



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON
KULLANIM SIKLIĞI İLE UYKU KALİTESİNİN
İNCELENMESİ**

**EMİN ERİNÇ YÜCEL
(144102142)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Barış Önen ÜNSALVER

İstanbul, 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON
KULLANIM SIKLIĞI İLE UYKU KALİTESİNİN
İNCELENMESİ**

**EMİN ERİNÇ YÜCEL
(144102142)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Barış Önen ÜNSALVER

İstanbul, 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

| | |
|--------------------|--|
| Öğrenci No | : 144102142 |
| Öğrenci Adı Soyadı | : Emin Erinç YÜCEL |
| Anabilim Dalı | : Klinik Psikoloji |
| Tez Danışmanı | : Yrd.Doç.Dr. Barış Önen ÜNSALVER |
| Tezin Başlığı | : Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Kullanım Sıklığı İle Uyku Kalitesinin İncelenmesi |

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------|
| Toplantı Tarihi | : 21.12.2017 | Saatı | : 11.30 |
| Öğrenci Savunmaya | : <input checked="" type="checkbox"/> GELDI | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır. | | | |
| Savunmada Tezin Başlığı | : <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. | <input type="checkbox"/> Değişti. | |
| Tezin Yeni Başlığı | : | | |
| Öğrenci Savunmaya | : <input type="checkbox"/> GELMEDI | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, | | | |
| <input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR. | | | |

ile almıştır.

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı | İmza |
|-------------------|------------------------------------|------|
| Danışman Üye | Yrd.Doç.Dr Barış Önen ÜNSALVER | |
| Üye | Yrd.Doç.Dr Hüseyin ÜNÜBOL | |
| Üye | Yrd.Doç.Dr Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ | |

BİLİMSEL ETİK FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Kullanım Sıklığı İle Uyku Kalitesinin İncelenmesi “ başlıklı bu çalışmanın , bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını , yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları , her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Gereği için arz olunur.



ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında bana olan desteği, anlayışı ve katkılarından dolayı danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Barış Önen ÜNSALVER' e teşekkür ederim. Öğrettikleri ile bundan sonraki çalışmalarında da yoluma ışık tutacak çok değerli hocalarıma teşekkür ederim. Bu araştırmada yer almayı kabul eden tüm katılımcılara, katkılarından dolayı teşekkür ederim. Hayatım boyunca desteklerinin ve emeklerinin bana olan katkılarını görebildiğim annem Hatice YÜCEL' e babam Sinan YÜCEL' e ve ablam Yasemin 'e teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.



ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON KULLANIM SIKLIĞI İLE UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Uyku genel bir dinlenmişlik ve bilincin rahatlaması için gerekli bir aktivitedir. Son yıllarda gelişen teknoloji ve akıllı telefonlardaki yenilikler bireylerin uyku kalitesini düşürmektedir. Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde akıllı telefon kullanım sıklığı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaçla yapılan çalışmaya Üsküdar Üniversitesi'ndeki yaş ortalaması $24,85 \pm 7,14$ olan 242'si kadın 120'si erkek olmak üzere 362 kişi katılmıştır. Katılımcılara içinde demografik veri formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) bulunan anket formu uygulanmıştır. Elde edilen veriler $p=0,05$ ve $p=0,01$ anlamlılık düzeyine göre incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda akıllı telefon bağımlılığı, uykululuk, uyku kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların akıllı telefon kullanımı düzeylerine göre uykululuk, uyku kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları arasında farklılık bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığını yordayıcısı olarak telefonla uğraşma sıklığı, uykululuk ve Kısa Semptom Envanteri toplam puanı bulunmuştur. Araştırmacı tarafından seçilen demografik değişkenlere göre katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı, uykululuk, uyku kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: *akıllı telefon bağımlılığı, uykululuk, uyku kalitesi*

SUMMARY

INVESTIGATION OF SLEEP QUALITY WITH SMART PHONE USE FREQUENCY IN UNIVERSITY STUDENTS

Sleep is an essential activity for general rest and conscious relaxation. Innovations in technology and smart phones in recent years have reduced the sleep quality of individuals. The aim of this study is to examine the relationship between smart phone use frequency and sleep quality in university students. For this purpose, 362 people including Üsküdar University's average age of $24,85 \pm 7,14$ those whom 242 women and 120 men participated. Participants were administered a questionnaire consisting of demographic data form, Smart Phone Addiction Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI), Epworth Sleepiness Scale (ESS) and Brief Symptom Inventory (BSI). The obtained data were analyzed according to significance level $p = 0,05$ and $p = 0,01$. Statistical analysis revealed that there was a statistically significant relationship between smart phone addiction, sleepiness, sleep quality and Brief Symptom Inventory. The level of sleepiness, sleep quality and Brief Symptom Inventory scores were differed according to participants' levels of smart phone use. Frequency of telephone attention, sleepiness and Brief Symptom Inventory total score was found as a predictor of smart phone addiction. According to the demographic variables selected by the researcher, the mean scores of participants' smart phone addiction, sleepiness, sleep quality and Brief Symptom Inventory were found statistically significant.

Key words: *smart phone addiction, sleepiness, sleep quality*

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

| | |
|--|----------|
| Tez Kabul Formu | i |
| Bilimsel Etik Sayfası..... | ii |
| Önsöz | iii |
| Özet..... | iv |
| Summary | v |
| Tablolar Listesi | ix |
| Kısaltmalar Listesi | xi |
| GİRİŞ | 1 |
| | |
| BİRİNCİ BÖLÜM- AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI | 4 |
| 1.1. Bağımlılık Nedir?..... | 4 |
| 1.2. Akıllı Telefon Tariçesi..... | 5 |
| 1.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı Nedir?..... | 6 |
| 1.4. Nomofobi | 9 |
| 1.5. Akıllı Telefon Bağımlılığının Sonuçları | 9 |
| 1.6. Akıllı Telefon Bağımlılığını Etkileyen Etmenler | 10 |
| 1.6.1. Kişilik..... | 10 |
| 1.6.2. Öz Saygı..... | 11 |
| 1.6.3. Cinsiyet..... | 11 |
| 1.7. Akıllı Telefon Bağımlılığı İle İlgili Çalışmalar | 12 |
| 1.8. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ve Uyku Kalitesi Yapılan Çalışmalar..... | 13 |

| | |
|---|-----------|
| İKİNCİ BÖLÜM- UYKU..... | 15 |
| 2.1. Uyku Kavramı..... | 15 |
| 2.2. Uykunun Tarihçesi..... | 16 |
| 2.3. Uykunun Önemi..... | 17 |
| 2.3. Uykunun Fizyolojisi..... | 17 |
| 2.3.1. Uykunun Nörofizyolojisi..... | 17 |
| 2.3.2. Uykunun Nörokimyasal Yapısı..... | 18 |
| 2.4. Uykunun Evreleri..... | 19 |
| 2.4.1. Nrem Uykusu (Yavaş Dalga Uykusu)..... | 20 |
| 2.4.1.1. I. Evre..... | 20 |
| 2.4.1.2. II. Evre..... | 20 |
| 2.4.1.3. III. Evre..... | 21 |
| 2.4.1.4. IV. Evre..... | 21 |
| 2.4.2. Rem Uykusu..... | 22 |
| 2.5. Uyku Kalitesi..... | 23 |
| 2.6. Uyku Kalitesinin Önemi..... | 24 |
| 2.7. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler..... | 25 |
| 2.7.1. Yaş..... | 25 |
| 2.7.2. Cinsiyet..... | 25 |
| 2.7.3. Hastalık..... | 26 |
| 2.7.4. Yaşam Biçimi..... | 26 |
| 2.7.5. İlaç Kullanımı..... | 26 |
| 2.7.6. Duygu Durum..... | 27 |
| 2.7.7. Çevre..... | 27 |
| 2.7.8. Egzersiz Ve Yorgunluk..... | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 2.8. Uyku Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar | 28 |
| 2.9. Uyku Bozuklukları..... | 30 |
| 2.9.1. Uykusuzluk..... | 30 |
| 2.9.2. İnsomnia | 30 |
| 2.9.3. Hipersomnia | 31 |
| 2.9.4. Narkolepsi Ve Katapleksi..... | 31 |
| 2.9.5. Huzursuz Bacak Sendromu | 31 |
| 2.9.6. Uyku- Uyanıklık Geçiş Bozuklukları..... | 32 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM- YÖNTEM VE BULGULAR..... | 33 |
| 3.1. Araştırmanın Konusu ve Problemi..... | 33 |
| 3.2. Araştırmanın Amacı ve Sınırlılıkları | 33 |
| 3.3. Araştırmanın Örnekleme | 33 |
| 3.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi | 34 |
| 3.5. Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi | 35 |
| 3.6. Araştırmanın Bulguları | 35 |
| | |
| Tartışma | 62 |
| Sonuç | 65 |
| Öneriler | 66 |
| Kısıtlılıklar | 66 |
| Kaynakça..... | 67 |
| Ekler..... | 75 |
| Ek 1- Sosyodemografik Form..... | 75 |
| Ek 2-Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği | 77 |
| Ek 3- Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği | 80 |
| Ek 4- Epworth Uykululuk Ölçeği | 84 |
| Ek 5- Kısa Semptom Envanteri..... | 85 |

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No.

| | |
|--|----|
| Tablo 1. NREM ve REM Uykularının Karşılaştırılması..... | 23 |
| Tablo 2. Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı | 36 |
| Tablo 3. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri ve Açık Uçlu Demografik Bilgiler için Betimleyici İstatistiksel Tablo..... | 38 |
| Tablo 4. Araştırma Ölçekleri İçin Güvenirlik ve Geçerli Katsayıları..... | 39 |
| Tablo 5. Araştırma Bağımlı Değişkenleri Arasındaki İlişkini İncelenmesi..... | 39 |
| Tablo 6. Telefonla Uğraşma Süresi ve Akıllı Telefona Sahip Olma Süresinin Araştırma Bağımlı Değişkenleri İle İlişkisinin İncelenmesi..... | 40 |
| Tablo 7. Düşük ve Yüksek Riskli Akıllı Telefon Kullanımı Olanların Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 41 |
| Tablo 8. Cinsiyete Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi..... | 43 |
| Tablo 9. Medeni Duruma Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 44 |
| Tablo 10. Yaş Gruplarına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 46 |
| Tablo 11. Uyumadan Önce Telefonu Yanında Bulundurma Durumuna Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 48 |
| Tablo 12. Gün İçinde Telefonu Şarj Etme Sayısına Göre Akıl Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 50 |

| | |
|---|----|
| Tablo 13. Maddi Duruma Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 52 |
| Tablo 14. Öğrenim Durumuna Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 54 |
| Tablo 15. Not Ortalamasına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi..... | 56 |
| Tablo 16. Gün İçinde Telefonu Kontrol Etme Sayısına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi | 58 |
| Tablo 17. Akıllı telefon bağımlılığının yordayıcılarını bulmak için yapılan seri regresyon analizi | 60 |

KISALTMALAR LİSTESİ

| | |
|-------------|---|
| APA | : American Psychological Association |
| DSM | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| Max | : Maksimum Değer |
| Min | : Minimum Değer |
| n | : Kişi Sayısı |
| NREM | : Non Rapid Eye Movement |
| REM | : Rapid Eye Movement |
| ss | : Standart Sapma |
| WHO | : World Health Organization |
| \bar{x} | : Ortalama |

GİRİŞ

Uyku tüm canlıların dışarıdan gelen uyaranlara vereceği cevap eşiğinin yükseldiği geri dönüşümlü yaşamsal bir olaydır. Bunun yanı sıra uykunun geri dönüşü olan bir bilinçsizlik hali olmasının yanında sadece bedenimizin dinlenmesini sağlayan bir hareketsiz hali değil tüm bedenimizi hayata yeniden hazırlayan aktif bir süreç olduğu bilinmektedir (Algın, Akdağ ve Erdinç, 2016). Uyku günlük hayatımıza, hayat kalitemize, iş hayatımıza ve akademik hayatımıza doğrudan etki eden bir kavramdır (Şenol, Soyuer, Akça ve Argün, 2012). Ayrıca bireylerin gelişimsel fonksiyonlarını başarabilmeleri için yeterli seviyede uykuya ve dinlenmeye ihtiyaçları vardır. Uykunun önemli kavramlarından birisi de uyku süresidir. Uyku süresi genetik etkenlerle bireyden bireye 4-11 saat arasında farklılık göstermektedir. Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel ve zihinsel çökkünlükler görülebilir. Bu kişilerde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya olan hassasiyetin artması sinirlilik, mantık dışı düşünceler, kronik baş ağrısı, isteksizlik, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltım da zorlanma gibi durumlar gözlenebilir (Taşkiran, 2009).

Uyku kavramı anlatılırken değinilmesi gereken önemli hususlardan birisi de uyku kavramının evreleridir. Yapılan çalışmalar uykunun, uyanıklıktan bağımsız olarak santral sinir sisteminde meydana gelen bir dizi değişim ile oluşan, kendi içerisinde sınırları açık bir şekilde 2 ana bölümden anlatılan 5 evreden meydana geldiğini belirtmiştir. Beş uyku evresinin biri REM, diğer dört evre NREM olarak bilinmektedir (Güven, 2015). NREM uykusu, toplam uykunun %75-80'nini kapsamaktadır ve kendi içinde 1. 2. 3. ve 4. Evreleri içermektedir (Sımr, 2011).

Uyku kalitesi kavramı “uyku” anlatılırken anlatılması ve üzerinde çalışılması gereken en değerli noktalardan bir tanesidir. Çalışmamızın da konusu olan uyku kalitesi kavramı: kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, formda, dinç ve başlayacak yeni bir güne hazır hissetmesi hissidir. Uyku kalitesinin tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesinin zor olduğu herkes tarafından bilinmektedir. Uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel taraflarının yanında, uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel taraflarını da kapsamaktadır (Eryavuz, 2007).

Uyku kalitesi bireylerin yaşamları için önemli bir kavramdır. Temelde uyku kalitesinin önemli olmasının iki nedeni vardır. İlki yakınmalar: uyku kalitesi ile yapılan çalışmalar uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk yaşayan kişilerin şikayetlerine oldukça sıkça rastlanmıştır. İkincisi ise, bireyin uyku kalitesi kötü olması dahilinde bireyde birçok farklı sorunlarında örneğin; ağrıya hassasiyet, bezginlik, yorgunluk gibi beraberinde görülebilir (Demir, Çakın ve Can, 2017).

En genel tanımıyla bağımlılık “Bir nesneye, bireye ya da varlığa karşı konulamaz bir şekilde devamlı olarak istek duyma ve bireyin farklı bir iradenin güdümünde olması halidir.” şeklinde açıklanmaktadır. Bağımlılık bir maddeye uyuşturucu gibi olabileceği gibi oyunlara, internete, kumara ve çalışmamızın da temellerinden akıllı telefonlara da olabilmektedir. Akıllı telefon için diğer cep telefonlarına göre daha ileri seviyede işlemler gerçekleştirebilen, gelişmiş bağlantı fırsatı sunan ve mobil uygulamaları çalıştırabileceğimiz gelişmiş bir mobil iletişim makinesi denebilir. Akıllı telefonlar GPS, WiFi, 4.5G, Bluetooth gibi bağlanma seçenekleri, internete bağlanma, çeşitli uygulamaları indirme ve yararlanma, dokunmatik yüz vb. özelliklerden faydalanma fırsatı sunan iletişim cihazı olarak da açıklayabiliriz. Akıllı telefonlar son yüzyılın en önemli icatlarından da birisidir fakat son yıllarda kişiler akıllı telefon kullanımı konusuyla kendini ve çevresini etkiler hale getirmekte ve akıllı telefonu bağımlılık seviyesinde kullanmaktadır.

Akıllı telefon bağımlılığı nedir? Son yıllarda akıllı telefonlar insanların günlük yaşamlarının önemli bir parçası durumuna gelmiş diğer bireylerle ve çevresiyle bağlantı kurmak, aile üyeleri ve arkadaşlarını aramak veya mesajlaşmak, her zaman ve her yerde onlarla bağlantılı olmayı istemek, internete bağlanmak, oyun oynamak ve müzik dinlemek gibi birçok neden ile birlikte kullanılmaktadır (Meral, 2016). Kişilerin bazıları cep telefonunu temel gereksinimleri doğrultusunda kullanabilirken, diğer bir kısmı da bu durumu sağlayamamakta ve bu durum yüzünden problemler yaşayabilmektedir. Bu problemlerin başında yatan sorun ise akıllı telefon kullanımı bağımlılığı, bu bağımlılık beraberinde bireye birçok psikolojik, fizyolojik ve sosyal sorunu da beraberinde getirmektedir (Önler ve Yılmaz, 2008; Özbay ve Öncel, 2017).

Akıllı telefon bağımlılığı bireylerde birçok sorunu tetiklediğini ve olumsuz olarak daha farklı konulara etki ettiğini belirtmiştik. İşte bu konulardan birisi de “uyku”dur. Yapılan çalışmalar sonucunda akıllı telefon bağımlılığı ve uyku, uyku kalitesi arasından olumsuz yönde güçlü bir saptanmıştır. Bunun birçok nedeni olabilir fakat ana nedenler olarak; uyku süresini kısaltması, yatakta telefon ile oynanıp uykunun kaçırılması, başucunda telefon ile uyuyarak uyku devamlılığında sorunların yaşanması şeklinde gösterilebilir.

Bu çalışmada akıllı telefon kullanım sıklığı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırlanan hipotezleri aşağıda verilmiştir. Bunlar:

H₁: Akıllı telefon kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Kişilerin akıllı telefon kullanım sıklığı düzeylerine göre uyku kalitesi puan ortalamaları farklılık göstermektedir.

H₃: Akıllı telefon kullanımı uyku kalitesini yordayıcı özelliğindedir.

H₄: Demografik değişkenlere göre katılımcıların akıllı telefon kullanımı ve uyku kalitesi farklılık göstermektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI

1.1. Bağımlılık Nedir?

Bağımlılık kavramı Latince’de kendini başkasına adamak anlamına gelen “addicere” sözcüğünden yola çıkarak türetilmiştir. Genel anlamıyla bağımlılık “Bir nesneye, bireye ya da varlığa, karşı konulamaz bir şekilde devamlı olarak istek duyma ve bireyin farklı bir iradenin güdümünde olması hali” şeklinde açıklanmaktadır. Bağımlılık “Bir maddenin ya da bir etkinliğin bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığına ya da sosyal hayatına olumsuz bir etki etmesine, bireyi kötü yönde etkilemesine karşı kullanımını sürdürmesi, söz konusu madde kullanımını veya eylemi yinelemeye yönelik önüne geçilemez istek duyma hali” olarak da tanımlanabilir (Bianchi ve Philips, 2005). Bağımlılık, alkol ve uyuşturucu gibi belli bir şeye biyolojik olarak bağlanmayla ortaya çıkmaktadır. Ancak birtakım araştırmacılar alkol ve uyuşturucu gibi biyolojik bağımlılıkların yanı sıra marka bağımlılığı, internet bağımlılığı ve akıllı telefon kullanımı bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıkların da var olabileceği fikrini ileri sürmektedir (Şar ve Işıklar, 2012).

Kafein, sigara, esrar, uyuşturucu, alkol gibi maddelere karşı fiziksel bir istek içinde olma durumuna fiziksel ya da biyolojik bağımlılık denilmektedir. Psikolojik ya da davranışsal bağımlılık ise, bağımlısı olduğu etkinlikten haz alma, günlük yaşamını buna göre düzenlediği için yaşamının olumsuz yönde etkilemesi olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, marka bağımlılığı, internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı davranışsal bağımlılık olarak kabul edilmektedir. Bunlardan akıllı telefon bağımlılığı, kimyasal madde olmayan ancak kullanılmadığında psikolojik olarak olumsuz bir durum meydana getiren bir bağımlılık türüdür (Minaz ve Bozkurt, 2017).

1.2. Akıllı Telefon Tarihçesi

Bilimin hızla ilerlemesi ile birlikte teknoloji sahasında da çok süratli gelişmeler ve değişimler meydana gelmektedir. Ortaya çıkan Teknolojik gelişmeler ile beraber televizyon, bilgisayar, internet, cep telefonları ve günümüzde de akıllı telefonlar yaşamımızda çok önemli bir yer edinmişlerdir. Akıllı telefonlar her an ihtiyaç duyabileceğimiz cihazlar haline gelmişlerdir. Bu cihazlara neredeyse toplum içinde her kesimden insanın elinde bulunmaktadır (Yücelten, 2016).

Akıllı telefonlar için diğer cep telefonlarına göre daha ileri seviyede işlemler gerçekleştirebilen, gelişmiş bağlantı fırsatı sunan ve mobil uygulamaları çalıştırabileceğimiz gelişmiş bir mobil iletişim makinesi denebilir. Akıllı telefonlar GPS, WiFi, 4.5G, Bluetooth gibi bağlanma seçeneklerinin yanında çeşitli uygulamaları indirme ve yararlanma, dokunmatik yüz vb. özelliklerden faydalanma fırsatları sunan iletişim cihazı olarak da açıklanabilir. Akıllı telefonların yayılmasına bağlı olarak çok daha gelişmiş özellikte akıllı telefonların imal edileceği ileri sürülmektedir (Meral, 2017).

Hayatımızın vazgeçilmezi haline gelen akıllı telefonlar kısa sürede bir takım işlevsel yeni özelliklerle geliştirilerek yaşamımızda büyük bir yer almaya başlamıştır. İstenen zaman ve mekânda iletişim fırsatı sağlamanın yanında bir tür statü ve kimlik sembolü durumuna da gelmiştir. İş yaşamı, sosyal yaşam ve özel hayatımızda sıkça kullanmaya devam ettiğimiz akıllı telefonlar bilgi ve iletişim teknolojilerinin hızlı gelişimiyle beraber “Akıllı telefon” olarak daha çok anılmaya başlamıştır. Hayatı kolaylaştıran birçok özelliği içinde barındıran akıllı telefonların bilgisayarların birçok özelliğini de içinde barındırmasıyla kullanım sayısı giderek artmıştır (Kadı ve Öztunç, 2015). İlk cep telefonu icadı fikri 1947’de Richard Frenkiel ve Joel Engel tarafından ileriye sürülmüştür. Bu düşünceden sonra ortaya arabalarda kullanılan ve yakın bölgelerdeki alıcılar sayesinde iletişim kurulmasını sağlayan telefonlar icat edilmiştir. Fakat ilk mobil telefon 1973 yılında Martin Cooper tarafından icat edilmiştir. Tasarlanan ilk cep telefonu oldukça büyük ve ağır olan ilk model ilerleyen yıllarda büyük şirketler tarafından daha başka formlarda satışa sunulmuştur (Katz, 1997; Yücelten, 2016)

Auter (2007) üniversite öğrencilerinin haftada neredeyse on buçuk saat akıllı telefon kullanarak vakit geçirdiklerini ve çoğunluğunun akıllı telefon üzerinden sosyal medya sitelerinde kişilerarası iletişimle geçirdiklerini belirtmiştir. Teknolojik gelişmelerin yaşamımızı kolaylaştıran birçok olumlu yanı olduğu gibi yaşamımızı olumsuz etkileyen yanları da bulunmaktadır. Akıllı telefonlar yaşamımızda popüler ve önemli bir iletişim aracı olmasına karşın çok fazla kullanımında yeni bağımlılıkları kapsayan ruh sağlığı bozuklukları ilgili kaygıları kendisiyle birlikte getirmektedir (Akt; Süler, 2016).

