

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ERGEN SAĞLIĞI ÜNİTESİNE BAŞVURAN ADOLESAN
OBEZLERDE KİTLE İLETİŞİM ARAÇ BAĞIMLILIKLARI VE
UYKU DÜZENİNİN PSİKİYATRİK SEMPTOMLARLA
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uz. Dr. Yaşar DURMAZ

**Adolesan Sağlığı Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2021

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ERGEN SAĞLIĞI ÜNİTESİNE BAŞVURAN ADOLESAN
OBEZLERDE KİTLE İLETİŞİM ARAÇ BAĞIMLILIKLARI VE
UYKU DÜZENİNİN PSİKİYATRİK SEMPTOMLARLA
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uz. Dr. Yaşar DURMAZ

**Adolesan Sağlığı Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF DR ORHAN DERMAN**

**ANKARA
2021**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ****ERGEN SAĞLIĞI ÜNİTESİNE BAŞVURAN ADOLESAN OBEZLERDE KİTLE İLETİŞİM ARAÇ BAĞIMLILIKLARI VE UYKU DÜZENİNİN PSİKİYATRİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Öğrencinin Adı Soyadı: YAŞAR DURMAZ

Danışman: Prof. Dr. ORHAN DERMAN

Bu tez çalışması 20/4/2021 tarihinde jürimiz tarafından “ Adolesan Sağlığı Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof Dr. Hilal Özcebe*
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye: *Prof Dr. Aysu Duyan Çamurdan*
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Üye: *Prof Dr. Zehra Aycan*
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Üye: *Doç Dr. Hüseyin Demirbilek*
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Üye: *Doç Dr. Sinem Akgül*
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

21/5/2021
Prof. Dr. Diclehan ORHAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾

o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾

o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

21/5/2021

Uz. Dr. Yaşar DURMAZ

¹ “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr.Orhan DERMAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Uz. Dr. Yaşar DURMAZ

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca her zaman desteklerini gördüğüm, değerli bilgilerinden ve tecrübelerinden faydalandığım, gelen ergeni bir hasta gibi değil kendi evladı gibi düşünerek yardımcı olmaya çalışan; başta tez hocam Prof. Dr. Orhan Derman'a, Prof. Dr. Nuray Kanbur ve Doç. Dr. Sinem Akgül hocamıza çok teşekkür ederim. Doktora programını öneren Prof. Dr. Cengiz Yakıncı hocama da şükranlarımı sunarım.

Beraber mesai harcadığımız ergen sağlığı bölümü çalışanları, doktora programı arkadaşlarım sizlerin katkısı da kesinlikle unutulmaz. Ekip olarak çalışmanın güzelliğini burada daha fazla kavradım.

Doktoramı yaparken sabahları henüz gün ağarmadan Kütahya'dan yollara düşerek Ankara'ya gelmeye çalıştığım, akşamları dönüşte gece yarısı eve geldiğim zamanlar oldu. Bu süreçte beni yalnız bırakmayan ve her zaman destekleyen eşime ve çocuklarıma da çok teşekkür ederim.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bölümü; bana çok şey kazandırdı. Başta kendi ergen çocuklarıma olmak üzere ergene yaklaşımım çok değişti. Keşke burası gibi ergen sağlığı kliniklerinin sayısı artsa, Türkiye'nin her tarafına yayılsa...

Bugünün gençleri yarının büyükleri için bunu yapmak gerekli...

ÖZET

Durmaz Y. Ergen Sağlığı Ünitesine Başvuran Adolesan Obezlerde Kitle İletişim Araç Bağımlılıkları ve Uyku Düzeninin Psikiyatrik Semptomlarla İlişisinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adolesan Sağlığı Programı Doktora Tezi, Ankara, 2021. Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Polikliniğinde obezite veya kilo fazlalığı nedeniyle takip edilen, psikiyatrik hastalığı olmayan, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 12-20 yaş ergenler dahil edildi. Kontrol grubu ise benzer yaş gruplarında kronik hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olmayan normal kilolu ergenlerdi. Çalışma Ocak 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında yapıldı. Kişisel verilerin sorgulandığı bilgi formu ve ergenlerde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış Yaşam Kalite Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği, Young İnternet Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu, Epworth Uykuluk Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeğini içeren anket sonuçları değerlendirildi. Obez grubu: 67, fazla kilolu: 41 ve kontrol grubu:141 kişi (toplam 249) idi. Yaşları 12-20 yıl arasında ortalama: 16,02 yıl idi. Ankete katılanların %84'ünde evinde internet, %98 sinin ise cep telefonu vardı ve % 99.2 si akıllı telefon idi. Gün içerisinde en çok cep telefonuyla ilgilenenler fazla kilolu gruptu. Telefon değiştirme sıklığı birbirine yakın olup ortalama 3,35 yıl idi. Obezlerin %76,9'u, fazla kiloluların %90,2'si, normal kiloluların %81,2'si cep telefonlarını yatarken kapatmıyorlardı. Yaşam Kalite Ölçeği puanlaması açısından gruplar arasında farklılık yoktu ($p>0,05$). Kısa semptom envanteri açısından fazla kilolu grubun psikiyatrik semptomları daha belirgin bulundu ve en fazla obsesif grup idi. Kontrol grubu daha hostile, obezler daha fazla anksiyetik saptandı. Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanı en yüksek fazla kilolular da olup bunu kontrol grubu ve obezler takip etti. İstatistiki olarak fark yoktu. Obezlerde ölçek puanı daha düşük saptandı. Obezlerin internet bağımlılığı puanı, fazla kilolulara ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubu, obezlere göre daha fazla gündüz uykululuk hali yaşamaktaydı ($p<0,05$). Obezler, uyku kalitesini diğerlerine göre daha iyi olarak bildirmekteydi. Uyku süreleri açısından fazla kiloluların %99'u günlük 7 saatten az uyuyorlardı ($p<0,05$). Kontrol grubunda günlük işlev bozukluğu obezlerden ve fazla kilolulardan yüksekti ($p<0,05$). Uyku bozukluğu göstergesi olan 5 puan üzeri değer; fazla kiloluların %81.5'inde, normal kiloluların %77'sinde, obezlerin %63'ünde görüldü. Fizik aktivite açısından ise obezlerin daha fazla fiziksel aktivite yapmaya çalıştıkları gözlemlendi ($p<0,05$). Akıllı telefon bağımlılık puanı, internet bağımlılık testi puanı ve uykuyu değerlendiren testler ile kısa semptom envanterinin bazı alt bölümlerinde korelasyon vardı.

Anahtar Kelimeler: Akıllı telefon, internet, obezite, psikiyatrik semptomlar, uyku

ABSTRACT

Y. Durmaz. The Evaluation of the Relationship Between Mass Media Tool Dependencies and Sleep Patterns and Psychiatric Symptoms in Obese Adolescents Applying to the Division of Adolescent Medicine. Hacettepe University. Graduated School of Health Science. Adolescent Health Program Ph.D. Thesis, Ankara, 2021. Adolescents aged 12-20, who were followed at Hacettepe University Faculty of Medicine, Division of Adolescent Medicine outpatient clinic due to obesity or overweight, who did not have a psychiatric disorder and voluntarily accepted participating in the study were included. The control group was comprised of normal weigh adolescents who were in a similar age range without a chronic or psychiatric disease. The study was conducted between January 2018 and December 2019. The demographic information form and the results of the questionnaire including Life Quality Scale, Brief Symptom Inventory, Smartphone Addiction Scale, Young Internet Addiction Scale, Epworth Sleepiness Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, and International Physical Activity Scale were evaluated. The number of participants from each group was 67 in the obese group, 41 in the overweight group, and 141 in the control group. (Total 249). Their age ranged from 12-20 years and the average was 16.02 years. Of the respondents 84% had internet at home, 98% had a mobile phone and 99.2% were smartphones. The group that was most involved with their mobile phone during the day was the overweight group. Phone replacement frequency was close between groups, with an average of 3.35 years. Of the obese group 76.9% of the overweight group 90.2% and of the normal weight group 81.2% did not turn off their mobile phones while they were asleep. The Quality of Life Scale scoring was not different between the groups ($p>0.05$). In terms of the brief symptom inventory, the psychiatric symptoms of the overweight group were found to be more pronounced and the obsessive group was the most prominent. The control group was more hostile, whereas the obese group were more anxious. The highest smartphone addiction scale score was found in the overweight group which was followed by the control group and obese group although there was no statistical difference. Scale scores were lower in the obese group. Internet addiction scores of the obese patients were found to be statistically significantly lower than that of the overweight and control group ($p<0.05$). The control group had more daytime sleepiness compared to the obese group ($p<0.05$). The obese patients reported better sleep quality when compared with the other groups. In terms of sleep duration, 99% of the overweight patients were sleeping less than 7 hours a day ($p<0.05$). In the control group, daily dysfunction was higher than those of the obese and overweight groups ($p<0.05$) The value above 5 points is an indicator of sleep disturbance and was seen in 81.5% of overweight, 77% of average weight and 63% of obese adolescents. In terms of physical activity, it was observed that obese patients tried to be more physically active ($p<0.05$). There was a correlation in some subsections of the brief symptom inventory with the Smartphone Addiction score, the Internet Addiction Test score, and the tests evaluating sleep.

Keywords: Smartphone, Internet, obesity, psychiatric symptoms, sleep

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|--|-------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ETİK BEYAN | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | xii |
| ŞEKİLLER | xiii |
| TABLolar | xiv |
| 1. GİRİŞ-AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Kitle İletişim Araçları ve Akıllı Telefon Kullanımı | 4 |
| 2.2. Akıllı Telefon Kullanımının Etkileri | 7 |
| 2.3. İnternet Kullanımı | 11 |
| 2.4. İnternet Bağımlılığı | 13 |
| 2.5. İnternet Kullanımının Fiziksel Etkileri | 14 |
| 2.6. İnternet Kullanımının Psikososyal Etkileri | 15 |
| 2.7. İnternet Kullanımının Bilişsel Etkileri | 17 |
| 2.8. Uyku | 19 |
| 2.9. Uykunun Fizyolojisi | 20 |
| 2.10. Uykunun Gereksinimi ve Uykunun İşlevi | 22 |
| 2.11. Uyku Kalitesi | 23 |
| 2.12. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler | 23 |
| 2.13. Gençlerde Uyku Yoksunluğunun Etkileri | 27 |
| 2.14. Medya ve Uyku Alışkanlıkları | 27 |
| 2.15. Obezite | 30 |

| | |
|--|----|
| 2.16. Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler | 32 |
| 2.17. Obezite ve Psikiyatrik Bozukluklar | 32 |
| 2.18. İnternet, TV bilgisayar ve Obezite | 36 |
| 2.19. Fiziksel Aktivite | 38 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 40 |
| 3.1. Çalışma Planı | 40 |
| 3.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) | 41 |
| 3.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE) | 41 |
| 3.4. Akıllı Telefon Bağımlılığı Kısa formu (ATBÖ-KF) | 42 |
| 3.5. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu (YİBT-KF) | 43 |
| 3.6. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) | 43 |
| 3.7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) | 43 |
| 3.8. Uluslararası Fiziksel Aktivite Kısa Formu | 44 |
| 3.9. Verilerin İstatiksel Analizi | 45 |
| 4. BULGULAR | 46 |
| 4.1. Kişisel ve Sosyodemografik Veriler | 46 |
| 4.2. Yaşam Kalite Ölçeği Sonuçları | 55 |
| 4,3. Kısa Semptom Envanteri Sonuçları | 55 |
| 4.4. ATBÖ-KF ve İnternet Bağımlılık Ölçeği Sonuçları | 58 |
| 4,5. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) Sonuçları | 59 |
| 4.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Sonuçları | 59 |
| 4.7. Uluslararası Fiziksel Aktivite Kısa Formu Sonuçları | 62 |
| 4,8. Korelasyon İncelemeleri | 63 |
| 4.8.1. Akıllı Telefon Bağımlılık Puanı ile KSE Korelasyonu | 63 |
| 4.8.2. İnternet Bağımlılık Puanı ile KSE Korelasyonu | 64 |
| 4.8.3. Uyku Testleri ile KSE Korelasyonu | 66 |
| 5. TARTIŞMA | 73 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 87 |
| 7. KAYNAKLAR | 92 |
| 8. EKLER | |
| Ek-1: Tez Çalışmasıyla İlgili Etik Komisyon İzni | |
| Ek-2: Araştırmada Kullanılan Anket Formları | |

Ek-3: Turnitin Orjinallik Dijital Makbuzu

Ek-4: Orjinallik Raporu İlk Sayfası

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|----------------|---|
| AB | Anksiyete Bozukluğu |
| ATBÖ-KF | Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu |
| BT | Belirti Toplamı İndeksi |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| ÇİYKÖ | Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği |
| D | Depresyon |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EUÖ | Epworth Uykululuk Ölçeği |
| FB | Fobik Anksiyete |
| FSTP | Fiziksel Sağlık Toplam Puanı |
| GAU | Gündüz Aşırı Uykululuk |
| H | Hostilite |
| IPAQ | International Physical Activity Questionnaire |
| KD | Kişilerarası Duyarlılık |
| KSE | Kısa Semptom Envanteri |
| MET | Metabolic Equivalent of Task |
| NREM | Nonrapid Eye Movement |
| OKB | Obsesif Kompulsif Bozukluk |
| ÖTP | Ölçek Toplam Puanı |
| P | Psikotizm |
| PD | Paranoid Düşünce |
| PİK | Problemlili İnternet Kullanımı |
| PSTP | Psikososyal Toplam Puanı |
| PUKİ | Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi |
| RCİ | Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi |
| REM | Rapid Eye Movement |
| S | Somatizasyon |
| SCL90-R | Symptom Check List: Psikolojik Belirti Tarama |
| SRI | Semptom Rahatsızlık İndeksi |
| VKİ | Vücut Kitle İndeksi |
| YİBT-KF | Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu |

ŞEKİLLER

| Şekil | Sayfa |
|---|-------|
| 4.1. Obezlerin interneti kullanım amaçları | 53 |
| 4.2. Fazla kiloluların interneti kullanım amaçları | 53 |
| 4.3. Normal kiloluların interneti kullanım amaçları | 53 |
| 4.4. Grupların internette en çok kullandığı siteler | 54 |
| 4.5. KSE alt ölçeklerinin gruplara göre dağılımı | 55 |

TABLOLAR

| Tablo | Sayfa |
|---|--------------|
| 4.1. Grupların cinsiyete göre dağılımları | 46 |
| 4.2. Grupların yaş ortalamaları | 46 |
| 4.3. Anne eğitim düzeyine göre grupların dağılımı | 47 |
| 4.4. Baba eğitim düzeyine göre grupların dağılımı | 47 |
| 4.5. Annenin mesleğine göre grupların dağılımı | 47 |
| 4.6. Babanın mesleğine göre grupların dağılımı | 48 |
| 4.7. Kardeş sayılarına göre grupların dağılımı | 48 |
| 4.8. Ailenin gelir durumu | 49 |
| 4.9. Ev sahipliği durumu | 49 |
| 4.10. Kendisine ait oda ve odasında internet ve iletişim araçları sorgulaması | 49 |
| 4.11. İnternet ve cep telefonu kullanım sorgulaması | 50 |
| 4.12. Telefonu gece yatarken kapatma durumları | 51 |
| 4.13. Yatarken telefonu nereye koydukları bilgisi | 51 |
| 4.14. İnternette en çok kullanılan siteler | 54 |
| 4.15. Yaşam kalite ölçeğinin gruplara göre puan değerleri | 55 |
| 4.16. KSE alt ölçeklerinin gruplara göre dağılımı | 55 |
| 4.17. KSE toplam puanı ve global endeks puanları dağılımı | 57 |
| 4.18. Grupların Akıllı Telefon ve İnternet Bağımlılık Ölçeği Puan Dağılımı | 58 |
| 4.19. Epworth Uykululuk Ölçeği Puanlaması | 59 |
| 4.20. Grupların PUKİ Toplam Puanları | 60 |
| 4.21. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ) Bileşen Puanları | 61 |
| 4.22. Grupların Fiziksel Aktivite Düzeyleri | 62 |
| 4.23. Akıllı Telefon Bağımlılık Testi Puanı ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri | 63 |
| 4.24. İnternet Bağımlılık Testi Puanı ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri | 63 |
| 4.25. Uyku Testlerinin Obezlerde Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri | 70 |
| 4.26. Uyku Testlerinin Fazla Kilolularda Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri | 71 |

| Tablo | Sayfa |
|--|-------|
| 4.27. Uyku Testlerinin Normal Kilolularda Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri | 72 |

1. GİRİŞ

Teknolojide olan ilerlemelerle birlikte internet kullanımının yaygınlaşması bilgisayar, laptop, cep telefonu gibi bazı teknolojik aletleri yaşamın ayrılmaz bir parçası haline getirmiştir. Sadece iletişim kurmaya yarayan cep telefonu yerine adeta mini bir bilgisayar olan akıllı cep telefonları kullanılmaya başlamıştır. Avuç içine rahatlıkla sığabilen ve her yere taşınabilen bu cihazlar günlük yaşamımızda birçok kolaylıklar sağlamıştır. Görüntülü konuşmak, fotoğraf çekmek, video çekmek ve seyretmek, oyun oynamak, film ve tv programı izlemek, e-postalara bakmak, sosyal medyaya girmek, sohbet yapmak, navigasyon cihazı gibi yer göstermek, alışveriş yapmak, banka veya resmi daire işlerini yapmak, nabzını ölçmek, adımını saymak, yaktığı kaloriyi hesaplamak gibi her an yeni özelliklerde eklenen, çekim imkanlarının artması ile bağlantı kurulmayan yer kalmayan bu akıllı cep telefonları kitle iletişim araçlarının vazgeçilmez bir parçası olmuştur. (1)

Benzer şekilde internet imkanlarının artması, hemen her yerde kablolu veya kablosuz internet bağlantısının olması, cep telefonlarıyla kolaylıkla internete bağlanması da cep telefonu ve internet kullanımını artırmıştır (2).

Yeni gelişmelere daha açık olan ve kolaylıkla uyum sağlayabilen ergenler içinde akıllı telefon kullanımının yaygınlaşması ve internete bağlanabilme imkanının artması hayatlarında kolaylıklar sağlarken beraberinde bazı problemleri de getirmektedir. İnternete kolay ulaşım oldukça, bilgisayar, tablet veya cep telefonu ile meşguliyet artmaktadır. Bağımlılık derecesine varan cep telefonu veya internet kullanımını sırasında fiziksel aktivite kısıtlanmakta saatlerce hareketsiz kalmakta ve masabaşı yapılan aktiviteler artmaktadır. Yeme alışkanlıkları değişmekte, sağlıksız ve yüksek kalorili yiyecekler yenilmekte, asitli içecekler içilmekte ya da tam tersi telefondan, oyundan, bilgisayardan ayrılmamak için saatlerce aç susuz kalınmaktadır. Ev dışında internet kafeler, oyun salonları gibi toplu internet aktivitelerinin olduğu ortamlarda da sigara alkol veya madde bağımlılığı gibi zararlı alışkanlıklar kazanılabilmektedir (3).

İnternetin ve akıllı telefonların aşırı kullanımının ergenlerin gelişimini etkileyebilir. Psikososyal yönden istenmeyen etkiler yapabilir (4).

. Uyku, başta çocuklar ve ergenler olmak üzere her yaş için önemli bir

fizyolojik ihtiyaçtır ve bireylerin vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden birisidir. Yetersiz ve kalitesiz uykunun bireyin davranışsal problemlerini etkilediği bilinmektedir. Aynı şekilde bireysel özellikler, çevresel faktörler ve günlük etkinliklerde uykuyu etkilemektedir. Akıllı telefonların kullanımının artması ve internete ulaşım imkanlarının kolaylaşması sonucunda; gece geç saatlere kadar oynanan oyunlar, televizyon, bilgisayar ya da telefon başında geçirilen vakitler, teknolojik aletler ve içerikleri ile ilgili zihinsel düşünceler normal uyku alışkanlıklarını bozmaktadır. Daha geç yatmak, sabahları kalkmada zorlanmak ve uyuduğu halde dinlenememek, geceleri uyku sırasında sık sık uyanmak, gündüz rutin aktiviteleri sırasında uykusuzluk çekmek ve dinlenemediği için okulda veya işte başarısız olmak sık görülen uyku problemleridir (5).

Ergenler akıllı telefonlarla fazla meşgul oldukça, akşamları yatış saatlerini geciktirecekler, uykuya dalmada zorlanacaklardır. Gece boyunca kaliteli uyku işlevi yapamazlarsa ertesi güne uykulu başlayacak ve gün içerisindeki aktiviteleri sırasında uykulu olacaklardır. Benzer şekilde sedanter yaşamın artması, fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi kilo alımına ve obeziteye neden olmaktadır. Obezite özellikle gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada adolesan yaş grubunun önemli problemlerinden biridir ve son zamanlarda oranı gittikçe artmaktadır. Adolesan dönemdeki obezitenin ileri yaşlarda da devam etmesi nedeniyle özellikle ergen yaş grubunda obeziteyi engelleyici alışkanlıkların kazandırılması ileri de görülecek kronik hastalıklar oranlarını azaltmada etkili olacaktır (6).

Çocuk ve ergenlerin akıllı telefon, internet kullanımı ile vücut kitle indeksi (VKİ) ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi inceleyen değişik çalışmalar yapılmıştır ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle fiziksel aktivitenin ergen grubunda ihmal edildiğini gösteren araştırmalar mevcuttur (7).

Bağımlılık derecesine varan akıllı telefon ve internet kullanımı beraberinde bazı psikiyatrik problemlere de neden olmaktadır. Benzer şekilde obezlerde uyku problemleri daha sık görülmekte ve psikiyatrik semptomlara daha sık rastlanılmaktadır (8,9).

Araştırma hipotezimiz; obez ergenler internet ve akıllı telefon başında daha çok vakit geçirmekte, daha az fiziksel aktivite yapmakta, uyku düzenleri bozulmakta, daha düşük yaşam kalitesine sahip olup psikiyatrik semptomlara yatkınlıkları artmaktadır şeklinde idi.

Bu amaçla Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adolesan Kliniğine kontrole gelen obez ergenlerin akıllı telefon ve internet kullanımı ile ilgili alışkanlık durumlarını, uyku kalite ve sürelerini, fiziksel aktivite durumlarını ve olası psikiyatrik semptomlarını anketlerle saptamaya çalıştık. Aynı anketleri fazla kilolu ve normal kilolu ergenlere de yaparak bu üç grup arasında farklılık olup olmadığını tespit edip eğer farklılık varsa obezitenin bunda ki rolünü araştırmak istedik. Elde edeceğimiz bulguları da literatür bilgileri ışığında ergenleri obeziteden korumaya yönelik programlarda kullanmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kitle İletişim Araçları ve Akıllı Telefon Kullanımı

Kitle iletişim araçları; haber ve bilgi verme amacı başta olmak üzere, eğitmek ve eğlendirmek gibi amaçlar taşıyan, belirli bir okuyucu kitlesine, belirli aralıklarla ya da sürekli olarak ulaşan araçlardır. Teknolojik gelişmeler sonucunda elektronikleşen iletişim araçları, iletişime sürat ve kolaylık sağlamış ve iletişimi, kitle iletişimine çevirmiştir. Günümüzde telgraf, telefon, faks gibi haberleşme araçları; gazete, radyo, televizyon gibi kitle iletişim araçları; uydular, cep telefonları, internete bağlı bilgisayarlar iletişimin ayrılmaz parçaları durumuna gelmiştir. Çağımızın en önemli iletişim aracı olan internetin kısa bir zaman dilimi içerisinde radyo, televizyon ve gazetenin gerçekleştiremediğini yaparak küresel ölçekte hızlı bir şekilde yaygınlaşması, geleneksel medyanın toplumlar içerisindeki konumunu derinden sarsmıştır (1).

İnternete bağlanma imkanlarının artması ile birlikte artık akıllı telefonlarda kitle iletişim araçlarının en önemli unsuru haline gelmiştir. Boyutlarının küçülerek el içine girecek kadar olmaları, işletim sistemlerinin özellikleri nedeniyle bir bilgisayarın yapabileceği hemen her şeyi yapmaları, radyo dinlenip, TV programlarının seyredilmesi, görüntülü konuşma yapılabilmesi, gazete-dergi sitelerine girip online okunabilmesi gibi birçok özelliklerle akıllı cep telefonlarını daha çok kullanılır hale getirmiştir. Bir zamanlar birbirlerinden farklı olarak nitelendirilen ve ayrı olan kitle iletişim araçları, telekomünikasyon ve bilgisayar veri iletişimi sistemleri artık iç içe geçmiştir. İletişim teknolojilerinde yaşanan bu gelişmeler akıllı telefonların kapasitelerini ve dolayısıyla kullanım alanlarının sınırını da geliştirmektedir. Bu durum akıllı telefonların gündelik yaşam içinde daha fazla yer bulmasına neden olmaktadır. İnsanlar, bilgiye akıllı telefonları ile daha rahat ulaşmaya başlamış bu durum akıllı telefonların bireylerin yaşamlarının bir parçası haline dönüşmesine neden olmuştur. Tüm dünyada da akıllı cep telefonlarının kullanım oranları artmaya devam etmekte ve internete bağlanabilme durumunda ise tek başına kitle iletişim araçlarının yerini almaktadır (10). Akıllı telefonlar, WAP (Wireless Application Protocol) teknolojisi sayesinde kablosuz ağ ve/veya GPRS (General Packet Radio Service) bağlantısı ile internete bağlanabilmektedir. Bu

işletim sistemleri sayesinde akıllı telefonlar birçok farklı amaç için tercih edilmektedir. Basit cep telefonları sesli iletişim ve kısa mesaj servisinin kullanımına imkan sağlarken, akıllı telefonlar Windows Phone, iOS, Symbian OS, Android, Linux gibi çok farklı işletim sistemiyle çalışarak internete erişim, konum bulma ve paylaşma, sosyalleşme gibi faydalar sağlamaktadır (11). Dokunmatik ara yüzleri ile birden fazla uygulamayı aynı anda çalıştırma, dahili ya da eklenebilir hafızası yardımıyla görüntü ve/veya ses kaydı yapabilme gibi özellikleri ile günümüz kullanıcılarının hemen her ihtiyacına cevap verir niteliktedir (12).

İlk çıktığı günlerden bu yana ülkemizde ciddi bir pazar payı edinen cep telefonu ve akıllı telefonlar sayesinde GSM (Global System for Mobil Communications) operatörlerine olan abonelik sayısı da sürekli artış göstermektedir. Bu süreçte sabit hat abone sayısı dramatik bir şekilde düşerken, cep telefonu abone sayısı ve internet abone sayısı ise hızlı bir şekilde artış göstermektedir.

Türkiye’de ki durum dünyadaki diğer ülke verileri ile karşılaştırıldığında ilk sıralarda yer almaktadır. Türkiye’den 1.000 kişinin katılımıyla düzenlenen, 6 kıtada, 28 ülkede, toplam 44.150 kullanıcıya uygulanan **2019 Global Mobil Kullanıcı Pazar Araştırması’na** göre (2): Türkiye’den katılan kullanıcıların %90’ı akıllı telefon, %76’sı dizüstü bilgisayar, %59’u da tablete erişimi olduğunu belirtmektedir. Akıllı veya normal telefon sahiplerinin toplam oranı %91 iken, masaüstü bilgisayar da dahil edildiğinde katılımcıların %86’sında bilgisayar sahipliği görülmektedir. Tablet sahipliğinde kadın kullanıcılar erkek kullanıcıların oldukça önünde olmakla birlikte akıllı saatlerin 25-34 yaş grubunda daha yaygın olduğu göze çarpmaktadır. Bunlar 2017 yılı verileri ile karşılaştırıldığında, en fazla artış 8 puan ile akıllı saatlerde görülmektedir. Tüm yaş grupları içerisinde akıllı saat kullanımı artmakla birlikte özellikle 35-44 yaş grubundaki artış iki katına çıkmıştır. Tablet, bilgisayar, akıllı saat gibi diğer cihazlar ile kıyaslandığında, akıllı telefonların artık vazgeçilmez ürün statüsüne eriştiğini; tüm coğrafya, yaş ve gelir gruplarında benzer oranlarda kullanıldığını görmekteyiz. Yaygınlığının yanı sıra, kullanılan akıllı telefonların oldukça yeni olduğunu ve sık değiştirildiğini söylemek mümkündür. Öyle ki sahip olduğu telefonu son bir yıl içerisinde almış olduğunu belirtenlerin oranı %24 iken son iki yıl içinde almış olduğunu belirtenlerin oranı %58’dir. Bu hızlı değişim,

Avrupa ortalamasından daha yukarıda gözükmektedir. Türkiye, son bir yıl içerisinde telefon almış olduğunu belirtenlerde 7 puan, son iki yıl içerisinde telefon almış olduğunu belirtenlerde 6 puan farkla Avrupa'nın önünde yer almaktadır. Akıllı cihaz sahipliğinde Türk insanının TV izleme alışkanlığına paralel olarak ilk üç sırayı TV ile ilişkili akıllı nesnelere tuttuğu görülmektedir. Kullanıcılar arasında 2017 yılına göre yaygınlığını en çok arttıran cihazlar akıllı televizyonlar ve oyun konsollarıdır. Telefon, bilgisayar, tablet dışındaki akıllı nesnelere bakıldığında katılımcıların yarısından fazlası (%59) akıllı televizyon sahibi olduğunu belirtmektedir. Günlük cihaz kullanım sıklıkları göz önüne alındığında, akıllı telefon, dizüstü bilgisayar ve masaüstü bilgisayar sırasıyla ilk üç sırayı almaktadır.

Günde en az bir kere telefonda canlı TV izleme konusunda Türkiye, Hindistan'ın ardından %34 oranıyla ikinci sırada yer almaktadır. Telefonda canlı TV izleyen Türkiye'deki kullanıcıların oranı, Avrupalı kullanıcıların oranına (%11) göre oldukça fazladır. Türk kullanıcılar, film/dizi izlemek için dizüstü bilgisayarı tercih edenler oranında ise çalışmanın yapıldığı ülkeler arasında %24 oranıyla birinci sıradadır (2). Yaş gruplarına göre sosyal medya kullanımı incelendiğinde tüm yaş gruplarında kullanım sıklığında artış olduğu görülmektedir. Türkiye'deki kullanıcılar, Instagram ve Twitter'ı oldukça sık kullanmakta ve bu konuda diğer ülkelerdeki kullanıcılara göre öne çıkmaktadır. Türkiye her iki uygulamanın da saatte en az bir kere kullanımında birinci sırada yer almaktadır. Türkiye'deki kullanıcılar, oyun oynama cihazı olarak en çok telefonu tercih ederken oyun oynama sıklığında da Türkiye diğer ülkelere göre öne çıkmaktadır. Türkiye'deki kullanıcıların %55'i oyun oynamak için cep telefonunu tercih etmektedir. Bu oran ile Türkiye'deki kullanıcılar anketin yapıldığı ülkeler arasında ilk sıradadır. Kullanıcıların oyun oynama sıklığı incelendiğinde her iki akıllı telefon sahibinden biri her gün telefonda oyun oynamaktadır. Türkiye, bu oyun oynama sıklığı oranıyla da anketin yapıldığı ülkeler arasında ilk sıradadır (2). Türkiye'de kullanıcılar, oyunları belirgin bir oranla (%67) evde dinlenirken rahatlama amacıyla oynamaktadır. Gün içerisinde diğer oyun oynadığı zamanlar incelendiğinde kullanıcıların yemek yerken veya aileleriyle ve arkadaşlarıyla vakit geçirirken de oyun oynadığı görülmektedir. Kullanıcıların bu vakitlerde oyun oynamayı tercih etmesi telefonda oyun oynamanın bir çeşit bağımlılık olduğunu da göstermektedir.

Türkiye’de kullanıcıların %73’ü telefonlarını çok fazla kullandıklarını düşünmekte ve Türkiye anketin yapıldığı ülkeler arasında Meksika’dan sonra bu konuda ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye’de çok fazla telefon kullandığını belirten kullanıcıların oranı, Avrupa ortalaması olan %46’nın oldukça üstündedir. Türkiye’de kadın kullanıcıların %78’i telefonu çok fazla kullandığını düşünürken, bu oran erkeklerde %68’dir (2).

Telefon bağımlılığından dolayı Türkiye'deki kullanıcılar, Avrupalılara göre daha fazla mental ve fiziksel sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Türkiye'deki kullanıcıların %46'sı telefonunu devamlı kontrol etme ihtiyacı hissettiğini belirtirken, bu oran Avrupa’da %21’dir. Kullanıcıların %32’si çok fazla telefon kullanımı yüzünden aile veya arkadaşlarıyla zaman geçirirken yüz yüze fazla iletişim kuramadıklarını belirtmişlerdir. Türkiye’de kullanıcıların %26’sı fiziksel problemlerle karşılaştıklarını belirtirken bu oran Avrupalı kullanıcılar arasında %7 dir. Kullanıcıların yaşadıklarını belirttikleri telefonu devamlı kontrol isteği ve fiziksel rahatsızlık sorunların da Türkiye, çalışmanın yapıldığı diğer ülkelere kıyasla birinci sıradadır (2).

2.2. Akıllı Telefon Kullanımının Etkileri:

Akıllı telefonların yaşamımıza getirdiği kolaylıkların yanında uygun kullanılmaması durumunda tıbbi ve psikososyal açıdan birçok zararı olabilmektedir (3,13-15). Alikışifoğlu, akıllı telefon bağımlılığının dikkat eksikliği, hiperaktivite, depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olduğunu belirtmiştir. Akıllı telefon kullanımı nedeniyle, dış dünya ile yüz yüze iletişimi en aza indirgeyerek içine kapanan kişiler, asosyallik sorunuyla baş başa kalabilmektedir (4).

Akıllı telefon bağımlılığının ruhsal olduğu kadar telefonla fazla meşgul olmaktan kaynaklanan fiziksel problemlere de neden olmaktadır. Özellikle bilgisayar bağımlılarında daha fazla görülen el bileği sendromunda elde uyuşukluk, başparmakta ve küçük parmakta yapısal bozulmalar, ağrı, sıkma gücünde azalma gibi fiziksel belirtiler görülür. Aynı pozisyonda sürekli aşağı yönde bakarak durmak, boyun kaslarının kasılmasına, sertleşmesine, uzun süreli kullanımda uyuşmaya neden olabilmektedir. Sürekli olarak akıllı telefon kullanımına bağlı olarak geç saatlere

kadar uyanık kalmak uykusuzluğa neden olabilmektedir. Ayrıca gün içerisinde ekrandan yayılan mavi ışığa sürekli olarak maruz kalmak, uyku kalitesini bozmakta, iş ve okul başarısında düşüş yaşatmaktadır. Sürekli ekrana bakmaya bağlı olarak gözlerde yorgunluğa neden olmaktadır. Göz yorgunluğu, kızarıklık, gözlerde yanma ve sulanma gibi belirtiler görülebilmektedir (16).

Chen ve arkadaşları (17) araştırmalarında insanların akıllı telefon kullanım nedenlerini araştırmak için dört değişken belirlemişler ve bu değişkenlerin akıllı telefon kullanımıyla ilişkisini incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda bireylerin eğlenme, morallerini yükseltme, topluma uyum sağlama değişkenleri ile akıllı telefon kullanımı arasında pozitif yönde ilişki saptanırken sosyal ilişkiler kurma arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.

Akıllı telefonların aşırı kullanımı insanlar üzerinde bağımlılık, stres, huzursuzluk gibi olumsuz psikolojik etkiler yaratmaktadır. Akıllı telefon bağımlılığı diğer teknoloji bağımlılıkları olan internet, sosyal medya gibi davranışsal bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. Genç bireyler arasında, internet kullanımının belirgin artışı ile gerçek ilişkilerin sanal ilişkilere dönüşmesi, psikoloji alanında yeni araştırmalar yapılmasını zorunlu kılmıştır. Bu doğrultuda, Goldberg DSM-IV'te madde kullanım bozukluğu için yer alan tanı ölçütlerine dayandırdığı, tolerans, geri çekilme ve önemli sosyal ve mesleki etkinliklerden vazgeçme ya da bu etkinliklerin azalmasına odaklanan İnternet Bağımlılığı Bozukluğu için tanı ölçütleri önermiştir. DSM-V'te ise bu bozukluğa genel internet bağımlılığı olarak değil de "internet oyun oynama bozukluğu" olarak yer verilmiş ve bu bozukluk ileri araştırmalar yapılabilmesi için DSM-V'in üçüncü bölümüne eklenmiştir (18).

Akıllı telefon bağımlılığının da DSM kapsamında değerlendirilebilmesi için bu bozukluğun bireylerin fonksiyonelliğini bozacak düzeyde sürekli ve yineleyen kullanımlarını ortaya koyan çalışmalara ihtiyaç vardır (19).

Diğer bağımlılık alanlarında olduğu gibi, belirli bir davranışla gereğinden çok daha fazla ilgili olma, gerçek dünyadan kopma veya kendisini iyi hissettirdiği için bu davranışları tekrarlaması, davranışlar tekrarlandıkça tolerans gelişmesi, davranışları kontrol edememe, davranışın yinelenmesi engellenince gerginlik, asabiyet, huzursuzluk gibi yoksunluk duygularının ortaya çıkması; davranışların giderek artan

bir şiddette sürmesi ve dolayısıyla bireyin fizyolojik olarak fonksiyonelliğinin giderek olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (20).

Literatürde akıllı telefon bağımlılığına dair sıklıkla ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yer alması sebebiyle bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç görülmektedir (21).

Akıllı telefon bağımlılığı, henüz net olarak tanımlanmamışsa da çoğunlukla telefondan uzak kalamama, sık sık telefonu kontrol etme, aşırı akıllı telefon kullanımı nedeniyle uykusuzluk ve uyku kalitesinin bozulması gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Akıllı telefon bağımlılığının altında yatan en temel unsurlardan biri, akıllı telefon aracılığı ile internete kolaylıkla bağlanabilmektir. Mobil olmanın getirdiği avantaj ile her yerden internete erişim kolaylığı sağlaması, bağımlılığı arttırıcı bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Akıllı telefon kullanımında yaşanan artış internet kullanımının da masa üstü bilgisayardan akıllı telefona doğru kaymasına neden olmuştur. Türkiye’de de tıpkı dünyada olduğu gibi internet her geçen gün daha fazla akıllı telefonlar aracılığı ile kullanılmaya başlanmıştır (22). Cheever ve ark.’nın akıllı telefon bağımlılığına yönelik çalışmasından elde edilen bulgulara göre akıllı telefonlarından ayrı kalma, üniversite öğrencilerinde kaygı belirtileri göstermeye neden olmaktadır. Öyle ki, akıllı telefondan ayrı kalmanın, ayrılık kaygısı ile eşdeğer olduğu ortaya konulmuştur. Akıllı telefonlarını daha fazla kullananların, daha az kullananlara göre bu belirtileri daha fazla gösterdiği de araştırmadan elde edilen sonuçlar arasındadır (23).

