine Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Cep Telefonu Kullanım Süresi												<i>p</i>
	≤3saat			4-5saat			6-7saat			≥8saat			
	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU- Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	11	24	1	12	24	0	17	24	1	17,5	24	0,0001
PU- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	9	19	0	9	19	0	11	20	2	10,5	20	0,009
PU- Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	8	24	0	11	32	0	12	36	1	15	34	0,0001
PU- Toplam Puanı(AO±SS)	29,11±11,64			33,93±12,31			38,42±11,68			42,53±13,08			0,0001

Çalışmaya katılan öğrencilerin sigara kullanım durumuna göre Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sigara Kullanımına Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Sigara Kullanımı						p
	Evet			Hayır			
	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU- Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	16	24	0	13	24	0,013
PU- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	10	18	0	10	20	0,642
PU- Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	13	36	0	11	34	0,012
PU- Toplam Puanı(AO±SS)	39,17±14,84			35,24±12,41			0,024

Tablo 4.12. incelendiğinde; sigara kullanım durumuna göre PU toplam puan ortalaması sigara içenlerde 39,17±14,84, sigara içmeyenlerde 35,24± 12,41 olup sigara içenlerin puanları anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). PU Bağımlılık Alt Boyutu ortancaları sigara kullanan öğrencilerde 16(0-24), sigara kullanmayan öğrencilerde 13(0-24) iken; PU Sonuçlar Alt Boyutu ortancaları sigara içenlerde 13(0-36), sigara içmeyenlerde 11(0-34) olup her iki alt boyutta sigara içen bireylerin puan ortancaları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Sigara içme durumuna göre PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.13.'te çalışmaya katılan öğrencilerin alkol kullanım durumuna göre Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.13.'e bakıldığında; alkol kullanımına göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan

ortancaları arasında fark yoktur ($p>0,05$). PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancası alkol kullananlarda 13(0-36), alkol kullanmayanlarda 11(0-34) olup alkol kullananların puan ortancası alkol kullanmayanların puan ortancasından anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.13. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Alkol Kullanımına Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Alkol Kullanımı						<i>p</i>
	Evet			Hayır			
	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
PU-Bağımlılık Alt Boyutu Toplam Puanı	0	16	24	0	14	24	0,090
PU-Sosyal İlişkiler Alt Boyutu Toplam Puanı	0	9	18	0	10	20	0,290
PU-Sonuçlar Alt Boyutu Toplam Puanı	0	13	36	0	11	34	0,020
PU-Toplam Puanı(AO±SS)	38,86±14,20			35,60±12,81			0,098

4.4. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Cep Telefonu Kullanım Süresi Ortancalarının Karşılaştırılması

Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre cep telefonu kullanım süresi ortancalarının karşılaştırılması Tablo 4.14.'te incelenmiştir.

Öğrencilerin eğitim aldığı fakülte, ailenin aylık geliri ve yaşam boyu en uzun yaşanılan yere göre cep telefonu kullanım süreleri arasında fark yoktur ($p>0,05$).

Yaş gruplarına göre cep telefonu kullanım süresi ortancaları; 18-19 yaş grubunda 5(1-24), 20 yaş grubunda 5(0-24), 21 yaş grubunda 6(1-24), 22 yaş grubunda

6(2-24), 23 ve üzeri yaş grubunda 4(1-24) saattir. 23 yaş grubunda olan öğrencilerin cep telefonu kullanım süresi ortancası anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$).

Cinsiyete göre cep telefonu kullanım süresi ortancası karşılaştırıldığında erkeklerin ortancası 5(0-24) saat, kızların ortancası 6(1-24)saat olup cinsiyete göre cep telefonu kullanım süresi arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$).

Öğrencilerin şu anda yaşadıkları yere göre cep telefonu kullanım süresi incelendiğinde; devlet ya da özel yurttaki yaşayanlarda cep telefonu kullanım süresi ortancası 6(0-24) saat, arkadaşlarla ya da tek başına evde kalanlarda 5(2-24) saat, ailesiyle birlikte evde kalanlarda 5(1-24) saattir. Yurttaki kalanların cep telefonu kullanım süresi ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Sigara ve alkol kullanımına göre cep telefonu kullanım süresi ortancası sigara kullanan öğrencilerin 6(0-24)saat, sigara kullanmayan öğrencilerin 5(1-24)saat; alkol kullanan öğrencilerin 6(0-24)saat, alkol kullanmayan öğrencilerin 5(1-24) saattir. Sigara ve alkol kullanan öğrencilerin cep telefonu kullanım süre ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.14. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Cep Telefonu Kullanım Süresi Ortancalarının Karşılaştırılması

	Cep Telefonu Kullanım Süresi			p
	Ortancası			
	Min	Med	Max	
Yaş				
18-19 ^a	1	5	24	0,002
20 ^a	0	5	24	
21 ^a	1	6	24	
22 ^a	2	6	24	
≥23	1	4	24	
Cinsiyet				
Erkek	0	5	24	0,041
Kadın	1	6	24	
Fakülte				
Sağlık Bilimleri	0	4,5	20	0,072
Sosyal Bilimler	1	6	24	
Fen Bilimleri	1	5	24	
Şu Anda Yaşanılan Yer				
Devlet\Özel Yurt	0	6	24	0,026
Arkadaşlarla /Tek başına Evde ^b	2	5	24	
Aile ile Evde ^b	1	5	24	
Ailenin Aylık Geliri				
≤1400	0	6	24	0,245
1401-2800	1	6	24	
2801-4200	1	5	24	
≥4201	1	5	24	
Yaşam Boyu En Uzun Yaşanılan Yer				
İl	1	5	24	0,386
İlçe\Köy	0	5,5	24	
Sigara Kullanımı				
Evet	0	6	24	0,004
Hayır	1	5	24	
Alkol Kullanımı				
Evet	0	6	24	0,060
Hayır	1	5	24	

a; 23'den farklıdır.

b; Devlet\Özel Yurt'tan farklıdır.

4.5. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Durumlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan öğrencilerin çeşitli değişkenlere sosyal anksiyete durumlarının karşılaştırılması tablo 4.15’de gösterilmiştir.

Çalışma grubunda yaş gruplarına göre sosyal anksiyete oranları; 18-19 yaş grubunda %44,4, 20 yaş grubunda %53,7, 21 yaş grubunda %53,2, 22 yaş grubunda %42,5, 23 ve üzeri yaş grubunda %44,4’tür. Yaş gruplarına göre sosyal anksiyete durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Cinsiyete göre sosyal anksiyete durumlarına bakıldığında; erkeklerin %48,1’inde kadınların %48,4’ünde sosyal anksiyete olup; cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %58,3’ünde, Sosyal Bilimler Fakültesi öğrencilerinin %43,6’sında, Fen Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %48,4’ünde sosyal anksiyete vardır. Fakülteye göre sosyal anksiyete durumları arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p>0,05$).

Anne eğitim durumuna göre sosyal anksiyete durumlarına bakıldığında, anne eğitimi; ilkokul altı olan öğrencilerin %53,8’inde, ilkokul mezunu olan öğrencilerin %43,6’sında, ortaokul mezunu olan öğrencilerin %55,0’ında, lise mezunu olan öğrencilerin %46,0’ında, üniversite mezunu ve üzeri olan öğrencilerin %43,2’sinde sosyal anksiyete vardır. Anne eğitim durumuna göre öğrencilerin sosyal anksiyete durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Baba eğitim durumuna göre sosyal anksiyete oranlarına bakıldığında, baba eğitimi; ilkokul mezunu ve altı olanlarda sosyal anksiyete oranı %53,4, ortaokul mezunu olanlarda sosyal anksiyete oranı %52,9, lise mezunu olanlarda sosyal anksiyete oranı %44,2, üniversite mezunu ve üzeri olanlarda sosyal anksiyete oranı %44,7 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Öğrencilerin şu anda yaşadıkları yere göre sosyal anksiyete oranları; devlet veya özel yurtdışı kalanların %46,2’sinde, arkadaşlarıyla ya da tek başına evde kalanların

%48,9’unda ve ailesiyle evde kalanların %49,4’ünde sosyal anksiyete olup; gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaşam boyu en uzun yaşanan yer il olan öğrencilerde sosyal anksiyete oranları %47,2, ilçe veya köy olanlarda sosyal anksiyete oranı %51,1’dir. Yaşam boyu en uzun yaşanan yere göre gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Öğrencilerin ailesinin aylık geliri; 1400 liradan az olan öğrencilerin %53,2’sinde, 1401 ile 2800 lira arasında olan öğrencilerin %57,9’unda, 2801 ile 4200 lira arasında olan öğrencilerin %39,2’sinde, 4201 liradan fazla olan öğrencilerin %42,9’unda sosyal anksiyete vardır. Geliri 1401 ile 2800 lira olan öğrencilerin sosyal anksiyete oranı anlamlı olarak diğer gruplardan yüksektir ($p<0,05$).

Sigara kullanmayan öğrencilerin sosyal anksiyete oranı % 52,8, alkol kullanmayan öğrencilerin sosyal anksiyete oranı %51,5’tir. Sigara ve alkol kullanmayan öğrencilerin sosyal anksiyete oranları, sigara alkol kullanan öğrencilerin oranlarından anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$).

Tablo 4.15. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Sosyal Anksiyete Durumlarının Karşılaştırılması

	Sosyal Anksiyete				<i>p</i>
	Yok		Var		
	n	%	n	%	
Yaş					
18-19	40	55,6	32	44,4	0,577
20	31	46,3	36	53,7	
21	36	46,8	41	53,2	
22	23	57,5	17	42,5	
≥23	35	55,6	28	44,4	
Cinsiyet					
Erkek	54	51,9	50	48,1	0,961
Kadın	111	51,6	104	48,4	

Fakülte					
Sağlık Bilimleri	30	41,7	42	58,3	
Sosyal Bilimler	88	56,4	68	43,6	0,117
Fen Bilimleri	47	51,6	44	48,4	
Anne Eğitim Düzeyi					
İlkokul Altı	30	46,2	35	53,8	
İlkokul mezunu	53	56,4	41	43,6	
Ortaokul Mezunu	27	45,0	33	55,0	0,523
Lise Mezunu	34	54,0	29	46,0	
Üniversite Mezunu ve Üzeri	21	56,8	16	43,2	
Baba Eğitim Düzeyi					
İlkokul ve Altı	41	46,6	47	53,4	
Ortaokul Mezunu	24	47,1	27	52,9	
Lise Mezunu	53	55,8	42	44,2	0,487
Üniversite Mezunu ve Üzeri	47	55,3	38	44,7	
Şu Anda Yaşanılan Yer					
Devlet\Özel Yurt	57	53,8	49	46,2	
Arkadaşlarla /Tek başına	23	51,1	22	48,9	0,873
Evde					
Aile ile Evde	85	50,6	83	49,4	
Ailenin Aylık Geliri					
≤1400 ^a	22	46,8	25	53,2	
1401-2800	45	42,1	62	57,9	0,036
2801-4200 ^a	62	60,8	40	39,2	
≥4201 ^a	36	57,1	27	42,9	
Yaşam Boyu En Uzun Yaşanılan Yer					
İl	122	52,8	109	47,2	
İlçe\Köy	43	48,9	45	51,1	0,528
Sigara Kullanımı					
Evet	49	67,1	24	32,9	0,003
Hayır	116	47,2	130	52,8	
Alkol Kullanımı					
Evet	36	67,9	17	32,1	0,010
Hayır	129	48,5	137	51,5	

a; 1401 ile 2800 liradan farklıdır.

4.6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Yeme Davranış Bozukluğu Durumlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre yeme davranış bozukluğu durumlarının karşılaştırılması tablo 4.16.'da incelenmiştir.

Tablo 4.16. incelendiğinde; yaş gruplarına göre yeme davranış bozukluğu oranı; 18-19 yaş grubundaki öğrencilerde %18,1, 20 yaş grubundaki öğrencilerde %16,4, 21 yaş grubundaki öğrencilerde %11,7, 22 yaş grubundaki öğrencilerde %5,0, 23 ve üzeri yaş grubundaki öğrencilerde %19'dur. Yaş gruplarına göre yeme davranış bozukluğu oranları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Cinsiyete göre yeme davranış bozukluğu oranları; erkeklerin %18,3'ünde kadınların %13,0'ünde yeme davranış bozukluğu olup; cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %18,1'inde, Sosyal Bilimler Fakültesi öğrencilerinin %17,9'unda, Fen Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %6,6'sında yeme davranış bozukluğu vardır. Fen Bilimleri fakültesindeki öğrencilerin yeme davranış bozukluğu oranı Sosyal ve Sağlık Bilimleri fakültesindeki öğrencilerden anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$).

Anne eğitim durumuna göre yeme davranış bozukluğu oranları incelendiğinde, anne eğitimi; ilkokul altı olan öğrencilerin %15,4'ünde, ilkokul mezunu olan öğrencilerin %13,8'inde, ortaokul mezunu olan öğrencilerin %11,7'sinde, lise mezunu olan öğrencilerin %14,3'ünde, üniversite mezunu ve üzeri olan öğrencilerin %21,6'sinde yeme davranış bozukluğu vardır. Anne eğitim durumuna göre öğrencilerin yeme davranış bozukluğu oranları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Baba eğitim durumuna göre yeme davranış bozukluğu oranlarına bakıldığında, baba eğitimi; ilkokul ve altı olanlarda %18,2, ortaokul mezunu olanlarda %9,8, lise mezunu olanlarda %11,6, üniversite mezunu ve üzeri olanlarda %17,6 olup gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Öğrencilerin şu anda yaşadıkları yere göre yeme davranış bozukluğu oranları ise, devlet yurdu veya özel yurttaki kalanların %16,0'sında, arkadaşlarla ya da tek başına evde kalanların %28,9'unda ve ailesiyle beraber evde kalanların %10,1'inde yeme davranış bozukluğu vardır. Arkadaşlarla veya tek başına evde kalan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Öğrencilerin ailesinin aylık geliri; 1400 liradan az olanların %19,1'inde, 1401 ile 2800 lira arasında olanların %12,1'inde, 2801 ile 4200 lira arasında olanların %10,8'inde, 4201 liradan fazla olanların %22,2'inde yeme davranış bozukluğu vardır. Gelir düzeyine göre yeme davranış bozukluğu oranları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaşam boyu en uzun yaşadıkları yer il olan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %15,2, ilçe veya köy olanlarda yeme davranış bozukluğu oranı %13,6 olup gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$).

Sigara kullanmayan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %20,5, sigara kullanan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %13,0 olup; sigara kullananların yeme davranış bozukluğu oranı yüksek olmasında karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Alkol kullanan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %26,4, alkol kullanmayanların yeme davranış bozukluğu oranı %12,4 olup alkol kullanan bireylerdeki yeme davranış bozukluğu oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Yeme Davranış Bozukluğu Durumlarının Karşılaştırılması

	Yeme Davranış Bozukluğu				<i>p</i>
	Yok		Var		
	n	%	n	%	
Yaş					
18-19	59	81,9	13	18,1	0,258
20	56	83,6	11	16,4	
21	68	88,3	9	11,7	
22	38	95,0	2	5,0	
≥23	51	81,0	12	19,0	

Cinsiyet					
Erkek	85	81,7	19	18,3	0,215
Kadın	187	87,0	28	13,0	
Fakülte					
Sağlık Bilimleri ^a	59	81,9	13	18,1	
Sosyal Bilimler ^a	128	82,1	28	17,9	0,035
Fen Bilimleri	85	93,4	6	6,6	
Anne Eğitim Düzeyi					
İlkokul Altı	55	84,6	10	15,4	
İlkokul mezunu	81	86,2	13	13,8	
Ortaokul Mezunu	53	88,3	7	11,7	
Lise Mezunu	54	85,7	9	14,3	0,747
Üniversite Mezunu ve Üzeri	29	78,4	8	21,6	
Baba Eğitim Düzeyi					
İlkokul ve altı	72	81,8	16	18,2	
Ortaokul Mezunu	46	90,2	5	9,8	
Lise Mezunu	84	88,4	11	11,6	0,370
Üniversite Mezunu ve Üzeri	70	82,4	15	17,6	
Şu Anda Yaşanılan Yer					
Devlet\Özel Yurt ^b	89	84,0	17	16,0	
Arkadaşlarla /Tek başına Evde	32	71,1	13	28,9	0,006
Aile ile Evde ^b	151	89,9	17	10,1	
Ailenin Aylık Geliri					
≤1400	38	80,9	9	19,1	
1401-2800	94	87,9	13	12,1	0,146
2801-4200	91	89,2	11	10,8	
≥4201	49	77,8	14	22,2	
Yaşam Boyu En Uzun Yaşanılan Yer					
İl	196	84,8	35	15,2	0,733
İlçe\Köy	76	86,4	12	13,6	
Sigara Kullanımı					
Evet	58	79,5	15	20,5	
Hayır	214	87,0	32	13,0	0,110
Alkol Kullanımı					
Evet	39	73,6	14	26,4	
Hayır	233	87,6	33	12,4	0,009

a; Fen Bilimlerinden farklıdır.

b; Arkadaşlarla ya da Tek Başına Ev'den farklıdır.

