



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞININ
ADÖLESANLARIN UYKU KALİTESİ VE
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

Berrin GÖGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

TRABZON-2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞININ
ADÖLESANLARIN UYKU KALİTESİ VE
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

Berrin GÖGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

TRABZON-2021

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Berrin GÖGER'in hazırladığı "Akıllı Telefon Bağımlılığının Adölesanların Uyku Kalitesi ve Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi" başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/07/2021



Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

26/07/2021

Berrin GÖGER

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin fikir aşamasından tamamlanma sürecine kadar bilgi ve tecrübelerini hiçbir zaman benden esirgemeyen, kıymetli deneyimlerini benimle paylaşan değerli danışmanım Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana birçok katkı sağlayan, bilgisiyle yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Canan SANCAR ÖZKÖK'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve her zaman yanımda olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Birgül TUNCAY'a,

Tezimi yürüttüğüm Muammer ve Enver Şahin Anadolu Lisesi, 15 Temmuz Şehitler Anadolu Lisesi, Kelkit Abdülhamit Han Anadolu İmam Hatip Lisesi, Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Yaşar ve İrfani Doğan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Nene Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi yöneticilerine, öğretmenlerine ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenci ve velilerine,

Bugünlere gelebilmemde maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli annem ve babama,

Hayatı paylaştığım ve her zaman yanımda olan çok kıymetli eşim Ahmet Turan GÖGER'e, çalışma süresince varlığıyla bana güç veren henüz doğmamış kızım Nehir Asel GÖGER'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Berrin GÖGER

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

3

2.1. Adölesan Dönem

3

2.1.1. Adölesan Dönem Özellikleri ve Gelişim Evreleri

3

2.1.1.1. Adölesan Dönem Bilişsel Gelişim Özellikleri

4

2.1.1.2. Adölesan Dönem Fiziksel ve Cinsel Gelişim Özellikleri

4

2.1.1.3. Adölesan Dönem Duygusal Gelişim Özellikleri

5

2.1.1.4. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

5

2.2. Bağımlılık Kavramı

6

2.2.1. Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Kullanım Yaygınlığı

7

2.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı İçin Risk Faktörleri

8

2.2.2.1. Çevresel Risk Faktörleri

8

2.2.2.2. Psikolojik Risk Faktörleri

8

2.2.2.3. Sosyal Risk Faktörleri

8

2.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığının Yol Açtığı Sağlık Sorunları

9

2.2.4. Akıllı Telefon Bağımlılığının Önlenmesinde Pediatri Hemşiresinin Rolü

9

2.3. Uyku

10

2.3.1. Uyku Kalitesi

10

2.3.2. Uyku Fizyolojisi ve Uykunun Evreleri

10

2.3.3. Uyku Hijyeni

11

2.3.4. Adölesanlarda Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	11
2.3.5. Adölesanlarda Uyku Eksikliğinin Sonuçları	12
2.3.6. Adölesanlarda Uyku Kalitesinin Geliştirilmesinde Pediatri Hemşiresinin Rolü	12
2.4. Adölesan Yaşam Biçimi Davranışları ve Boyutları	13
2.4.1. Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler	14
2.4.2. Adölesan Yaşam Biçimi Davranışlarının İyileştirilmesinde Pediatri Hemşiresinin Rolü	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Edilmeme Ölçütleri	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5.1. Bağımsız Değişkenler	19
3.5.2. Bağımlı Değişkenler	19
3.6. Veri Toplama Araçları	19
3.6.1. Adölesan Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 1)	19
3.6.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu (ATBÖ-KF) (Ek 2)	19
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) (Ek 3)	20
3.6.4. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) (Ek 4)	20
3.7. Veri Toplama Süreci	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	23
3.10. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR	24
4.1. Adölesanların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.2. Adölesanların Sosyo-Demografik Değişkenleri ile Telefon Bağımlılığı Durumlarına İlişkin Bulgular	26
4.3. Adölesanların Sosyo-Demografik Değişkenleri ile PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	30
4.4. Adölesanların Sosyo-Demografik Değişkenleri ile AYBÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	34

4.5. Adölesanların ATBÖ-KV, PUKİ Ve AYBÖ Ölçek Puan Ortalamaları ve Birbirleri ile Olan İlişkilerine Yönelik Bulgular	40
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
EKLER	75
Ek 1. Adölesan Tanıtıcı Özellikler Formu	76
Ek 2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-KF (ATBÖ-KF)	78
Ek 3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	79
Ek 4. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)	81
Ek 5. Gönüllü Onam Formu	82
Ek 6. Ölçek İzinleri	83
Ek 7. Kurum İzni	86
Ek 8. Etik Kurul Onayı	89
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Evren ve örnekleme alınacak öğrencilerin sayıları	18
Tablo 2. Adölesanların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	25
Tablo 3. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması	26
Tablo 4. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların akıllı telefon kullanım özelliklerinin karşılaştırılması	28
Tablo 5. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların akıllı telefon seçim kriterleri ve kullanım amaçlarının karşılaştırılması	29
Tablo 6. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların kullandıkları sosyal paylaşım sitelerinde geçirdikleri süre ile ATBÖ-KF puanlarının karşılaştırılması (dk/gün)	30
Tablo 7. Adölesanların sosyo-demografik özelliklerine göre PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 8. Adölesanların cinsiyet, yaş ve sınıf düzeylerine göre toplam uyku saatlerinin dağılımları	32
Tablo 9. Adölesanların akıllı telefon kullanımı özelliklerine göre PUKİ puan sınıflamaları	33
Tablo 10. Adölesanların PUKİ puan sınıflamasına göre ATBÖ-KF ve AYBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 11. Adölesanların cinsiyete göre AYBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	35
Tablo 12. Adölesanların yaş gruplarına göre AYBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 13. Adölesanların aile tipine göre AYBÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
Tablo 14. Adölesanların akademik başarıya göre AYBÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
Tablo 15. Adölesanların ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ ölçeklerinin alt boyutları ve toplam puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 16. Adölesanların ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyon	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. İş akış şeması

22



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ATBÖ-KF	Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu
AYBÖ	Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
PUKİ	Pittsburg Uyku Kalite İndeksi
TÖP	Toplam Ölçek Puanı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu



ÖZET

Akıllı Telefon Bağımlılığının Adölesanların Uyku Kalitesi ve Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi

Araştırma akıllı telefon bağımlılığının adölesanların uyku kalitesi ve yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırma Aralık 2020 ve Şubat 2021 ayları boyunca Gümüşhane İli Kelkit İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı devlet liselerinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini Gümüşhane İline bağlı Kelkit İlçesinde bulunan 6 devlet lisesinin 9. 10. 11. ve 12. sınıflarında öğrenim gören 1293 öğrenci oluşturdu. Örneklemi ise 546 lise öğrencisi oluşturdu. Veriler çevrimiçi olarak Google formlar ile toplandı. Verilerin toplanmasında “Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu”, “Pittsburg Uyku Kalite İndeksi”, “Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği” ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan “Adölesan Tanıtıcı Özellikler Formu” kullanıldı. Veriler Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis-H Testi, Ki-Kare Bağımsızlık Testi kullanıldı. İki değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek üzere spearman korelasyon analizi yapıldı.

Araştırmada kız adölesanların %29.6'sında, erkek adölesanların %22.0'ında akıllı telefon bağımlılığı olduğu ve arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p=0.047$). Akademik başarısı kötü olan adölesanların telefon bağımlılığının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.001$). Bir günde dört saat ve üzerinde akıllı telefon kullanan adölesanların akıllı telefon bağımlılığının anlamlı olarak diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.001$). PUKİ ölçek puanı yaş grubu, babanın eğitim durumu ve sınıfa göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$). AYOÖ ölçek puanı akademik başarısı çok iyi olan adölesanların daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.001$). Akıllı telefon bağımlılığı ve uyku kalitesi ölçeği arasında pozitif yönlü, telefon bağımlılığı ve adölesan yaşam biçimi arasında negatif yönlü, uyku kalitesi ile adölesan yaşam biçimi arasında ise negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Araştırmada akıllı telefon bağımlılığının adölesanlarda önemli bir sağlık sorunu olduğu adölesanların uyku kalitesini ve yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilediği görüldü. Bu doğrultuda akıllı telefonların kontrollü kullanımı, uyku bozukluğuna erken müdahale ve yaşam biçiminde meydana gelebilecek olumsuzlukları önlemeye yönelik öneriler geliştirildi.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Akıllı telefon, Bağımlılık, Hemşire, Uyku, Yaşam biçimi

ABSTRACT

The Effect of Smartphone Addiction on Sleep Quality and Lifestyle Behaviors of Adolescents

The study was conducted to evaluate the effect of smartphone addiction on sleep quality and lifestyle behaviors of adolescents. The research was carried out in public high schools affiliated to Gümüşhane Province Kelkit District National Education Directorate during the months of December 2020 and February 2021. The population of the research consisted of 1293 students studying in the 9th, 10th, 11th and 12th grades of 6 public high schools in Kelkit District of Gümüşhane Province. The sample consisted of 546 high school students. Data was collected online with Google forms. "Smartphone Addiction Scale-Short Form", "Pittsburg Sleep Quality Index", "Adolescent Lifestyle Profile Scale" and "Adolescent Descriptive Characteristics Form" created by the researchers in line with the literature were used to collect data. Data were used Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis-H Test, Chi-Square Test of Independence. Correlation analysis was performed to determine the strength and direction of the relationship between the two variables.

In the study, it was found that 29.6% of female adolescents and 22.0% of male adolescents had smartphone addiction and there was a significant difference between them ($p=0.047$). Adolescents with poor academic achievement were found to have higher phone addiction ($p<0.001$). Adolescents who used smartphones for four hours or more in a day had a significantly higher smartphone addiction than other groups ($p<0.001$). It was determined that the PUKI scale score differed according to age group, father's education level and class ($p<0.05$). Adolescents with very good academic achievement scores on the AYBÖ scale were found to be higher ($p<0.001$). It was determined that there was a positive relationship between smartphone addiction and sleep quality scale, a negative relationship between phone addiction and adolescent lifestyle, and a negative relationship between sleep quality and adolescent lifestyle. In the study, it was seen that smartphone addiction is an important health problem in adolescents and negatively affects the sleep quality and lifestyle behaviors of adolescents. In this direction, suggestions were developed for the controlled use of smartphones, early intervention for sleep disorders and prevention of negative lifestyles.

Keywords: Adolescent, Smartphone, Addiction, Nursing, Sleep, Lifestyle

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Adölesan dönem fizyolojik, psikolojik, duygusal ve sosyal gelişim açısından fark edilebilir değişikliklerle karakterize bir geçiş dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş aralığını adölesan dönem olarak tanımlamaktadır. Ergenlik sürecinde farklı dönemlerde gerçekleşen ve kendi içerisinde 10-13 yaş erken adölesan, 14-16 yaş orta adölesan, 17-21 yaş ise geç adölesan dönemi sınıflandırması ise gelişimsel dönemleri anlayabilmek için kullanılan yaklaşımlardır (1). Ülkemizde yapılan adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2019 verilerine göre 10-19 yaş grubunda yaklaşık 12.8 milyon, 20-24 yaş grubunda ise yaklaşık 6.7 milyon genç nüfus saptanmıştır (2). Nüfusun önemli bir kısmını oluşturan adölesan grupta görülen fiziksel, bilişsel, psikoseksüel, psikososyal, ahlak ve spiritüel gelişim kadar aile, okul ve akran çevresini de içerisine alan değişikliklerin bilinmesi önemlidir (3).

Dünya nüfusunun %43'ünü temsil eden 2.5 milyardan fazla akıllı telefon kullanıcısı arasında genç nüfus büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Teknolojiye erişim olanağı yüksek olan adölesan grup akıllı telefonları yaşam tarzlarının önemli bir parçası haline getirmiştir. Akıllı telefon kullanımının kontrol edilememesi sorunlu davranışsal bağımlılıklara yol açabilmekte ve gençlerin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir Akıllı telefon kullanımının artışı ile uyku süresi ve öznel uyku kalitesi negatif bir ilişkiye sahiptir. (4). İsviçre'de yapılan bir çalışmada akıllı telefon kullanımından kaynaklanan elektromanyetik alanların uyku kalitesini etkilediği ve bu durumda serebral kan akışında, melatonin ritimlerinde ve uyanmakta olan elektroensefalogramlarda yansıtılan diğer ilgili beyin aktivitelerinde değişikliklere yol açtığı bildirilmiştir (5).

Adölesanlar için yenilik arama, duygusal ve bilişsel yanıt alma isteği, kullandıkları akıllı telefonlarını kişiselleştirebildikleri her zaman ve her yerde kullanabildikleri için bu cihazlar günlük yaşamlarında vazgeçilmez hale gelmiştir. Akıllı telefonlar gerçeklikle karşılanamayan psikolojik ihtiyaçları çevrimiçi ortamda karşılayabildiği için gençlerin telefon kullanım ve bağımlı olma eğilimlerinin artıp, zihinsel sağlık ve sosyal uyum sorunları yaşayabileceği bildirilmektedir (6).

Akıllı telefonlar eski sabit cihazlardan farklı olarak taşınabilirlik özelliği ile pediatrik popülasyon için sürekli uyarılmaya izin vermektedir. Bu mobil cihazlar uyku süresini doğrudan, geciktirerek veya kesintiye uğratarak olumsuz etkileyebilmekte; telefon içeriği uyarıcı olabilmekte ve bu cihazlardan yayılan ışık melatonin baskılanmasına yol açarak sirkadyen ritmi ve uyku fizyolojisini etkileyebilmektedir. Sorunlu telefon

kullanımına bağılı olarak ortaya çıkan uyku bozukluğunun; büyüme-gelişme geriliği, obezite, zayıf beslenme, bağışıklığın düşmesi, depresyon, anksiyete, intihar eğilimleri ve madde kullanımı gibi kısa ve uzun vadeli zararlı sağlık sonuçlarına yol açabileceği bildirilmektedir (7). Kanada’da yapılan bir çalışmanın sonucunda gündüz uykulu olduğu bildirilen 14-18 yaş arası adölesanların sosyal, spor ve iş faaliyetlerinde aksaklıklar yaşadığı bildirilmiştir. Gecede 10 saat ve üzeri uykunun ise 12-18 yaş arası adölesanlarda endişe verici olabileceği ve kötü ruh sağlığı ile ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir (8).

Adölesan dönem sağlıklı yaşam biçimi, okul/arkadaş ve aile ortamı gibi çeşitli belirleyicilerin karmaşık ilişkisini içerir. Sağlıklı yaşam biçimi temel davranışları fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, olumlu kişilerarası ilişkiler, alkol/tütün tüketiminin olmaması, kafein ve uyarıcı ilaçların kullanılmaması, yeterli uyku ve ekran önünde geçirilen daha az zaman değişkenlerinden oluştuğu ifade edilmektedir (9, 10).

Yaşam biçimi ve davranışlarının adölesan sağlığı üzerine önemli etkileri vardır. Suudi Arabistan’da akıllı telefonları yoğun bir şekilde kullanan katılımcılar arasında yapılan bir çalışmada fast-food tüketiminin artması, kilo alımı, sedanter yaşam ve daha az uyku sonucuna varılmıştır. Adölesan dönem, her açıdan riskli davranışların daha fazla görülebildiği bir geçiş dönemidir. Olumlu yaşam biçimi ve sağlık davranışlarının benimsenmesi ve bunun yaşam boyu sürdürülebilmesinin kritik öneme sahip olduğu belirtilmektedir (11).

Bilgiye ulaşım, sosyal iletişim ve eğlence gibi birçok işlevin bir arada yapılmasını sağlayan ve her geçen gün gelişen bir teknoloji olan akıllı telefonların adölesanlar arasındaki kullanım yaygınlığı gün geçtikçe artmaktadır. Akıllı telefon bağımlılığının konu alındığı çalışmalara bakıldığında bu davranışsal bağımlılığın akademik performansta düşüş, düşük uyku kalitesi, fiziksel, psikolojik ve nörolojik problemler ve karar verme sürecindeki bozukluklara yol açtığı görülmektedir (12).

Bu araştırma, akıllı telefon bağımlılığının adölesanların uyku kalitesi ve yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

Adölesan dönem çocukluk ve yetişkinlik arasında yaşanan hem olumlu hem de olumsuz yaşam yörüngelerinin ortaya çıktığı büyüme ve metabolizma hızının artması ile cinsel olgunlaşma sürecini içeren sayısız fiziksel ve biyolojik değişikliklerle karakterize bir geçiş dönemidir (3, 13). Literatürde çeşitli faktörler göz önüne alınarak adölesan dönem ile ilgili farklı tanımlar görülebilmektedir. DSÖ, 10-19 yaş aralığını adölesan dönem olarak sınıflandırırken, Erikson farklı toplum ve kültürlerde tüm bireylerin gelişim aşamalarının farklılık gösterdiği bir zaman dilimi olarak tanımlamıştır (14).

Bu süreçte hormonlarda meydana gelen dalgalanmalar adölesan döneme özgü fiziksel gelişim, ruhsal değişim, sosyal süreçlerdeki değişiklikler döneme ve bireye özgü farklılıklar olarak karşımıza çıkmaktadır (15). Ayrıca çocukluk ve yetişkinlik arasındaki bu geçiş döneminde çevresel etkilere de maruz kalarak adölesanın doğasına özgü ve bireysel farklılıklara göre değişen psikolojik bir geçiş aşamasına girerler (16).

2.1.1. Adölesan Dönem Özellikleri ve Gelişim Evreleri

Hassas ve kademeli bir geçiş dönemi olan adölesan dönemin zamanlaması erkek ve kız cinsiyetinde farklılıklarla karşımıza çıkmaktadır. Cinsiyete bağlı olgunlaşma sürecini incelemek, adölesan bireyi biyo-psiko-sosyal süreçler yönünden değerlendirmeyi kapsamaktadır (17).

Çocukluktan çıkıp yetişkinliğe doğru giden ve içinde hızlı biyolojik değişiklikleri barındıran bu döneme sağlıklı kız çocukları 10 yaş, erkek çocukları ise 12 yaş civarında geçiş yaparlar. Adölesan dönem farklı özelliklerin görüldüğü erken, orta ve geç dönemler olmak üzere nitelendirilmektedir. Erken adölesan dönem olarak nitelendirilen 10-13 yaş arasındaki grup aileden bağımsız olma isteği, beden imajı konusunda endişelerin yaşandığı, akran ilişkilerinin önem kazanıp, bilişsel özelliklerinde gelişme göstermesiyle karakterize bir dönemdir. Orta adölesan dönem olarak nitelendirilen 14-16 yaş arasındaki grup arkadaş ilişkilerinin daha yoğun yaşandığı, duygusal beraberliklerin görülebildiği, tehlikeli davranışların arttığı daha riskli bir dönem olarak değerlendirilmektedir (18). Geç adölesan dönem olarak nitelendirilen 17-21 yaşta ise yetişkin ilişkileri geliştirip, sorumluluk alabilmeyi öğrenmişlerdir. Bu dönemde büyüme ve gelişme tamamlanmıştır (3, 18).

2.1.1.1. Adölesan Dönem Bilişsel Gelişim Özellikleri

Adölesanın doğumuyla beraber biyolojik, fiziksel ve genetik özellikleri bilişsel gelişimini etkileyebilmektedir (19). Bilişsel gelişim adölesanların kişisel görüşleri, akran, aile ve dünya ile olan ilişkileriyle yakından ilgilidir. Bu dönemin sonlarına doğru adölesan birey kendi özerkliğini ilan etmiştir (1, 20). Olgunlaşma ile ortaya çıkan farklı deneyimler adölesanın bir önceki dönemindeki bilgileri ve deneyimleri ile çelişebilir ve mevcut durumda farklı geçişlere neden olabilir. Çocukluk dönemindeki somut düşünceler adölesan dönemde yerini farklı düşünce süreçlerine bırakmıştır. Dolayısıyla bu dönemde ortaya çıkan problemlerin çok faktörlü çözüme yönelik bileşenleri barındırabileceği ifade edilmektedir (19).

Adölesanların bilişsel gelişiminin mantıksal bir soyutlama ve empati yeteneğinin artışına odaklandığının görüldüğü de belirtilmektedir (21). Mantıksal düşüncenin başlamasıyla birlikte farklı hipotezler kurarak gelecek planları yapabilirler. Dil gelişimleri ile birlikte kelimelerin farklı anlamlarını kullanmaktan hoşlanırlar (3).

2.1.1.2. Adölesan Dönem Fiziksel ve Cinsel Gelişim Özellikleri

Adölesan dönemin biyolojik başlangıcı kızlar ve erkeklerde farklılıklar gösterebilir. Pubertal olgunlaşma kızlarda pubik kılları ve meme gelişimi, erkeklerde ise pubik kıllarının ve genital organların gelişimi ile karakterizedir. Gelişim yaşı, pubertedeki her bir çocuğun kemik gelişimi, her iki cinsin spesifik vücut görünümü kızlarda menarş ve erkeklerde sesin kalınlaşması gibi sekonder cinsel özelliklerin görülmesi olgunlaşmanın bir ölçüsü olarak kabul edilmektedir (22).

Kızlarda 8-13 yaşlarında memelerin tomurcuklanmasından yaklaşık bir yıl sonra ilk aybaşı kanaması olur. Erken adölesan dönemde ise tüylenme, meme dokusunda büyüme ve vajinal akıntı görülebilmektedir. Erkeklerde testislerin büyümeye başlamasını (13-14 yaş) takiben peniste büyüme hızlanır. Koltuk altı tüyleri belirginleşir, seste değişimler yaşanır, göğüs ve omuzlar da cinsiyete özgü bir şekilde genişler (23). Yetişkin dönemde sahip olacakları vücut ağırlığının yaklaşık %25-50'sini bu dönemde kazanırlar. Steroid hormonları ve büyüme hormonunun etkisi ile kemik mineral içeriği ve kas kütlesindeki artışla birlikte cinsiyete özgü bir şekilde vücutta yağ dağılımında da değişiklikler görülebilmektedir (24, 25).

Kızlarda over hormonlarının etkisiyle yağlanma artmaya devam eder. Kızlar, adölesan dönemi boyunca 7-25 kg arası ağırlık artışı 5-20 cm arasında boy uzunluğu meydana gelir. Erkekler de ise kas kitlesi artışı adölesan dönem boyunca devam eder ve ortalama 7-30 kg arasında kilo alırlar ve 15-30 cm arası bir boy uzunluğu kazanırlar (1).

Yetişkin boyunun yaklaşık % 15-20'si adölesan dönemde kazanılır. Sağlıklı bir kız çocuğu adölesan dönemdeki büyüme hızına yaklaşık 10 yaşında başlayıp, en yüksek büyüme hızına 12 yaşında ulaşırken; erkek çocuklarının ise 12 yaşında başlayıp, 18 yaşında yetişkin boyuna ulaşabildiği belirtilmektedir (24).

2.1.1.3. Adölesan Dönem Duygusal Gelişim Özellikleri

Çocukluk ve yetişkinlik arasındaki dönem adölesanların duygusal davranışlarının olgunlaşması için kritik bir süreçtir. Bu büyüme döneminde olgunlaşan bireyler davranışlarını daha iyi kontrol edebilir. Duygularını çeşitli ifade tarzlarıyla aktarmaya başlayabilir, soyut düşünme, seçici kararlar verme ve planlama gibi yeteneklerde gelişmeler görülebilmektedir (26).

Adölesanlar bağımsız hareket etmek isteyebilir, bu süreçte ebeveynlerinden ayrı ve kendinin onayladığı davranışları sergileyebilir, kendi değer ve hedefleri doğrultusunda hareket edebilirler (27). Adölesan dönemde duygusal gelişim büyük farklılıklar gösterse de, sosyal çevrenin etkilerine karşı savunmasız bir dönem ile karşılaşmaktadır (28).

2.1.1.4. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Adölesanın sosyal, cinsel ve mesleki kimliğinin oluşması gelişimsel dönemin özellikleri arasındadır. Kendi duygu ve düşüncelerine odaklanabilir ve hızlı bir gelişim içerisindeyken geleceğe yönelik planlarına yön vermedeki ebeveyn ve çevre baskısı adölesanı, psikososyal kimliğini yeniden gözden geçirmeye sevk edebilir. Akran grupları ve beden imajı bu dönemde önem kazanmıştır. Aileden uzaklaşıp, karşı cinsle duygusal ilişkiler başlayabilir. Dış görünüme verilen önem artmıştır. Giyim tarzı, saç şekli, kilolu veya zayıf olma durumu akran grubuna kabul için önemlidir. Sekonder cinsiyet özelliklerinin erken veya geç görünmesi adölesanın öz saygısını etkileyebilir. Arkadaşlık ilişkilerinde farklılıklar görülebilir. Madde bağımlılığı, cinselliği deneme girişimleri, taşıt kullanımı ve kazaları erken ve orta adölesan dönemdeki riskli davranışlar arasında gösterilebilmektedir. Geç adölesan dönemde ise kimlik kazanımı ve öz saygı artmıştır.

Ebeveyn ve akran grubu arasındaki ilişkileri daha dengeli bir durumda olan adölesan birey bu dönemde daha idealist olma eğilimindedir (3).

2.2. Bağımlılık Kavramı

Bağımlılık, duygu düşünce ve davranışların kontrolünün kaybedilmesiyle karakterize psikolojik ve bedensel ortaya çıkan, fonksiyonları değiştirici madde veya davranışlarla progresif bir durum olarak tanımlanabilir. Bu tanım hem madde hem de davranışsal bağımlılıkları kapsamaktadır (29).

Davranışsal bağımlılıkların esas özelliği kişinin kendisi ve bir başkasına karşı gerçekleştireceği zararlı eylemi gerçekleştirme dürtüsüne engel olamamasıdır (30). Fonksiyonel bozukluklara yol açarak günlük yaşamda olumsuz sonuçlar doğuran davranış kontrollerinin azalması ve sürekliliği ile karakterize patolojik davranışlardır. Literatürde kumar ve oyun bozukluğunun davranışsal bağımlılıklar olarak kabul edilmesinin yanı sıra internet kullanım bozuklukları, sosyal ağların sorunlu kullanılması, dürtü kontrol bozuklukları ve mobil cihazların sorunlu kullanımları yoğun bir şekilde tartışılmaktadır (31).

Bağımlılık yapan davranışı gerçekleştirmeden önce sinirlilik veya davranışı gerçekleştirmeye yönelik dürtüler eylemin gerçekleştirildiği sırada ise rahatlama duygusunun hissedildiği belirtilmektedir (30).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'nin beşinci baskısındaki revizyonunda internet bağımlılığı madde dışı bir davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilerek 2013 yılında revize edilen ve ilk kez internet bağımlılığı kavramına yer verilen DSM-5'de kumar bağımlılığı ölçütleri internet bağımlılığı için uyarlanarak, bu ölçütler sadece internet bağımlılığı için değil her türlü dijital bağımlılığı kapsayacak şekilde belirtilmiştir (32).

Akıllı telefon bağımlılığının DSM-5'e dâhil edilmesi için sayıları giderek artan çalışmaların sonuçları DSM'ye göre madde kullanım bozukluklarında görülen meşgul olma, hoşgörü, aşermeyi kontrol edememe, günlük yaşam işlevlerinde bozulma, zararlı sonuçların göz ardı edilmesi ve geri çekilmenin görüldüğü birkaç bağımlılık semptomatolojisine dayanarak kavramsallaştırılmıştır (33).

2.2.1. Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Kullanım Yaygınlığı

Akıllı telefon bağımlılığı alışılmış veya istekli olarak yapılan kompulsif davranış kalıplarının görüldüğü, disforik duyguların kontrolü esnasında kişiye fiziksel, zihinsel ve sosyal zararlar veren, telefona aşırı dikkatli ve kontrolsüz bir şekilde bağlanmasıdır. Bu sorun davranışsal bağımlılıkları yansıtan davranış modeli ile benzerlik göstermektedir (34).

Pubertal dönemin getirmiş olduğu değişikliklerin bu grubu memnuniyetsiz kılarak aşırı akıllı telefon kullanımı ile birlikte davranışsal bağımlılık görülme olasılığını arttırarak kullanıcılarına fiziksel, bilişsel ve sosyo-ekonomik açıdan yıkıcı etkiler bırakabilecekleri belirtilmiştir (35, 36). İnsanlara bireysel cep telefonu kullanım heyecanını 1990' lı yıllarda yaşatan cihazların 2000'li yıllarda akıllı telefonların da üretilmesiyle birlikte daha geniş kitlelere ulaşım olanağı sağladığı bildirilmektedir (37).

İnternet, oyun, teknoloji bağımlılıklarının getirmiş oldukları olumsuz sonuçların kaynağının akıllı telefonlar olduğu belirtilmektedir. Bu teknolojinin gelişimi modern toplumlarda potansiyel davranışsal bağımlılıkların görülebilirliğini arttırmıştır. Küresel çapta 2016 yılında 3.9 milyar akıllı telefon kayıtlara geçerken bu sayının 2022'de 6.8 milyara yükselmesiyle birlikte kullanıcısının bu cihazlara olan derin bağlılığının da artacağı konusundaki endişeleri de beraberinde getireceği ifade edilmektedir (38, 39). Dijital 2018 raporuna göre dünyada cep telefonu olan insan sayısı 5.1 milyardır (40). 'We Are Social' 2019 raporu ise dünya genelinde yaklaşık 5.5 milyar akıllı telefonun kullanımda olduğunu bildirmiştir (41).

Küresel çapta akıllı telefon kullanıcısı adölesanların oranına bakıldığında Hindistan'da akıllı telefon bağımlılığının %39 ile %44 arasında değiştiği, Koreli ortaokul ve lise öğrencilerinin yaklaşık %90'ının bir akıllı telefona sahip olduğu, birçok batı ülkesinde de Asya'dakine benzer şekilde İspanya'da bağımlılık yaygınlığının %20, Birleşik Krallık'ta İngiliz öğrenciler arasında sorunlu kullanıcıların %10 ve İsviçre'de 12-19 yaş aralığındaki adölesanların neredeyse hepsinin (%98) bir akıllı cep telefonu olduğu bildirilmiştir (42-44). Dijital 2018 raporuna göre ise Türkiye'de cep telefonu kullanımının %98, akıllı telefon kullanımının ise %77 olduğu belirtilmektedir (40).

Türkiye'de TÜİK 2019 verilerine göre Türkiye nüfusunun cep telefonu bulunan kişi sayısı 82 896 108'dir. Türkiye Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması göre altı 15 yaş aralığındaki çocukların cep telefonu kullanımına başlama yaş ortalaması 10

olarak belirtilmiştir. Cep telefonu kullanım amaçları arasında ise en çok konuşma, oyun oynama, mesajlaşma ve internete girme olduğu belirtilmiştir (45). Türkiye’de 16-24 yaş aralığındaki gençlerin cep telefonu kullanım oranı ise %94.2 olarak raporlanmıştır (46).

2.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı İçin Risk Faktörleri

2.2.2.1. Çevresel Risk Faktörleri

Yenilikçi teknoloji cep telefonu uygulamalarını hızla geliştirerek kullanım yaygınlığını arttırmıştır. Ebeveynleri ile olan aile içi ilişkileri ve ailenin çevresel faktörlerindeki olumsuzlukların adölesanlarda sorunlu akıllı telefon kullanma olasılığını arttırdığı belirtilmektedir. Yenilikçi arayışları, sosyal etkileşimde bulunma istekleri, bağımsızlık becerilerini kazanmaları ve beyin yapılarındaki değişiklikler sorunlu akıllı telefon kullanımına yatkın hale getirebilir. Denetleme mekanizması zayıf, çocuklarına eğitim ve rehberlik sağlayamayan ebeveyn tarzının da adölesanlarda problemli akıllı telefon kullanımını arttırabileceği belirtilmektedir (47).

2.2.2.2. Psikolojik Faktörler

Oulasvirta ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu bir çalışmanın ana bulgularına göre akıllı telefon bağımlılığının psikolojik faktörleri arasında sürekli kontrol etme alışkanlığının yer aldığı sonucuna varılmıştır. Duysal faktörlerinde tetiklediği kontrol edememe durumu telefonun sağlamış olduğu iletişim, sosyal ağ ve eğlenceye erişim olanaklarının kullanıcılarının can sıkıntısından kaçıp, uyarılma eksikliğini gidermek için bildiri almamasına rağmen sürekli ekrana bakma isteğini uyandırmasıyla akıllı telefon kullanımının günlük yaşam pratiğine dönüştüğü belirtilmiştir (48).

Yalnızlık, utangaçlık, düşük benlik saygısı ve yüksek kaygı durumu olan kişilerin sanal ortamda daha rahat iletişim kurabildikleri ve olumsuz duygularla bu şekilde başa çıkabildikleri için telefon bağımlılığı geliştirmeye daha yatkın oldukları ifade edilmektedir (47).

2.2.2.3. Sosyal Risk Faktörler

Adölesan grup için okul hayatının davranışsal bağımlılığının gelişiminde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Gençlerin sanal etkinlikler düzenlemesi, internete erişiminin ve telefon kullanımının okul ortamında daha rahat olması bağımlılık eğilimini arttırabileceği, akran desteğinin eksikliği veya bir gruba ait olma isteğinin de akıllı telefona bağımlılığı arttırabileceği ifade edilmektedir (47).

2.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığının Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Küçük ölçekli bir bilgisayar olarak nitelendirebileceğimiz akıllı telefonların sorunlu kullanımı davranışsal bağımlılık kriterleri ile karakterize edilmiş ve aşırı kullanımının fiziksel ve ruhsal sağlık üzerine olumsuz etkilere yol açabileceği bildirilmiştir (49). Genç nüfusun yalnızlığına karşı baş etme yöntemi olarak ortaya çıkan aşırı akıllı telefon kullanımı artan stres ve anksiyete seviyelerine, düşük özgüven, düşük benlik saygısı, düşük sosyal beceri, zayıf akademik performans, uyku bozuklukları, depresyon ve üst ekstremitelerde fonksiyon kaybı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (49, 50).

Akıllı telefonlar bireyin karmaşık olan bilişsel yükünü örneğin cep telefonu numaralarını saklayabilmeleri, kullanıcıya hatırlatma yapabilmeleri özellikleriyle insan beyninin bir uzantısı haline gelerek beyni demans riskine teşvik edebileceği belirtilmektedir. Çevrimiçi ortamda daha az düşünceli olduğu, davranış ve söylentilere dikkat edilmediği, görgü kurallarının olmadığı takıntılı telefon kullanımının, dağınık bir yaşam tarzını teşvik ettiği açıklanmıştır (51).

Alışılmış çevrimiçi iletişimi sağlayan mobil cihazların yokluğunda görülen nomofobi (cep telefonu yok) kavramı kişide rahatsızlık ve kaygı durumlarına yol açabilmesiyle ilişkilidir. Konu ile ilgili araştırmalar akıllı telefon kullanımının azaltılmaya çalışılmasının veya erişememe durumunun kalp atış hızında değişiklikler, gerginlik ve endişe gibi sonuçlara yol açabileceğini öne sürmektedir. Dahası bu çevrimiçi iletişimde yüz yüze etkileşimden kaçınan adölesan grupta sosyal anksiyeteye bağlı yüksek kaygı görülmesi de kullanıcının olumsuz yönlerini gizleme olasılığını da ortaya koyduğunu bildirmiştir (52).

2.2.4. Akıllı Telefon Bağımlılığının Önlenmesinde Pediatri Hemşiresinin Rolü

Pediatri hemşireleri, uzmanlık alanları, bilgi ve deneyimleriyle akıllı telefonların aşırı kullanımıyla meydana gelecek fiziksel, duygusal ve sosyal risklerin azaltılmasında önemli bir konumdadır. Pediatri hemşireleri fiziksel ve psikolojik şikâyetler, kişiler arası ilişkilerde problemler, okul ortamında yaşanan sorunlar ve uyku bozuklukları gibi durumları sorunlu akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkilendirebileceği ve değerlendirip başa çıkma stratejileri geliştirebileceği belirtilmektedir (53).

Hemşirelerin, ebeveyn- çocuk ilişkisini adölesan sağlığını korumak ve güvende tutmak için girişimlerde bulunabilecekleri belirtilmektedir (54). Dijital bilinç

farkındalığının arttırılması ve sorunlu akıllı telefon kullanımının çocuk sağlığı tehlikeleri konusunda ebeveynlerin eğitilmesine katkı sağlayabilir. Adölesan grupla da teknolojinin bir parçası olan akıllı telefonları kullanım sınırlarının belirlenmesinde ve teknoloji tabanlı iletişimin aksine kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesiyle yaşamın daha da anlamlı olabileceği konusunda rehber olabilmektedir (53). Uyku saatlerinin ve süresinin önemi, telefonların yatak odalarında olmaması ve yatmadan kapatılması, ebeveyn kontrolünün arttırılarak çocuklarının teknolojik alışkanlıklarına dikkat etmeleri hakkında danışmanlık ve eğitimlerde aktif rol alabilecekleri ifade edilmiştir (55).

2.3. Uyku

2.3.1. Uyku Kalitesi

Uyku, insan vücudunun biyolojik bir ihtiyacıdır. Uykudan duyulan memnuniyeti ifade eden uyku kalitesi kavramı fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması için önemlidir. Yetişkinliğe geçiş sürecinin yaşandığı adölesan dönemde uykunun bilişsel işlevleri, fiziksel büyümeyi, davranışsal ve duygusal gelişimi etkilediği belirtilmektedir (56).

Adölesan dönem biyo-psiko-sosyal ve davranışsal gelişim ve değişime açık hızlı bir dönemdir. Uyku kalitesi yaşam kalitesinin önemli bir parçası olarak görülmesiyle birlikte dünya genelinde yapılan çalışmalara göre düşük uyku kalitesine sahip lise öğrencilerinin oranının %25 ile %40 arasında değiştiği ve zayıf uykunun oldukça yaygın olduğu ifade edilmektedir (56, 57). Günlük uyku isteği farklı yaşlara göre değişmekle birlikte, Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi'ne göre altı 12 yaş arası uyku süresinin dokuz ile 12 saat, 13 ile 18 yaş arası popülasyonda ise günde sekiz ile 10 saat olduğu bildirilmiştir (58).

2.3.2. Uyku Fizyolojisi ve Uykunun Evreleri

Uyku homeostazis ve sirkadyen ritim tarafından yönetilen fizyolojik bir durumdur. Homeostatik süreç son uykudan diğer uykuya kadar geçen süreye bağlı olarak uyku üretilmesidir (59). Sirkadyen ritim ise organizmayı ışık ve karanlık gibi çevresel ipuçlarına sürükleyen sistemdir. Uyku-uyanıklık döngüsü, hormonal denge ve insan davranışları gibi fizyolojik sistemlerin senkronizasyonunu sağlamada rol oynar (60).

Uyku için REM (Papid Eye Movement) ve Non-REM uykusu olmak üzere iki evre tanımlanmıştır. REM uykusunda 90 dakikada bir ortaya çıkan beş ile 30 dakika arasında süren bu evrede rüya görülebilmektedir. Göz ve kas hareketleri hızlı ve düzensiz olabilir.

Non-REM uykusu ise bazal metabolizmanın düşmesiyle birlikte vücut işlevlerinde azalma ile karakterize uyku örüntüsü olarak ifade edilmektedir (61).

2.3.3. Uyku Hijyeni

Uyku süresinin yeterliliği, kalitesi ve gündüz uyanıklık işlevi uyku hijyeni olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam ve düzenli uyku programını içeren uyku hijyeninin bilişsel ve duygusal bileşenleri uyku kalitesinin belirleyicileri arasında gösterilmektedir (62). Yaşam tarzı ve çevresel faktörlerle ilişkili olan uyku hijyeni davranışlarındaki bozuklukların adölesanlarda kronik uykusuzluğa neden olabileceği ifade edilmektedir (63).

Kafeinli içeceklerden kaçınmak, yatmadan önce fazla su içmemek, yemek yememek, uyanık tutan aktivitelerden kaçınmak uyku gecikmesini kısaltarak uyku süresini uzatmak yeterli uyku hijyeni olarak değerlendirilmekle birlikte dikkat ve hafızanın sürdürülebilirliği açısından da önemi vurgulanmaktadır (64, 65).

2.3.4. Adölesanlarda Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Adölesanlarda uyku yetersizliği veya uyku yoksunluğu okula başlama zamanının erken saatlerde olması, ekran tabanlı teknolojik cihazlardan TV, bilgisayar, akıllı telefonlara maruziyetin ve kullanımlarının artması, beklenen akademik talepler, hafta içi ve hafta sonu uyku saatlerinde meydana gelen değişiklikler, kafein tüketimi, obstrüktif uyku apnesi gibi uykuda solunum bozuklukları, aile yapısı ve ebeveynlik yaklaşımları da adölesanların psikolojik durumunu ve uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir (58, 66-69).

Uyku süresindeki kısalma ve gündüz uykululuğu ile ilişkilendirilen teknolojik cihazların daha küçük, hafif ve kablosuz olarak kullanılabilir hale gelmesi adölesanların bu cihazları yataklarına taşımaları ve yatmadan önce yaptıkları aktiviteler adölesan uykusunu olumsuz etkilemektedir. Karanlık bir ortamda bu cihazların parlak ekranlarına maruz kalınması ve yüze yakın tutulması melatonin seviyesini baskılar ve sirkadyen saati geciktirir. Ayrıca akıllı telefonlara gelen mail, kısa mesaj ve sosyal ağ bildirimlerinin adölesanları uyandırarak uyku kesintilerine neden olabileceği belirtilmektedir (70, 71). Yapılan bir çalışmada ışıklar söndükten sonra adölesanların cep telefonunu kullanım oranlarının artmasıyla birlikte gündüz yorgunluğunun ve aşırı uykululuğunda doğru orantılı olarak arttığı gösterilmiştir (72).

2.3.5. Adölesanlarda Uyku Eksikliğinin Sonuçları

Adölesan dönem boyunca uyku beyin gelişimi açısından önemli bir yere sahip olmasına rağmen araştırmalar sonucu çoğu adölesanda uyku yoksunluğunun görülebildiği belirtilmiştir. Yatma zamanının gecikmesi, okul dersleri, elektronik cihazlarla geçirilen sürenin artması ve sosyal ağlar gibi faktörlerin yol açtığı kronik uyku yoksunluğunun zihinsel ve bilişsel işlevleri yürütmede olumsuz etkiye sahip olacağı belirtilmektedir (73). Adölesan dönemde sirkadyen ritmin geç saatlere kayması epifiz bezinden salgılanan melatoninin gecikmesiyle sonuçlanmaktadır (74). Bu gecikmeyle birlikte adölesanlarda depresyon, intihar düşüncesi, beden kitle indeksinde artış, sosyal anksiyete bozukluğu, akademik performans düşüklüğü, düşük yaşam doyumu ve benlik saygısı, alkol ve madde doyumu kullanımı gibi riskli davranışlarda artış, gündüz uykululuğu, düşük bağışıklık sistemi, gelişme geriliği, uyku kaybindan kaynaklanan yürütücü işlev bozuklukları, dikkat eksikliği ve zorbalık olmak üzere yetersiz uykunun sayısız olası sonuçlarının görülebileceği ifade edilmektedir (56, 74-79).

2.3.6. Adölesanların Uyku Kalitesinin Geliştirilmesinde Pediatri Hemşiresinin Rolü

Pediatri hemşireleri, adölesanlarda uyku kalitesinin geliştirilebilmesi için farkındalık yaratabilmeli, bilişsel ve davranışçı temelli uyku stratejileri geliştirilebilmelidir. Sağlıklı uyku rutinlerinin teşvik edilebilmesi okul döneminde önemli olabilir. Adölesanlarda problemi görmek, tanımlamak ve stres yönetimi konusunda yardımcı olunması gerekmektedir (80).

Adölesanlarda akıllı telefonların neden olduğu yetersiz uyku kalitesiyle baş edebilmek adına okullarda bilgilendirici broşürler, okuma materyalleri, koridorlarda konu ile ilgili posterler yer alabilir. Ebeveyn ve çocuk eğitimi okul sağlığı hemşirelerinin de içerisinde olduğu multidisipliner bir çalışma yürütülebilir ve güncel bilgilerle bu eğitimler süreklilik kazanabilir. Işık yayan bu cihazların uzun süre kullanımının uyku, ruhsal ve fiziksel sağlığı olumsuz etkileyebileceği belirtilmelidir. Ebeveyn ve çocuğun iletişim düzeyini artırıcı bilgilendirmeler yapılabileceği ifade edilmektedir (81).

Amerikan Tıp Derneği/Amerikan Uyku Akademisi'nin 2010 yılındaki bir kararında adölesan uykusuzluğunun sağlığı olumsuz etkileyeceği belirtilmiştir. Sağlıklı İnsanlar 2020 Raporu'na göre adölesanlardaki ekran medyası maruziyetinin olumsuz sonuçlarının en aza indirilmesi kararı alınmıştır. Bu öneriler doğrultusunda adölesan sağlığı ve gelişiminin korunabileceği stratejik planlarda rol oynayabileceği belirtilmiştir (79, 81).

2.4. Adölesan Yaşam Biçimi ve Boyutları

Yaşam biçimi davranışları fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı bütüncül bir şekilde ele alan çok boyutlu bir yapıdır. Adölesanlar için yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi bu yaş grubundaki popülasyonun sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık durumu kötü olan kesimin değerlendirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi için müdahale ve stratejilerin belirlenmesi açısından önemlidir (82, 83).

Bu sağlık boyutları ele alınacak olursa; sağlık sorumluluğu, adölesan dönemin getirmiş olduğu biyolojik değişikliklere ayak uydurmaya çalışan bireyin sağlık alışkanlıkları ve korunması için sorumluluk üstlenebilmesidir. Bu dönemde kazanılan alışkanlıkların adölesanın yetişkinlik dönemindeki sağlık sorumluluğunu etkileyeceği ifade edilmiştir (84). Öz yeterlilik düzeyi yüksek olan adölesanların sağlıkları için daha fazla sorumluluk alabildikleri ve stresle daha iyi başa çıkabildikleri belirtilmektedir (85).

Fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılması, insan sağlığına sayısız fiziksel ve psikososyal yarar sağlayabileceği belirtilmiştir (86). Aktif yaşam tarzı bireyi kalp hastalıkları, kanser, diyabet, hipertansiyon, obezite gibi metabolik hastalıklar ve ruhsal bozukluklardan uzak tutar (87). Fiziksel aktivitenin kısıtlandığı asansörler, yürüyen merdivenler, ekran karşısında geçirilen sürenin artması ve taşıt kullanım olanaklarının genişlemesi mevcut çevreyi sağlığa zararlı hale getirebilmektedir. Bu durumda fazla kilo gençlerde depresyon, anksiyete, kişiler arası ilişkilerin bozulması gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir. Yapılmış bir araştırmaya göre dünya genelinde 11-17 yaş aralığındaki adölesanların %81'inin DSÖ'nün geliştirmekte ve gelişmiş ülkelerde günde 60 dakika ve üzerinde fiziksel aktivite seviyesi önerisini karşılamadığı bildirilmektedir (86).

Beslenme alışkanlıkları çocukluk ve adölesan dönemlerinde sağlıklı bir şekilde kazanılırsa ilerleyen dönemde kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltmaktadır (88). Yemek sırasında yaygın olarak kullanılan teknoloji olan akıllı telefonların yemek yeme davranışlarını değiştirdikleri ve gıda tüketimi ile birlikte alınan kalorinin de arttığı belirtilmektedir (89).

Pozitif yaşam bakışı, pozitif gençliğin yetişmesi ve yaşamın anlam kazanması adölesanlar için önemli bir boyuttur. Psikolojik gelişimin sağlıklı olması adölesanların davranışlarına ve sosyal ilişkilerine yansıdığı belirtilmektedir. Pozitif yaşam bakışının

olmayışı veya eksikliği adölesanlarda duygusal istikrarsızlık, güvensizlik ve yaşamında anlamlı hedefler oluşturmaya engel teşkil edebileceği savunulmaktadır (90).

Kişiler arası ilişkiler akıllı telefon kullanımının ve son trend teknolojik cihazlara eğilimin adölesanlarda psikolojik, fizyolojik ve davranışsal sorunları da beraberinde getirdiğine dikkat çekmektedir. Mevcut çevresiyle uyumsuz olan adölesanların duygusal ve sosyal gelişimi olumsuz etkilenerek kişiler arası çatışmaların, akıllı telefon bağımlılığı oranını arttırdığı, adölesan bireyin yalnızlaştığı ve ebeveyni ile iletişimde boşluk yaşanması durumunda depresyon ve anksiyeteye eğiliminin arttığı belirtilmiştir (91).

Stres yönetiminde Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), adölesanlarda 12 yaşından itibaren anksiyete ve depresyon değerlendirmesi yaparak günlük stresi yönetme kabiliyetlerini ve stresle baş etme yollarının tartışılmasını önermektedir. Bu dönemde aile, akran ve okul temelli stres yaşanabilmekte ve bu stresin toksik hale dönüşmesi sosyal, duygusal ve davranışsal işlevlerin gidişatında önemli rol oynamaktadır. İhmal, istismar, tek ebeveynlik, travma ve ekonomik zorlukların adölesan sağlığını olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir. Artan stresle beraber kalp hastalıkları ve vücut kitle indeksinde artış görülebildiği, stresin yönetiminde ise aile ve güvenilir kişilerle konuşmak ve zihinsel gevşeme stratejileri önerilmektedir (92).

Spiritüel sağlık adölesanların yaşam tarzında önemli bir oynar. Yapılan çalışmalarda maneviyat duygusu yüksek olan adölesanların daha az riskli daha fazla sağlıklı davranışlar sergiledikleri belirtilmiştir. Yaşam boyu etkilerinin görülebileceği sağlıklı yaşam tarzı faktörlerinin anlaşılması manevi sağlığın geliştirilmesi için kritik bir öneme sahiptir (93, 94).

2.4.1. Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Yaşam biçimi davranışları sağlık ve yaşamın birçok bileşeninden oluşan refah ve yaşam memnuniyetini içerisine alan geniş bir kavramdır. Adölesanların yaşam biçimlerine ilişkin fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik sağlığı için aile ve akran rolleri değişkenleri önem arz etmektedir (95).

Adölesanların okullarına olan adaptasyonları onların akran ilişkilerini, duygusal gelişimlerini ve genel sağlıklarını destekleyen önemli bir durumdur. Okullar adölesanları erken evlilikler, çocuk işçilikleri, çocuk ihmal ve istismarı, alkol, madde bağımlılığı, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli tehlikelerden koruyan dahası benlik saygılarını da

yükselten hayati ortamlardır. Bu nedenle adölesanların yaşam biçimi davranışları ve algılanan sağlık durumları okula adaptasyonun bir ilişkisi olarak belirtilen çok boyutlu bir yapıdır (96).

2.4.2. Adölesan Yaşam Biçimi Davranışlarının İyileştirilmesinde Pediatri Hemşiresinin Rolü

Hemşireler, adölesanların yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesinde sorumluluk alabilir. Okul sağlığı hemşireleri eğitim ve danışmanlık faaliyetleriyle adölesanların sağlık düzeylerini korumak ve arttırmak için çalışmalar yapabilirler (85).

Okul tabanlı sağlık eğitiminde beden eğitimi derslerinde çeşitli spor faaliyetleri, öğle yemeği molalarında, okul sonrası zamanlarda ebeveynlere danışmanlık ve sağlıklı ilgili yaşam davranışlarının kazandırılabilceği kişisel eylem planları ve hedeflerin oluşturulabilmesi gibi planlamalar yapılmasında önemli rol üstlenirler (97).

Akıllı telefonların kullanımına yönelik sağlıklı davranışların kazandırılmasında ise ebeveynlere yönelik tavsiyeler verebilir. Çocuklarının bir akıllı telefona sahip olabilmeleri için asgari yaş belirlemeleri, telefon kullanılıyorsa adölesan yaş grubu için güvenli kullanımının teşvik edilmesi konularında rehberlik sağlayabilmektedirler (98).

Ebeveynler çocuklarının sağlık durumlarıyla ilgili kararlar alırlar ve çocuklarının sağlıklı davranışları benimsemelerine yardımcı olabilmeleri için ebeveyn eğitimine önem verebilirler (99).

Bu popülasyonda riskli davranışlar sonucu ortaya çıkan intihar, kaza, şiddet gibi sağlıksız durumları değerlendirebilir ve adölesan odaklı sağlık hizmeti geliştirebilirler (100). Bu rehberlik kapsamında okullarda stres yönetimi programlarının düzenlenmesine yardımcı olabilir ve bu popülasyondaki etkisini değerlendirebilirler (101).

Sonuç olarak savunmasız grup olan adölesanların yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesine yönelik rehberlik edebilecek pediatri hemşireleri öznel bilgi ve deneyimlerini çocuk sağlığını yüksek düzeyde tutabilmek için adölesanlara, kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri konusunda okul personeli aracılığıyla gereken organizasyonları planlayabilirler (100, 102).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde; araştırmanın tipi, yeri ve zamanı, evren ve örnekleme, araştırmaya kabul edilme ve edilememe ölçütleri, araştırmanın değişkenleri, veri toplama araçları, veri toplama süreci, araştırmanın sınırlılığı, yasal ve etik izinleri, verilerin analizi ve değerlendirilmesi hakkında bilgiler sunuldu.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 2020 Aralık ve 2021 Şubat ayları boyunca Gümüşhane İli Kelkit İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Muammer ve Enver Şahin Anadolu Lisesi, 15 Temmuz Şehitler Anadolu Lisesi, Kelkit Abdülhamit Han Anadolu İmam Hatip Lisesi, Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Yaşar ve İrfani Doğan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Nene Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi olmak üzere 6 devlet lisesinde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Gümüşhane İline bağlı Kelkit İlçesinde bulunan 6 devlet lisesinin 9. 10. 11. ve 12. sınıflarında öğrenim gören 1293 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada zaman ve maliyeti en aza indirmek amacıyla örneklem seçimi yapılması uygun görülmüştür ve evreni bilinen örneklem için kullanılan örneklem formülü kullanıldı (103).

Okullar öncelikle Anadolu Lisesi (n=525), İmam Hatip Lisesi (n=336), Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (n=432) olarak tabakalandırılarak her tabakanın ve her tabakayı oluşturan okulların evreni temsil etme oranları hesaplandı. Anadolu Lisesi evrenin %41'ini, İmam Hatip Lisesi evrenin %26'sını, Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi evrenin %33'ünü temsil ettiği bulundu.

Araştırmanın örneklemini ise örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığında 0.05'lik sapma oranı ile aşağıdaki formüle göre hesaplandı.

$$\text{Örneklem Sayısı; } n = \frac{N \times t^2 p \times q}{(N-1) \times d^2 + t^2 \times p \times q}$$

$$n = 1293 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 / ((0.05)^2 \times 1292 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5)$$

$$n = 12\,417\,972 / 41\,929$$

$$n = 296$$

n: Örneklem dahil edilecek kişi sayısı

N: Çalışma evrenindeki kişi sayısı

p: evrende bir olayın gözlenme oranı

q: evrende bir olayın görülmeyiş oranı

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

d: Örneklem hatası

Araştırmaya alınacak öğrenci sayısı devlet liselerindeki öğrenci sayılarına göre orantılı olarak Tablo 1’de gösterildiği gibi 296 öğrenci olarak hesaplandı. Araştırmanın evrenini Gümüşhane İline bağlı Kelkit İlçesinde bulunan 6 devlet lisesinin 9. 10. 11. ve 12. sınıflarında öğrenim gören 1293 öğrenci oluşturdu. Örneklemine ise 546 lise öğrencisi oluşturdu. Tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenen örneklem sayıları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Evren ve örnekleme alınacak öğrencilerin sayıları

Liseler	2019-2020 Eğitim Öğretim Yılında Toplam Öğrenci Sayıları	Tabakalar	Tabaka Ağırlığı (ai*) (Ni**/N***)	Araştırmaya Alınan Öğrenci Sayısı
Muammer ve Enver Şahin Anadolu Lisesi	94 kız+128 erkek=222	Anadolu Lisesi Tabakası N=525	525/1293	222
15 Temmuz Şehitler Anadolu Lisesi	152 kız+151 erkek=303			
Kelkit Abdulhamit Han A.İ. Hatip Lisesi	185 kız+151 erkek=336	Anadolu İmam Hatip Lisesi Tabakası N=336	336/1293	142
Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	90 kız+63 erkek= 153			
Yaşar ve İrfani Doğan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	6 Kız+207 erkek=213	Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Tabakası N=432	432/1293	182
Nene Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	66 kız			
TOPLAM	1293		1	546

*ai: Tabaka ağırlığı

**Ni: kurumlardaki ebeveyn sayıları

***N: evreni oluşturan öğrenci sayısı

3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Edilmeme Ölçütleri

Adölesanların araştırmaya kabul edilme kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

- İletişim ile ilgili engelin olmaması,
- Araştırmaya katılmaya istekli olması,
- Raporlu, izinli olmayanlar,
- Akıllı telefona sahip adölesanlar,
- Ebeveynleri tarafından çalışmaya yazılı katılma izni olan öğrenciler olarak belirlendi.

Adölesanların araştırmaya kabul edilmeme kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

- Okula devam etmeyen ve okulu terk eden öğrenciler olarak belirlendi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

Adölesan Tanıtıcı Özellikler Formu' nda yer alan adölesanların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, sınıf, aile tipi vb.) soruları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

Akıllı Telefon Bağımlılığı, Pittsburg Uyku Kalitesi ve Adölesan Yaşam Biçimi Davranışları puanları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Adölesan Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 1), Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu (ATBÖ-KF) (Ek 2), Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) (Ek 3) ve Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) (Ek 4) kullanılmıştır.

3.6.1. Adölesan Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 1)

Adölesan tanıtıcı özellikler formu, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, uyku ve telefon kullanım alışkanlıklarına yönelik ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Adölesan tanıtıcı özellikler formu içerisinde öğrencilerin yaşı, okudukları sınıf, anne-baba eğitim, aile tipi ve gelir durumu, cep telefonu kullanımı amaç ve alışkanlıkları ve akademik başarılarına yönelik toplam 17 soru bulunmaktadır (104-108).

3.6.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu (ATBÖ-KF) (Ek 2)

Kwon ve arkadaşlarının (2013) adölesanlarda akıllı telefon bağımlılığı risk düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği çalışması Şata ve Karip (2017) tarafından yapılmıştır (109-196). Polit ve Beck (2006) tarafından önerilen kapsam geçerlik indeksi (KGİ) yedi uzman (üç psikiyatrist, doktora dereceli iki hemşire ve iki psikolog) aracılığıyla kullanılarak gerçekleştirilmiştir (199). Madde sayısı 33 olan Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği araştırmacılar tarafından gözden geçirilerek 10 maddeye düşürülmüş ve Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu (ATBÖ-KF) oluşturulmuştur. Tek boyutlu ve 6'lı likert tipinde olan ölçek “ Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kısmen Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Katılıyorum (5), Kesinlikle Katılıyorum (6)” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek puan aralığı 10 ile 60 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan (hem kız hem

de erkek adölesanlar için geçerli) 29.50'nin altında ise akıllı telefon bağımlısı olmadığı, 29.50'nin üstünde ise akıllı telefon bağımlısı olduğu söylenebilmektedir. Cronbach α değeri ise 0.90 olarak hesaplanmıştır (109). Bu araştırma kapsamında yapılan istatistik testler sonucu ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.908 olarak bulundu.

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) (Ek 3)

PUKİ (Pittsburg Uyku Kalite İndeksi), bir aylık bir zaman dilimindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunu değerlendiren öz bildirim ölçeğidir. 1989'da Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği Ağargün, Kara ve Anlar (1996) tarafından yapılmıştır ve Türk toplumuna uygun olduğu belirlenmiştir (110, 198). PUKİ'nin öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 bileşeni vardır. Her bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını oluşturmaktadır. PUKİ'den alınacak toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. Toplam PUKİ puanının 5 ve altında olması uyku kalitesinin iyi olduğu, 5'in üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır (110). Bu araştırma kapsamında yapılan istatistik testler sonucu ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.78 olarak bulundu.

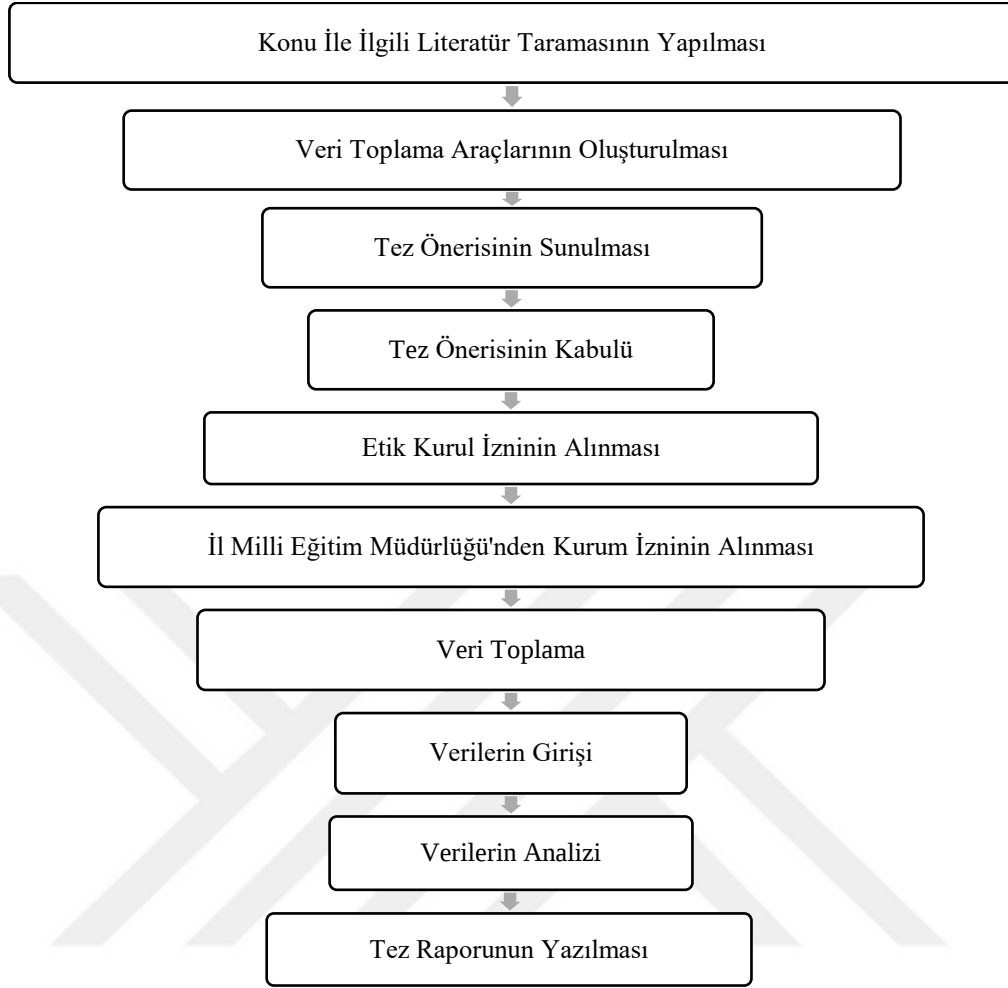
3.6.4. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) (Ek 4)

Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ), Pender (1997) tarafından geliştirilmeye başlanan ve Hendricks, Pender, Murdaugh tarafından 2006 yılında erken, orta ve geç dönem adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının sıklığını ölçmek amacıyla tamamlanmıştır (111). Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Ardic ve Esin tarafından 2015 yılında yapılmıştır (82). Ölçek sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve spirüel sağlık olmak üzere 7 alt boyut ve toplamda 40 maddeden oluşmaktadır. 4'lü Likert tipinde "Asla (1), Bazen (2), Sık sık (3), Her Zaman (4)" şeklinde puanlanan ölçekten en düşük 40 en yüksek ise 160 puan alınmaktadır. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur, puan arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyinin arttığı belirtilmektedir. Ardic ve Esin (2015) tarafından ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. (82, 111). Bu araştırma kapsamında yapılan istatistik testler sonucu ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.946 olarak bulundu.

3.7. Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri, 2019 yılı itibarıyla SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu COVID-19 pandemisinin etkisiyle yüz yüze eğitime ara verilerek uzaktan eğitime geçilmesi nedeniyle çevrimiçi olarak Google formlar ile toplandı. Gümüşhane Üniversitesi Etik Kurulu ve Gümüşhane İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra ilçede araştırma kapsamındaki liselere gidilerek okul yöneticileri ile yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıldı. Okullarda yer alan sınıfların sınıf rehber öğretmenleri ile telefonda görüşülerek araştırma hakkında gerekli bilgiler ve formların veli izni ve cevaplanması için öğrencilere ulaştırılması konusu ile ilgili görüşüldü. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin velileri ile telefon ve online form aracılığı ile çevrimiçi ortamda gönüllü onam formu (Ek 5) ile ilgili görüşülerek araştırma izni alındı. Veli izninden sonra öğrencilere araştırma sorularının yer aldığı Google formlar gönderildi ve anketteki soruların nasıl cevaplanacağı konusunda bütün öğrenciler bilgilendirildi.

Araştırmanın iş akış şeması ise Şekil 1'de belirtilmiştir.



Şekil 1. İş akış şeması

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadan elde edilen sonuçların yalnızca Gümüşhane İli Kelkit İlçesinde bulunan Muammer ve Enver Şahin Anadolu Lisesi, 15 Temmuz Şehitler Anadolu Lisesi, Kelkit Abdulhamit Han A.İ. Hatip Lisesi, Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Yaşar ve İrfani Doğan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Nene Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde öğrenim gören öğrencilere genellenebilir olması araştırmanın sınırlılığı olarak görülmüştür. Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda öğrenim gören öğrenciler ve velilerine çevrimiçi ve telefon ile ulaşılmasının zorunluluğu, zorluğu ve kurumlarda öğrenim gören öğrencilerin bir kısmının kendileri ve velilerine ulaşamaması dolayısıyla özellikle erkek öğrencilerin araştırmaya dâhil edilememesi araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın Kelkit İlçesinde yer alan devlet liselerinde yürütülebilmesi için Gümüşhane Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 02.11.2020 tarihinde ilgili araştırma için kurum izni (Ek 7), Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 2020/9 sayılı ve 24/09/2020 tarihli toplantısından etik kurul izni (Ek 8) alındı. Araştırmada kullanılan ölçekler için de ölçeği geliştiren kişilerden izinler alınmıştır (Ek 6). Araştırma kapsamındaki öğrenci ve ebeveynlerinden de gerekli izinler alınmıştır (Ek 5).

3.10. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan değerlendirme tekniklerine bakıldığında, gruplar arası karşılaştırmalarda ilk olarak verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlendi. Yapılan bu test sonucunda çıkan değerlerin $p < 0.05$ ise normal dağılım olmadığı, $p > 0.05$ ise normal dağılım olduğunu ifade etmektedir. Bu araştırmada veriler normal dağılıma uymadığı için iki bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U Testi, üç veya daha fazla grubun ortalamalarında arasındaki farklılığın anlamlılığını test amacıyla Kruskal Wallis-H Testi, nonparametrik iki değişkenin karşılaştırılmasında Ki-Kare Bağımsızlık Testi kullanıldı. İki değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek üzere spearman korelasyon analizi yapıldı (112).

4. BULGULAR

Akıllı telefon bağımlılığının adölesanların uyku kalitesi ve yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini değerlendirmek üzere yapılan bu araştırmada, elde edilen bulgular beş bölümde verildi. İlk bölümde adölesanların sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümde adölesanların sosyo-demografik değişkenleri ile ATBÖ-KF ilişkin bulgular, üçüncü bölümde adölesanların sosyo-demografik değişkenleri ile PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, dördüncü bölümde adölesanların sosyo-demografik değişkenleri ile AYBÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ve beşinci bölümde ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ tanımlayıcı istatistikler, ölçek puanlamaları ve korelasyonu verilmiştir.

4.1. Adölesanların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan adölesanların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular incelenmiş ve tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 2. Adölesanların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	301	55.1
Erkek	245	44.9
Yaş Grupları		
10-13 yaş	18	3.3
14-16 yaş	356	65.2
17-18 yaş	172	31.5
Yaş ortalaması (Min-Max)	15.6±1.25 (Min:13; Max:18)	
Sınıf		
9. sınıf	136	24.9
10. sınıf	119	21.8
11. sınıf	158	28.9
12. sınıf	133	24.4
Aile Tipi		
Çekirdek aile	474	86.8
Geniş aile	59	10.8
Anne-baba ayrı	13	2.4
Anne Eğitim		
Okuryazar değil	21	3.8
İlkokul-	347	63.6
Ortaokul	109	20.0
Lise	48	8.8
Üniversite	21	3.8
Baba Eğitim		
Okuryazar değil	13	2.4
İlkokul	203	37.2
Ortaokul	134	24.5
Lise	130	23.8
Üniversite	66	12.1
Ailenin Gelir Durumu		
1500 TL ve altı	151	27.7
1501 TL- 2500 TL	172	31.5
2501 TL- 3500 TL	109	20.0
3501 TL ve üzeri	114	20.9

Tablo 2’de adölesanların sosyo-demografik özelliklerinin sayı, yüzde ve ortalama dağılımları yer almaktadır.

Tablo 2’ye göre araştırmaya katılan adölesanların %55.1’i kız, %44.9’u ise erkektir. %3.3’ü 10-13 yaş, %65.2’si 14-16 yaş ve %31.5’i 17 yaş ve üzerinde olup, %24.9’u 9. sınıf, %21.8’i 10. sınıf, %28.9’u 11. sınıf ve %24.4’ü 12. sınıfta öğrenim görmektedir. Adölesanların %86.8’i çekirdek aileye sahip, %63.6’sının annesinin eğitim düzeyi ilkököl, %37.2’sinin babasının eğitim düzeyi ilkökoldür. Adölesanların %31.5’inin aile gelir durumları 1501 TL- 2500 TL arasındadır.

4.2. Adölesanların Sosyo-Demografik Değişkenleri ile Telefon Bağımlılığı Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde adölesanların sosyo-demografik özellikleri ile akıllı telefon bağımlılığı durumlu incelenmiştir.

Tablo 3. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Akıllı telefon bağımlılığı			Test istatistiği	
	Yok n (%) ^a	Var n (%) ^a	Toplam n (%) ^b	X ²	p
Cinsiyet					
Kız	212 (70.4)	89 (29.6)	301 (55.1)	3.959	0.047
Erkek	191 (78.0)	54 (22.0)	245 (44.9)		
Yaş grubu					
10-13 yaş	14 (77.8)	4 (22.2)	18 (3.3)	1.145	0.564
14-16 yaş	267 (75.0)	89 (25.0)	356 (65.2)		
17 yaş ve üzeri	122 (70.9)	50 (29.1)	172 (31.5)		
Sınıf					
9. sınıf	97 (71.3)	39 (28.7)	136 (24.9)	2.314	0.510
10. sınıf	94 (79.0)	25 (21.0)	119 (21.8)		
11.sınıf	114 (72.2)	44 (27.8)	158 (28.9)		
12.sınıf	98 (73.7)	35 (26.3)	133 (24.4)		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	353 (74.5)	121 (25.5)	474 (86.8)	2.814	0.245
Geniş aile	43 (72.9)	16 (27.1)	59 (10.8)		
Anne-baba ayrı	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (2.4)		
Anne eğitim durumu					
Okur-yazar değil	16 (76.2)	5 (23.8)	21 (3.8)	1.765	0.779
İlkokul	252 (72.6)	95 (27.4)	347 (63.6)		
Ortaokul	81 (74.3)	28 (25.7)	109 (20)		
Lise	39 (81.3)	9 (18.8)	48 (8.8)		
Üniversite	15 (71.4)	6 (28.6)	21 (3.8)		
Baba eğitim durumu					
Okur-yazar değil	10 (76.9)	3 (23.1)	13 (2.4)	6.873	0.143
İlkokul	146 (71.9)	57 (28.1)	203 (37.2)		
Ortaokul	93 (69.4)	41 (30.6)	134 (24.5)		
Lise	107 (82.3)	23 (17.7)	130 (23.8)		
Üniversite	47 (71.2)	19 (28.8)	66 (12.1)		
Ailenin gelir durumu					
1500 TL ve altı	105 (69.5)	46 (30.5)	151 (27.7)	2.090	0.554
1501-2500 TL	131 (76.2)	41 (23.8)	172 (31.5)		
2501-2500 TL	81 (74.3)	28 (25.7)	109 (20)		
3501 TL ve üzeri	86 (75.4)	28 (24.6)	114 (20.9)		
Akademik başarı					
Kötü	58 (58.6)	41 (41.4)	99 (18.1)	15.085	0.001
İyi	301 (76.6)	92 (23.4)	393 (72)		
Çok iyi	44 (81.5)	10 (18.5)	54 (9.9)		

X²: Ki-kare test istatistiği, ^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi

Tablo 3’de adölesanların sosyo-demografik özelliklerine göre ATBÖ-KF puanları yer almaktadır.

Tablo 3’e göre kız adölesanların akıllı telefon bağımlılığının erkek adölesanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (**p=0.047**).

Adölesanların akademik başarı durumlarıyla telefon bağımlılığı arasında da anlamlı fark olup (**p=0.001**), akademik başarısı kötü olan adölesanların telefon bağımlılığının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 3).

Yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında erken (10-13 yaş) ve orta adölesan (14-16 yaş) dönemlere kıyasla geç adölesan dönemde (17-21 yaş) akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.564$). Akıllı telefon bağımlılığı en yüksek 9. Sınıfta okuyan adölesanlarda, en düşük puan ise 10. sınıfta okuyan adölesanlarda saptandı ($p=0.510$). Anne babanın ayrı olduğu ailede yaşayan adölesanların akıllı telefon bağımlılığı çekirdek ve geniş ailede yaşayan adölesanlara göre daha yüksek saptandı ($p=0.245$). Anne ve babası üniversite mezunu olan adölesanlarda akıllı telefon bağımlılığı daha yüksek olup eğitim durumu ile akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı farklılığa rastlanmadı ($p=0.779$; $p=0.143$). Gelir durumunun düşmesiyle birlikte akıllı telefon bağımlılığı riskinin arttığı saptandı ($p=0.554$).

Tablo 4. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların akıllı telefon kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

Akıllı telefon kullanımı ile ilgili bazı özellikler	Akıllı telefon bağımlılığı			Test istatistiği	
	Yok n (%) ^a	Var n (%) ^a	Toplam n (%) ^b	X ²	p
Akıllı telefona sahip olma durumu					
Evet	316 (72.5)	120 (27,5)	436 (80.0)	1.858	0.173
Hayır	86 (78.9)	23 (21.1)	109 (20.0)		
Akıllı telefonu ilk kullanma yaşı					
≤13yaş	8 (61.5)	5 (38.5)	13 (3.0)	5.524	0.019
14-16 yaş	186 (69.4)	82 (30.6)	268 (61.0)		
≥17 yaş	125 (79.1)	33 (20.9)	158 (36.0)		
Telefon değişim sıklığı					
1 yıldan kısa	12 (54.5)	10 (45.5)	22 (4.9)	4.184	0.242
1-2 yıl	49 (74.2)	17 (25.8)	66 (14.6)		
2-3 yıl	84 (73.0)	31 (27.0)	115 (25.5)		
3 yıldan fazla	185 (74.6)	63 (25.4)	248 (55.0)		
Bir günde akıllı telefon kullanma süresi (saat)					
<2 saat	54 (90.0)	6 (10.0)	60 (11.0)	18.264	<0.001
2-4 saat	92 (82.9)	19 (17.1)	111 (20.3)		
≥4 saat	257 (68.5)	118 (31.5)	375 (68.7)		
Telefon Faturası					
20 TL ve altı	88 (77.2)	26 (22.8)	114 (20.9)	4.150	0.386
21 TL-30 TL arası	79 (76.7)	24 (23.3)	103 (18.9)		
31 TL-40 TL arası	110 (75.9)	35 (24.1)	145 (26.6)		
41TL-50 TL arası	73 (68.2)	34 (31.8)	107 (19.6)		
51 TL üzeri	53 (68.8)	24 (31.2)	77 (14.1)		

X²: Ki-kare test istatistiği, ^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi

Tablo 4’ de bir akıllı telefona sahip olan adölesanların %27.5’inde akıllı telefon bağımlılığı saptandı. Akıllı telefonu ilk kullanma yaşına göre 13 yaş ve altında olan adölesanların akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı farkın olduğu belirlendi (**p=0.019**). Telefon değişim sıklığı bir yıldan kısa olan adölesanlarda (%45.5) daha fazla akıllı telefon bağımlılığı saptandı. Bir günde dört saat ve üzerinde akıllı telefon kullanan adölesanların akıllı telefon bağımlılığının anlamlı olarak diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptandı (**p<0.001**). Telefon faturası en fazla 41 TL-

50 TL arası olanların %31.8'inde ve 51 TL ve üzeri olan adölesanların %31.2'sinde telefon bağımlılığı olduğu ancak anlamlı farklılık olmadığı saptanmadı.

Tablo 5. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların akıllı telefon seçim kriterleri ve kullanım amaçlarının karşılaştırılması

Akıllı telefon kullanımı ile ilgili bazı özellikler	Akıllı telefon bağımlılığı		
	Yok n (%) ^a	Var n (%) ^a	Toplam n (%) ^b
Akıllı telefon seçim kriterleri			
Görünüş	177 (67.6)	85 (32.4)	262 (24.8)
Marka	213 (70.1)	91 (29.9)	304 (28.8)
Fiyat	153 (66.5)	77 (33.5)	230 (21.7)
Fonksiyon	197 (75.5)	64 (24.5)	261(24.7)
Akıllı telefon kullanım amacı			
Oyun	208 (72.7)	78 (27.3)	286 (12.0)
Müzik	245 (72.9)	91 (27.1)	336 (14.0)
Video	227 (70.5)	95 (29.5)	322 (13.5)
Konuşmak	184 (71.0)	75 (29.0)	259 (10.8)
Mesajlaşmak	248 (72.3)	95 (27.7)	343 (14.3)
İnternette sörf	153 (70.5)	64 (29.5)	217 (9.1)
Sosyal Ağ	193 (69.2)	86 (30.8)	279 (11.6)
Eğitim	261 (74.4)	90 (25.6)	351 (14.7)

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi

Tablo 5' de adölesanların akıllı telefon seçim kriterleri ve kullanım amacına göre telefon bağımlılığı durumlarının dağılımı yer almaktadır.

Telefon seçim kriterleri arasında en fazla görünüşe önem veren adölesanların %32.4'ünde, markaya önem verenlerin %29.9'unda, fiyatına önem verenlerin %33.5'inde, fonksiyonlarına önem verenlerin %24.5'inde akıllı telefon bağımlılığı olduğu bulundu. Akıllı telefonunu en fazla sosyal ağ için kullanan adölesanların %30.8'inde telefon bağımlılığı saptandı.

Tablo 6. Akıllı telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanların kullandıkları sosyal paylaşım sitelerinde geçirdikleri süre ile ATBÖ-KF puanlarının karşılaştırılması (dk/gün)

ATBÖ-KF Ölçeği						
Sosyal Paylaşım Siteleri	Telefon Bağımlılığı Yok		Telefon Bağımlılığı Var		U	p
	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)	Test İstatistiği*	
Instagram	76.49±61.38	60 (5 - 420)	115.69±95.21	120 (5 - 600)	10555.5	<0.001
Youtube	74.69±67.15	60 (1 - 480)	96.98±85.62	60 (5 - 600)	7327.5	0.003
Whatsapp	57.33±57.11	30 (3 - 480)	76.3±80.41	60 (5 - 480)	19827.5	0.013
Tumblr	55±44.12	60 (5 - 180)	63.33±55.08	60 (10 - 120)	18.0	0.689
Spotify	60.56±64.01	45 (5 - 360)	57±47.88	30 (10 - 180)	334.5	0.958
Twitter	44.95±51.91	30 (2 - 300)	41.09±45.82	30 (10 - 240)	1171.0	0.758
Facebook	36.7±30.33	30 (2 - 120)	53.05±42.89	45 (2 - 180)	509.5	0.088
Snapchat	28.49±28.96	20 (1 - 180)	36.79±33.31	30 (5 - 120)	2409.5	0.099
Swarm	51.8±32.66	60 (2 - 120)	20.5±26.6	10 (2 - 60)	15.0	0.104

*: Mann Whitney U testi

Tablo 6’da adölesanların kullandıkları sosyal paylaşım sitelerinde geçirdikleri süre (dk/gün) ile ATBÖ-KF puanları yer almaktadır.

Tablo 6’e göre adölesanların günlük instagramda vakit geçirme süreleri (dakika) açısından telefon bağımlılığı olan ve olmayan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p<0.001**). Telefon bağımlısı olan öğrencilerin günlük instagramda geçirdikleri süre telefon bağımlısı olmayanlara göre yüksek saptandı. Telefon bağımlılığına göre telefon kullanım amaçlarından twitter, facebook, snapchat, swarm, tumblr, spotify farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Telefon kullanım amaçlarına göre telefon bağımlılığı durumu için instagram, whatsapp ve youtube farklılık göstermektedir (**p<0.001**). Instagram için telefon bağımlılığı olanların ortalama puanı 120 iken telefon bağımlılığı olmayanların 60’dır. Whatsapp için telefon bağımlılığı olanların ortalama puanı 60 iken telefon bağımlılığı olmayanların 30’dur.

4.3. Adölesanların Sosyo-Demografik Değişkenleri ile PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde adölesanların sosyo-demografik değişkenleri ile PUKİ puan ortalamalarına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 7. Adölesanların sosyo-demografik özelliklerine göre PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması

PUKİ Ölçeği					
Özellikler	n	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet					
Kız	301	7.02±1.74	7 (4 - 13)	U=3457.500	0.198
Erkek	245	6.82±1.75	7 (4 - 14)		
Yaş Grupları					
10-13 yaş	18	6±0.91	6 (5 - 8)a	$\chi^2=6.619$	0.037
14-16 yaş	356	6.91±1.72	7 (4 - 13)ab		
17 yaş ve üzeri	172	7.08±1.83	7 (4 - 14)b		
Sınıf					
9. sınıf	136	6.62±1.59	6 (4 - 11)a	$\chi^2=10.009$	0.018
10. sınıf	119	6.94±1.64	7 (4 - 12)ab		
11. sınıf	158	7.3±1.96	7 (4 - 14)b		
12. sınıf	133	6.81±1.64	7 (4 - 12)ab		
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	474	6.91±1.73	7 (4 - 14)	$\chi^2=0.989$	0.610
Geniş Aile	59	7.14±1.95	7 (4 - 13)		
Anne - Baba Ayrı	13	6.85±1.28	7 (5 - 9)		
Annenin eğitim durumu					
Okuryazar değil	21	7.67±1.43	8 (5 - 10)	$\chi^2=6.982$	0.137
İlkokul	347	6.93±1.79	7 (4 - 14)		
Ortaokul	109	6.99±1.8	7 (4 - 12)		
Lise	48	6.56±1.34	6 (4 - 10)		
Üniversite	21	6.81±1.57	7 (4 - 9)		
Babanın eğitim durumu					
Okuryazar değil	13	8.15±1.21	8 (6 - 10)b	$\chi^2=14.465$	0.006
İlkokul	203	6.84±1.81	7 (4 - 14)a		
Ortaokul	134	7.17±1.8	7 (4 - 13)ab		
Lise	130	6.7±1.63	7 (4 - 12)a		
Üniversite	66	6.97±1.59	7 (4 - 11)ab		
Gelir Durumu					
1500 TL ve altı	151	7.01±1.87	7 (4 - 13)	$\chi^2=1.683$	0.641
1501 TL-2500 TL	172	6.8±1.64	7 (4 - 14)		
2501 TL-3500 TL	109	7.05±1.74	7 (4 - 12)		
3501 TL ve üzeri	114	6.92±1.73	7 (4 - 13)		
Akademik Başarı					
Kötü	99	7.27±1.74	7 (4 - 11)	$\chi^2=5.544$	0.063
İyi	393	6.85±1.72	7 (4 - 14)		
Çok İyi	54	6.94±1.87	7 (4 - 12)		

U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 7’de adölesanların sosyo-demografik özelliklerine göre PUKİ puanları yer almaktadır.

Tablo 7’ye göre PUKİ ölçek puanı cinsiyet, aile tipi, anne eğitim, sınıf ve gelir durumu ve akademik başarıya göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). PUKİ ölçek puanı yaş grupları, sınıf ve babanın eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir (**$p<0.05$**). Bu farklılık 17- 21 yaş grubundaki adölesanların 10-13 yaş grubundaki adölesanlara göre, lise ve ilkokul mezunu olan babaların okuryazar olmayan babalara göre ve 11. sınıfta okuyan adölesanların 9. sınıfta okuyan adölesanlara göre ölçek ortalama puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 8. Adölesanların cinsiyet, yaş ve sınıf düzeylerine göre toplam uyku saatlerinin dağılımları

Toplam Uyku Saatleri				
	Ortalama± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Test istatistiği	p
Cinsiyet				
Kız	8.59±1.41	8 (6 - 14)	U=32246.5	0.009
Erkek	8.28±1.34	8 (5 - 12)		
Yaş				
10-13 yaş	8.56±1.04	8.5 (7 - 10) ^{ab}	$\chi^2=9.899$	0.007
14-16 yaş	8.57±1.37	8 (5 - 13) ^a		
17- 21 yaş	8.19±1.42	8 (5 - 14) ^b		
Sınıf				
9. sınıf	8.64±1.35	8 (5 - 12) ^a	$\chi^2=13.945$	0.003
10. sınıf	8.72±1.43	8 (6 - 13) ^a		
11. sınıf	8.27±1.29	8 (5 - 12) ^{ab}		
12. sınıf	8.22±1.45	8 (6 - 14) ^b		

U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskall Wallis test istatistiği, ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 8’de adölesanların cinsiyet, yaş ve sınıf düzeylerine göre toplam uyku saatlerinin dağılımları yer almaktadır.

Adölesanların toplam uyku saatine göre cinsiyet, yaş ve sınıflar farklılık göstermektedir (**$p<0.05$**). Uyku saatlerine göre kız adölesanların erkek adölesanlara göre daha fazla uyuduğu belirlendi. 14-16 yaş arası adölesanlar ile 17-21 yaş arası adölesanlar arasında farklılık olduğu saptandı (**$p<0.05$**). 14-16 yaş arasındaki adölesanların uyku

süresinin 17-21 yaş grubuna göre daha fazla olduğu belirlendi. Sınıflar arasındaki farka bakıldığında ise uyku saatine göre 12. Sınıflar ve 9.-10. Sınıflar arasında farklılık vardır ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Adölesanların akıllı telefon kullanımı özelliklerine göre PUKİ puan sınıflamaları

Özellikler	İyi Uyku (≤ 5)		Kötü Uyku (>5)		p
	n	%	n	%	
Akıllı telefona sahip olma durumu					
Evet	5	19.2	138	26.5	0.549
Hayır	21	80.8	382	73.5	
Telefon değişim sıklığı					
1 yıldan kısa	0	0	22	5.1	0.446
1-2 yıl	3	14.3	63	14.7	
2-3 yıl	8	38.1	107	24.9	
3 yıldan fazla	10	47.6	238	55.3	
Telefon Kullanım Amacı					
Oyun	14	12.0	272	12.0	0.930
Müzik	15	12.8	321	14.1	
Video	15	12.8	307	13.5	
Konuşmak	16	13.7	243	10.7	
Mesajlaşmak	15	12.8	328	14.4	
İnternette sörf	10	8.5	207	9.1	
Sosyal Ağlar	14	12.0	265	11.6	
Eğitim	18	15.4	333	14.6	

X²: Ki-kare test istatistiği

Tablo 9’da adölesanların akıllı telefon kullanımı özelliklerine göre PUKİ puanı sınıflandırması yer almaktadır.

Tablo 9’a göre akıllı telefona sahip olan telefonunu üç yıldan daha fazla sıklıkla değiştiren ve telefonunu en çok eğitim amacıyla kullanan adölesanların kötü uyku puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Adölesanların PUKİ puan sınıflandırması iyi uyku ve kötü uyku için akıllı telefona sahip olma, telefon değişim sıklığı, telefon seçim kriterleri ve telefon kullanım amacına göre farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$).

Tablo 10. Adölesanların PUKİ puan sınıflamasına göre ATBÖ-KF ve AYBÖ puan ortalamalarının karşılaştırması

Ölçekler	İyi Uyku (≤ 5) (n=26)	Kötü Uyku (> 5) (n=520)	Test istatistiği	p
	Ort. $\pm$ S.S.	Ort. $\pm$ S.S.		
ATBÖ-KF	23.92 $\pm$ 10.9	24.52 $\pm$ 10.65	Z=-1.523	0.128
AYBÖ	98.73 $\pm$ 22.31	98.9 $\pm$ 21.4	Z=-0.252	0.801

Tablo 10’da adölesanların PUKİ puan sınıflamasına göre AYBÖ VE ATBÖ-KF ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

PUKİ’ye göre iyi uykuya sahip adölesanların ATBÖ-KF puan ortalamaları 23.92 $\pm$ 10.9, kötü uykuya sahip adölesanların ATBÖ-KF puan ortalamaları ise 24.52 $\pm$ 10.65 bulundu. ATBÖ-KF Puan ortalamaları ile iyi ve kötü uyku açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanılmadı ($p>0.05$) (Tablo 10).

PUKİ’ye göre iyi uykuya sahip adölesanların AYBÖ puan ortalamaları 98.73 $\pm$ 22.31, kötü uykuya sahip adölesanların AYBÖ puan ortalamaları ise 98.9 $\pm$ 21.4 olarak bulundu. AYBÖ puan ortalamaları ile iyi ve kötü uyku açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanılmadı ($p>0.05$).

4.4. Adölesanların Sosyo-Demografik Değişkenleri ile AYBÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde adölesanların sosyo-demografik değişkenleri ile AYBÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 11. Adölesanların cinsiyete göre AYBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

AYBÖ						
AYBÖ Toplam ve Alt Boyutları Puanı	Kız		Erkek		Test İstatistiği*	P
	Ort.±S.S.	Ort.(Min- Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)		
TÖP	100.53±18.93	100 (40 - 160)	96.88±24.03	95 (40 - 159)	32782.00	0.026
Boyut 1	10.12±2.9	10 (5 - 20)	9.97±3.15	9 (5 - 20)	34868.00	0.271
Boyut 2	12.73±8.2	12 (6 - 24)	14.2±4.39	14 (6 - 24)	29771.50	<0.001
Boyut 3	14.7±3.33	15 (6 - 24)	14.47±3.8	14 (6 - 24)	35325.00	0.397
Boyut 4	22.4±5.16	22 (8 - 32)	20.79±6.04	21 (8 - 32)	30963.50	<0.001
Boyut 5	14.65±3.03	15 (5 - 20)	13.07±3.6	13 (5 - 20)	27192.50	<0.001
Boyut 6	13.41±2.95	13 (5 - 20)	12.68±3.49	13 (5 - 20)	32188.00	0.010
Boyut 7	12.56±3.01	12 (5 - 20)	11.7±3.42	11 (5 - 20)	30363.00	<0.001

* : Mann Whitney U test istatistiği, TÖP: AYBÖ Toplam Ölçek Puanı, Boyut 1: Sağlık sorumluluğu, Boyut 2: Fiziksel aktivite, Boyut 3: Beslenme, Boyut 4: Pozitif yaşam bakışı, Boyut 5: Kişilerarası ilişkiler, Boyut 6: Stres yönetimi, Boyut 7: Spiritüel sağlık

Tablo 11’de cinsiyete göre AYBÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır.

AYBÖ ölçek puanı cinsiyet için Boyut2 (fiziksel aktivite), Boyut 4 (pozitif yaşam bakışı), Boyut 5 (kişilerarası ilişkiler), Boyut 6 (stres yönetimi) ve Boyut 7 (spiritüel sağlık) için farklılık göstermektedir (**p<0.001**). Kızlarda Boyut 2 ortalama puanı 12 iken, erkeklerde 14 olarak elde edilmiştir. Kızlarda Boyut 4 ortalama puanı 22 iken, erkeklerde 21 olarak elde edilmiştir. Kızlarda Boyut 5 ortalama puanı 15 iken, erkeklerde 13 olarak elde edilmiştir. Kızlarda Boyut 7 ortalama puanı 12 iken, erkeklerde 11 olarak elde edilmiştir. Cinsiyete göre AYBÖ toplam ölçek puanı, Boyut 1 (sağlık sorumluluğu) ve Boyut 3 (beslenme) ölçek puanları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Adölesanların yaş gruplarına göre AYBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

AYBÖ								
AYBÖ Toplam ve Alt Boyutla rı Puanı	10-13 yaş		14-16 yaş		17-21 yaş		Test İstatistiği*	P
	Ort.±S.S.	Ort.(Min- Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min- Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min- Max)		
TÖP	99.61±19.83	102 (52-129)	99.13±20.44	98 (40 - 158)	98.32±23.59	97(40-160)	0.486	0.784
Boyut 1	9.89±2.76	10 (6-14)	10.04±2.91	9 (5 - 20)	10.09±3.25	10 (5 - 20)	0.003	0.998
Boyut 2	13.22±3.84	13 (7-24)	13.32±3.98	13 (6 - 24)	13.49±4.52	13 (6 - 24)	0.005	0.997
Boyut 3	15.61±3.68	15 (6-21)	14.65±3.29	14.5 (6 - 24)	14.37±4.0	14 (6 - 24)	3.479	0.176
Boyut 4	21.61±5.82	21.5 (8-32)	21.86±5.44	22 (8 - 32)	21.3±5.99	21 (8 - 32)	0.985	0.611
Boyut 5	13.44±3.67	14 (5-18)	13.97±3.33	14 (5 - 20)	13.92±3.48	14 (5 - 20)	0.187	0.911
Boyut 6	13.94±2.55	14 (9 - 18)	13.03±3.21	13 (5 - 20)	13.1±3.32	13 (5 - 20)	1.852	0.396
Boyut 7	11.89±3.5	12.5 (5 - 19)	12.25±3.19	12 (5 - 20)	12.05±3.3	12 (5 - 20)	0.285	0.867

* : Ki-kare test istatistiği, TÖP: AYBÖ Toplam Ölçek Puanı, Boyut 1: Sağlık sorumluluğu, Boyut 2: Fiziksel aktivite, Boyut 3: Beslenme, Boyut 4; Pozitif yaşam bakışı, Boyut 5: Kişilerarası ilişkiler, Boyut 6: Stres yönetimi, Boyut 7: Spiritüel sağlık

AYBÖ ölçek puanına göre yaş grupları için toplam ölçek puanı ve alt boyutları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Adölesanların aile tipine göre AYBÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

AYBÖ								
AYBÖ Toplam ve Alt Boyutları Puanı	Çekirdek Aile		Geniş Aile		Anne-Baba Ayrı		Test İstatistiği*	p
	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)		
TÖP	99.08±21.31	98 (40 - 160)	98.85±22.36	96 (40 - 150)	92.23±22.17	90 (50-133)	1.124	0.570
Boyut 1	10.05±2.97	9 (5 - 20)	10.31±3.37	10 (5 - 18)	9.08±2.69	9 (6 - 14)	1.162	0.559
Boyut 2	13.39±4.09	13 (6 - 24)	13.51±4.45	13 (6 - 24)	12.31±4.87	13 (7 - 19)	0.640	0.726
Boyut 3	14.65±3.53	14 (6 - 24)	14.44±3.63	14 (6 - 22)	13.31±3.97	13 (7 - 21)	2.216	0.330
Boyut 4	21.73±5.57	22 (8 - 32)	21.49±5.98	21 (8 - 32)	20.38±6.17	22 (10 - 31)	0.842	0.656
Boyut 5	13.92±3.37	14 (5 - 20)	14.24±3.57	14 (5 - 20)	13.46±3.23	15 (8 - 17)	0.717	0.699
Boyut 6	13.1±3.24	13 (5 - 20)	12.98±3.07	13 (5 - 19)	12.92±3.33	13 (5 - 17)	0.092	0.955
Boyut 7	12.25±3.26	12 (5 - 20)	11.88±2.9	12 (5 - 19)	10.77±3.44	10 (6 - 18)	3.628	0.163

* : Ki-kare test istatistiği, TÖP: AYBÖ Toplam Ölçek Puanı, Boyut 1: Sağlık sorumluluğu, Boyut 2: Fiziksel aktivite, Boyut 3: Beslenme, Boyut 4: Pozitif yaşam bakışı, Boyut 5: Kişilerarası ilişkiler, Boyut 6: Stres yönetimi, Boyut 7: Spiritüel sağlık

Tablo 13’de adölesanların aile tipine göre AYBÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Adölesanların AYBÖ ölçek puanına göre aile tipi için toplam ölçek puanı ve alt boyutları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 13).



Tablo 14. Adölesanların akademik başarıya göre AYBÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

AYBÖ								
AYBÖ Toplam ve Alt Boyutları Puanı	Kötü		İyi		Çok İyi		Test İstatistiği*	p
	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)	Ort.±S.S.	Ort.(Min-Max)		
TÖP	91.77±21.8	91 (40-156)	99.3±19.6	99 (40- 158)	109±28.03	111 (52- 160)	22.027	<0.001
Boyut 1	9.39±2.9	9 (5-20)	9.98±2.8	10 (5-20)	11.76±3.7	11 (7-20)	17.888	<0.001
Boyut 2	12.81±3.7	12 (6-24)	13.3±4.1	13 (6-24)	14.83±4.7	14.5 (6-24)	7.243	0.027
Boyut 3	13.71±3.6	13 (6-24)	14.66±3.3	15 (6-24)	15.72±4.4	15 (8-24)	11.570	0.003
Boyut 4	19.73±5.71	19 (8-32)	21.83±5.3	22 (8-32)	24.11±6.6	26 (8-32)	22.888	<0.001
Boyut 5	12.84±3.55	12 (5-20)	14.09±3.2	1 (5- 20)	14.85±3.8	16 (6-20)	15.393	<0.001
Boyut 6	11.89±3.22	12 (5-20)	13.26±3.0	13 (5-20)	13.94±3.8	13 (5-20)	18.711	<0.001
Boyut 7	11.4±3.23	11 (5-19)	12.15±3.0	12 (5-20)	13.78±4.1	13 (5-20)	13.200	0.001

* : Ki-kare test istatistiği, TÖP: AYBÖ Toplam Ölçek Puanı, Boyut 1: Sağlık sorumluluğu, Boyut 2: Fiziksel aktivite, Boyut 3: Beslenme, Boyut 4: Pozitif yaşam bakışı, Boyut 5: Kişilerarası ilişkiler, Boyut 6: Stres yönetimi, Boyut 7: Spiritüel sağlık

Tablo 14’de adölesanların akademik başarısına göre AYBÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır

AYBÖ ölçek puanı akademik başarı için toplam ölçek puanı ve alt boyutlarda farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Toplam ölçek puanı için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 91 iken akademi başarısı iyi olanların 99, akademik başarısı çok iyi olanların 111’dir.

Boyut1(sağlık sorunluluğu) için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 9 iken akademi başarısı iyi olanların 10, akademik başarısı çok iyi olanların 11’dir ($p<0.001$). Boyut2 (fiziksel aktivite) için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 12 iken akademi başarısı iyi olanların 13, akademik başarısı çok iyi olanların 14.5’dir ($p=0.027$). Boyut3 (beslenme) için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 13 iken akademi başarısı iyi olanların 15, akademik başarısı çok iyi olanların 15’dir ($p=0.003$). Boyut4 (pozitif yaşam bakışı) için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 19 iken akademi başarısı iyi olanların 22, akademik başarısı çok iyi olanların 26’dır ($p<0.001$). Boyut5 (kişilerarası ilişkiler) için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 12 iken akademi başarısı iyi olanların 14, akademik başarısı çok iyi olanların 16’dır ($p<0.001$). Boyut6 (stres yönetimi) için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 12 iken akademi başarısı iyi olanların 13, akademik başarısı çok iyi olanların 13’dür ($p<0.001$). Boyut7 (spiritüel sağlık) için akademik başarısı kötü olanların ortanca puanı 11 iken akademi başarısı iyi olanların 12, akademik başarısı çok iyi olanların 13’dür ($p=0.001$).

4.5. Adölesanların ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ Ölçek Puan Ortalamaları Ve Korelasyonları

Bulguların sunulduğu beşinci bölümde her üç ölçeğe ait ortalama ve PUKİ ile AYBÖ ölçek alt boyutları ortalama puanları ve ölçek korelasyonlarına yer verildi. Tablo 15’de ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ ölçek toplam ve ortalama puanları, AYBÖ alt boyutları toplam ve ortalama puanları, PUKİ ölçek ortalama ve alt boyutları puanları ve son olarak Tablo 16’da da ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ ölçeklerinin korelasyonları sunuldu.

Tablo 15. Adölesanların ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ ölçeklerinin alt boyutları ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	n	Ortalama $\pm$ s.sapma	Ortanca (min-mak)
ATBÖ-KF	546	24.49 $\pm$ 10.65	22 (10 - 60)
PUKİ	546	6.93 $\pm$ 1.74	7 (4 - 14)
Öznel uyku kalitesi	546	0.88 $\pm$ 0.72	1 (0 - 3)
Uyku latensi	546	0.97 $\pm$ 0.90	1 (0 - 3)
Uyku süresi	546	3.00 $\pm$ 0	3 (3 - 3)
Alışılmış uyku etkinliği	546	0.30 $\pm$ 0.70	0 (0 - 3)
Uyku bozukluğu	546	1.00 $\pm$ 0	1 (1 - 1)
Uyku ilacı kullanımı	546	0.09 $\pm$ 0.38	0 (0 - 3)
Gündüz işlev bozukluğu	546	0.7 $\pm$ 0.75	1 (0 - 3)
AYBÖ	546	98.89 $\pm$ 21.43	98 (40 - 160)
Sağlık sorumluluğu	546	10.05 $\pm$ 3.01	9 (5 - 20)
Fiziksel aktivite	546	13.37 $\pm$ 4.15	13 (6 - 24)
Beslenme	546	14.6 $\pm$ 3.55	14 (6 - 24)
Pozitif yaşam bakışı	546	21.67 $\pm$ 5.62	22 (8 - 32)
Kişilerarası ilişkiler	546	13.94 $\pm$ 3.38	14 (5 - 20)
Stres yönetimi	546	13.08 $\pm$ 3.22	13 (5 - 20)
Spiritüel sağlık	546	12.17 $\pm$ 3.23	12 (5 - 20)

Tablo 15’de çalışma kapsamındaki adölesanların ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları görülmektedir. Adölesanların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları; ATBÖ-KF için 24.49 $\pm$ 10.65, PUKİ için 6.93 $\pm$ 1.74 ve AYBÖ için 98.89 $\pm$ 21.43 olarak bulunmuştur. PUKİ ölçeği alt boyutları için puan ortalamaları; öznel uyku kalitesi 0.88 $\pm$ 0.72, uyku latensi 0.97 $\pm$ 0.90, uyku süresi 3.00 $\pm$ 0, alışılmış uyku etkinliği 0.30 $\pm$ 0.70, uyku bozukluğu, 1.00 $\pm$ 0, uyku ilacı kullanımı 0.09 $\pm$ 0.38, gündüz işlev bozukluğu 0.7 $\pm$ 0.75 olarak belirlendi.

AYBÖ ölçek 7 alt boyutu değerlendirildiğinde ise en yüksek puanın pozitif yaşam bakışı (boyut 4) 21.67 olduğu, ikinci olarak beslenme (boyut 3) 14.6, üçüncü olarak kişilerarası ilişkiler (boyut 5) 13.94, dördüncü olarak fiziksel aktivite (boyut 2) 13.37, beşinci olarak stres yönetimi (boyut 6) 13.08, altıncı olarak spiritüel sağlık (boyut 7) 12.17 ve son olarak da en düşük ortalama puana sahip sağlık sorumluluğu (boyut 1) 10.05 olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 16. Adölesanların ATBÖ-KF, PUKİ ve AYBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyon

		ATBÖ_TP	PUKİ_TP
PUKİ	r	0.127	-
	p	0.003	-
AYBÖ	r	-0.169	-0.111
	p	<0.001	0.009

Tablo 16’da ölçek korelasyonlarına yer verilmiştir. Korelasyon sonuçlarına göre telefon bağımlılığı ve uyku kalitesi ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Ancak telefon bağımlılığı ve adölesan yaşam biçimi arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Uyku kalitesi ile adölesan yaşam biçimi arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılmış, yurt içi ve yurt dışında konu ile benzerlik gösteren araştırmalar ile tartışılmıştır. Elde edilen bulgular yorumlanarak araştırmanın sonucu doğrultusunda öneriler belirtilmiştir.

Araştırmamızda adölesan kızların akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puan ortalamalarının erkek adölesanlardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde yurtiçi ve yurtdışı yapılan çalışmalarda da kızlarda erkeklere göre daha fazla akıllı telefon bağımlılığı olduğu saptandı (113-117). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise sonuçlarımızın aksine cinsiyet değişkeni ile ölçek puanı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği bulundu (118, 119). Literatürde bu farklı sonuçların görülmesiyle birlikte bu sonucun araştırmamızdaki kız adölesanların erkeklere göre akıllı telefonları müzik dinlemek, video seyretmek, konuşmak, mesajlaşmak, sosyal medya ve eğitim amacıyla daha fazla kullanmalarına bağlı olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmada adölesanların akıllı telefon bağımlılığı ile akademik başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve akademik başarısı kötü olan adölesanların akıllı telefon bağımlılığının akademik başarısı iyi ve çok iyi olan adölesanlara göre daha yüksek olduğu bulundu. Literatürdeki benzer çalışmalarda da akıllı telefon kullanımına bağlı okul notlarının daha düşük olması ve akademik başarıyı olumsuz etkilemesiyle ilişkilendirilerek benzer bulgular elde edilmiştir (115, 120, 121). Akıllı telefonların kullanıcılarına çok sayıda uygulamayı bir arada yapabilmeyi sunması bu cihazların kullanım süresini arttırmaktadır. Bu durumda risk grubu olarak görülen adölesanların kötü okul performansının kaçınılmaz hale gelebileceği belirtilmektedir (115). Akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek saptandığı akademik performansı kötü olan adölesanların akıllı telefonlarında yer alan uygulamaların kullanım sürelerinin artmasıyla birlikte ders ve ödev takiplerinde yaşanacak gecikmeler akademik performansı düşürebilir.

Akıllı telefon kullanımının yaş grupları açısından değerlendirdiğimizde Kwon ve arkadaşlarının (2016), yaptığı çalışmada 10-19 yaş arası gençlerin %36.1'inin akıllı telefon bağımlısı olduğu belirtilmiştir. Bu oranın aynı ülkede yetişkinler üzerinde yapılan çalışma sonucunun iki katından fazla olduğu bildirilmiştir (122). Araştırmamızda ise akıllı telefon bağımlılığı yaş değişkeni açısından incelendiğinde adölesanlarda yaşın artmasıyla birlikte telefon bağımlılığının arttığı ancak yaş grupları arasında anlamlı farkın olmadığı görüldü.

Bu durum akıllı telefonların yüz yüze etkileşimin yerini alması, akıllı telefon sahiplenilme oranının artışı, ergenlerin kendilerini çevrimiçi ortamda daha rahat ifade edebilmeleri, bilgi veya eğitim amaçlı yeni şeyler öğrenebilmeleri adına ve geç ergenlik döneminde özerklik duygusunun gelişimine paralel olarak yaşla birlikte arttığı düşünülmektedir.

Akıllı telefon bağımlılığı ve lisede eğitim görülen sınıf düzeyi değişkeni arasında literatürde farklı sonuçlar karşımıza çıkmıştır. Temiz ve arkadaşlarının (2020) çalışmasına göre akıllı telefon bağımlılığı riski açısından 11.sınıflar daha riskli grubu oluştururken, Akyürek (2020) çalışmasına göre lise öğrencilerinde sınıf düzeyinde akıllı telefon bağımlılığı yönünden anlamlı bir farklılık görülmediği vurgulanmıştır (119, 123). Bu araştırmada da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dokuzuncu sınıflarda akıllı telefon bağımlılığının diğer sınıflara göre daha yüksek olduğu, bu durumunda preadölesan dönemden adölesan döneme geçişte okul ve arkadaş ortamı değişikliklerine bağlı yalnızlığın getirmiş olduğu telefona bağımlılık duygusunun artışı ile ilgili olabileceği düşünülebilir.

Ebeveyn çocuk bağının güçlü olması çocukluk çağının her döneminde olduğu gibi adölesan çağda da zararlı alışkanlıkların ve bağımlılık yapıcı davranışların önlenmesinde gereklidir. Literatürde her iki cinsiyet grubunda da ebeveyn çocuk iletişimi iyi olan ailelerde akıllı telefon bağımlılığı davranışlarının düşük olduğu belirtilmiştir (124). Adölesanın aile içindeki yalnızlığı, ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumlarını önemsememeleri ve ebeveyn kontrolünün olmaması gibi durumlar akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (91, 125). Ayrıca tek ebeveynli ailede yaşayan adölesanların bağımlılık davranışları geliştirebilme risklerinin daha fazla olduğu ve yalnızlık duygusu olan adölesanlarda yüz yüze iletişim yerine çevrimiçi ortamda sosyalleşmeye eğilimli olabilecekleri söylenmektedir (126). Bu araştırmada da literatürü destekleyen sonuçlar elde edildi. Buna göre anne-babanın ayrı olduğu ailelerde yaşayan adölesanlarda akıllı telefon bağımlılığı çekirdek ve geniş ailelerde yaşayan adölesanlara göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı saptandı.

Anne-baba eğitimi ve adölesanların akıllı telefon bağımlılığı durumu incelendiğinde araştırmamızda anne ve babası lise mezunu olan adölesanlarda akıllı telefon bağımlılığının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve ebeveynlerin eğitim duurmları ile adölesanların akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Adölesanlarda akıllı telefon bağımlılığının incelendiği bir çalışmada anne eğitim düzeyinin

artmasıyla birlikte sorunlu akıllı telefon kullanımının azaldığı, baba eğitim düzeyi ile de sorunlu akıllı telefon kullanımı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı vurgulanmıştır (127).

Hane gelirinin akıllı telefon kullanımını ne kadar etkilediğinin araştırıldığı çalışmalarda düşük gelirli ebeveynlerin çocuklarına telefon alımında zorlanabileceği ve bu durumda daha az oranda akıllı telefon kullanımının olabileceği belirtilmiştir (128, 129). Bu çalışmada ise literatür bulgularının aksine hane gelir durumunun azalmasıyla akıllı telefon bağımlılığının arttığı görüldü.

Gençler sahip oldukları akıllı telefonlara kişisel özerkliğin güçlendirilmesi, en yeni modeller üzerinden kimlik göstergesi, eğlence kaynağı, boş zaman aktivitesi ve kişiler arası ilişkilerin kurulması gibi anlamlar yükledikleri belirtilmektedir (130). Bu bağlamda adölesanların akıllı telefona sahip olma durumları, ilk kullanma yaşları, telefon değişim sıklıkları, bir günde akıllı telefonu ne kadar süre kullandıklarına ilişkin özelliklerinin akıllı telefon bağımlılığını nasıl etkilediği saptanmaya çalışılmıştır. Buna göre çalışmamızda bir akıllı telefona sahip olan adölesanların beşte birinden biraz fazlasının akıllı telefon bağımlısı olduğu sonucu elde edilmiştir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada modern toplumlarda cep telefonu kullanımının bilgisayar kullanımına göre daha yaygın olduğu ve bu durumda cep telefonu kullanıcılarında bağımlılık oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (131). Akıllı telefon kullanımının yaygınlığının ve bağımlılığının araştırıldığı bir çalışmada da bireylerin neredeyse tamamının bir akıllı telefona sahip oldukları ve bunların da yarısına yakınının orta ve ağır problemli telefon kullanıcıları olduğu bildirilmiştir (132). Bu sonuçlara göre akıllı telefon bağımlılığının giderek arttığı görülmektedir.

Araştırmamızda ilk olarak akıllı telefon kullanma yaşı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Akıllı telefon kullanma yaşının küçülmesiyle birlikte adölesanların akıllı telefon bağımlılığının arttığı görüldü. Yapılan bir çalışmada da gençlerin akıllı telefona sahip olma yaş ortalaması 13.57 ± 2.39 olarak belirtilmiştir (133). Bülbül ve Tunç'un (2018) çalışmasında bulgularımıza benzer olarak telefon kullanmaya başlama yaşının küçülmesiyle bağımlılık düzeyinin arttığı bildirilmiştir (134).

Bununla birlikte çalışmamızda telefon değişim sıklığı bir yıldan kısa olan adölesanlarda daha yüksek oranda akıllı telefon bağımlılığı saptandı. Akıllı telefon kullanıcılarının çoğunun gençlerden oluşması akıllı telefonların toplumdaki trendlerin,

statü ve yaşam tarzı göstergesinin bir parçası olarak algılamalarının değişim sıklığını artırabileceği ifade edilmiştir (135).

Gün içerisinde akıllı telefonla geçirilen sürenin artması akıllı telefon bağımlılığı için tetikleyici bir faktör olarak gösterilmiştir (136). Başka bir çalışmada da akıllı telefon bağımlılığının en önemli göstergesi olarak kullanım süresi kabul edilmiştir (137). Bu çalışmada da literatürle benzer sonuçlar elde edildi. Buna göre istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte akıllı telefon bağımlılığı olan adölesanların bir günde dört saat ve üzerinde akıllı telefonlarını kullandıkları saptandı.

Kablosuz ağ bağlantısı ile kesintisiz erişim ve iletişime olanak sağlayan akıllı telefonların erişim olanağı artmıştır (138). Araştırmamızda telefon bağımlılığı olan adölesanların diğer gruplardan daha fazla telefon faturası ödediği belirlendi. Bu sonucun akıllı telefon bağımlılığı nedeniyle uzun süreler telefonla geçirilmesine bağlı olduğu söylenebilir.

Güney Tayvan'da yapılan bir çalışmada ergenlerin cep telefonlarıyla daha fazla metin mesajı gönderme veya daha fazla ücret harcamaları aşırı cep telefonu kullanımının semptomları arasında gösterilebileceği ifade edilmiştir (139). Araştırmamızda adölesanların akıllı telefon seçim kriterlerine bakıldığında da benzer olarak akıllı telefon bağımlılığı olan adölesanların en çok fiyat kriterine göre seçim yaptıkları saptandı. Bu durumda telefonların öğrenciler arasında bir statü tüketimi olarak algılanabileceğini pahalı telefonların hayranlık uyandırabileceğini tespit eden bir durum olarak ifade edilmektedir (140).

Araştırmamızda akıllı telefonu kullanma amacına göre telefon bağımlılığı yüksek olan adölesanların üçte birine yakınının sosyal ağları daha fazla kullandıkları bulundu. Araştırma sonuçlarımıza benzer olarak yurt dışında yapılan bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı saptanan öğrencilerin %70'den fazlasının sosyal amaçla, %20'sinin ise eğlence amaçlı telefonlarını kullandıkları belirlendi (141). Bulgularımızın aksine Kore'de yapılan başka bir araştırmaya göre ise akıllı telefon bağımlılığı olan adölesanların sosyal medyadan çok bilgi, eğlence ve oyun oynama amacıyla akıllı telefon kullandıkları saptandı (142). Yapılan çalışmalarda akıllı telefon bağımlısı olan bireylerin kullanım nedenlerinin başında sosyal medya erişimlerinin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca telefonları sosyal ağlara erişim için kullananlarda akıllı telefonların daha kolay alışkanlık yapabileceği ve bu durumunda bağımlılığı arttırabileceği ifade edilmiştir (143, 144). Literatürle örtüşen araştırma

bulgularımız doğrultusunda akıllı telefon kullanım amaçları yönünden bağımlılık yüzdesine bakıldığında araştırmamızda akıllı telefon bağımlılarının en fazla sosyal ağları kullandıklarının ön plana çıktığı saptandı. Araştırmamızda video uygulamaları, internette sörf ve konuşmak amacıyla kullanımın da akıllı telefon bağımlılığı olan adölesanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Roberts ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada akıllı telefon bağımlılığı için en riskli uygulamaların sesli arama, metin mesajlaşması ve sosyal ağlara erişim olarak bildirilmiştir (145).

Son yıllarda Instagram ve Snapchat gibi görsel sosyal medya platformlarının gençler arasında popülaritesinin arttığı, özellikle Instagramın ABD’de gençler tarafından en fazla kullanılan sosyal medya uygulaması olduğu belirtilmiştir (146). Fransa’da 11-18 yaşları arasında sosyal medya kullanıcılarının yoğun olduğu ve bu gençlerin %35’inin Snapchat, %27’sinin Instagram ve %32’sinin Facebook kullandığı sonucuna varılmıştır (147). Youtube’a ek olarak Facebook, Messenger veya Instagram gibi görsel içeriğin yer aldığı sosyal ağların Whsaap gibi yazılı iletişim kanallarından daha fazla kullanıldığı bildirilmektedir (148). Bu araştırmada günlük Instagram, Youtube ve Whsaap’ta vakit geçirme süreleri (dakika) açısından telefon bağımlılığı olan ve olmayan adölesanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Akıllı telefon bağımlısı olan adölesanların günlük belirtilen sosyal paylaşım sitelerinde geçirdikleri süre telefon bağımlısı olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu görüldü. Sha ve arkadaşlarının (2019) Facebook ve WhatsApp üzerine yaptıkları araştırmalarıyla da internette arkadaşlarıyla iletişim kurmanın sorunlu akıllı telefon kullanımı için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (149). Ayrıca 2017 yılında Birleşik Krallıkta yapılan geniş bir anket çalışmasında da gençlerin artan Instagram kullanımına bağlı gelişebilecek siber zorbalık mağduriyeti ile karşı karşıya olduğu bildirilmektedir (146). Literatürde adölesanların akıllı telefonlar aracılığıyla kullandıkları sosyal paylaşım siteleri türleri ile ilgili ülkelere göre benzer ve farklı sonuçlar görülebilmektedir. Bu araştırmada telefon bağımlılığına göre kullanım amaçlarından Twitter, Facebook, Snapchat, Tumblr ve Spotify farklılık göstermemektedir. Bu durumdaki farklılığında görsel içerikli platformların dünya genelindeki popülaritesindeki artış nedeniyle tercih ettikleri düşünülebilir.

Cinsiyetler arasındaki farklılıklar göz önüne alındığında araştırmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kız adölesanların erkek adölesanlardan daha yüksek oranda kötü uykuya sahip oldukları belirlendi ($p>0.05$). Araştırmamızda kız

adölesanların ortalama uyku sürelerinin de erkek adölesanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$). Bu bulgular doğrultusunda literatüre bakıldığında Bülbül ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada da sonuçlarımızla benzer bulgular elde edilmiştir (150). Şenol ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da benzer şekilde kızlar ve erkekler arasında uyku kalitesi açısından bir farklılık olmadığı ifade edilmiştir (151). Araştırmamızın bulgularından farklı olarak Quyang ve arkadaşları (2009) kızlar ve erkekler arasında uyku kalitesinde farklılık olmadığını belirtmişlerdir (152). Yapılan çalışmalarda sonuçlarımızın aksine erkek cinsiyetinde aşırı telefon kullanımı ve uyku bozukluğu geliştirme riskinin fazla olduğu belirtilmiştir (153, 154).

Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde önemli bir yere sahip olan uyku kalitesindeki düşüş fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemekle birlikte akademik başarıda azalma, iş kayıpları ve kişiler arası ilişkilerin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Uyku gereksinimi bireysel ve çevresel faktörlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Literatürde çalışma bulgularımızı destekleyen ve yaşla birlikte uyku kalitesindeki düşüş sonuçlarının yer aldığı çeşitli araştırmalar mevcuttur (155, 156). Bununla birlikte literatürde yaşın artışı ile uyku kalitesinde belirgin farklılıkların gözlenmediğine dair çalışmalarda yer almaktadır (150, 157). Bruni ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında katılımcılarının yaşları 11 ile 16 arasında değişen örnekleminde cep telefonu kullanımında sirkadyen tercihin uyku kalitesine olan etkilerinin incelendiği çalışmada yaşın artmasıyla birlikte uyku probleminin arttığı belirtilmiştir (158). Bu araştırmada ise istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte 17 yaş ve üzeri adölesanların, 10-13 yaş ve 14-16 yaş aralığındaki adölesanlara göre uyku kalitelerinin daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yaşla birlikte uyku kalitesindeki azalmanın nedeni olarak geç adölesan dönemde sınavlara hazırlanma, sınav stresi, meslek seçimi düşüncelerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda adölesanların PUKİ ölçeği puan ortalamaları ile sınıf düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Bu farklılığın 11. sınıftaki adölesanların PUKİ puan ortalamasının 9. sınıftaki adölesanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edildi. Araştırmamızda ortalama uyku sürelerinin 9. ve 10. sınıflarda daha yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı, bu farkın 9. 10. sınıflardaki ortalama uyku sürelerinin 12. sınıflardaki adölesanlardan daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$). Yapılan bir çalışmada da araştırmamıza benzer şekilde adölesan dönemin sonlarına doğru uyku süresinin kısaldığı

belirtilmiştir (159). Bu durumun sınıf düzeyinin artmasıyla birlikte adölesanlarda sınav kaygısı ve stresinin artması dolayısıyla uyku süresinin kısaldığı düşünülebilir.

Aile tipinin PUKİ puan ortalamaları üzerine etkilerine bakıldığında geniş ailede yaşayan adölesanların puan ortalaması anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek olduğu bulundu. Araştırma bulgularımızın aksine Temel ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise parçalanmış ailelerde yaşayan adölesanların uyku kalitelerinin daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir (160). Yapılan çalışma ve araştırma bulgularımızın örtüşmemesi örneklem farklılığı ve adölesanların aile içerisindeki huzur ve güven ortamı farklılığından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda adölesanların PUKİ ölçeği puan ortalamaları ile babaların eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık saptandı. Bu farklılığın ise okuryazar olmayan babaların puan ortalamalarının ilkökul ve lise mezunu olan babalardan daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$). Literatüre göre ebeveyn ilgisinin ergen uyku süresi ve kalitesi ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve ergenlik döneminde artan teknolojik cihaz kullanımı ve gündüz uykululuğunun ebeveyn rehberliğinde kontrol edilebileceği söylenmektedir (78, 161). Bu araştırmanın literatürle tutarlı bulguları doğrultusunda anne-baba eğitim düzeyinin artması, istikrarlı aile yapısı ve ebeveyn sıcaklığının artmasının adölesanın stresini azaltabileceği ve sağlıklarıyla ilgili daha duyarlı olabilecekleri dolayısıyla uyku kalitelerinin artacağı düşünülmektedir.

Ailenin gelir durumu ve adölesan PUKİ puan ortalamalarına bakıldığında anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik durumun uyku kalitesine ilişkin daha kötü bir öznel algı ve daha kısa süreli uyku ile ilgili olabileceği belirtilmiştir (162).

Akademik başarı ve PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte akademik başarısı kötü olan adölesanların PUKİ ölçek puan ortalaması daha yüksek bulundu. Yapılan çalışmalarda da uyku kalitesi iyi olan öğrencilerin akademik başarılarının uyku kalitesi kötü olan öğrencilerden daha iyi olduğu belirtilmektedir (163, 164). Literatürle örtüşen araştırma bulgularımız doğrultusunda akademik yönden başarılı olan adölesanların planlı ve disiplinli yaşamaları ve düzenli olarak uyumalarının uyku verimini arttırdığı söylenebilir.

Bu çalışmada PUKİ puan sınıflamasına göre bakıldığında adölesan yaşam biçiminin uyku kalitesini değerlendirdiğimizde iyi ve kötü uykuya sahip ergenler arasında

yaşam biçimi puanları arasında anlamlı farklılık görülmedi. Araştırmamızda ATBÖ-KF puan ortalamalarının kötü uykuya sahip adölesanların daha yüksek olduğu bulundu ($p>0.05$). Bu durum akıllı telefonların kullanım yaygınlığının artmasına bağlı yetersiz uykunun sonuçları olarak uyku-uyanıklık döngülerinin bozulması ve ergen sirkadyen faz gecikmesinin kötüleşmesi ile ilgili olduğu söylenebilir. Literatür ve araştırma bulgularımızın doğrultusunda adölesanların özellikle uyku kalitesi ve sağlık sonuçlarına ilişkin algılarına dair öz bildirimlerinde farklılıklar olabilmekle birlikte telefon bağımlılığına bağlı uyku kaybının genel olarak sağlığı olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Bu araştırmada AYBÖ ve alt boyutları cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde kız adölesanların AYBÖ ortalama puanı erkek adölesanlardan daha yüksek saptandı. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında her iki cinsiyet arasında fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık boyutlarında anlamlı farklılıklar görüldü. Fiziksel aktivite boyutu açısından bakıldığında erkeklerin kızlara göre daha yüksek puan aldığı saptandı. Gençler üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında araştırma bulgularımızı destekler nitelikte çalışmalar görülmektedir (165, 166). Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın kültürel açıdan kaynaklandığı ve kızların bu nedenle erkeklere göre daha inaktif oldukları düşünülmektedir. Pozitif yaşam bakışı, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları açısından sonuçlarımız değerlendirildiğinde kız adölesanların erkek adölesanlardan daha yüksek puan aldıkları saptandı. Yapılan bir çalışmada ise sonuçlarımızın aksine psikolojik sağlık açısından kızlar ve erkekler arasında fark görülmediği, sosyal ilişkiler yönünden ise erkeklerin daha yüksek puana sahip oldukları belirtilmektedir (167). Başka bir araştırmaya göre ise kadınların mutlu hissetme, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık açısından kendilerini iyi hissetmedikleri belirtilmiştir (168). Araştırma sonuçları arasındaki farklılıkların örneklem büyüklüğü ve yaşanılan çevreye bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada adölesanların AYBÖ ve alt boyutları puan ortalamaları yaş değişkeni açısından farklılık göstermemekle birlikte yaş arttıkça toplam ölçek puan ortalamalarının azaldığı görüldü. Yaş grupları arasında farklılık görülmemesi araştırma kapsamındaki adölesanların yaşanılan çevre şartlarının benzer olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar AYBÖ yaş değişkeni açısından değerlendirildiğinde bulgularımıza benzer şekilde Ercan (2019) yaptığı çalışmada ergenlik döneminde yaşı

artması ile birlikte algılanan yaşam kalitesinde düşüş olduğu bulundu (169). Özcan ve arkadaşlarının (2020) duygusal ve bilişsel süreçler açısından değerlendirmelerin yapıldığı çalışmalarında da sonuçlarımıza benzer şekilde yaşla birlikte anlamlı bir değişikliğin gözlenmediği belirlendi (170).

Araştırmamızda adölesanların AYBÖ puan ortalamaları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ölçek toplam puanı çekirdek ailede en yüksek, anne-babanın ayrı olduğu ailelerde ise en düşük düzeyde saptandı. Araştırmamızda elde edilen bu sonucun tek ebeveynli ailelerde ebeveynlerin rehberlik ve destek eksikliğinin olabileceği ve ergen yaşam biçiminin olumsuz etkilenebileceğine bağlı olabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada ebeveyn yokluğunun ergenlerde intihar düşüncesi ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir (171). Anne-baba ile olumlu iletişimin ise daha iyi ruh sağlığı, daha az riskli davranışla ilişkili olduğu sonucu vurgulanmıştır (172-174).

Adölesanların akademik başarılarına göre AYBÖ puanlarına bakıldığında akademik başarının artması yaşam biçimini de pozitif yönde etkilediği saptandı. Sağlık sorumluluğu açısından değerlendirildiğinde akademik başarının artışı ile birlikte sağlık sorumluluğunun da anlamlı olarak arttığı görüldü. Bu durum eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte, sosyo-demografik özelliklerin etkisiyle de bireysel olarak sağlığı koruma ve geliştirmenin de artacağı şeklinde yorumlanabilir. Literatürde çalışma bulgumuzu destekler nitelikte araştırmalar yer almaktadır (175, 176). Akademik başarı ölçek alt boyutlarından fiziksel aktivite yönünden değerlendirildiğinde düzenli yapılan fiziksel aktivitenin bilişsel işlevleri arttırarak dolaylı yoldan akademik başarıyı arttırdığı, yüksek fiziksel aktivite düzeyinin algısal beceri, akademik başarı ve gelişimsel düzey ile pozitif yönde ilişkili olduğu ifade edilmektedir (177, 178). Bulguları literatürle örtüşen bu çalışma sonucunda fiziksel aktivite sırasında beyne giden besin ve oksijenin artması, stresin azalması gibi etkenlerinde akademik başarıyı arttırabileceği söylenebilir. Bu çalışmada akademik başarısı kötü olan adölesanların beslenme alt boyut ortalama puanının düşük olduğu belirlendi. Beslenme alışkanlıklarının sağlıksız şekilde oluşması özellikle ergenlik dönemindeki geçişlerin ve gelişimsel durumlar göz önüne alındığında sosyal izolasyon, depresyon gibi sorunlu durumların görülebildiği ifade edilmiştir (179). Bu durum akademik başarısızlıkla da ilgili olabileceği düşünülebilir. Sonuç olarak beslenmenin zihinsel gelişim için önemli olduğu sonucuna varılabilir. Bu çalışmada adölesanların akademik başarısının artmasıyla pozitif yaşam bakışında anlamlı şekilde arttığı saptandı. Pozitif psikoloji ve pozitif gençlik ergen

refahı ilgili olabilir. Literatürde bireyin kendini yeterli ve iyi hissetmesiyle birlikte öz saygısının olmasının akademik başarıyı da beraberinde getirdiği ifade edilmektedir (180-184). Adölesanlarda özellikle okul ortamında algılanan destek ve ilişkinin okul performansıyla etkili olduğu bildirilmiştir. Beklentilerin karşılanmasıyla birlikte okulda problemleri davranışların azalarak akademik performansın pozitif yönde etkileneceği ifade edilmektedir (185). Akranlarla ilişkinin arttığı bu dönemde, arkadaş desteğinin olması daha iyi ruh sağlığı ile ilişkili olduğu literatürde belirtilmektedir (186). Araştırmamızda akademik başarının artmasıyla birlikte kişiler arası ilişkiler ortalama puanının arttığı görüldü. Sosyal ilişkilerin tutarlı ve iyi seyirli olması ruh sağlığı ile ilişkilendirilebilir ve bunun da okul performansını artıracak düşünülür. Olumsuz ruh hali, düşük benlik saygısı, depresyon, uykusuzluk gibi genel ruh sağlığı sorunları ergenlerde yorgunluk, dikkatsizlik gibi problemleri beraberinde getirerek akademik not ortalamasında düşüşe neden olabilir. Stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde akademik başarının düşmesiyle birlikte stres yönetimi ortalama puanının anlamlı şekilde düştüğünü de görmekteyiz. Yapılan araştırmalarda kendini ve düşüncelerini kontrol etmeyi başarabilen ergenlerin öz denetimlerinin yüksek olduğu, stresli durumlarla başa çıkmada daha iyi oldukları ifade edilmiştir (187).

Kaygı ile başa çıkabilme, bağımlılık yapıcı davranışları en aza indirerek okula olan bağlılığı ve okula aidiyet duygusunu arttırdığı ifade edilmektedir (188, 189). Bu araştırmada da akademik başarıda artışla birlikte spiritüel sağlık boyutunda artış olduğu görüldü. Yapılan çalışmalar maneviyatın okul başarısının artışı, hastalıklarla başa çıkabilme ve riskli davranışların önlenmesinde önemli olduğunu bildirmektedir (190-193). Spiritüel sağlığın kuvvetli yönü ergenlerin psikolojik ve sosyal gelişimlerine katkıda bulunabilir. Bu durumda ergen refahına bağlı akademik performansta artış görülebilir.

Araştırma kapsamındaki adölesanların akıllı telefon bağımlılığı ölçek ortalama puanının orta düzeyde, PUKİ ortalama puanının kötü olduğu, AYBÖ ortalama puanının ise orta düzeyde olduğu saptandı.

Araştırmada ATBÖ-KF toplam puanı ile PUKİ ölçeği arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi. ATBÖ-KF toplam puanı ile AYBÖ puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Uyku kalitesi ile adölesan yaşam biçimi arasında da negatif yönlü bir ilişki olduğu görüldü.

Akıllı telefon bağımlılığın artmasıyla birlikte uyku kalitesinin azaldığına ve yaşam biçiminin olumsuz etkilendiğine yönelik çalışmalar literatürde yer almaktadır (12, 194,195). Akıllı telefon bağımlılığın ruh sağlığı ve kişiler arası ilişkileri olumsuz etkilediği, öz kontrol eksikliklerine neden olduğu ve yaşam stresini beraberinde getirdiği belirtilmektedir (196).

Akıllı telefon kullanım sürelerinin artmasıyla da uyku kalitesinin bozulduğu, bireylerde anksiyete ve stres düzeyinin arttığı ifade edilmektedir (197).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Akıllı telefon bağımlılığının uyku ve yaşam biçimi üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışma 301 kız, 245 erkek adölesan ile yürütüldü. Araştırmaya katılan adölesanların yaş ortalamasının 15.6 ± 1.25 olduğu belirlendi.

Bu araştırmada adölesanların ATBÖ-KF puan ortalaması 24.49 ± 10.65 bulundu. Kızların erkeklere göre ATBÖ-KF puanının daha yüksek, 14-16 yaş aralığında ve 11. sınıfta eğitim gören bireylerde akıllı telefon bağımlılığın daha fazla, anne-baba eğitim seviyesinin, hane gelirinin ve akademik başarıdaki düşüşün akıllı telefon bağımlılığı riskini arttırdığı saptandı.

Akıllı telefon bağımlısı olan adölesanların telefonlarını en fazla sosyal ağlara girmek amacıyla kullandıkları ve sosyal paylaşım siteleri olarak en fazla Instagram, Youtube ve Whatsaap'ta daha uzun süre vakit geçirdikleri belirlendi.

Adölesanların PUKİ puan ortalaması 6.93 ± 1.74 olarak bulundu. Kız adölesanların, 11. sınıfta öğrenim gören adölesanların, yaşı 17 yaş ve üzeri olan adölesanların, geniş ailede yaşayanların, anne-baba eğitim seviyesi düşük ve akademik başarıları kötü olan bireylerin, telefon değişim sıklığı üç yıldan fazla olup, eğitim ve mesajlaşma amacıyla telefonlarını kullanan adölesanların uyku kaliteleri daha düşük bulundu.

Adölesanların AYBÖ puan ortalamaları 98.89 ± 21.43 olarak saptandı. Adölesanları yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yaşam bakışı alt boyutu puanını daha yüksek, sağlık sorumluluğu alt boyut puanının daha düşük olduğu saptandı.

Cinsiyeti kız olan adölesanların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları erkek adölesanlardan daha düşük olduğu belirlendi. Akademik başarıları düşük olan adölesanların AYBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının akademik başarıları iyi ve çok iyi olan adölesandan daha düşük olduğu saptandı.

Çalışmada kullanılan ölçekler birbirleri ile ilişkilendirildiğinde ise ATBÖ-KF ile PUKİ arasında pozitif yönde, ATBÖ-KF ile AYBÖ arasında negatif yönde ve anlamlı, PUKİ ile AYBÖ arasında ise negatif yönde ilişki olduğu belirlendi.

Bu bulgular doğrultusunda araştırmacılara, adölesan yaş grubunun eğitiminden sorumlu eğitimciler, ebeveynler ve kurumlara bazı önerilerde bulunulmuştur.

- Genç bireylere bilinçli bir şekilde akıllı telefon kullanım alışkanlıklarının kazandırılması, bu cihazların başında geçirilen sürenin kontrolünün sağlanması için öğrenci ve ebeveynleri ile eğitimcilere konu ile ilgili eğitim ve danışmanlık programları düzenlenerek farkındalıklarının arttırılması sağlanabilir.
- Özellikle akademik başarı düşüşünde potansiyel bir risk olarak görülen akıllı telefon bağımlılığı davranışlarına erken müdahale için okul ve aile ortamında rehberlik yapılabilir.
- Adölesanların akıllı telefonlar ile geçirdikleri süreyi azaltmak için okul ve okul dışında kültür ve fiziksel aktivite/spor faaliyetlerine katılmaları için destekleme çalışmaları yapılabilirler.
- Pediatri hemşireleri koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, uyku kalitesi kötü adölesanların belirlenmesi, uyku bozukluğunun erken dönemde fark edilmesi ve önlenmesi için okullarda taramaların yapılması ve değerlendirilmesi amacıyla çalışmalar yapılabilir.
- Okullarda yapılan taramalar ve çalışmalar sonucunda adölesanların yaşam biçimi davranışlarında tespit edilen zayıf yönler belirlenerek bu davranışlara yönelik girişimsel çalışmalar planlanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Çavuşoğlu H (2019). Çocuk sağlığı hemşireliği. 13. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara; Sayfa: 106.
2. TÜİK (2021). İstatistik göstergeler [online]. Erişilebilir: tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/tabloOluştur.do. [Erişim tarihi 01 Şubat 2021].
3. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B (2018). Pediatri hemşireliği. 2. Baskı. Öznur Matbaacılık, Ankara; 88.
4. Zhang MX, Wu AMS (2020). Effects of smartphone addiction on sleep quality among Chinese university students: the mediating role of self-regulation and bedtime procrastination. *Addict Behav* 111: 106552.
5. Huber R, Treyer V, Borbely AA, Schudere J, Gottselig JM, Landolt HP, Werth E, Berthold T, Kuster N, Buck A, Achermann P (2002). Electromagnetic fields, such as those from mobile phones, alter regional cerebral blood flow and sleep and waking eeg. *J Sleep Res* 11: 289–295.
6. Liu Q, Huang J, Zhoua Z (2020). Self-expansion via smartphone and smartphone addiction tendency among adolescents: a moderated mediation model. *Children and Youth Services Review* 119: 1-9.
7. Carter B, Rees P, Hale L, Bhattacharjee D, Paradkar M (2017). A meta-analysis of the effect of media devices on sleep outcomes. *JAMA Pediatr*. 170: 1202-1208.
8. Brunetti V, O'Loughlin EK, O'Loughlin J, Constantin E, Pigeon É (2016). Screen and nonscreen sedentary behavior and sleep in adolescents. *Sleep Health* 2: 335-340.
9. Akdeniz Kudubeş A, Bektaş M (2020). Psychometric properties of the Turkish version of the healthy lifestyle belief scale for adolescents. *J Pediatr Nurs* 53: 1-7.
10. Marques A, Loureiro N, Rosa BA, Naia A, Matos MG (2020). Adolescents' healthy lifestyle estilo de vida saudavel dos adolescentes. *J Pediatr* 96: 217-224.
11. Buctot DB, Kim N, Kim SH (2020). The role of nomophobia and smartphone addiction in the lifestyle profiles of junior and senior high school students in the Philippines. *Social Sciences & Humanities Open* 2(1): 100035.

12. Lin Y, Liu Q (2020). Perceived subjective social status and smartphone addiction tendency among Chinese adolescents: a sequential mediation model. *Children and Youth Services Review* 116: 105222.
13. Vijayakumar N, Op de Macks Z, Shirtcliff EA, Pfeifer JH (2018). Puberty and the human brain: insights into adolescent development. *Neurosci Biobehav Rev* 92: 417-436.
14. Avcı M (2006). Ergenlikte toplumsal uyum sorunları. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 7: 39-63.
15. Pfeifer JH, Allen NB (2021). Puberty initiates cascading relationships between neurodevelopmental, social and internalizing processes across adolescence. *Biological Psychiatry* 89(2): 99-108.
16. Blakemore SJ, Burnett S, Dahl RE (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp* 31: 926-933.
17. Frere PB, Vetter NC, Artiges E, Filippi I, Miranda R, Vulser H, Martinot MLP, Ziesch V, Conrod P, Cattrell A, Walter H, Gallinat J, Bromberg U, Jurk S, Menningen E, Frouin V, Orfanos DP, Stringaris A, Penttil J, Noort B, Grimmer Y, Schumann G, Smolka MN, Martinot J L, Lemaître H (2020). Sex effects on structural maturation of the limbic system and outcomes on emotional regulation during adolescence. *NeuroImage* 210: 116441.
18. Akalın D, Göktaş E, Horzum E, Karaodul G, Çobanoğlu N (2008). T.C. Sağlık Bakanlığı halkın sağlık bilincinin geliştirilmesi projesi eğitimciler için eğitim rehberi. *Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri* 722, Ankara; Sayfa: 15-136.
19. Ahioğlu Lindberg EN (2011). Piaget ve ergenlikte bilişsel gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 19: 1-10.
20. Lounsbury JW, Welsh DP, Gibson LW, Sundstrom E (2005). Broad and narrow personality traits in relation to cognitive ability in adolescents. *Personality and Individual Differences* 38: 1009-1019.
21. Scheu I, Xu Y (2012). Expanding Fröebel's garden: the effect of play on adolescents' cognitive development. *International Journal of Adolescence and Youth* 19(2): 245-261.

22. Cole TJ (2020). Tanner's tempo of growth in adolescence: recent sitar insights with the harpenden growth study and alsapac. *Annals of Human Biology* 47: 181-198.
23. Yiğit R (2012). Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Sistem Ofset Basımevi, Ankara; Sayfa: 181-183.
24. Jacob JA, Nair MKC (2012). Protein and micronutrient supplementation in complementing pubertal growth. *Indian J Pediatr* 79: 84-91.
25. Rogol AD, Clark A, Roemmich JN (2000). Growth and pubertal development in children and adolescents: effects of diet and physical activity. *Am J of Clin Nutr* 72: 521-528.
26. Yurgelun-Todd D (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology* 17: 251-257.
27. Alonso-Stuyck P, Zacaes JJ, Ferreres A (2018). Emotional separation, autonomy in decision-making and psychosocial adjustment in adolescence: a proposed typology. *J Child Fam Study* 27: 1373-1383.
28. Caseya BJ, Hellerb AS, Gee DG, Cohenc AO (2019). Development of the emotional brain. *Neurosci Lett* 693: 29-34.
29. Söyler S, Yıldırım Kaptanoğlu A (2018). Sanal uyuşturucu: internet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(2): 37-46.
- 30- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA (2010). Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 36: 233-241.
31. Wegmann E, Markası M (2021). Affective and cognitive processes involved in behavioral addictions. *Addictive Behaviors* 118: 106885.
32. Samaha M, Hawi NS (2016). Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior* 57: 321-325.
33. Boumosleh JM, Jaalouk D (2017). Depression, anxiety and smartphone addiction in university students-a cross sectional study. *Plos One* 12(8): 0182239.
34. Gutiérrez JDS, Fonseca FR, Rubio G (2016). Cell-phone addiction: a review. *Frontiers in Psychiatry* 7: 175.

35. Liu Q, Sun J, Li Q, Zhou Z (2020). Body dissatisfaction and smartphone addiction among Chinese adolescents: a moderated mediation model. *Children and Youth Services Review* 108: 104613.
36. Abbasi GA, Jagaveeran M, Goh YN, Tariq B (2021). The impact of type of content use on smartphone addiction and academic performance: physical activity as moderator. *Technology in Society* 64: 101521.
37. Yusufoglu ÖŞ (2017). Boş zaman faaliyeti olarak akıllı telefonlar ve sosyal yaşam üzerine etkileri: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 6: 2414-2434.
38. Barnes SJ, Pressey AD, Scornavacca E (2019). Mobile ubiquity: understanding the relationship between cognitive absorption, smartphone addiction and social network services. *Computers in Human Behavior* 90: 246-258.
39. Panova T, Carbonell X (2018). Is smartphone addiction really an addiction? *J Behav Addict* 7(2): 252-259.
40. Kürtüncü M, Kuzlu Ayyıldız T, Kurt A (2020). An examination of smartphone addiction and loneliness among high school students according to various variables: a sample from Turkey. *Perspect Psychiatr Care* 57: 1-7.
41. Digital in (2019) [online]. Available from: <https://wearesocial.com/uk/blog/2019/01/digital-in-2019-global-internet-use-accelerates> [Accessed: 18 March 2021].
42. Buctot DB, Kim N, Kim JJ (2020). Factors associated with smartphone addiction prevalence and its predictive capacity for health-related quality of life among Filipino adolescents. *Children and Youth Services Review* 110: 104758.
43. Lee C, Lee SJ (2017). Prevalence and predictors of smartphone addiction proneness among Korean adolescents. *Children and Youth Services Review* 77: 10-17.
44. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP (2015). Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Journal of Behavioral Addictions* 4: 299-307.
45. TÜİK (2013). Yaş gruplarına göre çocukların bilgisayar, internet ve cep telefonu kullanımları [online]. Erişilebilir: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15866> [Erişim tarihi: 5 Temmuz 2020].

46. TÜİK (2020) [online]. Erişilebilir: [data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2020-33679](http://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2020-33679). [Erişim tarihi: 18 Mart 2021].
47. Ting CH, Chen YY (2020). Smartphone addiction. *Adolescent Addiction* 8: 215-240.
48. Oulasvirta A, Rattenbury T, Ma L, Raita E (2012). Habits make smartphone use more pervasive. *Pers Ubiquit Comput* 16: 105-114.
49. Sönmez M, Gürlek Kısacık Ö, Eraydın C (2020). Correlation between smartphone addiction and loneliness levels in nursing students. *Perspect Psychiatr Care* 57: 82-87.
50. Tangmunkongvorakul A, Musumari PM, Thongpibul K, Srithanaviboonchai K, Techasrivichien T, Suguimoto SP, Ono-Kihara M, Kihara M (2019). Association of excessive smartphone use with psychological well-being among university students in Chiang Mai, Thailand. *Plos One* 14: 0210294.
51. Nguyen NC, Bosch OJH, Ong FY, Seah JS, Succu A, Nguyen TV, Banson KE (2016). A systemic approach to understand smartphone usage in Singapore. *Systems Research and Behavioral Science* 33: 360-380.
52. Taştan S, İyigün E (2020). Relationship between nursing students' smartphone addiction and interaction anxiety: a descriptive relation-seeker type study. *Perspect Psychiatr Care*. doi: 10.1111/ppc.12767.
53. Solecki S (2020). The smart use of smartphones in pediatrics. *J Pediatr Nurs* 55: 6-9.
54. Solecki S, McLaughlin K, Goldschmidt K (2014). Promoting positive offline relationships to reduce negative online experiences. *J Pediatr Nurs* 29: 482-484.
55. Solecki S, Fay-Hillier T (2015). The toll of too much technology on teens' mental health. *J Pediatr Nurs* 30(6): 933-936.
56. Tekcan P, Çalışkan Z, Kocaöz S (2020). Sleep quality and related factors in Turkish high school adolescents. *J Pediatr Nurs* 55: 120-125.
57. Zhou Y, Guo L, Lu C, Deng J, He Y, Huang J, Huang G, Deng X, Gao X (2015). Bullying as a risk for poor sleep quality among high school students in China. *Plus One*: 0121602.

58. Mortazav S, Motlagh M, Qorbani M, Mozafarian N, Heshmat R, Kelishadi R (2019). Association of screen time with sleep duration in school-aged children; a nationwide propensity score matched analysis: the caspian-v study. *Journal of Research Health Sciences* 12: 1-6.
59. Costa e Silva JA (2006). Sleep disorders in psychiatry. *Metabolism Clinical and Experimental* 55: 40-44.
60. Laposky AD, Bass J, Kohsaka A, Turek FW (2008). Sleep and circadian rhythms: key components in the regulation of energy metabolism. *FEBS Lett* 582: 142-151.
61. Yıldırım Sarı H (2012). Çocuklarda uyku. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 28: 81-90.
62. Bruin EJ, Kampen RKA, Kooten T, Meijer AM (2014). Psychometric properties and clinical relevance of the adolescent sleep hygiene scale in dutch adolescents. *Sleep Med* 15: 789-797.
63. Costa J, Samar Helou, Sleilaty G, Costa T, El Helou J (2021). Validity and reliability of an Arabic version of the sleep hygiene index. *Sleep Med* 80: 260-264.
64. Lin CY, Strong C, Siu AMH, Jalilolghadr S, Nilsen P, Broström A, Pakpour AH (2018). Validating the persian adolescent sleep hygiene scale-revised (ashsr) using comprehensive psychometric testing methods. *Sleep Med* 50: 63-71.
65. Mireku MO, Barker MM, Mutz J, Dumontheil I, Thomas MSC, Roosli M, Elliott, Toledano MB (2019). Night-time screen-based media device use and adolescents' sleep and healthrelated quality of life. *Environ Int* 124: 66-78.
66. Mireku MO (2021). Waking activities and sleep: analysis of United Kingdom adolescents' daily time-use diaries. *J Adolesc Health* 68: 385-393.
67. Gamble AL, D'Rozario AL, Bartlett DJ, Williams S, Sun Bin Y, Grunstein RR, Marshall NS (2014). Adolescent sleep patterns and night-time technology use: results of the australian broadcasting corporation's big sleep survey. *Plos One* 9: 111700.
68. Tan E, Healey D, Gray AR, Galland BC (2012). Sleep hygiene intervention for youth aged 10 to 18 years with problematic sleep: a before-after pilot study. *BMC Pediatrics* 12: 189.

69. Xu Z, Su H, Zou Y, Chen J, Wu J, Chang W (2010). Sleep quality of Chinese adolescents: distribution and its associated factors. *Journal of Pediatrics and Child Health* 48: 138-145.
70. Fobian AD, Avis K, Schwebel DC (2016). The impact of media use on adolescent sleep efficiency. *J Dev Behav Pediatr* 37: 9-14.
71. Twenge JM, Hisler GC, Krizan Z (2019). Associations between screen time and sleep duration are primarily driven by portable electronic devices: evidence from a population-based study of U.S. children ages 0-17. *Sleep Med* 56: 211-218.
72. Lemola S, Perkinson-Gloor N, Brand S, Dewald-Kaufmann, JF, Grob A (2015). Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance and depressive symptoms in the smartphone age. *J Youth Adolesc* 44: 405-418.
73. Fontanellaz-Castiglione CEG, Markovic A, Tarokh L (2020). Sleep and the adolescent brain. *Curr Opin Physiol* 15: 167-171.
74. Jamieson D, Shan Z, Lagopoulos J, Hermens DF (2021). The role of adolescent sleep quality in the development of anxiety disorders: a neurobiologically-informed model. *Sleep Med Rev* 59: 101450.
75. Lima RA, Gomes de Barros MV, Santos MAM, Machado L, Bezerra J, Soares FC (2020). The synergic relationship between social anxiety, depressive symptoms, poor sleep quality and body fatness in adolescents. *J Affective Disord* 260: 200-205.
76. Bartel KA, Gradisar M, Williamson P (2015). Protective and risk factors for adolescent sleep: a meta-analytic review. *Sleep Med Rev* 21: 72-85.
77. Arora T, Broglia E, Neil Thomas G, Taheri S (2014). Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality and parasomnias. *Sleep Med* 15: 240-247.
78. Carter B, Rees P, H Lauren, Bhattacharjee D, Paradkar MS (2016). Association between portable screen-based media device access or use and sleep outcomes a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 170: 1202-1208.

79. Owens J (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *American Academy of Pediatrics* 134: 921-932.
80. Maskevich S, Cassanet A, Allen NB, Trinder J, Bei B (2020). Sleep and stress in adolescents: the roles of pre-sleep arousal and coping during school and vacation. *Sleep Med* 66: 130-138.
81. Riesch SK, Liu J, Kaufmann PG, Doswell WM, Cohen S, Vessey J (2019). Preventing adverse health outcomes among children and adolescents by addressing screen media practices concomitant to sleep disturbance. *American Academy of Nursing on Policy* 67: 492-496.
82. Ardic A, Esin MN (2015). The adolescent lifestyle profile scale: reliability and validity of the Turkish version of the instrument. *JNR* 23(1): 33-40.
83. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K (2017). The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: a systematic review. *Plos One* 12: 0187668.
84. Ayres CG, Pontes NM (2018). Use of theory to examine health responsibility in urban adolescents. *J Pediatr Nurs* 38: 40-45.
85. Bektas İ, Akdeniz Kudubeş A, Ayar D, Bektas M (2021). Predicting the healthy lifestyle behaviors of Turkish adolescents based on their health literacy and self-efficacy levels. *J Pediatr Nurs* 1-6.
86. Khan A, Uddin R (2020). Parental and peer supports are associated with an active lifestyle of adolescents: evidence from a population-based survey. *Public Health* 188: 1-3.
87. Cheah YK, Lim HK, Kee CC (2018). Demographic and lifestyle determinants of time spent in physical activity among Malaysian adolescents. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine* 5: 49-54.
88. Kim Y, Lee N, Lim Y (2017). Gender differences in the association of smartphone addiction with food group consumption among Korean adolescents. *Public Health* 145: 132-135.

89. Marsh S, Mhurchu CN, Maddison R (2013). The non-advertising effects of screen-based sedentary activities on acute eating behaviours in children, adolescents and young adults. A systematic review. *Appetite* 71: 259-273.
90. Shek DTL, Chai CWY, Dou D (2021). Parenting factors and meaning of life among Chinese adolescents: a six-wave longitudinal study. *Journal of Adolescence* 87: 117-132.
91. Kwak JY, Kim JY, Yoon YW (2018). Effect of parental neglect on smartphone addiction in adolescents in South Korea. *Child Abuse Negl* 77: 75-84.
92. Mason EB, Burkhart K, Lazebnik R (2019). Adolescent stress management in a primary care clinic. *J Pediatr Health Care* 33: 178-185.
93. Rajab TM, Saquib J, Rajab AM, Enabi S, Saleh Ayash SQ, Abdelrahman SAA, Khojah M AA, Almazrou A, Saquib N (2021). The associations of religiosity and family atmosphere with lifestyle among Saudi adolescents. *SSM - Population Health* 14: 100766.
94. McGovern CM, Militello LK, Arcoleo KJ, Melnyk BM (2018). Factors associated with healthy lifestyle behaviors among adolescents. *J Pediatric Health Care* 32: 473-480.
95. Willis J, Zeratskaar D, Hove, J, Rosenbaum P, Ronen GM (2021). Engaging the voices of children: a scoping review of how children and adolescents are involved in the development of quality-of-life-related measures. *Value in Health* 24: 556–567.
96. Kang Y, Yi K, Kim Y, Hur Y (2021). School adaptation and its correlates in Lao adolescents. *Children and Youth Services Review* 120: 105721.
97. Santos SFS, Bordin D, Souza EFD, Júnior IFF (2020). Study protocol and baseline characteristics of “school in action” program on support to physical activity and healthy lifestyles in adolescents. *Contemporary Clinical Trials Communications* 17: 100505.
98. Moreno MA, Kerr BR, Jenkins M, Lam E, Malik FS (2020). Perspectives on smartphone ownership and use by early adolescents. *J Adolescent Health* 64: 437-442.
99. Ozturk FO, Ayaz-Alkaya S (2020). Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. *J Pediatr Nurs* 54: 31-35.

100. Daley AM, Lestishock L, White PH (2020). Pediatric nurse practitioners' perspectives on engaging adolescents to shift from pediatric to adolescent- focused health care services. *J Pediatr Health Care* 34: 550-559.
101. Kraag G, Zeegers M, Kok G, Hosman C, Abu-Saad HH (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of School Psychology* 44: 449-472.
102. Avendaño-Vásquez CJ, Reina-Gamba NC, Daza-Castillo LA, Quarantini L (2021). Nursing interventions in children living under armed conflict situations and quality of life: a scoping review. *J Pediatr Nurs* 58: 44-52.
103. Tuğut N, Bekar M (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11(3): 17-26.
104. Yıldırım S, Kişioğlu AN (2018). Teknolojinin getirdiği yeni hastalıklar: nomofobi, netlessfobi, fomo. *Med J SDU* 25(4): 473-480.
105. Noyan CO, Enez Darçın A, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N (2015). Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin kısa formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 16: 73-81.
106. Karlı İ, Doğru S, Doğru YB (2018). Akıllı telefonların uygulama izinleri üzerine bir farkındalık çalışması. *AJIT-e* 9: 153-167.
107. Fidan H (2016). Mobil bağımlılık ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerliliği: bileşenler modeli yaklaşımı. *The Turkish Journal on Addictions* 3: 433-469.
108. Millî Eğitim Bakanlığı (2019). Ortaöğretim Kurumları Yönetmeliği. [online]. Erişilebilir: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18812&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. [Erişim tarihi: 10 Mart 2021].
109. Şata M, Karip F (2017). Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği-kısa versiyonunun ergenler için Türk kültürüne uyarlanması. *Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi* 6(4): 426-440.
110. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö (1996). Pittsburg uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 7: 107-115.

111. Hendricks CS, Murdaug C, Pender, NJ (2006). The adolescent lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Assosiation* 17: 1-5.
112. Hayran M, Hayran M (2018). Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Azim Matbaacılık, Ankara; Sayfa: 119-122.
113. Göymen R, Ayas T (2019). Akıllı telefon bağımlılığı ve oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying* 6(2): 36-52.
114. Sağıroğlu KE, Akkanat Ç (2019). Lise öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılıklarının incelenmesi. *Online Journal Of Technology Addiction & Cyberbullying* 6(2): 1-16.
115. Chung JE, Choi SA, Kim KT, Yee J, Kim JH, Seong JW, Seong JM, Kim JY, Lee KE, Gwak HS (2018). Smartphone addiction risk and daytime sleepiness in Korean adolescents *J Pediatr Child Health* 54: 800–806.
116. Liu QQ, Yang X J, Hu YT, Zhang CY (2020). Peer victimization, self-compassion, gender and adolescent mobile phone addiction: unique and interactive effects. *Children And Youth Services Review* 118: 105397.
117. Nishida T, Tamura H, Sakakibara H (2019). The Association of smartphone use and depression in japanese adolescents. *Psychiatry Res* 273: 523–527.
118. Çuhadar A, Demirel M, Er Y, Serdar E (2020). Ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ve gelecek beklentisi ilişkisinin incelenmesi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 15: 1-17.
119. Akyürek Mİ (2020). Lise öğrencilerinin akıllı telefon kullanımı ve bağımlılığı. *Turkish Journal of Educational Studies* 7: 1-22.
120. Hayırcı B, Sarı E (2020). Lise öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeyleri ile sosyal kaygı ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *JRES* 7(1): 61-79.
121. Eijnden R, Koning I, Doornwaard S, Grup F, Bogt T (2018). The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents psychological, social and school functioning. *J Behav Addict* 7: 697–706.

122. Kwon M, Nam G, Seo B (2016). The survey on internet usage. Gwacheon, Korea: Ministry of Science and ICT: 1-201.
123. Temiz E, Korkmaz Ö, Çakır R (2020). Meslek lisesi öğrencilerinin dijital oyun bağımlılıklarının, akıllı telefon ve bilgisayar bağımlılıkları çerçevesinde incelenmesi. Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi 5: 16-32.
124. Lee EJ, Kim HS (2018). Gender differences in smartphone addiction behaviors associated with parent-child bonding, parent-child communication and parental mediation among Korean elementary school students. J Addict Nurs 29(4): 244-254.
125. Lee S (2015). A comparison study of protective and risk factors in youth's smartphone addiction and smartphone game addiction (in Korean). Journal of Youth Welfare 17: 55-79.
126. Caplan SE (2003). Preference for online social interaction-a theory of problematic internet use and psychosocial well-being. Communication Research 30: 625-648.
127. Fırat S, Gül H, Sertçelik M, Gül A, Gürel Y, Günay Kılıç B (2018). The relationship between problematic smartphone use and psychiatric symptoms among adolescents who applied to psychiatry clinics. Psychiatry Research 270: 97-103.
128. Al-Barashdi H, Bouazza A, Jabur N (2015). Smartphone addiction among university undergraduates. Literature Review 4: 210-225.
129. Park C, Park YR (2014). The conceptual model on smart phone addiction among early childhood. International Journal of Social Science and Humanities 4(2): 147-150.
130. Cholz M (2012). Mobile-phone addiction in adolescence: the test of mobile phone dependence (tmd). Prog Health Sci 2: 33-44.
131. Augner C, Hacker AW (2012). Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. Int Public Health 57(2): 437-441.
132. Balogun FM, Olatunde OE (2020). Prevalence and predictors of problematic smart phone use among pre-varsity young people in Ibadan, Nigeria. PAMJ 36: 285.

133. Özdemir A, Çiftçi H, Dağılgan S, Ünal E (2019). Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik öğrencilerinin akıllı telefon kullanım durumu ve bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 45: 281-290.
134. Bülbül H, Tunç T (2018). Telefon ve oyun bağımlılığı: ölçek incelemesi, başlama yaşı ve başarıyla ilişkisi. *Visionary E-Journal* 9(21): 1-13.
135. Osman MA, Talib AZ, Abidin SZ, Tsyen N, Alwi AS (2012). A study of the trend of smartphone and its usage behavior in Malaysia. *International Journal on New Computer Architectures and Their Applications* 1: 275-286.
136. Yu S, Sussman S (2020). Does smartphone addiction fall on a continuum of addictive behaviors? *Int J Environ Res Public Health* 17(2): 422.
137. Cha SS, Seo BK (2018). Smartphone use and smartphone addiction in middle school students in Korea: prevalence, social networking service and game use. *Health Psychology Open* 5(1): 1-15.
138. Pearson C, Hussain Z (2016). Smartphone addiction and associated psychological factors. *Addicta* 3(2): 193-207.
139. Yen CF, Tang TC, Yen JY, Lin HC, Huang CH, Huang CF, Liu SC, Ko CH (2009). Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *J Adolesc* 32: 863-873.
140. Gökallı E, Aybar A, Gülay G (2011). Bir statü tüketimi göstergesi olarak iphone markalı akıllı telefon algısı: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Selçuk İletişim Dergisi* 7: 36-48.
141. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano L, Freixa-Blanxart M, Gibson W (2014). Prevalence of problematic mobile phone use in British adolescents. *Cyberpsychology Behav Soc Netw* 17: 91-98.
142. Bae SM (2017). The relationship between the type of smartphone use and smartphone dependence of Korean adolescents: national survey study. *Children and Youth Services Review* 81: 207-211.

143. Van Deursen AJ, Bolle CL, Hegner SM, Kommers PA (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior: the role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age and gender. *Computers in Human Behavior* 45: 411-420.
144. Park N, Lee H (2012). Social implications of smartphone use: Korean college students' smartphone use and psychological well-being. *Cyberpsychology Behav Soc Netw* 15(9): 491-497.
145. Roberts J, Yaya L, Manolis C (2014). The invisible addiction: cell-phone activities and addiction among male and female college students. *J Behav Addict* 3: 254-265.
146. Longobardi C, Settanni M, Fabris MA, Marengo D (2020). Follow or be followed: exploring the links between Instagram popularity, social media addiction, cyber victimization and subjective happiness in Italian adolescents. *Children and Youth Services Review* 113: 104955.
147. Global Web Index (GWI) (2017). GlobalWebIndex's flagship report on the latest trends in social media [online]. Available from: <https://www.gwi.com/reports/social>. [Accessed 29 May 2021].
148. Caron C, Raby R, Mitchell C, Thewissen-LeBlanc S, Prioletta J (2017). From concept to data: Sleuthing social change-oriented youth voices on YouTube. *Journal of Youth Studies* 20: 47-62.
149. Sha P, Sariyska R, Riedl R, Lachmann B, Montag, C (2019). Linking internet communication and smartphone use disorder by taking a closer look at the facebook and Whatsapp applications. *Addictive Behaviors Reports* 9: 100148.
150. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E (2010). Adölesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 53: 204-210.
151. Şenol V, Soyluer F, Pekşen Akça R, Argün M (2012). Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi* 14: 93-102.
152. Quyang F, Lu BS, Wang B, Yang, J, Li Z, Wang L, Tang G, Xing H, Xu X, Chervin R D, Zee PC, Wang X (2009). Sleep patterns among rural Chinese twin adolescents. *Sleep Med* 10: 479-489.

153. Thomée S, Härenstam A, Hagberg M (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances and symptoms of depression among young adults-a prospective cohort study. *BMC Public Health* 11: 66.
154. Munezawa T, Kaneita Y, Osaki Y, Kanda H, Minowa M, Suzuki K, Higuchi S, Mori J, Yamamoto R, Ohida T (2011). The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: a nationwide cross-sectional survey. *Sleep* 34: 1013–1020.
155. Gomes GC Passos MHP, Silva HA, Oliveira VMA, Novaes WA, Pitangui ACR, Araújo, RC (2017). Sleep quality and its association with psychological symptoms in adolescent athletes. *Rev Paul Pediatr* 35: 316- 321.
156. Gradisar M, Gardner G, Dohnt (2011). Recent world wide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Med* 12(2): 110-118.
157. Dağ B, Kutlu FY (2017). The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. *Turk J Med Sci* 47(3): 721-727.
158. Bruni O, Sette S, Fontanesi L, Baiocco R, Laghi F, Baumgartner E (2015). Technology use and sleep quality in preadolescence and adolescence. *J C Sleep Med* 11: 1433-1441.
159. Huang YS, Wang CH, Guilleminault C (2010). An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. *Sleep Med* 11: 1035-1042.
160. Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T, Kışla RM, Sarıkaya MS, Yılmaz A, Özcebe H (2010). Ankara’da bir meslek lisesi 10. ve 11. sınıf öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 53: 122-131.
161. Cousins JC, Bootzin R R, Stevens S J, Ruiz BS, Haynes PL (2007). Parental involvement, psychological distress and sleep: a preliminary examination in sleepdisturbed adolescents with a history of substance abuse. *J Fam Psychol* 21: 104-113.
162. Felden EPG, Filipin D, Barbosa DG, Andrade RD, Meyer C, Louzada FM (2016). Factors associated with short sleep duration in adolescents. *Rev Paul Pediatr* 34: 64-70.

163. Tonetti L, Fabbri M, Filardi M, Martoni M, Natale V (2015). Effects of sleep timing, sleep quality and sleep duration on school achievement in adolescents. *Sleep Med* 16: 936-940.
164. Sivertsen B, Glozier N, Harvey AG, Hysing M (2015). Academic performance in adolescents with delayed sleep phase. *Sleep Med* 16: 1084-1090.
165. Güldür BB, Miyaç Göktepe M, Özkan A (2020). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *International Journal of Contemporary Educational Studies* 6: 112-126.
166. Erdoğan B, Revan S (2019). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 3(2): 1-7.
167. Işıklar A (2012). Ergenlerde yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyinin cinsiyet ve obezite değişkenleri açısından incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 22: 84-92.
168. Savoye L, Moreau N, Brault M, Leveque A, Godin I (2015). Well-being, gender and psychological health in school-aged children. *Archives of Public Health* 73: 52.
169. Ercan H (2019). Ergenlerde yaşam doyumunun demografik değişkenler, ebeveyn tutumları ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 19: 501-516.
170. Özcan M, Fırat M (2020). Ergenlerde olumsuz değerlendirilme korkusunun özgüven üzerine etkisinin incelenmesi. *Van Sag Bil Derg* 13(3): 1-9.
171. Lu J, Lin L, Roy B, Riley C, Wang E, Karen W, Lu L, Wang F, Zhou X (2020). The impacts of parent-child communication on left-behind children's mental health and suicidal ideation: a cross sectional study in Anhui. *Child Youth Serv Rev* 110: 104785.
172. Tasopoulos-Chan M, Smetana JG, Yau JP (2009). How much do i tell thee? Strategies for managing information to parents among american adolescents from chinese, mexican, and european backgrounds. *Journal of Family Psychology* 23: 364–374.

173. Levin KA, Currie C (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Education* 110(3): 152-168.
174. Bjarnason T, Bendtsen P, Arnarsson AM, Borup I, Iannotti RJ, L'ofstedt, P, Niclasen, B (2012). Life satisfaction among children in different family structures: a comparative study of 36 western societies. *Children & Society* 26: 51–62.
175. Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 57: 129-135.
176. Kelsey KS, Campbell MK, Vanata DF (1998). Parent and adolescent girls' preferences for parental involvement in adolescent health promotion programs. *Journal of the American Dietetic Association* 98: 906-907.
177. Hillman CH, Erickson KI, Kramer AF (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 9: 58-65.
178. Sibley BA, Etnier JL (2003). The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Pediatric Exercise Science* 15(3): 243-256.
179. Berger SS, Elliott C, Ranzenhofer LM, Shomaker LB, Hannallah L, Field SE, Young JF, Sbrocco T, Wilfley DE, Yanovski JA, Tanofsky-Kraff M (2014). Interpersonal problem areas and alexithymia in adolescent girls with loss of control eating. *Comprehensive Psychiatry* 55: 170–178.
180. Di Giunta L, Alessandri G, Gerbino M, Kanacri PL, Zuffiano A, Caprara GV (2013). The determinants of scholastic achievement: the contribution of personality traits, self-esteem, and academic self-efficacy. *Learning and Individual Differences* 27: 102-108.
181. Lyubormirsky S, King LA, Diener E (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success. *Psychological Bulletin* 131: 803-855.
182. Marques SC, Pais-Ribeiro JL, Lopez SJ (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: a two-year longitudinal study. *J Happiness Stud* 12: 1049-1062.

183. Ng ZJ, Huebner SE, Hills KJ (2015). Life satisfaction and academic performance in early adolescents: evidence for reciprocal association. *Journal of School Psychology* 53: 479-491.
184. Ratelle CF, Duchesne S (2014). Trajectories of psychological need satisfaction from early to late adolescence as a predictor of adjustment in school. *Contemporary Educational Psychology* 39(4): 388-400.
185. Currie C, Morgan A (2020). A bio-ecological framing of evidence on the determinants of adolescent mental health - a scoping review of the international health behaviour in school-aged children (hbosc) study 1983–2020. *SSM - Population Health* 12: 100697.
186. Moore GF, Cox R, Evans RE, Hallingberg B, Hawkins J, Littlecott HJ, Murphy S. (2018). School, peer and family relationships and adolescent substance use, subjective wellbeing and mental health symptoms in wales: a cross sectional study. *Child Indic Res* 11: 1951–1965.
187. Schmidt KH, Hupke M, Diestel S (2012). Does dispositional capacity for self-control attenuate the relation between self-control demands at work and indicators of job strain? *Work and Stress* 26: 21-38.
188. Gao Q, Fu E, Xiang Y, Jia G, Wu S (2021). Self-esteem and addictive smartphone use: the mediator role of anxiety and the moderator role of self-control. *Children and Youth Services Review* 124: 105990.
189. Glozah FN, Pevalin DJ (2014). Social support, stress, health and academic success in Ghanaian adolescents: a path analysis. *J Adolesc* 37: 451-460.
190. Regnerus MD (2003). Religion and positive adolescent outcomes: a review of research and theory. *Review of Religious Research* 44: 394–413.
191. Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AM, Feinberg J, Pargament KI, Justice AC, Leonard AC, Tsevat J (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 21: 5–13.
192. Le TN, Tov W, Taylor J (2007). Religiousness and depressive symptoms in five ethnic adolescent groups. *The International Journal for the Psychology of Religion* 17: 209–232.

193. Fauth RC, Roth JL, Brooks-Gunn J (2007). Does the neighborhood context alter the link between youth's after-school time activities and developmental outcomes? A multilevel analysis. *Developmental Psychology* 43: 760–777.
194. Kumar VA, Chandrasekaran V, Brahadeeswari H (2019). Prevalance of smarthphone addiction and its effects on sleep quality: a cross-sectional study among medical students. *Ind Psychiatry* 28: 82-85.
195. Cheng SS, Zhang CQ, Wu JQ (2020). Mindfulness and smarthphone addiction before going to sleep among college students: the mediating roles of self-control and rumination. *Clock Sleep* 2: 354-363.
196. Kwon M, Kim DJ, Yang S (2013). The smarthphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *Plos One* 8: 1-7.
197. Kocamaz D, Badat T, Maden T, Tuncer A (2020). Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığının, uyku kalitesi ve depresyon ile ilişkisi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation* 7: 253-259.
198. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1989). The pittsburg sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28: 193-213.
199. Polit DF, Beck CT (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* 29: 489-497.



Ek 1. Adölesan Tanıtıcı Özellikler Formu

Sevgili öğrenci, bu araştırma lise öğrencilerinin akıllı telefon kullanım düzeylerinin uyku kalitesi ve yaşam biçimine etkilerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için soruları içtenlikle yanıtlamanız önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz () Kız () Erkek

2. Yaşınız (.....)

3. Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz? () 9 () 10 () 11 () 12

4. Annenizin eğitim durumu nedir?

() Okuryazar değil () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite ve üstü

5. Babanızın eğitim durumu nedir?

() Okuryazar değil () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite ve üstü

6. Ailenizin aylık geliri?

() 1500 TL ve altı () 1501-2500 TL () 2501-3500 TL () 3501 TL ve üzeri

7. Aile tipiniz?

() Çekirdek aile () Geniş aile () Anne-baba ayrı

8. Gün içerisinde toplam kaç saat uyuduğunuzu saat olarak belirtiniz.

(.....saat uyurum)

9. Kendinize ait bir akıllı telefonunuz var mı? () Evet () Hayır

10. İlk cep telefonuna sahip olma yaşıınız? Belirtiniz.....

11. Cep telefonu değişim sıklığınız ne kadar süredir?

() 1 yıldan kısa () 1-2 yıl () 2-3 yıl () 3 yıldan fazla

12. Akıllı telefonu ne amaçla ve kaç dakika veya saat kullanırsınız? (lütfen dakika veya saat olarak yazınız)
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Oyun oynarım.....dk/saat kullanırım

() Müzik dinlerim.....dk/saat kullanırım

() Video izlerim.....dk/saat kullanırım

() Konuşma amacıyla kullanırım.....dk/saat kullanırım

() Mesajlaşma amacıyla kullanırım.....dk/saat kullanırım

() İnternette sörf yapmak için kullanırım.....dk/saat kullanırım

() Sosyal ağlara girmek için kullanırım.....dk/saat kullanırım

() Eğitim amaçlı uygulamaları kullanmak için.....dk/saat kullanırım

() Diğer.....belirtiniz

Ek 1. (Devam)

13. Gün içerisinde akıllı telefonu kullanma süreniz?

☐ Günde 0-2 saat ☐ Günde 2-4 saat ☐ Günde 4 saatten fazla ☐ Diğer.....

14. Akıllı telefon seçiminizi etkileyen kriter/ kriterler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Görünüş ☐ Marka ☐ Fiyat ☐ Fonksiyon ☐ Diğer.....

15. Aylık cep telefonu faturanız ne kadardır?

☐ 20 TL ve altı ☐ 21-30 TL ☐ 31-40 TL ☐ 41-50 TL ☐ 51 TL üzeri

16. Aşağıda belirtilen sosyal paylaşım sitelerinden hangisi veya hangilerine üyesiniz ve gün içerisinde ne sıklıkta kullandığınızı dakika veya saat olarak belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Instagramdk/saat kullanırım)

☐ Twitter..... dk/saat kullanırım)

☐ Facebook..... dk/saat kullanırım)

☐ Snapchat..... dk/saat kullanırım)

☐ Whatsapp..... dk/saat kullanırım)

☐ Youtube..... dk/saat kullanırım)

☐ Swarmdk/saat kullanırım)

☐ Tumblr.....dk/saat kullanırım)

☐ Spotify.....dk/saat kullanırım)

☐ Diğer.....belirtiniz

17. Akademik başarınızı nasıl tanımlarsınız?

☐ Kötü ☐ İyi ☐ Çok iyi

Ek 2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu (ATBÖ-KF)

AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ – KISA FORMU (ATBÖ-KF)							
Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Akıllı telefon kullanımından dolayı planladığım işleri yetiştiremem.						
2	Akıllı telefon kullanımından dolayı, sınıfta ödev yaparken veya ders dinlerken konsantre olmakta zorlanırım.						
3	Akıllı telefon kullanırken el bileklerimde veya ensemdede ağrı hissedirim.						
4	Akıllı telefon olmadan yapamam.						
5	Akıllı telefonum elimde olmadığında sabırsız ve huysuz hissedirim.						
6	Kullanmasam bile akıllı telefonum hep aklımdadır.						
7	Günlük yaşantım çok etkilenmiş olsa bile akıllı telefonumu kullanmayı asla bırakmam.						
8	Twitter veya Facebook'taki diğer insanlar arasındaki konuşmaları kaçırmamak için sürekli olarak akıllı telefonumu kontrol ederim.						
9	Akıllı telefonumu düşündüğümde daha uzun süre kullanırım.						
10	Etrafımdaki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söyler.						

Ek 3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Sayın öğrenci, aşağıdaki sorular yalnızca son 1 ay içerisindeki uyku alışkanlığınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay ki gündüz ve gecelerin çoğuna uyan en doğru cevabı göstermelidir. Araştırma sonucunun sağlıklı olması için soruları içtenlikle cevaplamanız önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1- Geceleri genellikle ne zaman yattınız? Son.....gün/hafta, saat.....

2- Geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı? Son.....gün/hafta,dakika

3- Sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Son.....gün/hafta, saat.....

4- Geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir). Son.....gün/hafta, saat.....

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5- Aşağıdaki durumları belirten uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız

a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

b) Gece yarısı veya sabah erken uyandınız

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

c) Banyo yapmak için kalkmak zorunda kaldınız

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

e) Öksürdünüz ve gürültülü bir şekilde horladınız

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

f) Aşırı derecede üşüdünüz

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

h) Kötü rüya gördünüz

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

i) Ağrı duyduunuz

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

j) Diğer neden(ler); Lütfen belirtiniz

.....

Bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

Ek 3. (Devam)

6- Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

7- Uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

8- Yemek yerken veya bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

9- Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı 2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu 4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10- Bir oda arkadaşınız var mı?

1. Bir oda arkadaşı yok 2. Bir oda arkadaşı var 3. Oda arkadaşı (kardeş) aynı odada fakat aynı yatakta değil 4. Oda arkadaşı (kardeş) aynı yatakta

11- Bir oda arkadaşı varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorunuz?

a) Gürültülü horlama

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

b) Uykuda iken nefes alıp verme esnasında uzun aralıklar

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

d) Uyku esnasında uyumsuzluk ve şaşkınlık

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; Lütfen belirtiniz.....

1) Hiç 2).....günde/haftada bir 3).....günde/haftada bir veya iki 4).....günde/haftada üç kez veya daha fazla

Ek 4. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)

Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği	Asla	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1. Ailemle sohbet etmek için zaman ayırıyorum				
2. Ailem ile aktif zaman geçiririm (yürüyüş, oyun oynama).				
3. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aile sağlığı merkezine ya da hastaneye giderim.				
4. Haftada en az üç gün yirmi dakika ya da daha fazla güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım (yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme gibi).				
5. Gecede altı-sekiz saat uyurum				
6. Başkaları iyi bir şey yaptığı zaman onları kutlarım.				
7. Şekerden ve şeker oranı yüksek diğer yiyeceklerden uzak dururum.				
8. Sağlıkla ilgili konularda dergi ve kitaplar okurum.				
9. İnanç ve düşüncelerim hakkında başkaları ile konuşurum.				
10. Az yağlı süt veya süt ürünlerini tercih ederim (yoğurt, peynir, dondurma).				
11. Her gün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırıyorum.				
12. Başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya çalışırım.				
13. Her gün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yaparım (zeytin, peynir, yumurta, bal, ekmek vb.).				
14. Doktor veya hemşirenin sağlığımla ilgili önerilerini daha iyi anlayabilmek için sorular sorarım.				
15. Yaşamımı sürdürmeye olanak sağlayan yüksek bir gücüm olduğunu hissederim.				
16. Eğlenceli veya sportif aktivitelere katılırım.				
17. Yaşamımdaki değiştiremeyeceğim şeylere uyum sağlamaya çalışırım.				
18. Geleceği düşünmek beni heyecanlandırır.				
19. Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.				
20. İnanç ve düşüncelerimi paylaşacağım bir gruba katılırım				
21. Her gün iki-dört defa meyve yerim.				
22. Sağlığımı koruma ve iyileştirme ile ilgili seminer, toplantı ve eğitimlere katılırım.				
23. Kendimle barışığumdur.				
24. Her gün üç-beş defa sebze yerim.				
25. Hoşlandığım şeyleri yapabilmek için kendime zaman ayırıyorum.				
26. Yaşamım için önemli olan amaçlarımı gerçekleştirmeye çalışırım.				
27. Boş zamanlarımda yürüyüş veya egzersiz yaparım.				
28. Her yeni güne umutla bakarım.				
29. İnanç ve düşüncelerimin gelişmesine yardım eden faaliyetlerde bulunurum				
30. Arkadaşlarımla aktif sporlar yaparım. (Futbol, basketbol, voleybol, tenis gibi...)				
31. İhtiyacım olduğu zaman okuldaki rehber öğretmenimden yardım isterim.				
32. Kendime ibadet ya da rahatlamak için zaman ayırıyorum.				
33. Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım.				
34. Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba harcarım.				
35. Kendime başarabileceğim hedefler belirlerim.				
36. İyi bir şey yaptığımda kendimi iyi hissederim.				
37. Kalp atışlarım hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yaparım.				
38. Ne yapacağıma inanç ve düşüncelerim doğrultusunda karar veririm.				
39. Her gün altı bardak veya daha fazla su içerim.				
40. Sorunlarımı bana yakın olan/güvendiğim biri ile tartışırım ve çözmeye çalışırım.				

Ek 5. Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli katılımcı

‘Akıllı telefon bağımlılığının adölesanların uyku kalitesi ve yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi’ adlı bilimsel bir araştırmaya katılmaktasınız. Bu katıldığınız çalışma hakkında ek bilgiler almak ya da çalışma ile ilgili herhangi bir soru sormak istediğinizde 05378215460 nolu telefonda Berrin GÖGER ’e ulaşabilirsiniz.

Bu bilimsel çalışmaya katıldığınızda sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır ya da ücret ödenmeyecektir. Bu araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Herhangi bir sebeple araştırmadan ayrılmanız durumunda size karşı olumsuz bir tutum sergilenmeyecektir.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size akıllı telefon bağımlılığının adölesanların uyku kalitesi ve yaşam biçimi davranışlarını nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik bir anket uygulanacaktır. Anket sorularına içtenlikle vereceğiniz cevaplar araştırmanın doğru sonuçlanabilmesi açısından çok önemlidir. Anket sorularına vermiş olduğunuz cevaplar bilimsel amaçla kullanılacak olup tamamen gizli tutulacaktır ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır.

Teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı

Araştırmaya başlanmadan önce yukarıda yazılı olan ve gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya anket sorularına vereceğim cevapların bilimsel amaçla kullanılabilmesi için aşağıda adı geçen araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Ebeveyn Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Aşağıda imzası bulunan ben yukarıda yazılı olan açıklamaları okudum. Söz konusu araştırmanın bilimsel amaçla kullanılacağı benim ve çocuğumun mahremiyetine saygı gösterileceğine inanıyorum. Çalışmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın benim ve çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Ad-Soyad:

İmza:

Tarih:

Berrin GÖGER
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Ek 6. Ölçek İzinleri



Ek 6. (Devam)



Ek 6. (Devam)



Ek 7. Kurum İzni



Ek 7. (Devam)



Ek 7. (Devam)



Ek 8. Etik Kurul Onayı



Ek 8. (Devam)



Ek 8. (Devam)



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : GÖGER, Berrin

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2013
Lise	Malatya Anadolu Lisesi	2008

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	İnönü Üniversitesi/Turgut Özal Tıp Merkezi	2013-2018
2. Öğretim Görevlisi	Gümüşhane Üniversitesi/Kelkit SHMYO	2018-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

BİLDİRİLER

1. Tuncay B, Göger B (2019). Ergenlerde dijital oyun bağımlılığı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, İzmir, 27-30 Kasım 2019, 1270.

2. Göger B, Tuncay B (2019). Lisede pansiyonda kalan kız öğrencilerin kişisel ve genital hijyen davranışlarının belirlenmesi. 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, İzmir, 27-30 Kasım 2019, 1268.
3. Çolak B, Göger B, Kahriman İ (2020). Evaluation of the practices of safe sleep principles of mothers with 0-1 age babies. International Euroasia Congress On Scientific Researches and Recent Trends 7, Azerbaijan, 7-8 Aralık 2020, 102-106.
4. Göger B, Kahriman İ, Çolak B (2020). Feeding of babies with only baby's milk in the first six months. International Euroasia Congress On Scientific Researches and Recent Trends 7, Azerbaijan, 7-8 Aralık 2020, 123-127.
5. Göger B, Kahriman İ, Çolak B (2020). Mother's approach to supplementary foods. International Euroasia Congress on Scientific Researches and Recent Trends 7, Azerbaijan, 7-8 Aralık 2020, 113-116.
6. Göger B, Çolak B, Kahriman İ (2021). 6-24 aylık bebeği olan annelerin anne-bebek bağlanma düzeylerinin incelenmesi. World Children Conference-II, Lefkoşa, 21-23 Mayıs 2021, 639-646.
7. Çolak B, Göger B, Kahriman İ (2021). 6-24 aylık bebeği olan primipar annelerin emzirme motivasyonlarının değerlendirilmesi. World Children Conference-II, Lefkoşa, 21-23 Mayıs 2021, 628-638.