1.3. Akıllı Telefon Bağımlılığı Nedir?

Son yıllarda akıllı telefonlar insanların günlük yaşamlarının önemli bir parçası durumuna gelmiş diğer bireylerle ve çevresiyle bağlantı kurmak, aile üyeleri ve arkadaşlarını aramak veya mesajlaşmak, her zaman ve her yerde onlarla bağlantılı olmayı istemek, internete bağlanmak, oyun oynamak ve müzik dinlemek gibi birçok neden ile birlikte kullanılmaktadır (Meral, 2016). Cep telefonlarımız günlük hayatımızı oldukça kolaylaştırıyor. Fakat bazı sorunları da beraberinde getiriyor. Kişilerin bazıları cep telefonunu temel gereksinimleri doğrultusunda kullanabilirken, diğer bir kısmı da bu durumu sağlayamamakta ve bu durum yüzünden problemler yaşayabilmektedir. Bu problemler incelendiğinde, cep telefonu faturası ödeyememe, cep telefonunu hırsızlık yol yenileme, düşük özsaygı gibi pek çok davranışsal ve psikolojik problemler olarak ortaya çıkmaktadır (Önler ve Yılmaz, 2008; Özbay ve Öncel, 2017).

Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler altında bilgisayar, internet, cep telefonu ve son olarak da akıllı telefonlar günlük hayatın değişilmez parçaları durumuna geldiği görülmektedir. Sadece iletişim kurmayı sağlayan cep telefonlarının yerini alarak kullanımı giderek çoğalan akıllı telefonlar günlük hayatımıza kolaylık sağlamanın yanı sıra kişilerarası ilişkiler, fiziksel ve ruhsal sağlık, genel işlevsellik düzeyi üzerine etkide bulunarak birçok olumsuz sonucun ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir (Çakır ve Oğuz, 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre halkın masa üstü/taşınabilir bilgisayara sahip olma oranı 2004 yılında %10,9 iken 2014 yılında %67,7'ye, cep telefonu/akıllı telefon sahip olma oranı 2004 yılında %53,7 iken, 2014 yılında %100'e yakın bir artış göstererek %96,2'ye yükselmiştir. 2010 senesinde dünya çapında 305 milyon adet akıllı telefon satışının 2018 yılında üç milyar seviyesine ulaşması düşünülmektedir. Bu veriler günümüzde artık bilgisayarların yerini akıllı telefonların aldığını düşündürmektedir (Özbay ve Öncel, 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2010 yılında ülkemizde yaptığı çalışmaların sonucunda %90,5 lik oranın mobil telefona sahip olduklarını ve bu oranın kırsal alanda ise %85, kentsel alanda %92,8 oranlarında olması akıllı telefon kullanımının çok yaygın olduğunun belirtisidir. Akıllı telefon kullananlar incelendiğinde, özellikle gençler aşırı kullanan grup olarak önce çıkmaktadır. Gençler açısından akıllı telefonu pek çok etkileyici niteliğe sahiptir. Yapılan bir araştırmada gençlerin cep telefonlarına aşırı bağlı olduğu ve birtakım bağımlılık belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (Dirik, 2016). Dolayısıyla, gençler, akıllı telefonuna olan bağlılıklarından sınıf ortamında da vazgeçmemekte, cep telefonlarıyla ders sırasında da meşgul olmakta ya da cep telefonu beyinlerini meşgul etmektedir. Bir başka çalışmada üniversite öğrencilerinin günde 50-150 arası mesaj alıp gönderdiği saptanmıştır. Bahsi geçen gruptaki gençlerin akıllı cep telefonlarına günlük olarak 5 saat ve üzeri zaman ayırdıkları da ortaya çıkmıştır (Chóliz, Villanueva ve Chóliz 2009).

Problemlili mobil telefon kullanımı kimyasal bileşen veya madde tüketimi içermemesine rağmen DSM-IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) madde bağımlılıkları belirtileriyle benzer şekilde özellikler göstermektedir (APA, 2006) :

- a. Mobil telefon hakkında obsesif düşünceler ve kaygı (craving),
- b. Kişinin mobil telefonu kullanmadığı sürelerde endişe yaşamaması (withdrawal),
- c. Faturasını ödeyemeyecek duruma gelene kadar mobil telefonda zaman harcaması (tolerance),
- d. Daha önce eğlendiği aktivitelerden ve davranışlardan artık zevk almaması hissi,
- e. Araba sürerken mobil telefona bakmaktan kendini alı koyamaması,
- f. Dürtü kontrolünün azalması şeklinde ifade edilmiştir.

Chóliz, Villanueva ve Chóliz (2009) mobil telefon bağımlılığını bir davranışsal bağımlılık çeşidi olarak ele alarak DSM-IV kriterleri eşliğinde açıkladığı araştırmasında aşağıda verilen kriterleri belirlemiştir. Bunlar:

- Fazla kullanımında yüksek bir fatura, çok fazla telefon aramaları ve mesajlarının görülmesi,
- Mobil telefonun çok fazla kullanımıyla ilgili ebeveynlerle yaşanan sorunların ortaya çıkması ya da artması durumu,
- Mobil telefonun aşırı kullanımı nedeniyle okul ve bireysel faaliyetlerden uzaklaşma,
- Bir önceki telefon kullanımı ile aynı doyumunu elde etmek için aşamalı bir şekilde kullanımı arttırmanın yanı sıra eski mobil telefonunu yeni özellikler eklenen modelleriyle değiştirmek,
- Mobil telefonun kullanılmadığı anlarda duygusal değişimler yaşaması ve mobil telefon kullanmıyorken bile arama yapmaya ya da mesaj göndermeye ihtiyaç duymak olarak saptamıştır.

Bianchi and Phillips (2005), akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili farklı semptomları;

1. Akıllı telefonun çok fazla kullanımından kaynaklı maddi sorunlar yaşaması,
2. Akıllı telefonun sinyali çekmediği anlarda stres, kaygı ve depresif duyguları fazlaca bir şekilde yaşamak,
3. Akıllı telefon kullanımını azaltmakta ya da bırakmayı kontrol etmekte zorlanma,
4. Acil durumlar ve sorunlardan kaçmak için akıllı telefon kullanımına başvurmak olarak belirtilmektedir.

1.4. Nomofobi

Son yıllarda oldukça artan akıllı telefon kullanımı psikolojiye yeni bir fobi terimi de kazandırmıştır. “Nomofobi (no mobile phobia)” akıllı telefon ve mobil internetten yoksun kalma korkusu olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda akıllı telefon kullanıcılarında sıkça gözlenen bu sorun “nomofobi” İngilizce “**no mo phone phobia**” ifadesinin kısaltması olarak türetilmiş ve dilimize en genel ifadesi ile “akıllı telefonsuz kalma korkusu” olarak çevrilmiştir. Cep telefonlarının yerini alan akıllı telefonların sağladığı sayısız dikkat çekici imkân ve bu imkânlara alışmış olma durumu bu korkunun sebebidir. Bu durumda cep telefonsuz kalma korkusu terimi çokta kapsamlı bir ifade olmamaktadır. Nomofobik bireylerin belirlenmiş özellikleri olarak; sürekli telefonunda mesaj veya çağrı olup olmadığını kontrol etme, kapsama alanı dışı veya kullanımın kısıtlı olduğu yerlerde endişe, stres ve gerginlik duyma, bireyin telefonunu 24 saat açık bırakması, yatağa akıllı telefon ile girme gibi davranışlar daha çoğaltılabilmektedir (Erden, Türen ve Kalkın, 2017; Minaz ve Bozkurt, 2017).

1.5. Akıllı Telefon Bağımlılığının Sonuçları

Akıllı telefonlar, gündelik yaşamımıza getirdiği yenilikler ve kolaylıklarla beraber bir takım sorunlara da yol açmaktadırlar. Doğru kullanıldığı zaman pek çok alanda fayda ve kolaylık sağlayan akıllı telefonlar, bilinçsiz kullanıldığında çok kritik ve önemli zararlar vermeye (fiziksel ve psikolojik bazı sağlık sorunları) başlamıştır. Bu sonuçlar bazıları şunlardır (Minaz ve Bozkurt, 2017):

- Devamlı ekrana bakma nedenli baş ağrısı ve göz bozukluğu, uyku bozukluğu gibi sağlık, problemlerinin meydana gelmesi,
- Sosyal medya takibi ve mesajla haberleşme sebebiyle yüz yüze iletişimin zayıflaması ve insanların a-sosyalleşmesine neden olması,
- Sürekli cep telefonunu kontrol etme isteği nedeniyle konsantrasyon bozukluğu görülmesi,
- Herkesle rahat iletişim sayesinde yanlış bireylerle tanışıp insanların sağlıksız ve yasal olmayan ortamlara götürülmesine neden olması,

- Bakma takıntısına takıntılı kullanma ve kaygı düzeyinde artmaya ve bağımlılığa neden olabildiği,
- Dikkat dağıtıcı özelliklerinden dolayı evde, işyerinde, trafikte kazalara yol açtığı,
- Casus yazılımlar sebebiyle bireylerin özel yaşamına müdahale edilebilmesi ve şifrelerinin alınabilmesi gibi değişik sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu belirlenmiştir.

1.6. Akıllı Telefon Bağımlılığını Etkileyen Etmenler

Akıllı telefonun aşırı kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığının psikolojik temelini incelemek akıllı telefon bağımlılığını anlamayı önemli ölçüde etkileyecektir.

1.6.1. Kişilik

Bireyin kişilik özelliklerinin akıllı telefon kullanımını etkilediği düşünülmektedir. Klinisyenler ve araştırmacılar tarafından kabul edilmiş bir kişilik kuramı olan beş büyük faktör kişilik modeli beş kişilik boyutundan oluşmaktadır. Bunlar; deneyime açıklık, sorumluluk, uyumluluk, dışadönüklük, duygusal dengedir. Sorunlu akıllı telefon kullanan bireyler çoğunlukla dışadönük, konuşkan, sosyal ve girişken bireylerdir (Siah, 2016). Takao (2014) yaptığı çalışmada dışadönüklük ile problemlili telefon kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirlemiştir.

Akıllı telefon bağımlılığı objeye karşı olan bağımlılıkların bir türüdür. Bunun yanında deneyime açık olmayan bireylerde sorunlu akıllı telefon kullanımı yüksek seviyede çıkmıştır ve bunun sebebinin Takao problemlili mobil kullananların yalıtılmış, depresyon ve kaybetmiş hissi gibi negatif duygulardan kaçarak, mobil telefonunu bırakmaya isteksiz oldukları şeklinde açıklamıştır. Kişilik özellikleri ile akıllı telefon bağımlılığının güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Akt; Süler, 2016).

1.6.2. Öz Saygı

Akıllı telefon bağımlılığına sahip bireylerde özsaygının düşük olduğunu gösteren bulgulara rastlanmıştır (Bianchi ve Phillips, 2005). Ergenlerde sosyal ilişkiler ile özsaygı arasında olumlu bir ilişki olduğu ve diğerleri tarafından onaylanmanın öz değeri direkt olarak etkilediği bilinmektedir. Düşük özsaygıya sahip olan ve sosyal kaygılı bireylerde sesli telefon aramalarını daha az yaptıkları bunun yerine mesaj göndermeyi seçtikleri bulunmuştur. (Bianchi ve Phillips, 2005) yaptığı araştırmada dışadönüklük, genç yaş ve özsaygı ile sorunlu akıllı telefon kullanımı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Yine düşük özsaygıya sahip bireylerin mobil telefonları aşırı kullandıkları ve düşük özsaygılarını arttırabilmek için mobil telefon kullanımını arttırdıkları da belirlenmiştir.

1.6.3. Cinsiyet

Yapılan çalışmalara bakıldığında aile üyeleri ya da akrabalarıyla iletişimi sürdürmek için ve yakın ilişki başlatmak için e-maili tercih etme, akşamları telefonla konuşma ve günlük mesaj göndermeyi kadınların erkeklerden daha çok kullandığı bulunmuştur. Bunun yanında kadınlardaki akıllı telefon bağımlılığının erkeklerden daha çok olduğu görülmektedir. Fakat Bianchi ve Philips (2005) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmalarında ise kaygı ve dışadönüklüğün akıllı telefon bağımlılığı için önemli bir yordayıcı olduğunu bulmuştur (Kahveci, Alemdar ve Ersoy, 2015).

1.7. Akıllı Telefon Bağımlılığı ile İlgili Çalışmalar

Katz (1997), akıllı telefon kullanımının sosyal etkilerini inceleyen ilk araştırmacılardan biridir. Akıllı telefonların sosyal etkilerinden bazıları; belirsizliği ortadan kaldırma, güvenlik, etkililik, bilgi erişimi, etkileşimlik, sosyal etkileşim, iletişim kurabilmek ve sosyal kontrol olarak açıklanmıştır. Son yıllardaki çalışmalar akıllı telefon üzerinden sosyal medya sitelerinde sosyalleşebilme ve iletişime geçmenin etkilerine odaklanmışlardır.

Bianchi ve Philips (2005), yaşları 18 ile 85 arasında olan 195 katılımcıyla gerçekleştirdiği araştırmada dışadönüklük, düşük öz saygı problemlili akıllı telefon kullanımında önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Ayrıca genç yaştaki bireylerin akıllı telefon bağımlılığına daha yatkın bireyler oldukları, sorunlu akıllı telefon kullanan bireylerin bedensel finansal ve sosyal olarak olumsuz etkilendikleri belirtilmiştir. Gerçekleştirilen araştırmada duygusal dengesizlik ile sorunlu akıllı telefon kullanımı arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Park ve Lee (2012), Kore’ de farklı üniversitelerde 339 öğrenciyle akıllı telefon kullanımı ile sosyal ilişki ve psikolojik iyi oluşu incelediği çalışmada akıllı telefon kullanımı ile sosyal destek ve psikolojik iyi oluş arasında ilişkinin varlığını saptamıştır. Çalışmada akıllı telefon kullanımının öğrencilerin farklı bireylerle sosyal ilişki kurabilmesine ve duygusal ve psikolojik iyi oluşuna katkıda bulunmasına fırsat veren bir saha olarak belirtilmiştir.

Ada ve Tatlı (2013) akıllı telefon kullanımını etkileyen faktörler üzerine bir araştırma araştırmalarında ortaya koydukları gibi 2012 yılı içerisindeki akıllı telefon satışları 660 milyon iken 2015 yılı ile birlikte bir milyar satışı bulmuştur. Bu kadar fazla kullanıcının olması, akıllı telefon kullanımının yükselerek artması dikkat çekici bir hal alarak, bu alanla ilgili ölçekler oluşturulmakta ve araştırmalar yapılmaktadır.

Çakır ve Oğuz (2017) yapmış olduğu çalışmada lise öğrencilerini yalnızlık düzeyini ve akıllı telefon bağımlılığı durumlarını incelemiş ve akıllı telefon bağımlısı bireylerin diğer bireylere göre yalnızlık puanını daha yüksek saptamıştır. Bunun yanında çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Öğrencilerin ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın öğrencilerin, erkek öğrencilere oranla daha fazla akıllı telefon bağımlısı olduğu saptanmıştır.

Süler (2016) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ve öznel mutluluk kavramlarını incelemiştir. Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılığı ile mutluluk düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu saptamıştır. Akıllı telefon bağımlılığının, mutluluk ile negatif ilişkili olduğu görülmektedir ($r = -0,16$; $p < 0,01$).

Yücelten (2016) yaptığı çalışmada Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve Akıllı Telefon Bağımlılığının Bağlanma Stilleri İle İlişkisinin İncelenmiştir. Akıllı telefon bağımlılık ölçeği sonuçlarının ortalaması üzerinde internet bağımlılık düzeyleri farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Çalışmadaki Ortalamalara bakıldığı zaman, akıllı telefon bağımlılığı risk grubunun ortalamasının (2,38), akıllı telefon bağımlılığı beklenmeyen grup (1,79) üzerinde ciddi bir yükseklikte olduğu bulunmaktadır. Bunun sonucunda akıllı telefon bağımlılığı görülen üniversite öğrencilerinin internet bağımlılığı ölçeğinden, akıllı telefon bağımlılığı beklenmeyen gruba oranla daha fazla puan aldıkları görülmüştür.

1.8. Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Uyku Kalitesi Yapılan Çalışmalar

Akıllı telefon bağımlılığını önemli bir şekilde etkilediği değişkenlerden birisi de bireylerdeki uyku ve uyku kalitesidir. Bu tarz davranışsal bağımlılıklar bireylerde gece geç yatma, telefonda kopamama ve sürekli bir ekrana bakmaktan kaynaklanan baş ağrısı gibi faktörler gece uykuya dalmada ve dalınan sıkıntılar yaşayabilirler. Bu konu üzerinde ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar kısıtlıdır.

Rosen ve arkadaşları (2016) tarafından teknolojinin uyku düzeni üzerindeki etkisine ilişkin gerçekleştirilen çalışmada, üniversite öğrencilerinin yaklaşık yarısının akıllı telefon telefonları açık halde uyuduğu tespit edilmiştir. Çalışmada öğrencilerin %75,4'ünün akıllı telefonlarını gece kapatmadıkları belirlenmiştir. Bu durumun bireylerin uyku kalitesine doğrudan etki ettiği görülmüştür.

Taylan (2016) ise yaptığı çalışmasında yükseköğretim öğrencilerinde internet ve sosyal medya kullanım alışkanlıkları, akıllı telefon kullanım alışkanlıkları, akıllı telefon bağımlılık düzeyleri ve bağımlılığı etkileyen faktörleri konu edinmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, öğrencilerin %30,3'ü akıllı telefon bağımlılık riski taşımakta olup, %7'si ise akıllı telefon bağımlısıdır. Akıllı telefon bağımlısı bireyler ve diğer normal bireyler uyku kalitesi incelediğinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Akt: Minaz ve Bozkurt, 2017)

Ünal (2015) yılında yapmış olduğu çalışmada akıllı telefon bağımlılığının etkilediği değişkenleri incelemiştir. Bu çalışmasında akıllı telefon bağımlılığı olan bireylerin uyku kalitesinin diğer bireylere oranla ciddi şekilde farklılık gösterdiğini saptamıştır (Akt.: Kuyucu, 2017). Karataş (2015) çalışmasında akıllı telefona çok fazla vakit harcayan insanların uyku düzenlerini ve uyku kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

Erdem, Türen ve Kalkın (2017) yapmış oldukları çalışmada problemlili akıllı telefon kullanımı olan kişiler ile normal kişilerin uyku kalitesi arasında farklılık olduğunu göstermiştir. Siah (2016) ergenlerle Malezya’da yapmış olduğu çalışmada ergenlerin akıllı telefon kullanımı ile sosyal istenirlik ve uyku kalitesi kavramına da yer vermiştir. Bu çalışmada problemlili akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerin uyku düzeni gibi değişkenlerde olumsuz yönde bir farklılık saptamıştır.

Synovata (2009) 8 binden fazla kişiyle yapılmış olduğu röportaj sonuçlarında, tıpkı alkol ve uyuşturucu bağımlılığı gibi telefonların da bağımlılık yapabileceği görüşünün desteklendiği görmüştür. Bu araştırmaya katılan kişilerin %75’i cep telefonu olmadan evden dışarı asla çıkmadıklarını, %36’sı uyuduklarında yeni gelişmeleri kaçırmak istemedikleri için geceleri telefonlarını kapatmadıklarını, %42’si uyurken telefonlarını yanlarından eksik etmediklerini belirtmişlerdir. Bu gibi durumlar bireylerin uyku halini doğrudan etkilediği gibi uyku kalitesini de etkilemektedir (Akt.: Hoşgör, Tandoğan ve Hoşgör, 2017).

İKİNCİ BÖLÜM

UYKU

2.1. Uyku Kavramı

Uyku canlıların dışarıdan gelen uyarılara vereceği cevap eşiğinin yükseldiği geri dönüşümlü olan bir olaydır. Uykunun homojen bir yapıda olmadığı bilinmektedir. Ayrıca uykunun geri dönüşü olan bir bilinçsizlik hali olmasının yanında sadece bedenimizin dinlenmesini sağlayan bir hareketsiz hali değil tüm bedenimizi hayata yeniden hazırlayan aktif bir süreç olduğu bilinmektedir (Algın, Akdağ ve Erdinç, 2016). Uyku kişilerin hayat kalitelerine ve sağlıklarına doğrudan etki eden temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden birisi olup fiziksel, psikolojik ve sosyal birçok boyutu olan bir olgudur. İnsanların tümü için ortak bir ihtiyaç olan uyku, hayatımızın ortalama 1/3'ünü kapsamaktadır (Şenol, Savyer, Akça ve Argün, 2012).

İnsanların temel ihtiyaçlarından birisi olan uyku, yaşamın bütün evlerinde sağlık ve yaşam kalitesi için önemlidir. Fiziksel gelişimin ve akademik başarının artmasında uyku temel faktördür. Ayrıca bireylerin gelişimsel fonksiyonlarını başarabilmeleri için yeterli seviyede uykuya ve dinlenmeye ihtiyaçları vardır. Uyku bireyin bedensel gelişimi ve yapması gereken görevlerini iyi bir şekilde yapabilmesinde önemli bir faktördür (Şenol, Savyer, Akça ve Argün, 2012).