4.7. Öğrencilerin Yeme Davranış Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyal anksiyete durumuna ve yeme davranış bozukluğuna göre cep telefonu problemli kullanım ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.17.'de gösterilmiştir.

Sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin Cep Telefonu Problemli Kullanım Ölçeği Puan ortalaması $37,63 \pm 13,48$, sosyal anksiyetesi olmayan öğrencilerin Cep Telefonu Problemli Kullanım Ölçeği Puan ortalaması $34,75 \pm 12,59$ 'dur. Sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin Cep Telefonu Problemli Kullanım Ölçeği Puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,05$).

Yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin Cep Telefonu Problemli Kullanım Ölçeği Puan ortalaması $39,70 \pm 15,58$, yeme davranış bozukluğu olmayan öğrencilerin Cep Telefonu Problemli Kullanım Ölçeği Puan ortalaması $35,53 \pm 12,54$ olup gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 4.17. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yeme Davranış Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Cep Telefonu Problemli Kullanım Ölçeği		
	AO±SS	<i>p</i>
Sosyal Anksiyete		
Yok	34,75±12,59	0,049
Var	37,63±13,48	
Yeme Davranış Bozukluğu		
Yok	35,53±12,54	0,044
Var	39,70±15,58	

4.8. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Düzeyine Göre Yeme Tutum Testi Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun sosyal anksiyete düzeyine göre Yeme Tutum Testi puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.18.'de verilmiştir. Tablo 4.18. incelendiğinde; düşük düzey sosyal anksiyete grubunun YTT ortancası 14(0-41) hafif düzey sosyal anksiyete grubunun YTT ortancası 14,5(2-68), orta düzey sosyal anksiyete grubunun YTT ortancası 20(0-74), yüksek düzey sosyal anksiyete grubunun YTT ortancası 20,5(6-54)'tur. Orta ve yüksek düzey sosyal anksiyete grubunda olan öğrencilerin Yeme Tutum Testi puan ortancaları diğer gruplardan daha yüksek olup bu fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.18.Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Gruplarına Göre YTT Puanlarının Karşılaştırılması

Anksiyete Grupları	Yeme Tutum Testi			<i>p</i>
	min	med	max	
Düşük	0	14	41	<0,001
Hafif	2	14,5	68	
Orta	0	20	74	
Yüksek	6	20,5	54	

4.9. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete ve Yeme Davranış Bozukluğu Durumuna Göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyal anksiyete durumuna ve yeme davranış bozukluğu durumuna göre PU puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.19.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.19.'a bakıldığında; Sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin PU puan ortalaması $37,63\pm13,48$, olmayan PU puan ortalaması $34,75\pm12,59$ 'dur. Sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin PU puan ortalaması anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

Yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin PU puan ortalaması $39,70\pm15,58$, yeme davranış bozukluğu olmayan öğrencilerin PU puan ortalaması $35,53\pm12,54$ 'dir. Yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin PU puan ortalaması anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.19. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yeme Davranış Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Durumuna Göre PU Puanlarının Karşılaştırılması

Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği		
	AO±SS	p
Liebowitz Sosyal Anksiyete		
Yok	34,75±12,59	0,049
Var	37,63±13,48	
Yeme Davranış Bozukluğu		
Yok	35,53±12,54	0,044
Var	39,70±15,58	

4.10.Öğrencilerin PU, LSAÖ ve YTT Puanlarının Korelasyonu

Araştırmaya katılan öğrencilerin PU puanı, LSAÖ Puanı ve YTT Puanlarının korelasyonu Tablo 4.20’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin PU puanı ile LSAÖ puanı arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$; $r=0,187$). Çalışma grubundaki öğrencilerin PU puanı ile YTT puanları arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$; $r=0,092$). Çalışmaya katılan öğrencilerin LSAÖ puanı ile YTT puanları arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$; $r=0,261$).

Tablo. 4.20. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin PU, LSAÖ ve YTT Puanlarının Karşılaştırılması

	LSAÖ Puanı	YTT Puanı
PU Puanı		
r	0,187	0,092
p	0,001	0,100
LSAÖ Puanı		
r	1,00	0,261
p	-	<0,001

4.11. Öğrencilerin Cep Telefonu Problemlili Kullanım Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Araştırmaya katılan öğrencilerin Cep Telefonu Problemlili Kullanım durumu için fakülte, yaşam boyu en uzun yaşanan yer, yeme bozukluğu, sosyal anksiyete ve sigara içme durumuna göre regresyon testi Tablo 4.21’de verilmiştir.

Cep telefonu problemlili kullanımı; yaşam boyu en uzun ilçe ve köyde yaşayan öğrencilerde yaşam boyu en uzun ilde yaşayan öğrencilere göre 2,09 kat daha fazladır (CI %95, 1,245-3,548). Sigara içmeyen öğrencilerde sigara içen öğrencilere göre cep telefonu problemlili kullanımı 2,08 kat daha fazla görülmektedir ($p<0,05$).

Fakülte, yeme davranış bozukluğu ve sosyal anksiyete durumu ile Cep telefonu problemlili kullanım durumu arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Cep Telefonu Problemlili Kullanım Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lojistik Regresyon Analizi

	OR	%95 Güven Aralığı	p
Fakülte			
Sağlık Bilimleri	1		
Sosyal-Fen Bilimleri	1,095	0,607-1,976	0,224
Yaşam Boyu En Uzun Yaşanılan Yer			
İl	1		
İlçe\Köy	2,092	1,245-3,548	0,006
Yeme Davranış Bozukluğu			
Yok	1		
Var	1,535	0,785-3,04	0,212
Sosyal Anksiyete Durumu			
Yok	1		
Var	1,427	0,785-3,04	0,212
Sigara			
İçenler	1		
İçmeyenler	2,080	0,269-0,820	0,011

Cep Telefonu Problemlili Kullanım Durumu İçin model uyumlu Hosmerand Lemeshow testi için $p = 0,891$ değeri olup model uyumu iyi, modelin tahmin etme yüzdesi %62,1'dir.

4.12. Yeme Davranış Bozukluğu Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Araştırmaya katılan öğrencilerin Yeme Davranış Bozukluğu Durumu için fakülte, anne mesleği, şu anda yaşanan yer ve alkol kullanım durumuna göre regresyon testi Tablo 4.22'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu; annesi çalışan öğrencilerde annesi ev hanımı olan öğrencilere göre 2,5 kat (CI %95, 1,186-5,521) daha yüksek oranda görülmektedir ($p < 0,05$). Ailesiyle veya arkadaşlarıyla evde kalan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı tek başına evde veya yurttan kalan öğrencilere göre 1,9 kat daha yüksek olamla birlikte bu fark anlamlı değildir ($p > 0,05$). Alkol kullanan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı ise alkol kullanmayan öğrencilere göre 2,1 kat yüksek olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Eğitim görülen fakülte ile yeme davranış bozukluğu arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 4.22. Yeme Davranış Bozukluğu Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lojistik Regresyon Analizi

	OR	%95 Güven Aralığı	p
Fakülte			
Sağlık Bilimleri	1		
Sosyal\Fen Bilimleri	1,194	0,520-2,741	0,151
Anne Meslek			
Ev Hanımı	1		
Çalışıyor	2,559	1,186-5,521	0,017
Şu anda yaşanan Yer			
Tek başına ev-Devlet özel yurt	1		
Ailesiyle\arkadaşlarla ev	1,965	0,767-5,033	0,157
Alkol			
Kullanmıyor	1		
Kullanıyor	2,197	0,293-1,911	0,061

Yeme Bozukluğu Durumu İçin model uyumlu Hosmerand Lemeshow testi için $p = 0,393$ değeri olup model uyumu iyi, modelin tahmin etme yüzdesi %82,6'dır

5.TARTIŞMA

Cep telefonu problemli kullanımı ve cep telefonu bağımlılığı birbiri içine geçmiş kavramlar olup yakın anlamlar içermektedirler. Bireylerde cep telefonunun uzun süreli ve aşırı kullanılması sonucu bazı davranış bozuklukları ile seyreden bağımlılık ya da problemli kullanım ortaya çıkmaktadır. Cep telefonu problemli kullanımı bazı çalışmalarda cep telefonu bağımlılığının öncüsü olduğu bazı

Cep telefonu problemli kullanımının bağımlılık, sosyal ilişkiler, sonuçlar alt boyutlarıyla ifade edilen bireysel zararlarının yanı sıra toplumsal zararları da vardır. Yurt dışında genç bireylerde 2008 yılında yapılan bir araştırmada; cep telefonu problemli kullanımının yasaklı kullanım, tehlikeli kullanım, bağımlılık, finansal sorunlar gibi dört farklı boyutta kişileri etkilediğini göstermiştir (34). Ayrıca 2004 yılında ülkemizde yapılmış olan bir araştırmada toplumsal temelde; araç kullanımı sırasında cep telefonu ile uğraşılmasının trafik kazalarını arttırdığı sonucuna varılmıştır (18).

5.1. Öğrencilerin Cep Telefonu Kullanımı ile İlgili Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışma grubundaki öğrencilerin cep telefonu problemli kullanım oranı %46,1'dir. Tekin ve arkadaşlarının, 2014 yılında yaptığı bir araştırmada cep telefonu problemli kullanım oranı %48,7 olup, bizim çalışmamızla benzer oranda elde edilmiştir (25).

İspanya'da 12-18 yaş grubunda yapılan kesitsel bir araştırmada cep telefonu problemli kullanım oranı %20,1 bulunmuştur (82). İngiliz adölesanlarda cep telefonu problemli kullanım prevalansını saptamak amacıyla; 11-18 yaş grubunda yapılan kesitsel tipteki araştırmada prevalans %20,5 olarak saptanmıştır (83). 2015 yılında, Tahran Üniversitesinde 20-30 yaş aralığında olan üniversite öğrencilerinde yapılan kesitsel tipteki bir çalışmada, cep telefonu problemli kullanım oranı %23,4 olarak elde edilmiştir (82-84). İspanya'da geniş bir popülasyonda yapılan bir çalışmada; 16-65 yaş aralığındaki 1126 bireyde yapılan kesitsel tipteki araştırmada cep telefonu problemli kullanım oranı %20,5 bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada yaş gruplarına göre problemli kullanım oranları karşılaştırıldığında; 16-25 yaş grubunda en yüksek oranda problemli kullanım olduğu elde edilmiştir (47). Çalışmaya katılan popülasyonun yaş

grubu, cinsiyet oranları, sosyokültürel farklılıklar gibi değişkenlere bağlı olarak cep telefonu problemlili kullanım oranları değişebilir. Bizim çalışmamızda da prevelansın daha yüksek olduğu yaş grubunda yapılması nedeniyle literatürdeki toplum tabanlı çalışmalara göre prevelans daha yüksek çıkmış olabilir.

Yapılan çalışmalarda; sms ve mobil internet özelliği olan akıllı telefon kullanıcılarının, akıllı telefon kullanmayanlara göre daha yüksek derecede mobil bağımlılığa ve bu bağımlılığa bağlı ciddi semptomlara sahip olma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (39, 85, 86). Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin %97,8'inin akıllı telefon olarak adlandırılan, internete girmek, sosyal medyayı kullanmak ve oyun oynamak gibi özellikleri barındıran, kendilerine ait bir cep telefonu vardır. İspanya'da 2009 yılında, yetişkin popülasyonda cep telefonu problemlili kullanım oranlarının belirlenmesinin amaçlandığı bir araştırmada; 13-20 yaş grubundaki öğrencilerin %80,5'inde kendine ait bir cep telefonu, %15,9'unda ise kendine ait iki veya daha fazla cep telefonu olduğunu belirtmişlerdir (87). Teknolojik ilerlemenin bu denli hızlı olduğu bu yüzyılda öğrencilerin genelinde kendilerine ait cep telefonu vardır. Akıllı telefon olarak nitelendirilen cep telefonuna sahip olan bireylerin; günlük yaşamda çok sayıda alanda uzun süreli aşırı cep telefonlarını kullanımı sonucunda, bu kişilerde cep telefonu problemlili kullanımı meydana gelebilir.

Araştırma grubunun günlük ortalama cep telefonu kullanım süresine bakıldığında; öğrencilerin %21,6'sının 3 saat ve daha az, %31,7'sinin 4-5 saat, %18,5'inin 6-7 saat ve %28,2'sinin 8 saat ve üzerinde cep telefonu kullandıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim fakültesi öğrencilerinde 2013 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %34,3'ünün cep telefonu kullanım süresi 3 saat ve üzerindedir (88). Cep telefonu kullanım süresinin problemlili kullanım ve bağımlılığa etkisinin olmasının yanında kullanılan süre zarfında cep telefonunun uygulama odaklı kullanılmasının da problemlili kullanıma yol açtığı görülmüştür (89, 90). Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin %28'inin 8 saat ve üzerinde cep telefonu kullanmaları bu öğrencilerde problemlili kullanım ve cep telefonu bağımlılığına varabilen riskler ortaya çıkabilir.

2013 yılında Amerika'da internet üzerinden iş başvurusunda bulunan, 395 yetişkinde yapılan bir çalışmada; cep telefonlarının mesajlaşma, sosyal medyayı kullanma ve e-mail özelliği gibi iletişim özelliklerini kullanmak daha fazla problemlili

kullanıma yol açtığı saptanmıştır (91). Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan öğrencilerin cep telefonu kullanım amaçları sorulduğunda öğrencilerin; %55,5'i facebook, twitter gibi sosyal paylaşım sitelerine girmek, %31,7'si WhatsApp kullanmak, %22,9'u arama yapmak, %15,7'si sms atmak, %11,3'ü ise oyun oynamak şeklinde belirtilmiştir. Sakarya Üniversitesinde okuyan 576 öğrencide 2013 yılında yapılan prevelans çalışmasında; öğrencilerin cep telefonu kullanım amaçları %50,7'sinin arama yapmak, %33,5'inin sms atmak, %11,5 internette gezinmek (WhatsApp, sosyal paylaşım siteleri) şeklindedir (37). 2009 yılında, Malezya'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada cep telefonunu; öğrencilerin %57,3'ü sms atmak, %34,7'si arama yapmak %32,1'i oyun oynamak için kullanmaktadır (92). Öğrencilerin cep telefonunu kullanım amaçlarının incelendiği 2003 yılındaki bir araştırmada; öğrenciler cep telefonunu en fazla kendilerini güvende hissetmek, aileleri ve arkadaşlarıyla sürekli iletişim halinde olmak için kullandığını ifade etmiştir (93). 2007 yılında Koreli üniversite birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada; öğrencilerin cep telefonunu elektronik sözlük, mesaj yazmak ve interneti kullanmak amaçları ile kullandıklarını elde etmiştir (94). Geçmiş yıllarda cep telefonu daha fazla oranda mesajlaşma, arama yapmak amacıyla kullanılıyorken günümüzde daha çok internet ve sosyal paylaşım sitelerine girme amacıyla kullanılmaktadır. Farklı toplumlarda çalışmalar yapılmış olsa da, günümüzde öğrencilerin çoğu benzer şekilde; cep telefonunu, büyük oranda internet ve sosyal medyaya erişim amacıyla kullanmaktadırlar. Bu şekilde uygulama odaklı kullanım sonucunda da problemli kullanım oranları artabilir.