Doğan ve Tosun’un (24) lise öğrencilerinin problemlili akıllı telefon kullanımları ile sosyal kaygı ve sosyal ağ kullanımına yönelik çalışmasında lise öğrencisi kızların, erkeklere göre daha problemlili akıllı telefon kullandıkları ve daha fazla sosyal kaygı yaşadıkları görülmüştür. Lise öğrencilerinin sosyal kaygı düzeyleri arttıkça sosyal ağ kullanımlarının ve problemlili akıllı telefon kullanımının arttığı çalışmada ortaya konulmuştur. Ayrıca akıllı telefon kullanım sıklığının artması ile depresyon, stres ve kaygının da artış gösterdiği görülmüştür (25).

Özellikle giyilebilir teknolojiler yolu ile kullanıcının nabız ve tansiyon gibi sağlık verilerini toplaması ve bunları saklaması, GPS (Global Positioning System) yardımıyla acil durumlarda yerini bildirmesi, bu bilgileri gerekli sağlık personeline

yönlendirmesi gibi özellikler nedeniyle akıllı telefonların faydalı olabilecek tarafları da bulunmaktadır.

Park ve Lee (26) Koreli üniversite öğrencilerinin kullandıkları uygulamalar ve sosyal ilişkilere yönelik akıllı telefon kullanımının cinsiyete yönelik olarak değişip değişmediğini araştırmıştır. Koreli 226 üniversite öğrencisinin katıldığı araştırma sonucunda kadınların erkeklere göre daha fazla telefonun kamerasını kullandıkları, buna karşılık erkeklerin ise kadınlara göre daha fazla konuştukları gözlemlenmiştir. Yine çalışmadan elde edilen sonuçlara göre kadınlar, mevcut sıkı arkadaşlarıyla daha fazla görüşüp aradaki bağı daha da kuvvetlendirirken, erkekler ise zayıf sosyal ilişki içinde oldukları ile konuşmaktansa yazıyarak bağlantıya geçmeyi ve mevcut ilişkilerini geliştirmeyi seçmektedir.

Elmas ve ark.'nın (27) teknolojik cihaz kullanım alışkanlıklarının okul başarı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında bilgisayarda oyun oynamanın okul başarısını düşürdüğünü, ancak akıllı telefon kullanımı ile okul başarısı arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Ancak hangi yöntemle bağlanırsa bağlansın, internette vakit geçirmenin okul başarısını olumsuz yönde etkilediğide çalışmadan elde edilen bulgular arasındadır.

Çok fazla akıllı telefon kullanımı bağımlılık haline geldiğinde bireye fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Akıllı telefon bağımlılığının sosyal ilişkiler içerisinde olumsuz etkilerine bakıldığında aşırı telefon kullanımının bireyin ailesiyle, arkadaşlarıyla, öğretmenleriyle olan ilişkilerini ve bireyin iş performansını, akademik performansını negatif yönde etkilediği saptanmıştır (28,29).

Akıllı telefonların aşırı kullanımı insanlar üzerinde bağımlılık, stres, huzursuzluk gibi olumsuz psikolojik etkiler yaratmaktadır. Birey akıllı telefonuna ulaşamadığında ya da iletişim kuramadığında endişelenmekte ve korku yaşayabilmektedir. Akıllı telefonlarının olmaması insanların kendilerini huzursuz hissetmelerine sebep olabilmektedir. İnsanlar akıllı telefonlarından ayrı kalamamakta, akıllı telefonları olmadan yapamamaktadırlar. Bu duruma “nomofobi” denilmektedir. Bu endişe ve huzursuzluk insanların günlük işlerine odaklanmasını

olumsuz yönde etkilemektedir. Nomofobiye yatkın olan kişiler gün içerisinde sık sık telefonlarını kontrol etmekte, gece telefonlarını kapatmamakta, yanlarında sürekli şarj aleti taşımakta, uyandıkları zaman hemen telefonu ellerine almaktadır (29).

Meral tarafından (30) yapılan araştırmada, ortaöğretim düzeyinde eğitim gören öğrencilerin akıllı telefon bağımlılık düzeyleri ile yalnızlık ve yaşam doyumu düzeyi arasındaki ilişki bazı kişisel özellikler bakımından incelenmiş ve akıllı telefon bağımlılığı düzeyi ile akademik başarı düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ve akıllı telefon kullanımına ayrılan süre ile akıllı telefon bağımlılığı arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akıllı telefonu mesajlaşma, oyun oynama ve sosyal medya amaçlı kullanan öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı düzeylerinin akıllı telefonu konuşma amaçlı kullanan öğrencilere oranla fazla çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre; ortaöğretim öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin kayıtlı olduğu lise türü, sınıf düzeyi ve cinsiyet değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmaktadır.

Literatüre bakıldığında akıllı telefon bağımlılığının uyku kalitesi ile ilişkisi olduğunu görmekteyiz (31,32). İnsanı fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda etkileyen, yaşam kalitesi ve insan sağlığında önemli bir yeri olan uyku; günlük, temel ve vazgeçilmez bir yaşam aktivitesidir (33).

2.3. İnternet Kullanımı

İnternet, dünyanın farklı coğrafi bölgelerinde bilgisayarların birbirlerine bağlanarak oluşturdukları ve milyonlarca kullanıcının aynı anda veya farklı zamanlarda kullandığı bir iletişim ağıdır. Elektronik posta yoluyla insanlarla haberleşmek, dünyada yaşanan olaylardan haberdar olmak dünya çapındaki veri tabanlarından ve kütüphanelerden bilgi sağlamak, film izlemek, müzik dinlemek, oyun oynamak, alışveriş yapmak internetin insan hayatına kattığı kolaylıklardandır.

İnternet bağımlılığı her yaşta görülebildiği gibi adolesanlar en önemli risk gruplarından. Adolesanların teknolojiye olan yakın ilgilerine bağlı olarak interneti diğer yaş gruplarına göre daha fazla kullanmaktadırlar. Duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimin devam ediyor olması bu gelişim dönemindeki adolesanları internet

bağımlılığı açısından önemli bir risk grubu haline getirmektedir (34).

Türkiye de internet kullanımı ile ilgili olarak Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumunun 2020 Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırmasına göre: İnternet kullanım oranı 2020 yılında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %79,0 oldu. Bu oran, bir önceki yıl %75,3'tü. İnternet kullanım oranı cinsiyete göre incelendiğinde; bu oranın erkeklerde %84,7, kadınlarda %73,3 olduğu görüldü. Hanelerin %90,7'sinin evden internete erişim imkanına sahip olduğu gözlemlendi. Bu oran bir önceki yılda %88,3 idi. Genişbant ile internete erişim sağlayan hanelerin oranı 2020 yılında %89,9 oldu. Buna göre hanelerin %50,8'i sabit genişbant bağlantı (ADSL, kablolu internet, fiber vb.) ile internete erişim sağlarken %86,9'u mobil genişbant bağlantı ile internete erişim sağladı. Genişbant internet erişim imkanına sahip hanelerin oranı bir önceki yıl %87,9 olarak gözlemlendi (35).

“We Are Social Ocak 2020 Raporu”ndaki verilere göre Türkiye'deki 16-64 yaş arası kullanıcıların mobil internet kullanımı günde 4 saat olarak öne çıkmaktadır. Mobil internet kullanımında harcadığı zaman ile Türkiye'nin dünya ortalamasının üstünde olduğunu saptanmıştır. Türkiye'deki 16-64 yaş arası kullanıcılar ortalama günde 7 saat 29 dakika internet kullanıyor. Türkiye de kullanıcıların yüzde 62'si ise internetten TV içeriği izlemektedirler. Türkiye, akıllı ev cihazları kullanımında ilk 10 ülke arasında yer almaktadır. Türkiye'de 16-64 yaş arasında kullanıcıların yüzde 14'ü evde akıllı en az bir cihaz kullanmaktadır. İlk sırada yer alan Birleşik Krallık ta ise kullanıcıların yüzde 17'sinin evlerinde bir cihaz bulunduruyor. Raporda 16-64 yaş arasındaki kullanıcılar ortalama günde 2 saat 55 dakikayı sosyal medya kullanarak geçiriyor. Dünya ortalaması ise günde ortalama 2 saat 24 dakika olarak saptanmıştır. Türkiye'de 13 yaş üzeri kullanıcılar arasında nüfusa kıyasla sosyal medyayı aktif kullananların oranı ise %81 olarak öne çıkıyor. Dünya ortalamasını %63 seviyesinde seyrediyor. Kişi başına düşen sosyal medya hesabı dünyada ortalama 8,6 iken, Türkiye'de 9,1 olarak öne çıkmaktadır (36).

Teknoloji gelişmişliğin ve çağdaşlaşmanın bir ölçütü olarak insan hayatını kolaylaştırıp toplumsal gelişime olumlu katkı sağlarken diğer yandan da internetin bilinçsiz kullanımından kaynaklanan bazı sorunları ve tehlikeleri beraberinde getirmektedir. Bilinçsiz internet kullanıcılarının sayısının artması ile birlikte

“problemlı internet kullanımı”, “internet bağımlılığı” gibi yeni kavramlar ortaya çıkmıştır (37).

Adolesanlar, yetişkinlere göre internet bağımlılığına karşı daha duyarlıdır. Dünya çapında yapılan çalışmalarda, adolesan ve genç erişkinlerde problemlı internet kullanımı prevalansının %0,9 ile %38 arasında değiştiği gözlenmiştir. Özellikle, Avrupalı adolesanlarda, problemlı internet kullanımı prevalansı %2 ile %5,4 arasında değişmektedir. Adolesanlarda internet bağımlılığı insidansı Çin’de yaklaşık %11, Yunanistan’da %8 ve Kore’de ise %18,4 olarak tahmin edilmiştir (38).

Türkiye’de ise son yıllarda lise ğrencilerinde internet bağımlılığıyla ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı prevalansının %6,6 ile %15 arasında değiştiği saptanmıştır (39,40).

Bağımlılık derecesine varan fazla internet kullanımı beraberinde bazı problemleri de getirmektedir. Yapılan çalışmalarda internet bağımlılarının yaklaşık yarısında başka bir psikiyatrik bozukluk bulunduğu ortaya konmuştur. En sık rastlanan bozukluklar madde kullanımı (%38), duygu durum bozukluğu (%33), anksiyete bozukluğu (%10), psikotik bozukluk (%14), depresyon veya distimidir (%25) (41).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, özellikle adolesanlarda dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, sosyal fobi, hafif depresyon varlığında veya ailede bağımlılığa yatkınlık söz konusu olduğunda riskli internet kullanımının görülebileceği belirtilmiştir (42).

2.4 İnternet Bağımlılığı

İnternet, adolesanların araştırma yapmalarını ve bilgiye ulaşmalarını kolaylaştıran, bununla birlikte yaratıcılık, problem çözme, analitik düşünme gibi becerilerinin de gelişimini destekleyen bir teknolojik gelişmedir (43). Bunun yanı sıra internetin aşırı ve kontrol dışı kullanımına bağlı olarak kişisel becerilerin gelişimini olumsuz etkilediği düşünülmektedir (44).

Sigara, uyuşturucu, alkol gibi madde bağımlılıklarının yanı sıra davranış

tabanlı yeme, oyun, bilgisayar, televizyon, internet bağımlılığı vb. fiziksel bir maddeye dayanmayan bağımlılıklar da bulunmaktadır. (45).

Belirli bir davranışın, normalden fazla sıklık ve düzenle sergilenmesi sonucu bireyin bedensel, psikolojik ve toplumsal yapı ve işlevlerinde düzeninin bozulması ve ortama uyum sağlayamaması bir davranışa bağımlılıktır. İnternet bağımlılığı ise internet kullanımına sınırlama getirememesi, ulaşımın kısıtlandığı durumlarda anksiyete duyma, sosyal zararlarına rağmen kullanıma devam etme gibi belirtilerle kendini gösteren bir teknolojik bağımlılıktır (46).

Çin’de yapılan bir çalışmada, normal ve problemlili internet kullanımı olan ergenler karşılaştırılmış ve sonucunda, problemlili internet kullanımı olan adolesanların zayıf bağışıklık sistemi, fiziksel enerji yetersizliği, duygusal, sosyal ve davranışsal uyum gibi psikosomatik belirtiler gösterdiğini belirtmişlerdir (47).

Bilgisayar ve internetin çocuk ve adolesanlar için bir tehdit ya da fırsata dönüşmesi yetişkinlerin farkındalıklarına bağlı olarak değişebilir. Ancak ailelerin söz konusu teknolojiler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir (48).

Ayrıca ailelerin sahip oldukları bazı sorunların ardında yatan etken olarak teknolojiyi suçlamaları ya da bazı ailelerin teknoloji kaynaklı problemleri tamamen görmezden gelmeleri söz konusu olabilmektedir (49).

2.5 İnternet Kullanımının Fiziksel Etkileri

Bilgisayar ve internetin uzun süreli kullanımının, gelişimini tamamlamamış olan çocuk ve adolesanlarda çok ciddi boyutlarda fiziksel etkileri olabilir. Özellikle uzun süreli oturuş bozuklukları nedeniyle kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları, vücutta gerginlik, göz yorgunluğu, gözde ağrı veya kuruluk görülebilmektedir (50).

Yaşları 10-17 yıl arasındaki 314 öğrenci ile yapılan bir araştırmada en sık sırt, boyun, bilekler ve dizlerde rahatsızlıklar, bunların yanı sıra gözlerde acı ya da yanma yaşandığı belirtilmiştir (51).

Ülkemizde yapılan, iletişim teknolojilerinin kullanımına bağlı olarak en sık yaşanan fizyolojik sorunlar sorgulandığında, sırasıyla göz yorgunluğu-göz kızarıklığı; sırt-boyun ağrısı, baş ağrısı, eklem-kas ağrısı, yorgunluk ve uykusuzluk

olduğunu belirtilmektedir (52).

Uzun süre bilgisayar başında kalma ile fiziksel aktivite azlığı, yeme alışkanlığı ve obezitede artış görülebilmektedir. Obezite ise beraberinde hiperinsülinemi, hiperlipidemi ve hipertansiyon gibi ikincil riskler getirmektedir (53). Toronto Üniversitesi'nde sekiz bin genç üzerinde yapılan bir araştırmaya göre bireylerin bilgisayar ve televizyon ile geçirdikleri zaman arttıkça fiziksel aktivitelere karşı isteksiz oldukları saptanmıştır (54).

2.6. İnternet Kullanımının Psikososyal Etkileri

İnternetin aşırı kullanımının adolesanların psikososyal gelişimleri ve davranışları üzerine zararlı etkileri olabilir. Depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Adolesanlarda yalnızlık, sosyal kaygı ve depresyon ile internet tabanlı iletişim araçlarını kullanma arasında bir ilişki olmadığını öne süren araştırmalar olduğu gibi, sosyal kaygısı yüksek olup desteğe ihtiyaç duyan bireylerin bu problemleri telafi etmek amacıyla internete yöneldiğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (55-57).

İnternet kullanımı arttıkça özgüven ve sosyal etkileşimin de arttığı, çocukların arkadaşları da internet kullandığı için internetin basit bir iletişim aracı haline gelebildiği belirtilmektedir. Bu açıdan internet, gençlerin kendini tanıması, doğru ve yanlışlarını değerlendirmesi için kullandığı bir araçtır (58).

Adolesanlar üzerinde yapılan bir araştırmada yalnızlık ile internette harcanan zaman arasında bir ilişki bulunamamıştır (59).

Bunun dışında yine bir çalışmada ruhsal sorunları olan 10-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin okulda internet başında daha fazla zaman geçirdikleri, bu tür sorunları olmayan yaşlıtlarına göre interneti sosyal iletişim için çok daha fazla kullandıkları belirtilmiştir (60).

İnternette fazla zaman geçirme; gençlerin gelişimi için gerekli olan okul, aile ve arkadaş etkileşimi yerini elektronik arkadaşlığa bırakıp, kişiler arası ilişki kurma becerisini olumsuz etkilemektedir. Problemlerini internet kullanımı ile yalnızlık, depresyon, sosyal izolasyon, ev-okul performansında azalma görülebilmektedir (58).

Adolesanların psikososyal gelişimini etkileyen faktörlerden biri de bilgisayar oyunlarıdır. Yapılan bir çalışma bilgisayar oyunu oynayan çocukların arkadaşlarıyla iletişiminin azaldığını belirtilmektedir (61).

Ayrıca şiddet içerikli oyunların ilerleyen yaşlarda saldırgan davranışlarda artış yaratabileceği belirtilmiştir. Bu durum aynı zamanda şiddete karşı duyarsızlık ve korku gibi duygularda artışa neden olabilmektedir (62).

Çin’de 12–18 yaş arası 2.620 öğrenci ile yapılan bir çalışmada internet bağımlısı olan ve olmayan öğrenciler psikolojik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, bağımlı grupta psikolojik ve sosyal sorunların daha çok görüldüğü belirtilmiştir (63).

Goel ve ark.’nın (64) Hindistan’da 987 adolesan üzerinde yaptıkları araştırmada problemlili internet kullanıcılarında zihinsel, fiziksel ve ruhsal sağlık düzeylerinin düşük olduğunu ve anksiyete, depresyona meyilli olduklarını göstermişlerdir.

Ko ve ark.’nın (65) Tayvan’da 2.293 adolesan üzerinde yaptıkları araştırmada ise depresyon, sosyal fobi ve düşmanlık duygularının problemlili internet kullanıcısı olan adolesan grubunda yaygın olduğunu tespit etmişlerdir.

Benzer raporlar Tang ve ark.’nın (66) Çin’de 755 adolesan üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarında da verilmiştir.

Değişik ülkelerde problemlili internet kullanıcısı adolesanlarda yapılmış araştırmalarda, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere psikopatolojik semptomlarla ilişkisi ortaya konmuştur (47, 64-66).

İnternet bağımlılarının depresyon ve anksiyete puanlarının internet bağımlısı olmayanlara göre yüksek olduğu ve daha stresli yaşadıkları belirlenmiştir. Yine Cao ve ark.’nın Çin’de 17.599 adolesan üzerinde yaptıkları araştırmada, problemlili internet kullanan adolesanlarda psikopatolojik semptomlar, halsizlik, fizyolojik fonksiyonlarda bozukluk, bağışıklık sisteminde zayıflık ve sosyal uyum sorunlarının oldukça sık olduğunu ifade etmişlerdir (47).

Yunanistan'da Kormas ve ark. (38) tarafından 866 adolesan üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada, problemlili internet kullanımı ile psikososyal uyumsuzluk arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir.

Heo ve ark.'nın (67) Kore'de 57.857 adolesan üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre; depresif belirtiler ve intihar düşüncesi gibi psikolojik özellikler problemlili internet kullanımı (PİK) ile pozitif ilişki gösterilmiştir.

Niemz ve ark.'nın (68) 371 öğrenci üzerinde yaptıkları bir çalışmada, PİK'nin akademik, sosyal ve kişiler arası sorunlara yol açtığını, bu kişilerin düşük benlik saygısı yaşadığını ve sosyal açıdan daha fazla engellenmiş olduğunu bildirmişlerdir.

Problemlili internet kullanımı ile psikolojik sorunlar arasında iki yönlü bir ilişki olduğu söylenebilir; psikolojik sorunlar problemlili internet kullanımına yol açabilir ya da tam tersi olabilir. Coşku, heyecan ve mutluluk gibi bazı duygular, internet kullanımında destekleyici olabilir (69).

2.7. İnternet Kullanımının Bilişsel Etkileri

Bilişsel beceriler; neden-sonuç ilişkisi kurma, akılda tutma, sayı ve kelime öğrenme için gereklidir. İnternet ve bilgisayar görsel bilgi üzerine odaklanmaktadır ve bu yüzden bilgisayar kullanımı çocukların üç boyutlu algılama yeteneklerini geliştirmektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda klavye kullanmanın el-göz koordinasyonunu sağlayıp ince motor gelişimini desteklediği belirtilmektedir. Bunun yanında yapılan farklı araştırmalarda da bilgisayar kullanımı ile çocukların görsel ve kaba motor becerileri arasında ilişki bulunamamıştır (70,71).

Bilgisayar ile geçirilen süre, çocukların çevresiyle iletişim kurması, dikkati içsel süreçler üzerine odaklaması, hayal kurması gibi önemli bilişsel etkinlikleri olumsuz etkilediği zaman kazanılamayan bu becerilerin telafi edilmesi zordur (72). Eğitimciler, internette var olan yoğun bilgi kaynaklarının araştırmacılık, bilimsel yayınlar, kütüphane, deney ve gözlem gibi eğitim araçlarını olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Çocuklar özellikle ödevlerini yaparken kolayı tercih ederek bilgisayar ve internet kullanabilmektedir. Bu nedenle internet bağımlılığı çocuk ve

adolesanların ders çalışma davranışına engel olarak akademik başarının düşmesine yol açabilmektedir (73).

Yapılan bir çalışmada bilgisayar ve internet kullanımından kaynaklandığı belirtilen avantajların ailelerin eğitim düzeyi, geliri, evde bilgisayar sahibi olma gibi değişkenlerden etkilenebileceği belirtilmiştir Bu değişkenler kontrol altına aldıktan sonra bile bilgisayar kullanımı ile bilişsel gelişim arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (74) .

Başka bir araştırmada ise birinci ve altıncı sınıf arasında öğrenim gören 128 çocuk değerlendirilmiş ve evde internet kullanımının diğer sosyoekonomik değişkenlerle karşılaştırıldığında bilişsel gelişim üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğu saptanmıştır (75).

Çeşitli kesitsel çalışmalar internet bağımlılığının, adolesanlarda birçok yaşam tarzı ile ilgili faktörler üzerinde olumsuz etkisi olduğunu göstermiştir. İnternette harcanan uzun süre düzensiz beslenme alışkanlıklarına, fiziksel inaktiviteye, kısa süreli uykuya, alkol ve tütün kullanımında artışa neden olabilir. Bazı çalışmalar, uzun süreli internet kullanımından kaynaklanan yaşam tarzındaki değişikliklerin internet bağımlılarının büyüme ve gelişmesi üzerinde olumsuz etkisi olabileceğini bildirmiştir. Adolesanların büyümesi ve düzenli gelişmesi için uygun beslenme önem arz etmektedir. Ayrıca beslenme alışkanlıkları çocukluk döneminde oluşmaya başlayıp, çocukların bu eğilimi yetişkinlik boyunca sürdürmeleri nedeniyle adolesanların sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi kritik bir önem taşımaktadır (38,39,76,77).

Yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde fazla kilolu veya obez çocukların %25'inde, televizyon izleme ve bilgisayar kullanma gibi sedanter yaşam alışkanlıklarının obezitenin gelişmesinde önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Aşırı televizyon izleyen (günlük ortalama beş saat veya daha fazla) çocuklarda obezitenin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocukların bilgisayar monitörleri önünde geçirdikleri zaman miktarları arttığında (televizyon ekranı önünde geçirilen zamana ek olarak) obezite riskinde artış olduğu bildirilmiştir (78).

Çeşitli çalışmalarda, çocuk ve ergenlerde internet ve bilgisayar kullanımı ile fiziksel aktivite, fazla kiloluluk/obezite düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, internet ve bilgisayarın aşırı kullanımının yüksek VKİ ve düşük fiziksel aktivite düzeyleri ile ilişkili olduğunu bildirmişken başka çalışmalarda bu değişkenler arasında anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır (8,9,79,80).

Andersen ve ark. (81) Norveç'te yaptıkları bir çalışmada, günde 4 saatten fazla televizyon izleyen ve bilgisayar kullanan okul çocuklarının obez olma riskinin günde bir saatten daha az televizyon izleyen ve bilgisayar kullananlara göre 2,5 kat daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Benzer şekilde, Li ve ark.'nın (82) Çin'de 1.150 ortaokul öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmada, problemlili internet kullanıcılarında obezitenin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bener ve ark.'nın (83) Katar Devleti'nde 2.467 okul çağı çocuk üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre, fazla kilolu ve obez çocukların çoğunluğunun internette üç saat ve üzeri zaman geçirdiği bildirilmiştir.

2.8. Uyku

İnsanı fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda etkileyen, yaşam kalitesi ve insan sağlığında önemli bir yeri olan uyku; günlük, temel ve vazgeçilmez bir yaşam aktivitesidir. Uyku; insan yaşamında beslenme, soluk alıp verme, boşaltım kadar önemlidir. Aynı zamanda bilincin geçici kaybolması, organik faaliyetlerinden özellikle sinir duyusu ve kas hareketlerinin azalması ile birlikte ortaya çıkan normal, geçici, fizyolojik ve periyodik bir durumdur (33).

Uyku, elektrofizyolojik yöntemlerle kaydedilebilen beynin aktif bir durumudur. Uykunun bir ritmi vardır. Başlangıcı, sonlanması ve uykunun içindeki her şey sistemli şekilde bir ritme uygun olarak meydana gelir. Uyku, bir süre sonra değişik şiddetteki ses, dokunuş gibi uyanıklarla ya da kendiliğinden uyanıklığa döndürülebilen bir süreçtir. Uyku, algılama eşiğinin yükseldiği, dış dünyayı

algılamanın azaldığı, çevreye farkındalığın geçici bir süre ortadan kaldırıldığı bir durumdur (84).

Çeşitli faktörler; yaşam tarzı, çevresel faktörler, iş sosyal yaşam, ekonomik durum, genel sağlık durumu ve stres gibi uyku kalitesini etkilemektedir. Uyku kalitesi, bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir (84).

Uyku türden türe değişen karakteristikleri olan, dış uyaranlara cevap eşiğinin yükseldiği ve özel bir postürde sakin geçirilen bir süredir. Bu kompleks davranış kendine özel elektrofizyolojik bulguları olan bir süreçtir (85). Uyku, yeterli miktarda uyaran verildiğinde bilinçli döneme dönülebilen, belli dönemlerde beyinin uyanıklıktaki gibi aktif olduğu, seçici yanıtızlık özelliğine sahip, farklı ve tekrarlayan evrelerden oluşan bir süreçtir. Uyku; hücrelerin yenilenmesi ve tamiri, öğrenme ve hafıza fonksiyonlarının düzenlenmesini sağlar (86).

2.9. Uykunun Fizyolojisi

İnsanoğlunun yaşamını devam ettirebilmesi için ihtiyaç duyduğu temel ihtiyaçlardan biri uykudur. İnsan hayatının yaklaşık üçte biri uykuda geçer. Bu da 75 yıl yaşayan bir insan için neredeyse 25 yıl demektir (84). Uyku; hipotalamus, talamus, beyin sapı ve bazal ön beyin bölgelerindeki ilgili merkezlerin çalışması sonucu oluşur (86).

Beyin, uykuda da çalışmaya devam eder. Tek farkla, uyanıklık ve uyku durumunda çalışan beyin bölgeleri birbirinden farklıdır. Uyanıklıkta çevrenin farkındalığını sağlayan ve algılamayı, dikkati devam ettiren bilinçlilik durumu aktifken, uyku sırasında çevresel dikkati sağlayan beyin bölgeleri aktivitesini azaltır (84).

Uyku, canlının dış uyaranlara cevap eşiğinin yükseldiği, geri dönüşümlü olan bir durumdur. Uyku yapısının homojen olmadığı bilinmektedir. Elektrofizyolojik, davranışsal ve nöronal aktivite özellikleri temelinde; uykunun hızlı göz hareketi (Rapid Eye Movement: REM) ve yavaş göz hareketi (Nonrapid Eye Movement: NREM) olmak üzere 2 tip uyku evresi tanımlanmıştır. NREM uyku jeneratörleri medulla ve bazal ön-beyin bölgesine, REM uyku jeneratörleri, pons ve bazal ön-

beyin bölgesine lokalizedir. Uyanıklık ise beyin sapı retiküler formasyonun dorsal yollarla nonspesifik talamokortikal projeksiyon sistemini, ventral yollarla da posterior hipotalamus ve bazal önbeyini fasilite eden nöronlarca sağlanır (87).

Uykunun REM ve NREM dönemleri, gece boyunca dönüşümlü biçimde sürer. REM uykusu ile NREM uykusu arasında 'resiprokal' bir ilişki vardır. Yani birisinin etkisi zayıflarken diğeri güçlenerek uykuyu ele geçirir. Genellikle uyanık olunan başlangıç döneminden sonra NREM uykusunun sırasıyla 1., 2. ve 3. dönemi oluşur. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM dönemi görülür. Uykunun başlangıcından ilk REM uykusunun sonuna kadar olan süre bir uyku siklusudur. Bu siklus 90–120 dakika arasında değişkenlik gösterir ve bir gecede 4-6 kez tekrarlanır. İlk REM dönemi genellikle daha kısadır ve yaklaşık 5–15 dakika sürer. Süre açısından gecenin ilk yarısında NREM, ikinci yarısında ise REM uykusu ağırlık kazanmaktadır. Kişinin, kısa süre uyusa bile bu döngünün bittiği anlarda uyandırıldığında daha dinlenmiş şekilde kalktığı bildirilmektedir. Uyku içinde NREM 1: %2-5, NREM 2: %45-55, NREM 3: %20-25 ve REM: %20-25 gibi paylara sahiptirler. Uyanıklık süresi ise uyku içinde normalde uykunun %5'inden azdır. (88).

Gece uykusunun uzunluğu çok sayıda faktöre (yaş, genetik faktörler, alışkanlıklar) bağlıdır. Yetişkin insanda 7,5-8 saat uyku yeterli olmaktadır. Ancak uyku süresinin dört saatten az ve dokuz saatten fazla olması normal olarak değerlendirilmemektedir. Uyku süresinin artışı ile etkinliği azalmaktadır. NREM dönemlerinin süreleri yaşla değişkenlik gösterir. Çocuklar ve yaşlılar erişkinlere göre daha fazla NREM 3. dönem uykusu uyurlar. Uykunun yarısını oluşturan NREM uykusu 1. ve 2. döneminin işlevleri halen bilinmemektedir. NREM uykusu 3. dönemi olan derin uyku dönemi ise fiziksel dinlenmeyi sağlar. Bu dönemde kişiyi uyandırmak zordur. Çocuklarda büyüme hormonu özellikle NREM uykusu 3. döneminde salgılanır. NREM uykusu 3. döneminin erişkinlerde hücre yenilenmesini ve onarımını hızlandırdığı ileri sürülmektedir. Uyku sırasında vücut ısısındaki düşme de özellikle NREM döneminde oluşur. Bu dönemde kalp hızı, solunum sayısı azalır ve düzenlidir (89).

Uykunun olası fonksiyonları: yenilenme (NREM'de vücut dokuları, REM'de beyin dokuları), enerjiyi koruma, yaşlanma sürecine direnç, immünolojik, termoregülasyon, korneal anoksinin önlenmesi, nöronal bütünlüğün devamının sağlanması şeklindedir (90).

2.10. Uykunun Gereksinimi ve Uykunun İşlevi

Uyku, organizma için çok önemlidir ve uyku olmadan bir yaşam sürmek mümkün değildir. İnsanlarda uyku gereksinimi, yaş, cinsiyet, beslenme durumu, sağlık durumu, çevresel koşullar, fiziksel aktivite ve bireysel özelliklere göre farklılık gösterir (84).

Yapılan bir çalışmaya göre insan, 24 saat olan bir günün 4-11 saatini uyuyarak geçirdiği bilinmektedir (91).

Gün içerisinde yapılan egzersiz, fiziksel çalışma, gebelik, hastalık, stres ve zihinsel aktivitenin artması ile ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma olmaktadır (92).

Yapılan araştırmalara göre, bebekler 20-22 saat, çocuklarda 10-12 saat, adolesanlar 8-9 saat, erişkinlerde 6-8 saat, 60 yaş ve üzeri bireylerde ise 5-6 saatlik uykular normal olarak kabul edilir (93).

Sağlıklı, zinde, dinç ve verimli bir yaşam için yeterli ve kaliteli bir uyku gereklidir.

Araştırmalara bakıldığında ülkemizde toplumun yaklaşık %75'inin 7-8 saat uyuduğu ve %10'unun 6 saat ve altında uyuduğu belirtilmiştir (84,91).

Araştırmalar uykunun vücudun dinlenmesini sağlamanın yanı sıra büyümenin sağlanması, hücre yenilenmesinin sağlanması, gün içerisinde öğrenilen bilgilerin kalıcı hale gelmesinin sağlanması gibi birçok görevi olduğunu da göstermektedir. Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku; insan hayatında önemli bir fizyolojik ihtiyaç olmakla birlikte, iyilik halini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Yapılan araştırmalarda NREM uykunun fiziksel, REM uykunun ise zihinsel olarak rahatlık sağladığı belirtilmiştir (84).

2.11. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi; uyku döngüsü, uyku süresi ve bir gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içermektedir. Ayrıca uyku kalitesi uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir (94).

Zihinsel faaliyetlerin önem taşıdığı kişilerde, uyku kalitesinin özellikle iyi olması gerekmektedir. Ayrıca bireylerin kaliteli uyku uyumaları ve dinlenmeleri iş ve akademik verimi artırmakta, trafik kazalarını önlemektedir (95).

Bireyin geçirdiği kalitesiz bir gece uykusunun ardından, kendini huzursuz, gergin ve kaygılı hissetmesi, işine konsantre olmakta güçlük çekmesi çok sık gözlenir (84).

Yetersiz uyunduğu zaman, uykusuzluk ve gün içerisinde uykululuk hali başta olmak üzere uyku kalitesinde azalma gerçekleşmektedir. Bunların sonucunda kişilerde dikkat ve algılama gibi bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olmaktadır (5). Gündüz uykululuk hali ile bireylerin hem fizyolojileri hem psikolojilerinde bozulmalar oluşturmaktadır. Bununla birlikte uykululuk hali bireylerin sosyal hayatını da etkilemektedir. Sosyal faaliyetlerin gerçekleşebileceği olası vakitlerde bireylerin uyuması, sosyal izolasyona ve aile ve arkadaş çevresi içinde iletişimsizliğe neden olmaktadır. Bu durum çoğunlukla, duyarsızlaşma ve yabancılaşma, kişiler arası iletişimsizlik, benlik saygısında azalma, tükenmişlik sendromu ve aile içi sorunlarla kendisini gösterir (96).

Yapılan araştırmalar, uykunun vücudu dinlendirme, yeni güne dinç ve zinde başlama fonksiyonuna ek olarak enerji tasarrufu, büyüme, hücre yenileme, organizma onarımı, hafıza, yeni bilgilerin öğrenimi, kalıcılaştırılması ve özellikle kimi canlılarda ortama uyum sağlanması ve tehlikelerden korunma gibi birçok işlevlerinin de olduğunu göstermektedir (84).

2.12. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Fiziksel, ruhsal ve çevresel birçok etken uyku kalitesini etkiler (97). Etkileyen faktörler şu başlıklar altında incelenebilir:

Yaş: Günlük uyku gereksinimi kişiden kişiye ve gelişim evrelerine göre değişiklik gösterebilir. Günde 3-4 saat uykunun yettiği bireyler olduğu gibi 8-9 saat uykudan daha fazlasına ihtiyaç duyan bireyler de vardır. Yaşlıların daha az uyumaya, yatakta daha uzun süre kalmaya meyilleri vardır. Yaşlıların uyku düzenleri ve ihtiyaçları daha fazla değişkenlik gösterir (84).

Cinsiyet: Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla oranda uyku bozuklukları yaşadıkları, uyku kalitelerinin erkeklerden daha kötü olduğu ve daha fazla uykuya ihtiyaçları olduğu saptanmıştır (91). Uyku dalgaları ve etkinliğinin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu, kadınlarda uyku problemlerinin daha fazla olduğu bilinmektedir (98).

Kadının toplumdaki ve aile içindeki rolleri gibi sosyal faktörlerden dolayı uyku kalitesini ve süresini etkilediği görülmektedir (84).

Hastalıklar: Hastalıklar kişilerin uyku kalitesini etkileyebilmektedir. Hasta kişiler, sağlıklı kişilere kıyasla daha çok uykuya gereksinim duyar. Fakat kimi ağrılı hastalıklar bireylerin uyuma güçlüğü yaşamasına neden olabilir.

Yapılan araştırmalarda psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerde genellikle uykuya dalmada zorluk ve uyku süresinde azalma, aşırı uykulu olma gibi uyku sorunları görüldüğü belirtilmektedir (99).

Kişilik bozukluğu, bipolar bozukluk ya da major depresyon gibi hastalıklar uyku düzenini doğrudan ve olumsuz önde etkileyebilmektedir. Anksiyete ve depresyon gibi sorunlara neden olan hastalıklar da uyku problemlerine neden olur (100).

Alkol ve diğer uyarıcılar: Alkol alınması başlangıçta uykuya dalmayı kolaylaştırır da ilerleyen zamanda uyku bölünmelerine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM uykusunun IV. Evresinde ve REM uykusunda azalmaya neden olur. (91)

İlaç kullanımı: Yaşın ilerlemesi ile birlikte bedensel ve ruhsal hastalıklar ve ilaç tedavilerine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Kullanılan ilaçların bir kısmı uyku sorunlarına yol açmaktadır. Diüretikler, antiparkinson, antidepresanlardan bazıları,

antihipertansifler, streoidler, dekonjestanlar, astım ilaçları ve kafein uyku bozukluklarına sebep olan ilaçlardır. Narkotik ilaçlar gün boyu uykulu olmaya sebep olur. Hipnotik ilaçlar enerji azalmasına sebep olurken; benzodiazepinler gün içinde uyumaların artmasına sebep olur. Diüretik ilaçlar gece sık idrara çıkararak bölünmüş ve kalitesiz bir uykuya sebep olurlar (100).

Yaşam şekli: Yaşam şekli kişinin uyku düzenini ve uyku kalitesini etkilemektedir. Yapılan araştırmalara göre; vardiyalı çalışma, kötü uyku kalitesi ve yaşanan sağlık sorunları arasında yakın bir ilişki vardır (101). Ayrıca vardiyalı çalışma ile kesintili uyku, yorgunluk ve yaşanan sağlık problemleri arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermiştir (99).

Çevresel Faktörler: Çevresel faktörler uyku için en önemli bileşenlerden biridir. Gürültü, ışık, yüksek sıcaklık ya da soğuk gibi çevresel faktörler bireylerin uykuya dalmasını ve uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler alışık oldukları çevrede daha rahat uyurken alışık olmadıkları çevrede uyumakta zorluk çekebilirler. Gürültü; uyku kalitesiyle ve süresiyle yakından ilişkilidir. Gürültülü ortamlar uyku süresinin azalmasına sebep olur. Gürültünün her şekli uyuyan kişileri uykunun her evresinde etkiler (102) .

Oda sıcaklığı da uyku kalitesini etkileyen etmenlerdendir. Oda sıcaklığının 24 dereceden fazla olması REM döneminin azalmasına sebep olurken 12 dereceden az olması da kötü rüyaların görülmesine sebep olmaktadır (91,103) .

Diyet: Kaliteli ve sağlıklı uyku için dengeli, düzenli beslenme önemlidir. Besin öğeleri açısından yüksek proteinli diyetlerin uyku kalitesini artırdığı ve karbonhidrat oranı yüksek olan diyetlerin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı görülmüştür. Yağ oranları yüksek diyetler ise toplam uyku süresini olumsuz etkilemektedir. Kahve, çay, kola gibi kafein içeren içecekler uyumayı güçleştirmektedir. Aşırı ve düzensiz beslenme uyku düzenini bozabilir. Uyku problemi yaşayan bireyler hafif yemeli ve süt, yoğurt gibi besinler tüketmelidir. Kilo alıp kilo vermekte uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Kişinin kilo vermesi gece sık uyanmaya ve sabahın erken saatlerinde kalkmaya neden olur. Kişinin kilo alması

ise sabahın geç saatlerine kadar uyumaya neden olarak uyku süresini uzatır (84,100, 104).

Anksiyete ve Stres: Anksiyete ve stres, uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında en sık rastlanılanıdır. Korku, üzüntü, yas, kuşku, kaygı gibi duygu değişimleri kişinin rahatlamasını engeller ve kişinin uyku problemleri yaşamasına sebep olur. Hayatından memnun olmayan endişeli ve mutsuz kişilerin uykularının da huzursuz ve doyumsuz olduğu görülür (105).

Uyku ile ilgili yapılmış araştırmalar, bir gencin her gece 8 ile 10 saat arası uykuya ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bu, bir yetişkinin ihtiyaç duyduğu miktardan daha fazladır. Oysa ergenlerin çoğu gece boyu sadece 6.5 - 7.5 saat arası uyumaktadır, bazıları ise bundan daha az saat uyumaktadır. Düzenli olarak yeterli uyku almamak kronik uyku yoksunluğuna yol açar. Bunun bir gencin hayatı üzerinde dramatik etkileri olabilir, zihinsel refahlarını etkileyebilir, depresyon, endişe ve düşük özgüven risklerini arttırabilir. Ayrıca okuldaki akademik performansı da etkileyebilir. Birçok gencin düzenli olarak yeterince uyumamasının sebeplerinden bazıları şunlardır: **Hormonal zaman kayması:** Ergenlik hormonları gençlerin vücut saatlerini yaklaşık bir ya da iki saat ileri kaydırır ve bu durum onların bir ya da iki saat geç uyumalarına neden olur. Yine de genç daha geç saatte uykuya dalmaya başlasa da, erken okul saati uyumasına izin vermez. Gecelik “uyku borcu” kronik uyku yoksunluğuna yol açar. **Ekran tabanlı cihazlar kullanmak:** Akıllı telefonlar ve yatak çevresinde kullanılan diğer cihazlar uyku süresini azaltır. VicHealth ve Sleep Health Foundation tarafından yapılan bir araştırmaya göre, akıllı telefonlarını yatmadan bir saat önce bırakan gençler, geceleri 21 dakika ekstra uyku (bir okul haftasında yaklaşık bir saat 45 dakika) kazanıyorlar. **Yoğun okul sonrası programı:** Ev ödevi, spor, yarı zamanlı çalışma ve sosyal sorumluluklar bir gencin uyku saatini azaltabilir. **Boş zaman aktiviteleri:** Televizyon, internet ve bilgisayar oyunları gibi eğlenceyi teşvik eden durumlar, gençleri yataktan uzak tutabilir. **Işığa maruz kalmak:** Işık beynin uyanık kalmasını sağlar. Akşamları televizyonlardan, cep telefonlarından ve bilgisayarlardan gelen ışıklar, uykudan sorumlu beyin kimyasalı (nörotransmitter) melatoninin yeterli üretimini önleyebilir. **Kısır döngü:** Yetersiz uyku bir gencin beyninin daha aktif olmasına neden olur. Aşırı uyarılmış bir beyin

uykuya dalmakta zorlanabilir. **Sosyal tutumlar:** Aktif kalmanın uykudan daha değerli olduğuna dair fikirler, az uyumanın altında yatabilir. **Uyku bozukluğu:** Huzursuz bacak sendromu veya uyku apnesi gibi uyku bozuklukları, bir gencin alacağı uykuyu etkileyebilir (100).

2.13. Gençlerde Uyku Yoksunluğunun Etkileri:

Bir gencin gelişen beyninin her gece sekiz ile on saat arası uykuya ihtiyacı vardır. Kronik uyku yoksunluğunun etkileri ise şunları içerebilir: konsantrasyon güçlüğü, zihinsel olarak sınıfta “uyuya kalmak”, kısalmış dikkat süresi, hafıza bozukluğu, zayıf karar verme yeteneği, motivasyon eksikliği, karamsarlık ve saldırganlık, depresyon, risk alma davranışı, daha yavaş fiziksel refleksler, fiziksel yaralanmalara neden olabilecek sakarlıklar, azalmış spor performansı, azalmış akademik performans, yorgunluk nedeniyle okulda artan “raporlu” gün sayısı, okulu asma (106).

2.14. Medya ve Uyku Alışkanlıkları

Uyku geri döndürülebilir bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, düzenli bir şekilde günün belirli saatlerinde yaşanan, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlayan, insanları bir sonraki güne sağlıklı başlaması için hazırlayan bir dönemdir. Uyku sorunlarının nedenleri okul öncesi dönemde (4-6 yaş), uykuya başlama çağrışımları (sallama, besleme, kucağa alma gibi) ile ilgili iken, okul çağı çocuklarında, üzüntü, sıkıntı ve korkulara bağlıdır. Ergenlikte ise (13-17 yaş); çöküntü, kaygı, üzüntü ve şartlanma sorunları ana temaları oluşturur. Televizyon, nikotin, kafein, internet, okul çocuğunun uyku süresini etkileyen önemli çevresel etkenlerdir. Günümüzde elektronik medyanın çocuk ve ergenlerin uykusu üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu kabul edilmektedir (31,107). İsveçli çocuklar üzerinde yapılan (n=616) bir araştırmada, uyku azlığı ile yatak odasında TV olması, TV ya da bilgisayarın başında iki saatten fazla vakit geçirme arasında ilişki saptanmıştır (108). Yapılan başka bir araştırmada, TV, PC ve TV/video ilişkili oyun oynamanın çocuğun uykusunu etkilediği belirlenmiştir (109).

Japon okul çocukları (n=261, yaş ort. 12,8) üzerinde yapılan bir çalışmada, azalmış uyku süresinin önemli ölçüde gündüz uyku haline sebep olduğu ve uyku hali, uyku bozuklukları ile medya kullanım süresi arasında ilişki olduğu saptanmıştır (110). Fazla televizyon izleme ve yatak odasında TV varlığı, ırk /etnik farklılığı olan çocuklarda, uyku kısalığı ile ilişkili bulunmuş ve ömür boyu TV izleme saatinde her gün bir saatlik artışın, günde yedi dakika uyku kısalığına sebep olduğu belirlenmiştir (111).

Amerika’da teknoloji kullanımı ve uyku kalitesini tanımlamak ve teknoloji ve uyku rahatsızlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmanın sonucunda (n=1.508 kişi, 13-64 yaş arası), pasif teknoloji aletleri kullanımının (mp3, müzik çalar gibi) aksine yatmadan önce interaktif teknoloji aletleri (bilgisayar/laptop, cep telefonu, video oyun konsolu gibi) kullanımının, uykuya geçmeyi zorlaştırdığı (p< 0,05) ve dinlendirici bir uyku olmadığı (p< 0,05) rapor edilmiştir (32).

Finlandiya’da 27 okulda 10 ve 11 yaş arası çocuklar (n=353, %51 kız) üzerinde yapılan bir çalışmada, televizyon izleme ve bilgisayar kullanmanın uyku süresini azalttığı ve geç yatmaya neden olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir. Bilgisayar kullanımının okul günü ve hafta sonunda uyku süresinde ve yatma zamanında istenmeyen değişikliklere sebep olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır (112). Yapılan başka bir çalışmada (n=1702), 14–27 ay arası çocukların akşamları TV’yi bir saatten fazla izlemelerinin uyku kısalığına sebep olduğu bulunmuştur. Medya gençlerin önemli bir parçasıdır. Ancak, TV, bilgisayar oyunu, internet, cep telefonu kullanımı sağlıklı uykuyu tehdit etmektedir. Medya kullanımı uyku uyuma zamanını değiştirebilir, uyku süresini kısaltabilir. Medya içeriği aşırı heyecana yol açabilir veya yinelenen kâbuslara neden olabilir (113).

Adolesan çağda fazla TV izleme ile uyku bozukluğunun ilişkili olduğu bulunmuştur. Üstelik çocuğun odasında TV ve bilgisayarın olması uyku uyuma parametrelerinde, özellikle yatağa gitme ve yatma zamanı ile ilgili, değişikliğe sebep olmaktadır (114). Kırk bir çalışmanın meta-analizi sonucunda, video oyun, telefon, bilgisayar ve internet kullanımının adolesanlarda (12-18 yaş arası), yatma zamanını geciktirdiği saptanmıştır (115).

Okul çağı ve adolesanlarda, ekran önünde geçen süre (TV, video oyun, mobil aletler) ile uyku arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 1999 ve 2014 yılları arasında yayınlanan altmış yedi çalışmanın sistematik incelemesi sonucunda, çalışmaların %90'ında ekran önünde geçen sürenin uykuyu olumsuz olarak (süresini kısaltma ve yatma zamanını erteleme) etkilediği bulunmuştur (116).

Spesifik teknoloji ve ergen uyku niteliği, uyku niceliği ve parasomniası arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada, tüm teknoloji türlerinin sık kullanımı ile hafta içi uyku süresi (saat) arasında ters orantılı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sık müzik dinleme ve video oyun oynamanın uykuya başlamayı uzattığı, tüm teknoloji türlerinin sık kullanımı ile erken uyanma sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. En büyük etki sıklıkla televizyon izleyicilerinde gözlenmiştir. Uykuya dalmada zorlanma ile sıklıkla müzik dinleme, cep telefonu kullanımı, video oyunu oynama ve sosyal ağı kullanma arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, müzik dinlemenin kabus görme sıklığını arttırdığı saptanmıştır (117).

Uyku bozuklukları ergenlik döneminde sık karşılaşılan sorunlardan birisidir. Uyku bozuklukları küresel bir sağlık sorunudur ve Türk ergenlerde de önemli oranlarda görülmektedir. Ergenlerin yaşadığı uyku sorunlarından önemli bir tanesi “gündüz aşırı uykululuk (GAU)” durumudur. GAU, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders: ICSD 3)’e göre, normal koşuldaki bir uyku uyanıklık döngüsü içinde, kişinin gün içinde uyanık kalmada güçlük çekmesi ve istemsiz uyuklamalarının olmasıdır (118).

Her yaş grubu ergende görülebilen bu durum, lise öğrencilerinde değişen davranış değişiklikleri ve hormonal değişimle birlikte daha sık görülmektedir. Kore’de yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin %15,9’unda, Çinde liseli kız öğrencilerinin %20,5’inde GAU durumunun yaşandığı belirlenmiştir (119,120).

Türk lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ise GAU prevalansı %23,4 ile %28,7 arasında değişmektedir (121,122).

2.15. Obezite

Besinlerle alınan enerji miktarının, metabolizma ve fizik aktivite ile tüketilen enerji miktarını aştığı durumlarda ortaya çıkan, yağ dokusunun vücut ağırlığına oranla patolojik olarak arttığı kronik bir metabolizma hastalığı şeklinde tanımlanmaktadır. Obezite; sosyal, psikolojik ve ciddi tıbbi sorunlar yaratabilen önemli bir sağlık problemidir. Obezite vakalarının büyük bölümünde altta yatan bir patoloji bulunmaz. Bunlar “basit (eksojen) obezite” olarak adlandırılır. Obezite, endokrin, genetik veya diğer nedenler sonucu oluştuğunda ise “sekonder (endojen) obezite” den söz edilir (123).

Ergenlik döneminde görülen obezite ileri yaşlarda yetişkin çağı obezitesi, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kas iskelet sistemi bozuklukları, solunum sorunları ve psikolojik bozukluklarla karşımıza çıkabilmektedir.

Gerek dünyada gerekse Türkiye’de toplam nüfus içinde önemli bir yere sahip olan adolesanlar bu dönemde çok önemli fiziksel ve psikososyal değişimler yaşamaktadır. Söz konusu değişimlere uyum ve baş etme sağlanamazsa bu dönem hastalık, ölüm ve kötü sağlık alışkanlıklarının görüldüğü bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (124).

Adolesan dönem, çocuklukta kalıcı yağlanmanın oluştuğu son kritik dönemdir. Adolesan dönemde büyüme ve gelişme çok hızlı olduğu için enerji ve besin öğelerine gereksinim daha fazladır; ancak ihtiyacın üzerinde besin tüketmesi obezite ile sonuçlanmaktadır. Obezite sadece bir estetik sorun olmaktan çok, adolesanın fiziksel, sosyal ve psikolojik yaşantısını olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur. Obezitenin beş yaşından önce ve 15 yaşından sonra gelişmesi obezitenin erişkin çağda devam etmesi için risk oluşturmaktadır. Adolesan obezilere uygun rehabilitasyon programları uygulanmadıkça, yüzde 75-80 oranında obez yetişkinler olduğu bilinmektedir. Bu nedenle adolesana verilecek bakım; sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine odaklanmalı, tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu hizmetleri de içermelidir (125-127).

Ülkemizde çocuklarda ve gençlerde fazla kiloluluk ve obezite yaygınlığını araştıran çalışmalar incelendiğinde, 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasında, 0-5 yaş grubu 2567 çocuğun %8,5’i obez/şişman, %17,9’u

hafif şişman, %10,3'ü zayıf ve %5,6'sının ise çok zayıf olduğu belirlenmiştir. 6-18 yaş grubu 2248 çocuğun ise %8,2'i obez/şişman, %14,3'ü hafif şişman, %14,9'u zayıf ve %3,9'unun ise çok zayıf olduğu raporlanmıştır. Bu çalışmada VKİ değerlerine göre obezitenin en fazla görüldüğü bölgeler Doğu Marmara (%12,5), Ege (%11,4), Akdeniz (%11,4) ve İstanbul (%10,8) olarak belirlenmiştir. Obezitenin en az görüldüğü bölgeler ise sırasıyla, Güneydoğu Anadolu (%3,4), Doğu Karadeniz (%3,6) ve Kuzeydoğu Anadolu (%4,1) bölgeleridir. Fazla kiloluluk 6-18 yaş grubunda tüm bölgelerde %8,8 (Ege) ile %24,6 (İstanbul) arasında bir dağılım göstermekte ve bölgesel olarak dikkate alınması gereken bir sorun olarak dikkati çekmektedir (128).

TÜİK 2012 yılında gençlerin VKİ'ye göre %14,8'ini fazla kilolu ve %3,8'ini obez olarak raporlandırmıştır (129).

Bölgesel olarak yapılan diğer çalışmalar ele alındığında, Türkiye ve Yunanistan ortak çalışmasının Türkiye ayağında Kayseri'de 6-10 yaş grubunda 1032, 11-17 yaş grubunda 2671 olmak üzere toplam 3703 çocukta yürütülen çalışmada çocukların %10,6'sının fazla kilolu (VKİ %85-95 arasında) ve %1,6'sının obez (VKİ \geq 95) olduğu saptanmıştır (130).

İstanbul, Ankara ve İzmir illerinin kentsel bölgelerinde yaşayan 12-13 yaş grubunda 1044 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada çocukların %12'si zayıf, %12'si fazla kilolu ve %2'si obez olarak saptanmıştır (131).

Muğla'da fazla kiloluluk ve obezite sıklığının araştırıldığı bir çalışmada 6-15 yaş arasında 4260 birey değerlendirilmiş ve kızların %7,6'sının, erkeklerin %9,1'inin obez olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda obezite ve televizyon izlerken bir şeyler atıştırma, annenin yaşı ve annenin çalışması, aile geliri arasında ilişki olduğu ortaya konulmuştur (132).

2.16. Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde yaş, cinsiyet ve biyolojik faktörlere ek olarak eğitim düzeyi, medeni durum ve beslenme alışkanlıkları gibi çevresel faktörlerin ve ayrıca sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin de obezite için risk oluşturduğu görülmektedir.

Bu faktörler arasında, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Ayrıca genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyokültürel ve psikolojik pek çok faktörün birbiriyle ilişkisinin de obeziteye sebep olduğu elde edilen bilgiler arasındadır.

Hem Türkiye’de hem de dünyada özellikle çocukluk çağındaki obezite oranındaki artışın sadece genetik faktörlerle açıklanamayacağı düşünülmekte ve obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir. Çocuk ve ergenlerde görülen obezitenin daha çok yanlış beslenme alışkanlıkları, fazla yeme, aktivite azlığı, ailede obez birey bulunması, tıbbi hastalık, ilaçlar, aileden ayrılma ya da anne-babanın boşanması gibi stresli yaşam olayları, aile ve akran sorunları, depresyon ya da diğer ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (133).

2.17. Obezite ve Psikiyatrik Bozukluklar

Obezitenin oluşmasında genetik, sosyoekonomik koşullar, çevresel faktörler ve beslenme alışkanlıklarının yanı sıra, psikososyal sorunların da etkili olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunda obez ergenlerde depresyon, düşük benlik saygısı, sosyal etkileşimde sorunlar, yeme tutumlarında bozulmalar, beden algısı bozukluğu ile ilgili psikolojik rahatsızlıklar obez olmayanlara göre daha sık bulunmuştur (134).

Çocuk ve ergenlerde obezitenin eşzamanlı ruhsal bir rahatsızlıkla ilişkili olup olmadığı hakkında bilinenler kısıtlıdır. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülen obezitede, psikiyatrik bozuklukların bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu bilinmemektedir (135).

Çok sayıda çalışmada obez çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukların (özellikle somatoform bozukluklar, depresyon ve anksiyete bozuklukları) daha sık görüldüğü anlaşılmıştır. Türkiye’de yapılan ve ergenlerin alındığı bir olgu kontrol çalışmasında, obez ergenlerin yarısının bir DSM IV tanısı aldığı, alınan en sık tanının ise “Major Depresyon” olduğu anlaşılmıştır. Aynı çalışmada, yapılan Güçler Güçlükler anketinde duygusal belirti, sosyal davranışlar, akran sorunları ve toplam güçlük puanları tanı alan obez grupta, tanı almayan obez gruba ve kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Çocuklar için depresyon ölçeğinde obez grup obez olmayana göre daha yüksek puan almıştır (136).

Hem depresyon hem de obezite dünya çapında sıklıkla karşılaşılan birer sağlık problemleridir. Son yıllarda yapılan çalışmalar obezite ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu belirtmekte ancak tam bir neden-sonuç ilişkisi saptayamamaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar, bu ilişkinin çift taraflı olduğunu öne sürmekte ve bu ilişkiye birçok faktörün etki edebileceğini belirtmektedir.

Obezlerde en sık görülen sorunlar aşağılık duygusu, kendine güvende azalma, çekingenlik, sosyal yaşamdan izolasyon, işsizlik, evlilikle ilgili problemler, sıkıntı ve depresyondur. Bunlarla birlikte artan motivasyon kaybı fiziksel aktivitede azalmaya ve sonuç olarak obezite probleminde büyümeye yol açmakta, bir kısır döngü yaratmaktadır. Bunlara ek olarak depresyonun yeme alışkanlıklarını ve aktivite düzeyini etkilediği ve böylelikle vücut kitle indeksinde dalgalanmalara sebep olduğu düşünülmektedir (137).

Obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin leptin hormonundan da etkilendiği belirtilmektedir. Vücutta tokluk hissi sağlayan leptinin antidepresan benzeri bir etkisinin de bulunduğu, düşük düzeydeki leptinin ise depresif davranışlarla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (138).

Fazla kiloluluk ve obeziteyi sosyal boyutta inceleyen bir çalışmaya, yaş ortalaması 10 olan 80 fazla kilolu ve obez çocuk katılmıştır. Bu çalışmada akranları tarafından kilolarıyla ilgili alay edilen fazla kilolu ve obez çocuklarda, alay edilemeyenlere kıyasla depresyon oranı ve sağlıksız kilo kontrolü davranışları yüksek bulunmuştur (139).

Özetle obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin tek bir nedeni olmadığı, çok faktörlü bir yapıya sahip olduğu söylenebilir

Luppino ve ark.'nın (140) sürdürdükleri bir meta-analiz çalışmasında obezite ve depresyonun boylamsal olarak ilişkisi incelenmiş ve aralarında karşılıklı bir bağ olduğu belirtilmiştir. Yani obezitenin depresyon riskini arttırdığı; aynı zamanda depresyonun obezite gelişimi için yordayıcı bir etken olduğu bulunmuştur.

Niceliksel olarak ele alındığında obez bireylerin zaman içerisinde depresyon geliştirmesinin riskinin %55 oranında arttığı; depresif bireylerin obez olma riskinin ise %58 oranında arttığı raporlanmıştır. Obezite ve depresyon ilişkisinin çift yönlü olduğunu raporlayan çalışmalardan birisi de Pan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (141).

Ergen kızların (n=496) katılımıyla sürdürülen bir çalışmada obez olma durumunun gelecekteki depresif semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu ilişki fazla kilolularda gözlenmemiştir. Ayrıca gelecekte depresif semptomların oluşabileceği, ancak majör depresyonun gözlenmediği bildirilmiştir. Özellikle ergen kızlarda depresyon gelişiminde beden ağırlığının etkileyici bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (142). Depresyonun obezite için risk faktörü olduğunu bulgulayan çalışmalar incelendiğinde, boylamsal olarak sürdürülen bir çalışmada çocukluk depresyonunun yetişkinlikteki beden kitle indeksi ile pozitif olarak ilişkili olduğu raporlanmış ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin boylamsal olarak daha güçlü olduğu bildirilmiştir (137).

Ergenlerin katıldığı (n:9374) başka bir boylamsal çalışmada ise kesitsel olarak elde edilen ilk ölçümlerde depresyon ve obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken; bir yıl sonra alınan ölçümler değerlendirildiğinde depresif ruh halinin obeziteyi yordadığı saptanmıştır (143).

Çocuklukta depresyon ve anksiyetenin üç yıl sonraki VKİ üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya, 8-18 yaşları arasındaki obez olmayan bireyler katılmıştır. Bu çalışmada anksiyete ve depresyonu olan bireylerin VKİ'leri sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığında, 3 yıl sonra anlamlı derecede artmıştır. Psikiyatrik

problemlerin, çocuk ve ergenlerin VKİ'lerindeki dalgalanmalarla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (144).

Depresyon ve obezite arasında ilişki bulgulamayan çalışmalarda mevcuttur. Tayvan'da yapılan bir çalışmada batı ülkelerinin çoğunda elde edilen sonuçların aksine obezite ve depresyon arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Çalışmaya göre zayıf olan yetişkin erkeklerin, diğer ağırlık kategorilerine kıyasla depresif olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu; fazla kilolu ve obez kadınların ise daha az depresif olduğu belirlenmiştir. Bu farklı bulguların, Batı ve Asya ülkeleri arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir (145).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, obez bireylerdeki psikopatolojinin daha çok araştırıldığı ve bulguların obezitenin depresyona sebep olduğu yönünde ortaya koyulduğu görülmektedir.

Isparta'da yapılan bir çalışma da 53 obez hastanın psikiyatrik tanıları, depresyon ve anksiyete düzeyleri araştırılmış ve hastaların %81,3'ünde majör depresif bozukluk ve %71,7'sinde son ayda majör depresif epizod saptanmıştır (146).

Normal kilolu, fazla kilolu ve obez otuzar ergenin katıldığı başka bir çalışmada obezlerin yarısından fazlasında DSM-IV tanılarının bulunduğu, bunların arasından 10 kişinin, yani obezlerin üçte birinin ise majör depresif bozukluk tanı kriterini karşıladığı saptanmıştır Fazla kilolu ve normal kilolu gruplarla karşılaştırıldığında obez olan grupta depresyon, davranış problemleri ve özgüven eksikliği gibi psikolojik problemler anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (136). Yaş grubu 7-15 arasında 40 obez, 40 normal kilolu çocuğun katıldığı bir çalışmada, kontrol grubunu oluşturan normal ağırlıklı çocuklar ile karşılaştırıldığında obez grupta depresyon düzeyinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (147). Çanakkale'de 62 obez hasta ve 27 kontrol grubu hastasının dahil edildiği bir çalışmada, depresyon ve anksiyete puanlarının obezite grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (148).

Obezite, sağlıklı yaşam davranışlarının alt boyutlarıyla yakından ilişkilidir. Beslenme, fiziksel aktivite ve psikolojik etmenler, obezite için risk faktörleridir. Bu konudaki detaylı bilgi, obezite başlığı altında verilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi

davranışları başlığı altında incelenen boyutlar ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında Arslan ve Ceviz tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça obezite sıklığının düştüğü bulgulanmıştır (149). Fransa’da yapılan başka bir çalışmada, 155 obez çocuktan 88’i bir DSM IV tanısı almıştır ve en sık karşılanan tanının anksiyete bozukluğu olduğu görülmüştür (150).

2.18. İnternet, TV, Bilgisayar ve Obezite

Günümüzde elektronik medya araçlarının sayısının ve ulaşılabilirliğinin artması, çocukların sedanter aktivite için (TV, bilgisayar, internet, bilgisayar oyunu vs.) harcadıkları ortalama süreyi artırmaktadır. Fiziksel uğraşların yerine hareketsiz yaşamda ve ekran önünde atıştırma davranışında artma, sağlıksız gıdalar için reklâm ve programlardan öğrenilen sağlıksız beslenme uygulamaları, normal uyku düzenini etkileme gibi TV izlemeye bağlı birçok neden, obeziteye yol açabilmektedir. Önceki çalışmalarda; çocukların TV izleme ve video/bilgisayar oyunu oynama gibi sedanter davranış durumları ile kilo durumları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve küçük yaşta fazla TV izleyenlerin 6-7 yaşlarında kilolu veya obez olma riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (151,152).

Tayland’ta 6-14 yaş arası 5.999 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada düşük fiziksel aktiviteye sahip kız çocuklarında; günde bir saatten fazla bilgisayar kullanmanın ve 2 saatten fazla TV izlemenin; kilo alma riskini arttırdığı tespit edilmiştir (153).

Benzer şekilde, Portekiz de bir grup araştırmacının ilkokul çocukları üzerinde yaptıkları çalışmada, günlük iki saatten fazla TV izlemenin erkek çocuklarda, şekerli, fast-food yiyecek yeme davranışı ile pozitif yönde bir ilişki olduğu istatistiksel olarak belirlenmiştir (154).

Amerika Birleşik Devletinde yapılan 30 yıllık dikkat çekici bir çalışmanın sonucunda, hafta sonları TV izleme saatindeki ortalama bir artışın 30 yaşında VKİ’sini arttıracakı öngörülmüştür. İlaveten 5 yaşında bir çocuğun hafta sonları TV

izlenme süresine eklenen her saatin, yetişkin dönemde obezite riskini % 7 oranında arttırdığı belirlenmiştir (155).

Robinson'un (156) deneysel çalışmasına göre; çocuğun TV izleme ve kilo artışı arasında güçlü bağlantılar olduğu ve her hafta TV izlemeye eklenen her saatin obezite riskini % 2 oranında arttırdığı belirlenmiştir.

Yeni Zelanda'da bir grup araştırmacı, doğumdan itibaren 26 yaşına kadar 1000 deneğin takibi sonucunda, 5 ile 15 yaş arasındaki çocukların haftalık gece ortalama TV izleme süresi ile yetişkin dönemde VKİ arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır (157).

Birincil dikkati yüksek oranda TV olan adolesanların VKİ yüksekliği arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, eğlence amaçlı aşırı bilgisayar kullanımının şişmanlama ve obeziteye yol açabileceği 18 yaş ve üstü yetişkinlerde TV izleme ile VKİ, obezite arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (158).

Uzun süre TV izleyen çocuk ve gençler, daha fazla kalori tüketmek ya da yüksek yağlı diyetle beslenme eğilimindedir (159).

Mevcut araştırma sonuçları; reklamların, küçük çocukların yağ oranı daha yüksek/beslenme değeri daha düşük gıdaları (abur cubur) istemesinde ve almasında etkili olduğunu ve ebeveynlere tesir ettiğini açıkça göstermektedir (160).

Ankara'da yürütülen bir çalışmada çocuklara özgü TV programları özel ve devlet TV'sinde izlenerek kaydedilmiş ve reklam sayısı ile içerikleri incelenmiştir. Devlet TV'sinde reklam yer almaz iken, özel TV kanalında toplam 81 adet reklam kaydedilmiş ve bu reklamların %23.2'sinin besin reklamı olduğu ve %18.3'ünün ise şeker ve şekerli besinlere yönelik reklamlar olduğu saptanmıştır (161). Sonuç olarak; obezite ile mücadele ederken "ekran başında geçirilen süre" (bilgisayar, video oyunları ve TV) ve reklamların etkisi unutulmamalıdır.

2.19. Fiziksel aktivite

Teknolojik gelişmeler sonucunda makineler, insanların yapabileceği işleri yapmaya başlamış ve böylelikle insanların günlük fiziksel hareketleri kısıtlanmıştır. Ayrıca gün geçtikçe fizik gücünden çok beyin gücüne dayanan işlerin artmasıyla birlikte insanların hareket alanları da azalmaya başlamıştır. Bireylerin içinde buldukları hareketsiz bir yaşantı ve harcadıklarından çok aldıkları enerji, vücut yağ kitlesinde artışa ve dolayısıyla da obeziteye yol açmaktadır.

Oysa fiziksel aktivite; vücudu hastalıklara karşı koruma, alınan fazla enerjinin doğal bir şekilde harcanıp obezitenin önlenmesi, yağlanma ve yağlanmanın getirdiği organik gerilemenin yavaşlatılması, solunum ve dolaşım sistemlerinin üstün kapasiteye ulaşması ve bu kapasitenin korunması, koroner damar hastalıklarının getirdikleri ölüm olaylarının önlenmesi ve koruyucu etkinin artırılması, yalnızlıktan ve duruş bozukluklarından kurtulma gibi birçok alanda insanlara fazlasıyla yarar sağlamaktadır (162).

Oturarak işlerini sürdürenlerde şişmanlık daha sık görülürken, bedenlerini kullanarak bir işte çalışan kimselerde şişmanlığa çok az rastlanmaktadır.

Yemek miktarının her iki grupta da çok fazla farklılaşmadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu durum, fiziksel aktivitenin vücut ağırlığı üzerine etkisini açıkça ortaya koymaktadır (163).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün yaptığı bir araştırmada bireylerin fiziksel aktivite alışkanlığı sorgulanmış ve sadece %3,5'inin düzenli, yani haftada en az üç gün ve 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir. 7-14 yaş grubu 469 (211 erkek ve 258 kız) çocuğun %22'sinin düzenli olarak spor yapmadığı, %43'ünün sokakta oynadığı, bilgisayar kullanma sürelerinin ise günde 1.28 saat olduğu raporlanmıştır. Çocukların fiziksel aktivite düzeyleri özel bir sınıflandırma sistemiyle ele alınmış ve sonucunda hafta içinde çocukların %73'ü, hafta sonunda ise %61'inin hareketsiz bir yaşam sürdürdükleri saptanmıştır (7).

Vanhala ve ark. (164) 855 çocuk üzerinde fazla kiloluluk ve obezitenin risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında düşük fiziksel aktivite düzeyinin obeziteyi yordayan etmenlerden biri olduğunu ortaya koymuşlardır.

Televizyon seyretmek ile obezite arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Bu ilişki, televizyon izleyen bireylerin hareketsiz bir yaşam sürmesi, televizyon izlerken atıştırmalıklar yemesi ve televizyondaki gıda reklamlarının etkisinde kalmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çifçili ve ark. (165) televizyon izleme ve obezitenin ilişkisine baktıkları çalışmalarında bir ilköğretim okulunda öğrenim görmekte olan 7-9 yaşları arasındaki 219 çocuğu incelemiş ve günde iki saatten fazla televizyon izleyen çocukların beden kitle indeksi ve triseps cilt kıvrım kalınlığı ortalamalarının diğer olgulara oranla daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Hancox ve Poulton'un (166) 3-15 yaş grubundaki çocuklar üzerinde boylamsal olarak yaptıkları çalışmada da televizyon izleme süresi ve fazla kiloluluk arasında bütün yaş gruplarında ilişki bulunmuştur.

Başka bir çalışmada ise yatak odasında televizyon bulunan 12 yaş üstü ergenlerde fazla kiloluluk oranını %44 olarak saptanmıştır (167).

Düşük düzeyde fiziksel aktivite, obezitenin sonucu olarak da düşünülebilir. Fiziksel olarak aktif olmayan bir yaşam sürdürenler ya da hareketsiz hale gelenler, genellikle aktif kişilere göre daha obezdir. Hareketsizlik, obezitenin nedenlerinden biri olarak düşünülmekte, obezite ise hareket eksikliğine yol açarak kısır bir döngü oluşturmaktadır (168).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışma planı

Bu tez çalışması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Polikliniğinde yapıldı. Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 16/01/2018 Toplantı tarihli ve GO 17/987-02 karar nolu etik kurul izni alındı.

Çalışma Ocak 2018 - Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Gönüllülük esasına dayalı olarak polikliniğe gelen ergenler çalışma hakkında bilgilendirildi ve katılmak isteyenlerden ve ailelerinden bilgilendirilmiş onam alındı.

Adolesan polikliniğine başvuran ergenin anamnezi alındı, HEEADSSS (Akronim olarak; **H**ome: Ev, **E**ducation/Employment: Eğitim/İş, **E**ating: Yeme tutumu, **A**ctivities: Akranlarla aktivite, **D**rugs: Madde kullanımı, **S**exuality: Cinsellik, **S**uicide: İntihar, **S**afety: Güvenlik) sorgulaması yapıldı. Ergenin fizik muayenesi değerlendirildi. Takip ve araştırma tetkikleri gerekiyorsa yapıldı. Aşırı kilolu ve obezite nedeniyle gelen ve etiyolojik yönden araştırma yapıp endokrin nedenli olanlar çalışma dışı bırakıldı. Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olanlar ve psikiyatrik ilaç alımı olanlar ve kronik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Kontrol grubu olarak başka nedenlerle ergen sağlığı kliniğine gelen psikiyatrik bozukluğu ve kronik hastalığı olmayan normal kilolu (VKİ %5-85 arasında) 12-20 yaş arası ergenler alındı.

Form doldurma öncesi klinikte kullanılan standart cihazlarla uygun şekilde boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümü yapıldı. Doğum tarihine göre Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nin hazırladığı veriler kullanılarak VKİ hesaplamaları yapıldı.

Hesaplama sonucunda VKİ, yaşının ve cinsiyetinin yüzdelik dilimlerine göre gruplandırıldı. VKİ %5-85 arasında olanlar normal kilolu, %85-95 arasında olanlar fazla kilolu (overweight), %95 üstü olanlar obez olarak sınıflandırıldı.

Çalışma için ekte belirtilen (Ek 2) 8 sayfadan oluşan yaklaşık 30 dakikalık bir sürede doldurulabilen anket formu verildi. Anketleri mümkünse ergen sağlığı kliniği

içerisinde doldurmaları istendi, vakti olamayanlar içinse evde doldurup kontrole geldiklerinde teslim etmeleri istendi.

Bütün katılımcılara; sosyodemografik bilgilerin yer aldığı kişisel bilgiler formu ve Türkçeye uyarlanmış geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış (Çocuklar İçin Yaşam Kalite Ölçeği Ergen Formu, Kısa Semptom Envanteri, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalite İndeksi ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi) anket formları verilerek doldurması istendi.

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgiler formunda anne ve baba eğitim düzeyi, meslek durumları, kardeş sayısı, ailenin gelir durumu, internet ve telefon kullanım bilgileri sorgulandı. (Ek 2: Sayfa 1)

3.2 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ):

Ölçek 1999 yılında Varni ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş ve 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlere yönelik bir formdur (169). Ölçekte fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği durumları sorgulanmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), duygusal, sosyal ve okul işlevselliğinin birleşiminden psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. ÇİYKÖ katılımcı tarafından kısa sürede doldurulup araştırmacı tarafından kolay puanlanabilmektedir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (170). Maddeler 0-100 puan arasında değerlendirilmektedir. Yanıt hiçbir zaman ise:100, nadiren ise:75, bazen ise:50, sıklıkla ise:25, hemen her zaman ise 0 puan almaktadır. Toplam puan ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi demektir. Sağlıklı bireylerin puanları kronik hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. (169,171). Form ekte sunulmuştur. (Ek 2: Sayfa:2)

3.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

KSE; 1992 yılında Derogatis tarafından geliştirilen ve çeşitli psikolojik belirtileri taramak amaçlı uygulanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (172). KSE, psikolojik belirti tarama testi olan SCL-90-R (Symptom Check List) ile yapılan

çalışmalar sonucunda oluşturulan kısa formdur. Toplam 53 madde seçilmiş ve kısa bir ölçek yapılmıştır. Kişinin kendi kendine kısa sürede cevaplayabileceği uygulanışı kolay bir ölçektir. KSE, 53 maddenin değerlendirilmesi sonucunda, alt ölçekler (9 adet), ek maddeler ve global indeksten oluşur. Her bir madde için “Hiç yok”, “Biraz var”, “Orta derecede var”, “Epey var” ve “Çok fazla var” seçenekleri olup uygun olanın işaretlenmesi istenir. Değerlendirme yapılırken cevaplara “0” ile “4” arasında değişen puan verilir. Alınan puanların yüksekliği, bireydeki psikolojik semptomların fazlalığını gösterir. Alt ölçek ve global ölçek olarak iki grupta değerlendirilir. Alt ölçekte psikiyatrik semptomlar: Somatizasyon (S); Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Kişilerarası Duyarlılık (KD), Depresyon (D), Anksiyete Bozukluğu (AB), Hostilite: Düşmanlık besleme (H), Fobik Anksiyete (FA), Paranoid Düşünceler (PD), Psikotizm (P) ve Ek Maddelerden oluşmaktadır. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ), Belirti Toplamı indeksi (BT) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) de Global ölçekte değerlendirilir. Şahin ve ark. tarafından KSE'nin ergenler için kullanımının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (173). KSE Ölçeğinin puan aralığı “0-212” arasında değişmektedir. Alınan puanlar ne kadar yüksekse psikiyatrik semptomların sıklığı da fazla anlamındadır.

Global endekslerden Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ) ile psikiyatrik belirtilerin patolojik düzeyde olup olmadıkları değerlendirilmektedir. Toplam elde edilen puan toplamlarının 53'e bölünmesiyle sağlanan RCİ'nin 1.0'in üzerinde olması psikopatolojik durumun varlığını, 1.0'in altında olması belirtilerin psikopatolojik sınırdan olmadığını göstermektedir. Belirti Toplamı (BT) indeksi ise 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki pozitif olan tüm değerler 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam değerdir. Alt ölçek toplam değerlerinin belirti toplamına bölünmesi ile SRİ elde edilir: Form ekte sunulmuştur.(Ek 2: Sayfa 3-4)

3.4. Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği-Kısa Formu (ATBÖ-KF)

Kwon ve ark. nin geliştirdiği, Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları Noyan ve ark. tarafından yapılan ATBÖ-KF'nu ergenlerde akıllı telefon kullanımını sorgulamak için kullandık (13,21). Ölçek 10 madde olup 6 lı likert dereceleme ile değerlendirince toplam puan 10-60 arasındadır. Testten elde edilen puanın artması bağımlılık riskinin arttığını göstermektedir. Kore örnekleminde kadınlar için kesme

puanı (cut-off points) 33, erkekler için 31 olarak belirlenmiştir (13). Form ekte sunulmuştur. (Ek 2: Sayfa 5)

3.5. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu (YİBT-KF)

Pawlikowski ve ark. tarafından kısa forma dönüştürülen ve Young tarafından geliştirilen bu form 12 maddeden oluşmaktadır. Hiçbir zaman:1, Çok sık:5 şeklinde, 1-5 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir (174,175). Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0.85 olup güvenle kullanılabilir. İnternet bağımlılığında yüksek puanların alınması beklenmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kutlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (176). Form ekte sunulmuştur. (Ek 2: Sayfa 5)

3.6. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)

Ağargün ve ark'ları, Johns tarafından geliştirilen EUÖ'nün Türkçeye uyarlamasını ve geçerlilik güvenilirliğini yapmışlardır (177,178). EUÖ; genel uykululuk düzeyini değerlendirme de kolay anlaşılır, kısa sürede uygulanabilen kişinin bildirimine dayalı sekiz maddelik bir ölçektir. Günlük yaşamda uykuluk hali sorgulanmaktadır.

Oturarak bir şeyler okurken, TV seyredirken, kalabalıkta otururken, en az bir saat süren araba yolculuğu sırasında, öğleden sonra dinlenmek için uzanmışken, birisiyle oturmuş konuşurken, yenilen öğle yemeğinden sonra alkolsüz sessizce otururken, araba içinde trafikte birkaç dakikalığına durduğunda uyuklama veya uykuya dalma durumu değerlendirilmektedir. Cevaplar 0-3 puan şeklinde hesaplanan kutucuklara işaretlenir. Uyuklama ihtimali hiç yoksa 0, ihtimali düşük ise 1, orta ise 2 ve yüksek ihtimalse 3 puan olarak puanlanır. EUÖ değeri 10 ve üzerinde olanlar için gündüzleri aşırı uykululuk durumunun var olduğuna karar verilir. (Ek 2: Sayfa 6)

3.7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Buyse ve ark.'nın 1989 yılında geliştirdiği ölçeğin, Ağargün ve arkadaşlarınca da güvenilirliği ve geçerliliği yapılmıştır (179,180). Kişinin son bir aylık uyku durumunu toplam 24 soruyla değerlendirmektedir. Kişinin kendisi

tarafından doldurulan 19 tanesi öz bildirim sorusudur. Son 5 soru ise eşi veya oda arkadaşınca cevaplandırılır fakat puanlamaya katılmaz. Klinik bilgi için değerlendirilir.

Uyku kalitesini değerlendirirken 7 bileşen puanı ve ölçek toplam puanı hesaplanır.

- 1: Subjektif (öznel) Uyku Kalitesi
- 2: Uykuya Dalma Düresi
- 3: Uyku Süresi
- 4: Efektif Uyku alışkanlığı
- 5:Uyku Bozukluğu Durumu
- 6: Uyku İlacı Kullanımı
- 7: Gündüz İşlev Bozukluğu hakkında bilgi verir.

Soruların cevapları 0-3 arasında puansal olarak değerlendirilir. Tüm bileşenlerin skorları toplanınca ölçek toplam puanı olan Toplam PUKİ değerini vermektedir. Puan ne kadar yüksekse uyku ile ilgili problem var demektir. Toplam PUKİ değeri 5'in üzerinde olması kötü uyku durumunu gösterir. PUKİ skorunun 10 puanın üstü olması ise ciddi uyku rahatsızlığına işaret eder (179) . Form ekte sunulmuştur. (Ek: 2: Sayfa 7)

3.8 Uluslararası Fiziksel Aktivite Kısa Formu

Bu anket dünyadaki değişik ülke ve kültürlerde fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinin standardize edilmesi için geliştirilmiştir. Bu anketin geçerliliği 12 ayrı ülkede 14 merkezde yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Craig ve ark. tarafından uluslararası geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Türkiye'deki geçerlilik-güvenirliliği Öztürk tarafından yapılmıştır. (181,182).

Şiddetli fiziksel aktivite, orta fiziksel aktivite, yürüme ve oturma gibi 4 alt bölümü olan kısa form 7 sorudan oluşmaktadır. Son bir hafta da fiziksel aktivite için

harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Aktivitenin değerlendirilmesi için bir kerede en az 10 dakika yapılıyor olması gereklidir (183). Formda aktivitelerin günler ve dakikalar olarak gerekli olan enerji dakika MET skoru ile hesaplanır. Veriler MET (aktivite sırasında tüketilen oksijen miktarını belirten “Metabolic Equivalent”: metabolik eşitlik) değerlerine çevrilerek incelenir. Aktivite şiddetli ise 8.0 MET, orta şiddetli ise 4,0 MET, yürüme 3,3 MET, oturma 1,5 MET olarak kabul edilmektedir. Toplam MET yapılan aktivitelerin haftada kaç gün ve kaç dakika yapılmasının hesaplanmasıyla oluşur.

Çıkan sayısal değere göre en alt fiziksel aktivite seviyesi: inaktiftir. Minimal aktiflik ise: şiddetli fizik aktiviteyi 3 veya daha fazla gün, en az 20 dakika yapmak, 5 veya daha fazla gün, orta şiddetli aktivite yapmak veya günde en az 30 dakika yürümek veya 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi ile en az 600 MET-dk/hafta sağlamaktır. Günde en az bir saat olan orta şiddetli bir aktivite çok aktif olarak değerlendirilmektedir. Bu kategoride en az 1500 MET-dk/ hf sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite olmalıdır. Ya da en az 3000 MET-dk/haftayı sağlayan yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonudur (184). Form ekte sunulmuştur. (Ek 2: Sayfa 8)

3.9 Verilerin istatistiksel analizi

Bulguların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS 20.0 programı kullanıldı. Sonuçlar ortalama \pm standart sapma ve ortanca değer olarak ifade edildi. Shapiro-Wilk testi ile sürekli değişkenlerin dağılıma uyumu kontrol edildi. Varyansların homojenliği ise Levene testi ile analiz edildi. Üç veya daha fazla grubun karşılaştırılması için, normal dağılımlı değişkenler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı; aksi durumlarda Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. İki grup arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Student t testi kullanıldı. Parametrik testlerin ön şartlarının yerine gelmediği durumlarda diğer değişkenlere ilişkin bağımsız iki grubun karşılaştırmaların da Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nonparametrik kategorik değişkenlerin korelasyon analizinde Spearman korelasyon testleri, parametrik kategorik değişkenlerin korelasyon analizinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Saptanan p değerinin 0.05 den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. Kişisel ve Sosyodemografik Veriler.

Çalışmamıza katılanlara verilen Ek 1 de belirtilen 8 sayfalık anket formunun ilk sayfası olan Kişisel ve Sosyodemografik veriler bölümünden edilen bilgiler değerlendirildi. Boy uzunluğu, vücut ağırlığı, yaş ve cinsiyetin yazılmadığı formlar dikkate alınmadı.

Değerlendirme sonrasında obezler 67 kişi, fazla kilolular 41 kişi ve normal kilolular 141 kişiden oluştu. (Tablo 4.1). Grupların cinsiyete göre dağılımında istatistiksel farklılık yoktu.

Tablo 4.1. Grupların cinsiyete göre dağılımları

| GRUPLAR | KIZ | | ERKEK | | TOPLAM | |
|------------------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Obezler | 33 | 49,3 | 34 | 50,7 | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | 23 | 56,1 | 18 | 43,9 | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 91 | 64,5 | 50 | 35,5 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 147 | 59,1 | 102 | 40,9 | 249 | 100 |

p:0,080 (p>0,05)

Çalışmaya 12-20 yaş arası ergenler katıldı. Özellikle yaş dağılımına yönelik bir planlama yapılmadı. Çalışma süresinde ankete katılmayı kabul edenlere 12-20 yaş arası yaş durumu gözetmeksizin formlar verildi. Grupların yaş ortalamaları arasında istatistiki olarak farklılık yoktu.

Tablo 4.2. Grupların yaş ortalamaları

| | Ortalama | En küçük | En büyük |
|------------------|----------------|-----------|-----------|
| Obezler | 15,37±1,77 yıl | 12,00 yıl | 18,7 yıl |
| Fazla Kilolular | 16,11±1,37 yıl | 14,10 yıl | 18,90 yıl |
| Normal Kilolular | 16,30±1,47 yıl | 12,40 yıl | 19,90 yıl |
| Tüm Katılanlar | 16,02±1,59 yıl | 12,00 yıl | 19,90 yıl |

p: 0,76 (p>0,05)

Anne ve baba eğitim düzeyine göre grupların dağılımı incelendiğinde grupların hiçbirinde anne ya da babası okuma yazma bilmeyen yoktu.

Tablo 4.3. Anne eğitim düzeyine göre grupların dağılımı

| | İlkokul | | Ortaokul | | Lise | | Üniversite | | Toplam | |
|------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Obezler | 26 | 38,81 | 14 | 20,89 | 15 | 22,38 | 12 | 17,92 | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | 9 | 21,95 | 9 | 21,95 | 13 | 31,71 | 10 | 24,39 | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 43 | 30,49 | 28 | 19,86 | 48 | 34,04 | 22 | 15,61 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 78 | 31,32 | 51 | 20,48 | 76 | 30,52 | 44 | 17,68 | 249 | 100 |

p:0,436 (p>0,05)

Tablo 4.4. Baba eğitim düzeyine göre grupların dağılımı

| | İlkokul | | Ortaokul | | Lise | | Üniversite | | Toplam | |
|------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Obezler | 10 | 14,92 | 13 | 19,41 | 28 | 41,79 | 16 | 23,88 | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | 4 | 9,76 | 3 | 7,31 | 16 | 39,02 | 18 | 43,91 | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 10 | 7,09 | 17 | 12,06 | 65 | 46,09 | 49 | 34,76 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 24 | 9,64 | 33 | 13,26 | 109 | 43,77 | 83 | 33,33 | 249 | 100 |

p:0,136 (p>0,05)

Annelerin; obez grupta daha çok ilkokul mezunu (% 38,81), fazla kilolu grupta lise mezunu (% 31,71), normal kilolu kontrol grubunda da yine lise mezunu (% 34,04) olduğu görüldü. Babaların ise obez grupta daha çok lise mezunu (% 41,79), fazla kilolu grupta üniversite mezunu (% 43,91), normal kilolu kontrol grubunda lise mezunu (% 46,09) olduğu görüldü. Fakat gruplar arasında anne ya da baba eğitim düzeyi açısından istatistiki olarak farklılık yoktu.

Tablo 4.5. Anne mesleğine göre grupların dağılımı

| | Ev hanımı | | İşçi | | Çiftçi | | Esnaf | | Memur | | Diğer | | Toplam | |
|------------------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Obezler | 41 | 61,2 | 13 | 19,4 | - | - | 1 | 1,5 | 7 | 10,4 | 5 | 7,5 | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | 29 | 70,7 | 5 | 12,2 | - | - | 1 | 2,4 | 5 | 12,2 | 1 | 2,4 | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 90 | 63,8 | 25 | 17,7 | 1 | 0,7 | 3 | 2,1 | 16 | 11,4 | 6 | 4,3 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 160 | 64,3 | 43 | 17,3 | 1 | 0,4 | 5 | 2 | 28 | 11,2 | 12 | 4,8 | 249 | 100 |

p: 0,96 (p>0,05)

Gruplar arasında annenin mesleğine göre istatistiki olarak farklılık yoktu.

Bütün gruplarda anne en yüksek oranda (% 61,2-% 70,7) ev hanımı idi.

Tablo 4.6. Baba mesleğine göre grupların dağılımı

| | Çalışmıyor | | İşçi | | Çiftçi | | Esnaf | | Memur | | Diğer | | Toplam | |
|------------------|------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Obezler | 3 | 4,5 | 24 | 35,8 | - | - | 8 | 11,9 | 17 | 25,4 | 15 | 22,4 | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | - | - | 14 | 34,1 | - | - | 6 | 14,6 | 14 | 34,1 | 7 | 17,1 | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 4 | 2,8 | 36 | 25,5 | 6 | 4,3 | 23 | 16,3 | 43 | 30,5 | 29 | 20,6 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 7 | 2,8 | 74 | 29,7 | 6 | 2,4 | 37 | 14,9 | 74 | 29,7 | 51 | 20,5 | 249 | 100 |

p: 0,439 (p>0,05)

Gruplar arasında babanın mesleğine göre istatistiki olarak farklılık yoktu.

Obez grupta baba mesleği en fazla işçi (%35,8), fazla kilolu grupta işçi ve memur eşit oranda (%34,1), normal kilolu kontrol grubunda ise (%25,4) oranında memur idi.

Gruplar kardeş sayılarına göre değerlendirildi. Kardeş sayılarına göre grupların dağılımı arasında istatistiki olarak fark yoktu. Bütün gruplarda en çok tek kardeşi olanlar vardı.

Tablo 4.7. Kardeş Sayılarına göre grupların dağılımı

| | Kardeşi yok | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | Toplam | |
|------------------|-------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Obezler | 11 | 16,4 | 28 | 41,8 | 14 | 20,9 | 9 | 13,4 | 3 | 4,5 | 2 | 3 | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | 7 | 17,1 | 17 | 41,5 | 12 | 20,3 | 2 | 4,9 | 1 | 2,4 | 2 | 4,9 | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 12 | 8,5 | 61 | 43,3 | 42 | 29,8 | 20 | 14,2 | 3 | 2,1 | 3 | 2,1 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 30 | 12 | 106 | 42,6 | 68 | 27,3 | 31 | 12,4 | 7 | 2,8 | 7 | 2,8 | 249 | 100 |

p:0,545 (p>0,05)

Sosyoekonomik göstergelerden birisi olan ailenin gelir durumu sorgulandı. Çalışmanın yapıldığı dönemde (2018 yılı) asgari ücret net 1603 TL idi. Gruplandırmada asgari ücret baz alınıp altı ve üstleri olarak sorgulandı. Gruplar arasında ailenin gelir durumu açısından istatistiki olarak farklılık yoktu. Bütün gruplarda aylık gelir durumu orta sayılabilecek (3000-5000 TL arası) düzeyde idi.

Tablo 4.8. Ailenin gelir durumu

| | Asgari ücretten az | | Asgari ücretli | | 1600-3000 TL | | 3000-5000 TL | | 5000 TL den fazla | | Diğer | | Toplam | |
|------------------|--------------------|-----------|----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|-------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Obezler | 5 | 7,5 | 6 | 9 | 17 | 25,4 | 28 | 41,8 | 11 | 16,4 | - | - | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | 11 | 26,8 | 20 | 48,8 | 8 | 19,5 | - | - | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 4 | 2,8 | 16 | 11,3 | 37 | 26,2 | 54 | 38,3 | 28 | 19,9 | 2 | 1,4 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 10 | 4 | 23 | 9,2 | 65 | 26,1 | 102 | 41 | 47 | 18,9 | 2 | 0,8 | 249 | 100 |

p: 0,61 (p>0,05)

Ailesinin “yaşadıkları evde kiracı mı yoksa ev sahibi mi ?” oldukları sorgulandı. Gruplar arasında ev sahipliği durumunda istatistiki olarak fark yoktu. Bütün grupların yarısından fazlasında kendi evinde oturuyorlardı. Toplam da bir kişi yurttta kalmakta olduğunu belirtti.

Tablo 4.9. Ev sahipliği durumu

| | Ev sahibi | | Kiracı | | Diğer | | Toplam | |
|------------------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Obezler | 37 | 55,2 | 29 | 43,3 | 1 | 1,5 | 67 | 100 |
| Fazla Kilolular | 27 | 65,9 | 14 | 34,1 | 0 | 0 | 41 | 100 |
| Normal Kilolular | 97 | 68,8 | 44 | 31,2 | 0 | 0 | 141 | 100 |
| Tüm Katılanlar | 161 | 64,7 | 87 | 34,9 | 1 | 0,4 | 249 | 100 |

p:0,20 (p>0,05)

Kendine ait odasının olması, evinde ve/veya odasında teknolojik alet bulundurması ve internet durumu sorgulaması yapıldı.

Tablo 4.10. Kendisine ait oda ve odasında internet ve iletişim araçları sorgulaması

| | OBEZLER | | FAZLA KİLOLULAR | | NORMAL KİLOLULAR | | TÜM KATILANLAR | | p değeri |
|-------------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|----------------|-------------|---------------|
| | VAR | YOK | VAR | YOK | VAR | YOK | VAR | YOK | |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | |
| Kendinize ait odanız var mı ? | 85,1 | 14,9 | 92,7 | 7,3 | 96,5 | 3,5 | 92,8 | 7,2 | 0,012* |
| Odanız da tablet var mı? | 37,3 | 62,7 | 43,9 | 56,1 | 39,7 | 60,3 | 39,8 | 60,2 | 0,794 |
| Odanız da TV var mı? | 7,5 | 92,5 | 12,2 | 87,8 | 17,7 | 82,3 | 14,1 | 85,9 | 0,347 |
| Odanız da bilgisayar var mı? | 73,1 | 26,9 | 53,7 | 46,3 | 63,1 | 36,9 | 64,3 | 35,7 | 0,267 |
| Evinizde internet var mı? | 83,6 | 16,4 | 90,2 | 9,8 | 82,3 | 17,7 | 83,9 | 16,1 | 0,471 |
| Eviniz de WİFİ var mı? | 76,1 | 23,9 | 90,2 | 9,8 | 78,7 | 21,3 | 79,9 | 20,1 | 0,373 |

Grupların toplamında %92,8 sinin kendisine ait odası vardı. Obezlerin kendisine ait odasının olması ile normal kiloluların odasının olması arasında farklılık istatistiki olarak anlamlı idi ($p<0,05$). Kitle iletişim araçlarından odasında bulunan elektronik cihazlar sorgulandı. Ankete katılanların %60,2'sinin odasında tablet yoktu. Grupların toplamında %85,9'unda odalarında televizyon yoktu.

Obezlerin %73,1'inde, fazla kiloluların %53,7'sinde ve normal kilolu kontrol grubunun ise %63,1'inin odasında bilgisayarı vardı. Evinde internet bağlantısı olma durumu tüm katılanlarda %83,9 idi. Kablosuz bağlantıyı sorgulamak açısından ise genelin %79,9'unun evinde WİFİ cihazı vardı. Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu.

Cep telefonuna sahip olma açısından grupların tümü değerlendirildiğinde %98'inin cep telefonu vardı. Cep telefonu olanların akıllı telefona sahip olma oranı ise %99,2 idi.

Tablo 4.11. İnternet ve cep telefonu kullanım sorgulaması

| | OBEZLER | FAZLA KİLOLULAR | NORMAL KİLOLULAR | TÜM KATILANLAR | p değeri |
|---|------------|-----------------|------------------|----------------|----------|
| İnterneti kaç yıldır kullanırsınız | 5,65±3,34 | 6,12±2,71 | 5,55±2,59 | 5,67±2,82 | 0,52 |
| Bilgisayarla ilk tanışma yaşınız | 7,89±3,04 | 8,04±2,59 | 8,09±2,74 | 8,03±2,8 | 0,92 |
| İlk mail adresini alma yaşınız | 10,92±2,71 | 10,87±3,49 | 11,65±2,11 | 11,32±2,6 | 0,13 |
| İlk sosyal medya hesabı açma yaşınız | 11,39±2,09 | 11,31±3,19 | 11,28±2,96 | 11,31±2,79 | 0,92 |
| İlk cep telefonla tanışma yaşınız | 11,84±1,72 | 12,17±1,81 | 12,14±1,69 | 12,07±1,72 | 0,43 |
| Günde kaç saat telefonla ilgilenirsiniz | 3,72±2,38 | 5,26±4,62 | 4,00±3,03 | 4,13±3,24 | 0,35 |
| Akıllı telefonu değiştirme sıklığınız | 3,35±1,52 | 3,34±1,19 | 3,35±1,37 | 3,35±1,37 | 0,92 |

Gruplar arasında maddelerin tümü açısından istatistiki olarak farklılık yoktu.

Ortalama internet kullanım yılı en fazla (6,12±2,71 yıl) olanlar fazla kilolulardı.

Ortalama bilgisayarla en erken tanışanlar obezler (7,89±3,04 yaş) idi.

Ortalama mail hesabını en erken alanlar (10,87±3,49 yaş) fazla kilolulardı.

Ortalama sosyal medya hesabını açma yaşları birbirine çok yakın olup ortalama 11,31±2,79 yaş idi.

Cep telefonuna en erken sahip olma yaşı obezlerde olup $11,84 \pm 1,72$ yaş idi.

Gün içerisinde cep telefonu ile en fazla ilgilenenler ortalama $5,26 \pm 4,62$ saat ile fazla kilolulardı. Katılanların tümünün ortalaması $4,13 \pm 3,24$ saat idi. En az 0 saat, en çok 20 saat cevap veren kişiler vardı.

Telefon değiştirme sıklığı birbirine yakın olup ortalama $3,35 \pm 1,37$ yıl idi.

Tablo 4.12. Telefonu gece yatarken kapatma durumları

| Telefonu gece yatarken ne yapar? | Kapatır (%) | Kapatmaz (%) |
|----------------------------------|-------------|--------------|
| Obezler | 23,1 | 76,9 |
| Fazla Kilolular | 9,8 | 90,2 |
| Normal Kilolular | 18,8 | 81,2 |
| Tüm Katılanlar | 18,4 | 81,6 |

Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu. $p: 0,22$ ($p > 0,05$).

Yatarken akıllı telefonu kapatma durumları sorgulandığında obezlerin %76,9 u, fazla kiloluların %90,2'si, normal kiloluların %81,2 si cep telefonlarını kapatmıyorlardı.

Genel toplamda ise %81,6 si yatarken telefonlarını kapatmıyorlardı.

Tablo 4.13. Yatarken telefonları nereye koydukları bilgisi

| Yatarken telefonları nereye koyarlar ? | Uzak bir yere % | Yatak kenarı % | Yastık altı % |
|--|-----------------|----------------|---------------|
| Obezler | 49,2 | 40,0 | 10,8 |
| Fazla Kilolular | 29,3 | 58,5 | 12,2 |
| Normal Kilolular | 39,0 | 52,2 | 8,8 |
| Tüm Katılanlar | 40,1 | 50,0 | 9,9 |

Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu. $p: 0,29$ ($p > 0,05$)

Yatarken telefonlarını nereye koydukları sorgulandığında ise obezlerin %49,2'si uzak bir yere, fazla kiloluların %58,5'i yatak kenarına, normal kiloluların %52,2'si yatak kenarına koyuyorlar. Yastık altına koyanların oranı en yüksek fazla kilolularda %12,2 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktu.

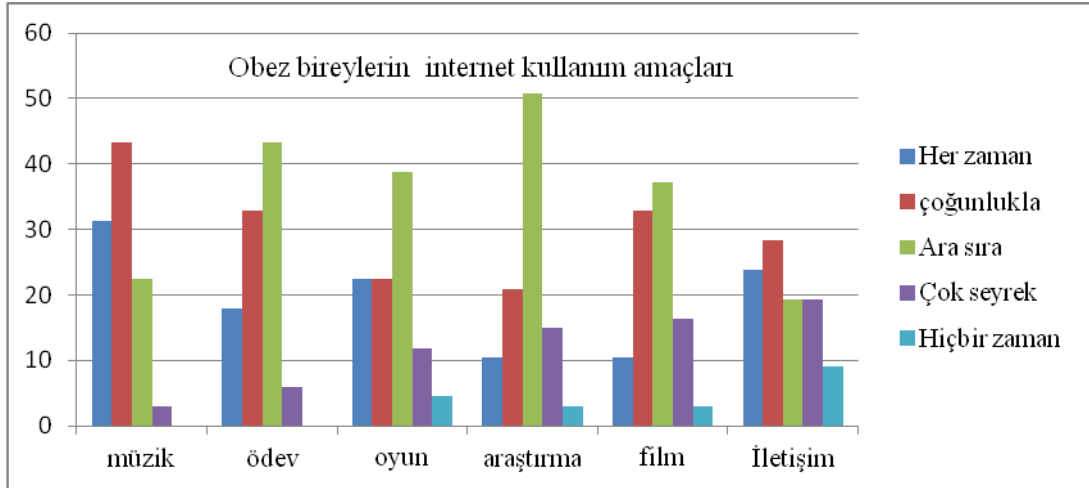
İnterneti hangi amaçla ve ne kadar sıklıkla kullandıkları sorgulandı.

Obezlerin cevap verdikleri ilk iki tercih incelendiğinde; ***her zaman*** müzik ve iletişim amaçlı, ***çoğunlukla*** müzik, ödev ve film amaçlı, ***ara sıra*** araştırma ve ödev amaçlı, ***çok seyrek*** olarak iletişim ve film amaçlı interneti kullanıyorlar.

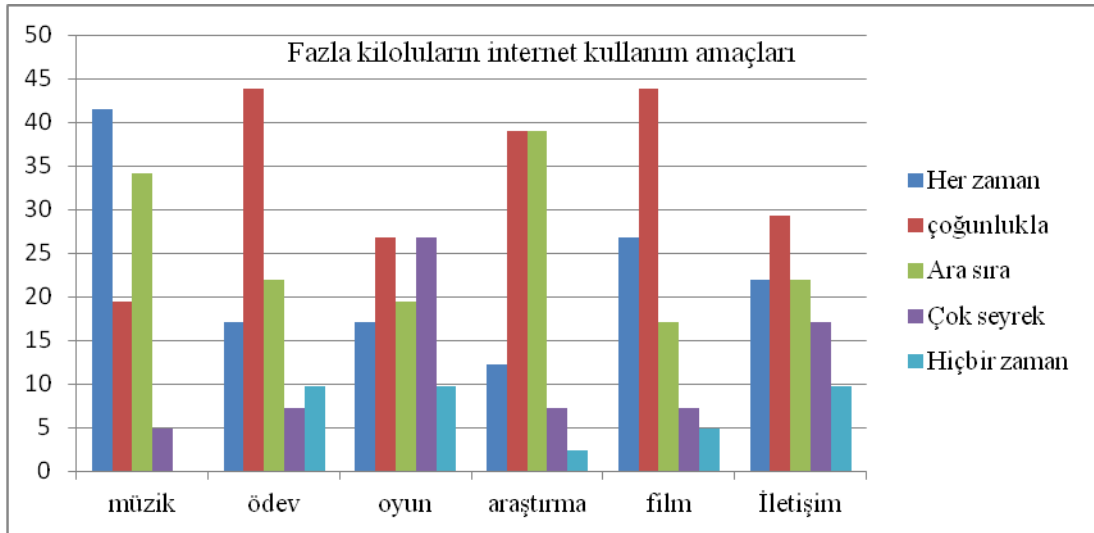
Fazla kiloluların cevap verdikleri ilk iki tercih incelendiğinde; ***her zaman*** müzik ve film amaçlı, ***çoğunlukla*** ödev ve film amaçlı, ***ara sıra*** araştırma ve müzik amaçlı, ***çok seyrek*** olarak oyun ve iletişim amaçlı interneti kullanıyorlar.

Normal kiloluların cevap verdikleri ilk iki tercih incelendiğinde; ***her zaman*** müzik ve iletişim amaçlı, ***çoğunlukla*** müzik ve ödev amaçlı, ***ara sıra*** araştırma ve ödev amaçlı, ***çok seyrek*** olarak oyun ve iletişim amaçlı interneti kullanıyorlar.

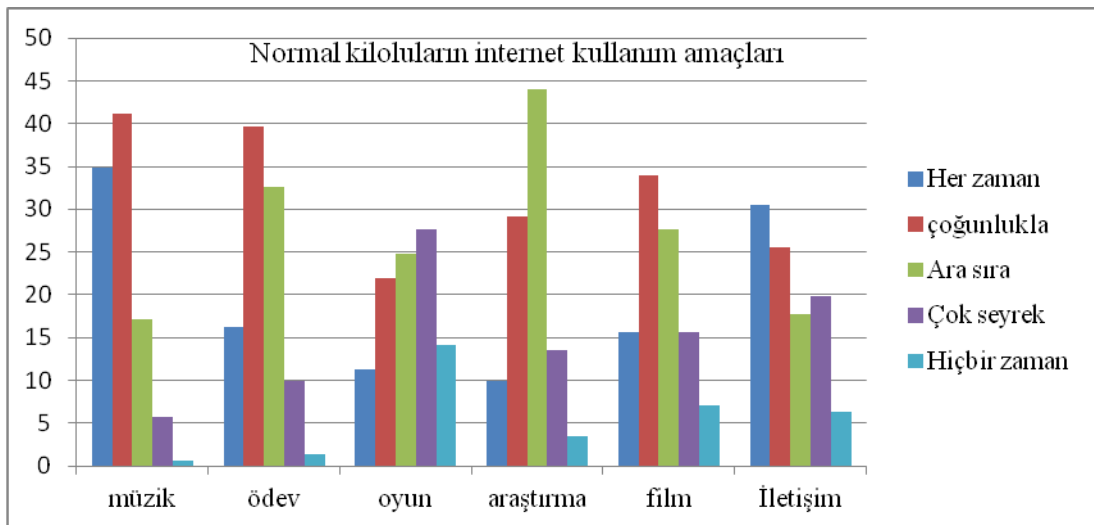
Tüm katılımcılar için ise cevap verdikleri ilk iki tercih incelendiğinde; ***her zaman*** müzik ve iletişim amaçlı, ***çoğunlukla*** ödev ve müzik amaçlı, ***ara sıra*** araştırma ve ödev amaçlı, ***çok seyrek*** olarak oyun ve iletişim amaçlı interneti kullanıyorlar.



Şekil 4.1. Obezlerin interneti kullanım amaçları



Şekil 4.2. Fazla kiloluların interneti kullanım amaçları



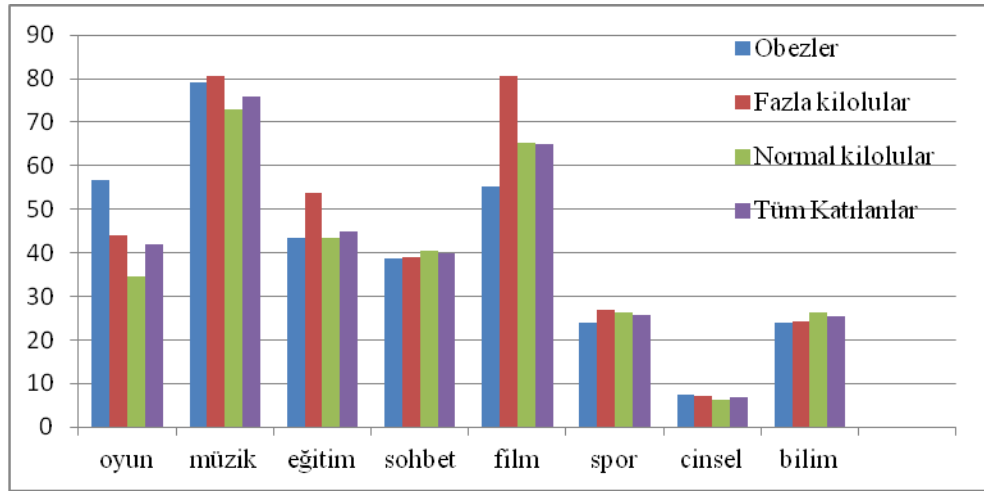
Şekil 4.3. Normal kiloluların interneti kullanım amaçları

“İnternette en çok kullandığınız siteler hangileridir ?” diye sorumuza verdikleri cevap incelendiğinde; obezler %79,1 ile müzik, fazla kilolular %80,5 ile müzik ve film, normal kilolular %73,0 ile müzik sitelerini ziyaret ediyorlardı. En az olarak ise cinsel içerikli sitelere giriyorlardı.

Tablo 4.14. İnternette en çok kullanılan siteler

| | Oyun % | Müzik % | Eğitim % | Sohbet % | Film % | Spor % | Cinsel % | Bilim % | Gazete % |
|------------------|--------|---------|----------|----------|--------|--------|----------|---------|----------|
| Obezler | 56,7 | 79,1 | 43,3 | 38,8 | 55,2 | 23,9 | 7,5 | 23,9 | 9,0 |
| Fazla Kilolular | 43,9 | 80,5 | 53,7 | 39,0 | 80,5 | 26,8 | 7,3 | 24,4 | 14,6 |
| Normal Kilolular | 34,5 | 73,0 | 43,3 | 40,4 | 65,2 | 26,2 | 6,4 | 26,2 | 9,9 |
| p değeri | 0,01 | 0,48 | 0,47 | 0,97 | 0,02 | 0,92 | 0,95 | 0,92 | 0,61 |

Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu.



Şekil 4.4. Grupların internette en çok kullandığı siteler.

4.2. Yaşam Kalite Ölçeği Sonuçları

Tablo 4.15. Yaşam Kalite Ölçeğinin Gruplara göre puan değerleri

| | ÖTP | FSTP | DİP | SİP | PSTP |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Obezler | 76,25 | 77,05 | 69,02 | 87,99 | 75,82 |
| Fazla Kilolular | 75,68 | 76,21 | 67,92 | 85,0 | 74,86 |
| Normal Kilolular | 75,41 | 76,08 | 65,51 | 90,28 | 74,86 |
| Tüm Katılanlar | 75,68 | 73,36 | 66,85 | 88,79 | 75,12 |
| p değeri | 0,91 | 0,92 | 0,52 | 0,34 | 0,90 |

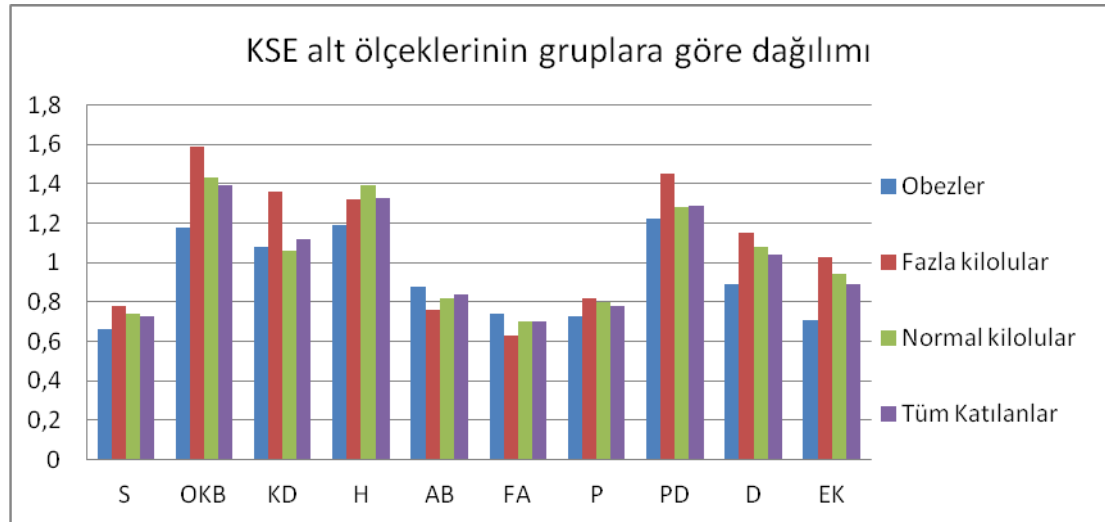
Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu.

4.3. KSE Envanteri sonuçları

Tablo 4.16. KSE alt ölçek puanlarının gruplara göre dağılımı

| | S | OKB | KD | H | AB | FA | P | PD | D | EK |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Obezler | 0,66 | 1,18 | 1,08 | 1,19 | 0,88 | 0,74 | 0,73 | 1,22 | 0,89 | 0,71 |
| Fazla Kilolular | 0,78 | 1,59 | 1,36 | 1,32 | 0,76 | 0,63 | 0,82 | 1,45 | 1,15 | 1,03 |
| Normal Kilolular | 0,74 | 1,43 | 1,06 | 1,39 | 0,82 | 0,70 | 0,80 | 1,28 | 1,08 | 0,94 |
| Tüm Katılanlar | 0,73 | 1,39 | 1,12 | 1,33 | 0,84 | 0,70 | 0,78 | 1,29 | 1,04 | 0,89 |
| p değeri | 0,34 | 0,04* | 0,20 | 0,28 | 0,78 | 0,96 | 0,48 | 0,42 | 0,25 | 0,10 |

S: Somatizasyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, KD: Kişilerarası Duyarlılık, H: Hostilite AB: Anksiyete Bozukluğu, FA: Fobik Anksiyete, P: Psiktizm, PD: Paranoid Düşünce, D: Depresyon, EK: Ek maddeler



Şekil 4.5 KSE alt ölçeklerinin gruplara göre dağılımı

Somatizasyon (S) puanları değerlendirildiğinde; gruplar arasında anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,34). En yüksek puan fazla kilolularda olup bunu normal kilolular ve obezler takip etmektedir. Bütün değerler patolojik sınır değer olarak düşünülen 1'in altındadır.

Fazla kilolular > Normal kilolular > Obez olanlar

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) puanları değerlendirildiğinde; gruplar arası farklılık anlamlıdır (p:0,04). Bütün grupların puanları 1 in üzerindedir. En fazla puan fazla kilolularda olup 1,59 puandır. Bunu normal kilolular 1,43 puanla ve obezlerde 1,18 puanla takip etmektedir. Kısa semptom envanterinin en yüksek puanıdır.

Fazla kilolular > Normal kilolular > Obez olanlar

Kişilerarası duyarlılık (KD) puanı değerlendirildiğinde; anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,20). Bütün gruplarda puanlar 1 in üzerindedir. En fazla puan fazla kilolu gruptadır (1,36 puan). Daha sonra yakın değerlerle obezler (1,08) puanla ikinci, kontrol grubu da 1,06 puanla 3. sıradadır.

Fazla kilolular > Obez olanlar > Normal kilolular

Hostilite (Düşmanlık) (H) puanları açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,28). Bütün gruplarda 1 in üzerinde puanı mevcuttur. En fazla puan normal kilolularda saptanmıştır (1,39). Fazla kilolular 1,32 ve obezler 1,19 puan almışlardır.

Normal kilolular > Fazla kilolular > Obez olanlar

Anksiyete Bozukluğu (AB) puanları değerlendirildiğinde; anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,78). En yüksek puan obezlerde saptanmıştır. Tümünde puanlar 1'den küçüktür.

Obez olanlar > Normal kilolular > Fazla kilolular

Fobik Anksiyete (FA) puanları değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,96)

En yüksek puan obezlerde saptanmıştır. (0,74). Grupların tümünün puanları 1 den düşüktür.

Obez olanlar > Normal kilolular > Fazla kilolular

Psikotizm puanları açısından ise gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,48). En yüksek puan fazla kilolularda olup (0,82 puan) bunu normal kilolular (0,80 puan) ve obezler takip etmiştir (0,73 puan) .

Fazla kilolular > Normal kilolular > Obez olanlar

Paranoid düşünce puanları değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,42). Bütün grupların puanları 1'in üzerinde olup patolojik olarak değerlendirilebilir. Fazla kilolular (1,45 puan) en yüksek puan almış olup bunu normal kilolular (1,28 puan) ve obezler (1,22 puan) izlemektedir.

Fazla kilolular > Normal kilolular > Obez olanlar

Depresyon puanlarına bakılınca istatistiksel anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,25). Fazla kilolular (1,15 puan) en yüksek puanlı grup olup normal kilolular (1,04 puan) ve obezler (0,89 puan) şeklinde sıralanmıştır.

Fazla kilolular > Normal kilolular > Obez olanlar

Ek madde puanları açısından değerlendirdiğimizde gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır (p:0,10). Fazla kilolularda (1,03 puan) en fazla puan olup onu normal kilolular (0,9 puan) ve obezler (0,71 puan) takip etmektedir.

Fazla kilolular > Normal kilolular > Obez olanlar

Tablo. 4.17. KSE toplam puanı ve global endeks puanlarının gruplara göre dağılımı

| | Toplam Puan | RCİ | BT | SRİ |
|------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| Obezler | 46,10±38,96 | 0,86±0,73 | 22,70±14,39 | 1,76±0,69 |
| Fazla Kilolular | 56,14±36,01 | 1,05±0,67 | 27,41±12,27 | 1,88±0,67 |
| Normal Kilolular | 54,00±38,11 | 1,01±0,72 | 25,85±13,80 | 1,92±0,68 |
| Tüm Katılanlar | 52,22±38,11 | 0,98±0,71 | 25,26±13,77 | 1,87±0,68 |
| p değeri | 0,14 | 0,14 | 0,16 | 0,17 |

RCİ: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BT: Belirti Toplamı, SRİ: Semptom Rahatsızlık İndeksi

Gruplar arası istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır.

KSE toplam puan arttıkça ruhsal semptomların sıklığının arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Gruplar arası istatistiki olarak farklılık yoktu (p: 0,14).

En yüksek değer fazla kilolularda, 2. sırada normal kilolularda, obezler ise son sırada yer almaktadır. İstatistiki olarak fark olmasa da obezlerdeki KSE toplam puanı diğer gruplara göre düşüktü.

Rahatsızlık ciddiyet indeksi: RCI:

Obezler de en düşük puan olup, en yüksek puan fazla kilolulardadır. Gruplar arası istatistiki olarak farklılık yoktu (p: 0,14).

Belirti Toplamı BT:

En yüksek puan fazla kilolularda olup, en düşük puan obezlerdedir. Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu (p: 0,16).

SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi :

En yüksek puan normal kilolularda, en düşük puan ise obezlerdedir.

Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu (p: 0,17).

4.4. Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu ve İnternet Bağımlılık Ölçeği Sonuçları

Tablo 4.18. Grupların Akıllı Telefon ve İnternet Bağımlılık Ölçeği Puan Dağılımı

| | AKILLI TELEFON BÖ PUANI | YOUNG İNTERNET BÖ PUANI |
|------------------|-------------------------|-------------------------|
| Obezler | 24,04±9,59 | 22,27±8,64 |
| Fazla Kilolular | 28,36±12,28 | 26,24±8,78 |
| Normal Kilolular | 25,25±10,82 | 25,25±8,84 |
| Tüm Katılanlar | 25,88±10,81 | 24,62±8,86 |
| p değeri | 0,12 | 0,01* |

Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanına göre; Fazla kilolu olanlarda en yüksek puan değeri (28,36 puan) elde edilmiştir. Bunu normal kilolular (25,25 puan) ve obezler (24,04 puan) izlemektedir. Gruplar arası istatistiki olarak farklılık yoktur.

İnternet Bağımlılığı testi sonucuna göre; İstatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (p:0,01). Obezlerin internet bağımlılığı puanı fazla kilolulara ve normal kilolulara göre anlamlı derecede düşüktü. Obezler ile fazla kilolular arasında (p: 0,006), obezler ile normal kilolular arasında (p: 0,009) olarak saptanmıştır. Normal kilolular ile fazla kilolular arasında ise istatistiki olarak anlamlılık (p: 0,46) saptanmamıştır.

4.5. Epworth Uykululuk Ölçeği sonuçları

Tablo 4.19. Epworth Uykululuk Ölçeği puanlaması

| | Toplam puan değeri | 10 PUAN ALTI (% olarak) | 10 PUAN ÜSTÜ (% olarak) |
|------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| Obezler | 5,37±4,04 | %89,6 | %10,4 |
| Fazla Kilolular | 5,82±3,43 | %83,0 | %17,0 |
| Normal Kilolular | 6,96±4,37 | %72,0 | %28,0 |
| Tüm Katılanlar | 6,34±4,18 | %77,7 | %22,3 |
| p değeri | 0,018* | | |

Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmıştır.

Obezler ile normal kilolular arasında farklılık anlamlıdır ($p<0,05$). Obez ve fazla kilolular arasında ($p:0,30$), fazla kilolu ile normal kilolular arasında ($p:0,17$) farklılık saptanmamıştır. Obezler kontrol grubuna göre gündüz daha az uykululuk hali yaşamaktadır. Grup verileri incelendiğinde (her ne kadar grup ortalama değerlerin 10 puanın altında olsa da) obezlerin %10,4'ü, fazla kiloluların % 17'si, normal kiloluların % 28'i patolojik değer olan 10 puan üstü değer almıştır.

4.6. (PUKİ) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Sonuçları

PUKİ bileşenlerinin puanlamasına sonuçlarına göre:

Subjektif (Öznel) uyku kalitesi: Uyku kalitesi obezlerde diğerlerine göre daha iyi olarak bildirilmektedir. Obezlerin %85'i uyku kalitesini çok iyi/iyi olarak belirtmiştir. Fazla kiloluların %69'u uyku kalitesini çok iyi/iyi olarak belirtmiştir. Normal kiloluların % 67'si uyku kalitesini çok iyi/iyi olarak belirtmiştir Gruplar arasında fark ($p: 0,23$) saptanmadı.

Uykuya dalma süresi: Obezlerin %37'sinde, fazla kiloluların % 46'sında, normal kiloluların %38'sinde uykuya dalma süreleri 30 dakikadan daha fazladır. Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktur ($p:0,22$).

Uyku süresi: Fazla kilolular ile normal kilolular arası farklılık anlamlıdır (p:0,003). Yaş grubuna uygun ideal uyku süresi 7 saat üzeri olması gerekirken özellikle fazla kiloluların %99'u günlük 7 saatten az uyumaktadır. Obezlerin %29'u, kontrol grubunun % 29,3'ü günlük 7 saatten fazla uyuyabilmektedir. Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık vardır (p:0,02).

Efektif uyku alışkanlığı: Obezlerin %66'sında, normal kiloluların %67'sinde (%85 üstünde) efektif uyku alışkanlığı bulunmaktadır. Fazla kilolularda ise bu oran %49 dur. Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır (p:0,08). Fakat fazla kilolular ile kontrol grubu normal kilolular arasında farklılık bulunmaktadır (p:0,031).

Uyku bozuklukları: Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır (p:0,179). Fakat obezlerin %3 ü, normal kiloluların %1,5'i geçen ay haftada 3 ve üzeri uyku problemi yaşadıklarını belirtmiştir.

Uyku ilacı kullanımı: Gruplarda uyku ilacı kullanımı yok denecek kadar azdır. Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır (p:0,92).

Gündüz işlev bozukluğu: Normal kilolularda gündüz işlev bozukluğu istatistiksel anlamlı olacak düzeyde obezlerden ve fazla kilolulardan yüksektir.

Obezler ile fazla kilolular arası istatistiksel farklılık yokken (p:0,542), obezler ile normal kilolular arasında (p:0,009) ve fazla kilolular ile normal kilolular arasında anlamlı farklılık (p: 0,003) saptanmıştır.

Tablo 4.20. Grupların PUKİ toplam puanları

| | 5'İN ALTI | 5'İN ÜSTÜ | TOPLAM PUAN |
|------------------|-----------|-----------|-------------|
| Obezler | %37 | %63 | 5,59 |
| Fazla Kilolular | %19.5 | %81.5 | 6,48 |
| Normal Kilolular | %23 | %77 | 6,32 |
| Tüm Katılanlar | %26 | %74 | 6,25 |
| | | | p: 0,23 |

Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır (p:0,23). Veriler incelendiğinde uyku bozukluğu göstergesi olan 5 puan üzeri değer; fazla kiloluların %81,5'inde, normal kiloluların %77'sinde, obezlerin %63'ünde görülmektedir.

Tablo 4.21. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Bileşen puanları

| SUBJEKTİF UYKU KALİTESİ | ÇOK İYİ | İYİ | KÖTÜ | ÇOK KÖTÜ | Puan |
|--|--|-----------|------------------|------------------------|------|
| OBEZLER | %12 | %73 | %9 | %6 | 1,09 |
| FAZLA KİLOLULAR | %13 | %56 | %26 | %5 | 1,24 |
| NORMAL KİLOLULAR | %14 | %53 | %25 | %8 | 1,27 |
| TÜM KATILANLAR | %13 | %58 | %21 | %8 | 1,22 |
| Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır. (p:0,23) | | | | | |
| UYKUYA DALMA SÜRESİ | ≤ 15 DAK | 16-30 DAK | 31-60 DAK | > 60 DAK | Puan |
| OBEZLER | %29 | %34 | %32 | %5 | 1,12 |
| FAZLA KİLOLULAR | %10 | %44 | %41 | %5 | 1,41 |
| NORMAL KİLOLULAR | %26 | %36 | %32 | %6 | 1,18 |
| TÜM KATILANLAR | %24 | %37 | %33 | %6 | 1,21 |
| Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır. (p:0,22). | | | | | |
| UYKU SÜRESİ | >7 SAAT | 6-7 SAAT | 5-6 SAAT | < 5 SAAT | Puan |
| OBEZLER | %29 | %50 | %15 | %6 | 0,98 |
| FAZLA KİLOLULAR | %1 | %88 | %10 | %1 | 1,09 |
| NORMAL KİLOLULAR | %29,3 | %61 | %9 | %0,7 | 0,88 |
| TÜM KATILANLAR | %24 | %63 | %11 | %2 | 0,94 |
| * | Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık vardır. (p:0,02). | | | | |
| EFEKTİF ALIŞKANLIĞI UYKU | >%85 | %75-84 | %65-74 | <%65 | Puan |
| OBEZLER | %66 | %29 | %2,5 | %2,5 | 0,37 |
| FAZLA KİLOLULAR | %49 | %46 | %5 | %0 | 0,56 |
| NORMAL KİLOLULAR | %67 | %30 | %2 | %1 | 0,35 |
| TÜM KATILANLAR | %64 | %33 | %2 | %1 | 0,39 |
| Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır. (p:0,07) | | | | | |
| UYKU BOZUKLUKLARI | GEÇEN AY HİÇ | <1(HAFTA) | 1-2 | 3 VE ÜZERİ | Puan |
| OBEZLER | %5 | %77 | %15 | %3 | 1,11 |
| FAZLA KİLOLULAR | %20 | %63 | %17 | %0 | 0,97 |
| NORMAL KİLOLULAR | %7,5 | %70 | %21 | %1,5 | 1,17 |
| TÜM KATILANLAR | %9 | %71 | %19 | %1 | 1,12 |
| Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır .(p:0,18) | | | | | |
| UYKU İLACI KULLANIMI | HİÇ | <1 HAFTA | 1-2 KEZ | 3 VE ÜZERİ | Puan |
| OBEZLER | %97 | %3 | 0 | 0 | 0,03 |
| FAZLA KİLOLULAR | %97,5 | %2,5 | 0 | 0 | 0,02 |
| NORMAL KİLOLULAR | %97,75 | %1,5 | %0,75 | 0 | 0,02 |
| TÜM KATILANLAR | %97,5 | %2 | %0,5 | 0 | 0,02 |
| Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır (p:0,92) | | | | | |
| GÜNDÜZ BOZUKLUĞU İŞLEV | ASLA | 1 VEYA 2 | HAFTADA 1 VEYA 2 | HAFTADA 3 VEYA FAZLASI | Puan |
| OBEZLER | %18 | %48 | %31 | %3 | 1,19 |
| FAZLA KİLOLULAR | %17 | %59 | %19 | %5 | 1,12 |
| NORMAL KİLOLULAR | %9 | %37 | %47 | %7 | 1,5 |
| TÜM KATILANLAR | %13 | %44 | %38 | %5 | 1,35 |
| * | Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık vardır (p:0,002) | | | | |

4.7. Uluslararası Fizik Aktivite Ölçeği Kısa Formu Sonuçları

Fiziksel aktiflik durumlar için Uluslararası Fiziksel aktivite kısa formu kullanıldı. Anket formunu değerlendirildi ve fiziksel aktiflik düzeyleri tablosu oluşturuldu.

Tablo 4.22. Grupların Fiziksel Aktivite Düzeyleri

| Aktivite düzeyi | Şiddetli | | Orta | | Düşük | | MET TOPLAM | OTURMA SÜRESİ |
|------------------|----------|---------|-------|--------|---------|--------|------------|---------------|
| | Gün | Met | Gün | Met | Gün | Met | | |
| Obezler | 1,32 | 1263,70 | 1,5 | 566 | 5,37 | 1894 | 3476 | 4,29 |
| Fazla Kilolular | 1,09 | 713,27 | 1,48 | 648 | 4,95 | 1448 | 2714 | 4,92 |
| Normal Kilolular | 1,03 | 754,06 | 1,33 | 628 | 5,67 | 1248 | 2197 | 5,23 |
| Tüm Katılanlar | 1,12 | 889,77 | 1,4 | 610 | 5,47 | 1445 | 2621 | 4,95 |
| p değeri | 0,479 | 0,886 | 0,559 | 0,016* | 0,029** | 0,001* | 0,017* | 0,049* |

* Obezler ile normal kilolular arasında istatistiki farklılık var.

** Fazla kilolular ile normal kilolular arasında istatistiki farklılık var.

Veriler incelendiğinde genel olarak obezler daha fazla fiziksel aktivite yapmaya çalışıyorlardı.

Şiddetli fiziksel aktiviteyi obezler daha fazla, ikinci sırada normal kilolular, en az olarak ta fazla kilolular yapıyordu. Farklılık istatistiki olarak anlamlı değildi.

Orta düzey fiziksel aktiviteyi fazla kilolular en fazla, ikinci sırada normal kilolular en azda obezler yapıyordu. Obezler ile fazla kilolular arasındaki farklılık istatistiki olarak anlamlı (p: 0,016) bulundu.

Düşük düzey fiziksel aktivite yönüyle incelendiğinde ise obezler en fazla, ikinci sırada fazla kilolular ve son sırada normal kilolular yapıyor. Aradaki farklılık istatistiki olarak anlamlıdır (p:0,029)

Toplam MET düzeyleri açısından baktığımızda en yüksek değer obezler de görülmekte. Daha sonra fazla kilolular ve son sırada normal kilolular gelmektedir. Aradaki farklılık istatistiki olarak anlamlıdır (p: 0,017)

Oturularak geçirilen süre incelendiğinde ise normal kilolularda bu süre daha fazla olup bunu fazla kilolular izlemektedir. Obezler de ise bu süre daha azdır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiki olarak anlamlıdır (p: 0,049).

4.8. Korelasyon İncelemeleri

Akıllı Telefon Bağımlılık Kısa Formu, İnternet Bağımlılık Ölçeği, EUÖ ve PUKİ ile Kısa semptom envanteri arasındaki olası korelasyon incelemeleri yapıldı. Korelasyon katsayısı $r < 0.2$ ise çok zayıf ilişki ya da korelasyon yok, 0.2-0.4 arasında ise zayıf korelasyon, 0.4-0.6 arasında ise orta şiddette korelasyon, 0.6-0.8 arasında ise yüksek korelasyon, 0.8 > ise çok yüksek korelasyon olduğu şeklinde yorumlandı.

4.8.1. Akıllı telefon bağımlık puanı ile KSE envanterinin alt grupları arasındaki korelasyon incelemesi (Tablo 4.23) yapıldı.

Obezlerde Akıllı Telefon bağımlılık puanı ile: Obsesif Kompulsif bozukluk ($r:0,510$), Ek Maddeler ($r:0,464$), KSE Toplam Puanı ($r:0,425$), Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi ($r:0,425$), Belirti Toplamı ($r:0,402$) arasında istatistiki olarak anlamlı orta düzey pozitif ilişki saptandı ($p < 0,05$). Semptom Rahatsızlık İndeksi ($r:0,347$) ve Somatizasyon ($r:0,274$) bulgularında ise istatistiki olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,05$).

Fazla kilolularda ise Belirti Toplamı ile orta düzeyde ($r:0,342$) istatistiki olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı ($p < 0,05$).

Normal kilolularda obezlere benzer şekilde Obsesif Kompulsif Bozukluk ($r:0,534$), Ek maddeler ($r:0,414$), KSE Toplam puanı ($r:0,460$), Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi ($r:0,461$), Belirti Toplamı ($r:0,502$) arasında istatistiki olarak anlamlı orta düzey pozitif ilişki saptandı ($p < 0,05$), Somatizasyon ($r:0,343$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($r:0,460$) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,05$).

4.8.2. İnternet Bağımlılık Puanı ile KSE envanterinin alt grupları arasındaki korelasyon incelemesi (Tablo 4.24) yapıldı.

Obezlerde İnternet Bağımlılık Puanı ile KSE nin Obsesif Kompulsif bozukluk (r:0,615) arasında istatistiki olarak anlamlı yüksek düzeyde pozitif, Somatizasyon (r:0,422), Ek maddeler (r:0,549), KSE Toplam puanı (r:0,572), Rahatsızlık ciddiyet indeksi (r:0,572), Belirti Toplamı (r:0,559), Semptom Rahatsızlık İndeksi (r:0,429) arasında istatistiki olarak anlamlı orta düzeyde pozitif ilişki bulundu ($p<0,05$). Hostilite: düşmanlık besleme (r:0,369), Fobik Anksiyete (r:0,305), Psikotizm (r:0,257), Paranoid Düşünce (r:0,297) ve Depresyon (r:0,355) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulundu ($p<0,05$).

Fazla kilolularda ise; Obsesif Kompulsif Bozukluk (r:0,372), Ek maddeler (r:0,367), KSE Toplam puanı (r:0,370), Rahatsızlık ciddiyet indeksi (r:0,369) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif ilişki, Belirti Toplamı (r:0,501) arasında ise istatistiki olarak anlamlı orta düzeyde pozitif ilişki saptandı ($p<0,05$).

Normal kilolularda Somatizasyon (r:0,290), Obsesif Kompulsif Bozukluk (r:0,394), Ek maddeler (r:0,361), KSE Toplam Puanı (r:0,383), Rahatsızlık ciddiyet indeksi (r:0,382), Semptom Rahatsızlık İndeksi (r:0,260) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif, Belirti Toplamı (r:0,425) arasında ise istatistiki olarak anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.23. Akıllı Telefon Bağımlılık Testi puanı ile Kısa semptom envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri

| | | S | OKB | KD | H | FA | P | PD | D | EK | KSET | RCİ | BT | SRİ |
|------------------|---------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| OBEZLER | Pearson Correlation | ,274* | ,510** | 0,120 | 0,205 | 0,208 | 0,114 | 0,120 | 0,214 | ,464** | ,425** | ,425** | ,402** | ,347** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,026 | 0,000 | 0,337 | 0,098 | 0,094 | 0,360 | 0,338 | 0,084 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,004 |
| FAZLA KİLOLULAR | Pearson Correlation | -0,036 | 0,021 | 0,207 | 0,188 | 0,138 | 0,117 | 0,180 | 0,105 | 0,110 | 0,170 | 0,170 | ,342* | 0,117 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,822 | 0,895 | 0,194 | 0,238 | 0,389 | 0,465 | 0,260 | 0,514 | 0,495 | 0,287 | 0,287 | 0,028 | 0,464 |
| NORMAL KİLOLULAR | Pearson Correlation | ,353** | ,534** | 0,045 | 0,044 | 0,125 | 0,045 | 0,041 | 0,110 | ,414** | ,460** | ,461** | ,502** | ,272** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,603 | 0,611 | 0,144 | 0,600 | 0,630 | 0,198 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,001 |

*P<0,05, ** P<0,01. Kısaltmalar: S: Somatizasyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, KD: Kişiler Arası Duyarlılık, H: Hostilite, FA: Fobik Anksiyete, PD: Paranoid Düşünce, P: Psikotizm, D: Depresyon, EK: Ek maddeler, KSET: Kısa semptom envanteri Toplam puanı, RCİ: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BT: Belirti Toplamı, SRİ: Semptom Rahatsızlık İndeksi.

Tablo 4.24. İnternet Bağımlılık Testi puanı ile Kısa semptom envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri

| | | S | OKB | KD | H | FA | P | PD | D | EK | KSET | RCİ | BT | SRİ |
|------------------|---------------------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| OBEZLER | Pearson Correlation | ,422** | ,615** | 0,201 | ,369** | ,305* | ,257* | ,297* | ,355** | ,549** | ,572** | ,572** | ,559** | ,429** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,106 | 0,002 | 0,013 | 0,037 | 0,015 | 0,003 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| FAZLA KİLOLULAR | Pearson Correlation | 0,236 | ,372* | 0,050 | 0,023 | 0,073 | 0,007 | -0,035 | -0,051 | ,367* | ,370* | ,369* | ,501** | 0,212 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,138 | 0,017 | 0,756 | 0,886 | 0,652 | 0,965 | 0,829 | 0,753 | 0,018 | 0,017 | 0,018 | 0,001 | 0,183 |
| NORMAL KİLOLULAR | Pearson Correlation | ,290** | ,394** | 0,062 | 0,035 | 0,058 | -0,036 | 0,038 | 0,054 | ,361** | ,383** | ,382** | ,425** | ,260** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,001 | 0,000 | 0,470 | 0,678 | 0,498 | 0,675 | 0,661 | 0,528 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,002 |

*P<0,05, ** P<0,01. Kısaltmalar: S: Somatizasyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, KD: Kişiler Arası Duyarlılık, H: Hostilite, FA: Fobik Anksiyete, PD: Paranoid Düşünce, P: Psikotizm, D: Depresyon, EK: Ek maddeler, KSET: Kısa semptom envanteri Toplam puanı, RCİ: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BT: Belirti Toplamı, SRİ: Semptom Rahatsızlık İndeksi.

4.8.3. Uyku Testleri (EUÖ ve PUKİ) ile KSE envanterinin alt grupları arasındaki korelasyon incelemesi yapıldı.

Obezlerin Sonuçları: (Tablo 4.25)

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) sonucuyla; Obezlerin KSE alt gruplarının korelasyonuna bakıldığında; Somatizasyon (r:0,317) ve OKB (r:0,375), Kişilerarası Duyarlılık (r:0,253) ve Ek Maddeler (r:0,269) arasında istatistiki olarak anlamlı olan zayıf bir ilişki saptandı. KSE Toplam puanı (r:0,493), Rahatsızlık ciddiyet indeksi (r:0,493), Belirti Toplamı (r:0,427), ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (r:0,423) arasında ise istatistiki olarak anlamlı orta düzey pozitif korelasyon tespit edildi ($p<0,05$).

PUKİ bileşenlerinden Öznel Uyku Kalitesi ile KSE alt ölçeklerinden Somatizasyon (r:0,478), OKB (r:0,449), EK maddeler (r:0,552), KSE Toplam puanı (r:0,475), RCİ (r:0,475), BT (r:0,447), arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır. SRİ (r:0,352), Hostilite (r:0,283), Kişilerarası Duyarlılık (r:0,268) arasında ise istatistiki olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptandı ($p<0,05$).

Uykuya dalma süresi açısından Somatizasyon (r:0,363) ve EK maddeler (r:0,386) arasında istatistiki olarak anlamlı orta düzey pozitif korelasyon varken OKB (r:0,262) ve BT (r:0,294) de istatistiki olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Uyku süresi ile Somatizasyon (r:0,270), OKB (r:0,274), Kişilerarası Duyarlılık (r:0,255), Hostilite:düşmanlık besleme (r:0,356), EK maddeler (r:0,315), KSE Toplam puanı (r:0,315), RCİ (r:0,315), SRİ (r:0,281) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf derecede pozitif, Fobik Anksiyete (r:0,411) arasında ise istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Efektif uyku alışkanlığı açısından SRİ (r:0,404) ile istatistiki olarak anlamlı orta derecede, Somatizasyon (r:0,365), OKB (r:0,350), Hostilite:düşmanlık besleme (r:0,356), Fobik Anksiyete (r:0,393), Depresyon (r:0,348), EK maddeler (r:0,375), KSE toplam puan (r:0,372), RCİ (r:0,372) ve arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$).

Uyku Bozuklukları açısından Somatizasyon (r:0,533), EK madde (r:0,406), KSE Toplam puanı (r:0,440), RCİ (r:0,440), BT (r:0,458) arasında istatistiki olarak anlamlı orta düzeyde pozitif, OKB (r:0,303), Hostilite:düşmanlık besleme (r:0,269), Depresyon (r:0,271), SRİ (r:0,272) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon görülmüştür (p<0,05).

Uyku İlacı Kullanımı ile bir korelasyon saptanmamıştır.

Gündüz işlev bozukluğu açısından; OKB (r:0,483), EK maddeler (r:0,471), KSE Toplam puanı (r:0,527), RCİ (r:0,527), BT (r:0,476) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon görülmüştür. İstatistiki olarak anlamlı şekilde de KD (r:0,307) , H (r:0,349); FA (r:0,251) , PD (r:0,301), D (r:0,335), SRİ (r:0,385) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0,05).

PUKİ Toplam puanına göre KSE Toplam puanı (r:0,493), RCİ (r:0,493), BT (r:0,427), SRİ (r:0,423) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif, Somatizasyon (r:0,317), OKB (r:0,375), KD (r:0,253), EK maddeler (r:0,269) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon görülmüştür (p<0,05).

Fazla Kiloluların Sonuçları (Tablo 4.26).

Epworth Uykululuk Testi sonucuyla; Fobik Anksiyete (r:0,318) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf derece pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0,05).

Öznel Uyku Kalitesi ile KSE alt ölçeklerinden Somatizasyon (r:0,452), OKB (r:0,404), EK maddeler (r:0,536), KSE Toplam puanı (r:0,476), RCİ (r:0,476), BT (r:0,410), SRİ (r:0,477) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0,05).

Uykuya Dalma süresi açısından KSE toplam puanı (r:0,463), RCİ (r:0,463); SRİ (r:0,547) arasında istatistiki olarak anlamlı orta düzey pozitif korelasyon varken S (r:0,329); OKB (r:0,354), BT (r:0,368) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif ilişki görülmüştür (p<0,05).

Uyku süresi ile KSE alt grupları arasında korelasyon görülmemiştir.

Efektif uyku alışkanlığı açısından SRİ (r:0,437) ile orta derecede pozitif, S (r:0,312) ile istatistiki olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon bulunmuştur (p<0,05).

Uyku ilacı kullanımı açısından hostilite ile istatistiki olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon bulunmuştur (p<0,05).

Uyku Bozuklukları açısından S (r:0,429), KSE Toplam puanı (r:0,405), RCİ (r:0,404), SRİ (r:0,437) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif, KD (r:0,387), EK maddeler (r:0,375), H (r:0,333), FA (r:0,325), P(r:0,357), PD (r:0,348), D (r:0,399), BT (r:0,341) de istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon görülmüştür (p<0,05).

Gündüz işlev bozukluğu açısından korelasyon saptanmamıştır.

PUKİ Toplam puanına göre SRİ (r:0,621) arasında istatistiki olarak anlamlı yüksek derecede pozitif, Somatizasyon (r:0,418), OKB (r:0,422), EK maddeler (r:0,433), KSE Toplam puanı (r:0,522), RCİ (r:0,521), BT (r:0,407), SRİ (r:0,621) arasında orta derecede pozitif, PD (r:0,327) arasında zayıf pozitif korelasyon görülmüştür. (p<0,05).

Normal Kiloluların Sonuçları: (Tablo 4.27)

Epworth Uykululuk Testi sonucuyla; S (r:0,345), OKB (r:0,230), Ek maddeler (r:0,217), KSE Toplam puanı (r:0,326), RCİ (r:0,326), BT (r:0,298), SRİ (r:0,251) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf derecede pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0,05).

Öznel Uyku Kalitesi ile EK madde (r:0,405) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif; S(r:0,263) ; OKB (r:0,310), KSE Toplam puanı (r:0,342), RCİ (r:0,342) ; BT (r:0,346) ve SRİ (r:0,205) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0,05).

Uykuya Dalma süresi açısından S (r:0,302), OKB (r:0,330); EK madde (r:0,395), KSE Toplam puanı (r:0,347), RCİ (r:0,346); BT (r:0,326), SRİ (r:0,277) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif ilişki görülmüştür (p<0,05).

Uyku süresi ile S (r:0,253), SRİ (r:0,245) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon görülmüştür ($p<0,05$).

Efektif uyku alışkanlığı açısından S (r:0,226), EK maddeler (r:0,214), KSE Toplam puanı (r:0,219), RCİ (r:0,219) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$).

Uyku Bozuklukları açısından ise S (r:0,430), KSE Toplam puanı (r:0,433), RCİ (r:0,434) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif, OKB (r:0,321), Ek madde (r:0,384), BT (r:0,390), SRİ (r:0,297) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptandı. ($p<0,05$).

Uyku İlacı Kullanımı ile bir korelasyon saptanmamıştır.

Gündüz işlev bozukluğu açısından; S (r:0,422), OKB (r:0,446), KSE Toplam puanı (r:0,489), RCİ (r:0,489) , BT (r:0,524) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif, Ek maddeler (r:0,333) ve SRİ (r:0,308) arasında istatistiki olarak anlamlı zayıf pozitif ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$).

PUKİ Toplam puanına göre S (r:0,511), OKB (r:0,486); EK maddeler (r:0,537), KSE Toplam puanı (r:0,569), RCİ (r:0,569), BT (r:0,532), SRİ (r:0,429) arasında istatistiki olarak anlamlı orta derecede pozitif korelasyon görülmüştür. ($p<0,05$).

Tablo 4.25. Uyku Testlerinin Obezlerde Kısa semptom envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri

| | | S | OKB | KD | H | FA | P | PD | D | EK | KSET | RCİ | BT | SRİ |
|--------------------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Epworth Uykuluk | Pearson Correlation | ,317** | ,375** | ,253* | 0,071 | 0,058 | 0,040 | 0,179 | 0,190 | ,269* | ,493** | ,493** | ,427** | ,423** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,010 | 0,002 | 0,040 | 0,571 | 0,642 | 0,747 | 0,150 | 0,127 | 0,029 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Öznel Uyku kalitesi | Pearson Correlation | ,478** | ,449** | ,268* | ,283* | 0,170 | 0,145 | 0,215 | 0,229 | ,552** | ,475** | ,475** | ,447** | ,352** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,035 | 0,026 | 0,186 | 0,261 | 0,094 | 0,073 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,005 |
| Uykuya Dalma Süresi | Pearson Correlation | ,363** | ,262* | -0,050 | 0,097 | 0,058 | 0,115 | 0,093 | 0,052 | ,386** | 0,239 | 0,239 | ,294* | 0,066 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,004 | 0,040 | 0,697 | 0,456 | 0,657 | 0,372 | 0,474 | 0,685 | 0,002 | 0,062 | 0,062 | 0,020 | 0,611 |
| Uyku Süresi | Pearson Correlation | ,270* | ,274* | ,255* | ,356** | ,411** | 0,209 | 0,159 | 0,213 | ,315* | ,315* | ,315* | 0,202 | ,281* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,033 | 0,031 | 0,045 | 0,005 | 0,001 | 0,103 | 0,218 | 0,097 | 0,013 | 0,013 | 0,013 | 0,115 | 0,027 |
| Etketif Uyku Alışkanlığı | Pearson Correlation | ,365** | ,350** | 0,246 | ,356** | ,393** | 0,179 | 0,211 | ,348** | ,375** | ,372** | ,372** | 0,222 | ,404** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,004 | 0,005 | 0,054 | 0,005 | 0,002 | 0,165 | 0,099 | 0,006 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,083 | 0,001 |
| Uyku Bozuklukları | Pearson Correlation | ,533** | ,303* | 0,244 | ,269* | 0,192 | 0,190 | 0,204 | ,271* | ,406** | ,440** | ,440** | ,458** | ,272* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,017 | 0,056 | 0,035 | 0,135 | 0,138 | 0,111 | 0,033 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,032 |
| Uyku İlacı Kullanımı | Pearson Correlation | -0,005 | -0,051 | 0,180 | -0,047 | 0,168 | 0,145 | 0,011 | -0,008 | -0,054 | 0,024 | 0,024 | -0,005 | 0,057 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,971 | 0,694 | 0,163 | 0,714 | 0,191 | 0,261 | 0,932 | 0,948 | 0,676 | 0,854 | 0,854 | 0,970 | 0,660 |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Pearson Correlation | ,370** | ,483** | ,307* | ,349** | ,251* | 0,208 | ,301* | ,335** | ,471** | ,527** | ,527** | ,476** | ,385** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,003 | 0,000 | 0,015 | 0,005 | 0,049 | 0,105 | 0,017 | 0,008 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,002 |
| PUKİ Toplam Puanı | Pearson Correlation | ,317** | ,375** | ,253* | 0,071 | 0,058 | 0,040 | 0,179 | 0,190 | ,269* | ,493** | ,493** | ,427** | ,423** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,010 | 0,002 | 0,040 | 0,571 | 0,642 | 0,747 | 0,150 | 0,127 | 0,029 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

*P<0,05, ** P<0,01. Kısaltmalar: S: Somatizasyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, KD: Kişiler Arası Duyarlılık, H: Hostilite, FA: Fobik Anksiyete, PD: Paranoid Düşünce, P: Psikotizm, D: Depresyon, EK: Ek maddeler, KSET: Kısa semptom envanteri Toplam puanı, RCİ: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BT: Belirti Toplamı, SRİ: Semptom Rahatsızlık İndeksi.

Tablo 4.26. Uyku Testlerinin Fazla Kilolularda Kısa semptom envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri

| | | S | OKB | KD | H | FA | P | PD | D | EK | KSET | RCİ | BT | SRİ |
|--------------------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Epworth Uykuluk | Pearson Correlation | 0,098 | -0,007 | 0,268 | 0,025 | ,318* | 0,205 | 0,209 | 0,181 | -0,099 | 0,039 | 0,038 | 0,039 | 0,193 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,542 | 0,968 | 0,091 | 0,875 | 0,043 | 0,199 | 0,189 | 0,257 | 0,537 | 0,811 | 0,814 | 0,808 | 0,226 |
| Öznel Uyku kalitesi | Pearson Correlation | ,452** | ,404** | 0,134 | 0,138 | 0,052 | 0,111 | 0,186 | 0,034 | ,536** | ,476** | ,476** | ,410** | ,477** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,003 | 0,009 | 0,404 | 0,391 | 0,748 | 0,488 | 0,244 | 0,833 | 0,000 | 0,002 | 0,002 | 0,008 | 0,002 |
| Uykuya Dalma Süresi | Pearson Correlation | ,329* | ,354* | -0,048 | 0,200 | 0,034 | -0,070 | 0,064 | -0,004 | 0,289 | ,463** | ,463** | ,368* | ,547** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,036 | 0,023 | 0,768 | 0,210 | 0,833 | 0,665 | 0,693 | 0,978 | 0,067 | 0,002 | 0,002 | 0,018 | 0,000 |
| Uyku Süresi | Pearson Correlation | 0,135 | 0,192 | 0,243 | 0,126 | 0,069 | 0,096 | 0,248 | 0,178 | 0,289 | 0,202 | 0,202 | 0,131 | 0,213 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,401 | 0,228 | 0,126 | 0,434 | 0,667 | 0,550 | 0,119 | 0,266 | 0,067 | 0,205 | 0,206 | 0,414 | 0,180 |
| Etkatif Uyku Alışkanlığı | Pearson Correlation | ,312* | 0,201 | 0,145 | 0,018 | 0,040 | 0,099 | 0,240 | 0,115 | 0,224 | 0,252 | 0,251 | 0,084 | ,437** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,047 | 0,207 | 0,366 | 0,910 | 0,805 | 0,537 | 0,131 | 0,474 | 0,159 | 0,112 | 0,113 | 0,602 | 0,004 |
| Uyku Bozuklukları | Pearson Correlation | ,429** | 0,295 | ,387* | ,333* | ,325* | ,357* | ,348* | ,399** | ,375* | ,405** | ,404** | ,341* | ,405** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,005 | 0,061 | 0,012 | 0,033 | 0,038 | 0,022 | 0,026 | 0,010 | 0,016 | 0,009 | 0,009 | 0,029 | 0,009 |
| Uyku İlacı Kullanımı | Pearson Correlation | 0,129 | 0,200 | -0,133 | ,382* | -0,012 | -0,005 | 0,081 | 0,003 | 0,172 | 0,248 | 0,248 | 0,255 | 0,117 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,421 | 0,210 | 0,407 | 0,014 | 0,942 | 0,975 | 0,613 | 0,987 | 0,282 | 0,118 | 0,118 | 0,107 | 0,467 |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Pearson Correlation | -0,081 | 0,126 | 0,070 | -0,043 | 0,163 | 0,132 | 0,129 | 0,014 | -0,052 | 0,123 | 0,122 | 0,125 | 0,237 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,614 | 0,433 | 0,665 | 0,791 | 0,308 | 0,412 | 0,422 | 0,932 | 0,747 | 0,445 | 0,446 | 0,436 | 0,136 |
| PUKİ | Pearson Correlation | ,418** | ,422** | 0,232 | 0,276 | 0,212 | 0,233 | ,327* | 0,218 | ,433** | ,522** | ,521** | ,407** | ,621** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,006 | 0,006 | 0,144 | 0,080 | 0,183 | 0,142 | 0,037 | 0,171 | 0,005 | 0,000 | 0,000 | 0,008 | 0,000 |
| Toplam Puanı | | | | | | | | | | | | | | |

*P<0,05, ** P<0,01. Kısaltmalar: S: Somatizasyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, KD: Kişiler Arası Duyarlılık, H: Hostilite, FA: Fobik Anksiyete, PD: Paranoid Düşünce, P: Psikotizm, D: Depresyon, EK: Ek maddeler, KSET: Kısa semptom envanteri Toplam puanı, RCİ: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BT: Belirti Toplamı, SRİ: Semptom Rahatsızlık İndeksi.

Tablo 4.27. Uyku Testlerinin Normal Kilolularda Kısa semptom envanteri (KSE) alt grupları arasındaki korelasyon değerleri

| | | S | OKB | KD | H | FA | P | PD | D | EK | KSET | RCİ | BT | SRİ |
|--------------------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Epworth Uykuluk | Pearson Correlation | ,345** | ,230** | -0,056 | -0,025 | -0,024 | -0,061 | 0,006 | -0,029 | ,217* | ,326** | ,326** | ,298** | ,251** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,006 | 0,513 | 0,772 | 0,782 | 0,477 | 0,941 | 0,739 | 0,010 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,003 |
| Öznel Uyku kalitesi | Pearson Correlation | ,263** | ,310** | 0,113 | -0,102 | 0,013 | 0,025 | 0,027 | 0,112 | ,405** | ,342** | ,342** | ,346** | ,205* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,002 | 0,000 | 0,192 | 0,241 | 0,877 | 0,777 | 0,753 | 0,197 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,017 |
| Uykuya Dalma Süresi | Pearson Correlation | ,302** | ,330** | 0,038 | 0,000 | 0,031 | -0,027 | 0,005 | -0,008 | ,395** | ,347** | ,346** | ,326** | ,277** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,660 | 0,996 | 0,723 | 0,753 | 0,950 | 0,929 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,001 |
| Uyku Süresi | Pearson Correlation | ,253** | 0,084 | -0,054 | 0,054 | 0,017 | -0,010 | -0,078 | -0,064 | ,170* | ,195* | ,195* | 0,123 | ,245** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,003 | 0,333 | 0,532 | 0,538 | 0,845 | 0,905 | 0,373 | 0,465 | 0,050 | 0,024 | 0,024 | 0,156 | 0,004 |
| Etketif Uyku Alışkanlığı | Pearson Correlation | ,226** | 0,164 | 0,164 | 0,085 | 0,036 | 0,083 | 0,131 | 0,104 | ,214* | ,219* | ,219* | ,196* | ,194* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,009 | 0,059 | 0,058 | 0,332 | 0,678 | 0,338 | 0,132 | 0,231 | 0,013 | 0,011 | 0,011 | 0,023 | 0,024 |
| Uyku Bozuklukları | Pearson Correlation | ,430** | ,321** | 0,021 | -0,029 | 0,018 | 0,045 | -0,011 | 0,045 | ,384** | ,433** | ,434** | ,390** | ,247** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,811 | 0,736 | 0,839 | 0,608 | 0,899 | 0,603 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,004 |
| Uyku İlacı Kullanımı | Pearson Correlation | 0,100 | 0,012 | -0,155 | -0,134 | -0,108 | -0,117 | -0,105 | -0,149 | 0,089 | 0,081 | 0,081 | 0,107 | 0,014 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,252 | 0,891 | 0,075 | 0,123 | 0,215 | 0,179 | 0,227 | 0,087 | 0,308 | 0,353 | 0,355 | 0,217 | 0,871 |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Pearson Correlation | ,442** | ,446** | 0,023 | 0,076 | 0,001 | 0,025 | -0,094 | 0,016 | ,333** | ,489** | ,489** | ,525** | ,308** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,793 | 0,384 | 0,987 | 0,771 | 0,281 | 0,858 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| PUKİ | Pearson Correlation | ,511** | ,486** | 0,090 | 0,019 | 0,025 | 0,030 | 0,005 | 0,069 | ,537** | ,569** | ,569** | ,532** | ,429** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,301 | 0,828 | 0,779 | 0,730 | 0,951 | 0,427 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Toplam Puanı | | | | | | | | | | | | | | |

*P<0,05, ** P<0,01. Kısaltmalar: S: Somatizasyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, KD: Kişiler Arası Duyarlılık, H: Hostilite, FA: Fobik Anksiyete, PD: Paranoid Düşünce, P: Psikotizm, D: Depresyon, EK: Ek maddeler, KSET: Kısa semptom envanteri Toplam puanı, RCİ: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BT: Belirti Toplamı, SRİ: Semptom Rahatsızlık İndeksi.

5. TARTIŞMA

Adolesan kliniğinde takip edilen obez ergenlerde akıllı telefon ve internet kullanımının, uyku kalite ve süresinin, fiziksel aktivite düzeylerin ve psikiyatrik semptomların anketle sorgulandığı ve fazla kilolular ve normal kiloluların sonuçları ile karşılaştırıldığı bu çalışmamızda obez ergenlerin sonuçlarını diğer iki grubunkine göre daha iyi saptadık.

Araştırma hipotezimiz; obez ergenler internet ve akıllı telefon başında daha çok vakit geçirmekte, daha az fiziksel aktivite yapmakta, uyku düzenleri bozulmakta, daha düşük yaşam kalitesine sahip olup psikiyatrik semptomlara yatkınlıkları artmaktadır şeklinde idi. Fakat araştırma sonucunda aslında fazla kilolu ve normal kilolu grubun daha fazla sıkıntı yaşadığı ve sanki takipli olan obezlerin daha bilinçli davranarak obezitesini düzeltmek için daha fazla motive olup gerekli özeni göstermeye çalıştığını tespit ettik.

Çağımızın artık vazgeçilmezi haline gelen akıllı telefonlar ve internet gençler arasında da yaygın olarak kullanılmaktadır. Fazla kiloluların tamamında, obezlerin %98,5'inde, normal kiloluların % 97,2'sinde kendilerine ait akıllı telefonları vardı. Araştırmaya katılan ergenlerin %83,9'unun evinde internet vardı. Çalışmada ki ergenlerin ortalama yaşının 16 yıl olması nedeniyle genelde lise öğrencileri oldukları için teknolojik imkanlardan faydalanmaları yüksek oranda çıkmıştır. Zaten TÜİK'in 2020 yılında yaptığı araştırmada da internet kullanım oranı 16-74 yaşındakiler de %79,0 olarak saptanmıştır. Yüzde 90,7'sinin evinde internete olduğu gözlenmiştir (35).

Çalışmamıza katılan ergenler, interneti ortalama 5,67 yıldır kullanıyorlardı. En uzun süredir kullanan grup 6,12 yıl ile fazla kilolulardı. Bilgisayarla ilk tanışmaları ise 7-8 yaş dönemlerinde olmuştur. İlk mail ve sosyal medya hesabına 11-12 yaş arası dönemde sahip olmaktadır. Günümüzdeki teknolojik imkanların artması ve internetin yaygınlaşması ile bu yaş daha da küçülmektedir. Yine benzer yaş gruplarında cep telefonuna sahip olmaya başlamaktadırlar. Cep telefonlarıyla günde ortalama ilgilenme durumu 4,13 saat olarak tespit edilmiştir. Bu soruya en az 0 saat, en çok 20 saat cep veren ergenler vardı. Fazla kilolular en fazla telefonla ilgilenen gruptu. Bunu 4 saat ile normal kilolular izlemekte, obezler ise 3.7 saat ilgilenmekteydiler.

Obezlerin cep telefonu kullanımı saatleri ve telefona bağımlılıkları diğer gruplara göre daha düşüktü. Obezite gelişiminde çevresel faktörlerden sayılabilecek olan uzun süreli teknolojik alet kullanımı bizim obez grubumuzda kabul edilebilir düzeydeydi. Genel olarak gençler arasında akıllı telefon internet kullanımının giderek artması çağımızın bir problemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ergenler gece yatarken genelde telefonlarını kapatmıyorlardı. Kapatın grup en fazla %23.1 ile obezler olmuştur. Yattıkları zamanda ise telefonlarını çoğunlukla yatak kenarına koyuyorlardı. Takipli obezlerimiz bu konuda da bilinçli davranmaktaydılar. Ergenler internette tüm gruplarda en fazla müzik, oyun, film, eğitim ve sohbet sitelerine giriyorlardı. Ödev ve araştırma amaçlı daha az kullanıyorlardı. Yılmaz ve arkadaşlarının, lise öğrencilerinin internet bağımlılık düzeylerini belirlemek amacı ile yaptıkları araştırmanın bulgularına göre interneti ödev-araştırma amacından çok sohbet ve oyun öncelikli kullandıkları görülmüştür (185).

Anne ve baba eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiki olarak farklılık yoktu. Anne ve baba eğitim düzeyinin obezite oluşumunda etkili bir faktör olarak değerlendirmedik. Obezite araştırmaların yapıldığı bazı çalışmalarda anne baba eğitim düzeyinin obezite sıklığını etkilemediği saptanmıştır (186,187) Bazı çalışmalar da ise anne eğitim düzeyi düşük olanlarda obezite oranı fazla bulunmuştur (188,189)

Obezite sıklığı, sosyoekonomik çevre düzeyine göre değişim göstermektedir. Ailenin sosyoekonomik durumu da en önemli çevresel faktörlerdendir. Grupların gelir durumu orta-yüksek sayılabilecek düzeydeydi. Gelişmekte olan ülkelerde obezite daha çok yüksek sosyoekonomik düzeydekilerde görülmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik düzeyde, daha fazla görülmektedir (190,191)

Çalışmamızda kişisel bilgiler formunda anne ve babanın meslek durumları incelendiğinde gruplar arasında istatistiki bir farklılık yoktu. Sosyoekonomik düzeyin bizim gruplarımızda obezite gelişiminde bir etkisinin olmadığını gözlemledik. Benzer çalışmalarda da ilişki saptanmamıştır (192,193). Farklı sosyoekonomik düzeylerde ki yerlerde yapılan çalışmalara göre Türkiye de yüksek ve orta düzey sosyoekonomik bireylerde obezite daha fazla görülmektedir (132, 194-196). Bazı

çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda da karbonhidrattan zengin tek yönlü beslenme nedeniyle obezite görülebilmektedir (197).

Araştırmamızda ergenlerin yaşam kalitesinin değerlendirmek amaçlı geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ÇİYKÖ ergen formunu uyguladık. Grupların yaşam kalite ölçek puanları birbirine çok yakın idi. İstatistiksel farklılık yoktu. Hatta obezlerin Yaşam Kalite Ölçeği puanları fazla kilolu ve normal kilolu gruba göre daha iyi idi.

Yapılan çalışmalarda genelde obez bireylerin sonuçları daha düşük saptanmaktadır. Yaşar ve Karaaslan tarafından 2018 yılında 50 obez 50 normal kilolu çocukla yapılan bir araştırma da ÇİYKÖ nin obez grubunun skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Obez olmanın yaşam kalitesi bozabilecek bir durum olduğu sonucuna varmışlar (198). Yurtdışı yayınlarda da obezitenin oranı artıkça yaşam kalitesi düştüğü değerlendirilmiştir (199). Fazla kilolu ve obez çocuklarda Goldfield ve ark, Pediatrik Yaşam Kalitesi Ölçeği sonuçlarını düşük saptamışlardır (200). Önder ve ark. obezite tanısı olan 8-18 yaşları arasındaki 30 obez ve 30 kontrol çocuk ve ergenlerde Yaşam kalitesi ölçeğinin obez grupta anlamlı derecede daha düşük bulmuşlardır (201).

Takipli obez grubumuzun yaşam kalitesinde diğerlerine göre istatistiksel bir farklılık yoktu. Kliniğe gelen obez ergenlerin daha bilinçli olduğu, yaşamla barışık oldukları ve kendilerini iyi hissettikleri şeklinde yorumlayabiliriz.

Kısa semptom envanteri geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir test olup ergenlerde psikiyatrik belirti durumunu sorgulamak amacıyla kullanılmaktadır. Tanı testi olmayıp belirtiler açısından yol gösterici olmaktadır. KSE toplam puanında hesaplanan puan yükseldikçe psikiyatrik semptom sıklığının arttığı şeklinde değerlendirilmektedir.

Bizim verilerimiz de gruplar arasında istatistiki farklılık olmasa da elde edilen sonuçlara göre; KSE toplam puanında en yüksek puan fazla kilo grupta idi. Bunu normal kilolular ve en sonda obez grup takip etmekteydi.

Rahatsızlık ciddiyet indeksi (RCİ) tüm sorulardan elde edilen puan toplamalarının 53'e bölünmesiyle sağlanan ve 1,0'in üzerinde olması psikopatolojik durumun varlığını, 1,0'in altında olması belirtilerin psikopatolojik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Kliniğimizde de takipli obezlerin RCİ değeri 0.86 olup psikopatolojik düzeyde psikiyatrik belirti olmadığını göstermektedir. Fakat fazla kiloluların RCİ değeri 1.05, normal kiloluların ise 1,01 idi. Patolojik düzey sınırında değerleri vardı. Semptom Rahatsızlık İndeksinde (SRI) en yüksek puan kontrol grubunda, en düşük puan ise obezlerde saptanmıştır.

Ergenin verdiği cevaplara göre psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı KSE alt ölçek puanlarında; takipli obezlerde obsesif kompulsif bozukluk, hostilite (düşmanlık), anksiyete bozukluğu, kişilerarası duyarlılık bölümlerinde patolojik sınır olarak düşünülen 1 değerinin üzerinde saptanmıştır. Fazla kilolu ve normal kilolulara göre anksiyete bozukluğu ve fobik anksiyete puanları en yüksek değerdedir.

Literatürde obezitenin depresyonu arttıran bir faktör olduğu sonucuna varan çalışmalar bulunmaktadır (202). Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; Obez grupta daha fazla psikiyatrik tanı konduğunu saptamışlardır (201). Bazı çalışmalarda da obez ergenlerde somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve depresyonun daha sık görüldüğü anlaşılmıştır (135).

Ereymiş ve ark'nın, İzmir bölgesinde yaptıkları bir çalışmada obez hastalarda, çocuklar için depresyon ölçeği ortalama puanı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Tedavi için başvuran obezlerin %33,3'ünde, tedavi için başvurmayanların ise %20'sinde majör depresif bozukluk saptanmıştır (136). Fransa da obezlerde en sık konulan tanının anksiyete bozukluğu olduğu görülmüştür (150).Yapılan bir çalışmada da obez çocuk ve adolesanlarda, özellikle 15–20 yaş arası kızlarda, psikiyatrik bozukluk oranlarının (somatoform, duygu durum, anksiyete bozuklukları) yüksek olduğu saptanmıştır (203).

Bizim takipli obez grubumuzda obsesif kompulsif bozukluk, hostilite (düşmanlık), anksiyete bozukluğu, kişilerarası duyarlılık değerleri yüksekti. Yine fazla kilolulara ve normal kilolulara göre istatistiki olarak anlamlı olmasa da anksiyete ve fobik anksiyete belirti puanları daha yüksektir.

Çalışmamızda obezlerde depresyon puanlarını yüksek saptamadık Benzer şekilde obezite ile depresyon arasında ilişki saptayamayan çalışmalarda bulunmaktadır (204-207).

Bizim anket çalışmamızda obez ergenlerden daha çok, fazla kilolu ve normal kilolu ergenlerde psikiyatrik belirtilerin olduğu düşünülmüştür. Kilo açısından normal kabul edilen sağlıklı ergenlerin ve henüz obezite oluşmamış fazla kilolu grubun dikkatli takip edilmesini gerektirecek sonuçlar saptanmıştır. Özellikle fazla kilolular da gruplar içi sıralama da obsesif kompulsif bozukluk, paranoid düşünce, kişilerarası duyarlık, depresyon, somatizasyon, psikotizm ve ek madde puanları en yüksek bulunmuştur. Hostilite de en yüksek değer ise normal kilolu olan kontrol grubuna aittir. Neticede tüm ergenler psikiyatrik belirtiler açısından sorgulanmalı ve şüpheli durumlarda tanısız değerlendirme için çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirilmesi gereklidir.

Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumlarının belirlemek amacıyla 935 öğrenci ile yapılan bir araştırma da KSE'nin alt ölçeklerinden sırasıyla hostilite, obsesif kompulsif bozukluk ve paranoid düşünce de en yüksek puan alınmıştır (208).

Bizim çalışmamızda hostilite (başkalarına karşı öfkeli olma, tahammül edememe, düşmanlık besleme) normal kilolu kontrol grubunda diğer gruplara göre fazla oranda saptanmıştı. Epidemiyolojik çalışmalara göre toplumsal yaşamda özellikle gençlerde agresif davranışların ve hostilitenin görülme sıklığının artması önemli bir problem olarak görülmektedir (209).

Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanına en yüksek puan fazla kilolularda olup bunu normal kilolular ve obezler takip etti. Gruplar arası istatistiki olarak farklılık yoktu. Katılanların ortalaması $25,8 \pm 10,81$ puan idi.

Akıllı telefon kullanımını internet kullanımı ile ayrı düşünmemek gerekir. Akıllı telefonlar sahipleri tarafından genellikle internete bağlanılarak kullanılmaktadır. İnternet bağımlılığı testi sonucunda da en yüksek puan fazla kilolularda olup bunu normal kilolular ve daha sonra obezler takip etmekteydi. Obezlerin puanının, fazla kilolu ve normal kilolu grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0,01$). Kontrol grubu ile fazla kilolu grup arasında farklılık saptanmadı. Akıllı telefon ve internet kullanımı bizim çalışmamız da obezlerde daha düşük seviyede saptanmıştır. Fazla kilolularda ise yüksek seviyededir.

Obezite ile internet bağımlılığını araştıran çalışmalara örnek olarak Güçlü ve ark. yaptığı araştırmada öğrencilerin internet bağımlılık düzeyleri ile VKİ arasında

orta derecede, anlamlı ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur (210). İsviçre de yaptıkları bir araştırma da obezite ile online oyun oynama arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlar ve oyun için harcanan her bir saatin 2 kat obezite riskini yükselttiğini saptamışlardır (211). Andersen ve ark. yaptığı araştırmada, okul çocuklarında fazla Tv izlemenin ve bilgisayar kullanmak obezite riskini artırdığını saptamışlar (81).

Çinde yapılan bir araştırmada da ortaokul öğrencilerinde internet kullanımı fazla olanlarda obezite oranının artmış olduğunu saptamışlardır (82). Fazla kilolu ve obez çocukların internette daha fazla zaman geçirmektedirler (83).

Akıllı telefon kullanımı ve internete fazla bağlanmanın obezite ile ilişkisinin olabileceğini gösteren çalışmaların yanında bu değişkenler arasında ilişkiye rastlamayan çalışmalarda vardır (8,9, 79,80). Avcı ve ark. lise öğrencilerinde internet bağımlık düzeyi ve obezite ve fiziksel yakınma sıklıkları arasında ilişki tespit etmemişler (212)

Bizim çalışmamızda özellikle fazla kiloluların akıllı telefon ve internet bağımlık puanları yüksek saptanmıştır. Obezlerin değerleri düşük bulunmuştur. Bunda obezlerin takipli hasta olmaları, obeziteden korunmak için sedanter yaşam yerine hareketli yaşamı tercih edip akıllı telefon ve internet başında çok zaman geçirmekten sakınmaları neden olmuş olabilir. Fakat obez grup içinde takip süreleri tam olarak bilinmediği için bunu genellemek yanlış olabilir. Aslında gençlerde akıllı telefon ve internet kullanımı gittikçe artan bir problemdir ve bunun beden kitle indeksi ile direk ilişkisi olmayıp kişisel ve çevresel faktörlerin ön planda olduğu bir durumla açıklanabilir.

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) testi ile gündüz uykuluk hali incelenmektedir. Gece zamanında yatıp yeterli ve kaliteli uyku geçiren bir birey ertesi gün kendisini daha dinç ve aktif hissetmeli ve uyku hali yaşamamalıdır. Gündüz aşırı uykululuk (GAU) durumu diye adlandırılan kişinin gün içinde uyanık kalmada güçlük çekmesi ve istemsiz uyuklamalarının olması hali ergenlerde sık olan bir durumdur. Akıllı telefonla ve internetle meşgul olmanın artması, geçen zamanın fark edilmemesi nedeniyle genelde geç yatılmakta, zihin başka şeylerle meşgul olunca yeterli ve kaliteli uyunamamakta, sabah kalkmada zorlanılmakta ve ertesi gün uyku hali devam etmektedir. Ergenler sık olarak uyku problemleri yaşamaktadırlar (84, 213). EUÖ puanları açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır.

Obezlerin puanı ile normal kiloluların puanı arasında farklılık anlamlıdır ($p<0,05$). Obezler de daha düşük bulunmuştur. Sağlıklı ve normal kilolu olarak değerlendirilen kontrol grubumuzun EUÖ puanları hem obezlerden hem de fazla kilolulardan yüksek olup gündüzleri daha fazla uyku hali yaşamaktadırlar. Test puanlamasına göre EUÖ değeri 10 ve üzerinde olanlar için gündüz aşırı uykululuk halinin var olduğuna karar verilir. Çalışmamız da genel grup ortalamaları 10 puanın altında çıkmasına rağmen veriler incelendiğinde; araştırmaya katılanların %22,3'ü GAU hali yaşamaktadır.

Her yaş grubu ergende görülebilen bu GAU durumu lise öğrencilerinde değişen davranış değişiklikleri ve hormonal değişimle birlikte daha sık görülmektedir.

Kore'de yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin %15,9'unda, Çinde liseli kız öğrencilerinin %20,5'inde GAU durumunun yaşandığı belirlenmiştir (119-120). Türk lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ise GAU prevalansı %23,4 ile %28,7 arasında değişmektedir (121,122). Koçoğlu ve ark nın yaptığı araştırma da bilgisayar ve televizyon başında geçirilen sürenin artması uyku düzenini bozmakta, uyku alışkanlıkları değişmekte ve bu yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (214). Eliaçık ve ark yaptığı araştırma da obez ergenlerde EUÖ skorunu daha yüksek saptamışlardır (215).

Bixler ve ark. nın araştırmasında VKİ arttıkça gündüz uykululuğun arttığı saptanmıştır (216). Başoğlu ve ark. morbid obezlerin gündüz uykululuk oranı obezlere göre yüksek saptamışlardır (217). Demir ve Kesgin'in lise öğrencilerinin gündüz uykululuk durumunun bazı değişkenlerle ilişkisini belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmada EUÖ puan ortalaması $8,24\pm 5,89$ olarak saptamışlardır (218).

Bizim çalışmamızda da başta normal kilolu ergenler olmak üzere gündüz aşırı uykululuk hali yaşanmaktaydı. Obezlerin diğer parametrelerde olduğu gibi uyku düzeninde de daha bilinçli davrandıkları ortaya çıkmaktadır. Ergen muayeneleri sırasında uyku düzenine uymaları tüm ergenlere tavsiye edilmelidir.

Uyku kalitesi ve süresi hakkında bilgi veren uyku testlerinden birisi olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) sonuçlarımızda da farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Öznel uyku kalitesi testteki "Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?" soruna verilen cevaba göre değerlendirilmektedir. Obezlerin

%85'i, uyku kalitesini çok iyi ve iyi olarak belirtmişler bu oran diğer gruplarda daha düşük bulunmuş fakat istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır.

Eliaçık ve ark 71 obez 64 obez olmayan ergenlerde yaptıkları araştırmada PUKİ total ve alt skorlarında bir farklılık saptamamışlardır. (215).

Yapılan araştırmaların çoğunda obezlerin uyku kalitesinin daha kötü olduğuna dair bilgiler mevcuttur. Altın'ın yaptığı araştırmada kilo arttıkça uyku kalitesinin kötü olduğunu saptamıştır (219). Göktaş ve ark da erişkin obez bireylerin %81.3 ünün köyü uyku kalitesine sahip olduğunu tespit etmişlerdir (220).

Uykuya dalma süresi incelendiğinde uykuya en geç dalan grup fazla kilolulardır. Cep telefonu ve internetle daha fazla ilgilenen grup da fazla kilolular olduğu için uzun süre telefonla ve internetle meşgul olmak doğal olarak uykuya dalmayı geciktirecektir.

Uyku süresi açısından değerlendirme de; ergenlerin ortalama 8-10 saat uykuya ihtiyacı varken PİKU skorlamasın da uyku süresine 7 saat üzeri olarak cevap verenlerin oranı obez ve normal kilolularda %29 saptanmışken fazla kiloluların ise %1'i 7 saat ve üzeri uyuduklarını belirtmektedirler. Gruplar arasında uyku süreleri açısından istatistiki olarak farklılık vardır ($p<0,05$). Fazla kilolular yüksek oranda (%88) 6-7 saat arası uyumaktadırlar.

Genelde ergenler az uyumaktadırlar. National Sleep Foundation raporunda ergenlerin yarısına yakın kısmında sekiz saatten daha az uyuduklarını tesbit etmişlerdir (221). Bizim çalışmamızda tüm grupların katılımıyla yapılan hesaplama ile ergenlerin %73'ü 7 saatten az uyumaktadırlar.

Efektif uyku alışkanlığı sürekli uyku alışkanlığını saptamaktadır. Obezlerin ve normal kiloluların efektif uyku alışkanlığı değerleri iyi iken fazla kilolularda ise bu oran düşük saptanmıştır. Fazla kiloluların yaklaşık yarısında düzenli bir uyku alışkanlığı bulunmamaktadır.

Uyku bozuklukları açısından gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmamıştır. Fakat geçen ay haftada 3 ve üzeri uyku problemi yaşadıklarını obezleri %3'ü, normal kiloluların %1.5'i belirtmiştir. Fazla kilolular belirtmemiştir. Aslında daha az uyuyan, alışılmış uyku etkinliği az olan, uyku kalitesi daha kötü olan

fazla kilolular bu durumlarından çokta rahatsız olmamaktadır. Uyku ilacı kullanımı: Gruplarda uyku ilacı kullanımı yok denecek kadar azdır.

Normal kilolu kontrol grubunda gündüz işlev bozukluğu istatistiksel anlamlı olacak düzeyde obezlerden ve fazla kilolulardan yüksek saptadık. Haftada 3 veya daha fazla gündüz işlev bozukluğu oranı obezlerde %3, fazla kilolularda % 5, normal kilolularda ise %7 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında istatistiki olarak farklılık saptanmıştır. Normal kilolular uykusuzluktan dolayı gündüz daha fazla işlev bozukluğu yaşamaktadır. Zaten gündüz uykululuk durumu saptamaya yönelik yapılan EUÖ'nde de normal kiloluların puanları hem obezlerden hem de fazla kilolulardan yüksek olup gündüzleri daha fazla uyku hali yaşamaktadırlar. Kilo problemi olmayan lise çağındaki ergenlerin gündüz uykuluk hali daha fazla saptanmıştır.

PUKİ toplam puanları incelendiğinde uyku bozukluğu göstergesi olan 5 puan üzeri değer; fazla kiloluların %81,5'inde, normal kiloluların %77'sinde, obezlerin %63'ünde görülmektedir. Obeslerin puanları daha düşüktür.

Uyku bozuklukları ergenlik döneminde sık karşılaşılan sorunlardan birisidir ve Türk ergenlerde de önemli oranlarda görülmektedir (213, 222,223). Çocukluk ve adolesan dönemde uyku düzenin sağlanması ve iyi uyku alışkanlıklarının kazanılması ileriki erişkin dönemde de sağlıklı yaşam için yol gösterecektir. Mevcut uyku problemleri ergenin bilişsel, psikolojik ve sosyal hayatını da olumsuz etkilemektedir (224). Olası uyku problemleri daha sonra depresyon, anksiyete ve hostilite gibi sorunlara da yol açabilmektedir (108).

Şenol ve ark'nın yaşları 14-20 arasında olan adolesanlarda uyku kalitesini araştırmışlar sonuçta PUKİ toplam puan ortalamasını $6,28 \pm 3,05$ bulmuşlar. Kötü uyku kalitesi oranı %54,7 saptamışlar. Ergenlerin %9'u gün içinde uyku halindedirler (225).

Bizim değerlerimiz de PUKİ toplam puanları yakın olmakla beraber EUÖ puanlarımız daha yüksektir ve çalışmaya katılan ergenlerin %22,3'ü 10 puan üzerinde olup aşırı uykuluk problemi yaşamaktadırlar. Uyku kalitesi kötü olanların oranı obezlerde %15, Fazla kilolularda %31, Normal kilolularda %33 oranındadır.

Çinli ergenlerle yapılan bir araştırma da uyku kalitesinin %20 oranında kötü olduğunu bulmuşlardır. Uyku ilacı almayan oranını ise %96,6 olarak saptamışlardır.,

. Şenol ve ark çalışmasında ise %92'dir. Bizim çalışmamızda %97,5 uyku ilacı alımı hiç olmamıştır. Çindeki çalışmada geçen ay %27 oranında günlük işlev bozukluğu yaşamadıkları saptanmıştır. Şenol ve ark çalışmasında bu oran %23,7 olarak belirlenmiş bizim çalışmamızda ise ortalama %13 dür (225,226). Uyku bozukluğu oranını Bülbül ve ark %39,3 olarak tespit etmişlerdir (227).

Ergenlerin son 7 günde fiziksel aktivite için harcadıkları zamanın sorgulandığı Uluslararası Fizik aktivite Ölçeği Kısa Formu Sonuçlarına göre; şiddetli fizik aktivite süresi ve MET değerleri obezlerde daha yüksekti. Orta düzey fiziksel aktiviteyi fazla kilolular en fazla, ikinci sırada normal kilolular en azda obez grup yapıyor. Obez grup ile fazla kilolu grup arasındaki farklılık istatistiki olarak anlamlı bulundu. Obezler şiddetli fiziksel aktivite yapmayı daha çok tercih etmekteydiler. Düşük düzey fiziksel aktivite yönüyle incelendiğinde ise obezler en fazla, ikinci sırada fazla kilolular ve son sırada normal kilolular yapıyordu. Aradaki farklılık istatistiki olarak anlamlı idi (p:0,029). Toplam MET düzeyleri açısından baktığımızda en yüksek değer Grup 1 obezler de görülmekte. Daha sonra fazla kilolular ve son sırada normal kilolular gelmektedir. Aradaki farklılık istatistiki olarak anlamlıdır. (P: 0,017). Obez grubunun fiziksel aktivite düzeyi yüksek olup, fazla kilolu ve normal kilolu grupta ise aktivite orta düzeyde kalmıştır.

Ergenlerin çoğu fizik aktivite yapmayı sevmeyip daha çok sedanter yaşamı tercih etmektedirler. SB-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yaptığı bireylerin fiziksel aktivite alışkanlığının sorgulandığı araştırmada katılanların %3,5'inin düzenli, orta şiddette fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir. Araştırmada 7-14 yaş grubu 469 çocuğun %22'sinin düzenli olarak spor aktivitesi yapmadığını raporlanmıştır. (7)

Kıbrıs Lefkoşe de yapılan bir araştırmada da; lise öğrencilerinin % 27,1'inin inaktif, hafif aktif olanlar % 49,9 ve fazla aktif olanlar % 23 oranında saptanmıştır. (228). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da genelde aktifliğin az olduğu saptanmıştır (229).

Aktif Yaşam Derneğinin yaptığı Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Araştırmasında; Toplumun sadece %25'inin uygun fiziksel aktivite seviyesine sahip olduğu, gençlerin %63'ü hareketsiz olduğu, genel olarak ta öğrencilerin %72 ile en fazla hareketsiz grup olduğu saptanmıştır (230).

Bizim çalışmamızda ise takipli ergenlerin fizik aktivite düzeyleri diğer gruplardan iyi olup obeziteden korunmak amacıyla hareketsiz yaşamdan uzak kalmaktadırlar. Fazla kilolu ve normal kilolu grubun ise özellikle hareketli yaşam tarzı açısından teşvik edilmeleri gereklidir.

Akıllı telefonlar hayatımızın ayrılmaz bir parçası haline gelirken neredeyse vücudumuzun bir parçası olup eksikliğinde ciddi rahatsızlık duyduğumuz bir kitle iletişim aracı olmuştur. Elbette sağladığı kolaylıklar yanında bağımlılık derecesine varabilecek ayrı kalamama durumları kişilerin psikolojilerini de bozmaktadır. Uzun süre internete girerek, sosyal media sitelerine katılarak, sanal sohbetlere dahil olarak yaşarken gerçek kişilerle iletişimde sıkıntı oluşmaktadır. Bazen de gerçek hayatta sıkıntı yaşayanlar kendilerine sanal ortamda rahatlatıcı hayatlar bulmaktadır.

Ergenler bu konuda çok hassas olup kolaylıkla teknolojik gelişmelere adapte olmakta ve cep telefonu veya internette fazla zaman geçirmekle fiziksel, psikososyal problemlerle karşılaşmaktadırlar.

Çalışmamız da akıllı telefon bağımlık puanı ile KSE envanterinin alt grupları arasındaki korelasyon incelemesini yaptık. Akıllı telefon bağımlık puanları arasında gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da fazla kilolu grubun puanları en yüksek olup bunu normal kilolu grup ve en son obezler takip etmekteydi. Korelasyon incelemesinde ilişkiden etkilenmeyen grup fazla kilolulardı. Sadece Belirti Toplamı ile arasında düşük derecede ($r:0,342$) pozitif yönlü ilişki vardı ($p<0,05$). Akıllı telefon bağımlılık puanları fazla kilolularda yüksek olmasına rağmen psikiyatrik semptomlar arasında ciddi bir ilişki olmaması; psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasına birçok faktörün etkili olması nedeniyle ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Obez grupta ise: Obsesif Kompulsif bozukluk (OKB), Ek maddeler (EK), Kısa semptom envanteri Toplam puanı (KSET), Rahatsızlık ciddiyet indeksi RCİ, Belirti Toplamı (BT) ve SRİ (Semptom Rahatsızlık İndeksi) arasında orta düzey pozitif ilişki saptandı ($p<0,01$). Somatizasyon bulgularında ise zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). En yüksek bağımlılık değeri OKB de idi.

Normal kilolu kontrol grubunda ise (Obezlere benzer şekilde) Somatizasyon, Obsesif Kompulsif bozukluk, Ek maddeler (EK), Kısa semptom envanteri Toplam

puanı (KSET), RCİ, Belirti Toplamı ve Semptom Rahatsızlık İndeksi arasında orta düzey pozitif ilişki saptandı ($p<0,01$). En yüksek bağımlık değeri OKB de idi.

Obezler ve kontrol grubunun akıllı telefon bağımlılık düzeyi arttıkça psikiyatrik semptomların çıkma ihtimali fazla idi. Akıllı telefon bağımlılık puanının yüksek olduğu fazla kilolu grup ise muhtemelen alışmış olduğu için ve telefonu hayatının bir parçası haline getirdiği için psikososyal etkilenmesi daha az olacaktır şeklinde yorumlanabilir.

Cep telefonu kullanımını internet kullanımıyla beraber değerlendirmek daha yerinde olacaktır. Birbirini tamamlayan bu iki parametre beraber değerlendirilince daha anlamlıdır. İnternet bağımlık puanı fazla kilolu ve normal kilolularda daha yüksek saptanmış olup obezlerin puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. Obezlerin hem akıllı telefon bağımlılık puanları hem de internet bağımlılık puanları gruplar için en düşük olanıydı.

Fazla kilolu grup, akıllı telefon korelasyonunda olduğu gibi internet bağımlılık testi ile kısa semptom envanteri alt grupları arasında ki korelasyondan az etkilenmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, ek maddeler, kısa semptom envanteri Toplam puanı (KSET), rahatsızlık ciddiyet indeksi (RCİ) arasında zayıf düzeyde ilişki, belirti toplamı (BT) arasında ise orta düzey ilişki saptandı.

Obezlerde internet bağımlılık puanı ile KSE nin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) puanı arasında yüksek düzeyde ($r: 0,615$) pozitif yönlü korelasyon saptandı. En yüksek ilişki puanının olduğu alt madde OKB idi. Somatizasyon, ek maddeler (EK), kısa semptom envanteri toplam puanı (KSET), rahatsızlık ciddiyet indeksi (RCİ), belirti toplamı (BT) ve semptom rahatsızlık indeksi (SRİ) arasında orta düzey pozitif ilişki bulundu. Kişilerarası duyarlılık (KD), Psicotizm, Fobik anksiyete, Depresyon ve Paranoid Düşünce arasında zayıf düzeyde korelasyon bulundu.

Normal kilolu kontrol grubunda da Somatizasyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ek maddeler, KSE Toplam Puanı, RCİ, SRİ arasında zayıf düzey, BT arasında ise orta düzeyde korelasyon bulundu.

Bizim korelasyon bulgularımıza göre; internette uzun süre vakit geçirmek ergenler de başta OKB olmak üzere Ek maddeler (uyku ve yeme bozuklukları), Hostilite ve Somatizasyon ve depresyon gibi psikiyatrik semptomlara neden olabilecektir.

Akıllı telefon ve internet kullanımının fazla olduğu obezlerdeki psikiyatrik semptomları araştıran çalışmalara göre; depresyon, hostilite, anksiyete, intihar düşüncesi, obsesif bozukluk, uyku bozuklukları gibi semptomlar sık görülmektedir. (62-67, 231).

İnternet bağımlılığı durumu, obezite ve adolesanlardaki psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada aşırı internet kullanan normal bireylerde de anksiyete, depresyon puanlarını yüksek saptanmış ve aşırı internet kullanımı ile obezitenin ilişkisi tespit edilmemiş (231).

Uykunun kalitesi ve süresi uyandıktan sonra zinde kalkmada ve gün boyunca kendimizi iyi hissetmede önemlidir. Kaliteli uyku sonrasında kişi kendini dinlenmiş ve birgün öncesinin yorgunluğunu atmış halde kalkar. Gün boyunca aktiviteleri sırasında uyku hali yaşamaz. Uyku kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır.

Araştırma konularımız içinde yer alan akıllı telefon kullanımı, internete fazla girme gibi sebeplerle özellikle gençler geç yatmakta az uyumakta ve ertesi gün uyku hali yaşamaktadırlar.

Uyku Testleri ile KSE envanterinin alt grupları arasındaki korelasyon incelemesi yapıldı. PUKİ puanlama sisteminde yüksek puan alındıkça uyku kalitesi azalmaktadır. Uyku kalitesini çok iyi olarak belirtenler “0” puan almakta, çok kötü diyenler “3” puan almaktadır. Alınan puan arttıkça Uyku kalitesi kötüleşmektedir. Öznel uyku kalitesi ne kadar kötü olursa o oranda psikiyatrik semptomlar ortaya çıkabilecektir.

Korelasyon incelemesinde obezlerin uyku kalite değerlendirmeleri ile kısa semptom envanterinin alt grupları arasında saptanan korelasyonlar şu şekildedir.

PUKİ bileşenlerinden Öznel Uyku Kalitesi ile KSE alt ölçeklerinden Somatizasyon, OKB, EK maddeler, KSE Toplam puanı, RCİ, BT, SRİ arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır. Hostilite, Kişilerarası Duyarlılık arasında zayıf düzeyde fakat anlamlı ilişki görülmüştür.

Uyku süresi ile KSE nin korelasyonu incelemesinde de puansal yönden ters ilişki kurmak gerekmektedir. Obezlerde Uyku süresi ile S, OKB, KD, H, EK, KSE Toplam puanı, RCİ, SRİ arasında zayıf derecede, FA arasında ise orta derecede ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmamız belli bir kliniğe başvuran ergenlerden oluştuğu için sonuçlar tüm ergenlere genellenemeyecektir. Özellikle obez grubun literatürle farklı olan sonuçlarında takibin ne kadar etkili olduğu bu çalışmamızda incelenmemiştir. Obezlerin ve fazla kiloluların takip süreleri sorgulanmamıştır. Obez grup içinde yeni başvuran obezler olduğu gibi iki veya üç yıldır takip edilen obezlerde bulunmaktadır. Obez sayısının fazla tutulduğu ve kontrol sürelerinde göz önüne alındığı benzer çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızın istatistik incelemesinde korelasyon testleri yapılmış fakat regresyon analizi yapılmamıştır. Güç analizi de yapılmamıştır. Sonuçları etkileyen birden fazla faktörün olduğu psikiyatrik semptomların incelenmesinde güç analizi ve regresyon analizinin de yapıldığı ve çok sayıda ergenin katıldığı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hacettepe Üniversitesi ergen sağlığı ünitesine başvuran adolesan obezlerde kitle iletişim araç bağımlılıkları ve uyku düzeninin psikiyatrik semptomlarla ilişkisinin değerlendirmeye çalıştığımız tezimizde;

- Anne ve babanın eğitim düzeyinin ve mesleğinin çocuklarda obezite gelişmesinde etkili olabilecek bir faktör olarak değerlendirmedik
- Ailenin sosyoekonomik düzeyi de obezite gelişimine çok etki etmemektedir.
- Araştırmaya katılan ergenlerin tamamı değerlendirildiğinde %92.8 sinin kendisine ait odası vardı. Yaş gruplarının lise çağına yakın olması ve genelde tek kardeşleri olması böyle bir avantaj sağlamaktaydı. Bu durum Akıllı cep telefonu ve internetle daha fazla meşgul olunmasına, aile kontrolünün de azalmasına sebepte olabilmektedir.
- Odalarında TV, tablet bulunma oranı düşüktü, bilgisayar, cep telefonundan sonra en sık bulunan iletişim ve oyun aracıydı.
- Evlerinde %83,9 oranında internet vardı ve WİFİ ye bağlanma oranı ise %79,9 idi.
- Ergenlerin cep telefonuna sahip olma oranı %98 di ve bunların %99,2 akıllı telefonda.
- Gün içerisinde cep telefonu ile fazla ilgilenen, internet kullanım yılı en fazla olan, mail hesabını en erken alan grup fazla kilolulardı.
- Fazla kiloluların %90,2'si, Normal kiloluların %81,2 si, Obezlerin %76,9 u yatarken cep telefonları kapatmıyorlardı. Obezler telefonlarını sıklıkla yatarken uzak bir yere, fazla kilolu ve normal kilolular yatak kenarına koyuyorlardı.
- Obezler interneti en çok müzik dinlemek, film izlemek ve iletişim amaçlı kullanıyorlardı. En çok girdikleri internet siteleri; oyun, müzik ve film siteleri idi.
- Yaşam Kalite ölçekleri puanları arasında gruplar arasında farklılık yoktu.
- Kısa semptom envanteri (KSE) alt ölçek puanlarına göre: fazla kilolularda psikiyatrik semptom olasılığı daha fazla idi. Patolojik değerde sayılabilecek Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Kişilerarası Duyarlık (KD), Hostilite (H), Paranoid Düşünce (PD), Depresyon (D), Ek madde (EK) (uyku ve yeme

bozuklukları) puanlarına sahiplerdi. Obezlerin KSE puanlarına göre OKB, KD, H ve PD değerleri patolojik sınır üzerindediydi. Kontrol grubunun ise OKB; H, PD ve D puanları yüksekti. Obezler; Anksiyete Bozukluğunda, Normal kilolular: Hostilite de (Öfke ve düşmanlık besleme), Fazla kilolularda OKB, KD, PD, D ve EK maddelerde en yüksek değere sahipti. KSE Global endekslerde en yüksek puanlar Fazla kilolularda; En düşük puanlar obezlerdeydi.

- Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanına göre Fazla kilolu olan en yüksek puan değeri (28,36 puan), kontrol grubu (25,25 puan) ve obez grup (24,04 puan) gelmektedir. Akıllı telefon kullanım oranı fazla kilolularda daha fazlaydı.
- İnternet Bağımlılığı testi sonucuna göre Obezlerin internet bağımlılığı puanı diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktü. En yüksek değer Fazla kilolulardaydı.
- Epworth Uykuluk Ölçeğine (EUÖ) göre Normal kilolu ergenlerin puanı daha yüksekti. Obezlerin %10.4'ü, Fazla kiloluların % 17'si, Normal kiloluların % 28 'i patolojik değer olan 10 puan üstü değer almıştı.
- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Sonuçlarına göre: Öznel uyku kalitesi obez grupta daha iyi olarak saptandı. Obezlerin %85'i, Fazla kiloluların %69'u, Normal kiloluların % 67'si uyku kalitesini çok iyi/iyi olarak değerlendirmişti.
- Obezlerin %37'sinde, Fazla kiloluların % 46'sında, Normal kiloluların %38'sinde Uykuya dalma süreleri 30 dakikadan daha fazladır. Fazla kilolular uykuya daha zor dalıyorlardı.
- Uyku süresi: Obezlerin %29'u, kontrol grubunun % 29,3 ü, Fazla kiloluların ancak %1'i günlük 7 saatten fazla uyuyabiliyordu.
- Efektif uyku alışkanlığı: Obezlerin % 66 sında, Normallerin %67 sinde %85 üstünde efektif uyku alışkanlığı bulunmaktadır. Fazla kilolularda ise bu oran %49 du.
- Uyku bozuklukları açısından belirgin patoloji saptanmadı.
- Uyku ilacı kullanımını gruplarda yok denecek kadar azdı.
- Gündüz işlev bozukluğu kontrol grubunda istatistiksel anlamlı olacak düzeyde obezlerden ve fazla kilolulardan yüksekti.

- PUKİ Toplam skorunda patolojik düzey olan 10 puan üzeri değer Obezlerin %10.4'ünde, Fazla kiloluların % 17'sinde, Normal kiloluların % 28 'inde saptandı. Normal kilolu olan kontrol grubunun uyku problemleri daha fazla saptandı.
- Fiziksel aktivite düzeyi açısından Şiddetli fiziksel aktiviteyi obezler, Orta düzey fiziksel aktiviteyi de Fazla kilolular en fazla yapıyordu. Normal kilolu grubun aktivitesi daha azdı.
- Korelasyon incelemelerinde Akıllı telefon bağımlık puanı ile KSE envanterinin alt grupları arasında Obezlerde: OKB, EK, KSE Toplam puan, RCİ, BT, SRİ arasında orta düzey pozitif ilişki saptandı. Somatizasyon bulgularında ise zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu.
- Fazla Kilolularda ise Belirti Toplamı ile zayıf düzeyde ilişki saptandı.
- Normal Kilolularda da Obezlere benzer şekilde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif bozukluk (OKB), Ek maddeler (EK), Kısa semptom envanteri Toplam puanı (KSET), Rahatsızlık Ciddiyet indeksi (RCİ), Belirti Toplamı (BT) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) arasında orta düzeyde pozitif ilişki saptandı.
- İnternet Bağımlık Puanı Obezler de (OKB) puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptandı. Somatizasyon, Ek maddeler (EK), Kısa semptom envanteri Toplam puanı (KSET), Rahatsızlık ciddiye indeksi (RCİ), Belirti Toplamı (BT) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulundu. Kişiler arası duyarlılık (KD), Fobik anksiyete, Psikotizm, Paranoid düşünce ve Depresyon arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulundu. Fazla kilolularda ise; Obsesif Kompulsif bozukluk ,Ek maddeler, Kısa semptom envanteri Toplam puanı (KSET), Rahatsızlık ciddiye indeksi (RCİ) arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki, Belirti Toplamı (BT) arasında ise orta düzeyde pozitif ilişki saptandı.
- Kontrol grubunda da Somatizasyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ek maddeler, KSE Toplam Puanı, RCİ, SRİ arasında zayıf düzey pozitif, BT arasında ise orta düzeyde pozitif korelasyon bulundu.
- PUKİ bileşenlerinden Öznel Uyku Kalitesi ile KSE alt ölçeklerinden Somatizasyon, OKB, EK maddeler, KSE Toplam puanı, RCİ, BT, SRİ

arasında orta derecede pozitif korelasyon saptandı. Hostilite, Kişilerarası Duyalık arasında zayıf düzeyde pozitif fakat anlamlı ilişki görüldü.

- Fazla kilolularda da Öznel Uyku Kalitesi ile KSE alt ölçeklerinden Somatizasyon, OKB, EK maddeler, KSE Toplam puanı, RCİ, BT, SRİ arasında orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır. Kontrol grubu olan normal kilolularla Öznel Uyku Kalitesi ile EK madde arasında orta derecede pozitif, S, OKB, KSE Toplam puanı, RCİ, BT ve SRİ arasında zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır.
- Uyku süresi ile KSE nin korelasyonu incelemesinde de puansal yönden ters ilişki kurmak gerekmektedir.
- Obezlerde Uyku süresi ile S, OKB, KD, H, EK, KSE Toplam puanı, RCİ, SRİ arasında zayıf derecede, FA arasında ise orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.
- Fazla kilolularda Uyku süresi ile KSE alt grupları arasında korelasyon görülmemiştir
- Normal kilolularda ise Uyku süresi ile S, Ek maddeler, KSE Toplam puanı, RCİ, SRİ arasında zayıf pozitif korelasyon görülmüştür

Çalışmamızın sonuçlarını genel olarak değerlendirildiğinde; düşünülenin aksine obez grup hem akıllı telefon bağımlılığı hem de internet bağımlılığı açısından diğer gruplara göre daha iyi durumdadır. Özellikle fazla kilolu grubun test sonuçlarına göre aldığı yüksek değerler özellikle bu gruba daha çok dikkat edilmesini gerektirmektedir. Genelde yapılan çalışmalarda fazla kilo grup ya obezlerin içinde incelenmekte ya da normal kilolu grup içine dahil edilmektedir. Oysa bizim bu çalışmamızda belki de en sıkıntılı grup bu olup, sonra normal kilolu grup gelmektedir. Obez grup nispeten bazı konularda diğerlerine göre daha duyarlı ve dikkatli davranmaktadır. Obeziteden koruyucu rol oynayabilecek olan inaktif yaşamdan kendini ayırabilmekte, başta fiziksel aktiviteyi yeterli yapabilme çabasında bulunmakta, akıllı cep telefonu ve internet kullanımını sınırlamakta, uyku düzenine dikkat etmektedir.

Obez hastaların Ergen Sağlığı Kliniğinde takipli hasta olmaları ve belli aralıklarla kontrole gelmeleri onların normal ve fazla kilolu gruba göre daha iyi sonuç elde etmelerine fırsat vermiş olabilir. Buradan da özellikle koruyucu hekimlik bazında Fazla kilolu bireylere daha dikkat ederek, olası obezite gelişimi yönünden daha erken yönlendirmeler yapılmalıdır. Ergenin kendisi, ailesi ve ergen sağlığı ile ilgili ilgilenen hekimin bir araya gelerek geleceğe yönelik olarak planlamalar yapmaları önemlidir. Belli aralıklarla kontroller ve takipler yapılmalıdır. Çağımızın vazgeçilmez araçlarından olan akıllı telefon ve internetin belli sınırlar dahilinde kullanımının sağlanması ve uyku düzenine dikkat edilmesi hem birey hem toplum sağlığı açısından gerekli bir durumdur.

7. KAYNAKLAR

1. Aktaş C. Hızlı yanıt veren kod aracılığı ile geleneksel gazete ile yeni medyanın yakınsaması. Global Media Journal TR Edition. 2012; 1-18.
2. Hayatımızın Merkezindeki Mobil Teknolojiler | Deloitte Global Mobil Kullanıcı Anketi 2019: Türkiye Yönetici Özeti. 2019. [Alıntı Tarihi: 20. 12. 2020]. <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/TR-GMCS-2019.html>.
3. World Health Organization(WHO), Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices meeting report. Tokyo, Japan: Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research. 2014.
4. Alikashifoğlu, M. İnternet Kullanımı ve Çocuk ve Ergen Sağlığı. Türk Pediatri Kurumu TBMM Sunusu, 2012. [Alıntı Tarihi: 15.11. 2020]. <https://www.tbmm.gov.tr>.
5. Garbarino S, Carli F, Nobili L, Mascialino B, Squarcia S, Penco MA, Ferrillo F. Sleepiness and Sleep Disorders in Shift Workers: a Study on a Group of Italian Police Officers. Sleep. 2002; 25(6): 642-647.
6. Cinaz P, Bideci A. Obezite. Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S, Günöz H. Editörler. Pediatrik Endokrinoloji. Ankara: Kalkan Matbaacılık; 2003.
7. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi Araştırma Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004.
8. Mota J, Ribeiro J, Santos MP, Gomes H. Obesity, physical activity, computer use, and TV viewing in Portuguese adolescents. Pediatric Exercise Science. 2006; 17: 113-21.
9. Feldman DE, Barnett T, Shrier I, Rossignol M, Abenhaim L. Is physical activity differentially associated with different types of sedentary pursuits? Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2003; 157(8): 797-802.
10. Akçay D. The effects of interaction design in mobile publishing: Research on Newspaper Webpages Compality to Mobile Devices. (Doktora Tezi). İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
11. Çakır F, Demir BN. Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon satın alma tercihlerini belirlemeye yönelik bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014; 29(1): 213-43,.
12. Karaarslan İA, Budak L. Üniversite öğrencilerinin cep telefonu özelliklerini kullanımlarının ve gündelik iletişimlerine etkisinin araştırılması. Journal of Yaşar University. 2012; 26 (7): 4548-71.
13. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). PloS one 2013; 8(2): e56936,
14. Nayak JK. Relationship among smartphone usage, addiction, academic performance and the moderating role of gender: A study of higher education students in India. Computers & Education. 2018; 164-173.

15. 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: 515-19.
16. Aslan S, Aylaz R. Akademisyenlerin internet bağımlılık düzeyleri ve buna bağlı olunabilecek sağlık sorunların değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014; 3(2): 14-9.
17. Chen C, Zhang K, Gong X, Zhao S, Lee M, Liang L. Examining the effects of motives and gender differences on smartphone addiction. *Computers in Human Behavior.* 2017; 75: 891-902.
18. Goldberg, I. Internet addiction disorder (IAD): Diagnostic criteria. 1996. [Alıntı Tarihi: 30 8 2020]. <http://www-usr.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html>.
19. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to Behavioral Addictions. *Intr The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2010; 36(5): 233-41.
20. Basu D, Chakraborty K, Vijaya KG. Internet addiction: consensus, controversies, and the way ahead. *East Asian Arch Psychiatry.* 2012; 20: 123-32.
21. Noyan CO, Darçın AE, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun Üniversite Öğrencilerinde Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2015; 16(1): 73-81.
22. Sevgi L. Teknoloji, toplum ve sağlık: cep telefonları ve elektromanyetik kirlilik tartışmaları. 2013. [Alıntı Tarihi: 30. 8. 2020]. http://www.emo.org.tr/ekler/e73a9a0d37efb96_ek.pdf.
23. Cheever NA, Larry DR, Alex FL. Causes, effects, and practicalities of everyday multitasking. *Developmental Review.* 2015; 35: 64-78.
24. Doğan U, Tosun Nİ. Lise öğrencilerinde problemlili akıllı telefon kullanımının sosyal kaygı ve sosyal ağların kullanımına aracılık etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2016; 8: 22.
25. Karaaziz M, Keskindağ B. I love my smartphone: a review study of smartphone addiction and related psychological risk factors. *Bağımlılık Dergisi.* 2015; 16(2): 78-85.
26. Park N, Lee H. Gender difference in social networking on smartphones: a case Study of Korean College student smartphone users. *International Telecommunications Policy Review.* 2014; 21(2): 1-18.
27. Elmas O, Kete S, Hızlısoy SS ve Kumral HN, Teknolojik cihaz kullanım alışkanlıklarının okul başarısı üzerine etkisi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2015; 6(2): 49-54.
28. Şata M, Çelik İ, Ertürk Z, Taş UE. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği'nin (ATBÖ) Türk Lise Öğrencileri İçin Uyarılama Çalışması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi.* 2016; 7(1): 159-69.
29. Kaplan AG, Gezgin DM. Üniversite Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyleri ile Farklı Davranış Örüntülerinin Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2016; 40: 51-69.

30. Meral D. Ortaöğretim Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığının Yalnızlık, Yaşam Doyumu ve Bazı Kişisel Özellikler Bakımından İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erzincan: Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
31. Cain N, Gradisar M. Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep medicine* . 2010; 11: 735-42.
32. Gradisar M, Wolfson AR, Harvey AG, Hale L, Rosenberg R, Czeisler CA. The Sleep and Technology Use of Americans: Findings from the national sleep foundation's 2011 sleep in America poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2013; 9: 1291-99.
33. Türköz D, Aksoydan E. Uyku Süresi ve Kalitesinin Beslenme ve Vücut Bileşimine Etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2014; 24(1):10-17.
34. Treuer T, Fábíán Z, Füredi J. Internet addiction associated with features of impulse control disorder: is it a real psychiatric disorder? *Journal of Affective disorders*. 2001; 66(2): 283.
35. Hanehalki-Bilişim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Araştırması-2020. [Alıntı Tarihi: 10 12 2020]. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index 2020.-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index%2020.-33679).
36. Digital in 2020. [Alıntı Tarihi: 12.08.2020]. <https://wearesocial.com/digital-2020>.
37. Karayağız Muslu G, Bolışık B. Çocuk ve gençlerde internet kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* . 2009; 8(5): 445-50.
38. Kormas G, Critselis E, Janikian M, Kafetzis D, Tsitsika A. Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011; 11: 595.
39. Öztürk FO, Ekinci M, Öztürk O, Canan F. The relationship of affective temperament and emotional-behavioral difficulties to internet addiction in Turkish teenagers. *ISRN Psychiatry*. 2013; Article ID: 961734, s. 1-6.
40. Şaşmaz T, Öner S, Kurt AO, Yapıcı G, Yazıcı AE, Buğdaycı R ve ark. Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students. *European Journal of Public Health*. 2014; 24(1): 15-20.
41. Öztürk Ö, Odabaşoğlu G, Eraslan D, Genç Y, Kalyoncu ÖA. İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2007; 8(1): 36-41.
42. Gönül AS. Patolojik İnternet Kullanımı. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2002; 40(3): 105-10.
43. Berson IR, Berson MJ. Digital literacy for effective citizenship.(Advancing Technology). *Social Education*. 2003; 67(3): 164-8.
44. Colwell J, Kato M. Investigation of the relationship between social isolation, self-esteem, aggression and computer game play in Japanese adolescents. *Asian Journal of Social Psychology*. 2003; 6(2): 149-58.
45. Kim S, Kim R. A study of internet addiction: Status, causes, and remedies. A study of internet addiction: Status, *Journal of Korean Home Economics Association English Edition*. 2002; 3(1): 1-19.
46. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold MS, et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and anxiety*. 2003; 17(4): 207-216.

47. Cao H, Sun Y, Wan Y, Hao J, Tao F. Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. *BMC public health*. 2011; 11(1): 802.
48. Livingstone S, Haddon L, Görzig, A Ólafsson K. A Risks and safety on the internet: the perspective of European children: full findings and policy implications from the EU Kids Online survey of 9-16 year olds and their parents in 25 countries. London: EU Kids Online Network. 2011. [Alıntı Tarihi: 15.11. 2020]. <http://eprints.lse.ac.uk/33731/>
49. Oravec JA. Internet and computer technology hazards: Perspectives for family counselling. *British Journal of Guidance and Counselling*. 2000; 28(3): 309-24.
50. Akbulut Y. Çocuk ve Ergenlerde Bilgisayar ve İnternet Kullanımının Gelişimsel Sonuçları. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013; 3(2): 53-68.
51. Harris C, Straker L. Survey of physical ergonomics issues associated with school childrens' use of laptop computers. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 2000; 26(3): 337-46.
52. Kuzu A, Odabaşı F, Erişti S, Kabakçı I, Kurt A, Akbulut Y, ve ark. İnternet kullanımı ve aile. Ankara: TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Bilim Serisi. 2008.
53. Patrick K, Norman GJ, Calfas KJ, Sallis JF, Zabinski MF, Rupp J, ve ark. Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for overweight in adolescence. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004; 158(4): 385-90.
54. Koezuka N, Koo M, Allison KR, Adlaf EM, Dwyer JJ, Faulkner G, ve ark. The relationship between sedentary activities and physical inactivity among adolescents: results from the Canadian Community Health Survey. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 39(4): 515-22.
55. Sung J, Lee J, Noh HM, Park YS, Ahn EJ. Associations between the risk of Internet addiction and problem behaviors among Korean adolescents. *Korean Journal of Family Medicine*. 2013; 34(2): 115-22.
56. Desjarlais M, Willoughby T. A longitudinal study of the relation between adolescent boys and girls' computer use with friends and friendship quality: Support for the social compensation or the rich-get-richer hypothesis? *Computers in Human Behavior*. 2010; 26(5): 896-905.
57. Orleans M, Laney MC. Children's computer use in the home: Isolation or sociation? *Social Science Computer Review*. 2000; 18(1): 56-72.
58. Kraut R, Kiesler S, Boneva B, Cummings J, Helgeson V, Crawford A. Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*. 2002; 58(1): 49-74.
59. Subrahmanyam K, Lin G. Adolescents on the net: Internet use and well-being. *Adolescence*. 2007; 42(168): 659.
60. Ybarra ML, Alexander C, Mitchell KJ. Depressive symptomatology, youth Internet use, and online interactions: A national survey. *Journal of Adolescent Health*. 2005; 36(1): 9-18.
61. Bacigalupa C. The use of video games by kindergartners in a family child care setting. *Early Childhood Education Journal*. 2005; 33(1): 25-30.

62. Anderson CA, Gentile DA, Buckley KE. Violent video game effects on children and adolescents: Theory, research, and public policy. Oxford University Press. 2007.
63. Cao F, Su L. Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. *Child: Care, Health and Development*. 2007; 33(3): 275-81.
64. Goel D, Subramanyam A, Kamath R. A study on the prevalence of internet addiction and its association with psychopathology in Indian adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013; 55(2): 140-3.
65. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2009; 163(10): 937-43.
66. Tang J, Yu Y, Du Y, Ma Y, Zhang D, Wang J. Prevalence of internet addiction and its association with stressful life events and psychological symptoms among adolescent internet users. *Addictive Behaviors*. 2014; 39(3): 744-7.
67. Heo J, Oh J, Subramanian SV, Kim Y, Kawachi I. Addictive internet use among Korean adolescents: a national survey. *Public Library of Science one*. 2014; 9(2): e87819
68. Niemz K, Griffiths M, Banyard P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ) and disinhibition. *Cyberpsychology and Behavior*. 2005; 8(6): 562-70.
69. Şaşmaz T, Öner S, Kurt AO, Yapıcı G, Yazıcı AE, Buğdayci R, ve ark. Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students. *European Journal of Public Health*. 2014 Feb; 24(1): 15-20.
70. Subrahmanyam K, Smahel D, Greenfield P. Connecting developmental constructions to the internet: identity presentation and sexual exploration in online teen chat rooms. *Dev Psychol*. 2006; 42(3): 395-406.
71. Li X, Atkins MS. Early childhood computer experience and cognitive and motor development. *Pediatrics*. 2004 Jun; 113(6): 1715-22.
72. Ceyhan E, Ceyhan A. Çocuk ve ergenlerde bilgisayar ve İnternet kullanımının gelişimsel sonuçları. Kuzu A. editör, *Bilgisayar II*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2011.
73. Kubey RW, Lavin MJ, Barrows JR. Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. *Journal of Communication*. 2001; 51(2): 366–82.
74. Fish AM, Li X, McCarrick K, Butler ST, Stanton B, Brumitt GA, ve ark. Early childhood computer experience and cognitive development among urban lowincome preschoolers. *Journal of Educational Computing Research*. 2008; 38: 97-113.
75. Johnson GM. Internet use and child development: Validation of the ecological techno-subsystem. *Technology & Society*. 2010; 13 (1), 176–85.
76. Gunnell DJ, Smith GD, Frankel SJ, Kemp M, Peters TJ. Socio-economic and dietary influences on leg length and trunk length in childhood: a reanalysis of the Carnegie (Boyd Orr) survey of diet and health in prewar Britain (1937-39). *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1998; 12: 96-113.

77. Kim JS, Chun BC. Association of Internet addiction with health promotion lifestyle profile and perceived health status in adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2005; 38(1): 53-60.
78. Subrahmanyam K, Kraut RE, Greenfield PM, Gross, EF. The impact of home computer use on children's activities and development. *Children and Computer Technology*. 2000; 10(2): 123-44.
79. Tammelin T, Ekelund U, Remes J, Näyhä S. Physical activity and sedentary behaviors among Finnish youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2007; 39(7): 1067-74.
80. Kerner MS, Kurrant AB, Kalinski M. Leisure-time physical activity, sedentary behavior, and fitness of high school girls. *European Journal of Sport Science*. 2004; 4(2):1-17.
81. Andersen LF, Lillegaard IT, Øverby N, Lytle L, Klepp KI, Johansson L. Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005; 33(2): 99-106.
82. Li M, Deng Y, Ren Y, Guo S, He X. Obesity status of middle school students in xiangtan and its relationship with internet addiction. *Obesity*. 2014; 22(2): 482-7.
83. Bener A, Al-Mahdi HS, Al-Nufal M, Ali AI, Vachhani PJ, Tewfik I. Association between childhood computer use and risk of obesity and low vision. *Journal of Public Health Frontier*. 2012; 1(3): 66-72.
84. Selvi Y. Uyku. İstanbul: Selen Yayıncılık; 2019.
85. Gürses C. Uyku Hastalıkları. 2019. [Alıntı Tarihi: 15.11. 2020]. <http://www.itfnoroloji.org/uyku/uyku.htm>
86. Öztürk L. Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz? İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 70: 114-21.
87. Jones, B.E. Kryger, M.E. Roth, T. Dement, W.C. Principles and practice of sleep Medicine. Philadelphia; Elsevier: 2005 .
88. Pagel JF, Barnes BL. Medications for the treatment of sleep disorders: An overview. *J Clin Psych*. 2001; 3: 118-25.
89. Emre M. Nöroloji Temel Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2013.
90. Öge E, Baykan B. Nöroloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
91. Bingöl, N. Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumunu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
- 92 Ertekin PŞ, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014; 7(3): 171-7.
93. Şenel F. Uyku ve rüya. *Bilim ve Teknik Dergisi*. 2005;1-19.
94. Üstün Y, Yücel Çınar Ş. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011;4(1): 29-38.
95. Ardıç S. Uyku Hastalıkları ve Trafik-İş Kazalar. *Türk Toraks Dergisi*. 2001; (2)3: 91-8.

96. Demir A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2004;7:1.
97. Lopes CS, Robaina J, Rotenberg L. Epidemiology of Insomnia: Prevalence and Risk Factors, Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac, Saddichha Sahoo, IntechOpen. 2012; DOI: 10.5772/32991.
98. Öçal Ö. Acıbadem Maslak Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Besin Tüketiminin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ile İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
99. Ertekin Ş. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998.
- 100.. Abdulkadiroglu Z, Bayramoglu F, İlhan N. Uyku ve uyku bozuklukları. *Genel Tıp Dergisi*, 1997; 7(3): 161-6.
101. Akerstedt T. Shift Work and Disturbed Sleep/Wakefulness. *Occupational Medicine*. 2003; 53: 89-94.
102. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 22: 93-8.
103. Yüksel Deniz S. Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
104. Öztürk L. Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz? *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 70: 114-21.
105. Görgülü Ü. KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, (Uzmanlık Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
106. HYPERLINK [Alıntı Tarihi: 30.08. 2020].
<https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/HealthyLiving/teenagers-and-sleep>.
107. Türkbay T, Söhmen T. Çocuklar ve ergenlerde uyku bozuklukları. *T Klin Psikiyatri*. 2001; 2: 86-90.
108. Garmy P, Nyberg P, Jakobsson U. Sleep and television and computer habits of Swedish schoolage children. *The Journal of School Nursing*. 2012; 28: 469-76.
109. Alexandru G, Mıçıkazu S, Shımako H, Xiaoli C, Hıtomi K, Takashi Y, ve ak. Epidemiological aspects of self-reported sleep onset latency in Japanese junior high school children. *J. Sleep Res*. 2006; 15: 226-75.
110. Gaina A, Sekine M, Hamanishi S, Chen X, Wang H, Yamagami T, Kagamimori S. Daytime sleepiness and associated factors in Japanese school children. *J Pediatr*. 2007; 151(5): 518-22.
111. Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, Rifas-Shiman SL, Redline S, Taveras EM. Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to mid-childhood. *Pediatrics*. 2014; 133: 1163-71.
112. Nuutinen T, Ray C, Roos E. Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study? *BMC Public Health* 2013; 13: 684.

113. McDonald L, Wardle J, Llewellyn CH, Van Jaarsveld CHM, Fisher A. Predictors of shorter sleep in early childhood. *Sleep Med.* 2014; 15: 536–40.
114. Van den Bulck, J. Television viewing, computer game playing, and Internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. *Sleep.* 2004;27(1):101-4.
115. Bartel KA, Gradisar M, Williamson P. Protective and risk factors for adolescent sleep: A metaanalytic review. *Sleep Med Rev.* 2014; 16: 72-85.
116. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep medicine reviews.* 2015; 21: 50-8.
117. Arora T, Broglia E, Thomas GN, Taheri S. Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality, and parasomnias. *Sleep medicine.* 2014; 15: 240-7.
118. Selvi Y, Kandeğer A, Sayın AA. Gündüz aşırı uykululuğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2016; 8: 114-32.
119. Joo S, Shin C, Kim J, Yi H, Ahn Y, Park M, ve ark. Prevalence and correlates of excessive daytime sleepiness in high school students in Korea. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005; 59: 433-40.
120. Wang Z-Y, Liu Z-Z, Jia C-X, Liu X. Age at menarche, menstrual problems, and daytime sleepiness in Chinese adolescent girls. *Sleep.* 2019; 42: 1-8.
121. Koçoğlu D, Arslan S. Lise öğrencilerinde gündüz uyukuluk durumu ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2011; 18: 50-60.
122. Altan SS, Bektas M, Celik I, Gerceker GO, Ok YS, Ozdemir EZ, ve ark. Factors affecting daytime sleepiness in adolescents. *International Journal of Caring Sciences.* 2018; 11: 1840-8.
123. Arman AR, Yılmaz S. Obezite ve Çocuk Psikiyatrisi. Taner Y, Soykan A, editörler. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Asimetrik Paralel, 2007.*
124. Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği. Amasya: Göktuğ Yayıncılık, 2009.
125. Flegal KM, Wei R, Ogden C. Weight-for-stature compared with body mass index-for-age growth charts for the United States from the Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Clin Nutr.* 2002, 75, 761-6.
126. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2008; 121: 1077-8.
127. Kim HM, Park J, Kim HS, Kim DH, Park SH. Obesity and Cardiovascular Risk Factors in Korean Children and Adolescents Aged 10–18 Years from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 1998 and 2001. *Am J Epidemiol.* 2006; 164: 787-93.
128. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi: Sonuç raporu.* Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. 2014.

129. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Gençlik. 2013. [Alıntı Tarihi: 02.01. 2020]. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid>
130. Krassas GE, Tsametis C, Baleki V, Constantinidis T, Unluhizarci K, Kurtoğlu S, ve ark. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri-Turkey. *Pediatric Endocrinology Reviews*. 2004; 1(3): 460-4.
131. Sur H, Kolotouroua M, Dimitrioua M, Kocaoğlu B, Keskin Y, Hayran O, ve ark. Biochemical and behavioral indices related to BMI in schoolchildren in urban Turkey. *Preventive Medicine*. 2005; 41: 614-21.
132. Süzek H, Arı Z, Uyanık BS. Muğla'da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. *Türk Biyokimya Dergisi*. 2005; 30(4): 290-5.
133. Psychiatry, AACAP-American Academy of Child and Adolescent. Obesity In Children And Teens, Facts for Families . [Alıntı Tarihi: 18.04. 2020]. <http://www.aacap.org/AACAP/Families and Youth/Facts for Fa>. 2011.
134. Borzekowski DL, Bayer AM. Body image and media use among adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*. 2005; 16(2): 289.
135. Demir T, Eralp Demir D, Kayaalp ML, Büyükkal B. Yeme bozukluğu olan ergenlerde BTL-90 ile psikiyatrik belirti ve dağılımının araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1998; 5(2): 70-8.
136. Erermis S, Çetin N, Tamar M, Bukusoğlu N, Akdeniz F, Göksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*. 2004; 46(3): 296-301.
137. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood boyd mass index. *Pediatrics*. 2001;107(5): 1049-56.
138. Chen Y, Jiang Y, Mao Y. Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women's Health*. 2009; 18(10): 1687-92.
139. Madowitz J, Knatz S, Maginot T, Crow SJ, Boutelle KN. Teasing, depression and unhealthy weight control behaviour in obese children. *Pediatric obesity*. 2012; 7(6): 446-52.
140. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, CuiPenninx BWJH, Zitman FG. Overweight, Obesity, and Depression- A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(3): 220-9.
141. Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OI, Lucas M, Manson JE, Ascherio A, Hu FB. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal of Obesity*. 2012; 36: 595-602.
142. Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology*. 2010; 29(3): 293-298.
143. Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*. 2002; 110(3): 497-504.

144. Rofey DL, Kolko RP, Iosif A, Silk JS, Bost JE, Feng W, ve ark. A Longitudinal Study of Childhood Depression and Anxiety in Relation to Weight Gain. *Child Psychiatry & Human Development*. 2009; 40: 517-26.
145. Chang H, Yen ST. Association between obesity and depression: Evidence from a longitudinal sample of the elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*. 2012; 16(2): 173-80.
146. Eren İ, Erdi Ö. Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 2003; 6: 152-7.
147. Dallar Y, Erdeve ŞS, Çakır İ, Köstü M. Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006; 48: 1-3.
148. Öyekçin DG, Yıldız D, Şahin EM, Gür S. Obezite Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 15: 121-4.
149. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniv. SBD*. 2007; 21(5): 211-20.
150. Vila G, Zipper E, Dabbas M, Bertrand C, Robert JJ, Ricour C, ve ark. Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66(3): 387-94.
151. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, ve ark. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 2005; 330: 1357.
152. Mendoza JA, Zimmerman FJ, Christakis DA. Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in US preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2007; 4: 44.
153. Mo-suwan L, Nontarak J, Aekplakorn W, Satheannoppaka W. Computer game use and television viewing increased risk for overweight among low activity girls: Fourth Thai national health examination survey 2008-2009. *International Journal of Pediatrics*. 2014; Article ID 364702
154. Moreira P, Santos S, Padrão P, Cordeiro T, Bessa M, Valente H, ve ark. Food patterns according to sociodemographics, physical activity, sleeping and obesity in portuguese children. *Int J Environ Res Public Health*. 2010; 7: 1121-38.
155. Viner RM, Cole TJ. Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. *J Pediatr*. 2005; 147: 429-35.
156. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48: 1017-25.
157. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet*. 2004; 364: 257-62.
158. Bickham DS, Blood EA, Walls CE, Shrier LA, Rich M. Characteristics of screen media use associated with higher BMI in young adolescents. *Pediatrics*. 2013; 131: 935-41.

159. Wiecha JL, Peterson KE, Ludwig DS, Kim J, Sobol A, Gortmaker SL. When children eat what they watch: impact of television viewing on dietary intake in youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006; 160: 436-42.
160. Jordan AB, Strasburger VC, Kramer- Golinkoff EK, Strasburger VC. Does adolescent media use cause obesity and eating disorders? *Adolesc Med State Art Rev.* 2008;19: 431-49.
161. Pekcan G, Robertson A, Pomerleau J, Knai C. EURO-PREVOB-Prevention of Obesity in Europe Project Report for Turkey. Ankara. Ankara: Project no. 044291, 2009. www.europrevob.eu, 2009.
162. Özer, MK. Fiziksel Uygunluk. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2001.
163. Baysal, A. Beslenme. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 2012.
164. Vanhala M, Korpelainen R, Tapanainen P, Kaikkonen K, Kaikkonen H, Saukkonen T, ve ark. Lifestyle risk factors for obesity in 7-year -old children. *Obesity Research & Clinical Practice.* 2009; 3: 99-107.
165. Çifçili S, Ünalın P, Kalaça Ç, Apaydın Ç, Uzuner A. Çocukluk, Obezite ve Televizyon. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi.* 2003; 12(2): 67-71.
166. Hancox RJ, Poulton, R. Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important? *International Journal of Obesity.* 2006; 30: 171-5.
167. Sisson SB, Broyles ST, Newton RL, Baker BL, Chernausk SD. TVs in the bedrooms of children: Does it impact health and behavior? *Preventive Medicine.* 2011; 52(2): 104-8.
168. Parlak A, Çetinkaya Ş. Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2007; 2(5): 24-35.
169. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. The PedsQLTM 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care.* 2001; 39: 800-12.
170. Çakın-Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007; 18(4): 353-63.
171. Bastiaansen D, Koot HM, Bongers IL, Varni JW, Verhulst FC. Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: psychometric properties of the PedsQLTM 4.0 generic core scales. *Qual Life Res.* 2004; 13(2): 489-95.
- 172 Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory–BSI administration, scoring and procedures manual II. USA: Clinical Psychometric Research Inc. 1992.
173. Şahin NH, Durak A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2002; 13: 125-35.
174. Pawlikowski M, Altstötter-Gleich C, Brand M. Validation and psychometric properties of a short version of Young's Internet Addiction Test. *Comput Human Behav.* 2013; 29(3): 1212-23.

175. Young, KD. Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery. New York: John Wiley & Sons, 1998.
176. Kutlu M, Savcı M, Demir Y, Aysan F. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formunun Türkçe uyarlaması: Üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2016; 17 (ek1): 69-76.
177. MWJohns. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *J Sleep.* 1991; 14: 540-5.
178. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M, Telcioğlu M, Semiz ÜB, Başoğlu C. Reliability and validity studies of the Epworth Sleepiness Scale. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1999; Cilt 10: 261-7.
179. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep.* 1991; 14(4): 331-8.
180. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1996; 7: 110-5.
181. Craig CL, Marshall AL, Sjström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, ve ark. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise.* 2003; 1381-95.
182. Öztürk M. Üniversitede Eğitim Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
183. Bauman A, Phongsavan P, Schoeppe S, Owen N. Physical Activity Measurement-A Primer for Health Promotion. *IUHPE Promotion & Education.* 2006; 8(2): 92-103.
184. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnal İD, Tokgözoğlu L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern. Arş.* 2006; 34: 166-72.
185. Yılmaz E, Sahin Y, Haseski Hİ, Erol O. Lise öğrencilerinin internet bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: Balıkesir ili örneği. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi.* 2014; 4(1): 133-44.
186. Korkmaz, A. Kocaeli ili gebze ilçesindeki ilköğretim II. basamak (6-7-8. Sınıflar) öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme davranışları. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
187. Gümüşler A. Rize ili Çayeli ilçesindeki lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme alışkanlıkları. (Yüksek Lisans Tezi). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
188. Erdoğan G. 13-18 yaş obez tanısı almış ergenlerin anne-baba tutumu ve sosyal fizik kaygı ile ilişkisinin normal ergenlerle karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
189. Gibson LY, Byrne SM, Davis EA, Blair E, Jacoby P, Zubrick SR. The Role of Family and Maternal Factors in Childhood Obesity. *Journal of the Australian Medical Association.* 2007; 186(11): 591-5.

190. Abreu S, Santos R, Moreira C, Santos PC, Mota J, Moreira P. Food consumption, physical activity and socio-economic status related to BMI, waist circumference and waist-to-height ratio in adolescents. *Public Health Nutr.* 2013; 17(8): 1834-49.
191. Chung A, Backholer K, Wong E, Palermo C, Keating C, Peeters A. Trends in child and adolescent obesity prevalence in economically advanced countries according to socioeconomic position: a systematic review. *Obes Rev.* 2016; 17(3): 276-95.
192. Bodur S, Anamur UM. 11-15 yaş çocuklarda vücut yağ yüzdesinin beden kütle indeksi ve biyoelektriksel impedans analizi ile değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi.* 2007; 17(1): 21-7.
193. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Kırbıyık S, Demirel R. İlköğretim öğrencilerinde obeziteyi etkileyen risk faktörleri. *S.D.Ü Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005; 12:19-25.
194. Çınar S, Çavuşoğlu H. Research on obesity for children between the ages of 7-14 and from different socio-economic status. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2016; 8(2): 112-21.
195. İskender M, Tura G, Akgül Ö, Turtulla S. The relationship between the family environment, eating behavior and obesity for the secondary school students. *Journal of Human Sciences.* 2014; 11(2): 10-26.
196. Öztürk A, Aktürk S. Obesity prevalence and associated risk factors in school-aged children. *TAF Prev Med Bull.* 2011; 10(1): 53-60.
197. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 2004; 79(1): 6-16.
198. Yaşar A, Karaaslan Ö. Yozgat ilinde bulunan obez çocuklarda depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi.* 2018; 8(2): 42-6.
199. Shahril MR, Ahmad A, Zainuddin, LR, Ismail, KF, Aung M. Association between physical activity and health-related quality of life in children: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes* 2016; 14(1): 71.
200. Goldfield GS, Cameron JD, Murray M, Maras D, Wilson AL, Phillips P. Screen time is independently associated with health-related quality of life in overweight and obese adolescents. *Acta Paediatrica.* 2015; 104(10): 448-54.
201. Önder A, Kavurma C, Çelmeli G, Adanır AS, Özatalay E. Obezite tanılı çocuk ve ergenlerde psikopatoloji, yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi.* 2018; 8(1): 51-8.
202. Esposito M, Gallai B, Roccella M, Marotta R, Lavano F, Lavano SM, ve ark. Anxiety and depression levels in prepubertal obese children: a casecontrol study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 10: 1897-902.
203. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Reed V. Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. *Psychother Psychosom.* 1999; 68: 325-32.
204. Özmen D, Özmen E, Ergin D,. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007; 7:80.

205. Stradmeijer M, Bosch J, Koops W, Seidell J. Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Int J Eat Disord* . 2000;27: 110-4.
206. Wardle J, Williamson S, Johnson F, Edwards C. Depression in adolescent obesity: cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. *Int J Obes*. 2006; 30: 634-43.
207. Kim O, Kim K. Body weight, self-esteem, and depression in Korean Female Adolescents. *Adolescence* . 2001; 36: 315-22.
208. Demirel SA, Eğlence R, Kaçmaz E. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2011; 1: 18-9.
209. Spoth RL, Redmond C, Shin C. Reducing adolescents aggressive and hostile behaviors. *Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154: 1248-57.
210. Güçlü S, Tabak RH, Tütüncü İ, Yılmaz F. İnternet Bağımlılığı Gerçekten Obeziteye Neden olur mu? *Uluslararası Hakemli beslenme Araştırmaları Dergisi*. 2016; 7: 50-64.
211. Stettler N, Signer TM, Suter PM. Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. *Obes Res*. 2004 Jun; 12(6): 896-903.
212. Avcı İA, Altın A, Öz Ö, Eren, D. Lise öğrencilerin İnternet bağımlılık düzeyleri ile obezite ve fiziksel yakınma sıklıkları arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2016; 1: 34-40.
213. Gradisar M, Wolfson AR, Harvey AG, Hale L, Rosenberg R, Czeisler CA. The Sleep and Technology Use of Americans: Findings from the national sleep foundation's 2011 sleep in America poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2013; 9: 1291-9.
159. Marcadante KJ, Kliegman RM (editors). Normal sleep and pediatric sleep disorders. In *Nelson Essentials of Pediatrics*. Philadelphia: Elsevier. 2019.
214. Koçoğlu D, Kesgin MT, Kulakçı H. İlköğretim 2. Kademe Öğrencilerinin Uyku Alışkanlıkları ve Uyku Sorunlarının Bazı Okul Fonksiyonlarına Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2010; 17: 24-32.
215. Eliacik K, Bolat N, Koçyiğit C, Kanik A, Selkie E, Yılmaz H ve ark. İnternet addiction, sleep and health-related life quality among obese individuals: a comparison study of the growing problems in adolescent health. *Eat Weight Disord*. 2016 Dec; 21(4): 709-17.
216. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, Calhoun SL, Vela-Bueno A, Kales A. Excessive day time sleepiness in a general population sample: The role of sleep apnea, age, obesity, diabetes and depression. *TheJournal of Clinical Endocrinology&Metabolism*. 2005; 90: 4510-5.
217. Başoğlu ÖK, Yürekli BS, Taşkıranlar P, Tunçel Ş, Yılmaz C. Ege Obez hasta okulu anket çalışması: Obezite ile obstrüktif uyku apnesendromu semptomları ve gündüz uykululuk ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*. 2011; 50(2): 111-7.
218. Demir G, Kesgin MT. Lise Öğrencilerinde Gündüz Uykululuk Durumu ve İlişkili Risk Etmenleri. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2020; 3: 181-8.

- 219 Altın M. Erciyes Üniversitesi Araştırma Görevlilerinde Uyku Sorunları ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2011.
220. Göktaş E, Çelik F, Özer H, Gündüzoğlu NÇ. Obez bireylerin uyku kalitesinin belirlenmesi. DEUHFED . 2015; 8(3): 156-61.
221. National Sleep Foundation. Sleep in America poll. 2006. [Alıntı Tarihi: 30.08. 2020]. <http://www.sleepfoundation.org>.
222. Dağ B, Kutlu FY. The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. Turk J Med Sci. 2017; 47: 721-7.
223. Köse S, Yılmaz ŞK, Göktaş S. The relationship between exam anxiety levels and sleep quality of senior high school students. J Psychiatric Nurs. 2018; 9: 105-11.
224. Willgerodt MA, Kieckhefer GM, Ward TM, Lentz MJ. Feasibility of Using Actigraphy and Motivational-Based Interviewing to Improve Sleep Among School-Age Children and Their Parents. J Sch Nurs 2014; 30: 136-48.
225. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2012; 14: 93-102.
226. Xu Z, Su H, Zou Y, Chen J, Wu J, Chang W. Sleep quality of Chinese adolescents: distribution and its associated factors. J Paediatr Child Health. 2012 Feb;48(2):138-45.
227. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2010; 53: 204-10.
228. Memiş F. KKTC Lefkoşa bölgesi 15-18 yaş lise öğrencilerinin fiziksel aktivite durumlarının belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Lefkoşe: KKTC Yakınoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
229. Vassigh G. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel aktivite Durumları ile Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi.(Yüksek lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
230. Aktif Yaşam Derneği. Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Araştırması.2010. [Alıntı Tarihi: 21.02. 2020]. <https://aktifyasam.org.tr/pdf/fiziksel-aktivite-arastirmasi-raporu.pdf>,
231. Çam HH, Nur N. Adölesanlarda internet bağımlılığı prevalansı ile psikopatolojik semptomlar ve obezite arasındaki ilişkinin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015; 14: 181-8.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul izin Belgesi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 110
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 16 OCAK 2018 SALI
Toplantı No : 2018/02
Proje No : GO 17/987 (Değerlendirme Tarihi: 19.12.2017)
Karar No : GO 17/987- 02

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Orhan DERMAN' ın sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Nuray KANBUR ile birlikte çalışacakları ve Uzm. Dr. Yaşar DURMAZ' ın doktora tezi olan, GO 17/987 kayıt numaralı, "Ergenlerde Kütle İletişim Araçları ve İnternet Kullanımının, Uyku Kalite ve Süresinin Obezite ve Obezlerdeki Psikiyatrik Semptomlara Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

| | | |
|---|--------|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | İZİNLİ | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAKA (Üye) | | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | İZİNLİ | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZUGLU (Üye) | | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| İZİNLİ | | |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Ek 2: Araştırma da kullanılan Anket Formları

| KİŞİSEL VE SOSYO EKONOMİK BİLGİLER | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Doğum Tarihi | | Cinsiyet | | Protokol No: | | | |
| | | Kız | Erkek | | | | |
| Boy: cm | Kilo: gr | Takvim Yaşı | | Boy Yaşı: | Kemik Yaşı: | | |
| % | % | | | | | | |
| Boya göre ideal Ağırlık: | | | % | VKI: | kg/m ² % () | | |
| Tanner Evreleme | Kız | | | | | | |
| | Erkek | | | | | | |
| Anne Eğitim Düzeyi | | <input type="checkbox"/> Okuma Yazması Yok | <input type="checkbox"/> İlkokul | <input type="checkbox"/> Ortaokul | <input type="checkbox"/> Lise | <input type="checkbox"/> Üniversite | |
| Baba Eğitim Düzeyi | | <input type="checkbox"/> Okuma Yazması Yok | <input type="checkbox"/> İlkokul | <input type="checkbox"/> Ortaokul | <input type="checkbox"/> Lise | <input type="checkbox"/> Üniversite | |
| Anne Mesleği | <input type="checkbox"/> Ev Hanım | | <input type="checkbox"/> İşçi | | <input type="checkbox"/> Çiftçi | <input type="checkbox"/> Esnaf | |
| | <input type="checkbox"/> Memur | | <input type="checkbox"/> Diğer: | | | | |
| Baba Mesleği | <input type="checkbox"/> Çalışmıyor | | <input type="checkbox"/> İşçi | | <input type="checkbox"/> Çiftçi | <input type="checkbox"/> Esnaf | |
| | <input type="checkbox"/> Memur | | <input type="checkbox"/> Diğer: | | | | |
| Kardeş Sayısı | <input type="checkbox"/> Tek çocuk | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 ve üzeri |
| Ailenin aylık geliri | <input type="checkbox"/> Asgari ücretiden az (1500 tl altı) | | | <input type="checkbox"/> Asgari ücretli | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1500-3000 tl | | <input type="checkbox"/> 3000-5000 tl | | <input type="checkbox"/> 5000 tl üstü | <input type="checkbox"/> Diğer: | |
| Onurulan Evin Durumu | <input type="checkbox"/> Ev sahibi | | <input type="checkbox"/> Kiracı | | <input type="checkbox"/> Diğer: | | |
| | <input type="checkbox"/> Müstakil ev | | <input type="checkbox"/> Apartman Dairesi | | | | |
| Kendinize ait oda var mı ? | | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | Odanız da bilgisayar var mı ? | | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Odanızda TV var mı ? | | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | Odanızda Tablet var mı ? | | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Evinizde internet var mı ? | | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | Evinizde kablosuz WIFI var mı? | | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Ne kadar zamandır internet kullanıyor sunuz ? | | | | (yıl) olarak yazınız | | | |
| İnterneti hangi amaçla ve ne kadar sıklıkta kullanırsınız? | | | | | | | |
| | Her zaman | Çoğunlukla | Ara sıra | Çok seyrek | Hiçbir zaman | | |
| Müzik dinleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Odev yapma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Oyun oynama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Araştırma Yapma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Film izleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| İletişim kurma (msn, e-posta vb.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| İnternette en çok kullandığınız siteler hangileridir?(birkaç tane işaretleyebilirsiniz) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oyun siteleri | | <input type="checkbox"/> Müzik siteleri | | <input type="checkbox"/> Eğitim içeren siteler | | <input type="checkbox"/> Sohbet içerikli siteler | |
| <input type="checkbox"/> Film içerikli siteler | | <input type="checkbox"/> Spor içerikli siteler | | <input type="checkbox"/> Cinsel içerikli siteler | | <input type="checkbox"/> Bilim teknoloji siteleri | |
| <input type="checkbox"/> Gazete TV siteleri | | <input type="checkbox"/> Başka (lütfen belirtiniz) | | | | | |
| Sizce ait cep telefonunuz var mı? | | <input type="checkbox"/> YOK | <input type="checkbox"/> VAR (sa) | Akıllı telefon mu | | <input type="checkbox"/> EVET | <input type="checkbox"/> HAYIR |
| Günde ortalama kaç kez akıllı telefonunuzu kontrol edersiniz? | | | |defa | | | |
| Günde akıllı telefonla kaç saat ilgileniyorsunuz? | | | | saat | | | |
| Gece yatarken akıllı telefonunuzu ne yaparsınız? | | | | <input type="checkbox"/> KAPATIRIM | | <input type="checkbox"/> KAPATMAM | |
| <input type="checkbox"/> Odada uzak bir yere koyarım | | <input type="checkbox"/> Yatağın kenarına koyarım | | <input type="checkbox"/> Yastık altına koyarım | | | |
| Sizce ait olan ilk telefonunuz kaç yaşında iken ahndı ? | | | |yaş | | | |
| Telefon değiştirme sıklığınızı ne kadar? | | | | ayda veyayıldada bir değiştiririm | | | |
| İlk sosyal medya hesabınızı (facebook, instagram vs.) kaç yaşında açtınız ? | | | |yaş | | | |
| İlk mail adresinizi kaç yaşında iken aldınız? | | | |yaş | | | |
| Bilgisayarla ilk tanışmanız kaç yaşında oldu? | | | |yaş | | | |

Çocuklar İçin Yaşam Kalite Ölçeği Ergen Formu, 13-18 YAŞ

Aşağıda sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son 1 aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu işaretleyerek belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman doğru değilse : 0, Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa: 1
Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa: 2, Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa: 3
Eğer sizin için her zaman sorun oluyorsa: 4 işaretleyiniz.

Burada doğru yada yanlış cevaplar yoktur.

| | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <i>Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar</i> | | | | | |
| 1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Koşmak bana zor gelir | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Spor yada egzersiz yapmak bana zor gelir | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Ağır bir şeyi kaldırma bana zor gelir | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Kendi başıma duş yada banyo yapmak bana zor gelir | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7. Bir yerim acır yada ağrır | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Enerjim azdır | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Duygulanmla ilgili sorunlar</i> | | | | | |
| 1. Korkmuş yada ürkmüş hissedirim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Hüzünlü yada üzgün hissedirim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Öfkeli hissedirim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Uyumakta zorluk çekerim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Başkaları ile ilgili sorunlar</i> | | | | | |
| 1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Yaşıtlarım benimle alay eder | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Okul ile ilgili sorunlar</i> | | | | | |
| 1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Bazı şeyleri unuturum | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Doktora yada hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)**AÇIKLAMA:**

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmalarının bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU aşağıdaki derecelendirmeye göre uygun olan yeri işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamayı ve de tek bir yeri işaretlemeye özen gösteriniz.

TEŞEKKÜRLER.

| 0. HİÇ YOK | 1. BİRAZ VAR | 2. ORTA DERECEDE VAR | 3. EPEY VAR | 4. ÇOK FAZLA VAR | | | |
|------------|--|----------------------|-------------|------------------|---|---|--|
| 1 | İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2 | Baygınlık , baş dönmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3 | Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4 | Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 5 | Olayları hatırlamada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 6 | Çok kolayca kızıp öfkelenme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 7 | Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8 | Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9 | Yaşamınıza son verme düşüncesi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 10 | İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 11 | İştahta bozukluklar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 12 | Hiçbir nedeni olmayan ani korkular. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 13 | Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 14 | Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 15 | İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 16 | Yalnızlık hissetme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 17 | Hüzünlü, kederli hissetme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 18 | Hiçbir şeye ilgi duymamak. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 19 | Kendini ağlamaklı hissetme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 20 | Kolayca incinebilme , kırılma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 21 | İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 22 | Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 23 | Mide bozukluğu ,bulantı. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 24 | Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 25 | Uykuya dalmada güçlük. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 26 | Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 27 | Karar vermede güçlükler. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 28 | Otobüs,tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 29 | Nefes darlığı , nefessiz kalma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 30 | Sıcak,soğuk basmaları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 31 | Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 32 | Kafanızın bomboş kalması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 33 | Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar,karıncalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 34 | Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 35 | Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 36 | Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 37 | Bedenin bazı bölgelerinde ,zayıflık, güçsüzlük hissi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 38 | Kendini gergin ve tedirgin hissetme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 39 | Ölme ve ölüm üzerine düşünceler. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 40 | Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 41 | Birşeyleri kırma ,dökme isteği. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|--|---------------------|---|-----------------------------|---|--------------------|--|-------------------------|--|
| 42 | Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 43 | Kalabalıklardan rahatsızlık duymak. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 44 | Başka insanlara hiç yakınlık duymamak. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 45 | Dehşet ve panik nöbetleri. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 46 | Sık sık tartışmaya girmek. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 47 | Yalnız kalındığında sinirlilik hissetme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 48 | Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 49 | Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 50 | Kendini değersiz görme duygusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 51 | Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 52 | Suçluluk duyguları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 53 | Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 0. HİÇ YOK | | 1. BİRAZ VAR | | 2. ORTA DERECEDE VAR | | 3. EPEY VAR | | 4. ÇOK FAZLA VAR | |

Ek 4: AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORM

Aşağıda akıllı telefon kullanımı ile ilgili çeşitli duygu ve düşünceleri içeren anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımın size ne kadar uyduğunu değerlendirerek en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız. **1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kısmen katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 5-Katılıyorum, 6-Kesinlikle katılıyorum**

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

Ek 5: YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ-KISA FORMU(YİBT-KF)

AÇIKLAMA:
Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumları hangi sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz .
Lütfen her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız

| | HİÇBİR | NADİREN | BAZEN | SIKLIKLA | HER ZAMAN |
|--|--------|---------|-------|----------|-----------|
| 1. Hangi sıklıkta planladığınızdan daha fazla internette kalırsınız ? | | | | | |
| 2. Hangi sıklıkta ailenizle ilgili işleri ihmal ederek internette daha fazla zaman harcarsınız? | | | | | |
| 3. Okul veya ders ile ilgili çalışmalarınız hangi sıklıkta internette harcadığınız süre yüzünden zarar görmektedir? | | | | | |
| 4. Birileri internette ne yaptığınızı sorduğunda hangi sıklıkta sır gibi saklar veya savunmaya geçersiniz? | | | | | |
| 5. Birileri siz internette iken canınızı sıkarsa hangi sıklıkta onları tersler , onlara bağırır ve öfkeli davranırsınız? | | | | | |
| 6. Hangi sıklıkta gece internette harcadığınız süre yüzünden uykusuz kalırsınız? | | | | | |
| 7. İnternete bağlı değilken hangi sıklıkta internetle avunur veya internete bağlı olduğunuz hayalini kurarsınız? | | | | | |
| 8. İnternette hangi sıklıkta kendinizi birkaç dakika daha derken bulursunuz | | | | | |
| 9. Hangi sıklıkta internette harcadığınız zamanı azaltmak için uğraşırsınız ve başarısız olursunuz? | | | | | |
| 10. Ne kadar süre internette olduğunuzu hangi sıklıkta saklamaya çalışırsınız.? | | | | | |
| 11. Hangi sıklıkta başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman harcamayı tercih edersiniz ? | | | | | |
| 12. İnternete bağlanmadığınızda hangi sıklıkta kendinizi bunalımda, karamsar ve sinirli hissedip, internete bağlandığınızda bu şikayetlerinizin hemen geçtiğini görürsünüz? | | | | | |

Ek 6: EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ (Epworth Sleepiness Scale)

Son zamanlarda günlük yaşantınız içinde , aşağıda belirtilen durumlarda hangi sıklıkla uyuklarsınız? (buradan yorgun hissetmek değil, uyuklamak veya uykuya dalmak anlaşılmalıdır). Bu şeylerden birini son zamanlarda yapmamış olsanız bile, böyle bir durumun, sizi nasıl etkileyeceğini düşünmeye çalışarak cevap veriniz.

| | Hiçbir zaman uyuklamam | Nadiren uyuklarım | Zaman zaman uyuklarım | Büyük olasılıkla uyuklarım |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Oturmuş bir şeyler okurken | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Televizyon seyrederken | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Toplum içinde hareketsiz otururken (örneğin: herhangi bir toplantıda tiyatro gibi yerlerde) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Ara vermeden en az bir saat süren araba yolculuğunda yolcu olarak | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Öğleden sonra koşullar uygun olduğunda dinlenmek için uzanmışken | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Birisiyle oturmuş konuşurken | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Öğle yemeği sonrası sessizce otururken | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| İçinde olduğum araba, trafikte birkaç dakika için durduğunda | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

TOPLAM PUAN:

Ek 7 Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.

Lütfen tüm soruları cevaplayın.:

1. Geçen ay akşamları sıklıkla saat kaçta yattınız?:(Saatini yazınız)
2. Geçen ay yattıktan ne kadar süre sonra uyudunuz?:(Dakika olarak belirtiniz:)
3. Geçen ay Sabahları genelde saat kaçta kalktınız?:(Saatini yazınız)
4. Geçen ay Gece boyunca yaklaşık kaç saat uyudunuz? :.....Saat. (Gece başına gerçekten uyuduğumuz süre: Bu süre sizin yatakta geçirdiğiniz süre olarak değerlendirilmemeli)
5. Geçen ay ne sıklıkta uyku sorunuz oldu? (Aşağıya işaretleyiniz. Haftalık sıklığımızı yazınız)

| | Haftada | Hiç | 1'den az | 1-2 kez | 3'den çok |
|---|--|-----|----------|---------|-----------|
| a | Yatağa yattıktan sonra 30 dakika içinde uyuyamadım | ┌ | ┐ | ┐ | ┌ |
| b | Gece yansı yada sabah erkenden uyandım | ┌ | ┐ | ┐ | ┌ |
| c | Tuvalete gitmek için uyanmak zorunda kaldım | ┐ | ┐ | ┐ | ┐ |
| d | Nefes alıp vermekte zorluk çektim | ┐ | ┐ | ┐ | ┐ |
| e | Üşüdüğüm için uyuyamadım | ┌ | ┐ | ┐ | ┌ |
| f | Sıcakladığım için uyuyamadım | ┌ | ┐ | ┐ | ┌ |
| g | Kötü rüya gördüğüm için uyuyamadım | ┐ | ┐ | ┐ | ┐ |
| h | Ağrım olduğu için uyuyamadım | ┐ | ┐ | ┐ | ┐ |
| i | Oksürük veya horlama nedeniyle uyuyamadım | ┌ | ┐ | ┐ | ┌ |
| | Diğer nedenler: (varsa yazınız) | | | | |

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü

7. Geçen hafta uyumamıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- Hiç 1'den az 1-2 kez 3'den çok

8. Son bir ay içinde haftada kaç kez; ders dinlerken, ödev yaparken, arkadaşlarınızla oyun oynarken, araba kullanırken, yemek yerken veya sosyal aktiviteler sırasında ne sıklıkta uykunuz geldi? (Uyku bastı, uyuyakaldım, uyumak istedimiz...)

- Hiç 1'den az 1-2 kez 3'den çok

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmamızda ne derecede problem oluşturdu.?

- Hiç problem oluşturmadı Bir dereceye kadar problem oluşturdu
 Yalnızca çok az problem oluşturdu Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Odamızda yalnız mı uyuyorsunuz?

- Evet Hayır, başka bir kişiyle aynı odada, ancak aynı yataklarda uyuyoruz
 Evet ama diğer odada başka bir kişi (kişiler) uyuyor Hayır, başka bir kişiyle aynı yatakta uyuyoruz

11. Eğer beraber yaşadığımız biri varsa lütfen bu soruları ona sorunuz. Aşağıdaki olaylar onun ne kadar dikkatini çekiyor?


| | | Hiç | 1'den az | 1-2 kez | 3'den çok |
|---|---|-----|----------|---------|-----------|
| a | Gürültülü horlama | ┐ | ┐ | ┐ | ┐ |
| b | Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar | ┐ | ┐ | ┐ | ┐ |
| c | Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama | ┐ | ┐ | ┐ | ┐ |
| d | Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık | ┌ | ┐ | ┐ | ┌ |
| e | Diğer huzursuzluklarımız | ┌ | ┐ | ┐ | ┌ |

Ek 8

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE KISA FORMU

| | | |
|--|---|---|
| <p>İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığımız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığımız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün. Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.</p> | | |
| 1 | <p>Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?</p> | |
| | <input type="checkbox"/> Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. Soruya Geçiniz) | <input type="checkbox"/> Haftada _____ gün |
| 2 | <p>Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?</p> | |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum/Emin değilim | <input type="checkbox"/> Günde _____ dakika |
| | | <input type="checkbox"/> Günde _____ saat |
| <p>Geçen bir hafta içinde yaptığımız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir</p> | | |
| 3 | <p>Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)</p> | |
| | <input type="checkbox"/> Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. Soruya Geçiniz) | <input type="checkbox"/> Haftada _____ gün |
| 4 | <p>Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?</p> | |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum/Emin değilim | <input type="checkbox"/> Günde _____ dakika |
| | | <input type="checkbox"/> Günde _____ saat |
| <p>Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığımız yürüyüş olabilir.</p> | | |
| 5 | <p>Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?</p> | |
| | <input type="checkbox"/> Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz) | <input type="checkbox"/> Haftada _____ gün |
| 6 | <p>Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?</p> | |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum/Emin değilim | <input type="checkbox"/> Günde _____ dakika |
| | | <input type="checkbox"/> Günde _____ saat |
| <p>Son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır</p> | | |
| 7 | <p>Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?</p> | |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum/Emin değilim | <input type="checkbox"/> Günde _____ dakika |
| | | <input type="checkbox"/> Günde _____ saat |

Ek 3: Turnitin Orjinallik Dijital Makbuzu




Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

| | |
|--------------------|---|
| Gönderen: | Yaşar Durmaz |
| Ödev başlığı: | dr yaşar tez |
| Gönderi Başlığı: | ERGEN SAĞLIĞI ÜNİTESİNE BAŞVURAN ADOLESAN OBEZLERD... |
| Dosya adı: | dryasar_tez_s_nav_sonu_turnitin_i_in.pdf |
| Dosya boyutu: | 1.47M |
| Sayfa sayısı: | 57 |
| Kelime sayısı: | 15,929 |
| Karakter sayısı: | 89,927 |
| Gönderim Tarihi: | 21-Nis-2021 11:14AM (UTC+0300) |
| Gönderim Numarası: | 1565468979 |



Copyright 2021 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

Ek 4: Orijinallik Raporu ilk sayfası

ERGEN SAĞLIĞI ÜNİTESİNE BAŞVURAN ADOLESAN OBEZLERDE KİTLE İLETİŞİM ARAÇ BAĞIMLILIKLARI VE UYKU DÜZENİNİN PSİKİYATRİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% **10**
BENZERLİK ENDEKSİ

% **9**
İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**
YAYINLAR

% **3**
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|---|--|-------------|
| 1 | d-nb.info İnternet Kaynağı | % 2 |
| 2 | dergipark.org.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 3 | Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi | % 1 |
| 4 | ssyv.org.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 5 | acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 6 | ÇAMAN KARADAĞ, Özge and ÖZCEBE, Hilal. "Ankara'da yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenler: ruhsal belirtileri, fiziksel etkinlik düzeyi ve ilişkili etkenler", TUBITAK, 2011. Yayın | <% 1 |
| 7 | docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Yaşar DURMAZ
 Doğum Tarihi ve Yeri: 15.11.1970. Kütahya
 Adres: 100. Yıl mah. Dumlupınar Bulvarı 12/6 Kütahya
 İletişim Bilgileri: Tel: 5055975300 e-posta:dryasardurmaz@hotmail.com
 Medeni Durum Evli ve 4 çocuk babası

2. Öğrenim Durumu

İlkokul: Kütahya Şair Şeyhi İlkokulu. Mezuniyet Tarihi:1981
 Lise: Kütahya Fatih Lisesi Mezuniyet Tarihi: 1987
 Lisans: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Tarihi: 1993
 Tıpta Uzmanlık: Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
 Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları ABD. (1995-2000)
 Doktora: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
 Adolesan Sağlığı Bölümü. (2014-2021)
 İkinci Üniversite: 1. Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi (Açıköğretim)
 Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü (2004-2008).
 2. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi
 Sağlık Yönetimi Bölümü (2017-2020).

3. Mesleki Deneyim:

1994-1995: Pratisyen Hekimlik: Aksaray Sarıyahşi İlçesi Boğazköy Kasabası Sağlık
 Ocağı:
 1995-2000: Uzmanlık Eğitimi: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi
 2001-2008: Uzman Doktor: Kütahya SSK Hastanesi
 2008-2011: Uzman Doktor : Özel Kütahya Anadolu Hastanesi
 2011-2017: Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi (Yrd. Doç.
 Dr.)
 2017-2018: Uzman Doktor: Özel Frigya Tıp Merkezi
 2018-2020: Uzman Doktor: Parkhayat Kütahya Hastanesi
 2020---- Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim
 Araştırma Hastanesi

4. Bilimsel Faaliyetler:

Yabancı Dilde Makaleler:

1. Düzçeker Y, Akgül S, Durmaz Y, Yaman M, Örs S, Tüzün Z, Büyüktuncer Z, Kanbur N. Is Ramadan fasting correlated with disordered eating behaviours in adolescents? Eat Disord. 2019 Jul 13:1-14. doi: 10.1080/10640266.2019.1642032. PMID: 31304879.
2. Karabiber H, Yakinci C, Durmaz Y, Temel I, Mehmet N. Serum nitrite and nitrate levels in epileptic children using valproic acid or carbamazepine. Brain Dev. 2004 Jan;26(1):15-8. doi: 10.1016/s0387-7604(03)00076-7. PMID: 14729409.
3. Yakinci C, Kutlu NO, Alp MN, Senol M, Durmaz Y, Budak T. Hypomelanosis of ito with trisomy 13 mosaicism [46, XY, der (13;13) (q10;q10), +13/46,xy]. Turk J Pediatr. 2002 Apr-Jun;44(2):152-5. PMID: 12026206.

4. Evereklioglu C, Yakinci C, Er H, Doganay S, Durmaz Y. Normative values of craniofacial measurements in idiopathic benign macrocephalic children. *Cleft Palate Craniofac J.* 2001 May;38(3):260-3. doi: 10.1597/1545-1569_2001_038_0260_nvocmi_2.0.co_2. PMID: 11386435.
5. Karabiber H, Durmaz Y, Yakinci C, Kutlu O, Gumusalan Y, Yologlu S, Yalaz K. Head circumference measurement of urban children aged between 6 and 12 in Malatya, Turkey. *Brain Dev.* 2001 Dec;23(8):801-4. doi:10.1016/s0387-7604(01)00318-7. PMID: 11720797.

Türkçe makaleler:

1. Durmaz Y, Yayan EH, Sezgin D, Yakıncı MC. Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Kavramı Hakkındaki Bilgi Düzeyi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2016: 8(2), 114-117.
2. Kapar A, Özdemir R, Durmaz Y, Demirel F, Kaçar H, Şentürk M. Süt Çocuğunda Nadir Bir Jeneralize Konvülziyon Nedeni Adaçayı Yağı İçimi. *Genç Pediatristler Dergisi*.2016: 2(2), 18-19.
3. Baysal T, Durmaz Y; Kutlu R, Yakıncı MC. (2001). Yenidoğan bebeklerde derialtı ve kas ultrasonografisinin kas içi enjeksiyon tekniği seçimine katkısı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2001: (44); 231-234.
4. Durmaz Y, Temel İ, Yakıncı MC. Valproik asit ve karbamazepin kullanan epileptik çocuklarda serum nitrit ve nitrat düzeyleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2000: (43), 339-344.
5. Yakıncı MC; Durmaz Y, Kutlu NO; Yoloğlu S, Akıncı A. Malatya İlinde 1995 ve 1999 yıllarında ilkokul çocuklarının büyümesindeki değişiklikler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2000: (43), 223-238.

Türkçe Kitap Bölümleri

1. Klinik liderlik ve Yönetim, Bölüm adı:(24. Doktor istemi Yönetimi) (2018), Durmaz Yaşar Akademisyen Kitapevi. Editör:Prof Dr. Cengiz Yakıncı, Prof Dr Işıl İrem Budakoğlu, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 628, ISBN:978-605-9354-79-0, Türkçe (Bilimsel Kitap),
2. Yurdakök Pediatri, Bölüm adı:(7. kısım ergen hastalıkları. 3. bölüm: jinekomasti) (2017)., Durmaz Yaşar, Akgül Sinem, Güneş kitapevi, Editör: Murat Yurdakök, basım sayısı:1, isbn:9789752776630, Türkçe(bilimsel kitap), (yayın no: 6106659)
3. Sözlük dergisi tıp terimleri sözlüğü, Bölüm adı:(ergen sağlığı Terimleri) (2016)., Derman Orhan, Durmaz Yaşar, Logos tıp Yayıncılık, Editör:Cengiz Yakıncı, Belgin Aksu, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 28, ISBN:1308-1500, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 6319798)
4. Çocuklarda Anamnezden Tanıya, Bölüm adı:(jinekomasti) (2016)., Durmaz Yaşar, Derman Orhan, Akademisyen tıp , Editör:Cengiz Yakıncı, Hamza Karabiber, basım sayısı:1, sayfa sayısı 350, isbn:978-605-9354-12-7, türkçe(bilimsel kitap), (yayın no: 3237291)

5. Koruyucu Sağlık Rehberi, Bölüm adı:(pika ve korunma yolları) (2012). Akbulut Gülpınar, Durmaz Yaşar, Türk eczacılar birliği eczacılık akademisi, Editör: Prof Dr. Cengiz Yakıncı, Prof Dr Erdem Yeşilada, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 624, ISBN:978-605-60137-5-1, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 2859142)