Canlıların bir kısmı gün içerisinde geceleri uyurken, bir kısmı da vücut yapıları gereğince belirli bir mevsim boyunca uyumaktadır. Bu belirlenmişlik durumu Latince “bir gün” anlamına gelen sirkadiyen ritim tanımıyla adlandırılmaktadır. Sirkadiyen ritim iç kaynaklı bir düzenleme olmasına karşın çevreden gelen aydınlık-karanlık mesajlarıyla doğrudan alakalıdır. Bu ritimler genellikle 23-25 saat uzunluğunda olmaktadır. Kalp atış hızı, kan basıncı, beden sıcaklığı, hormonların vücutta dolaşımı, metabolik aktiviteler, bireysel performans ve duygu durumdaki değişiklikler de bu sirkadiyen ritmin bir bölümüdür. Uyku, bir dizi aktivite sonucu başlar. Uyku sırasında beden ısısı ve kortizol seviyesi düşer, melatonin salgısı yükselmeye başlar (Öge, 2011).

2.2. Uykunun Tarihçesi

Uyku kavramının gizemli doğası, din adamlarının, filozofların, şairlerin ve birçok bilim adamının ilgisini çekmiştir. Aristo, Hipokrat, Freud, Pavlov gibi ünlü düşünürler ve bilim insanları uyku ve rüyanın fizyolojik ve psikolojik temelleri üzerinde çeşitli araştırmalar yapmışlardır. Yıllardır uykunun beyin işlevselliğinin ortadan kalkması sonucu olduğu düşünülmüş ve “ölümün kardeşi” olarak anılmıştır. Hamlet’te ise Shakespeare tarafından “hayatın geçici bir katili” olarak tarif edilmiştir (akt; Eryavuz, 2007; Sınır, 2011).

Alman Hans Berger’in 1923 yılında beyin elektrik aktivitesini Elektroensefalografi (EEG) ile kaydetmesi, uyku uyanıklık arası ritmin belirli bir şekilde ortaya konduğu araştırmalar sonrasında bilimsel ilgi ve merak daha fazla artmıştır. Moruzzi ve Magoun (1949) retiküler formasyon temelli araştırmalar ile uyku ve uyanıklık dönemlerinin beyin mekanizmalarını ortaya atmışlardır. Aserinsky ve Kleitman elektrokulografıyı (EOG) geliştirmişlerdir. Böylelikle uyku sırasında göz hareketlerinin takip edilmesi sağlanmıştır. 1952 yılında hızlı göz hareketleri (rapid eye movement-REM) adını verdikleri 90-120 dakika aralıklarla meydana çıkan evreleri belirlemişlerdir (Akt.: Sınır, 2011).

Hartmann (1973) uykuyu düzenli olarak tekrar eden, çok farklı derecedeki uyanıklarla tekrar uyanıklık haline rahatça geçilebilen fizyolojik hareketsizlik durumu olarak; Turpin (1986) ise sadece kısmi fizyolojik hareketsizlik durumunu içeren bir süreç olarak değil, farklı bedensel aktivitelerin olduğu daha karmaşık bir süreç olarak ele almıştır (Akt.: Eryavuz, 2007).

Fordham (1988) uykuyu, farklı ve tekrarlayan dönemlerden meydana gelen, dış uyanıklara tepkinin azaldığı yeterli miktarda uyanıklığın bulunduğu zaman bilinç durumuna geri dönebilen bilinçsizlik hali olarak tanımlamıştır. Webb (1971) de uykuyu, EEG ve farklı fizyolojik parametrelerde evrensel değişikliklerle karakterize bedensel donukluk durumu olarak belirlemiştir. Şimdilerde ise uyku, “organizmanın çevreyle iletişiminin, farklı şiddette uyanıklarla geri dönebilen biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak ortadan kalkması durumu” olarak açıklanmaktadır (Akt.: Dağ, 2012)

2.3. Uykunun Önemi

Uyku canlıların hayatında temel ve vazgeçilmez etkinliklerden biri olup, yeme, içme, nefes alma, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik bir ihtiyaçtır. Bu sebeple uyku kişinin yaşam kalitesini ve iyilik durumuna etki eden sağlamlık kavramının önemli bir faktörü olarak bilinmektedir. Uyku hali bilincin kaybolması, organik aktivitelerin özellikle sinir duyumunun, istemli kas aktivasyonlarının düşmesi ile ortaya çıkan normal, geçici, periyodik, psiko fizyolojik bir olaydır. Normal uyku düzeni her toplumda aynıdır. Uyku bedenin kendisini yenilediği sıhhatli ve uzun yaşamın temel faktörü olan yaşamsal bir koşuldur (Güneş, Körükcü ve Özdemir, 2009).

Uyku üretkenlik, verimliliğin yanı sıra hafıza, konsantrasyon gibi zihinsel işlevleri de olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu olumlu etkilerinden dolayı uyku kişinin yaşam kalitesini ve iyilik durumuna etki eden önemli bir sağlık faktörü olarak kabul edilmektedir (Eryavuz, 2007).

Uyku süresi genetik etkenlerle bireyden bireye 4-11 saat arasında farklılık göstermektedir. Uyku süresi kısaltılmak zorunda kalındığında uykusuzluğun neden olduğu istenmeyen belirtilerle karşılaştırılır. Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel ve zihinsel çökkünlükler görülebilir. Bu kişilerde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya olan hassasiyetin artması sinirlilik, mantık dışı düşünceler, kronik baş ağrısı, isteksizlik, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda zorlanma gibi durumlar gözlenebilir. Bunun yanı sıra bu kişilerde hayatı ciddi bir şekilde tehdit eden kazalar, iş yaşamı ve günlük hayatta birbiri ile uyumsuz durumlar gözlenebilir (Taşkiran, 2009).

2.3. Uykunun Fizyolojisi

2.3.1. Uykunun Nörofizyolojisi

Uyku; çevreye cevap vermektan ve algılamadan giderek uzaklaşmayla karakterize, fakat geri dönüşümlü olan bir davranıştır. Uyanıklık ise beyin sapı retiküler formasyonun dorsal yollarla nonspesifik talamokortikal projeksiyon sistemini, ventral yollarla da posterior hipotalamus ve bazal ön beyni fasilite eden nöronlarca sağlanır. Uyanıklık ve uykunun regülasyonunda medulladan beyin sapına, hipotalamusa ve bazal ön beyine kadar uzanan birçok merkez ve nörotransmitter görev almaktadır.

Ancak bunlardan hiç bir tanesi tek başına uyanıklık veya uykudan sorumlu değildir. Temel olarak uykuyu ve uyanıklığı aktif duruma getiren nöronlar; pontis oralis, mezensefalik santral tegmentum, posterior hipotalamusta ve orta hat beyin sapı, dorsolateral medüller retiküler formasyonda farklı konsantrasyonda ve farklı lokalizasyonlarda yer almaktadırlar (Carskadon ve Dement, 2011; Reçber, 2013).

2.3.2. Uykunun Nörokimyasal Yapısı

Uykunun düzenlenmesinde bazı hormonların vücuttaki diğer hormonlara oranla daha özel etkileri bulunmaktadır. Büyüme hormonu salgılatıcı hormon (Growth Hormone Releasing Hormone, GHRH) ile kortikotropin salgılatıcı hormon (Corticotropin Releasing Hormone, CRH) arasında var olan karşılıklı etkileşim, uyku gereksiniminin düzenlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. GHRH ve CRH yanı sıra farklı başka peptidler ve steroidler de uyku düzenlemesine katkı sağlarlar. Gece uykusunun ilk devresinde GH salınımının da artış görülürken kortikotropin ve kortisol seviyesi en düşük değerlerindedir. İkinci devresinde ise kortikotropin ve kortisol salınımı yüksek değerlerde iken GH salgılanması daha düşük değerdedir (Yüksel, 2013).

Uyku endokrin aktivitesinin cinsiyet farklılıkları gösterdiği bildirilmiştir. Genç sağlıklı kadınlarda erkeklere göre kortizol sekresyonunun daha yüksektir. Erkeklerde uyku başlangıcına yakın zaman diliminde GH sekresyonu bir kez yükselirken, kadınlarda uyku öncesinde GH sekresyonunda daha fazla sayıda yükselme gösterir (Karagözoğlu, Çabuk, Tahta ve Temel, 2007).

Yaşlanma ile uyku EEG'si ve gece hormon sekresyonu değişme göstermektedir. Kadınlarda menopoz döneminde uyku kalitesi daha iyileşirken, erkeklerde uyku kalitesinin seviyesi düşmeye devam eder. Özellikle uykunun erken döneminde pituiter adrenal sistemin düşük seviyedeki aktivitesi bu stres sisteminin aktif baskılanması durumunu göstermektedir. Bu baskılamaya aracılık eden etmenlerden diğeri de hipotalamus tarafından kortikotropin salınımının baskılanmasıdır. Plasma glulokortikoid seviyesindeki yükselmenin etkisini araştıran araştırmacılar tarafından, uykunun ilk döneminde baskılanan pituiter aktivitenin, uykunun bellek işlevleri için çok önemli olduğu saptanmıştır. Değişik bilinç durumları için kendine özgü farklı yapılanmalar oluştuğu görülmüştür (Dement ve Kleitman, 1957).

Bu farklı yapılanma modelleri içinde bilgi işleme süreçlerinin de farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Uyku esnasında dış uyaranlara verilen cevaplarda bir zayıflama olduğu, böylece kortikal girdinin düştüğü, bu azalmanın da uyku için gerekli olduğu söylenmektedir. Biyolojik ve moleküler altyapıda çok sayıda araştırma sahasının açık olduğu düşünülebilir. Bunlar arasında, nöroendokrin mekanizmalar, biyoregülatör analizleri, saat-gen adı verilen (clock-genes) 13 birimler ve gen ekspresyonları, biyomoleküler yapı ve elektrofizyolojik etkileşimler dahil edilebilmektedir (Arnedt, Owens, Crouch, Stahl ve Carskadon, 2005; Atlı, 2010).

2.4. Uykunun Evreleri

Yapılan çalışmalar uykunun, uyanıklıktan bağımsız olarak santral sinir sisteminde meydana gelen bir dizi değişim ile oluşan, kendi içerisinde sınırları açık bir şekilde 2 ana bölümden anlatılan 5 evreden meydana geldiğini belirtmiştir. Beş uyku evresinin biri REM, diğer dört evre Non-REM (NREM) olarak bilinir (Güven, 2015). NREM uykusu, toplam uykunun %75-80'nini kapsamaktadır ve kendi içinde 1. 2. 3. ve 4. evreleri içermektedir. Bir uyku döngüsü ortalama 90-120 dakika olup, REM ve NREM dönemlerinden oluşmaktadır. Sağlıklı bireylerde bir gece boyunca 4-6 döngü meydana gelmektedir. Uykunun başlangıcından 90-120 dakika sonra ilk REM ortaya çıkar. Uyanıklık sırasında EEG kayıtlarında alfa dalgaları (8-13 Hz) belirgin olup bunlara çeşitli kanallarda dağıntı aktivitelere beraber gerçekleşmektedir (Sınır, 2011).

Uyku döngüsü ismi ile kullanılan bu süreç NREM ve REM uykusu adı verilen düzeylerden meydana gelmektedir. NREM uykusu dört evreden meydana gelmektedir. NREM I ve NREM II yüzeysel uyku, III. ve IV. evrelere ise derin uyku adı verilmektedir. NREM III. ve IV. genelde beraber olur ve yavaş dalga veya delta uykusu olarak adlandırılır (Çınar ve Olgun, 2010). Yavaş dalga uykusu (delta dalgalı uyku) en derin uyku dönemidir. Genç bir erişkinde uykunun hemen hemen %7'si NREM (%5 evre I, %50 evre II ve %20 evre III-IV) %25'i ise REM'dir. Normal uykuya NREM uykusu ile başlanmaktadır, uyku boyunca kişi birbirini takip eden NREM'in dört evresini yaşar, daha sonra NREM IV., III., II. olmak üzere geriye doğru döner. Birey NREM I'e dönmek yerine REM uykusuna girer ve bir kez daha II, III, IV evrelerini geçirir. Fakat kişi uykusunun herhangi bir döneminde uyanırsa tekrar uykunun başlangıç evresi NREM I'e geriye döner. Uykunun başlangıcından ilk REM döneminin sonuna kadar olan döneme bir uyku döngüsü adı verilir (Dağ, 2012)

2.4.1. NREM Uykusu (Yavaş Dalga Uykusu)

Bu uyku dönemine çok farklı isimler verilmektedir; derin sakin uyku, rüyasız uyku, delta dalgalı uyku gibi farklı isimlerle anlatılmaktadır. NREM uykunun yukarıdaki kısımlarda da değindiğimiz gibi dört evresi vardır. Bu bölümde dört evrenin daha kapsamlı anlatımına yer verilecektir (Dağ, 2012).

2.4.1.1. I. Evre

Bu evrede uyku ile uyanıklık arasındaki geçiş dönemi olup uykunun çok hafif olduğu bir evredir. Bu evrede göz küresi hareketleri görülmektedir. Gözlerde yavaş dönme hareketleri gözlenmektedir. Dışarıdan gelen uyaranlara tepki azalmıştır. Düşünceler, dağınık ve kısa sürelidir. Kısa rüyalar bu evrede de görülebilir. Birçok ergen birey, bu evrede, subjektif olarak kendisini uyanık durumda hisseder. Yine ergen birey bu evrede, aniden uyanabilir. Uykunun en hassas olduğu bu evrede, solunum düzenli ve yavaştır, kalp ritim oranı düşüktür. Birinci evrede, havada uçma ya da yere çakılma hissi, düşüncelerin hedefsizce ve dağınık bir şekilde sürüklenmesi, yüz, el ve ayak kaslarında anlık kasılma gibi olaylar meydana gelebilir. Bu evre bir bireyin bütün yaklaşık olarak uykunun % 5'ini oluşturmaktadır (Güven, 2015).

2.4.1.2. II. Evre

Bu uyku evresi birinci evreye oranla daha derin bir uyku evresidir. Birey, rahatlamış ve gevşemiş olup, uykusundan rahatlıkla uyandırılabilir. Düşüncelerde bütünlüğün yok olması durumu bu evrede ön plandadır. Gözler hareketsiz olup çok az vücut beden hareketi görülmektedir. Vücut sıcaklığı ve kan basıncı düşüktür. Tüm uykunun ortalama %45-50'sini kapamaktadır (Öge, 2011).

2.4.1.3. III. Evre

Bu evrede, uykunun derinliği yükselmiştir. Uyanmak diğer evrelere göre daha güçtür. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı bir şekilde, nabız ve solunum hızı düzenli ve bir hayli yavaştır. Kaslar gevşektir. Vücutta ısı kaybı yüksek ve vücut ısısı düşük bir seviyededir. Beyinden gelen dalgalar düzensiz olup, tüm uykunun hemen hemen %10'unu kapsamaktadır (Algın, Akdağ ve Erdinç, 2016).

2.4.1.4. IV. Evre

Bu evre bir hayli derin uyku evresi olup, bu evrede bireyleri uyandırmak oldukça zordur ve "delta uykusu" olarak da bilinmektedir. Kan basıncı, nabız, solunum hızı ve oksijen tüketimi normal seviyenin de altına düşmektedir. Uyuyan birey, uyanık dönemdeki nabız ve solunum sayısı, bu evrede %20-30 seviyelerinde düşmüştür. Kasların gevşediği ve vücutta dinlenmenin ve rahatlamının gerçekleştiği evredir. Metabolizma yavaşlar, vücut sıcaklığı azalır. Bu evre, kan kolesterol düzenini ve vücudun düzelme sürecine de etki eder (Kocoglu, Akın, Cıngıl ve Sarı, 2013).

Gece gelen astım krizleri, bu evrede çok az görülmektedir. Büyüme hormonunun salgılanması da, bu evrede oluşmaktadır. Başka anabolik hormonların miktarında yükselmeler görülmektedir. Protein sentezi ve bazı dokuların onarımı gibi anabolik olaylar da bu evre içerisinde oluşur vücut fiziksel olarak dinlenir. Bu evre özellikle asıl uykunun gerçekleştiği evre olup, bedensel sağlık ve iyi olma açısından gerekli bir evredir. Horlama, uyku esnasında yatak ıslatma, uyurgezerlik, uykuda anlamsız konuşma gibi davranışlara bu evrede rastlanmaktadır. Bu evre, bütün uykunun %10'unu gibi bir kısmını oluşturmaktadır (Öge, 2011).

2.4.2. REM Uykusu

Uygunun bu d6nemi aktif uyku, desenkronize uyku veya paradoksal uyku olarak da bilinmektedir. Paradoksal uyku isminin verilmesinin sebebi beynin birtakım b6lgeleri aktif iken, bazı b6lgelerinin de baskı altında olmasıdır. IV. evre uykusuna eklenerek devam eder. Normal bir gece uykusunda, 5-10 dakika s6ren paradoksal uyku s6re7leri, ortalama 90 dakikada bir meydana gelmektedir. Uygunun en derin evresi olan REM' de kişileri uyandırmak, diğer d6nemlere g6re daha g6c6tt6r. Bu nedenle, REM uykusu “disosiyatif durum” olarak da adlandırılmaktadır (Dağ, 2012).

Bu evrede, g6z kapaklarının altında, g6z, iki yana aktif olarak hareket eder ve bu durum dışarıdan g6zlenebilmektedir. Bu evrenin en 6nemli 6zelliği, hızlı g6z hareketlerinin varlığıdır. Birtakım REM uyku d6nemlerinde, g6z hareketleri aktivitesi olduk7a fazla var iken, diğer bazı zamanlarda g6z hareketleri 7ok az sayıdadır yada hi7 g6r6lmemektedir (Atil, Işık, Arıkan, G6lekon ve G6rer, 1993)

Kalp atımında bradikardi, taşikardi evrelerine rastlanmakta, solunum sayısı ve derinliği farklılık g6stermektedir. Solunum, nabız hızı ve kan basıncı, seviyesi y6ksek ve d6zensizdir. Gastrik salgıların seviyesi y6kselir, beden sıcaklığı ve metabolizma hızı y6kselir, adrenal hormonların salgısında bu evrede arttığı g6zlenmektedir (Dağ, 2012; Taşkıran, 2009)

REM uykusu, bedenimizin psikolojik a7ıdan dinlendiği ve onarıldığı evredir. Beyin, bu evrede problemlerini 76z6me kavuşturur ya da sorunlar, konular hakkında daha fazla 76z6m yolu 6retir. Bu nedenle 6nemli kararları alırken veya 76z6m isteyen sorunlar 6ncesi uyumak, iyi sonu7lar doğurabilir. Bunun yanında, 6đrenme ile REM arasındaki ilişkinin varlığı, yapılan 7eşitli 7alışmalarla saptanmıştır (Timur ve şahin, 2010)

Tablo 1. NREM ve REM Uykularının Karşılaştırılması

| Özellik | NREM Uykusu | REM Uykusu |
|-------------------|--|--------------------------------|
| EEG | Eş zamanlı kompleksleri, delta dalgaları | Zayıf voltajlı, kesik dalgalar |
| EOG | Yavaş ya da çok ağır hareketler | Patlayıcı, hızlı hareketler |
| EMG | Kısmi gevşeme | Kaslarda atoni |
| Kan Basıncı | Azalmış ya da sabit | Değişken |
| Kalp atım hızı | Azalmış ya da sabit | Değişken |
| Kardiyak çıktısı | Azalmış | Azalmış |
| Beyin ısısı | Azalmış | Artmış |
| Solunum hızı | Azalmış | Değişken |
| Zihinsel süreçler | Kavramsal, soyut, seyrek rüya | Algısal, yaygın rüya |
| Patoloji | Uykuda korku bozukluğu, panik atak | Kabus boz., davranış bozukluğu |

(Taşkiran, 2009)

2.5. Uyku Kalitesi

Uykunun öneminden daha önceki kısımlarda söz etmiştik. Yine Maslow' un hiyerarşik ihtiyaçlarına göre de uyku son derece önemlidir ve yeterli düzeyde uyku ihtiyacını karşılamak insanın en temel ihtiyacıdır. Bu ihtiyacı karşılanmasındaki en önemli uyku kavramlarından birisi de uyku kalitesidir. Uyku kalitesi kavramı ve ona dair bilgiler aşağıdaki satırlarda yer almaktadır (Taş, 2012). Uykunun, uyku periyodu süresi, var olan tüm uyku süresi, uyku latensi, uyku düzeni gibi farklı tarafları da mevcuttur. Bunlardan biri de uyku kalitesidir. Günümüzde uyku kalitesi klinik uygulamalarda ve uyku ile ilgili çalışmalarda üstünde önemle ve sıkça durulan bir kavramdır.

Uyku kalitesi kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, formda, dinç ve başlayacak yeni bir güne hazır hissetmesi hissidir. Uyku kalitesinin tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesinin zor olduğu herkes tarafından bilinmektedir. Uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel taraflarının yanında, uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel taraflarını da kapsamaktadır (Eryavuz, 2007).

2.6. Uyku Kalitesinin Önemi

Uyku kalitesi iki ana sebepten ötürü çok önemlidir. Birinci neden, uyku kalitesi ile ilgili yakınmalara çok sık rastlanmasıdır. Yapılan araştırmalar yetişkin kişilerin ortalama %15-35'inde uykuya dalma ve yine uykuya devam etme güçlüğü gibi uyku kalitesini doğrudan ilgilendiren bozuklukların varlığını göstermektedir. İkinci neden ise, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın göstergesi olabileceği durumudur (Önler ve Yılmaz, 2008). Uyku kalitesinin bozulması kişilerin duyu, düşünce ve motivasyon sistemlerinin de bozulmasına yol açabilmektedir. Yeterli seviyede uyumayan kişilerde bedensel, zihinsel ve duyuşsal çökkünlükler meydana gelebilir. Kişide yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı hassasiyetin artması, konfüzyon, irritabilite, sinirlilik, gerçek dışı düşünceler, halüsinasyonlar görme, iştahsızlık ve boşaltımda zorlanmalar gibi belirtiler görülür. Bunların yanı sıra hayatı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluk gösteren davranışlarda gözlenebilir. Uykunun uyku periyodu süresi, toplam uyku süresi, uyku latensi, uyku düzeni gibi farklı tarafları da mevcuttur. Kişilerin uyku yetersizliği veya uyku halinde artıştan yakınmaları sağlık çalışanları tarafından diğer tıbbi hastalıklar karşısında kolayca göz ardı edilebilmekte ve çok seyrek bir düzeyde tedavi altına alınmaktadır (Demir, Çakın ve Can, 2017; Saygılı, Akıncı, Arıkan ve Dereli, 2011)

2.7. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Birçok bedensel, çevresel ve ruhsal neden uyku kalitesine doğrudan etki etmektedir. Bu durumun nedeni insanın biyopsikososyal bir varlık olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bölümde uyku kalitesini etkileyen faktörler incelenecektir.