5.2. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Cep Telefonu Problemli Kullanım Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Günümüzde ileri teknolojiye sahip cep telefonları sayesinde kişiler arasındaki iletişimi yer, zaman fark etmeksizin mümkün kılınmıştır. Bazı kişiler ise yaşamış oldukları yalnızlık, boş vakitlerini geçirme gibi nedenlerle cep telefonlarını kullanmaktadır (95). Ancak karşılanmamış sosyal ihtiyaçların cep telefonlarına yönelimine neden olması, kişilerde cep telefonunu problemli kullanımının başladığını göstermektedir (96).

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ve PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları ise; 18-19 yaş grubunda 11,5(0-32), 20 yaş grubunda 13(0-26), 21 yaş grubunda 12(1-34), 22 yaş grubunda 12(4-36), 23 ve üzeri yaş grubunda 10(0-23) olup; 20,21,22 yaş grubunun sonuçlar alt boyutu puan ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

Lise öğrencileri üzerinde 2012 yılında yapılan bir araştırmada ergenliğin ilk dönemlerinde hatta puberte sonrasında cep telefonu problemlili kullanımının başlamasına rağmen; 15-16 yaş grubunda cep telefonunu aşırı kullanımı sonucu bağımlılığa ilerleyen problemlili kullanımlar anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (97). 16-45 yaş aralığında yapılan bir çalışmada, cep telefonu problemlili kullanım riskinin 16-25 yaş grubunda en yüksek olduğu; 11-18 yaş aralığındaki başka bir çalışmada da yaşın artmasıyla problemlili kullanım riskinin azaldığı elde edilmiştir(47, 83). 18-46 yaş grubunda yapılan başka bir çalışmada, araştırma grubunda yaşın artmasıyla problemlili kullanımın azaldığı görülmüştür (98). Yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde yaş ve problemlili kullanım arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (37, 98-101). Yapılan çalışmaların ışığında cep telefonu problemlili kullanımı erken puberteden itibaren yaşla birlikte artmakla beraber, adölesan dönemin sonlarına doğru en üst noktaya ulaşp daha ileri yaşlarda azalma eğilimine girmektedir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde cep telefonu problemlili kullanımı sonuçlar alt boyutu puanlarının 20, 21, 22'li yaşlarda en yüksek olup 23 yaş ve üzerinde anlamlı olarak düşük olması bu sebepten olabilir.

Çalışma grubunun cinsiyete göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu ortancaları, PU Sonuçlar Alt Boyutu ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda bizim çalışmamızla uyumlu olarak cinsiyete göre cep telefonu problemlili kullanımı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (25, 37, 80, 83, 102). Kız öğrencilerin cep telefonunu en fazla iletişim, internet alışverişi amacıyla kullandıklarını, erkek öğrencilerin ise cep telefonunu en çok herhangi bir şey izlemek, oyun oynamak gibi amaçlarla kullandıkları ve bu amaçlarla

kullanım oranların birbirine yakın olduğu için cinsiyet açısından problemli kullanım arasında fark oluşmadığı ifade edilmektedir (37).

Literatürde cinsiyet ile problemli kullanım arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da vardır. Yurtdışında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kadınlarda erkeklere göre cep telefonu problemli kullanımı ve internet kullanımı daha düşük bulunmuştur (103). İspanya’da 16-65 yaş grubunda yapılan bir çalışmada erkeklerde cep telefonu problemli kullanım oranı daha yüksek saptanmıştır (47). 2014 yılında üniversite öğrencilerinde, cep telefonu bağımlılığı üzerinde yapılmış bir araştırmada; kadınların cep telefonu bağımlılığı puanı erkeklerden anlamlı olarak yüksektir (89). Koreli üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada cep telefonu problemli kullanımı kadınlarda erkeklere göre daha fazla oranda görülmüştür (47, 100). Literatürde bu sonuçları destekler sonuçları olan çok sayıda çalışma mevcuttur (33, 104). Çalışmaların sonuçlarının bu denli farklı olmasının nedeni araştırma yapılan gruplardaki kadın erkek oranlarının farklı olması nedeniyle; bazı çalışmalarda cinsiyet ile problemli kullanım oranları arasında anlamlı farklılık saptanırken, bazı çalışmalarda anlamlı farklılık saptanmamış olabilir.

Araştırma grubunun okuduğu fakülteye göre PU toplam puan ortalamaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ise; Sağlık Bilimleri Fakültesinde 15(0-24), Sosyal Bilimleri Fakültesinde 16(1-24), Fen Bilimleri Fakültesinde 12(0-24) olup; Fen Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin puan ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$). Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada bizim çalışmamızla uyumlu olarak; mühendislik fakültesinde okuyan öğrencilerin PU toplam puanı ortancası 45(28-135), sağlık bilimleri fakültelerinde okuyan öğrencilerin medyanı 47(27-94), iktisadi ve idari bilimler fakültesinde okuyan öğrencilerin medyanı 49(31-92)’dur. İktisadi ve idari bilimler fakültesinde okuyan öğrencilerin PU puanı yüksek olup; aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (37).

Çalışmaya katılan öğrencilerin anne-baba eğitim durumu ile PU toplam puan ortalamaları, PU Alt Boyutlarının puan ortancaları arasında fark yoktur ($p>0,05$). Anne baba eğitim düzeyi ile problemli kullanımı arasındaki ilişki literatürde yapılan

Çalışmalarda oldukça çeşitli sonuçlar içermektedir. İşpanyada 2014 yılında yapılan bir çalışmada anne baba eğitimi ve cep telefonu problemlili kullanımı arasında çalışmamızla uyumlu olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (47). Bazı çalışmalarda ebeveyn eğitim düzeyinin artmasıyla cep telefonu problemlili kullanımı ve bağımlılığın arttığı bulunmuştur (4, 87, 105, 106). Ancak bazı çalışmalarda da eğitim düzeyiyle cep telefonu problemlili kullanımı ters ilişkili olduğu elde edilmiştir (37, 82, 107). Bu farklı sonuçların nedeni cep telefonu problemlili kullanımının sosyokültürel ve ekonomik çok yönlü faktörlerden etkilenmesi nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Araştırma grubunun şu anda yaşadığı yere göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ve PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları arasında farklılık yoktur ($p>0,05$). PU Sosyal İlişkiler alt boyutunda; devletzel yurttaki kalanların ortancası 10(0-20), arkadaşlarla\tek başına evde kalan öğrencilerin ortancası 9(3-20), ailesiyle evde kalan öğrencilerin ortancası 11(2-19)'dir. Ailesiyle evde kalan öğrencilerin puanı; arkadaşlarla\tek başına evde kalan öğrencilerin puanı ile devletzel yurttaki kalan öğrencilerin puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Ülkemizde niversite ğrencilerinde 2013 yılında yapılmış bir çalışmada araştırmamıza benzer şekilde ailesiyle birlikte kalan öğrencilerin cep telefonu problemlili kullanım ortancası 46,0 (31-97), yurttaki kalan öğrencilerin cep telefonu problemlili kullanım ortancası 50,0 (27-135), tek başına evde kalan öğrencilerin cep telefonu problemlili kullanım ortancası 47,0 (27-130), apart dairede kalan öğrencilerin cep telefonu problemlili kullanım ortancası 48,5 (34-94) olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (37). Günümüzde azalan aile içi sosyal ilişkiler ilişkileri sonucunda, genellikle genç bireyler evlerinde daha çok kendi iç dünyalarında, cep telefonlarıyla vakit geçirirler. Bu nedenle ailesiyle evde yaşayan öğrencilerin cep telefonunu fazla kullanımına bağlı olarak cep telefonu problemlili kullanımının sosyal ilişkilerde bozulması gibi sonuçlarına maruz kalırlar. Bizim alışmamızda da bu nedenlerle PU sosyal ilişkiler alt boyutu puanları ailesiyle evde kalan öğrencilerde daha yüksek çıkmış olabilir.

Araştırma grubunun gelir durumu açısından Cep Telefonu Problemlili Kullanım lėėi toplam puan ortalamaları, PU Alt Boyutlarının ortancaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$). Çalışmamızla uyumlu olarak ülkemizde yapılan bir araştırmada da gelir durumu ile cep telefonu problemlili kullanımı arasında anlamlı bir

ilişki bulunamamıştır (25). Yurtdışında yapılan bir araştırmada da farklı olarak; ailelerinin gelir düzeyi düşük olan gençlerin cep telefonu kullanımlarının daha fazla olduğu elde edilmiştir (36). Ülkemizde sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerde yapılmış bir çalışmada ailelerinin aylık geliri düşük olan öğrencilerde cep telefonu bağımlılığı daha yüksek çıkmıştır (37). Çalışmamızın verilerinde de aylık gelirin daha yüksek olduğu gruplarda cep telefonu problemlili kullanım ölçeği puanı daha yüksek olup; bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Ailenin gelirinin artmasıyla öğrencilerin sahip olduğu cep telefonunun özellikleri veya sahip olduğu tarifenin kapsayıcılığı nedeniyle cep telefonu ile geçirilen süre daha fazla olabilir. Bu durumun sonucunda da problemlili kullanımın artması beklenebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yere göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$). PU Sonuçlar alt boyutunda yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yer il olanların ortancası 11(0-36), ilçe\köy olanların 12(0-28) olup; ilçe\köy olanların ortancası anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Kırsal alanda yaşayan bireyler sosyal aktivite olarak çok fazla alternatiflerinin olmaması nedeniyle zamanlarının büyük bir kısmını cep telefonları ile geçirmektedir. Cep telefonu ile geçirilen zamanın artmasıyla problemlili kullanım oluşabilir.

Araştırma grubunun cep telefonu kullanım süresine göre Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği toplam puanı ve PU alt gruplarının arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Çalışma grubunda cep telefonu kullanım süresi arttıkça problemlili kullanım da artmaktadır. Sakarya üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; 5 saat ve üzerinde cep telefonu kullanan öğrencilerin cep telefonu bağımlılığı riskinin yüksek olduğunu ifade edilmiştir (37). Benzer şekilde 2010 yılında genç erişkin üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada; günde 5 saatten fazla internet kullanan kişilerin, 1-5 saat veya 1 saatten az kullananlara göre anlamlı derecede daha yüksek düzeyde problemlili internet kullanımı gösterdiğini ortaya koyulmuştur (108). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde öğrencilerin cep telefonu problemlili kullanım ölçeği puanı; cep telefonunun kullanım süresinin daha yüksek olduğu gruplarda anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin sigara kullanımına göre Cep Telefonu Problemleri Kullanım Ölçeği toplam puan ortalaması sigara içenlerde $39,17 \pm 14,84$, sigara içmeyenlerde $35,24 \pm 12,41$ olup sigara içenlerin puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,05$). PU Bağımlılık Alt Boyutu ortancaları sigara kullananlarda 16(0-24), sigara kullanmayanlarda 13(0-24) iken; PU Sonuçlar Alt Boyutu ortancaları sigara içenlerde 13(0-36), sigara içmeyenlerde 11(0-34) olup her iki alt boyutta sigara içen bireylerin puan ortancaları anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,05$). Sigara içme durumuna göre PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$). 2009 yılında yurtdışında yapılan bir çalışmada; çalışmamıza benzer şekilde sigara içenlerde cep telefonu bağımlılığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (87). Ülkemizde üniversite öğrencilerinde 2013 yılında yapılmış olan bir araştırmada ise sigara içme durumu ile cep telefonu bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (37). Sigara, alkol ve madde bağımlılığının varlığı ile bağımlılık olarak kabul edilebilecek olan cep telefonu problemleri kullanımı birbirlerine sıklıkla eşlik etmektedir. Bu nedenlerle araştırma grubunda cep telefonu problemleri kullanımının sonuçlar ve bağımlılık alt boyutu puanları sigara içen bireylerde anlamlı olarak daha yüksek çıkmış olabilir.

Araştırma grubumuzda alkol kullanımına göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasında fark yoktur ($p > 0,05$). PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancası alkol kullananlarda 13(0-36), alkol kullanmayanlarda 11(0-34) olup alkol kullananların puan ortancası alkol kullanmayanların puan ortancasından anlamlı olarak yüksektir ($p < 0,05$). İspanya’da yapılan bir çalışmada araştırmamızla uyumlu olarak alkol kullanımı ile cep telefonu problemleri kullanımı arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (82). Sakarya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada alkol kullanımı ile cep telefonu bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (37). Cep telefonu bağımlılığının bir çeşit davranışsal bağımlılık olduğunu savunan araştırmalarda alkol bağımlılığıyla da cep telefonu problemleri kullanımının birbirinin görülme oranlarını arttırdığına dair sonuçlar saptanmıştır (109, 110). Bu nedenle alkol kullanan öğrencilerde cep telefonu problemleri kullanımı artırması nedeniyle alkol kullanan bireylerin cep telefonu problemleri kullanım puanları daha yüksek olabilir.

5.3. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sosyal Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi

Sosyal anksiyete; kişilerin topluluk önünde veya bir grup içinde yaptığı davranışların olumsuz sonuçlanabilmesi düşüncesiyle yaşadığı korkudur (55). Sosyal anksiyete yaygınlığı yaşamın çeşitli dönemlerinde farklılık gösterse de üniversite eğitimi döneminde yüksek oranda olması, genç bireylerin sosyalleşmesini önemli ölçüde etkilemektedir. Yaşamın bu döneminde; kişide oluşturduğu sorunlar neticesinde, bireyin hem eğitim hayatı hem de gelecekteki yaşamın temelini oluşturan meslek hayatı etkilenebilmektedir(111). Sosyal fobinin beklenenden daha yüksek olması ve sosyal fobinin yol açtığı şiddetli endişe, depresyon, madde kötüye kullanımı ve doğal yeteneklerin kaybı nedeniyle kişilerarası ilişkilerin bozulmasına neden olmaktadır (112, 113).

Çalışmaya katılan öğrencilerde sosyal anksiyete prevalansı %48,3 olarak elde edilmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinde 2008 yılında yapılan bir araştırmada sosyal fobi yaygınlığı %42,6, Gaziantep Üniversitesi öğrencilerinde 2004 yılında yapılan bir araştırmada %36,1, Ankara'daki çeşitli üniversitelerde öğrenim gören öğrencilerde 2002 yılında yapılan araştırmada %22, 1997 yılında Atatürk Üniversitesi öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada %17, İsveç'te üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak sosyal anksiyete prevalansı %16,1 olarak elde edilmiştir (53, 55, 114-116).

Ülkemizde sosyal fobinin yaygınlığını, beden imgesi ve benlik saygısı ile ilişkisini göstermek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada ise; yaşam boyu sosyal fobi prevalansı %9,6 olarak saptanmıştır (113).

Yaşam boyu sosyal anksiyete ile belirli bir döneme özgü elde edilen sosyal anksiyete kavramları içerik olarak birbirinden farklıdır. Bireylerin hayatlarının bazı dönemlerinde geçici olarak sosyal anksiyete yaşayabilirler. Ancak yaşam boyu sosyal anksiyetenin varlığı dönemsel yaşanan anksiyeteye göre daha ileri bir patoloji olması nedeniyle yaşam boyu sosyal anksiyete sıklığının daha düşük oranda olması beklenebilir. Çalışmalar arasındaki bu prevalans yelpazesinin geniş olmasının nedeni; çalışma yapılan gruplarda elde edilen sosyal anksiyete türünün farklı olması olabilir.

Çalışma grubunda yaş gruplarına göre sosyal anksiyete oranları; 18-19 yaş grubunda %44,4, 20 yaş grubunda %53,7, 21 yaş grubunda %53,2, 22 yaş grubunda %42,5, 23 ve üzeri yaş grubunda %44,4'tür. Yaş gruplarına göre sosyal anksiyete oranları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Benzer şekilde; İsveç'te ve Nijerya'da üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmalarda yaş grupları ile sosyal anksiyete oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (116, 117). Ancak yapılan bir başka araştırmada; sosyal fobinin görülme oranları ergenlik döneminden itibaren artma eğiliminde olduğu ve vakaların % 90'ının 23 yaşına kadar ortaya çıktığı saptanmıştır (118). Ayrıca İsveç'teki bir araştırmada sosyal fobisi yüksek olan bireylerin daha ileri bir eğitim düzeyi için üniversite eğitime başladıkları elde edilmiştir (116). Bizim çalışmamızda da üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığının yüksek olması, anksiyetesi yüksek olan bireylerin üniversite eğitiminde devam etmesi nedeniyle olabilir. Ek olarak bu döneme özgü kaygı oluşturabilecek topluluk önünde konuşma, ikili ilişkilerin artması, kişilerarası iletişimin farklılaşması gibi davranışların sık yaşanması gibi nedenler de anksiyete düzeylerinin artmasına katkı sağlamış olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre sosyal anksiyete oranlarına bakıldığında; erkeklerin %48,1'inde kadınların %48,4'ünde sosyal anksiyete olup; gruplar arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Bizim çalışmamızla uyumlu olarak İsveç'te ve Nijerya'da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda kadınlar ve erkekler arasında sosyal anksiyete oranları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (116, 117).