2.7.1. Yaş

Hayatın erken dönemlerinde zamanın birçok bölümü uykuda geçmektedir. Ancak, kişilerde yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku ihtiyacı da azalır. Yaşlı bireyler gençlere göre uykuya dalmada daha fazla zamana ihtiyaç duyarken, gece daha erken ve sık aralıklarla uyanırlar. Normalde yetişkinlerde ortalama 10–30 dakika olan uykuya dalma süresinin yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürdüğü bilinmektedir. Bu gibi nedenlerden ötürü yaş değişkeni uyku kalitesini doğrudan etkileyen etmenlerden birisidir (Middelkoop, Dini, Doel ve ark., 1996; Taşkiran, 2009).

2.7.2. Cinsiyet

Cinsiyet uykunun değerlendirilmesi yapılırken ele alınması gereken önemli değişkenlerdendir. Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklerden daha fazla uyudukları ama erkeklerin kadınlara oranla daha az uyku bozuklukları ile karşı karşıya geldikleri belirlenmiştir (Aysan, Karaköse, Zaybak ve İsmailoğlu, 2014; Karakoç, 2009).

2.7.3. Hastalık

Hastalıkların fizyolojik ve psikolojik etkileri uyku kalitesini ve miktarını olumsuz olarak doğrudan etkilemektedir. Hasta kişiler, sağlıklı kişilere oranla daha fazla uykuya gereksinim duyarlar. Genelde ağrıya sebep olan, fiziksel rahatsızlıklar yaratan ya da morali etkileyen ve anksiyete, depresyon gibi sorunlara yol açan çoğu bozukluk uyku sorunlarına sebep olmaktadır. Bunlar başlıca, astım, anjina, konjestif, kalp yetmezliği, duodenal ülser, reflü, diabet, beslenme problemleri, fiziksel travmalar, enfeksiyonlar, tümörler, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri, farklı kasıtlı durumlar, kişilik bozukluğu, bipolar bozukluk, majör depresyon gibi bozukluklardır (Önler ve Yılmaz, 2008).

2.7.4. Yaşam Biçimi

Kişilerin çalışma biçimleri beslenme alışkanlıkları ile uyku düzeni ve kalitesi birbirlerini karşılıklı olarak etkilemektedir. Çalışma tarzı özellikle vardiya şeklinde ise değişen uyku programına bireyin uyum sağlaması oldukça zordur. Gece çalışan kişilerde bir iki hafta sonra biyolojik saatte kaymalar meydana gelmektedir (Taş, 2012). Vardiyalı çalışma özellikle kesintili uyku ve yorgunluk ile yaşanan sağlık sorunları arasında yakın bir ilişki gözlenmektedir. Gece vardiyasında görev yapan hemşirelerin uyku kalitelerinin gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur. Beslenme biçimi olarak yeterli protein içermeyen diyet yapan, kafein miktarı fazla olan içecekler tüketen ve besinleri fazla tüketen kişilerde uyku problemleri gözlenmektedir (Duman, 2016).

2.7.5. İlaç Kullanımı

Birtakım ilaçların kullanılması uykunun kalitesini zarar verdiği gibi uyku için önerilen bazı ilaçlar da yararlarından çok yeni sorunlara yol açmaktadırlar. Sedatifler, hipnotikler, antidepressan ve amfetaminler REM uykusunu etkiler, gün içinde fazlaca uyuşukluk, enerji azalmasına yol açarlar. Diüretikler, digoxin ve beta blokerler kişilerin çok sık uyanmasına sebep olurlar (Çölbay, Yüksel, Fidan ve ark., 2007).

2.7.6. Duygu Durum

Günlük hayattaki stres, anksiyete ve diğer emosyonel problemler uyku düzeni üstünde olumsuz etkiler ortaya çıkarmaktadır. Major depresif bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğunda uykuya dalmada güçlük ve gece uykusundan uyanmalar önemli derecede uykusuzluk problemlerine ve gündüz uykululuğuna sebep olmaktadır. Özellikle kaygılı kişilerde uykuya dalmada güçlük mevcuttur ancak gece uyanmalar daha düşüktür. Korku, heyecan, üzüntü, yas ya da sevinç gibi duygu değişimleri kişilerin rahatlamasını ve rahat uyumasını engeller (Aysan, Karaköse, Zaybak ve İsmailoğlu, 2014; Gülser, Öztürk, Top, Asıl, Balcı, ve Çelik, 2012).

2.7.7. Çevre

Çevre değişkeni kimi zaman uykuya yardımcı olan bir faktör olurken, kimi zaman uykuya engel olan bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Gürültü uyku ile çok yakından ilişkili bir değişkendir. Gürültülü bir ortamda uyku yüzeyseldir, uyku süresi kısalmır. Bulunulan Odanın sıcaklığı da uykuyu doğrudan etkiler. Oda sıcaklığının 24°C'den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12°C'den düşük olması da görülen rüyaların içeriğinin negatif olmasına yol açarak uykunun kalitesine zarar vermektedir. Yatılan yatağın boyutu, sertliği ve yumuşaklığı faktörü, tek ya da çift kişi ile yatmak da uyku kalitesini etkileyen dış faktörlerdendir (Carpenter ve Andrykowski, 1997; Merey, Boysan ve Ateş, 2008).

2.7.8. Egzersiz ve Yorgunluk

Gün içerisinde yapılmış olan fiziksel egzersiz kişinin yorulmasına ve çoğu kez daha kolay uykuya dalmasına yol açmaktadır. Sürekli spor yapanlar daha rahat uykuya dalarlar. Ancak düzensiz yapılan egzersizler ise uykunun bozulmasına sebep olur. Egzersiz esnasında bedende serotonin salgılanması ile derin dinlenme ve delta uykusunun düzenlenmesi sağlanmaktadır. Sabah erken saatlerde ve yatmadan önce yapılan egzersizler uykuya ve uykuya dalma sürecine bir fayda sağlamamaktadır. Uyku için en iyi olduğu düşünülen egzersiz zamanı, öğleden sonra ve akşam üzeridir. Aşırı yorgunluk durumlarında REM uykusunun ilk evresi kısalmırken, birey dinlendikçe REM evreleri kısalmaya başlamaktadır (Cheung ve Wong, 2011; Saygılı, Akıncı, Arıkan ve Dereli, 2011).

2.8. Uyku Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Gülser, Öztürk, Top, Asıl, Balcı, ve Çelik (2012) yapmış oldukları bir çalışmada vardiyalı çalışanlarda ve huzursuz bacak sendromu olan kişilerde uyku kalitesi değişkeninin araştırmışlar ve geceleri nöbet tutan bireylerin gündüz nöbet tutanlara göre uyku kalitesini daha düşük saptamışlardır. Yine huzursuz bacak sendromu olan kişilerde uykuya dalmada ve uykuda kalma sorunları nedeniyle diğer bireylere göre uyku kalitesi daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada HBS prevalansını Türkiye’de 40 yaş üzeri hastalarda yaptığı araştırmada belirlediği %9,71 HBS prevalans oranıyla uyumlu olarak, gündüz saatlerinde mesai yapanlarda (normal popülasyon) %7,79 olarak bulunmuştur.

Eryavuz (2011) yapmış olduğu çalışmada uyku kalitesini etkileyen faktörlerin tespiti için 102 diyaliz hastasında “uyku kalitesi” ile farklı parametrelerin ilişkisine bakmıştır. Yaş değişkeni ile “kötü uyku kalitesi” arasında zayıf olmakla birlikte anlamlı bir ilişki saptamıştır. Bu parametrelerin uyku kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması için lojistik regresyon analizi yapılmış ve yaş ”kötü uyku kalitesi” üzerine yordayıcı etmen olarak tespit edilmiştir.

Cheung ve Wong (2011) Çin’de 10-20 yaş arası öğrencilerde yapılan bir araştırmada internet bağımlılığı olan bireylerde önemli ölçüde kötü uyku kalitesinin eşlik ettiği saptanmıştır. Televizyon izleme, bilgisayar oyunu oynama ve internet kullanımının ergenlerde yatağa geç gitme ve buna bağlı uyku problemleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yine bu çalışmada internet bağımlılığı olan öğrencilerde uyku kalitesinin kötü olma riskinin 1,73 kat daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$; CI: 1,40-2,06).

Brezilya’da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada gece vakitlerinde bilgisayar kullanımının uyku kalitesini olumsuz etkilediği ve gündüz uykusuzluğa neden olduğu rapor edilmektedir. Kore’de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ergenlerde aşırı internet kullanımının, gündüz aşırı uykululuk hali ve diğer uyku problemleri ile güçlü bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Kore’de yapılan başka bir çalışmada ortaokul ve lise öğrencilerinde problemlerli internet kullanımı ile uyku memnuniyeti arasında negatif yönde bir ilişki saptandığı bildirilmektedir. Kanada’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada televizyon ve sosyal ağ siteleri ile çok fazla zaman geçirmenin uyku problemleri ile önemli ölçüde ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Üç Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada bilgisayar kullanımının uyku süresinin kısalması ve uykusuzluğa bağlı semptomların artışı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Akt: Kocaş, 2017).

Ülkemizde ise ergenlerde internet bağımlılığı ve uyku kalitesi üzerine ayrı ayrı çok sayıda çalışma olmasına rağmen internet bağımlılığı ve sanal iletişim araçları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran araştırmaların durumu sınırlıdır. Bu sınırlı çalışmalar içinde Özalp ve arkadaşlarının lise öğrencilerinde yapmış olduğu bir araştırmada internet bağımlılık ölçek puanı yüksek olan öğrencilerin gece yatağa daha geç gittiği, uykuya dalmak için daha uzun zamana gereksinim duyduğu, uykuyu sürdürmede güçlük yaşadığı, gece daha sık uyandığı ve gün içerisinde daha fazla uykusuzluk hissettiği saptanmıştır (Akt: Kocaş, 2017).

Aslan (2017) yılında yapmış olduğu çalışma da örneklem grubunun %54,5'inin erkek olduğunu belirtenler ve %45,49'unun kadın olduğunu belirtenlerden oluştuğu görülmektedir. Örneklemin uyku kalitesinin cinsiyet gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir. Yine aynı çalışmada hastaların beden kitle indeksi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakılmış ve hastaların belirtmiş olduğu boy ve kilo bilgilerine göre beden kitle indeksi (BKİ) hesabı (kilo(kg)/boy(m)*boy(m)) yapılmıştır. Beden kitle indeksi 18,5 kg/m²'nin altında yani "zayıf" olan hastaların oranı %2,35, normal kiloda olan hastalar %43,5, fazla kilolu olan hastalar %36,47 iken obez hastaların oranı %17,65 olduğu belirlenmektedir. Örneklemin uyku kalitesinin, BKİ gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir. Bunun yanı sıra örneklem grubunun %13,33'ünün 18-25 yaş aralığında, %38,04'ünün 26-35 yaş aralığında,%18,43'ünün 36-45 yaş aralığında, %10,59'unun 46-55 yaş aralığında ve %19,61'inin 56 yaş ve üzerinde olduğunu bildirenlerden oluşmaktadır. Örneklemin uyku kalitesinin yaş gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır (t=4,00; p=0,04)

Saygılı, Akıncı, Arıkan ve Dereli (2011) tarafından yapılan çalışmada da üniversite öğrencilerinin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Uyku kalitesi okunan bölüme göre farklılık göstermektedir (p<0,05). Uyku kalitesi kronik hastalık bulunma göre farklılık göstermektedir (p<0,05) Uyku kalitesi geceleri aynı saatte yatma durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,05). Geceleri aynı saatte yatmayanların uyku kalitesi en kötü düzeyde iken hep aynı saatte yatanların uyku kalitesi en iyi düzeyde olarak bulunmuştur.

Aysan, Karaköse, Zaybak ve İsmailoğlu (2014) yılında üniversite öğrencileri yapmış olduğu bir çalışma sonucu yapılan analizlerde yaş değişkeni ile uyku kalitesi puanı arasında ilişki olmadığı ve cinsiyet, öğrenim görülen bölüm, sınıf, yaşanan yer ve sigara kullanma durumuna göre elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin alkol kullanma, saat 18'den sonra kafeinli içecek alma durumuna göre elde edilen uyku kalitesi puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunmuştur

2.9. Uyku Bozuklukları

2.9.1. Uykusuzluk

Uykusuzluk nüfusu etkileyen en yaygın uyku bozukluğu ve uyku tıbbı pratiğinde en sık karşılaşılan bozukluktur. Toplumun genelinde yaklaşık %35 'inin uykusuzluk şikayeti olduğu belirlenmiştir. Uykusuzluk gündüz işlevselliklerinde bozulma ile birlikte 1 aydan fazladır haftada 3-4 gün dinlendirmeyen uyku ve sabah erken uyanmalarını da içeren uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede yaşanan güçlük halidir (Engin ve Calapoğlu, 2009).

2.9.2. İnsomnia

İnsomnia, uykuyu başlatmak veya sürdürmekte güçlük yaşanması halidir. Uykunun yapısı ve işlevi göz önüne alındığında ise, insomnia, ergenlerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olmadığı durumlar olarak tanımlanır. İnsomnia, bozukluğu kalıcı veya sürekli post-pubertal ergenlerde insomnia sık görülmektedir. Bunun yanında, genç ergenler de insomnia gibi uyku sorunlarıyla sık karşı karşıya geldiklerini dile getirmişlerdir (Aysan, Karaköse Zaybak ve İsmailoğlu (2014).

2.9.3. Hipersomnia

Hipersomnia, aşırı uyku uyuma ve aşırı gündüz saatleri uykululuğu (somnolans) ile kendini belli eden bir uyku sorunudur. Somnolans terimi, uykulu olma yakınması, uyanık olunan dönemde uykuya dalma eğilimi, uyku ataklarının olması ve uyanıklığı sürdürmemeye için kullanılmaktadır. DSM IV tanı ölçütleri dikkate alındığında, bir aydan uzun süreli olarak, gündelik hayatın akışını etkileyen, gece yeterince uyumasına karşın, gündüzleri uyumak zorunda hissedenler “hipersomniak” olarak tanımlanmaktadır (Engin ve Calapoğlu, 2009; Taşkiran, 2009).

2.9.4. Narkolepsi ve Katapleksi

Narkolepsi, uyanıklıkta uyku atakları, çok fazla gündüz uykulu olma hali ve en az 3 aydır devam eden REM uykusunda anormal semptomlarla oluşmaktadır. Uykuya daldıktan sonraki 10 dakika içinde REM uykusu görülmesi narkolepsi bozukluğunun varlığını düşündürmektedir. Katapleksi, uyku-uyanıklık arası geçişi sırasında uyku paralizisi ve hipnagogik, hipnapompik halüsinasyonlarla belirli bir bozukluktur. Katapleksi, aynı zamanda, ani heyecan sonrasında kas tonüsünü seviyesindeki azalma halidir. Heyecan yaratan olay, sevinç veya üzüntü yönünde olabilir. Bazen beklenmedik bir ses, gülme veya beklenmedik bir tanıdık katapleksi atağını kullanabilir. Narkolepsi ve katapleksi sendromu, oldukça nadir görülen klinik bir bozukluktur. Narkolepsi, bireylerde her yaşta görülebilir, fakat en çok ergenlik dönemi veya genç erişkinlikte, çoğunlukla da 30 yaşından daha önce görülmektedir (Akıncı ve Orhan, 2016; Middelkoop, Dini, Doel ve ark., 1996).

2.9.5. Huzursuz Bacak Sendromu

Huzursuz bacak sendromunda, kişiler, oturduğunda ya da yattığında, bacaklarında rahatsızlık hissi mevcuttur. Dizesteziler, çok seyrek ağrılı olur, fakat uykuyu bozacak şekilde, karşı konulmaz bacak hareketleri meydana çıkabilir. Sendrom, uykuyla sınırlı görülmemektedir. Ancak uykuya dalmayı zorlaştırır. Huzursuz bacak sendromu, genel toplumun %2'sini etkiler ve genellikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilgili olduğu da düşünülmektedir (Engin ve Calapoğlu, 2009).

2.9.6. Uyku- Uyanıklık Geçiş Bozuklukları

Bunlar uyanıklıktan uykuya ya da bir uyku evresinden diğerine geçiş sırasında ortaya çıkmaktadır. Uyku sırasındaki sıçramalar, bu uyku geçişleri sırasında ortaya çıkan tek ani motor veya duyuşal fenomenler olarak yaşanır. Uyku- Uyanıklık Geçiş Bozuklukları aşağıdaki verilen başlıklarla gruplanır (Carpenter ve Andrykowski, 1997; Reçber, 2010);

- a) Ritmik Hareket Bozukluğu
- b) Uykuda Sıçramalar
- c) Gece Bacak Krampları
- d) Uykuda Sıçramalar
- e) Uykuda Konuşma
- f) Gece Bacak Krampları

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

3.1. Araştırmanın Konusu ve Problemi

Yapılan çalışmanın konusu üniversite öğrencilerinde akıllı telefon kullanım sıklığı ve uyku kalitesinin incelenmesidir. Araştırmanın problemi ise katılımcıların akıllı telefon kullanım sıklığına göre uyku kalitesi düzeyleri arasındaki farklılık olup olmadığıdır.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Sınırlılıkları

Yapılan çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde akıllı telefon kullanımı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin gösterilmesi ve seçilen demografik değişkenlerin akıllı telefon kullanımı ve uyku kalitesini ne kadar etkilediğinin incelenmesidir. Yapılan çalışmada öğrenci örnekleminin seçilmesi verilerin toplanması noktasında sınırlılık yaratmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma süresinde 400 kişiye ulaşılsa da eksik cevapların olması nedeniyle bu sayı düşmüştür. Yapılan çalışmanın örneklemini yaş ortalaması $24,85 \pm 7,14$ olan Üsküdar Üniversitesi'ndeki 242'si kadın 120'si erkek olmak üzere 362 kişi oluşturmaktadır. Yürütülen çalışma tamamen gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleşmiştir.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak sosyal bilimler içinde sıkça kullanılan anket veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla hazırlanan anket formunda sosyodemografik veri formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği, Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

Demografik veri formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan ve içinde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, sınıf, bölüm akıllı telefon kontrolü ve harcanan zaman gibi konularda bilgi almak için hazırlanmış olan veri formudur. Demografik veri formu Ek-1’de verilmiştir.

Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği: Kwon, Kim, Cho ve Yang (2013) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Demirci, Orhan, Demirdağ, Akpınar ve Sert (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. Likert tipi bir ölçek olan Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği 33 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılardan “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kısmen Katılmıyorum”, “Kısmen katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden kendilerine uygun olanı seçmeleri istenmektedir. Cevaplar 1-6 arasında değerlendirilmektedir. En düşük cevap puanı 33, en yüksek cevap puanı 198’dir. Yüksek puan alanlar riskli akıllı telefon kullanıcı olarak görülerek bağımlılık gösterenlerdir. Düşük puan alanlar için ise riskli akıllı telefon kullanımı görülmemektedir. Ölçek Ek-2’de verilmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Buysse, Reynolds ve Monk (1989) tarafından geliştirilen ve bir aylık bir zaman dilimindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan, öz bildirim dayalı bir değerlendirme testidir. Testinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün, Kara ve Anlar (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı 0,80 bulunmuştur. İndeksin tanısal duyarlılığı %89,6 ve özgüllüğü %86,5’tir. PUKİ’nin içerdiği toplam 24 sorunun 19’u öz bildirim sorusudur. Kalan 5 soru ise bir eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Bu 5 soru puanlamaya dahil edilmez. Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen şeklinde gruplandırılmıştır. Her bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. Bu şekilde hesaplanan PUKİ skoru, 0-21 arasında bir değer alabilir. PUKİ için kesme değeri 5’tir. Ölçekten alınan 5 puan ve üzeri değerler, uyku kalitesinde düşüklük olduğu yönünde değerlendirilir. Ölçek Ek-3’te gösterilmiştir.

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ): Johns (1991) tarafından geliştirilen basit ve öz bildirime dayalı bir ölçektir. Bireyin genel uykululuk düzeyini sorgular. Sekiz farklı günlük yaşam durumunda (oturur kitap okurken, televizyon izlerken, umumi bir yerde sükûnetle otururken, arabada yolculuk yaparken, öğleden sonra uzanmışken, bir başkası ile konuşurken, öğle yemeği sonrası alkol almadan sessizce otururken, trafikte birkaç dakikalığına durmuş bir arabadayken) uykuya dalma ya da uyuklama şansını değerlendirmeyi amaçlar. Erişkinlerde genel uykululuk düzeyini değerlendirmede uygulaması basit, kolay anlaşılır ve İzci, Ardıç, Fırat, Altınörs ve Karacan (2008) tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış 8 maddelik bir ölçektir. Ölçek Ek-4’te verilmiştir

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Derogatis (1992) tarafından, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir. KSE’nin Türk gençleri için uyarlaması ve güvenilirlik, geçerlik çalışmaları Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. KSE, 5’li likert tipinde olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 5 faktörlü yapıdadır. Bu faktörler; ‘Anksiyete’, ‘Depresyon’, ‘Olumsuz Benlik’, ‘Somatizasyon’ ve ‘Hostilite’ dir.

3.5. Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi

Yürütülen bu çalışmada veriler toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analiz edilmesi işleminde SPSS.21 (Statistical Package For The Social Sciences) kullanılmıştır. Analiz yöntemleri için frekans, descriptive, korelasyon, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve regresyon analizi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Bulguları

Elde edilen veriler istatistiksel olarak $p=0,05$ ve $p=0,01$ anlamlılık düzeyine göre incelenmiş, tablollaştırılmış ve yorumlanmıştır.

Tablo 2. Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı

| Değişkenler | | n | % |
|---|--------------------|-----|-------|
| Cinsiyet | Kadın | 242 | 66,9 |
| | Erkek | 120 | 33,1 |
| Toplam | | 362 | 100,0 |
| Yaş | 24 yaş ve altı | 239 | 66,0 |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 34,0 |
| Toplam | | 362 | 100,0 |
| Medeni durum | Evli | 47 | 13,0 |
| | Bekâr | 315 | 87,0 |
| Toplam | | 362 | 100,0 |
| Maddi durum | 2000 TL ve altı | 162 | 50,3 |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 38,5 |
| | 6001 TL ve üstü | 36 | 11,2 |
| Toplam | | 322 | 100,0 |
| Öğrenim durumu | Ön lisans | 103 | 28,5 |
| | Lisans | 69 | 19,1 |
| | Yüksek lisans | 190 | 52,5 |
| Toplam | | 362 | 100,0 |
| Not ortalaması | 2,5 altı | 50 | 15,9 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 58,4 |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 25,7 |
| Toplam | | 315 | 100,0 |
| Akıllı telefon kullanım amacı | Konuşma | 285 | 78,7 |
| | Mesajlaşma | 284 | 78,5 |
| | Sosyal medya | 297 | 82,0 |
| | Mobil Uygulamalar | 176 | 48,6 |
| | Oyun oynama | 105 | 29,0 |
| Toplam | | 362 | 100,0 |
| Akıllı telefon kontrol etme sıklığı | 10-20 kez | 86 | 23,8 |
| | 20-30 kez | 84 | 23,3 |
| | 30-40 kez | 77 | 21,3 |
| | 40'tan fazla | 114 | 31,6 |
| Toplam | | 361 | 100,0 |
| Yatmadan önce telefonu yanında bulundurma | Evet | 307 | 84,8 |
| | Hayır | 55 | 15,2 |
| Toplam | | 362 | 100,0 |
| Gün içinde şarj sıklığı | Bir kere | 214 | 59,1 |
| | Birden fazla | 148 | 40,9 |
| Toplam | | 362 | 100,0 |

Yapılan çalışmada 242'si kadın (%66,9) ve 120'si erkek (%33,1) olmak üzere 362 kişi bulunmaktadır. Katılımcıların 239'u (%66,0) 24 yaş ve altında iken 123'ü (%34,0) 25 yaş ve üzerindedir. 362 kişiden 47'si evli (%13,0) 315'i ise (%87,0) bekar. Katılımcılardan 2000 TL ve altı geliri olan 162 kişi (%50,3), 2001-6000 TL geliri olan 124 kişi (%38,5) ve 6001 TL ve üstü geliri olan 36 kişi (%11,2) bulunmaktadır.

Öğrenim durumu için 103 kişi (%28,5) ön lisans, 69 kişi (%19,1) lisans ve 190 kişi (%52,5) yüksek lisans düzeyindedir. 50 kişinin (%15,9) not ortalaması 2,5'tan düşükken 184 kişinin (%58,4) 2,5-3,5 arasında ve 81 kişinin (%25,7) 3,5-4,0 arasındadır. Akıllı telefon kullanım amacı sorusu için 285 (%78,7) konuşma, 284 (%78,5) mesajlaşma, 297 (%82,0) sosyal medya kullanımı, 176 (%48,6) mobil uygulama ve 105 (%29,0) oyun oynama cevabı alınmıştır.

Telefon kontrol sıklığı için 86 kişi (%23,8) 10-20 kez, 84 kişi (%23,3) 20-30 kez, 77 kişi (%21,3) 30-40 kez ve 114 kişi (%31,6) 40'tan fazla kez telefonunu kontrol etmektedir. 307 kişi (%84,8) yatmadan önce telefonunu yanında bulundururken 55 kişi (%15,2) bulundurmamaktadır. 362 kişiden 214'ü (%59,1) günde bir kere telefonunu şarj ederken 148'i (%40,9) günde birden fazla kez telefonunu şarj etmektedir.

Tablo 3. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri ve Açık Uçlu Demografik Bilgiler için Betimleyici İstatistiksel Tablo

| Değişkenler | n | Min. | Max. | \bar{x} | ss |
|---|-----|------|------|-----------|-------|
| Yaş | 362 | 18 | 62 | 24,85 | 7,14 |
| Akıllı telefonla uğraşma sıklığı (saat) | 342 | 1 | 20 | 5,44 | 3,74 |
| Akıllı telefona sahip olma süresi (yıl) | 356 | 1 | 20 | 7,02 | 2,78 |
| Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği | 362 | 33 | 198 | 83,55 | 29,07 |
| Epworth uykululuk ölçeği | 362 | 8 | 32 | 15,43 | 4,49 |
| Pittsburgh uyku kalitesi indeksi | 362 | 1 | 36 | 14,33 | 6,87 |
| Öznel uyku kalitesi altboyutu | 362 | 0 | 3 | 1,18 | 0,71 |
| Uyku latensi altboyutu | 362 | 0 | 3 | 1,19 | 0,91 |
| Uyku süresi altboyutu | 362 | 0 | 3 | 0,60 | 0,95 |
| Alışmış uyku etkinliği altboyutu | 362 | 0 | 3 | 2,54 | 0,87 |
| Uyku bozukluğu alt boyutu | 362 | 0 | 21 | 6,99 | 4,51 |
| Uyku ilacı kullanımı altboyutu | 362 | 0 | 3 | 0,10 | 0,45 |
| Gündüz işlev bozukluğu altboyutu | 362 | 0 | 6 | 1,72 | 1,74 |
| Kısa semptom envanteri | 362 | 53 | 239 | 90,40 | 35,92 |
| Anksiyete altboyutu | 362 | 13 | 60 | 21,01 | 8,82 |
| Depresyon altboyutu | 362 | 12 | 60 | 22,26 | 9,94 |
| Olumsuz benlik altboyutu | 362 | 12 | 58 | 19,79 | 8,59 |
| Somatizasyon altboyutu | 362 | 8 | 41 | 14,92 | 6,06 |

Araştırmada kullanılan açık uçlu demografik sorular, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve altboyutları, Kısa Semptom Envanteri ve altboyutları için betimsel istatistikler tablo 3'te verilmiştir. Akıllı telefon uğraşma sıklığı ve sahip olma süresi değişkenleri için katılımcıların eksik cevapları bulunduğu kişilerin sayısında değişimler görülmektedir.

Tablo 4. Araştırma Ölçekleri İçin Güvenirlik ve Geçerli Katsayıları

| Ölçekler | Cronbach Alfa | Guttman-Split Half |
|-----------------------------------|---------------|--------------------|
| Akıllı telefon bağımlılığı ölçeği | 0,95 | 0,90 |
| Epworth uykululuk ölçeği | 0,83 | 0,80 |
| Pittsburgh uyku kalitesi indeksi | 0,76 | 0,71 |
| Kısa semptom envanteri | 0,97 | 0,94 |

Yapılan madde güvenilirlik analizi sonucunda araştırmada kullanılan ölçekler için elde edilen güvenilirlik ve geçerlik katsayıları istenen düzeydedir. Hipotez testleri sonucunda elde edilen sonuçlar güvenilir sonuçlardır.

Tablo 5. Araştırma Bağımlı Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

| | Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği | Epworth Uykululuk Ölçeği | Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,31** | | |
| Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi | 0,40** | 0,48** | |
| Kısa Semptom Envanteri | 0,44** | 0,43** | 0,64** |

**p<0,01

Bağımlı değişkenlerin arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile test edilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda akıllı telefon bağımlılığı ile uykululuk arasında ($r=0,31$; $p<0,01$), uyku kalitesi ile ($r=0,40$; $p<0,01$) ve Kısa Semptom Envanteri ile ($r=0,44$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu ilişkiler elde edilmiştir. Uykululuk ile uyku kalitesi arasında ($r=0,48$; $p<0,01$) ve Kısa Semptom Envanteri ile ($r=0,43$; $p<0,01$) anlamlı ve olumlu ilişki olduğu görülmüştür. Son olarak uyku kalitesi ile Kısa Semptom Envanteri arasında ($r=0,64$; $p<0,01$) yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6. Telefonla Uğraşma Süresi ve Akıllı Telefona Sahip Olma Süresinin Araştırma Bağımlı Değişkenleri İle İlişkisinin İncelenmesi

| | Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği | Epworth Uykululuk Ölçeği | Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi | Kısa Semptom Envanteri |
|--|--|---------------------------------|---|-------------------------------|
| Telefonla uğraşma süresi | 0,47** | 0,09 | 0,22** | 0,23** |
| Akıllı telefona sahip olma süresi | 0,01 | -0,00 | 0,03 | -0,10 |

**p<0,01

Değişkenlerin arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile test edilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda gün içerisinde telefonla uğraşma süresi için akıllı telefon bağımlılığı ile ($r=0,47$; $p<0,01$), uyku kalitesi ile ($r=0,22$; $p<0,01$) ve Kısa Semptom Envanteri ile ($r=0,23$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu ilişki olduğu görülmüştür. Akıllı telefona sahip olma süresi ile araştırma bağımlı değişkenleri arasında ilişki bulunmamıştır.

Tablo 7. Düşük ve Yüksek Riskli Akıllı Telefon Kullanımı Olanların Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/Altboyut | Risk grubu | n | \bar{x} | ss | t | sd | p |
|--------------------------|---------------|-----|-----------|-------|-------|-----|--------|
| Uykululuk | Düşük riskli | 201 | 14,26 | 4,18 | -5,77 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 16,89 | 4,45 | | | |
| Uyku Kalitesi | Düşük riskli | 201 | 12,14 | 5,98 | -7,21 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 17,05 | 6,96 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | Düşük riskli | 201 | 1,04 | 0,62 | -4,29 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 1,35 | 0,78 | | | |
| Uyku Latensi | Düşük riskli | 201 | 1,03 | 0,89 | -3,90 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 1,40 | 0,89 | | | |
| Uyku Süresi | Düşük riskli | 201 | 0,61 | 0,95 | 0,17 | 360 | 0,87 |
| | Yüksek riskli | 161 | 0,59 | 0,95 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | Düşük riskli | 201 | 2,53 | 0,87 | -0,22 | 360 | 0,82 |
| | Yüksek riskli | 161 | 2,55 | 0,88 | | | |
| Uyku Bozukluğu | Düşük riskli | 201 | 5,60 | 4,01 | -6,98 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 8,73 | 4,51 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | Düşük riskli | 201 | 0,06 | 0,40 | -1,63 | 360 | 0,10 |
| | Yüksek riskli | 161 | 0,14 | 0,51 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Düşük riskli | 201 | 1,27 | 1,54 | -5,75 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 2,29 | 1,81 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | Düşük riskli | 201 | 77,62 | 26,29 | -8,23 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 106,35 | 39,83 | | | |
| Anksiyete | Düşük riskli | 201 | 18,18 | 6,21 | -7,28 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 24,53 | 10,23 | | | |
| Depresyon | Düşük riskli | 201 | 18,98 | 7,83 | -7,53 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 26,35 | 10,77 | | | |
| Olumsuz Benlik | Düşük riskli | 201 | 17,17 | 6,33 | -6,86 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 23,05 | 9,86 | | | |
| Somatizasyon | Düşük riskli | 201 | 12,70 | 4,31 | -8,55 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 17,70 | 6,75 | | | |
| Hostalite | Düşük riskli | 201 | 11,12 | 4,83 | -7,23 | 360 | 0,00** |
| | Yüksek riskli | 161 | 15,29 | 6,14 | | | |

**p<0,01

Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması esas alınarak ortalamanın altında kalanlar için düşük riskli akıllı telefon kullanımı ve ortalamanın üstünde olanlar için yüksek riskli akıllı telefon kullanımı şeklinde iki grup oluşturulmuştur. Düşük ve yüksek riskli akıllı telefon kullanımı olanların toplam puan ortalamaları arası farkın incelenmesi için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda uyku kalitesi ($t(360)=-5,77$; $p<0,01$), uyku kalitesi ($t(360)=-7,21$; $p<0,01$), öznel uyku kalitesi ($t(360)=-4,29$; $p<0,01$), uyku latensi ($t(360)=-3,90$; $p<0,01$), uyku bozukluğu ($t(360)=-6,98$; $p<0,01$) ve gündüz işlev bozukluğu ($t(360)=-5,75$; $p<0,01$) boyutları için anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Ayrıca Kısa Semptom Envanteri ($t(360)=-8,23$; $p<0,01$), anksiyete ($t(360)=-7,28$; $p<0,01$), depresyon ($t(360)=-7,53$; $p<0,01$), olumsuz benlik ($t(360)=-6,86$; $p<0,01$), somatizasyon ($t(360)=-8,55$; $p<0,01$) ve hostalite ($t(360)=-7,23$; $p<0,01$) boyutlarında da anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Tablo geneli incelendiğinde yüksek riskteki akıllı telefon kullanımı olanların farklılığın bulunduğu ölçek ve altboyutlardan yüksek puan aldıkları görülmektedir. Sonuç olarak yüksek riskli akıllı telefon kullanımı uykuyu ve genel psikolojik durumu olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo 8. Cinsiyete Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/Altboyut | Cinsiyet | n | \bar{x} | ss | t | sd | p |
|----------------------------|----------|-----|-----------|-------|-------|-----|-------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | Kadın | 242 | 82,53 | 28,51 | -0,95 | 360 | 0,34 |
| | Erkek | 120 | 85,61 | 30,19 | | | |
| Uykululuk | Kadın | 242 | 15,57 | 4,48 | 0,81 | 360 | 0,42 |
| | Erkek | 120 | 15,16 | 4,51 | | | |
| Uyku Kalitesi | Kadın | 242 | 14,07 | 6,79 | -1,00 | 360 | 0,32 |
| | Erkek | 120 | 14,84 | 7,04 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | Kadın | 242 | 1,16 | 0,68 | -0,70 | 360 | 0,48 |
| | Erkek | 120 | 1,22 | 0,77 | | | |
| Uyku Latensi | Kadın | 242 | 1,19 | 0,89 | 0,03 | 360 | 0,98 |
| | Erkek | 120 | 1,19 | 0,96 | | | |
| Uyku Süresi | Kadın | 242 | 0,53 | 0,92 | -1,90 | 360 | 0,06 |
| | Erkek | 120 | 0,73 | 1,00 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | Kadın | 242 | 2,52 | 0,88 | -0,77 | 360 | 0,44 |
| | Erkek | 120 | 2,59 | 0,85 | | | |
| Uyku Bozukluğu | Kadın | 242 | 6,74 | 4,43 | -1,47 | 360 | 0,14 |
| | Erkek | 120 | 7,48 | 4,65 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | Kadın | 242 | 0,11 | 0,48 | 0,47 | 360 | 0,64 |
| | Erkek | 120 | 0,08 | 0,40 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Kadın | 242 | 1,81 | 1,76 | 1,41 | 360 | 0,16 |
| | Erkek | 120 | 1,54 | 1,68 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | Kadın | 242 | 88,29 | 34,44 | -1,58 | 360 | 0,11 |
| | Erkek | 120 | 94,63 | 38,54 | | | |
| Anksiyete | Kadın | 242 | 20,44 | 8,48 | -1,74 | 360 | 0,08 |
| | Erkek | 120 | 22,15 | 9,39 | | | |
| Depresyon | Kadın | 242 | 21,94 | 9,68 | -0,85 | 360 | 0,39 |
| | Erkek | 120 | 22,89 | 10,45 | | | |
| Olumsuz Benlik | Kadın | 242 | 19,24 | 8,20 | -1,71 | 360 | 0,09 |
| | Erkek | 120 | 20,88 | 9,27 | | | |
| Somatizasyon | Kadın | 242 | 14,93 | 5,86 | 0,03 | 360 | 0,98 |
| | Erkek | 120 | 14,91 | 6,47 | | | |
| Hostalite | Kadın | 242 | 12,43 | 5,49 | -2,56 | 360 | 0,01* |
| | Erkek | 120 | 14,08 | 6,34 | | | |

*p<0,05

Erkek ve kadınların hostalite altboyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; $t(360)=-2,56$; $p<0,05$. Erkeklerin hostalite altboyutu toplam puan ortalaması kadınlardan yüksektir.

Tablo 9. Medeni Duruma Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/Altboyut | Medeni Durum | n | \bar{x} | ss | t | sd | p |
|----------------------------|--------------|-----|-----------|-------|-------|-----|--------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | Evli | 47 | 72,87 | 27,93 | -2,72 | 360 | 0,01* |
| | Bekâr | 315 | 85,14 | 28,94 | | | |
| Uykululuk | Evli | 47 | 15,43 | 4,61 | -0,01 | 360 | 0,99 |
| | Bekâr | 315 | 15,43 | 4,48 | | | |
| Uyku Kalitesi | Evli | 47 | 13,09 | 6,42 | -1,33 | 360 | 0,18 |
| | Bekâr | 315 | 14,51 | 6,93 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | Evli | 47 | 1,06 | 0,64 | -1,20 | 360 | 0,23 |
| | Bekâr | 315 | 1,20 | 0,72 | | | |
| Uyku Latensi | Evli | 47 | 0,74 | 0,82 | -3,69 | 360 | 0,00** |
| | Bekâr | 315 | 1,26 | 0,90 | | | |
| Uyku Süresi | Evli | 47 | 0,83 | 0,96 | 1,79 | 360 | 0,07 |
| | Bekâr | 315 | 0,57 | 0,94 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | Evli | 47 | 2,49 | 0,88 | -0,44 | 360 | 0,66 |
| | Bekâr | 315 | 2,55 | 0,87 | | | |
| Uyku Bozukluğu | Evli | 47 | 6,60 | 4,38 | -0,64 | 360 | 0,52 |
| | Bekâr | 315 | 7,05 | 4,53 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | Evli | 47 | 0,15 | 0,59 | 0,80 | 360 | 0,42 |
| | Bekâr | 315 | 0,09 | 0,43 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Evli | 47 | 1,21 | 1,46 | -2,17 | 360 | 0,03* |
| | Bekâr | 315 | 1,80 | 1,76 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | Evli | 47 | 75,83 | 22,96 | -3,01 | 360 | 0,00** |
| | Bekâr | 315 | 92,57 | 37,01 | | | |
| Anksiyete | Evli | 47 | 18,43 | 6,58 | -2,16 | 360 | 0,03* |
| | Bekâr | 315 | 21,39 | 9,05 | | | |
| Depresyon | Evli | 47 | 17,72 | 6,37 | -3,40 | 360 | 0,00** |
| | Bekâr | 315 | 22,93 | 10,20 | | | |
| Olumsuz Benlik | Evli | 47 | 16,49 | 4,29 | -2,85 | 360 | 0,00** |
| | Bekâr | 315 | 20,28 | 8,96 | | | |
| Somatizasyon | Evli | 47 | 13,17 | 4,63 | -2,13 | 360 | 0,03* |
| | Bekâr | 315 | 15,18 | 6,21 | | | |
| Hostalite | Evli | 47 | 10,53 | 4,57 | -3,12 | 360 | 0,00** |
| | Bekâr | 315 | 13,34 | 5,91 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Evli ve bekarların akıllı telefon bağımlılığı ölçeği ($t(360)=-2,72$; $p<0,05$), uyku latensi ($t(360)=-3,69$; $p<0,01$), gündüz işlev bozukluğu ($t(360)=-2,17$; $p<0,05$), Kısa Semptom Envanteri ($t(360)=-3,01$; $p<0,01$), anksiyete ($t(360)=-2,16$; $p<0,05$), depresyon ($t(360)=-3,40$; $p<0,01$), olumsuz benlik ($t(360)=-2,85$; $p<0,01$), somatizasyon ($t(360)=-2,13$; $p<0,05$) ve hostalite ($t(360)=-3,12$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın görüldüğü bütün ölçek ve altboyutlarda bekarların puan ortalamaları evlilerden yüksek bulunmuştur.



Tablo 10. Yaş Gruplarına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/Altboyut | Yaş | n | \bar{x} | ss | t | sd | p |
|----------------------------|----------------|-----|-----------|-------|-------|-----|--------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | 24 yaş ve altı | 239 | 89,85 | 29,55 | 6,02 | 360 | 0,00** |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 71,32 | 23,86 | | | |
| Uykululuk | 24 yaş ve altı | 239 | 15,53 | 4,35 | 0,59 | 360 | 0,55 |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 15,24 | 4,75 | | | |
| Uyku Kalitesi | 24 yaş ve altı | 239 | 14,85 | 6,90 | 2,04 | 360 | 0,04* |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 13,30 | 6,73 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | 24 yaş ve altı | 239 | 1,21 | 0,72 | 0,95 | 360 | 0,34 |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 1,13 | 0,68 | | | |
| Uyku Latensi | 24 yaş ve altı | 239 | 1,28 | 0,90 | 2,68 | 360 | 0,01* |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 1,02 | 0,91 | | | |
| Uyku Süresi | 24 yaş ve altı | 239 | 0,50 | 0,91 | -2,86 | 360 | 0,00* |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 0,80 | 1,00 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | 24 yaş ve altı | 239 | 2,53 | 0,92 | -0,43 | 360 | 0,67 |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 2,57 | 0,77 | | | |
| Uyku Bozukluğu | 24 yaş ve altı | 239 | 7,43 | 4,56 | 2,60 | 360 | 0,01* |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 6,14 | 4,31 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | 24 yaş ve altı | 239 | 0,11 | 0,49 | 0,79 | 360 | 0,43 |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 0,07 | 0,37 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | 24 yaş ve altı | 239 | 1,80 | 1,73 | 1,15 | 360 | 0,25 |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 1,58 | 1,75 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | 24 yaş ve altı | 239 | 96,90 | 38,34 | 4,95 | 360 | 0,00** |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 77,76 | 26,61 | | | |
| Anksiyete | 24 yaş ve altı | 239 | 22,41 | 9,52 | 4,30 | 360 | 0,00** |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 18,29 | 6,49 | | | |
| Depresyon | 24 yaş ve altı | 239 | 23,99 | 10,54 | 4,75 | 360 | 0,00** |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 18,89 | 7,63 | | | |
| Olumsuz Benlik | 24 yaş ve altı | 239 | 21,06 | 9,25 | 4,00 | 360 | 0,00** |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 17,32 | 6,50 | | | |
| Somatizasyon | 24 yaş ve altı | 239 | 15,78 | 6,51 | 3,83 | 360 | 0,00** |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 13,25 | 4,67 | | | |
| Hostalite | 24 yaş ve altı | 239 | 14,24 | 6,10 | 6,06 | 360 | 0,00** |
| | 25 yaş ve üstü | 123 | 10,50 | 4,32 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Yaş'a göre katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı ($t(360)=6,02$; $p<0,01$), uyku kalitesi ($t(360)=2,04$; $p<0,05$), uyku latensi ($t(360)=2,68$; $p<0,05$), uyku süresi ($t(360)=-2,86$; $p<0,01$) ve uyku bozukluğu ($t(360)=2,60$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında farklılık bulunmuştur. Ayrıca Kısa Semptom Envanteri ($t(360)=4,95$; $p<0,01$), anksiyete ($t(360)4,30$; $p<0,01$), depresyon ($t(360)=4,75$; $p<0,01$), olumsuz benlik ($t(360)=4,00$; $p<0,01$), somatizasyon ($t(360)=3,83$; $p<0,01$) ve hostalite ($t(360)=6,06$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları için de anlamlı farklılık elde edilmiştir. Tablo geneli incelendiğinde farklılık bulunan ölçek ve altboyutlar için 24 yaş ve altı olanların toplam puan ortalaması en yüksek bulunmuştur. Sadece uyku süresi boyutu için 25 yaş ve üzeri olanların toplam puan ortalaması en yüksek bulunmuştur.



Tablo 11. Uyumadan Önce Telefonu Yanında Bulundurma Durumuna Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/Altboyut | Yanında bulundurma | n | \bar{x} | ss | t | sd | p |
|----------------------------|--------------------|-----|-----------|-------|-------|-----|--------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | Evet | 307 | 86,60 | 28,99 | 4,86 | 360 | 0,00** |
| | Hayır | 55 | 66,53 | 23,22 | | | |
| Uykululuk | Evet | 307 | 15,64 | 4,50 | 2,16 | 360 | 0,03* |
| | Hayır | 55 | 14,24 | 4,26 | | | |
| Uyku Kalitesi | Evet | 307 | 14,68 | 6,86 | 2,31 | 360 | 0,02* |
| | Hayır | 55 | 12,36 | 6,68 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | Evet | 307 | 1,21 | 0,71 | 2,26 | 360 | 0,02* |
| | Hayır | 55 | 0,98 | 0,68 | | | |
| Uyku Latensi | Evet | 307 | 1,22 | 0,90 | 1,23 | 360 | 0,22 |
| | Hayır | 55 | 1,05 | 0,97 | | | |
| Uyku Süresi | Evet | 307 | 0,60 | 0,94 | -0,16 | 360 | 0,87 |
| | Hayır | 55 | 0,62 | 1,03 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | Evet | 307 | 2,57 | 0,84 | 1,31 | 360 | 0,19 |
| | Hayır | 55 | 2,40 | 1,05 | | | |
| Uyku Bozukluğu | Evet | 307 | 7,14 | 4,50 | 1,54 | 360 | 0,12 |
| | Hayır | 55 | 6,13 | 4,52 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | Evet | 307 | 0,09 | 0,41 | -1,14 | 360 | 0,26 |
| | Hayır | 55 | 0,16 | 0,63 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Evet | 307 | 1,85 | 1,78 | 3,32 | 360 | 0,00** |
| | Hayır | 55 | 1,02 | 1,30 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | Evet | 307 | 91,70 | 36,17 | 1,64 | 360 | 0,10 |
| | Hayır | 55 | 83,09 | 33,94 | | | |
| Anksiyete | Evet | 307 | 21,21 | 8,88 | 1,04 | 360 | 0,30 |
| | Hayır | 55 | 19,87 | 8,42 | | | |
| Depresyon | Evet | 307 | 22,66 | 9,86 | 1,82 | 360 | 0,07 |
| | Hayır | 55 | 20,02 | 10,15 | | | |
| Olumsuz Benlik | Evet | 307 | 20,09 | 8,72 | 1,61 | 360 | 0,11 |
| | Hayır | 55 | 18,07 | 7,70 | | | |
| Somatizasyon | Evet | 307 | 15,14 | 6,08 | 1,66 | 360 | 0,10 |
| | Hayır | 55 | 13,67 | 5,82 | | | |
| Hostalite | Evet | 307 | 13,16 | 5,87 | 1,42 | 360 | 0,16 |
| | Hayır | 55 | 11,95 | 5,52 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Uyumadan önce telefonunu yanında bulunduran ve bulundurmayanların akıllı telefon bağımlılığı ($t(360)=4,86$; $p<0,01$), uykululuk ($t(360)=2,16$; $p<0,05$), uyku kalitesi ($t(360)=2,31$; $p<0,05$), öznel uyku kalitesi ($t(360)=2,26$; $p<0,01$) ve gündüz işlev bozukluğu ($t(360)=3,32$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Tablo geneli incelendiğinde uyumadan önce telefonunu yanında bulunduranların farklılık bulunan ölçek ve altboyutlardan en yüksek ortalamayı aldıkları görülmektedir.



Tablo 12. Gün İçinde Telefonu Şarj Etme Sayısına Göre Akıl Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/Altboyut | Şarj etme sayısı | n | \bar{x} | ss | t | sd | p |
|----------------------------|------------------|-----|-----------|-------|-------|-----|--------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | Bir kere | 214 | 74,35 | 25,56 | -7,82 | 360 | 0,00** |
| | Birden fazla | 148 | 96,85 | 28,77 | | | |
| Uykululuk | Bir kere | 214 | 14,88 | 4,31 | -2,84 | 360 | 0,00** |
| | Birden fazla | 148 | 16,23 | 4,64 | | | |
| Uyku Kalitesi | Bir kere | 214 | 13,38 | 6,59 | -3,19 | 360 | 0,00** |
| | Birden fazla | 148 | 15,70 | 7,06 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | Bir kere | 214 | 1,10 | 0,65 | -2,65 | 360 | 0,01* |
| | Birden fazla | 148 | 1,30 | 0,78 | | | |
| Uyku Latensi | Bir kere | 214 | 1,09 | 0,90 | -2,53 | 360 | 0,01* |
| | Birden fazla | 148 | 1,34 | 0,90 | | | |
| Uyku Süresi | Bir kere | 214 | 0,63 | 0,95 | 0,76 | 360 | 0,45 |
| | Birden fazla | 148 | 0,55 | 0,94 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | Bir kere | 214 | 2,51 | 0,89 | -0,72 | 360 | 0,47 |
| | Birden fazla | 148 | 2,58 | 0,84 | | | |
| Uyku Bozukluğu | Bir kere | 214 | 6,36 | 4,30 | -3,26 | 360 | 0,00** |
| | Birden fazla | 148 | 7,91 | 4,66 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | Bir kere | 214 | 0,06 | 0,36 | -2,20 | 360 | 0,03* |
| | Birden fazla | 148 | 0,16 | 0,56 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Bir kere | 214 | 1,63 | 1,70 | -1,22 | 360 | 0,22 |
| | Birden fazla | 148 | 1,86 | 1,79 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | Bir kere | 214 | 85,92 | 31,95 | -2,88 | 360 | 0,00** |
| | Birden fazla | 148 | 96,86 | 40,24 | | | |
| Anksiyete | Bir kere | 214 | 20,08 | 8,07 | -2,41 | 360 | 0,02* |
| | Birden fazla | 148 | 22,34 | 9,67 | | | |
| Depresyon | Bir kere | 214 | 21,18 | 9,08 | -2,49 | 360 | 0,01* |
| | Birden fazla | 148 | 23,81 | 10,90 | | | |
| Olumsuz Benlik | Bir kere | 214 | 18,88 | 7,60 | -2,42 | 360 | 0,02* |
| | Birden fazla | 148 | 21,09 | 9,73 | | | |
| Somatizasyon | Bir kere | 214 | 14,06 | 5,48 | -3,29 | 360 | 0,00** |
| | Birden fazla | 148 | 16,16 | 6,63 | | | |
| Hostalite | Bir kere | 214 | 12,31 | 5,38 | -2,61 | 360 | 0,01* |
| | Birden fazla | 148 | 13,93 | 6,31 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Gün içinde telefonunu bir kere ve birden fazla şarj edenlerin akıllı telefon bağımlılığı ($t(360)=-7,82$; $p<0,01$), uykululuk ($t(360)=-2,84$; $p<0,01$), uyku kalitesi ($t(360)=-3,19$; $p<0,01$), öznel uyku kalitesi ($t(360)=2,65$; $p<0,05$), uyku latensi ($t(360)=2,53$; $p<0,05$), uyku bozukluğu ($t(360)=-3,26$; $p<0,01$) ve uyku ilacı kullanımı ($t(360)=-2,20$; $p<0,05$) altboyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ayrıca Kısa Semptom Envanteri ($t(360)=-2,88$; $p<0,01$), anksiyete ($t(360)=-2,41$; $p<0,05$), depresyon ($t(360)=-2,49$; $p<0,05$), olumsuz benlik ($t(360)=-2,42$; $p<0,05$), somatizasyon ($t(360)=-3,29$; $p<0,01$) ve hostalite ($t(360)=-2,61$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları için de anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Tablo geneli incelendiğinde farklılık bulunan ölçek ve altboyutlar için telefonunu gün içinde birden fazla şarj edenlerin puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Tablo 13. Maddi Duruma Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Maddi durum | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|----------------------------|--------------------|-----|-----------|-------|-------|----------|--------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | 2000 TL ve altı | 162 | 89,27 | 28,28 | 8,60 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 75,85 | 26,91 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 78,81 | 29,06 | | | |
| Uykululuk | 2000 TL ve altı | 162 | 15,83 | 4,73 | 0,79 | 2 319 | 0,45 |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 15,25 | 4,27 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 15,06 | 4,18 | | | |
| Uyku Kalitesi | 2000 TL ve altı | 162 | 15,39 | 7,18 | 3,81 | 2 319 | 0,02* |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 13,47 | 6,41 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 12,86 | 6,15 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | 2000 TL ve altı | 162 | 1,19 | 0,72 | 1,13 | 2 319 | 0,32 |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 1,18 | 0,69 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 1,00 | 0,68 | | | |
| Uyku Latensi | 2000 TL ve altı | 162 | 1,28 | 0,87 | 2,40 | 2 319 | 0,09 |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 1,10 | 0,94 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 0,97 | 0,94 | | | |
| Uyku Süresi | 2000 TL ve altı | 162 | 0,47 | 0,86 | 5,05 | 2 319 | 0,01* |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 0,76 | 1,03 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 0,92 | 1,08 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | 2000 TL ve altı | 162 | 2,52 | 0,91 | 0,81 | 2 319 | 0,45 |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 2,55 | 0,78 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 2,72 | 0,78 | | | |
| Uyku Bozukluğu | 2000 TL ve altı | 162 | 7,87 | 4,85 | 6,62 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 6,06 | 4,16 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 6,06 | 3,48 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | 2000 TL ve altı | 162 | 0,11 | 0,46 | 0,26 | 2 319 | 0,77 |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 0,09 | 0,44 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 0,06 | 0,33 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | 2000 TL ve altı | 162 | 1,94 | 1,85 | 3,20 | 2 319 | 0,04* |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 1,73 | 1,65 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 1,14 | 1,51 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | 2000 TL ve altı | 162 | 100,29 | 40,97 | 11,84 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 82,44 | 28,53 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 77,81 | 26,54 | | | |
| Anksiyete | 2000 TL ve altı | 162 | 22,96 | 9,95 | 7,95 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 19,27 | 7,12 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 18,69 | 6,74 | | | |

Tablo 13. Maddi Duruma Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Gelir durum | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|--------------------|--------------------|-----|-----------|-------|-------|----------|--------|
| Depresyon | 2000 TL ve altı | 162 | 25,14 | 11,08 | 14,03 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 20,19 | 8,46 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 17,56 | 7,07 | | | |
| Olumsuz Benlik | 2000 TL ve altı | 162 | 22,15 | 10,35 | 10,80 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 18,13 | 6,22 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 16,75 | 5,48 | | | |
| Somatizasyon | 2000 TL ve altı | 162 | 16,24 | 6,75 | 6,87 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 13,79 | 5,33 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 13,56 | 5,13 | | | |
| Hostalite | 2000 TL ve altı | 162 | 14,40 | 6,20 | 9,41 | 2 319 | 0,00** |
| | 2001-6000 TL arası | 124 | 11,64 | 4,91 | | | |
| | 6000 TL ve üstü | 36 | 11,69 | 5,68 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Maddi durum değişkenine göre katılımcıların puan ortalamaları arası farkı incelemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonucunda akıllı telefon bağımlılığı ($F(2/319)=8,60$; $p<0,01$), uyku kalitesi ($F(2/319)=3,81$; $p<0,05$), uyku süresi ($F(2/319)=5,05$; $p<0,05$), uyku bozukluğu ($F(2/319)=6,62$; $p<0,01$) ve gündüz işlev bozukluğu ($F(2/319)=3,20$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Ayrıca Kısa Semptom Envanteri ($F(2/319)=11,84$; $p<0,01$), anksiyete ($f(2/319)=7,95$; $p<0,01$), depresyon ($f(2/319)=14,03$; $p<0,01$), olumsuz benlik ($f(2/319)=10,80$; $p<0,01$), somatizasyon ($f(2/319)=6,87$; $p<0,01$) ve hostalite ($f(2/319)=9,41$; $p<0,01$) toplam puanları için de anlamlı farklılıklar elde edilmiştir.

Tablo geneli incelendiğinde farklılık bulunan ölçek ve boyutlar için genelde 2000 TL ve altı geliri olanlar yüksek puan almıştır. Ancak uyku süresi boyutu için bu durum tam tersidir. Gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan Tukey'b (Post-Hoc) çoklu karşılaştırma sonucunda temel farklılığın 2000 TL ve altı geliri olanlardan kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 14. Öğrenim Durumuna Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Öğrenim durumu | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|-------------------------------|-------------------|-----|-----------|-------|-------|----------|--------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | Ön lisans | 103 | 101,88 | 29,76 | 36,51 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 82,07 | 25,44 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 74,15 | 25,11 | | | |
| Uykululuk | Ön lisans | 103 | 15,80 | 4,61 | 1,32 | 2 359 | 0,27 |
| | Lisans | 69 | 15,88 | 4,09 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 15,07 | 4,55 | | | |
| Uyku Kalitesi | Ön lisans | 103 | 16,65 | 6,82 | 10,95 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 14,87 | 7,11 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 12,87 | 6,47 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | Ön lisans | 103 | 1,34 | 0,82 | 3,76 | 2 359 | 0,02* |
| | Lisans | 69 | 1,10 | 0,67 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 1,12 | 0,64 | | | |
| Uyku Latensi | Ön lisans | 103 | 1,48 | 0,95 | 8,09 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 1,20 | 0,85 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 1,04 | 0,88 | | | |
| Uyku Süresi | Ön lisans | 103 | 0,47 | 0,93 | 1,98 | 2 359 | 0,14 |
| | Lisans | 69 | 0,55 | 0,92 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 0,69 | 0,97 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | Ön lisans | 103 | 2,53 | 0,94 | 0,54 | 2 359 | 0,58 |
| | Lisans | 69 | 2,64 | 0,77 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 2,51 | 0,87 | | | |
| Uyku Bozukluğu | Ön lisans | 103 | 8,80 | 4,64 | 14,89 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 7,26 | 4,65 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 5,91 | 4,05 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | Ön lisans | 103 | 0,13 | 0,50 | 1,39 | 2 359 | 0,25 |
| | Lisans | 69 | 0,16 | 0,66 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 0,06 | 0,32 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | Ön lisans | 103 | 1,91 | 1,85 | 2,35 | 2 359 | 0,01* |
| | Lisans | 69 | 1,96 | 1,74 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 1,54 | 1,66 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | Ön lisans | 103 | 101,11 | 37,87 | 13,75 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 99,43 | 39,98 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 81,31 | 30,67 | | | |
| Anksiyete | Ön lisans | 103 | 22,98 | 9,34 | 10,86 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 23,55 | 10,85 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 19,02 | 7,11 | | | |

Tablo 14. Öğrenim Durumuna Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Maddi durum | n | \bar{x} | ss | F | sd | P |
|--------------------|---------------|-----|-----------|-------|-------|----------|--------|
| Depresyon | Ön lisans | 103 | 24,55 | 10,00 | 9,28 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 24,59 | 10,73 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 20,16 | 9,17 | | | |
| Olumsuz Benlik | Ön lisans | 103 | 21,87 | 9,33 | 10,13 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 21,87 | 9,31 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 17,90 | 7,44 | | | |
| Somatizasyon | Ön lisans | 103 | 16,93 | 7,34 | 11,79 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 15,70 | 6,11 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 13,55 | 4,82 | | | |
| Hostalite | Ön lisans | 103 | 15,32 | 5,90 | 20,32 | 2 359 | 0,00** |
| | Lisans | 69 | 14,23 | 5,91 | | | |
| | Yüksek lisans | 190 | 11,24 | 5,19 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda akıllı telefon bağımlılığı (F(2/359)=36,51; p<0,01), uyku kalitesi (F(2/359)=10,95; p<0,01), öznel uyku kalitesi (F(2/359)=3,76; p<0,05), uyku latensi (F(2/359)=8,09; p<0,01), uyku bozukluğu (F(2/359)=14,89; p<0,01) ve gündüz işlev bozukluğu (F(2/359)=2,35; p<0,05) toplam puan ortalamaları için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Ayrıca Kısa Semptom Envanteri (F(2/359)=13,75; p<0,01), anksiyete (f(2/359)=10,86; p<0,01), depresyon (f(2/359)=9,28; p<0,01), olumsuz benlik (f(2/359)=10,13; p<0,01), somatizasyon (f(2/359)=11,79; p<0,01) ve hostalite (f(2/359)=20,32; p<0,01) toplam puanları için de anlamlı farklılıklar elde edilmiştir.

Tablo geneli incelendiğinde farklılık bulunan ölçek ve boyutlar için genelde ön lisans öğrenim durumundakiler yüksek puan almıştır. Ancak uyku süresi boyutu için bu durum tam tersidir. Gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan Tukey'b (Post-Hoc) çoklu karşılaştırma sonucunda Kısa Semptom Envanteri ve altboyutları için temel farklılığın yüksek lisans öğreniminden diğer ölçek ve altboyutlar için ön lisans öğreniminden kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 15. Not Ortalamasına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Not ortalaması | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|----------------------------|----------------|-----|-----------|-------|------|----------|------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | 2,5 altı | 50 | 86,54 | 28,85 | 1,42 | 2 312 | 0,24 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 85,02 | 29,56 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 79,12 | 28,71 | | | |
| Uykululuk | 2,5 altı | 50 | 15,86 | 4,16 | 0,20 | 2 312 | 0,82 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 15,43 | 4,19 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 15,42 | 5,15 | | | |
| Uyku Kalitesi | 2,5 altı | 50 | 15,38 | 7,26 | 1,38 | 2 312 | 0,25 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 14,55 | 6,83 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 13,41 | 6,91 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | 2,5 altı | 50 | 1,22 | 0,79 | 0,54 | 2 312 | 0,58 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 1,15 | 0,68 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 1,25 | 0,77 | | | |
| Uyku Latensi | 2,5 altı | 50 | 1,04 | 0,86 | 0,74 | 2 312 | 0,48 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 1,22 | 0,87 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 1,20 | 1,07 | | | |
| Uyku Süresi | 2,5 altı | 50 | 0,64 | 1,03 | 0,34 | 2 312 | 0,71 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 0,60 | 0,92 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 0,70 | 1,04 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | 2,5 altı | 50 | 2,68 | 0,71 | 0,50 | 2 312 | 0,61 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 2,55 | 0,83 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 2,57 | 0,87 | | | |
| Uyku Bozukluğu | 2,5 altı | 50 | 7,74 | 4,71 | 3,10 | 2 312 | 0,05 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 7,17 | 4,64 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 5,94 | 3,80 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | 2,5 altı | 50 | 0,18 | 0,66 | 1,28 | 2 312 | 0,28 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 0,09 | 0,45 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 0,05 | 0,27 | | | |
| Gündüz İşlev Bozukluğu | 2,5 altı | 50 | 1,88 | 1,89 | 0,15 | 2 312 | 0,86 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 1,77 | 1,71 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 1,70 | 1,82 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | 2,5 altı | 50 | 97,54 | 42,55 | 2,20 | 2 312 | 0,11 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 91,11 | 35,45 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 84,25 | 32,81 | | | |
| Anksiyete | 2,5 altı | 50 | 22,88 | 10,20 | 1,97 | 2 312 | 0,14 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 21,01 | 8,89 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 19,73 | 7,76 | | | |

Tablo 15. Not Ortalamasına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Not ortalaması | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|--------------------|----------------|-----|-----------|-------|------|----------|-------|
| Depresyon | 2,5 altı | 50 | 23,76 | 11,15 | 1,14 | 2 312 | 0,32 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 22,43 | 9,82 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 21,09 | 9,81 | | | |
| Olumsuz Benlik | 2,5 altı | 50 | 21,34 | 10,69 | 1,68 | 2 312 | 0,19 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 19,93 | 8,33 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 18,53 | 8,03 | | | |
| Somatizasyon | 2,5 altı | 50 | 15,94 | 7,67 | 2,22 | 2 312 | 0,11 |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 15,04 | 5,64 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 13,80 | 5,23 | | | |
| Hostalite | 2,5 altı | 50 | 14,10 | 5,73 | 3,36 | 2 312 | 0,04* |
| | 2,5-3,5 arası | 184 | 13,20 | 5,99 | | | |
| | 3,5-4,0 arası | 81 | 11,60 | 5,27 | | | |

*p<0,05

Not ortalaması grupları için tek anlamlı farklılık hostalite altboyutunda elde edilmiştir ($F(2/312)=3,36$; $p<0,05$). Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey'b (Post-Hoc) çoklu karşılaştırma sonucunda bütün kategorilerin kendi aralarında farklılaştığı görülmüştür. 2,5 altında not ortalaması olanların hostalite puan ortalaması en yüksekken 3,5-4,0 arasında not ortalaması olanların en düşük bulunmuştur.

Tablo 16. Gün İçinde Telefonu Kontrol Etme Sayısına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Kontrol sayısı | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|----------------------------|----------------|-----|-----------|-------|-------|----------|--------|
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | 10-20 kez | 86 | 64,83 | 23,26 | 27,98 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 78,92 | 25,01 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 87,86 | 23,81 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 98,26 | 30,62 | | | |
| Uykululuk | 10-20 kez | 86 | 13,94 | 3,94 | 5,63 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 15,63 | 4,20 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 15,35 | 4,32 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 16,51 | 4,90 | | | |
| Uyku Kalitesi | 10-20 kez | 86 | 12,92 | 6,69 | 8,31 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 12,81 | 6,51 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 13,91 | 5,88 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 16,86 | 7,25 | | | |
| Öznel Uyku Kalitesi | 10-20 kez | 86 | 1,02 | 0,61 | 4,65 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 1,10 | 0,70 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 1,18 | 0,64 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 1,37 | 0,78 | | | |
| Uyku Latensi | 10-20 kez | 86 | 0,97 | 0,85 | 6,37 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 1,02 | 0,85 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 1,26 | 0,92 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 1,46 | 0,92 | | | |
| Uyku Süresi | 10-20 kez | 86 | 0,60 | 0,95 | 0,25 | 3 357 | 0,86 |
| | 20-30 kez | 84 | 0,64 | 1,00 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 0,52 | 0,85 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 0,61 | 0,98 | | | |
| Alışılmış Uyku Etkinliği | 10-20 kez | 86 | 2,44 | 0,95 | 4,23 | 3 357 | 0,01* |
| | 20-30 kez | 84 | 2,31 | 1,09 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 2,70 | 0,67 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 2,68 | 0,70 | | | |
| Uyku Bozukluğu | 10-20 kez | 86 | 6,37 | 4,60 | 5,18 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 6,12 | 4,08 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 6,71 | 4,13 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 8,32 | 4,73 | | | |
| Uyku İlacı Kullanımı | 10-20 kez | 86 | 0,16 | 0,59 | 3,71 | 3 357 | 0,01* |
| | 20-30 kez | 84 | 0,00 | 0,00 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 0,03 | 0,16 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 0,18 | 0,60 | | | |

Tablo 16. Gün İçinde Telefonu Kontrol Etme Sayısına Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı-Uykululuk-Uyku Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

| Ölçek/ Altboyut | Kontrol sayısı | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|---------------------------|----------------|-----|-----------|-------|-------|----------|--------|
| Gündüz İşlev Bozukluğu | 10-20 kez | 86 | 1,35 | 1,68 | 5,47 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 1,62 | 1,63 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 1,51 | 1,48 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 2,25 | 1,91 | | | |
| Kısa Semptom Envanteri | 10-20 kez | 86 | 80,85 | 36,05 | 9,28 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 82,07 | 25,46 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 90,94 | 33,45 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 103,62 | 40,14 | | | |
| Anksiyete | 10-20 kez | 86 | 19,12 | 8,94 | 7,66 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 19,02 | 6,09 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 20,83 | 7,32 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 24,05 | 10,48 | | | |
| Depresyon | 10-20 kez | 86 | 19,98 | 10,06 | 6,21 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 20,29 | 8,08 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 22,77 | 9,92 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 25,18 | 10,43 | | | |
| Olumsuz Benlik | 10-20 kez | 86 | 17,60 | 8,57 | 7,28 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 18,15 | 6,47 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 19,92 | 7,98 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 22,60 | 9,65 | | | |
| Somatizasyon | 10-20 kez | 86 | 13,40 | 5,55 | 7,38 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 13,73 | 4,51 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 15,03 | 5,84 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 16,91 | 7,02 | | | |
| Hostalite | 10-20 kez | 86 | 11,17 | 5,31 | 12,35 | 3 357 | 0,00** |
| | 20-30 kez | 84 | 11,48 | 4,32 | | | |
| | 30-40 kez | 77 | 13,05 | 5,73 | | | |
| | 40'tan fazla | 114 | 15,42 | 6,41 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Gün içinde telefonu kontrol etme sayısına göre katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı (F(3/357)=27,98; p<0,01) , uykululuk (F(3/357)=5,63; p<0,01), uyku kalitesi (F(3/357)=8,31; p<0,01), öznel uyku kalitesi (F(3/357)=4,65; p<0,01), uyku latensi (F(3/357)=6,37; p<0,01), alışılmış uyku etkinliği (F(3/357)=4,23; p<0,05), uyku bozukluğu (F(3/357)=5,18; p<0,01), uyku ilacı kullanımı (F(3/357)=3,71; p<0,05) ve gündüz işlev bozukluğu (F(3/357)=5,47; p<0,01), Kısa Semptom Envanteri (F(3/357)=9,28; p<0,01), anksiyete (F(3/357)=7,66; p<0,01), depresyon (F(3/357)=6,21; p<0,01), olumsuz benlik (F(3/357)=7,28; p<0,01),

somatizasyon ($F(3/357)=7,38$; $p<0,01$) ve hostalite ($F(3/357)=12,35$; $p<0,01$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey’b (Post-Hoc) çoklu karşılaştırma sonucunda temel farklılığın telefonunu 40’tan fazla kez kontrol edenlerden kaynaklandığı görülmüştür. Genel olarak gün içinde telefonu kontrol etme sayısı arttıkça ölçek ve altboyutlardan elde edilen ortalamalarında arttığı görülmektedir.

Tablo 17. Akıllı Telefon Bağımlılığının Yordayıcılarını Bulmak İçin Yapılan Seri Regresyon Analizi

| Bağımsız değişkenler | B(b) | B’nin standart hatası | Beta | t | p | F | R ² |
|----------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|---------|----------------|
| Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi | 1,68 | 0,20 | 0,40 | 8,23 | 0,00 | 67,71** | 0,16 |
| Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi | 1,38 | 0,23 | 0,33 | 5,98 | 0,00 | 38,30** | 0,17 |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,98 | 0,35 | 0,15 | 2,76 | 0,01 | | |
| Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi | 0,69 | 0,27 | 0,16 | 2,58 | 0,01 | 34,41** | 0,22 |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,67 | 0,35 | 0,10 | 1,92 | 0,06 | | |
| Kısa Semptom Envanteri | 0,23 | 0,05 | 0,29 | 4,70 | 0,00 | | |
| Telefonla uğraşma sıklığı (saat) | 3,04 | 0,35 | 0,40 | 8,66 | 0,00 | 56,14** | 0,33 |
| Kısa Semptom Envanteri | 0,20 | 0,04 | 0,25 | 5,02 | 0,00 | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,97 | 0,32 | 0,15 | 3,08 | 0,00 | | |

**p<0,01

Akıllı telefon bağımlılığının yordayıcılarını bulmak ve değişkenlerin etkilerinin net bir şekilde görülmesi için yapılan seri regresyon analizinin ilk aşamasında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi yordayıcı olarak bulunmuştur. Kurulan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı ($F(1/360)=67,71$; $p<0,01$) ve standartlaştırılmış regresyon yükü 0,40 olarak bulunmuştur. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi tek başına akıllı telefon bağımlılığının %16’lık

kısmını açıklamaktadır. İkinci regresyon modelinde Epworth Uykululuk Ölçeği toplam puanı modele dahil edilmiştir. İki değişkenin yer aldığı modelde belirlilik katsayısı %17 olarak bulunurken kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(2/359)=38,30$; $p<0,01$).

Üçüncü regresyon modelinde Kısa Semptom Envanteri eklenmiş ve belirlilik katsayısı %22'ye yükselmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı olmasına karşın ($F(3/358)=34,41$; $p<0,01$) Epworth Uykululuk Ölçeği parametresi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Bu nedenle dördüncü regresyon analizi kurulmuş ve sınıanmıştır. Stepwise yönteminin seçildiği bu modelde anlamlı olmayan değişkenler otomatik olarak modelden çıkarılmıştır. Son modelde akıllı telefon bağımlılığının yordayıcısı olarak ve açıklama oranlarına göre sırayla gün içinde telefonla uğraşma sıklığı ($\beta=0,40$), Kısa Semptom Envanteri ($\beta=0,25$) ve Epworth Uykululuk Ölçeği ($\beta=0,15$) görülmektedir. Kurulan son model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(3/358)=56,14$; $p<0,01$). Modele dahil olan üç değişken akıllı telefon bağımlılığının %33'lük kısmını açıklamaktadır.

TARTIŞMA

Uyku organizmanın dinlenmesi ve enerjisini toplaması için hayati bir süreçtir. Ayrıca bilincin rahatlaması yönünden de psikolojik olarak önemli bir anlamı vardır. Son yıllarda uykuyu önemli oranda etkileyen değişkenlerin başında akıllı telefon kullanımı gelmektedir. Akıllı telefon kullanımı teknolojinin ilerlemesi ve akıllı telefonlara ulaşımın kolaylaşmasıyla birlikte bağımlılık boyutuna ulaşmıştır. Bu çalışmanın amacı akıllı telefon kullanım sıklığı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak ve ilgili değişkenlerin incelenmesidir.

Araştırmanın ilk hipotezi olarak akıllı telefon kullanımı sıklığı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sonuç olarak akıllı telefon bağımlılığı ile gündüz uykululuk, Pittsburgh uyku kalitesi (PUK) ve Kısa Semptom Envanteri skorları arasında olumlu yönde ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuca dayanarak kişide akıllı telefon bağımlılığı arttıkça gündüz uykululuğun ve patolojilerin (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostalite) artacağı ve uyku kalitesinin de azalacağı yorumu yapılabilir. Çalışmamızın sonuçları, Demirci ve ark., (2015), çalışmalarındaki akıllı telefon bağımlılığı uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki sonuçlarıyla benzerdir. Karataş (2015) akıllı telefonları ile fazla vakit geçiren bireylerin uyku düzeni ve kalitesinde düşüş olduğunu gözlemlemiştir. Erdem ve ark., (2017) ve Siah (2016) problemlili akıllı telefon kullanımının uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. An ve ark., (2014) problemlili akıllı telefon kullanımı ile uyku kalitesi arasındaki olumsuz ilişkiye işaret etmiştir. Ayrıca uyku kalitesi düşen bireylerin gündüz uykululuklarındaki artış da anlamlıdır. Gece uyuyamayan birey gündüz uyuklamalarıyla bunu telafi etmektedir.

Yapılan korelasyon analizindeki sonuçları destekleyen bir bulgu da düşük-yüksek riskli akıllı telefon kullanımı olan bireylerin uykululuk, uyku kalitesi ve patoloji düzeyleri arasındaki farklılık olduğu görülmüştür. Yüksek riskli akıllı telefon kullanımı olanların araştırma ölçek ve altboyutlarından aldıkları puan ortalaması en yüksek bulunmuştur. Problemlili akıllı telefon kullanımı gösteren gün içinde birden fazla telefonunu şarj edenlerde, uyumadan önce telefonunu yanında bulduranlarda ve gün içinde telefonunu çok sayıda kontrol edenlerde de uyku kalitesi düşük ve gündüz uykululuk düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ölçeklerden ayrı olarak kişisel bilgi formunda araştırmacının sorduğu bu sorular problemlili akıllı telefon kullanımına işaret etmektedir. Hem akıllı telefon bağımlılığı ölçeği hem de araştırmacının sorularına benzer yanıtlar verilmesi çalışmanın iç tutarlılığını yükseltmektedir.

Higuchi ve ark., (2003) ilgili farklılığı nörofizyoloji ile açıklamış ve akıllı telefon kullanımının özellikle gece melatonin seviyesini azalttığı ve uykuyu olumsuz etkilemesi üzerinde durmuştur. Melatoninin karanlık ortamlarda salgılanması, uykuyu başlatan ve sürdüren hormonlardan biri olması nedeniyle önemlidir. Akıllı telefonların ekran ışıklarının kişiyi uyarması ve melatoninin ketlemesi ilgili sonuçları açıklayabilir. Diğer yandan Dworak ve ark.,(2007) akıllı telefon kullanımının fazla olmasının göz üzerindeki olumsuz etkilerinden bahsetmişlerdir. Akıllı telefonun aşırı kullanımı gözün gün içinde ve geceleri aşırı uyarılmasını ve sonuçta göz kaslarının daha fazla çalışmasına neden olur. Böylelikle uykunun derin yavaş dalga uykusu ve hızlı göz hareketlerinin görüldüğü REM uykusuna geçişte ciddi sorunlar yaşanabilir. Uyku evrelerine geçişte yaşanan sorun sonucunda kişilerin uyku kalitelerinde ciddi düşüşler gözlemlenebilir.

Thomee ve ark., (2011) akıllı telefon kullanımının bedensel etkileri üzerinde durmuştur. Akıllı telefonun aşırı kullanımı vücudun anatomik duruşunda ciddi bozulmalara yol açabilir. Başın sürekli eğik açıda ve kolların sabit postürde durması, kasların kasılmasına ve antagonist hareket yokluğuyla rahatlamayı azaltıcı etki gösterebilir. Bu nedenle birey yatakta rahat edemez ve uyku kalitesinde düşüş görülebilir. Hwang ve ark.,(2012), ve Lemola ve ark.,(2014) yüksek riskte akıllı telefon kullanımı olanlarda uyku kalitesinde ciddi düşüşlerin olduğunu ve anksiyete, depresyonu ölçen anketlerden yüksek puan aldıklarını göstermişlerdir. Bu tez çalışmasında da riskli akıllı telefon kullanımı olanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostalite boyutlarından aldıkları puanlar yüksektir. Bu noktada bireylerin akıllı telefonla çok uğraştıkları için mi psikopatoloji geliştirdikleri yoksa psikopatolojileri sebebiyle mi telefonla çok uğraştıkları bilinmemektedir. Konuyla ilgili literatürde bu neden-sonuç ilişkisini yanıtlayan bir yayına rastlanmamıştır. Ancak bireylerin mevcut patolojik durumun olumsuzluklarından kaçmak için akıllı telefonlarıyla fazla zaman geçirdikleri tahmin edilmektedir (Demirci, Akgönül ve Akpınar, 2015).

Elde edilen bulgular ışığında akıllı telefon kullanım sıklığı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin ve akıllı telefon kullanım düzeyine göre katılımcıların uyku kaliteleri arasındaki farklılığın incelendiği araştırmanın ilk iki hipotezinin desteklendiği görülmektedir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi olarak akıllı telefon bağımlılığının yordayıcı değişkenleri analiz edilmiştir. Yordayıcı değişkenler için aşamalı regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuç olarak telefonla uğraşma sıklığı, KSE skorları ve gündüz uykululuğun, akıllı telefon bağımlılığını yordayıcı özellikte olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular ilk iki hipotez sonucu elde edilen sonuçlarla örtüşmektedir. Özellikle korelasyon analizi sonuçları regresyon analizini açıklar niteliktedir. Lemola ve ark., (2014) telefonla çok uğraşmanın akıllı telefon bağımlılığı için ciddi risk olduğunu belirtmektedir. Alan dizinde ilgili değişkenlerin yordayıcı özelliklerine dair akademik yayın bulunamamıştır. Çalışmanın üçüncü hipotezi böylelikle desteklenmektedir.

Akıllı telefon kullanımı, uyku kalitesi ve psikolojik bozukluklar için etkili olan bağımsız değişkenlerin incelenmesi çalışmanın son hipotezidir. Cinsiyet değişkeni için araştırma bulguları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık sadece hostilite boyutu için görülmüştür. Kelleci ve ark., (2009) çalışmalarında erkeklerin hostilite puan ortalamalarının kadınlardan yüksek olduğunu bildirmiştir. İlgili sonuçlar erkeklerin kişilik özellikleri, fiziksel ve toplumsal rolleri ile açıklanmıştır. Önceki çalışmalardan farklı olarak, anlamlı farklılık bulunmasa da erkeklerin akıllı telefon bağımlılığı riski daha yüksek ve uyku kalitesi daha düşük olduğu görülmüştür. Erkekler için bulunan bu sonuçlar örneklemin üniversite ortamından seçilmesi, öğrencilerin sürekli sosyallik içinde olmaları ve geç saatlere kadar dışarda olmaları ile açıklanabilir. Demirci ve ark., (2015) çalışmalarında kadın olmanın akıllı telefon bağımlılığı ve uyku kalitesi için yordayıcı değişken olarak bulmuştur. Çakır ve Oğuz (2017) da kadın öğrencilerin, erkek öğrencilere oranla daha fazla akıllı telefon bağımlısı olduğu saptanmıştır. Bunun yanında Aysan ve ark., Karaköse, Zaybak ve İsmailoğlu (2014) ve Karakoç, (2009) kadınların erkeklerden daha fazla uyudukları ama erkeklerin kadınlara oranla daha az uyku bozuklukları ile karşı karşıya geldiklerini belirtmiştir.

Yaş ve öğrenim durumu değişkenleri için bulunan sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. 24 yaş altı bireylerin daha çok ön lisans ve lisans okudukları 25 yaş ve üstü bireylerin yüksek lisans okudukları göz önüne alınırsa elde edilen benzerlikler anlamlılık kazanacaktır. Yaş ve öğrenim durumu için bulunan istatistiksel olarak anlamlı sonuçların yaş değişkeninden kaynaklı ortaya çıktığı düşünülmektedir. Yaş için ilgili farklılıkları açıklayan çalışma bulunmamakla birlikte temel farklılığın genç yaşta bireylerin daha çok sosyalleştikleri, iletişim halinde oldukları ve daha faal zaman geçirdikleri düşünülmektedir.

Araştırma örnekleminin üniversiteden seçilmesi medeni durum değişkenine etkisi olacaktır. Medeni durum için anlamlı farklılık bulunmasına rağmen bunun evli-bekar sayıları arasındaki farktan mı yoksa gerçekten olan bir farklılıktan mı meydana geldiği sorulmalıdır.? Bu sorunun dışında bekar bireylerin sosyallik ve girişkenlik için evli bireylerden daha fazla şansları olmaları akıllı telefon bağımlılığı puan ortalamalarının yüksek olmasını açıklamaktadır. Siah (2016) sorunlu akıllı telefon kullanan bireyler çoğunlukla dışadönük, konuşkan, sosyal ve girişken bireyler olduklarını söylemektedir.

Çalışmada akıllı telefon kullanım amacı sonuçlarında katılımcıların daha çok konuşmak, mesajlaşmak ve sosyal medya etkileşimi için kullanmaktadır. Alan dizinde problemlili akıllı telefon kullanımının temelinde internet erişimi, sosyalleşme çabası ve eğlence unsurunun olduğu belirtilmektedir (Yücelten, 2016). Not ortalaması için düşük not ortalamasına sahip katılımcılarda akıllı telefon bağımlılığı puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Toprakçı (2007) ders çalışmak için akıllı telefon kullanımının az olduğunu belirtmiştir. Bu kişilerin daha çok sosyalleşmek ve eğlence için akıllı telefon kullanmaları ve derslerini ihmal etmeleri düşük not ortalamalarını açıklar niteliktedir.

Sonuç

Araştırmanın sonucunda akıllı telefon bağımlılığı, uyku kalitesi ve bozukluklar arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca akıllı telefon risk gruplarına göre uyku kalitesi ve bozukluk puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir. Telefonla uğraşma sıklığı, Kısa Semptom Envanteri ve uykululuk akıllı telefon bağımlılığını yordayıcı değişkenlerdir. Katılımcıların demografik bilgilerine göre akıllı telefon bağımlılığı, uyku kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Öneriler

Yapılan bu çalışma üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı, uyku kalitesi ve bazı patolojik bozukluklar arasındaki ilişkiyi göstermekte ve üniversitesi öğrencisi örneklem için açıklayıcı bilgiler içermektedir. Öğrencilerin akıllı telefon kullanımlarına göre uyku kaliteleri ve psikolojik bozuklukların görülmesi akademik anlamda başarılarını olumsuz etkileyecektir. Bu noktada daha önceki çalışmalara göre daha ayrıntılı bilgiler vermekte ve önleyici psikolojik destek faaliyetlerine yardımcı olmaktadır. Ancak bu çalışma öğrencileri akıllı telefon bağımlılığına iten nedenleri sorgulamamaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda gençlerin neden akıllı telefon bağımlısı olduğu yönünde araştırıcı bir çalışma yararlı olacaktır. Ayrıca üniversite örnekleminin yanında lise örnekleminin de karşılaştırılması akıllı telefon bağımlılığının temelinde üniversite değişkeninin olup olmadığının belirlenmesi noktasında açıklayıcı olacaktır. Akıllı telefon bağımlılığının uyku kalitesi ve çeşitli patolojik bozukluklara etkisinin yanında etkili olduğu başka alanların bulunması akıllı telefon bağımlılığının etkilerini azaltma noktasında uzmanlara yardımcı olacaktır.

Kısıtlılıklar

Yapılan çalışmada en büyük kısıtlılık örnekleme toplama aşamasında yaşanmıştır. Evreni temsil edici örneklem seçme işleminde yanlı örnekleme işlemi uygulanmış ve araştırmanın sürdürüldüğü Üsküdar Üniversitesi öğrencileri örnekleme dahil edilmiştir. Ayrıca akıllı telefon ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmacı tarafından seçilen demografik bilgilere göre incelenmesi noktasında alan dizinde yeterli çalışmanın bulunmaması tartışma bölümünde kısıtlılığa neden olmuştur.

KAYNAKÇA

- Ada, S. ve Tatlı, S.T. (2016). Akıllı telefon kullanımını etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. *Sütçü İmam Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 2(8), 35-44.
- Ağargün, M.Y., Kara H. ve Anlar, O. (1996) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
- Algın, D., Akdağ, G. ve Erdinç, O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 29-34.
- An, J., Sun, Y., Wan, Y., Chen, J., Wang, X. & Tao, F. (2014). Associations between problematic Internet use and adolescents' physical and psychological symptoms: Possible role of sleep quality. *Journal of Addiction Medicine*, 8(4), 282–287.
- APA. (2013). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-V). Köroğlu E (çeviri ed.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Arned, T., Owens, J., Crouch, M., Stah, J. ve Carskadon, M. (2005). Neurobehavioral of residents after heavy night call us after alcohol ingestion. *Jama*, 294, 1023-1033.
- Aslan, S.(2017). Ankara numune eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların uyku kalitesini ve uyku kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Atıl, L., Işık, E. Arıkan, Z. Gülekon, A. ve Gürer, M. A. (2008). Behçet hastalığı olgularında uyku örüntüsü ön çalışma. *Kriz Dergisi*, 6(3), 42-44.
- Atlı, S. (2010). Uyku dinamiğinin çoklu ses uyaranları ile incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A. ve İslamoğlu, E.(2014). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi *Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 193-198.
- Bianchi, A. ve Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology ve Behavior*, 8(1), 39–51.

- Buysse, D.J., Reynolds, C.F. ve Monk, T.H. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Res*, 28, 193-213.
- Carpenter, J. ve Andrykowski, M.(1997). Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of Psychomatic Research*, 4(1), 5-13.
- Carskadon, M.A. ve Dement, W.C. (2011). Monitoring and staging human sleep. *Principles and practice of sleep medicine*, 5, 16-26.
- Cheung, L. ve Wong, W. (2011). The Effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese Adolescents on exploratory cross- sectional analysis. *J. Slepp Research*, 20, 311-317.
- Chóliz, M., Villanueva, V. ve Chóliz, M. C. (2009). Girls, boys and their mobile: use, abuse (and dependence) of the mobile phone in adolescence. *Revista Espanola De Drogodep*, 34, 74-88.
- Çakır, Ö. Ve Oğuz, E. (2017). Lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Faculties Dergisi*, 13(1), 418-429.
- Çınar, S. ve Olgun, N. (2010). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda yorgunluk ve uyku sorunlarının belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2(1), 24-31.
- Dağ, B. (2012). Ergenlerde uyku davranışı ve etkilyen faktörler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dement, W. and Kleitman, N.(1957). Cyclic variations in eeg durin sleep and their relation to eye movements body matility and dreaming. *Depermant Of Psysiology, University Of Chicago*, 6(3), 673-689.
- Demir, F., Çakın, K. ve Can, H. (2017). Menstrual faktörlerin uyku kalitesine etkisi. *Life Sciences*, 12(1), 30-41.
- Demirci, K., Akgönül, M. ve Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), 85-92.
- Demirci, K., Orhan, H., Demirdaş, A., Akpınar, A., Sert, H. (2014). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Smartphone Addiction Scale in a Younger Population, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 24(3), 226-234.

- Derogatis, L.R. (1993). Brief Symptom Inventory: BSI; Administration, scoring, and procedures manual. Pearson.
- Dirik, K.(2016). Ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ile özgüven arasındaki ilişkilerin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Duman, M. (2016). Postmenopozel dönemdeki kadınlara verilen uyku hijyeni eğitimi ve gevşeme egzersizinin uyku kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Dworak, M., Schierl, T., Bruns, T. & Strüder, H. K. (2007). Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of school-aged children. *Pediatrics*, 120(5), 978–985.
- Engin, A. ve Calapoğlu, M. (2009). İköğretim okulu öğrencilerinde uyku bozuklukları dağılımı (Kars ili örneği). *Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2) 29-48.
- Erdem, H., Türen, U. ve Kalkın, G. (2017). Mobil telefon yoksunluğu korkusu(nomofobi) yayılımı: Türkiye’den üniversite öğrencileri ve kamu çalışmaları örnekleme. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 10(1), 1-12.
- Eryavuz, N.(2007). Henodiyaliz ve Periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Gölbay, M., Yüksel, Ş., Fidan, F., Acartürk, G., Karaman, Ö. ve Ünlü, M. (2007). Hemodiyaliz hastalarının Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ile değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Torak Dergisi*, 55(2), 167-173.
- Gülser, N., Öztürk, L., Top, M., Asıl, K., Balcı, K. ve Çelik, Y.(2012). Vardiyalı çalışanlarda huzursuz bacakları sendromu ve subjektif uyku kalitesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49, 281-285.
- Güneş, Z., Körükcü, Ö. ve Özdemir, G. (2009). Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 10-17.
- Güven, E. (2015). Rüyaların dili: Psikolojide rüya çalışmaları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 18(36), 15-25.

- Higuchi, S., Motohashi, Y., Liu, Y., Ahara, M. & Kaneko, Y. (2003). Effects of VDT tasks with a bright display at night on melatonin, core temperature, heart rate, and sleepiness. *Journal of Applied Physiology*, 94(5), 1773–1776.
- Höşgör, H., Tandoğan, Ö. ve Hoşgör, D. (2017). Nomofobinin günlük akıllı telefon kullanım süresi ve okul başarısı üzerindeki etkisi: sağlık personeli adayları örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(46), 573-595.
- Hwang, K. H., Yoo, Y. S. & Cho, O. H. (2012). Smartphone overuse and upper extremity pain, anxiety, depression, and interpersonal relationships among college students. *The Journal of the Korea Contents Association*, 12(10), 365–375.
- İzci, B, Ardıç, S., Fırat, H., Şahin, A., Altınörs, M. ve Karacan, I. (2008). Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath*, 12(2), 161-168.
- Johns, M.W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.
- Kadı, F. ve Öztunç, H. (2015). Üniversite öğrencilerinin aylık harcamaları ile cep telefonu kullanımları arasındaki ilişki üzerine ampirik bir çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(4), 168-178.
- Kahveci, A., Alemdar, H. ve Ersoy, C. (2015). Çevresel ve mobil algılama ile uyku kalitesi takibi. *NETLAB Bilgisayar Ağları Araştırma Laboratuvarı*, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Boğaziçi Üniversitesi.
- Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y. ve Temel, F. (2007). Hatanede yatana yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Teraks Dergisi*, 8(4), 234-240.
- Karakaş, B. (2009). Uyku kalitesi üzerine bir çalışma: Özel devlet hastanesi sağlık çalışanları örneği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karataş, Ş. (2015). Akıllı telefonlar: Sıradan insanın hayatına dokunmak. XX. *Türkiye'de İnternet Konferansı*, 1-3 Aralık 2015, İstanbul.
- Katz, J. (1997). The digital citizen. *Wired* 5, 68-77.

- Kelleci, M., Güler, N., Sezer, H. ve Gölbaşı, Z. (2009). Lise Öğrencilerinde İnternet Kullanma Süresinin Cinsiyet ve Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(3), 223-230
- Kocaş, F. (2017). Mersin’de lise öğrencilerinde sanal iletişim araçlarının kullanımı ve internet bağımlılığının uyku kalitesi ile ilişkisinin araştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Faculties, Mersin.
- Kocoğlu, D., Akın, B., Cıngıl, D. ve Sarı, E. (2013). Insomnia in rural communities and dysfunctional beliefs and attitudes about sleep as a risk factor of insomnia, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(1), 211-224.
- Kuyucu, M. (2017). Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı: “akıllı telefon(kolik)” üniversite gençliği. *Global Media Journal TR Edition*, 7(14), 328-358.
- Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H. ve Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PloS one*, 8(12), 150-162.
- Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F. & Grob, A. (2014). Adolescents’ electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(14) 1–14.
- Lepstein, L.J., Kristo, D., Strollo, J., Friedman, N. Malhotra, A., Susheel P., Kannan, R., Robert R., ; Richard J. Schwab, E. Weaver, M. ve Michael D. W. (2009). Clinical Guideline for the Evaluation, Management and Long-term Care of Obstructive Sleep Apnea in Adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(3), 263-276.
- Meral, D.(2017). Orta öğretim öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığının yalnızlık, yaşam doyumu ve bazı kişisel özellikler bakımından incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzincan.
- Mideelkoop, H., Dini, A., Doel, S., Neven, A., Hilbert, A., Kamphuisen, C. ve Springer, P. (1996). Subjective sleep characteristics of 1,485 males and females aged 50-93: Effects sex and age and factors related to self-evaluated quality of sleep. *Journal Of Gerontology: Medical Sciences*, 3, 108-115.

- Miraz, A. ve Bozkurt, Ö. (2017). Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin ve kullanım amaçlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(9), 268-286.
- Öge, B.(2011). Adölesanlarda vücut ağırlığının uyku süresi, uyku kalitesi ve depresyon durumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Önler, E. ve Yılmaz, A. (2008). Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 16(62), 114-121.
- Özbay, B. ve Öncel, O.A. (2017). Telefom amblemimize ne kadar bağlıyız. *Researchgate*, 8, 2-18.
- Park, N. ve Lee, H. (2012). Social implications of smartphone use: korean college students' smartphone use and psychological well-being. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(9), 491-497.
- Pilcher, J., Ginter, G. ve Sadowsky, B. (1996). Sleep quality: relationship between sloe-ppand measures of health, well being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583-596.
- Reçber, E. (2013). Uyku bozukluğu olan Parkinson hastalığı, Parkinson plus sendromlu hastalarda ve Parkinson olmayan uyku apneli hastalarda uyku rem periyoduna ait bozukluklar ve akım tablosunun karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya.
- Rosen, L., Carrier, L. M., Miller, A., Rokkum, J. ve Ruiz, A. (2016). Sleeping with technology: cognitive, affective, and technology usage predictors of sleep problems among college students. *Sleep Health*, 2(1), 49-56.
- Saygılı, S., Akıncı, A., Arıkan, H.ve Dereli, E. (2011). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 12, 88-93.
- Shirakawa, S., Uchimura, N., Tanaka, J., Sakamoto, T., Satamura, T., Tsutsumi, Y., Kotoru, T., Maeda, H. ve Kuwahara, H. (2000). Development and application of the “sleep ukiha” autometed sleep analysis system. *Psychiatry and Clinical Neurosciencess*, 54, 274-275.

- Sınır, H. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuklarda uyku ve uyku bozuklukları: Polisomnografik çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.
- Siah, P.C. (2016). Grit as a predictor of adolescents mobile phone addiction. *Education and Health*, 34(4), 88-91.
- Süler, Melek (2016), Akıllı telefon bağımlılığının öznel mutluluk düzeyine etkisinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Şahin, N.H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şar, A.H. ve Işıklar, A. (2012), “Problemlili mobil telefon kullanım ölçeğinin türkçeye uyarlanması”. *International Journal of Human Sciences*, 2, 264-275.
- Şenol, U., Savyer, F., Akça, R., ve Argün, M. (2012). Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 11, 93-102.
- Taş, E. (2012). Vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Taşkıran, N. (2009). Gebelerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Thomé, 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(1), 66-78.
- Timur, S. ve Şahin, N. (2009). Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(3), 63-67.
- Toprakçı, E. (2007). The profiles of the use of the internet for study purposes among university students. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 6(3), 129-144.
- Yücelten, E. (2016). Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığının bağlanma stilleri ile ilişkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yüksel, A. (2016). Uyku biyolojik ritim ve kimya: Tüketicilerin bilişsel ve duygusal fonksiyonları üzerine etkileri. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 13(1), 121-1227.



EKLER

Ek 1- Sosyodemografik Form

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 Kadın
 Erkek
3. Medeni durumunuz:
 Evli
 Bekâr
 Boşanmış
 Dul
4. Gelir durumunuz (aylık):
 2000 TL ve altı
 2001-6000 TL arası
 6000 TL ve üstü
5. Sınıfınız:
6. Bölümünüz:
7. Not ortalamanız nasıldır:
 1,5'tan düşük
 1,5-2,5 arası
 2,5-3,5 arası
 3,5-4,0 arası
8. Günde kaç saat telefon ile uğraşıyorsunuz:
9. Ne kadar zamandır bir akıllı telefonunuz var (yıl):

10. Daha çok hangi amaç/amaçlarla telefon kullanıyorsunuz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- Konuşma
- Mesajlaşma
- Sosyal medya
- Mobil Uygulamalar
- Oyun oynama
- Diğer

11. Günde ortalama kaç kez akıllı telefonunuzu kontrol edersiniz:

- 10'dan az
- 10-20 kez
- 20-30 kez
- 30-40 kez
- 40'tan fazla

12. Uyumadan önce telefonunuzu yanınızda bulundurur musunuz:

- Evet
- Hayır

13. Günde telefonunuzu kaç kez şarj edersiniz:

- Bir kere
- Birden fazla

Ek 2-Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

| | Kesinlikle hayır | Hayır | Kısmen hayır | Kısmen evet | Evete | Kesinlikle evet |
|---|-------------------------|--------------|---------------------|--------------------|--------------|------------------------|
| 1. Akıllı telefon kullanımım sebebiyle planlanmış işlerimi yetiştiremiyorum. | | | | | | |
| 2. Akıllı telefon kullanımım sebebiyle sınıfta ödev yaparken veya çalışırken konsantre olmakta güçlük çekiyorum | | | | | | |
| 3. Aşırı akıllı telefon kullanımına bağlı baş dönmesi ya da bulanık görme yaşıyorum. | | | | | | |
| 4. Akıllı telefon kullanırken bileklerimde ya da boynumun arkasında ağrı hissediyorum. | | | | | | |
| 5. Aşırı akıllı telefon kullanımı sebebiyle yeterli uykumu alamıyorum ve kendimi yorgun hissediyorum | | | | | | |
| 6. Akıllı telefon kullanırken sakinleşiyor ve rahatlıyorum | | | | | | |
| 7. Akıllı telefon kullanırken kendimi keyifli ve coşkulu hissediyorum. | | | | | | |
| 8. Akıllı telefon kullanırken kendimi güvende hissediyorum. | | | | | | |
| 9. Akıllı telefon ile stresten kurtulmak mümkündür. | | | | | | |
| 10. Akıllı telefon kullanmaktan daha eğlenceli bir şey yoktur. | | | | | | |
| 11. Akıllı telefonum olmazsa hayatım bomboş olur. | | | | | | |
| 12. Kendimi en çok akıllı telefon kullanırken özgür hissediyorum. | | | | | | |
| 13. Akıllı telefon kullanmak hayatımdaki en eğlenceli şeydir. | | | | | | |
| 14. Akıllı telefonumun olmamasına dayanmamam. | | | | | | |

| | Kesinlikle hayır | Hayır | Kısmen hayır | Kısmen evet | Evet | Kesinlikle evet |
|--|-------------------------|--------------|---------------------|--------------------|-------------|------------------------|
| 15. Akıllı telefonum elimde değilken kendimi sabırsız ve sınırlı hissediyorum. | | | | | | |
| 16. Kullanmadığım zamanlarda bile aklımda akıllı telefonum var. | | | | | | |
| 17. Günlük hayatımı büyük ölçüde etkilese bile akıllı telefonumu kullanmaktan asla vazgeçmem. | | | | | | |
| 18. Akıllı telefonumla meşgul iken rahatsız edilmek beni sınırlendirir. | | | | | | |
| 19. Tuvalete acilen gitmek zorunda olsam bile akıllı telefonumu yanıma alırım. | | | | | | |
| 20. Akıllı telefon aracılığıyla daha fazla insanla tanışmak harika bir duygudur. | | | | | | |
| 21. Akıllı telefondaki arkadaşarımla olan ilişkilerimin gerçek yaşamdaki arkadaşarımla olan ilişkilerimden daha samimi olduğunu düşünüyorum | | | | | | |
| 22. Akıllı telefonumu kullanamamak bir arkadaşımı kaybetmek kadar acı verici olabilir. | | | | | | |
| 23. Akıllı telefonumdaki arkadaşarımlın, gerçek hayattaki arkadaşarıma göre beni daha iyi anladıklarını düşünüyorum. | | | | | | |
| 24. İnsanların Twitter ya da Facebook'taki konuşmalarını kaçırmamak için akıllı telefonumu sürekli kontrol ederim. | | | | | | |
| 25. Twitter ya da Facebook gibi sosyal ağları uyanır uyanmaz kontrol ederim. | | | | | | |
| 26. Akıllı telefondaki arkadaşarımla zaman geçirmeyi gerçek yaşamdaki arkadaşarımla ya da diğer aile bireyleriyle zaman geçirmeye tercih ediyorum. | | | | | | |
| 27. Diğer insanlara sormaktansa akıllı telefonumdan araştırmayı tercih ederim. | | | | | | |

| | Kesinlikle hayır | Hayır | Kısmen hayır | Kısmen evet | Evet | Kesinlikle evet |
|---|-------------------------|--------------|---------------------|--------------------|-------------|------------------------|
| 28. Akıllı telefonumun bataryası tam doluyken bile bir gün gitmez. | | | | | | |
| 29. Akıllı telefonumu planladığımdan daha fazla kullanıyorum. | | | | | | |
| 30. Akıllı telefonumu kullanmayı bıraktıktan hemen sonra yine kullanma ihtiyacı hissediyorum | | | | | | |
| 31. Akıllı telefonumu kullanma süremi kısaltmayı defalarca denedim fakat her defasında başarısız oldum. | | | | | | |
| 32. Akıllı telefon kullanma süremi kısaltmam gerektiğini hep düşünüyorum | | | | | | |
| 33. Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylüyorlar. | | | | | | |

Ek 3- Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

Bu formun kapsadığı sorunlar sadece son 1 ayın alışkanlıkları ile ilgilidir. Geçen ayın genelini düşünerek, çoğunluğa uyum sağlayan cevabı veriniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? Genel yatış saati: _____
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
Dakika: _____
3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Genel kalkış saati: _____
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.) Bir gecede ki uyku süresi: Saat: _____
5. Aşağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

| | Geçen ay boyunca hiç | Haftada birden az | Haftada bir veya iki kez | Haftada üç veya daha fazla |
|---|----------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|
| a. 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu? | | | | |
| b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu? | | | | |
| c. Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu? | | | | |
| d. Rahat nefes alıp veremediğiniz oluyor mu? | | | | |
| e. Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu? | | | | |
| f. Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu? | | | | |
| g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu? | | | | |
| h. Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu? | | | | |
| i. Ağrı duyduğunuz oluyor mu? | | | | |
| j. Diğer neden/nedenleri lütfen belirtiniz. | | | | |
| Geçen ay bu neden/nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız? | | | | |

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz
- A) ok iyi
 - B) Oldukça iyi
 - C) Oldukça kt
 - D) ok kt
7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
- A) Geçen ay boyunca hiç
 - B) Haftada birden az
 - C) Haftada bir veya iki kez
 - D) Haftada  veya daha fazla
8. Geçen ay, araba srerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
- A) Geçen ay boyunca hiç
 - B) Haftada birden az
 - C) Haftada bir veya iki kez
 - D) Haftada  veya daha fazla
9. Geçen ay, bu durum islerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
- A) Hiç problem oluşturmadı.
 - B) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
 - C) Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
 - D) ok byk bir problem oluşturdu.

PUKİ'nin Değerlendirilmesine Ait Yöntem

1. Bileşen (Öznel Uyku Kalitesi): PUKİ ölçeğinin 6. sorusuna verilen cevabın değeridir. (0-3 puan arasında)

2. Bileşen (Uyku Latensi): PUKİ ölçeğinin 2. sorusuna verilen cevaptır. Eğer cevap,

15 dk. ve altında = 0 puan

16-30 dk. = 1 puan

31-60 dk. = 2 puan

60 dk. üzeri = 3 puan

olarak değerlendirilir. 2. bileşene ait skoru elde etmek için buradan bulunan değer üzerine PUKİ ölçeğinin (5.1.) sorusuna verilen cevap (0-3 puan arasında) eklenir. Elde edilen sonuç,

0 = 0 puan

1-2 = 1 puan

3-4 = 2 puan

5-6 = 3 puan şeklinde değerlendirilir.

3. Bileşen (Uyku Süresi): PUKİ ölçeğinin 4. sorusuna verilen cevabın değeridir.

7 saatin üzeri = 0 puan

(6 saat – 7 saat] = 1 puan

[5 saat – 6 saat] = 2 puan

5 saatin altında = 3 puan

4. Bilesen (Alıslmıs Uyku Etkinligi): (Toplam uyunulan süre (saat) / yatakta geçirilen süre (saat))*100 eşitliğinin değeri,

%85 ve üzeri = 0 puan

%75 - %84 = 1 puan

%65 - %74 = 2 puan

%65'in altında = 3 puan

5. Bilesen (Uyku Bozuklugu): PUKİ lğinde yer alan (5.1.) ile (5.10.) arasındaki sorulara verilen cevapların her biri 0-3 puan arasında puanlanarak 5. bilesene ait skor bulunur.

6. Bilesen (Uyku İlacı Kullanımı): PUKİ lğinin 7. sorusuna verilen cevabın değeridir. (0-3 puan arasında)

7. Bilesen (Gündüz islev Bozuklugu): PUKİ lğinin, (her biri 0-3 puan arasında değerlendirilen) 8. sorusu ile 9. sorusuna verilen cevapların değerlerinin toplamıdır. İki değerin toplamı,

0 = 0 puan

1-2 = 1 puan

3-4 = 2 puan

5-6 = 3 puan seklinde değerlendirilir.

Genel PUKİ skoru, her bileşenden elde edilen skorların toplanması ile bulunur.

Ek 4-Epworth Uykululuk Ölçeği

Kendinizi yorgun hissetmenin dışında, aşağıdaki durumlarda ne sıklıkla uyuklama ya da uykuya dalma şansınız olmaktadır. Bu açıklama, řU ANDA (SON 1 AYDA) nasıl hissetmekte olduğunuzu belirtmektedir. Bazılarını son zamanlarda yaşamadıysanız da, sizi řU ANDA (SON 1 AYDA) nasıl etkileyebileceğini göz önüne alın. Aşağıdaki ölçeği, her duruma karşılık en uygun rakamı seçmekte kullanın:

| | <i>Hiçbir zaman</i> | <i>Hafif</i> | <i>Orta</i> | <i>Çok</i> |
|---|---------------------|--------------|-------------|------------|
| 1. Oturur ve kitap okurken | | | | |
| 2. Televizyon izlerken | | | | |
| 3. Umumi bir yerde sükunetle otururken | | | | |
| 4. Bir arabada yolculuk yaparken | | | | |
| 5. Şartlar uygun olduğunda öğleden sonra uzanmışken | | | | |
| 6. Oturup bir başkası ile konuşurken | | | | |
| 7. Öğle yemeği sonrası alkol almadan sessizce otururken | | | | |
| 8. Trafikte birkaç dakikalığına durmuş bir arabadayken | | | | |

Ek 5- Kısa Semptom Envanteri

Listede ki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi **bugün dahil, son bir haftadır** ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini **X** işaretleyerek gösterin

| | Hiç | Biraz | Orta Derecede | Fazla | Çok Fazla |
|--|-----|-------|---------------|-------|-----------|
| 1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali | | | | | |
| 2. Baygınlık, baş dönmesi | | | | | |
| 3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri. | | | | | |
| 4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu | | | | | |
| 5. Olayları hatırlamada güçlük | | | | | |
| 6. Çok kolayca kızıp öfkelenme | | | | | |
| 7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar. | | | | | |
| 8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu | | | | | |
| 9. Yaşamınıza son verme düşünceleri | | | | | |
| 10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi | | | | | |
| 11. İştahta bozukluklar | | | | | |
| 12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular | | | | | |
| 13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları | | | | | |
| 14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme | | | | | |
| 15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme | | | | | |
| 16. Yalnızlık hissetme | | | | | |
| 17. Hüzünlü, kederli hissetme | | | | | |
| 18. Hiçbir şeye ilgi duymama | | | | | |
| 19. Ağlamaklı hissetme | | | | | |
| 20. Kolayca incinebilme, kırılma | | | | | |
| 21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak | | | | | |
| 22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme | | | | | |
| 23. Mide bozukluğu, bulantı | | | | | |
| 24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu | | | | | |
| 25. Uykuya dalmada güçlük | | | | | |
| 26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme | | | | | |
| 27. Karar vermede güçlükler | | | | | |
| 28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma | | | | | |

| | Hiç | Biraz | Orta Derecede | Fazla | Çok Fazla |
|--|-----|-------|---------------|-------|-----------|
| 29. Nefes darlığı, nefessiz kalma | | | | | |
| 30. Sıcak, soğuk basmaları | | | | | |
| 31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma | | | | | |
| 32. Kafanızın bomboş kalması | | | | | |
| 33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar | | | | | |
| 34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi | | | | | |
| 35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak | | | | | |
| 36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma | | | | | |
| 37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi | | | | | |
| 38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme | | | | | |
| 39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler | | | | | |
| 40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği | | | | | |
| 41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği | | | | | |
| 42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak | | | | | |
| 43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak | | | | | |
| 44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak | | | | | |
| 45. Dehşet ve panik nöbetleri | | | | | |
| 46. Sık sık tartışmaya girme | | | | | |
| 47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme | | | | | |
| 48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi | | | | | |
| 49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme. | | | | | |
| 50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları | | | | | |
| 51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu | | | | | |
| 52. Suçluluk duyguları | | | | | |
| 53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri | | | | | |

| Altboyut | Soru Sayısı |
|----------------|--|
| Anksiyete | 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49 |
| Depresyon | 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39 |
| Olumsuz Benlik | 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53 |
| Somatizasyon | 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33 |
| Hostalite | 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41 |