Ülkemizde eğitim fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kadınların sosyal anksiyete ölçeği puanları erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğu elde edilmiştir (119). 2008 yılında yapılan, "Ergenlerde Bilişsel Yapılar ve Sosyal Kaygı Arasındaki İlişkinin Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Açısından Yorumlanması" isimli tez çalışmasında kadınların erkek akranları tarafından olumsuz olarak değerlendirilme korkusu nedeniyle daha endişeli olduğunu, böylece sosyal ortamlardan ve olaylardan daha fazla uzak durduğu sonuçlarına varmıştır (120). Tafila Teknik Üniversitesinde yapılan üniversite öğrencilerinin akademik başarısında depresyon ve anksiyetenin ilişkisi incelendiği bir araştırmada; kadınların anksiyete puan ortalamaları $3,05\pm0,62$, erkeklerin anksiyete puan ortalamaları $1,56\pm0,50$ olup; kadınların sosyal anksiyete puan

ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (121). Ulusal Komorbidite Araştırmasına(NCS-A) göre ergenlerde yaşam boyu sosyal fobi prevalansı yaklaşık % 9 olup, kadınlarda (%11) erkeklere göre (%7) biraz daha yüksektir (122). Çin’de ilköğrencilerinde sosyal anksiyete ve depresyon durumunu araştıran bir çalışmada kız öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksek olduğu elde edilmiştir (123). Epidemiyolojik çalışmalarda kadınlarda sosyal anksiyete erkeklere göre daha sık görülmesine karşılık klinik araştırmalarda görülme sıklıkları cinsiyetler açısından benzer oranlarda olduğu ifade edilmektedir (124). Kadınlar duygusal yapıları nedeniyle anksiyeteli olmaya daha yatkın gibi görünse de, anksiyetenin patolojik olma noktasında bireyin kişilik özellikleri daha etkilidir.

Araştırma grubumuzdaki Sağlık Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %58,3’ünde, Sosyal Bilimler Fakültesi öğrencilerinin %43,6’sında, Fen Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %48,4’ünde sosyal anksiyete vardır ($p>0,05$). Çalışmamızla benzer şekilde; “Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri” isimli kesitsel tipteki bir çalışmada öğrencilerin okuduğu bölüm ve sınıf ile sosyal anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (55).

Çalışma verilemizin aksine; Pakistan’da, 2017 yılında yapılan bir çalışmada sosyal bilimler fakültesinde okuyan öğrencilerin anksiyete puanları tıp ve mühendislik fakültesindeki öğrencilerin anksiyete puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (125). Sosyal bilimler fakültesinde okuyan öğrencilerin Pakistan gibi az gelişmiş ülkelerde iş bulma konusunda sorunlarının olması nedeniyle yaşadıkları stres sonucunda anksiyete düzeyleri yüksek çıkmış olabilir. Benzer şekilde farklı çalışmalarda da çalışma alanları eğitim bilimleri, sanat ve idari, finansal olan bireylerin kaygı puanları; ana çalışma alanları bilim ve mühendislik olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (121, 126). Literatürdeki tıp öğrencilerinin eğitim alanının zorluğu neticesinde kaygı puanlarının daha yüksek çıktığı çalışmalar da mevcuttur (127). Bizim araştırma grubunda da sağlık bilimleri fakültelerinde eğitim alan öğrencilerin anksiyeteleri hem eğitim aldıkları bölümlerin zor olması hem de ve neticesinde yapacakları işin ana fikrinde insan olması nedeniyle anksiyeteleri artmış olabilir. Ayrıca günümüzde artan sağlıkta şiddet olaylarının neticesinde, öğrencilerin de anksiyete düzeyleri artmış olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin anne eğitim durumuna göre sosyal anksiyete durumlarına bakıldığında, anne eğitimi; ilkokul altı olan öğrencilerin %53,8'inde, ilkokul mezunu olan öğrencilerin %43,6'sında, ortaokul mezunu olan öğrencilerin %55,0'ında, lise mezunu olan öğrencilerin %46,0'ında, üniversite mezunu ve üzeri olan öğrencilerin %43,2'sinde sosyal anksiyete vardır. Anne eğitim durumuna göre öğrencilerin sosyal anksiyete durumları arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırmamızla uyumlu olarak; ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılmış kesitsel bir araştırmada sosyal anksiyete oranları; anne eğitimi hiç okula gitmemiş olan grupta %7,9, ilkokul mezunu olan grupta %42,1, ortaokul mezunu olan grupta %13,2, lise mezunu olan grupta %28,9, üniversite mezunu olan grupta %7,9 olup; gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (55).

Araştırma grubundaki öğrencilerin baba eğitim durumuna göre sosyal anksiyete oranlarına bakıldığında, baba eğitimi; ilkokul ve altı olanlarda sosyal anksiyete oranı %53,4, ortaokul mezunu olanlarda %52,9, lise mezunu olanlarda %44,2, üniversite ve üzeri olanlarda %44,7 olup; gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). 2011 yılında yapılan bir araştırmada sosyal anksiyete prevalansları; baba eğitimi hiç okula gitmemiş olan öğrencilerde %2,6, ilkokul mezunu olan öğrencilerde %34,2, ortaokul mezunu olan öğrencilerde %7,9, lise mezunu olan öğrencilerde %34,2, üniversite mezunu olan öğrencilerde %21,1'dir. Çalışmamızla benzer şekilde baba eğitimi düzeyine göre sosyal anksiyete prevalansları arasında anlamlı farklılık yoktur (55). Hem literatürde yapılan çalışmalarda hem de bizim çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeylerine göre sosyal anksiyete oranları arasında anlamlı farklılık yoktur.

Çalışma grubundaki öğrencilerin şu anda yaşadıkları yere göre sosyal anksiyete oranları, devlet veya özel yurtda kalanların %46,2'sinde, arkadaşlarla ya da tek başına evde kalanların %48,9'unda ve ailesiyle evde kalanların %49,4'ünde sosyal anksiyete olup; gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile ile birlikte yaşayan öğrencilerde aile içi hiyerarşinin olması nedeniyle sosyal anksiyete oranlarının daha yüksek oranda olmasına neden olmuş ancak bu yükseklik diğer gruplardan anlamlı farklılık oluşturmamış olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşam boyu en uzun yaşadıkları yer il olan öğrencilerde sosyal anksiyete oranları %47,2, ilçe veya köy olanlarda sosyal anksiyete

oranı %51,1'dir. Yaşam boyu en uzun yaşanan yere göre sosyal anksiyete oranları arasında farklılık yoktur ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine; üniversite öğrencilerinde sosyal fobi ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada son 15 yıldır en uzun yaşanan yer şehir olanlarda sosyal anksiyete %50,7, ilçe olanlarda %38,2, köy olanlarda %11,2'dir. En uzun şehirde yaşayan öğrencilerde sosyal anksiyete oranları anlamlı olarak yüksektir (55). Ayrıca aynı çalışmada; yaşam boyu en uzun köyde yaşayanlarda sosyal anksiyete şehirde yaşayanlara göre 1,9 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (55). Kırsal bölgelerde yaşayan bireyler; gelenek göreneklerine daha bağlı, toplumsal değerlerinden çok fazla ödün vermeyen kişilerden oluşmaktadır. Y ve Z kuşağı olarak adlandırılan yeni nesil öğrenciler ise daha özgür, sosyal baskılara karşı çıkan bir yapıdadır (128). Bu durumda yaşadıkları toplumun beklentilerine karşılık verememeleri öğrencilerde sosyal anksiyete düzeylerini yükseltebilir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin ailesinin aylık geliri; 1400 liradan az olanların %53,2'sinde, 1401 ile 2800 lira arasında olanların %57,9'unda, 2801 ile 4200 lira arasında olanların %39,2'sinde, 4201 liradan fazla olanların %42,9'unda sosyal anksiyete vardır. Geliri 1401 ile 2800 lira olan öğrencilerin sosyal anksiyete oranı anlamlı olarak diğer gruplardan yüksektir ($p<0,05$). Ülkemizde Adnan Menderes Üniversitesinde 700 öğrencide yapılan kesitsel tipteki bir araştırmada; çalışmamızla uyumlu olarak gelir seviyesi arttıkça sosyal anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmüştür (55). Nijerya'nın kuzeybatısında yer alan bir üniversitede, 413 öğrencinin katıldığı bir araştırmada ise gelir düzeyi ile sosyal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (117). Gelir durumunun düşmesiyle kişinin sosyal aktivitelerinin azaltması yoluyla bireysel ilişkilerini azaltmasına ve özgüveninin azalması yoluyla da sosyal anksiyetenin artmasına neden olabilir.

Araştırma grubunda bulunan sigara kullanmayan öğrencilerde sosyal anksiyete oranı % 52,8, alkol kullanmayan öğrencilerde sosyal anksiyete oranı %51,5'tir. Sigara ve alkol kullanmayan öğrencilerin sosyal anksiyete oranları sigara, alkol kullanan öğrencilerin sosyal anksiyete oranlarından anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$). Sosyal anksiyetesi olan bireylerde yapılan çalışmalarda; alkolün anksiyete semptomlarını azalttığı ifade edilmektedir (129, 130). Ancak sosyal anksiyetesi olan bireyler bu durumla baş edebilmek için daha fazla alkol tüketimine başvurduğu ve bu durumda da ciddi alkol bağımlılığına varabilen sonuçlar doğurduğu ile ilgili çalışmalar

da vardır (130, 131). Sigara ve alkol içerdikleri etken maddeler neticesinde kullanımı sonucunda bireylerdeki anksiyete düzeylerinin azalmasına neden olabilir. Ancak bu yan etkiden faydalanmak için herhangi bir bağımlılık potansiyeli olan madde kullanan birey bir süre sonra sigara, alkol ve hatta madde bağımlılığı oluşabilir.

5.4. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Yeme Davranış Bozukluğu Durumlarının Değerlendirilmesi

Yeme davranış bozukluğu; kişilerde aşırı yemek yeme, yemek yemeyi reddetme, sadece sebze içerikli besinleri yeme, psikolojik olarak görünümünü beğenmemesi nedeniyle diyet yapma, yiyecek kategorisinde olmayan besinleri yeme, yemek yemenin ardından hızlı sindirim veya atılması için bazı ilaçların kullanma, gece yemek yeme davranışının engellenememesi gibi davranışları içeren psikopatolojilerin tümüdür (132). Gençlerde yeme davranış bozukluklarının oluşumunda çok sayıda faktör rol almaktadır (133).

Dünya genelinde; özellikle kadınlarda daha güzel görünüme sahip olmak için diyet yapma, beslenme sonrası kusma davranışı, müshil ve diüretik ilaçların kullanımı ile bağırsakların ve mesanenin boşaltılması gibi sağlıksız yöntemlerin kullanımı artmıştır (133-135). Bu durum adölesan bireylerde yeme bozukluklarının prevalansını arttırmaktadır. Yeme davranış bozukluğu olan adölesan bireylerde zamanla sağlıklı beslenme kaygısı ve daha sağlıklı olmak amacıyla uygulanan yanlış beslenme biçimleri sonucunda obeziteye yol açabilir(136). Yeme davranış bozukluklarının yaygınlığının artması sonucunda bireysel ve toplumsal sorunların görülmesinin yanında, obezite prevalansının artmasına da neden olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %14,7'dir. 2017 yılında; 6-44 yaş aralığında ki 1054 üniversite öğrencisinde yapılan kesitsel tipteki bir araştırmada, öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %16,0 olarak saptanmıştır (137). Brezilya'da, 7-19 yaş grubunda, devlet okulunda eğitim gören 1807 öğrencide yapılmış bir çalışmada yeme davranış bozukluğu oranı %13,3 olarak bulunmuştur (135, 137, 138). İran'da 13-18 yaş aralığında ki 1990 adölesan üzerinde yapılan bir araştırmada yeme davranış bozukluğu oranı %24 olarak elde edilmiştir (135).

Adölesanlarda yapılan çalışmalarda yeme davranış bozukluğu oranı daha yüksek olup yeme davranış bozukluklarının genç yaşlarda daha sık görülmesi nedeniyle araştırma grubunun yaş dağılımına bağlı olarak prevelans değişmektedir (63, 139, 140).

Yaşam boyu yeme davranış bozukluğu prevelansları ise Amerika Birleşik Devletlerindeki 13-18 yaş aralığındaki ergenlerde %2,7 iken, bir başka çalışmada kız öğrencilerde %3,8, erkek öğrencilerde %1,5'dir (73, 141). Brezilya'da yapılan çalışmaya katılan öğrencilerin yaş aralığı bizim çalışmamızla benzer olduğu için oranlar da benzer çıkmış olabilir. Yaşla birlikte yeme davranış bozukluğu oranları artmaktadır. Bu nedenle çalışma yapılan grubun yaş aralığına göre yeme bozukluğu oranları değişebilir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin yaş gruplarına göre yeme davranış bozukluğu oranı; 18-19 yaş grubunda %18,1, 20 yaş grubunda %16,4, 21 yaş grubunda %11,7, 22 yaş grubunda %5,0, 23 ve üzeri yaş grubunda %19'dur. Yaş gruplarına göre yeme davranış bozukluğu oranları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Araştırmamızla benzer şekilde; Tayvan'lı lise öğrencilerinde 2014 yılında yapılan bir araştırmada, yeme davranış bozukluğu oranı yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değildir (142). Nijerya'da yaş gruplarına göre yeme davranış bozukluğu oranı incelendiği bir çalışmada; 21-30 yaş grubunda yeme davranış bozukluğu en yüksek oranda olup ileri yaş gruplarında oran anlamlı olarak düşüktür (137). Yeme tutumu biyolojik, gelişimsel, sosyokültürel, ailesel ve çevresel çok sayıda faktörün bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (143). Bu nedenle bizim araştırmamızda yeme davranış bozukluğu sadece yaş değişkenine bağlı olmaması nedeniyle yaş grupları arasında anlamlı farklılık çıkmamış olabilir.

Çalışma grubundaki erkeklerin %18,3'ünde, kadınların %13,0'ünde yeme davranış bozukluğu olup; cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Amerika'da 13-18 yaş grubunda geniş bir grupta yapılan bir araştırmada çalışmamızla uyumlu olarak cinsiyet ile yeme davranış bozukluğu oranları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (144). Yapılan bir çalışmada yeme davranış bozukluğu oranı kız öğrencilerde %21,9, erkeklerde %11,6 olup; kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (137). Lise öğrencileri arasında yapılan bir başka araştırmada da kız öğrencilerde yeme davranış bozukluğu erkek öğrencilerden anlamlı olarak daha

yüksek orandadır (142). Tayvan’da lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada kızların yeme tutum testi puanları erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir (142). Yeme bozuklukları batı toplumlarında ve kadınlarda daha sık olduğu çok sayıda çalışmada bildirilmesine karşın yeme tutumu sosyokültürel ve bireysel pek çok faktörden etkilenebilir. Bu nedenle cinsiyete göre yeme bozuklukları arasındaki farklılığın oluşma durumu çalışmalara göre değişebilir.

Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %18,1’inde, Sosyal Bilimler Fakültesi öğrencilerinin %17,9’unda, Fen Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin %6,6’sında yeme davranış bozukluğu vardır ($p<0,05$). Sağlık bilimleri fakültesindeki öğrencilerin yeme davranış bozukluğu oranı; Sosyal ve Fen Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksektir. Ülkemizde 2019 yılında üniversite öğrencilerinde yapılmış bir araştırmada çalışmamızla benzer şekilde; sağlık bilimleri fakültelerinde okuyan öğrencilerin YTT puanları diğer fakültelerdeki öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (145). Sağlık bilimleri alanında eğitim alan öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun daha yüksek oranda çıkmasının nedeni; sağlık alanlarındaki üniversite eğitiminin yoğun olması ve bu alanlarda gece nöbetlerinin olması sonucunda düzenli beslenmenin öğrenciler tarafından ihmal edilmesinin, hazır gıdaların daha fazla tüketilmesinin sonucu olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin anne eğitim durumuna göre yeme davranış bozukluğu oranları incelendiğinde, anne eğitimi; ilkokul altı olan öğrencilerin %15,4’ünde, ilkokul mezunu olan öğrencilerin %13,8’inde, ortaokul mezunu olan öğrencilerin %11,7’sinde, lise mezunu olan öğrencilerin %14,3’ünde, üniversite mezunu ve üzeri olan öğrencilerin %21,6’sında yeme davranış bozukluğu vardır. Anne eğitim durumuna göre öğrencilerin yeme davranış bozukluğu oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Hindistan’da sağlık alanındaki öğrencilerde, ülkemizde iki farklı üniversitenin hemşirelik fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmalarda çalışmamızla uyumlu olarak anne eğitim durumu ile YTT puanları arasında ilişki olmadığı görülmüştür (146-148).

Araştırma grubundaki öğrencilerin baba eğitim durumuna göre yeme davranış bozukluğu oranlarına bakıldığında, baba eğitimi; ilkokul ve altı olanlarda %18,2, ortaokul mezunu olanlarda %9,8, lise mezunu olanlarda %11,6, üniversite ve üzeri

olanlarda %17,6 olup gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırmamızla benzer şekilde; yurtdışında adölesanlar bireylerde yapılan bir çalışmada anne baba eğitim düzeyi ile yeme tutum testi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(144). Ancak Çin’de 18-25 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada; kız öğrencilerde hem anne eğitimi hem de baba eğitimi arttıkça yeme tutum testi puanları arttığı, Singapur’da kadınlar arasında yapılan bir çalışmada ise anne ve baba eğitimi arttıkça yeme davranış bozukluğu oranları azaldığı bulunmuştur (149, 150). Yeme davranış bozukluğunun anne ve baba eğitiminden etkilenebileceği düşünülse de bu bozuklukların etiolojisinde bireyin sahip olduğu psikolojik faktörlerin etkisi daha yüksek olabilir. Bu nedenlerle çalışmamıza katılan öğrencilerdeki yeme bozukluğu oranları anne baba eğitim durumundan etkilenmemiş olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin şu anda yaşadıkları yere göre yeme davranış bozukluğu oranları ise, devlet yurdu veya özel yurttaki kalanların %16,0’sında, arkadaşlarla ya da tek başına evde kalanların %28,9’unda ve ailesiyle beraber evde kalanların %10,1’inde yeme davranış bozukluğu vardır. Arkadaşlarla veya tek başına evde kalan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesinde 436 üniversite öğrencisinde yapılan kesitsel tipteki bir araştırmada tek başına evde yaşayan öğrencilerin yeme tutum testi puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (151). Farklı olarak ülkemizde üniversite öğrencilerinde yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ilişkisini inceleyen kesitsel tipteki bir çalışmada; yurttaki kalan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu %55,3, evde arkadaşlarıyla kalan öğrencilerde %26,3 ve ailesiyle birlikte kalan öğrencilerde %18,4’tür. Yurttaki ve evde arkadaşlarıyla kalan öğrencilerde ailesiyle birlikte kalan öğrencilere göre yeme davranış bozukluğu oranı anlamlı olarak yüksektir (152).

İlerleyen yaşlarda diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların oluşumunda beslenme durumunun etkisi büyüktür (153). Üniversite yaşamında öğrencilerin sebze ve meyve içeren, düzenli öğünlere sahip olmaması hem okul başarılarını etkiler hem de kronik hastalıklar ve yeme bozukluklarına yatkınlık oluşturabilir. Çalışma grubumuzdaki arkadaşlarıyla veya tek başına evde yaşayan öğrencilerin düzenli bir beslenme alışkanlıklarının olmaması, hazır gıdaların fazla

tüketilmesi nedeniyle sıklıkla öğün atlayabildiğinden bu gruptaki öğrencilerde yeme bozukluğu riski daha yüksek çıkmış olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ailesinin aylık geliri; 1400 liradan az olanların %19,1'inde, 1401 ile 2800 lira arasında olanların %12,1'inde, 2801 ile 4200 lira arasında olanların %10,8'inde, 4201 liradan fazla olanların %22,2'inde yeme davranış bozukluğu vardır. Gelir düzeyine göre yeme davranış bozukluğu oranları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırma bulgularımızın aksine; Kolombiya'da üniversite öğrencilerinin sosyodemografik, fiziksel ve davranışsal etkenlerle yeme davranış bozukluklarının incelendiği bir çalışmada; gelir düzeyi düşük olan grupta yeme tutum testi puanlarının daha yüksek olduğu elde edilmiştir (154). Kütahya'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin yeme tutum testi puanları gelir düzeyi yüksek olan öğrencilere göre daha yüksek saptanmıştır (155). Gelir düzeyleri arttıkça; bireylerin dengeli ve düzenli beslenme ihtiyaçlarını karşılayabilmesi nedeniyle bu kişilerde yeme davranış bozuklukları da daha az görülebilir. Ancak Brezilya'da gebe kadınlar arasında yapılan bir araştırmada aylık geliri düşük olan kadınların yeme tutum testi puanları da anlamlı olarak daha düşük olduğu elde edilmiştir (156). Bu çalışma sadece gebe kadınlar üzerinde yapılmış olması nedeniyle diğer çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmesi normal olabilir.

Çalışma grubundaki yaşam boyu en uzun yaşanan yer il olan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %15,2, ilçe veya köy olanlarda yeme davranış bozukluğu oranı %13,6 olup; gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Ancak Çin'de yaşayan öğrencilerde yapılan kesitsel bir araştırmada; kentsel alanda yaşayan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı (%6,7), kırsal alanda yaşayan öğrencilerdeki yeme davranış bozukluğu oranından (%3,5) anlamlı olarak yüksektir (149). Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yapılan bir araştırmada yaşadığı yer ilçe olanların yeme davranış bozukluğu oranı (%52,6), il olan öğrencilerin yeme davranış bozukluğu oranından (%6,8) anlamlı olarak yüksektir (152). Geçmiş yıllarda yeme bozukluklarının sosyokültürel düzeyi düşük olan gruplarda daha sık gözlemlendiği ifade edilse de günümüzde sosyokültürel değişimin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Bizim çalışmamızda da kentsel alanda yaşayan öğrencilerdeki oran daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çalışmaya katılan öğrencilerden; sigara kullanmayanlarda yeme davranış bozukluğu oranı %20,5, sigara kullanan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %13,0 olup; sigara kullananların yeme davranış bozukluğu oranı yüksek olmasında karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Araştırma sonuçlarımızla uyumlu olarak; Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sigara kullanan bireylerin yeme davranış bozukluğu puanları ile sigara kullanmayan bireylerin yeme davranış bozukluğu puanları arasında anlamlı farklılık yoktur (147). Benzer şekilde; Çukurova Üniversitesi kız üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sigara içen bireylerde yeme davranış bozukluğu oranı %6,8, sigara içmeyen öğrencilerde %6,2 olup gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (71). 2013 yılında sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sigara kullanan öğrencilerin yeme davranış bozukluğu puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (70). Sigara içme durumu; bizim çalışmamızda içen ve içmeyen şeklinde iki gruba bölünmesi nedeniyle gruplar arasında yeme bozuklukları açısından benzerlik oluşmuş olabilir.

Çalışma grubundaki alkol kullanan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı %26,4, alkol kullanmayanların yeme davranış bozukluğu oranı %12,4 olup alkol kullanan bireylerdeki yeme davranış bozukluğu oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Çalışmamızla benzer şekilde; Ülkemizde hemşirelik fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada alkol kullanan bireylerin YTT puan ortancası 32(13-72), alkol kullanmayan öğrencilerin YTT puan ortancası 25(7-73), alkolü bazen kullanan öğrencilerin YTT puan ortancası 23(11-59)'tür. Alkol kullanan bireylerin YTT puan ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir (147). Yapılan bir başka çalışmada alkol kullanan bireylerde alkol kullanmayanlara göre kötü yeme alışkanlıklarının görülme ihtimali daha yüksek olmasına rağmen anlamlı değildir (157). Çukurova Üniversitesi öğrencilerinde yapılmış kesitsel tipte bir çalışmada alkol kullanımı ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (71). Alkol kullanımının yeme bozuklukları ile ilişkisinin ortak yatkinlik oluşturan kişilik özelliklerinin dışı vurumu sonucunda oluştuğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (158-160). Ancak bu ilişkinin karmaşık ve çok yönlü olması nedeniyle; bizim çalışmamızdaki gibi alkol kullanımı ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki her durumda saptanmayabilir.

5.5. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Düzeyine Göre Yeme Tutum Testi Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırma grubunun sosyal anksiyete gruplarına göre YTT puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde; düşük düzey sosyal anksiyete grubunda YTT ortancası 14(0-41) hafif düzey sosyal anksiyete grubunda YTT ortancası 14,5(2-68), orta düzey sosyal anksiyete grubunda YTT ortancası 20(0-74), yüksek düzey sosyal anksiyete grubunda YTT ortancası 20,5(6-54)'tir. Orta ve yüksek düzey anksiyete grubunda olan öğrencilerin YTT puan ortancaları diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Uluslararası Komorbidite çalışmasında yaşam boyu herhangi bir anksiyete bozukluğunun yeme bozukluklarına eşlik etme oranı %47,9 olarak saptanmıştır (73). Hem sosyal anksiyeteye hem de yeme davranış bozukluğuna neden olan mekanizmaların benzer olduğunu gösteren çalışmalar vardır (73, 141). Bireylerin toplum tarafından olumsuz değerlendirme korkusu, sosyal kaygı bozukluğunun temel bir özelliği olmasının yanında yeme davranış bozukluğu olan bireylerde de dış görünümün aşırı değerlendirilmesi yaygın olarak görülmektedir (161, 162). Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak; yüksek düzey sosyal anksiyete grubunun yeme tutum testi puanları da anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

5.6. Öğrencilerin Sosyodemografik Değişkenlere göre Cep Telefonu Kullanım Sürelerinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki öğrencilerin eğitim aldığı fakülte, ailenin aylık geliri ve yaşam boyu en uzun yaşanılan yere göre cep telefonu kullanım süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). İleri düzeyde teknolojik özellikleri olan, akıllı telefon olarak ifade edilen cep telefonları; piyasaya ilk çıktıkları dönemlerde yüksek fiyatları açısından düşük gelir grubundaki bireylerin alması mümkün değilken gün geçtikçe firmaların yaptığı farklı ödeme şekilleri ve kampanyalarla her türlü gelir grubu tarafından satın alınabilmektedir (163). Teknolojik ilerlemeleri son derece yakından takip eden Y kuşağı öğrencileri internet, bilgisayar ve cep telefonları ile mümkün olduğunca tüm gündelik işlerini halletmektedirler (128). Bu nedenlerle çalışma grubundaki öğrencilerde gelir düzeyi, fakülte ve yaşam boyu en uzun yaşanılan yer açısından cep telefonu kullanım süresini etkilenmemiş olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre cep telefonu kullanım süresi ortancaları; 18-19 yaş grubunda 5(1-24), 20 yaş grubunda 5(0-24), 21 yaş grubunda 6(1-24), 22 yaş grubunda 6(2-24), 23 ve üzeri yaş grubunda 4(1-24) saattir. 23 yaş grubunda olan öğrencilerin cep telefonu kullanım süresi ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0,05$). Bizim çalışmamızda cep telefonu kullanım süresi genç yaşlarda daha yüksektir. Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu bu dönemlerde cep telefonunun uzun süreli kullanılması, cep telefonunun zararlı etkilerinin daha fazla görülmesine neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre cep telefonu kullanım süresi ortancası karşılaştırıldığında; erkeklerin ortancası 5(0-24) saat, kızların ortancası 6(1-24)saat olup cinsiyete göre cep telefonu kullanım sürelerinde anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Araştırma sonuçlarımızla uyumlu olarak; Yaşar Üniversitesi İletişim Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir araştırmada kız öğrencilerin %54,1'i, erkek öğrencilerin %49,6'sı cep telefonları ile internete girdiklerini ifade etmiştir. Kız öğrencilerin kullanım oranı erkeklerden anlamlı olarak yüksektir (44). Kız öğrencilerin cep telefonu kullanım sürelerinin erkeklerden anlamlı olarak yüksek olmasının nedeni; kızların cep telefonları ile internet üzerinden her türlü iletişim, alışveriş, eğlence imkânlarını daha fazla kullanması olabilir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin şu anda yaşadıkları yere göre cep telefonu kullanım süresi incelendiğinde; devlet ya da özel yurttaki yaşayanlarda cep telefonu kullanım süresi ortancası 6(0-24)saat, arkadaşlarla ya da tek başına evde kalanlarda 5(2-24)saat, ailesiyle birlikte evde kalanlarda 5(1-24)saattir. Yurttaki kalan öğrencilerin cep telefonu kullanım süresi ortancası anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Yurt gibi toplu yaşanan ortamlarda öğrenciler geçmişte kitap, gazete okuyan, televizyon izleyen bireyler, günümüzde bu aktiviteleri cep telefonları aracılığıyla gerçekleştirmektedirler. Bu durum da cep telefonu bağımlılığına varabilen çok sayıda sorunu beraberinde getirebilir.

Araştırma grubunda sigara ve alkol kullanımına göre, cep telefonu kullanım süresi ortancası sigara kullanan öğrencilerde 6(0-24)saat, sigara kullanmayan öğrencilerde 5(1-24)saat; alkol kullanan öğrencilerde 6(0-24)saat, alkol kullanmayan öğrencilerde 5(1-24) saattir. Sigara ve alkol kullanan öğrencilerin cep telefonu kullanım

süresi ortancası anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Cep telefonu bağımlılığı madde bağımlılığıyla benzer şekilde bir çeşit davranışsal bağımlılık olması nedeniyle birbirlerine eşlik edebilmektedir (164).

5.7. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Durumu ve Yeme Davranış Bozukluğu Durumuna Göre Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışma grubundaki sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin PU puan ortalaması $37,63\pm13,48$, sosyal anksiyetesi olmayan öğrencilerin PU puan ortalaması $34,75\pm12,59$ 'dur. Sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin PU puan ortalaması anlamlı olarak yüksektir($p<0,05$). Cep telefonu problemlili kullanan bireyler ile normal kullanıcılar arasında yapılan bir araştırmada; depresyon ve anksiyete oranları problemlili kullananlarda normal kullanıcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (41). Toplum tarafından dışlanmış, yalnız genç öğrenciler sosyal etkileşimleri için cep telefonları ile daha fazla zaman geçirmektedir ve problemlili cep telefonu kullanımına karşı daha duyarlıdır (80). Kuveyt'te 2014 yılında yapılan bir araştırmaya göre ve Tayvan'da 2012 yılında kız üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, sosyal kaygısı yüksek olan bireylerin cep telefonuna daha fazla bağımlı olma eğiliminde olduğu elde edilmiştir (2, 165). Bireylerin sosyal etkileşimlerde olmasının mobil telefon bağımlılığı belirtileriyle pozitif yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (2, 166, 167). Literatürle ve çalışmamızla uyumlu olarak araştırma grubunda sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin cep telefonu problemlili kullanım ölçeği puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırma grubundaki yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin PU puan ortalaması $39,70\pm15,58$, yeme davranış bozukluğu olmayan öğrencilerin PU puan ortalaması $35,53\pm12,54$ 'dir. Yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin PU puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). 2015 yılında, ülkemizde 14-20 yaş aralığındaki 603 lise öğrencisinde yapılan kesitsel bir araştırmada yeme bozukluğu olan bireylerde, internet bağımlılığının 2,36 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (168). İsviçre ve Belçika'daki iki üniversitede 2015 yılında yapılan bir araştırmada; teknoloji bağımlılığı nedeniyle kişiler yaşadığı kontrol kaybını, huzursuzluk gibi negatif belirtilerini gidermek için aşırı yemek yeme, aşırı alışveriş yapma gibi davranışlar

sergilenmektedir (169). Kolombiya’da 2014 yılında, 18-62 yaş aralığındaki yeme bozukluğu olan bireylerde yapılan bir çalışmada; problemlili kullanımı olan kişilerde normal kullanıcılara göre tıknırcasına yeme davranışı daha sık görüldüğü saptanmıştır (170). Bu verilere dayanılarak; çalışma grubundaki yeme davranış bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin cep telefonunu daha problemlili kullandığı sonucuna varılabilir.

5.8. Öğrencilerin Cep Telefonu Problemlili Kullanım Ölçeği, Leibowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Korelasyonunun Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin PU puanı ile LSAÖ puanı arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Çalışmamızla uyumlu olarak; Karadeniz Teknik Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada problemlili internet kullanımı, yalnızlık ve kaygı düzeylerinin birbiri ile anlamlı, pozitif yönde bir korelasyon gösterdiği saptanmıştır(108). Diğer araştırmalarda da problemlili internet kullanımı ile utangaçlık, yalnızlık ve sosyal ilişkilerden kaçınmak arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (171, 172). Benzer şekilde cep telefonunu problemlili kullanan bireylerde depresyon, anksiyete ve yaşamı memnuniyetinin azalması gibi psikolojik sorunların sık olduğunu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (5, 41). Konuyla ilgili literatürdeki çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin PU puanı ile YTT puanları arasındaki ilişki anlamlı değildir($p>0,05$). Literatürde cep telefonu bağımlılığı ya da cep telefonu problemlili kullanım ile yeme tutum testi arasındaki ilişkiyi açıklayan bir çalışma bulunmamasına rağmen internet bağımlılığı ile ilgili çalışmalar vardır. Ülkemizde 2014 yılında yapılan bir araştırmada YTT ile internet bağımlılığı arasında çalışmamızla uyumlu olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamışken, vücut kitle indeksi ile internet bağımlılığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir (173).

Çin’de 1252 lise ve üniversite öğrencisinde yapılan bir kohort araştırmasında; internet bağımlılığı olan kadınların yeme tutum testi puanları internet bağımlılığı olmayan kadınların yeme tutum testi puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (174). YTT ile elde edilen yeme davranış bozukluklarının bir kısmında vücut kitle indeksi yüksekken, bir kısım yeme bozukluklarında kişinin vücut kitle indeksi düşüktür. Vücut kitle indeksinin artması sadece obezite ve fazla kilolu olmakla ilişkili olduğu için, cep

telefonu problemlı kullanımı puanının artmasıyla vücut kitle indeksi artabilir. Bu nedenle cep telefonu problemlı kullanımı ile yeme bozukluğu puanlarının anlamlı korelasyon göstermemesi beklenebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin LSAÖ puanı ile YTT puanları arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Ülkemizde, bir grup üniversite öğrencisinde yapılan bir araştırmada araştırmamızla benzer şekilde anksiyete düzeyi yüksek olan grupta daha yüksek oranda yeme bozukluğu saptanmıştır (175). Anoreksiye Nervoza ile depresyon ve anksiyete birlikteliğinin araştırıldığı bir derlemede; yeme davranış bozukluğu olan bireylerin yaşam boyu depresyon ve anksiyete bozukluğu yaşama ihtimalinin yüksek olduğu gösterilmiştir (176). Ayrıca yeme davranış bozukluğu olan adölesan bireylerin kaygı ya da depresyon gibi duygudurum bozukluklarını yaşamasının ve herhangi bir bağımlılık yapıcı madde kullanmasının daha sık olduğu gösterilmiştir (176). Ayrıca yeme bozukluğu ile ilgili yapılan klinik bir araştırmada da; yeme bozukluğuna eşlik eden en sık psikiyatrik bozukluklar majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi olduğu elde edilmiştir (68). Yapılan çalışmaların sonucunda araştırma bulgumuzla uyumlu olarak; anksiyete bozukluğu, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar ile yeme davranış bozukluğunun sıklıkla birbirlerine eşlik eden durumlar olduğu söylenebilir.

5.9.Öğrencilerin Cep Telefonu Problemlı Kullanım Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki öğrencilerin cep telefonu problemlı kullanımı; yaşam boyu en uzun ilçe ve köyde yaşayan öğrencilerde yaşam boyu en uzun ilde yaşayan öğrencilere göre 2,09 kat daha fazladır (CI %95, 1,245-3,548). Kırsal bölgelerde yaşayan öğrenciler; boş vakitlerini geçirmek amacıyla gidebilecekleri sosyal tesis, sinema, tiyatro gibi eğlence amaçlı aktivitelerin daha az olması nedeniyle, cep telefonlarını daha fazla kullanmasının bir sonucu olarak problemlı kullanım daha yüksek oranda görülüyor olabilir.

5.10.Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu; annesi çalışan öğrencilerde annesi ev hanımı olan öğrencilere göre 2,5 kat (CI %95, 1,186-5,521) daha yüksek oranda görülmektedir ($p<0,05$). İran’da 430 tıp fakültesi öğrencisinde yapılan kesitsel bir çalışmada; çalışmamızla benzer şekilde anne eğitimi üniversite mezunu ve üzeri olan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı anne eğitimi üniversite mezunu altında olan öğrencilere göre 2,78 kat daha yüksektir (72). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmada annesi çalışan öğrencilerin YTT puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak aynı çalışmada yapılan regresyon analizinde annenin çalışma durumu ile öğrencilerin yeme bozukluğu durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (151). Annenin çalışması sebebiyle günün büyük bir kısmında çocuklar evde beslenme ihtiyaçlarını kendileri karşılamaktadır. Bu durumda öğrencilerin ya kendi çabalarıyla hazırladıkları kolay ama besleyici olmayan yiyeceklerden ya da fast food tarzı hazır gıdalardan tüketmektedirler. Sebze meyve ve diğer besin gruplarını yeterli oranda tüketmeyen bireylerin hem büyüme gelişme döneminde olmaları nedeniyle hem de yeterli ve dengeli beslenmemenin okul başarısını etkilemesi nedeniyle önem verilmesi gereken noktalardandır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında; üniversite öğrencilerinde cep telefonu problemlili kullanımı ve etkileyen faktörler ile cep telefonu problemlili kullanımının sosyal anksiyete ve yeme bozuklukları ile ilişkisi incelenmiş olup; çalışmanın verileri doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan öğrencilerin %22,9'u sigara kullandığını, %16,6'sı alkol kullandığını ifade etmiştir.
2. Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin tamamına yakını akıllı telefon olarak adlandırılan, kendilerine ait bir cep telefonu olduğuüçte birinin günlük cep telefonu kullanım süresinin ortalama 4-5 saat olduğu, yaklaşık yarısının facebook, twitter gibi sosyal paylaşım sitelerine girmek amacıyla cep telefonunu kullandığı elde edilmiştir.
3. Yaş gruplarına göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ve PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancasının 20,21,22 yaş grubunda diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olduğu elde edilmiştir ($p<0,05$).
4. Cinsiyet, anne baba eğitim durumu ile PU toplam puan ortalamaları, PU Alt Boyutlarının puan ortancaları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).
5. Araştırma grubunun okuduğu fakülteye göre PU toplam puan ortalamaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). PU Bağımlılık Alt Boyutunda ise Fen Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin puan ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$).
6. Çalışmaya katılan öğrenci grubunun şu anda yaşadığı yere göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları ve PU Sonuçlar Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). PU Sosyal İlişkiler alt boyutu ise ailesiyle evde kalan öğrencilerin puan ortancasının diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

7. Araştırma grubunun yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yere göre PU toplam puan ortalamaları, PU Bağımlılık Alt Boyutu puan ortancaları, PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). PU Sonuçlar alt boyutu ise yaşamı boyunca en uzun yaşadığı yer ilçe\köy olanların ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).
8. Çalışma grubundaki öğrencilerde cep telefonu kullanım süresi daha yüksek olan gruptaki öğrencilerin PU toplam puan ve alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
9. Araştırmaya katılan öğrencilerden sigara içenlerin PU toplam puan ortalaması, PU Bağımlılık Alt Boyutu ortancası, PU Sonuçlar Alt Boyutu ortancası sigara içmeyenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$); PU Sosyal İlişkiler Alt Boyutu puan ortancaları ise sigara içenlerle içmeyenler anlamlı farklılık olmadığı elde edilmiştir ($p>0,05$).
10. Öğrencilerin eğitim aldığı fakülte, ailenin aylık geliri ve yaşam boyu en uzun yaşanan yere göre cep telefonu kullanım süreleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
11. Çalışmaya katılan öğrencilerden; 23 yaş grubunda olanlarda, erkeklerde, arkadaşlarla\tek başına evde kalanlarda ve ailesiyle evde kalanlarda, sigara ve alkol kullanmayan öğrencilerde cep telefonu kullanım süresi ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$).
12. Araştırma grubundaki öğrencilerin yaş, cinsiyet, fakülte, anne baba eğitim durumu, şu anda yaşanan yer ve yaşam boyu en uzun yaşanan yere göre sosyal anksiyete durumları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
13. Çalışmaya grubundaki öğrencilerden; aylık geliri 1401 ile 2800 lira arasında olan öğrencilerin %57,9'unda, sigara kullanmayan öğrencilerin % 52,8'inde, alkol kullanmayan öğrencilerin %51,5'unda sosyal anksiyete olup diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
14. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş, cinsiyet, anne baba eğitimi, ailenin aylık geliri, yaşam boyu en uzun yaşanan yer, sigara kullanımına göre yeme davranış bozukluğu oranları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$).
15. Araştırmaya katılan öğrencilerden Sağlık \Sosyal Bilimler Fakültesinde okuyanlarda, arkadaşlarıyla veya tek başına evde kalanlarda ve alkol

kullananlarda yeme davranış bozukluğu oranı diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

16. Sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin olmayanlara göre; yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin olmayanlara göre cep telefonu problemlili kullanım ölçeği toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).
17. Çalışma grubundaki öğrencilerin LSAÖ puanları ile YTT puanları PU puanıyla pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir korelasyon gösterdiği elde edilmiştir ($p<0,05$).
18. Araştırmaya katılan öğrencilerde cep telefonu problemlili kullanımının; yaşam boyu en uzun ilçe veya köyde yaşayan öğrencilerde yaşam boyu en uzun ilde yaşayan öğrencilere göre 2,09 kat daha fazla olduğu (CI %95, 1,245-3,548) elde edilmiştir. Fakülte, yeme davranış bozukluğu ve sosyal anksiyete durumu ile cep telefonu problemlili kullanım durumu arasında anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir ($p>0,05$).
19. Çalışmaya katılan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu; annesi çalışan öğrencilerde annesi ev hanımı olan öğrencilere göre 2,5 kat (CI %95, 1,186-5,521) daha yüksek oranda görülmüştür ($p<0,05$). Fakülte, şu anda yaşadığı yer ve alkol kullanım durumu ile yeme davranış bozukluğu arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hem ülkemizde hem de dünyada özellikle genç bireyler arasında cep telefonu problemlili kullanımı gittikçe artan, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bağımlılık noktasına varabilen bu problemlili kullanım sonucunda bireyde oluşan fiziksel ve ruhsal sorunların yanında; toplumu etkileyen siber zorbalık, sosyal ilişkilerin bozulması gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Cep telefonu problemlili kullanımın tek başına oluşturduğu zararların yanı sıra çalışmamızda da elde edildiği gibi sosyal anksiyete, yeme bozukluğu gibi durumların oluşumuna katkıda bulunabilmesi nedeniyle önemlidir. Öncelikle bu davranışın kazanıldığı, cep telefonu kullanımın başladığı ilk ve ortaöğretim dönemlerinde, aile ve okul yönetiminin işbirliği ile okul saatleri içerisinde cep telefonu kullanımının engellenmesi sağlanabilir. Bunun için öncelikle rol model olması sebebiyle aile fertlerinde, öğretmenlerde öğrenciyle iletişim halinde olduğu dönemlerde cep telefonu kullanımının sınırlandırılması, bilinçli kullanıcılar oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca ilk, orta ve yükseköğretim öğrencilerin eğitim

müfredatlarına teknoloji bağımlılığı, teknoloji okuryazarlığı, cep telefonu aşırı kullanımının zararları gibi konular eklenmelidir.

Üniversitede okuyan genç bireyler için boş zamanlarında; hem arkadaş ilişkilerini geliştirmek hem de teknolojiden bir süre uzaklaşmalarını sağlamak açısından sosyal topluluklara üye olmaları teşvik edilmelidir. Bu şekilde herhangi bir şey üretmeye başlayan genç birey toplumla daha fazla bütünleşerek, sosyal yalnızlığını giderdiği cep telefonundan uzaklaşması sağlanabilir. Üniversitenin yapmış olduğu yılsonu etkinliklerde veya dönem içi etkinliklerde etkinlik süresi boyunca cep telefonsuz yaşam için teşvikler yapılmalı, konunun önemi etkinliklerde sık sık hatırlatılmalıdır.

Gerekli kurumlarla işbirliği içinde; gençlerin daha fazla kullandıkları televizyon ve internet ortamında, cep telefonu aşırı kullanımının zararlarını ifade eden kamu spotları yapılmalıdır. Öğrencilerin sık kullandıkları toplu taşıma, sinema, tiyatro, üniversite kampüsü içerisindeki afiş panolarına, ambalajlı su şişelerindeki etiketlere cep telefonu problemlili kullanımının yol açtığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları ifade eden dikkat çekici görsel materyaller eklenebilir.

Öğrencilerde var olan sosyal anksiyetenin ortadan kaldırılması ve diğer kişilerde de oluşmaması için üniversite içerisinde öğrencilere psikolojik destekte bulunabilecek sağlık birimleri bulunmalıdır. Öğrencilerin bu anksiyeteyi aşabilmesi ve meslek kariyerlerini etkilememesi açısından; özellikle anksiyete oluşturan topluluk önünde konuşma, gösterilerde görev alma gibi aktivitelere katılımı sağlanmalıdır.

Beslenme bozukluklarının yol açtığı obezite, yeme davranış bozukluklarının azaltılması ve önlenmesi için; öncelikle üniversite kampüsünde bulunan fast food yiyeceklerin yerine sebze meyve içerikli, protein ve yağ oranı belirli miktarda olan daha sağlıklı yemek alternatifleri öğrencilere sunulmalıdır. Ayrıca yeme bozukluklarının önemin ve kronik hastalıklara zemin oluşturan bu yaşlardaki beslenme durumunun önemi vurgulanmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028.
2. Hong F-Y, Chiu S-I, Huang D-H. A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese university female students. *Computers in Human Behavior*. 2012;28(6):2152-9.
3. Ahmed I, Qazi TF. A look out for academic impacts of Social networking sites (SNSs): A student based perspective. *African Journal of Business Management*. 2011;5(12):5022-31.
4. Billieux J. Problematic use of the mobile phone: a literature review and a pathways model. *Current Psychiatry Reviews*. 2012;8(4):299-307.
5. Lepp A, Barkley JE, Karpinski AC. The relationship between cell phone use, academic performance, anxiety, and satisfaction with life in college students. *Computers in Human Behavior*. 2014;31:343-50.
6. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology and Behavior*. 2005;8.
7. Mok J-Y, Choi S-W, Kim D-J, Choi J-S, Lee J, Ahn H, et al. Latent class analysis on internet and smartphone addiction in college students. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014;10:817.
8. Mental HSA. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance. 2016.
9. Davidson JR, Hughes D, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological medicine*. 1993;23(3):709-18.
10. SAYGIN M, Öngel K, ÇALIŞKAN S, YAĞLI M, Has M, Gonca T, et al. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011;18(2):43-7.
11. Spindler A, Milos G. Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*. 2007;8(3):364-73.
12. Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutrition in clinical practice*. 2010;25(2):110-5.
13. Ergin A. Öğretim Teknolojisi: İletişim. 2. Baskı. Anı Yayıncılık. Ankara 1998. ISBN:975-69-56-01-1.
14. Güçlü N, Sotirofski K. Bilgi yönetimi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2006;4(4):351-73.

15. <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/about-deloitte/articles/deloitte-global-mobil-kullaici-arastirmasi-2017.html>
16. Sheppard AL, Wolffsohn JS. Digital eye strain: prevalence, measurement and amelioration. *BMJ open ophthalmology*. 2018;3(1):e000146.
17. Hansraj KK. Assessment of stresses in the cervical spine caused by posture and position of the head. *Surg Technol Int*. 2014;25(25):277-9.
18. White MP, Eiser JR, Harris PR. Risk perceptions of mobile phone use while driving. *Risk Analysis: An International Journal*. 2004;24(2):323-34.
19. Deepinder F, Makker K, Agarwal A. Cell phones and male infertility: dissecting the relationship. *Reproductive biomedicine online*. 2007;15(3):266-70.
20. USD IN, Gene. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. *Psychiatric Times*, 2005, 22.11: 14-14.
21. Orford, J. (1985). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addiction*. New York: John Wiley & Sons. Griffiths, M. D. (1995). *Adolescent Gambling*. London: Routledge. Peele, S., Brodsky, A. (1975). *Love and Addiction*. New York: Taplinger.
22. Henderson, E. C. (2001). *Understanding addiction*. Mississippi: University Press of Mississippi.
23. Griffiths M. Internet addiction: fact or fiction? *The psychologist*. 1999.
24. Nickerson RC, Isaac H, Mak B. A multi-national study of attitudes about mobile phone use in social settings. *International Journal of Mobile Communications*. 2008;6(5):541-63.
25. Tekin C, Gunes G, Colak C. Adaptation of Problematic Mobile Phone Use Scale to Turkish: A Validity and Reliability Study [Cep Telefonu Problemlili Kullanım (PU) Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Gecerlik ve Güvenilirlik Çalışması]. *Medicine Science | International Medical Journal*. 2014;3(3):1361.
26. Kim S-E, Kim J-W, Jee Y-S. Relationship between smartphone addiction and physical activity in Chinese international students in Korea. *J Behav Addict*. 2015;4(3):200-5.
27. Nicol A, Fleming MJ. "i h8 u": The Influence of Normative Beliefs and Hostile Response Selection in Predicting Adolescents' Mobile Phone Aggression—A Pilot Study. *Journal of school violence*. 2010;9(2):212-31.
28. 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(1):66.
29. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *J Behav Addict*. 2015;4(4):299-307.
30. Randler C, Wolfgang L, Matt K, Demirhan E, Horzum MB, Beşoluk Ş. Smartphone addiction proneness in relation to sleep and morningness-eveningness in German adolescents. *J Behav Addict*. 2016;5(3):465-73.

31. 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(1):66.
32. Lopez-Fernandez O, Kuss DJ, Romo L, Morvan Y, Kern L, Graziani P, et al. Self-reported dependence on mobile phones in young adults: A European cross-cultural empirical survey. *J Behav Addict*. 2017;6(2):168-77.
33. Geser H. Are girls (even) more addicted? Some gender patterns of cell phone usage. 2006.
34. Billieux J, Van der Linden M, Rochat L. The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*. 2008;22(9):1195-210.
35. Leung L. Linking psychological attributes to addiction and improper use of the mobile phone among adolescents in Hong Kong. *Journal of children and media*. 2008;2(2):93-113.
36. Koivusilta LK, Lintonen TP, Rimpelä AH. Orientations in adolescent use of information and communication technology: a digital divide by sociodemographic background, educational career, and health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;35(1):95-103.
37. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A, Temiz N. Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pakistan journal of medical sciences*. 2013;29(4):913.
38. Ehrenberg A, Juckes S, White KM, Walsh SP. Personality and self-esteem as predictors of young people's technology use. *Cyberpsychology & behavior*. 2008;11(6):739-41.
39. Igarashi T, Motoyoshi T, Takai J, Yoshida T. No mobile, no life: Self-perception and text-message dependency among Japanese high school students. *Computers in Human Behavior*. 2008;24(5):2311-24.
40. Exelmans L, Van den Bulck J. Bedtime mobile phone use and sleep in adults. *Social Science & Medicine*. 2016;148:93-101.
41. Elhai JD, Dvorak RD, Levine JC, Hall BJ. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of affective disorders*. 2017;207:251-9.
42. Bağcı H, Çoklar AN. Bilgisayar odaklı yükseköğretim ve fakülte öğrencilerinin problemli cep telefonu kullanım durumları. *PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2017;3(3):164-71.
43. Kutlu M, Pamuk M. Investigation of university students' problematic usage of mobile phone in the context of personality Üniversite öğrencilerinde cep telefonunun problemli kullanımının kişilik bağlamında incelenmesi. *Journal of Human Sciences*. 2017;14(2):1263-72.

44. Karaaslan İA, Budak L. Üniversite Öğrencilerinin Cep Telefonu Özelliklerini Kullanımlarının ve Gündelik İletişimlerine Etkisinin Araştırılması. *Journal of Yasar University*. 2012;7(26).
45. Öztunç M. Analysis of Problematic Mobile Phone Use, Feelings of Shyness and Loneliness in Accordance with Several Variables. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013;106:456-66.
46. 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.
47. De-Sola JA, Talledo H, de Fonseca FR, Rubio G. Prevalence of problematic cell phone use in an adult population in Spain as assessed by the Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS). *Plos One*. 2017;12(8).
48. Kuss DJ, Kanjo E, Crook-Rumsey M, Kibowski F, Wang GY, Sumich A. Problematic Mobile Phone Use and Addiction Across Generations: the Roles of Psychopathological Symptoms and Smartphone Use. *Journal of technology in behavioral science*. 2018;3(3):141-9.
49. Berksun O. Anksiyete ve anksiyete bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık. 2003.
50. Dorahy M. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–5th edition (DSM-5). 2014.
51. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5) tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2013.
52. Widiger TA, Frances AJ, Pincus HAE, Ross RE. DSM-IV sourcebook, Vol. 3: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1997.
53. Dilbaz N, editor The prevalence of social phobia among the Turkish university students. XII. World Congress of Psychiatry, Yokohama; 2002.
54. Masia Warner C, Fisher PH, Shroff PE, Rathor S, Klein RG. Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(7):676-86.
55. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3).
56. Karaca S, Gök C, Kalay E, Başbuğ M, Hekim M, Onan N, et al. Ortaokul öğrencilerinde bilgisayar oyun bağımlılığı ve sosyal anksiyetenin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2016;6(1):14-9.
57. Memiş ÇÖ. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sosyal anksiyete bozukluğu ve belirtileri ile tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
58. Deniz S. Ergenlerin problemleri mobil telefon kullanımının utangaçlık ve sosyal anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.

59. Delgado B, Inglés CJ, García-Fernández JM. Social anxiety and self-concept in adolescence. *Revista de Psicodidáctica*. 2013;18(1):179-95.
60. Bracik J, Krysta K, Zaczek A. Impact of family and school environment on the development of social anxiety disorder: a questionnaire study. *Psychiatria Danubina*. 2012;24 Suppl 1:S125-7.
61. Fan Q, Chang WC. Social Anxiety among Chinese People. *TheScientificWorldJournal*. 2015;2015:743147.
62. Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*. 2008;16(2):257-64.
63. Eapen V, Mabrouk AA, Bin-Othman S. Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eating behaviors*. 2006;7(1):53-60.
64. Musaiger AO, Al-Mannai M, Tayyem R, Al-Lalla O, Ali EY, Kalam F, et al. Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: a cross-cultural study. *Appetite*. 2013;60:162-7.
65. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2015;24(1):177-96.
66. Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Bruning N, Wehle C, Trost-Brinkhues G, Brenner H, et al. Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(4):385-93.
67. Allison KC, Tarves EP. Treatment of night eating syndrome. *Psychiatric Clinics*. 2011;34(4):785-96.
68. Vardar E, Erzen M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(4):205-12.
69. Semiz M, Kavakcı Ö, Yağız A, Yontar G, Kuğu N. Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(3):149-57.
70. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(2):15-22.
71. Çelik S, YOLDAŞCAN EB, Okyay RA, ÖZENLİ Y. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17(1).
72. Naeimi AF, Haghghian HK, Gargari BP, Alizadeh M, Rouzitalab T. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2016;21(4):597-605.

73. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
74. Golden NH, Schneider M, Wood C. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20161649.
75. Tao S, Wu X, Zhang Y, Zhang S, Tong S, Tao F. Effects of Sleep Quality on the Association between Problematic Mobile Phone Use and Mental Health Symptoms in Chinese College Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(2).
76. Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz social anxiety scale: the Turkish version. *Psychological Reports*. 2003;93(3_suppl):1059-69.
77. Savasir I, Testi ENYT. Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:19-25.
78. Arslan AK, Yaşar Ş, Çolak C, Yoloğlu S. R Shiny Paketi ile Kruskal Wallis H Testi için İnteraktif Bir Web Uygulaması. *SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ*. 2018;49.
79. Cholz M. Mobile phone addiction: a point of issue. *Addiction*. 2010;105(2):373-4.
80. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*. 2005;8(1):39-51.
81. Takao M, Takahashi S, Kitamura M. Addictive personality and problematic mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*. 2009;12(5):501-7.
82. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano ML, Freixa-Blanxart M. [Spanish adaptation of the "Mobile Phone Problem Use Scale" for adolescent population]. *Adicciones*. 2012;24(2):123-30.
83. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano L, Freixa-Blanxart M, Gibson W. Prevalence of Problematic Mobile Phone Use in British Adolescents. *Cyberpsych Beh Soc N*. 2014;17(2):91-8.
84. Mohammadi Kalhori S, Mohammadi MR, Alavi SS, Jannatifard F, Sepahbodi G, Baba Reisi M, et al. Validation and Psychometric Properties of Mobile Phone Problematic Use Scale (MPPUS) in University Students of Tehran. *Iranian journal of psychiatry*. 2015;10(1):25-31.
85. Lin TT, Chiang Y-H, Jiang Q. Sociable people beware? Investigating smartphone versus nonsmartphone dependency symptoms among young Singaporeans. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2015;43(7):1209-16.
86. Perry SD, Lee KC. Mobile phone text messaging overuse among developing world university students. *Communicatio*. 2007;33(2):63-79.
87. Sánchez-Martínez M, Otero A. Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *CyberPsychology & Behavior*. 2009;12(2):131-7.

88. ÜNAL AT, ARSLAN A. Devlet ve vakıf üniversiteleri eğitim fakültesi öğrencilerinin cep telefonu kullanım sıklıklarının ve marka tercihlerinin karşılaştırılması. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*. 2013;12(1):1-19.
89. Roberts J, Yaya L, Manolis C. The invisible addiction: Cell-phone activities and addiction among male and female college students. *J Behav Addict*. 2014;3(4):254-65.
90. Tossell C, Kortum P, Shepard C, Rahmati A, Zhong L. Exploring Smartphone Addiction: Insights from Long-Term Telemetric Behavioral Measures. *International Journal of Interactive Mobile Technologies*. 2015;9(2).
91. Takao M. Problematic mobile phone use and big-five personality domains. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2014;39(2):111.
92. Zulkefly SN, Baharudin R. Mobile phone use amongst students in a university in Malaysia: its correlates and relationship to psychological health. *European Journal of Scientific Research*. 2009;37(2):206-18.
93. Aoki K, Downes EJ. An analysis of young people's use of and attitudes toward cell phones. *Telematics and Informatics*. 2003;20(4):349-64.
94. Meurant RC, editor A Preliminary Survey of the Use of Cell Phones, Electronic Dictionaries, SMS, Email, Computers and the Internet by Korean College EFL Students with Respect to Patterns of L1: L2 Language Use and the Associated Language Learning Strategies Used in Acce. 2007 International Conference on Multimedia and Ubiquitous Engineering (MUE'07); 2007: IEEE.
95. Townsend AM. Life in the real-time city: Mobile telephones and urban metabolism. *Journal of urban technology*. 2000;7(2):85-104.
96. Finn S. Origins of media exposure: Linking personality traits to TV, radio, print, and film use. *Communication research*. 1997;24(5):507-29.
97. Chóliz M. Mobile-phone addiction in adolescence: the test of mobile phone dependence (TMD). *Progress in Health Sciences*. 2012;2(1):33-44.
98. Montag C, Błaskiewicz K, Lachmann B, Sariyska R, Andone I, Trendafilov B, et al. Recorded behavior as a valuable resource for diagnostics in mobile phone addiction: evidence from psychoinformatics. *Behavioral Sciences*. 2015;5(4):434-42.
99. Smetaniuk P. A preliminary investigation into the prevalence and prediction of problematic cell phone use. *J Behav Addict*. 2014;3(1):41-53.
100. Park N, Lee H. Nature of youth smartphone addiction in Korea. 2014.
101. Ahmed I, Qazi TF, Perji KA. Mobile phone to youngsters: Necessity or addiction. *African Journal of Business Management*. 2011;5(32):12512-9.
102. Tasdemir M, Hidiroglu S, Gurun H, Ozer H, Cicek M, Cetinkaya M. The Knowledge. Attitude and Behaviours of Marmara University Students about the Usage of Mobile Phones, *Marmara Med J*. 2012;25:18.

103. Beranuy M, Oberst U, Carbonell X, Chamarro A. Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in human behavior*. 2009;25(5):1182-7.
104. Hakoama M, Hakoyama S. The impact of cell phone use on social networking and development among college students. *The American Association of Behavioral and Social Sciences Journal*. 2011;15(1):20.
105. Mazaheri MA, Najarkolaie FR. Cell phone and internet addiction among students in Isfahan university of medical sciences-Iran. *Journal of Health Policy and Sustainable Health*. 2014;1(3).
106. Tavakolizadeh J, Atarodi A, Ahmadpour S, Pourgheisar A. The prevalence of excessive mobile phone use and its relation with mental health status and demographic factors among the students of Gonabad University of Medical Sciences in 2011-2012. *Razavi Int J Med*. 2014;2(1):e15527.
107. Leung L. Leisure Boredom, Sensation Seeking, Self-esteem, Addiction Symptoms and Patterns of Mobile Phone Use. *Mediated Interpersonal Communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Retrieved from [http://www.com ...](http://www.com...); 2007.
108. Odacı H, Kalkan M. Problematic Internet use, loneliness and dating anxiety among young adult university students. *Computers & Education*. 2010;55(3):1091-7.
109. Ko CH, Yen J-Y, Yen CF, Chen CS, Weng CC, Chen CC. The association between Internet addiction and problematic alcohol use in adolescents: the problem behavior model. *CyberPsychology & Behavior*. 2008;11(5):571-6.
110. Lam LT, Peng Z-w, Mai J-c, Jing J. Factors associated with Internet addiction among adolescents. *Cyberpsychology & behavior*. 2009;12(5):551-5.
111. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of anxiety disorders*. 2003;17(5):561-71.
112. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry/VI*: Williams & Wilkins; 1995.
113. Izgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(9):630-4.
114. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Anaç Ş, Turan M, Gençelli Ş. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI. DSM III-R ruhsal bozukluklarının yaşam boyu ve. 1997;12:253-65.
115. Inanç N, Savas HA, Tutkun H, Herken H, Savas E. Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde psikiyatrik açıdan incelenen öğrencilerin klinik ve sosyo-demografik özellikleri/The clinical and sociodemographic characteristics of the students psychiatrically examined at the Medico-Social Center of Gaziantep University. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2004;5(4):222.
116. Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(1):79-86.

117. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(6):458-63.
118. Spence SH, Rapee RM. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*. 2016;86:50-67.
119. YILDIRIM T, ÇIRAK Y, KONAN N. Öğretmen adaylarında sosyal kaygı. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2011;12(1).
120. Kalkan N. Ergenlerde bilişsel yapılar ve sosyal kaygı arasındaki ilişkinin bilişsel davranışçı yaklaşım açısından yorumlanması. 2008.
121. Al-Qaisy LM. The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. *International journal of psychology and counselling*. 2011;3(5):96-100.
122. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(1):32-45.
123. LIN Su-Lan WD, XIAN Ya-Jing, YANG Jing, WU Ping-Ping. Current status of social anxiety and depression among primary school students in Urumqi, China. *CJCP*. 2018;20(8):670-4.
124. Stein MB, McQuiad JR, Laffaye C, McCahill ME. Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice*. 1999;48(7):514-.
125. Naseem S, Munaf S. Suicidal ideation, depression, anxiety, stress, and life satisfaction of medical, engineering, and social sciences students. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*. 2017;29(3):422-7.
126. Ozdemir H, Rezaki M. General Health Questionnaire-12 for the detection of depression. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(1):13.
127. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic medicine*. 2006;81(4):354-73.
128. Yüksekbilgili Z. TÜRK TİPİ Y KUŞAĞI. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2013;12(45):342-53.
129. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of psychiatric research*. 2008;42(3):230-9.
130. Battista SR, Kocovski NL. Exploring the effect of alcohol on post-event processing specific to a social event. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2010;39(1):1-10.
131. Terlecki MA, Buckner JD. Social anxiety and heavy situational drinking: Coping and conformity motives as multiple mediators. *Addictive behaviors*. 2015;40:77-83.

132. Tam CK, Ng CF, Yu CM, Young BW. Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: prevalence and correlates. *Journal of paediatrics and child health*. 2007;43(12):811-7.
133. Jalali-Farahani S, Chin YS, Nasir MTM, Amiri P. Disordered eating and its association with overweight and health-related quality of life among adolescents in selected high schools of Tehran. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015;46(3):485-92.
134. Chang W-w, Nie M, Kang Y-w, He L-p, Jin Y-l, Yao Y-s. Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, China: a cross-sectional study. *Nutricion hospitalaria*. 2015;31(4):1771-7.
135. Rauof M, Ebrahimi H, Jafarabadi MA, Malek A, Kheiroddin JB. Prevalence of eating disorders among adolescents in the Northwest of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(10).
136. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):19-24.
137. Fadipe B, Oyelohunnu MA, Olagunju AT, Aina OF, Akinbode AA, Suleiman TF. Disordered eating attitudes: demographic and clinico-anthropometric correlates among a sample of Nigerian students. *African health sciences*. 2017;17(2):513-23.
138. Vilela JE, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Eating disorders in school children. *Jornal de Pediatria*. 2004;80(1):49-54.
139. Al-Subaie A, Al-Shammari S, Bamgboye E, Al-Sabhan K, Al-Shehri S, Bannah AR. Validity of the Arabic version of the Eating Attitude Test. *International Journal of Eating Disorders*. 1996;20(3):321-4.
140. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT, Al-Bahlani S, Martin RG, Al-Ismaily S. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(9):1124-30.
141. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.
142. Wong Y-C, Lin J-S, Chang Y-J. Body satisfaction, emotional intelligence, and the development of disturbed eating: a survey of Taiwanese students. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*. 2014.
143. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Cmaj*. 2001;165(5):547-52.
144. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7):714-23.

145. Gündüz N, Gökçen O, Eren F, Erzincan E, Timur Ö, Turan H, et al. The relationship between internet addiction and eating attitudes and obesity related problems among university students. *Turkish J Clinical Psychiatry*. 2019;22.
146. Balhara YPS, Yadav T, Arya K, Mathur S, Kataria DK. A cross-sectional study of body shape and eating attitude among Indian female healthcare students. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2012;43(4):309-23.
147. Özvurmaz S, Mandıracıoğlu A, Lüleci E. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ve yeme tutumuyla ilişkili faktörler. 2018.
148. Esra U, SAĞLAM E, Sevim Ş, AYGİN D, Havva S. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(2):187-97.
149. Yu J, Lu M, Tian L, Lu W, Meng F, Chen C, et al. Prevalence of disordered eating attitudes among university students in Wuhu, China. *Nutricion hospitalaria*. 2015;32(4).
150. Ho T, Tai B, Lee E, Cheng S, Liow P. Prevalence and profile of females at risk of eating disorders in Singapore. *Singapore medical journal*. 2006;47(6):499.
151. Celik S, Ugur BA, Aykurt FA, Bektas M. Eating attitudes and related factors in Turkish nursing students. *Nursing and midwifery studies*. 2015;4(2).
152. Ünalın D, Öztıp 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. 2009.
153. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2011;53(4):268-9.
154. Sáenz Duran S, González Martínez F, Díaz Cárdenas S. Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en Universitarios de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2011;4(3):193-204.
155. Ünsal A, Ayrancı Ü, Arslan G, Tozun M, Çalık E. Kütahya, Türkiye'deki erkek ve kız öğrenciler arasındaki depresyon ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki/Connection between eating disorders and depression among male and female college students in Kutahya, Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11(2):112.
156. dos Santos AM, Benute GRG, dos Santos NO, Nomura RMY, de Lucia MCS, Francisco RPV. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery*. 2017;51:12-5.
157. Castelao-Naval O, Blanco-Fernández A, Meseguer-Barros CM, Thuissard-Vasallo IJ, Cerdá B, Larrosa M. Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 2018.
158. Dunn EC, Neighbors C, Fossos N, Larimer ME. A cross-lagged evaluation of eating disorder symptomatology and substance-use problems. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2009;70(1):106-16.

159. Ellickson-Larew S, Naragon-Gainey K, Watson D. Pathological eating behaviors, BMI, and facet-level traits: the roles of conscientiousness, neuroticism, and impulsivity. *Eating behaviors*. 2013;14(4):428-31.
160. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive behaviors*. 2006;31(10):1844-57.
161. Levinson CA, Rodebaugh TL. Clarifying the prospective relationships between social anxiety and eating disorder symptoms and underlying vulnerabilities. *Appetite*. 2016;107:38-46.
162. Levinson CA, Rodebaugh TL. Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating behaviors*. 2012;13(1):27-35.
163. Gülmez M. Üniversite öğrencilerinin cep telefonu satın alma ve kullanımını etkileyen faktörler: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi ile Tokat Gaziosmanpaşa üniversitelerinde bir uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2005(24):37-62.
164. Ertemel AV, Aydın G. Dijital ekonomide teknoloji bağımlılığı ve çözüm önerileri. 2018.
165. Sultan AJ. Addiction to mobile text messaging applications is nothing to “lol” about. *The Social Science Journal*. 2014;51(1):57-69.
166. Shih D-H, Chen C-C, Chiang H-S, Shih M-H. Explore dependency syndrome on mobile phone user. *International Journal of Mobile Communications*. 2012;10(5):475-89.
167. Park N, Hwang Y, Huh E, editors. Exploring problematic mobile phone use: relationships between adolescents’ characteristics and mobile phone addiction. Trabajo presentado en el Annual Meeting of the International Communication Association, Suntec Singapore International Convention & Exhibition Centre, Suntec City; 2010.
168. Alpaslan AH, Koçak U, Avcı K, Uzel Taş H. The association between internet addiction and disordered eating attitudes among Turkish high school students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2015;20(4):441-8.
169. Deleuze J, Rochat L, Romo L, Van der Linden M, Achab S, Thorens G, et al. Prevalence and characteristics of addictive behaviors in a community sample: A latent class analysis. *Addictive Behaviors Reports*. 2015;1:49-56.
170. De Young KP, Zander M, Anderson DA. Beliefs about the emotional consequences of eating and binge eating frequency. *Eating behaviors*. 2014;15(1):31-6.
171. Ceyhan AA, Ceyhan E. Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. *CyberPsychology & Behavior*. 2008;11(6):699-701.
172. Mittal VA, Tessner KD, Walker EF. Elevated social Internet use and schizotypal personality disorder in adolescents. *Schizophrenia research*. 2007;94(1-3):50-7.

173. Canan F, Yildirim O, Ustunel TY, Sinani G, Kaleli AH, Gunes C, et al. The relationship between internet addiction and body mass index in Turkish adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014;17(1):40-5.
174. Tao Z, Liu Y. Is there a relationship between Internet dependence and eating disorders? A comparison study of Internet dependents and non-Internet dependents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2009;14(2-3):e77-e83.
175. Büyüköztürk H, Çolak Ş, Görgülü F, Saraçoğlu E, Saraçoğlu İ. Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Tutumuyla İlişkili Faktörler. 2013.
176. Hughes EK. Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *Clinical Psychologist*. 2012;16(1):15-24.
177. Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Russell J, St Clare T, Touyz S. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012;46(2):118-31.
178. Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2007;15(4):253-74.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE CEP TELEFONU PROBLEMLİ KULLANIMININ YEME BOZUKLUKLARI VE SOSYAL ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Diğer.....

4. Okuduğunuz Fakülte\Bölüm: \.....

5. Annenizin eğitim durumu nedir?

1) Okuryazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu
5) Lise mezunu 6) Üniversite mezunu 7) Yüksek Lisans/Doktora

6. Annenizin mesleği nedir?

.....

7. Babanızın eğitim durumu nedir?

1) Okuryazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu
5) Lise mezunu 6) Üniversite mezunu 7) Yüksek Lisans/Doktora

8. Babanızın mesleği nedir?

.....

9. Şu anda yaşadığınız yeri işaretleyiniz.

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1) Devlet yurdu | 7) Akraba ile birlikte evde |
| 2) Özel yurt
misafirhane | 8) Kurum ve derneklere ait |
| 3) Tek başına evde | 9) Eşle evde |
| 4) Anne-baba-kardeşler ile birlikte evde | 10) Anne ile birlikte evde |
| 5) Abla-ağabey-kardeşle birlikte evde | 11) Baba ile birlikte evde |
| 6) Arkadaşlarla birlikte evde | 12) Diğer (Lütfen açıklayınız) |

.....

10. Ailenizin ortalama aylık geliri ne kadardır?.....

11.Yaşamınız boyunca en uzun yaşadığınız yer neresidir? 1)İl 2)İlçe 3)Köy

12. Kendinize ait bir akıllı telefonunuz var mı? 1)Evet 2)Hayır

13. Cep telefonu günde ortalama kaç saat kullanıyorsunuz?.....

14. Cep telefonunu en çok hangi amaç\amaçlarla kullanıyorsunuz?

1)Facebook, twitter gibi sosyal paylaşım sitelerine girmek

2) Whatsap kullanmak 3)Oyun oynamak 4)Sms atmak

5) Arama yapmak 6)Bankacılık hizmetleri

15. Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

16. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

CEP TELEFONU PROBLEMLİ KULLANIM ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Cep telefonum çekmediği zaman çok sinirlenirim.					
2. Cep telefonum uzun süre çalmadığı zaman telefonumun açık olup olmadığını kontrol ederim.					
3. Cep telefonumu evde unutursam kendimi iyi hissetmem.					
4. Cep telefonumu hiç kapatmam.					
5. Cep telefonunun olmadığı bir hayat düşünemem.					
6. Cep telefonumu uzun bir süre kullanmadığım veya kullanmama müsaade edilmediği zaman moraliim bozulur.					
7. Biriyle konuşmaktansa o kişiye SMS yazmayı tercih ederim.					
8. Cep telefonumu bazen hoşlanmadığım ortamlardan kaçmak için kullanırım.					
9. Yüz yüze görüşmektense cep telefonu ile konuşmayı daha çok severim.					

10. Canım sıkıldığı zaman, cep telefonumla oyalanırım.					
11. Cep telefonumdan uzun süre aranmadığımda veya bana SMS gönderilmediğinde, kimsenin beni düşünmediği hissine kapılırım.					

CEP TELEFONU PROBLEMLİ KULLANIM ÖLÇEĞİ					
Aşağıdaki ifadelere göre Cep Telefonu davranışları listelenmiştir. Lütfen kendinize uyan sık sık uyguladığınız davranışlarınızı yargılayınız.					
	Hiç	Pek az	Bazen	Sık sık	Çok sık
12. Cep telefonu ile çok mesaj yazdığım için sonrasında parmaklarımın ağrıdığı olmuştur.					
13. Cep telefonu ile çok fazla konuştuğum için sonrasında başımın ağrıdığı ve\veya kulağımın ısındığı olmuştur.					
14. Cep telefonu ile çok meşgul olduğum ve zamanın nasıl geçtiğini anlamadığım olmuştur.					
15. Cep telefonu ile çok konuştuğum veya telefonda çok fazla SMS gönderdiğim için diğer insanlar tarafından eleştirildiğim olmuştur.					
16. Uygun olmayan durumlarda cep telefonu kullandığım için, kaza atlattığım olmuştur.					
17. Cep telefonumu derste\işte kullandığım için öğretmenimden\patronumdan azar işittiğim olmuştur.					
18. Gece mesaj veya telefon geldiği için uykudan uyandığım olmuştur.					
19. Gece cep telefonu ile konuştuğum veya SMS gönderdiğim için uykusuz kaldığım olmuştur.					
20. Cep telefonu ile çok meşgul olduğum için yapılması gerekenleri unuttuğum zamanlar olmuştur.					

LIEBOWITZ SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

	Kaygı		Kaçınma	
	1: Yok yada çok hafif		1: Kaçınma yok ya da çok ender	
	2: Hafif		2: Zaman zaman kaçınırım	
	3: Orta derecede		3: Çoğunlukla kaçınırım	
	4: Şiddetli		4: Her zaman kaçınırım	
	Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1	Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2	Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3	Dikkatleri üzerinde toplamak		Dikkatleri üzerinde toplamak	
4	Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışma		Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışma	
5	Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6	Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7	Kendinden daha yetkili biriyle konuşmak		Kendinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8	Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9	Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10	Gözlendiği sırada çalışmak		Gözlendiği sırada çalışmak	
11	Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşma		Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşma	

12	Bir eğlenceye gitmek		Bir eğlenceye gitmek	
13	Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14	Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15	Gözlendiği sırada yazı yazmak		Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16	Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17	Umumi yerlerde yemek yemek		Umumi yerlerde yemek yemek	
18	Evde misafir ağırlamak		Evde misafir ağırlamak	
19	Küçük bir grup faaliyetine katılmak		Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20	Umumi yerlerde bir şeyler içmek		Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21	Umumi telefonları kullanmak		Umumi telefonları kullanmak	
22	Yabancılarla konuşmak		Yabancılarla konuşmak	
23	Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24	Umumi tuvalette idrar yapmak		Umumi tuvalette idrar yapmak	

YEME TUTUM TESTİ

	Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
01.	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
02.	Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
03.	Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
04.	Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
05.	Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
06.	Aklım fikrim yemektir.						
07.	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
08.	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
09.	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10.	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11.	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12.	Ailem fazla yememi bekler.						
13.	Yemek yedikten sona kusarım.						
14.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15.	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16.	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17.	Günde birkaç kere tartılırım.						
18.	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19.	Et yemekten hoşlanırım.						
20.	Sabahları erken uyanırım.						
21.	Günlerce aynı yemeği yerim.						
22.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri						101

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

Ek 2.

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
07.11.2017	24	2017/24-11	
Karar No: 2017/24-11: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 07.11.2017 tarihinde Rektörlük Senato Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD'n da Doç. Dr. Ali ÖZER'in sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD'n da Arş. Gör. Ayşe GÖKÇE'nin "Üniversite Öğrencilerinde Cep Telefonu Problemleri Kullanımının Yeme Bozuklukları ve Sosyal Anksiyete ile İlişkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

Ek 3.

	
T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ	
Personel Daire Başkanlığı	
	
Evrak Tarih ve Sayısı: 25/08/2017-E.63187	
Sayı : 83533471-051.01	Konu : Anket Çalışma İzni
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA	
İlgi : 25/08/2017 tarihli ve 62943 sayılı yazımız,	
Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Ali ÖZER'in danışmanlığında Arş.Grv. Ayşe GÖKÇE'nin, "Üniversite Öğrencilerinde Cep Telefonu Problemleri Kullanımının Yeme Bozuklukları ve Sosyal Anksiyete ile İlişkisi" konulu anket çalışmasını yapma talebi Rektörlüğümüzce uygun bulunmuştur.	
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	
e-İmza Prof.Dr. Abdulkadir BAHARÇİÇEK Rektör V.	
İnönü Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı, Mari Bina Kat:2 Telefon No: 4223773240 Faks No: 4223410496 E-Posta: personel@inonu.edu.tr İnternet Adresi: https://www.inonu.edu.tr/hfctm/personel	Bilgi İçin: İbrahim Emin AKTÜRK Ünvan: Müdür Telefon No: 3773243
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır	