



**ADÖLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI PREVALANSI İLE  
PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR VE OBEZİTE ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**HASAN HÜSEYİN ÇAM**

**DOKTORA TEZİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
2014**

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESLANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI PREVALANSI İLE  
PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR VE OBEZİTE ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**HASAN HÜSEYİN ÇAM**

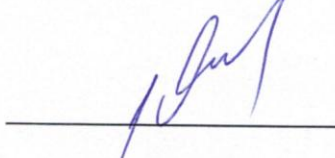

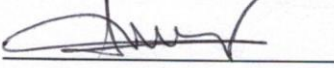


**DOKTORA TEZİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ.DR. NAİM NUR**

**SİVAS  
2014**

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR	
Üye	Prof. Dr. Ergün HALDUN SÜMER	
Üye	Prof. Dr. Şahin YILDIRIM	
Üye	Doç. Dr. İskender GÜN	
Üye (Danışman)	Doç. Dr. Naim NUR	

#### ONAY

Bu tez çalışması, .../.../2014 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

---

Prof. Dr. Ali ÇELİKSÖZ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı kararı ile kabul edilen Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

## ÖZET

### ADÖLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI PREVALANSI İLE PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLAR VE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Hasan Hüseyin ÇAM

Doktora Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Naim NUR

2014, 78 sayfa

**Giriş:** Dünyada internet kullanımında giderek artan bir büyüme olmuş ve günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmesiyle bu büyümenin devam etmesi beklenmektedir. İnternet, eğitimle ilgili çok büyük faydalar sağlamasına karşın, aşırı kullanımı psikopatolojik semptomlar ve obezite gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.

**Amaç:** Adölesanlarda internet bağımlılığı prevalansının belirlenmesi ile internet bağımlılığının psikopatolojik semptomlar ve obezite üzerindeki etkisinin saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma Giresun kentinde üç lisede toplam 1175 lise öğrencisi üzerinde İnternet Bağımlılığı Testi, Duke Sağlık Profili ve Yeme Tutum Testi kullanılarak yapılmıştır. Veriler sosyodemografik bilgileri, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarını içeren yapılandırılmış bir anket formu kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan 1175 adölesanın, 587'si (%50) erkek ve 588'i (%50) kızdır. Adölesanların yaş ortalaması  $15,72 \pm 1,14$  yıl olarak bulunmuştur. Problemlerli internet kullanımı (PİK) prevalansı adölesan internet kullanıcıları arasında %7,1 olarak bulundu. Aşırı internet kullanımı olanlarda anksiyete, depresyon ve anksiyete-depresyon puanları yüksek olarak bulunmuştur. Problemlerli internet kullanımı ile obezite arasında bir ilişki bulunmamıştır.

**Sonuç:** Problemlerli internet kullanımı acil önem gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Bu sorunun yayılmasını önlemek için etkili önlemler gereklidir. Problemlerli internet kullanımının psikopatolojik belirtiler üzerindeki etkilerini önlemek için müdahaleler mümkün olduğu kadar erken yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İnternet bağımlılığı, psikopatoloji, obezite, adölesan

## ABSTRACT

### A STUDY ON THE PREVALENCE OF INTERNET ADDICTION AND ITS ASSOCIATION WITH PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AND OBESITY IN ADOLESCENTS

Hasan Hüseyin ÇAM

Ph.D. Thesis, Department of Public Health

Supervisor: Associate Professor Naim NUR

2014, 78 pages

**Background:** There has been an explosive growth of internet usage worldwide and this is expected to continue with its use becoming an integral part of everyday life. The internet provides tremendous educational benefits; however, excessive internet use can lead to negative outcomes such as psychopathological symptoms and obesity.

**Aim:** To study association with the prevalence of internet addiction and psychopathological symptoms and obesity in adolescent age group.

**Materials and Methods:** A total of 1175 high school students from three high schools in Giresun City were surveyed using Internet Addiction Test, Dukes Health Profile and Eating Attitudes Test. The Data was collected using a structured questionnaire including sociodemographic characteristics, lifestyle, and dietary habits.

**Results:** Of the 1175 adolescents who took part in the study, 588 (50.0%) were female and 587 (50.0%) were males. The mean age of adolescents was  $15.72 \pm 1.14$  years. The prevalence rate of problematic internet use was 7.1% among adolescent internet users. Those with excessive use internet had high scores on anxiety, depression, and anxiety depression. A relationship between problematic internet use and obesity was not found.

**Conclusions:** Problematic internet use is becoming a significant public health issue that requires urgent attention. Effective measures are needed to prevent the spread of this problem and interventions to prevent the effects of problematic internet use on psychosomatic symptoms and life satisfaction should be conducted as early as possible.

**Keywords:** Internet addict, psychopathology, obesity, adolescent

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında gösterdiği ilgiden ve özel katkılarından dolayı Danıőmanım Sayın Doç. Dr. Naim NUR'a,

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren Halk Sağlığı Anabilim Dalı Baőkanı Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR'e, değerli hocalarım; Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER'e, Prof. Dr. Mustafa Ferit KOçOğLU'na, Prof. Dr. GÜLAY KOçOğLU'na ve Prof. Dr. Hasan Hüseyin POLAT'a teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	ix
SİMGELER DİZİNİ .....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Patolojik İnternet Kullanımı (İnternet Bağımlılığı).....	3
2.1.1. İnternet Bağımlılarının Özellikleri.....	4
2.1.2. Prevalans .....	6
2.1.3. Etiyoloji.....	7
2.1.4. İnternet Kullanımının Fiziksel Etkileri .....	8
2.1.5. İnternet Kullanımının Psikososyal Etkileri .....	9
2.1.6. İnternet Kullanımının Bilişsel Etkileri.....	11
2.2. Adölesan Dönemi Psikososyal Gelişim .....	11
2.3. Adölesanlarda Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları.....	13
2.4. Adölesanlarda Beslenme Sorunları .....	14
2.4.1. Obezite .....	14
2.4.2. Obezite ile İlgili On Gerçek .....	17
2.4.3. Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	22
3.1. Araştırmanın Yeri.....	22
3.2. Araştırmanın Evreni, Örnek Büyüklüğü, Örnekleme Birimi ve Yöntemi .....	22
3.3. Araştırmanın Tipi .....	23
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	23
3.5. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler .....	23
3.6. Ön Denemeler.....	26
3.7. Veri Toplama, Düzenleme ve Analizleri.....	26
3.8. Araştırmanın İzni.....	26
3.9. Araştırmanın Zamanlama Çizelgesi .....	26
3.10. Araştırmanın Bütçesi .....	27
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	27
4. BULGULAR .....	28
5. TARTIŞMA .....	53
5.1. Problemlili İnternet Kullanımı Prevalansı.....	53
5.2. Problemlili İnternet Kullanımının Yaşam Tarzı Üzerindeki Etkileri .....	56
5.3. Problemlili İnternet Kullanımının Psikopatolojik Semptomlarla İlişkisi .....	57
5.4. Problemlili İnternet Kullanımının Obeziteyle İlişkisi .....	59



6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	61
KAYNAKLAR .....	63
EKLER.....	69
EK-1 Araştırma İzin Belgesi.....	69
EK-2 Anket Formu .....	71
ÖZGEÇMİŞ .....	78

## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. Giresun il merkezindeki liselere göre öğrenci sayıları .....	22
Çizelge 4.1. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin okul ve sınıflara göre dağılımı..	28
Çizelge 4.2. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri .....	30
Çizelge 4.3. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin cinsiyetine göre internet kullanma durumları .....	32
Çizelge 4.4. Yaş gruplarına göre NİK ve PİK dağılımı.....	32
Çizelge 4.5. Cinsiyete göre NİK ve PİK dağılımı .....	33
Çizelge 4.6. Kardeş sayısına göre NİK ve PİK dağılımı .....	33
Çizelge 4.7. Aileyle birlikte yaşama durumuna göre NİK ve PİK dağılımı .....	34
Çizelge 4.8. İkamet yerine göre NİK ve PİK dağılımı .....	34
Çizelge 4.9. Babanın hayatta olma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı .....	35
Çizelge 4.10. Annenin hayatta olma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı.....	35
Çizelge 4.11. Babanın eğitim durumuna göre NİK ve PİK dağılımı.....	36
Çizelge 4.12. Annenin eğitim durumuna göre NİK ve PİK dağılımı .....	36
Çizelge 4.13. Babanın mesleğine göre NİK ve PİK dağılımı .....	37
Çizelge 4.14. Annenin mesleğine göre NİK ve PİK dağılımı .....	37
Çizelge 4.15. Ebeveynlerin medeni durumuna göre NİK ve PİK dağılımı .....	38
Çizelge 4.16. Ailenin ekonomik durumuna göre NİK ve PİK dağılımı .....	38
Çizelge 4.17. Aylık harcanan para miktarına göre NİK ve PİK dağılımı.....	39
Çizelge 4.18. Aile üyeleriyle ilişki durumuna göre NİK ve PİK dağılımı .....	39
Çizelge 4.19. Evinde bilgisayar bulunma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı .....	40
Çizelge 4.20. Kendine ait bilgisayar bulunma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı ....	40
Çizelge 4.21. İnternet kullanma deneyimine göre NİK ve PİK dağılımı .....	41
Çizelge 4.22. NİK ve PİK'na göre internet kullanım amaçları .....	41
Çizelge 4.23. İnternet erişim yerine göre NİK ve PİK dağılımı .....	42
Çizelge 4.24. İnternet erişim zamanına göre NİK ve PİK dağılımı.....	42
Çizelge 4.25. Haftalık internet kullanım süresine (gün/hafta) göre NİK ve PİK dağılımı .....	43
Çizelge 4.26. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında günlük ortalama internet kullanım süresi (saat/gün) .....	43
Çizelge 4.27. Uzun süreli internet kullanıma bağlı yaşanan sağlık sorunları.....	44
Çizelge 4.28. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında günlük ortalama egzersiz süresi .....	44
Çizelge 4.29. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında uyku düzensizliği durumu .....	45
Çizelge 4.30. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında günlük uyku süresi (saat/gün).....	45
Çizelge 4.31. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında yatma zamanı düzensizliği durumu .....	46
Çizelge 4.32. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında öğün atlama durumu .....	46
Çizelge 4.33. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında öğün atlama nedenleri .....	47
Çizelge 4.34. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında hazır yiyecek atıştırma durumları .....	48
Çizelge 4.35. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında hazır yiyecek atıştırma nedenleri .....	48
Çizelge 4.36. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında alkol kullanma durumu ...	49

Çizelge 4.37. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında sigara kullanma durumu .	49
Çizelge 4.38. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında keyif verici sıradışı madde kullanma durumu .....	50
Çizelge 4.39. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında okul başarısı durumu.....	50
Çizelge 4.40. Duke Sağlık Profili'ne göre normal ve problemlı internet kullanıcılarında psikopatolojik semptomların değerlendirilmesi.....	51
Çizelge 4.41. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında yeme davranışlarında olası bozukluk belirtileri dağılımı .....	52
Çizelge 4.42. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında beden kitle indeksi değerlendirmesi .....	52

## SİMGELER DİZİNİ

cm	Santimetre
kg	Kilogram
m	Metre
m <sup>2</sup>	Metrekare

## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AN	Anoreksiya Nervoza
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimia Nervosa
DM	Diabetes Mellitus
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Food and Drug Administration
NCHS	National Center for Health Statistics
NİK	Normal İnternet Kullanımı
PİK	Problemlı İnternet Kullanımı

## 1. GİRİŞ

Küresel bir olgu olan internetin etkisi son yıllarda giderek artmış ve tüm yaş grupları için çağdaş yaşamın önemli bir bileşeni haline gelmiştir. Günümüzde çevrimiçi etkileşimlerin hızlı bir şekilde ortaya çıkması bilgi alışverişi için yeni olanaklar sunmakta ve başka bir şekilde birbirleriyle bağlantı kuramayan kişiler arasındaki görüşmelerde destek sağlamaktadır (Sinkkonen ve ark., 2014).

Teknoloji gelişmişliğin ve çağdaşlaşmanın bir ölçütü olarak insan hayatını kolaylaştırıp toplumsal gelişime olumlu katkı sağlarken diğer yandan da internetin bilinçsiz kullanımından kaynaklanan bazı sorunları ve tehlikeleri beraberinde getirmektedir. Bilinçsiz internet kullanıcılarının sayısının artması ile birlikte “sağlıksız-patolojik-problemlerli internet kullanımı”, “internet bağımlılığı” gibi yeni kavramlar ortaya çıkmıştır (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009).

New York’lu psikiyatrist Ivan Goldberg tarafından ayrı bir hastalık olarak tanımlanan 'internet bağımlılığı' kavramı 1995 yılında öne sürülmüştür. 1996 yılında Young; Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)-IV’de yer alan patolojik kumar ile ilgili tanı ölçütlerinden yararlanarak ‘internet bağımlılığı’ için ölçütler geliştirmiştir. Young, bu ölçütleri kullanarak bilgisayar kullanıcılarını bağımlı olan ve bağımlı olmayan olarak iki gruba ayırmış ve bu konudaki tartışmaları başlatmıştır. İnternet bağımlılığı, genellikle internetin kontrol edilemeyen ve zararlı kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Sung ve ark., 2013).

Adölesanlar, yetişkinlere göre internet bağımlılığına karşı daha duyarlıdır (Kim ve ark., 2010). Dünya çapında yapılan çalışmalarda, adölesan ve genç erişkinlerde problemlerli internet kullanımı prevalansının %0,9 ile %38 arasında değiştiği gözlenmiştir. Özellikle, Avrupalı adölesanlarda, problemlerli internet kullanımı prevalansı %2 ile %5,4 arasında değişmektedir (Kormas ve ark., 2011). Adölesanlarda internet bağımlılığı insidansı Çin’de yaklaşık %11, Yunanistan’da %8 ve Kore’de ise %18,4 olarak tahmin edilmiştir (Kim ve ark., 2010). Türkiye’de ise son yıllarda lise öğrencilerinde internet bağımlılığıyla ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı prevalansının %6,6 ile %15 arasında değiştiği saptanmıştır (Öztürk ve ark., 2013; Şaşmaz ve ark., 2014).

İnternetin aşırı kullanımı adölesanların psikososyal gelişimleri ve davranışları üzerine zararlı etkileri olabilir. Depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve dikkat

eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Sung ve ark., 2013).

Çeşitli kesitsel çalışmalar internet bağımlılığının, adölesanlarda birçok yaşam tarzı ile ilgili faktörler üzerinde olumsuz etkisi olduğunu göstermiştir. İnternette harcanan uzun süre düzensiz beslenme alışkanlıklarına, fiziksel inaktiviteye, kısa süreli uykuya, alkol ve tütün kullanımında artışa neden olabilir (Gunnell ve ark., 1998; Kim ve Chun, 2005; Choi ve ark., 2009; Lam ve ark., 2009). Bazı çalışmalar, uzun süreli internet kullanımından kaynaklanan yaşam tarzındaki değişikliklerin internet bağımlılarının büyüme ve gelişmesi üzerinde olumsuz etkisi olabileceğini bildirmiştir (Kim ve Chun, 2005; Lam ve ark., 2009). Adölesanların büyümesi ve düzenli gelişmesi için uygun beslenme önem arz etmektedir. Ayrıca, beslenme alışkanlıkları ilk kez çocukluk döneminde oluşmakta olup, çocukların bu eğilimi yetişkinlik boyunca sürdürmeleri nedeniyle adölesanların sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi kritik bir önem taşımaktadır (Kim ve ark., 2010).

Yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde fazla kilolu veya obez çocukların %25'inde, televizyon izleme ve bilgisayar kullanma gibi sedanter yaşam alışkanlıklarının obezitenin gelişmesinde önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Obezite ve bilgisayar kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırma bulunmamasına karşın, aşırı televizyon izleyen (günlük ortalama beş saat veya daha fazla) çocuklarda obezitenin mevcut olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocukların, bilgisayar monitörleri önünde geçirdikleri zaman miktarları arttığında (televizyon ekranı önünde geçirilen zamana ek olarak) obezite riskinde artış olduğu bildirilmiştir (Subrahmanyam ve ark., 2000).

Çeşitli çalışmalarda, adölesanlarda depresyon ve psikiyatrik semptomlar gibi ruh sağlığı sorunları ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki gösterilmiştir. Bununla birlikte, adölesanlarda internet bağımlılığının, beslenme davranışı ve obezite üzerindeki etkileri hakkında bilgiler sınırlıdır (Kim ve ark., 2010).

Bu çalışma, adölesanlarda internet bağımlılığı prevalansının belirlenmesi ile internet bağımlılığının psikopatolojik semptomlar ve obezite üzerindeki etkisinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Patolojik İnternet Kullanımı (İnternet Bağımlılığı)

Bazı bireyler internet kullanımına günlük çok fazla zaman harcamakta ve aşırı internet kullanımı bu bireylerin günlük yaşamlarını önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Bazı araştırmacılara göre internet bağımlılığı ya da patolojik internet kullanımı, aşırı internet kullanımının bir türüdür (Caplan, 2002; Widyanto ve Griffiths, 2006). İnternet bağımlılığı, genellikle internetin kontrol edilemeyen ve zararlı kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Beard, 2005).

Shapira ve ark. (2000) problemlili internet kullanımı ile bireylerin psikiyatrik özellikleri üzerine yaptıkları çalışmada problemlili internet kullanımının bireysel distress veya sosyal, mesleki ya da maddi bozukluklar ile ilişkili olduğunu bulmuş olup internet kullanımını önemli bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlamışlardır.

Teknolojik Bağımlılık: İnternet bağımlılığı teknolojik bağımlılığın bir türüdür ve teknolojik bağımlılık, "Kimyasal olmayan, insan-makine etkileşimini içeren (davranışsal) bağımlılıklar" olarak tanımlanmaktadır (Widyanto ve Griffiths, 2006). Griffiths (2000), aşırı internet kullanıcılarının, diğer bağımlılıklar ve ilgilendikleri şeyler için interneti bir araç olarak aşırı kullandıklarını ve bu nedenle "internet bağımlısı" olmayabileceklerini ileri sürmektedir. Örneğin, kompulsif kumarbazlar interneti uzun süre kumar oynamak için kullanır ya da alışveriş yapmayı sevenler siber alışveriş için internette uzun saatler harcarlar.

İnternet Bağımlılığı Kategorileri: Young (1998), internet bağımlılığı davranışlarını beş farklı grupta sınıflandırmıştır; (1) Siber seksüel bağımlılık: Bu bağımlılar siber seks ve siber porno gibi yetişkin web sitelerinde çok fazla zaman harcarlar. (2) Siber-ilişki bağımlılığı: Bu bağımlılık aşırı derecede çevrimiçi olan ilişkileri içerir. (3) Net kompulsiyonlar: Bu bağımlılar obsesif çevrimiçi kumar ve alışveriş özelliği sergilerler. Bu bağımlılar kompulsif çevrimiçi kumar ve alışveriş bağımlılarıdır. (4) Bilgi yüklemesi: Bu bağımlılar kompulsif olarak internette gezinme ve veritabanı aramaları yaparken gözlenir. (5) Bilgisayar oyun bağımlılığı: Bu bağımlılar obsesif olarak çevrimiçi oyun oynarlar.

Patolojik İnternet Kullanımı: Davis (2001), internet bağımlılığı yerine patolojik internet kullanımı terimini kullanmayı tercih etmiştir. Patolojik internet kullanımı ile ilişkili uyumsuz bilişsel yapıya odaklanmış ve patolojik internet kullanımını iki



kategoriye ayırmıştır; (1) Genelleştirilmiş problemlili internet kullanımı: İnternetin genel, çok boyutlu olarak aşırı kullanılmasını ve açık bir hedefi olmadan çevrimiçinde zaman israfını içerir. (2) Spesifik problemlili internet kullanımı: Spesifik problemlili internet kullanan insanlar internete özel bir nedenden dolayı aşırı bağılıdır; örneğin, çevrimiçi seksüel materyaller/hizmet, çevrimiçi açık artırma hizmetleri ve çevrimiçi kumar oyunlarını aşırı kullanırlar.

İnternet Bağımlılığı Kavramı: Aslında, bu alanda psikologlar ve bilim adamları tarafından kabul edilen evrensel bir internet bağımlılığı tanımı yoktur (Chou ve Hsiao, 2000; Beard, 2005). Halen çoğu araştırmacı için ana gündem internet bağımlılığı kavramını araştırmak iken, özellikle okul öğrencilerinde internetin aşırı kullanım sorunları daha yaygın ve rahatsız edici bir hale gelmektedir (Blaszczynski, 2006; Widyanto ve Griffiths, 2006). Aşırı internet kullananların tipik davranışları dikkatlice incelendiğinde, internet muhtemelen yararlı ve yapıcı olmakla birlikte genellikle insanları prososyal veya antisosyal yapmaktadır. Bu sorunların doğasının anlaşılması, araştırmacılara ve eğitimcilere bu sorunların bazılarını çözmeye yardımcı olabilir. Örneğin, internetin antisosyal kullanımını engellemek ve pozitif kullanımını teşvik etmek için eğitim programları geliştirilebilir (Ma, 2011).

İnternet Bağımlılığının Önlenmesi: İnternet bağımlılığı ruhsal bozuklukların bir türü olarak kabul edildiğinde (Beard, 2005), internet bağımlılığının önlenmesi, ruh sağlığı programının önemli bir parçası haline gelmelidir. Sağlıklı beden ve zihin gelişimini sağlamak için kapsamlı ve yaygın bütüncül bir programın, internet kullanımıyla ilişkili sorunlar üzerine odaklanan belirli bir programdan daha etkili olduğuna inanılmaktadır (Ma, 2011).

### **2.1.1. İnternet Bağımlılarının Özellikleri**

İnternetin Aşırı Kullanımı: İnternet bağımlıları, internet bağımlısı olmayanlara göre internet kullanımında yaklaşık üç kat daha fazla zaman harcamaktadır (Chou ve Hsiao, 2000). Young (2004), internet bağımlılarında haftalık internet kullanımı için harcanan sürenin ortalama 38,5 saat, bağımlı olmayanlarda ise harcanan sürenin ortalama 4,9 saat olduğunu bulmuştur.

İnternet Hakkında Obsesif Düşünceler: Bağımlı internetle meşguldür (önceki çevrimiçi etkinlikleri hakkında düşünür veya sonraki çevrimiçi oturumu beklemektedir) ve uyanık olduğu çoğu zaman kendini internet hakkında düşünmekten alıkoyamaz (Beard ve Wolf, 2001).

İnternet Kullanımında Keyifli Hissetmek: Kişiler interneti kullanarak çok eğlenir. İnternet bağımlıları, internet kullanımıyla keyifli, eğlenceli, etkileşimli ve rahatlamış görünür (Chou ve ark., 1999). Genel olarak, bağımlılar internet deneyimlerinden zevk alırlar ve keyif ve zevk onları internet bağımlısı olmaya doğru harekete geçirir (Ma, 2011).

Tolerans: Tolerans belirtileri "memnuniyeti sağlamak amacıyla internet kullanım zamanının artırılmasını" ifade eder (Beard ve Wolf, 2001). Bu belirti, bağımlıların interneti aşırı kullanımı ile yakından ilgilidir (Ma, 2011).

Dürtü Kontrolünde Azalma: Azalmış dürtü kontrolü, kişinin hedefe ulaşmak için dürtülerini kontrol etmekte duygusal özdenetimin azalması ile ilgilidir. Diğer bir ifadeyle, bağımlılar davranışlarının kontrolünü kaybetme eğilimindedir. Özellikle, onların internet kullanımını durdurmak veya azaltmak mümkün değildir (Ma, 2011).

Yoksunluk: Bağımlıların yoksunluk belirtileri, internet aktivitesi durdurulduğunda veya azaltıldığında hoş olmayan duygular olarak (huzursuzluk, karamsarlık, bunalımlılık ya da sinirlilik) ifade edilir (Ma, 2011).

Günlük Yaşam Üzerindeki Etkisi: İnternet bağımlılarının günlük yaşamları ve çalışmaları genellikle olumsuz olarak etkilenir. Bağımlılarda, internet nedeniyle bazen önemli bir ilişki, eğitim ve kariyer fırsatı kaybı yaşanabilir. Onlar internet nedeniyle başkalarını karşısına alabilir ve aynı zamanda problemlerden kaçmak ya da çaresizlik, kaygı, suçluluk ya da utanç gibi hoş olmayan duyguları bastırmak için interneti bir araç olarak kullanırlar (Beard ve Wolf, 2001).

Ebeveyn ve Aile Etkileşimleri: İnternet bağımlıları ebeveynleri ve diğer aile üyeleri ile daha az zaman geçirmekte ve onlarla gerginlik eğilimindedirler (Young, 2004).

Arkadaşlık ve Duygusal İlişkiler: İnternet bağımlıları daha az arkadaşına ve duygusal ilişkilere sahip olma eğilimindedirler. Onlar daha çok yalnız ve tek yaşarlar (Ma, 2011).

Sağlık Sorunları: İnternet bağımlıları, bağımlı olmayanlardan daha az sağlıklı, tıbbi tedavi aramaya daha az istekli ve stres azaltıcı uygulamaların geliştirilmesi için daha az motivedir (Ma, 2011).

Akademik Performans: Chang ve Law (2008), internet bağımlılığının akademik performans üzerine olumsuz etkisinin olduğunu bildirmişlerdir.

Yalnızlık Karakteri: Morahan-Martin ve Schumacher (2003), yalnızlığın artan internet kullanımı ile ilişkili olduğunu buldular. Yalnız kişilerin haftalık ortalama

çevrimiçi kalım süresi, yalnız olmayan insanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yalnız insanlar kendilerini depresif ya da endişeli hissettikleri zaman interneti kullanmaktadırlar. Ayrıca yalnız bireylerin çevrimiçi arkadaşları ile etkileşim içinde olma ve duygusal destek için internet kullanma olasılıkları daha yüksektir (Ma, 2011).

### **2.1.2. Prevalans**

Problemlili internet kullanımının toplumdaki prevalansı, standart tanı ölçütleri ve büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmaların eksikliği nedeniyle önemli ölçüde tespit edilememiştir (Liu ve Potenza, 2010). Bugüne kadar sadece bir ülke (Amerika Birleşik Devletleri), problemlili internet kullanımıyla ilgili epidemiyolojik çalışmayı tamamlamıştır. Bu çalışmada problemlili internet kullanımı aşağıdaki gibi tanımlandığında nokta prevalans %0,7 olarak bulunmuştur. Problemlili internet kullanımını tanılamak için katılımcıların şu bildirimleri ifade etmesi gerekmektedir; (1) internet kullanımının sosyal ilişkileri engellemesi, (2) internet kullanımında çevrimdışı olduğunda endişe hissi duyma, (3) internet kullanımını azaltma ya da sonlandırma girişimlerinin başarısız olması (4) amaçlanandan daha uzun süre çevrimiçi kalınması. Katılımcıların daha yüksek bir oranı (%3,7 ile %13,7) problemlili internet kullanımı ile ilgili olarak yukarıda belirtilen özelliklerden bir ya da daha fazlasının olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada telefonla görüşme yöntemi kullanılmış ve tüm eyalette 2.513 yetişkin (yaş  $\geq$  18 yaş) ile görüşülmüştür (Aboujaoude ve ark., 2006)

Diğer ülkelerdeki araştırmaların çoğu, adölesanların problemlili internet kullanımı açısından yüksek riskli yaş grubu kabul edilmesi nedeniyle adölesanlardaki prevalans tahminleri üzerine odaklanmıştır. Finlandiya, Norveç ve Güney Kore'de yapılan büyük ölçekli toplumsal çalışmalarda adölesanlarda problemlili internet kullanımı prevalansı benzer şekilde yaklaşık %2 olarak bildirilmiştir. Psikiyatrik ya da primer bakım kliniklerinde frekanslar bilinmemektedir. Ayrıca, adölesan ya da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda problemlili internet kullanımı prevalansı genel kamuoyu anket araştırmalarına oranla daha yüksek bildirilmiştir. Adölesan ve üniversite öğrencilerinin yüksek bir risk altında olabileceği düşünülmektedir (Liu ve Potenza, 2010).

### 2.1.3. Etyoloji

Bu alanda yapılan araştırmalar genellikle düşük nitelikli olmakla beraber birkaç çalışmada kontrol grupları, randomizasyon ve geçerliliği yapılmış ölçekler kullanılmıştır. Birçok psikososyal bozuklukların aşırı internet kullanımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Duygudurum bozuklukları, bipolar bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi belirli hastalıkların problemlili internet kullanıcılarında yüksek oranda görüldüğü ifade edilmiştir (Shapira ve ark., 2000). İnterneti aşırı kullanan bireylerin büyük bir kısmında aynı zamanda madde kullanım bozukluğu da grlmektedir, bu durum patolojik kumar oynama gibi davranışsal bağımlılıkları olan bireylerde bulunan örnekler ile tutarlılık göstermektedir (Anderson, 2001; Bai ve ark., 2001).

Bazı alışmalar, bağımlılık risk faktörlerine sahip internet kullanıcılarının aşırı kullanım yönünde ilk adımı önceden attığını belirtmektedirler (Pratarelli ve Browne, 2002). Benzer şekilde diğer çalışmalar, bazı psikolojik faktörlerin bireylerde yeni bir evrimii içeriğine bağlı savunmasız olmasına neden olarak internet bağımlılığıyla sonuçlanan bilişsel davranış modelini tanımlamışlardır (Davis, 2001). Çevrimiçi materyaller hakkındaki obsesif düşünceler, interneti bir arkadaş olarak algılayan duygular gelişmesine neden olur ve problemlili davranışları daha fazla teşvik eder (Yellowlees ve Marks, 2007).

Belki de en önemlisi, çok sayıda araştırmacının dürtü kontrol sorunlarının problemlili internet kullanımı ile bağlantılı olduğunu tanımlamasıdır (Mitchell, 2000; Shapira ve ark., 2000; Bai ve ark., 2001; Beard ve Wolf, 2001; Holden, 2001; Treuer ve ark., 2001; Davis ve ark., 2002). 2002 yılında işyerlerinde internet sorunlarının incelendiği bir çalışmada, zayıf dürtü kontrolünün internete bağlı ciddi sorunların bir göstergesi olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, diğer araştırmacılar dürtü kontrol bozukluklarının aşırı internet kullanıcıları arasında son derece yaygın özellikte olduğunu bulmuştur. Yapılan bir diğer çalışmada, neredeyse tüm katılımcıların çoğu kez evrimii olmak için bir dürtü hissettiği, internet bağlantısına sahip olmayan bir dünyanın sıkıcı olabileceği ve internet bağlantısı yavaşladığında sinirli olabileceği belirtilmiştir. Bir başka çalışmada, araştırmacılar internet bağımlılığı ile ilgili davranışların obsesif-kompulsif bozukluk ile ortak özellikte olduğu ve benzer şekilde tedavi edilebileceği konusunda varsayımda bulunmuşlardır; yine, bu araştırmacılar az sayıda internet bağımlılığı ile ilgili çalışmaların obsesif-kompulsif bozukluk ölçütlerini karşıladığını bulmuşlar, ancak bunlardan hiçbirinin dürtü kontrol bozukluğu için gerekli

kriterleri karşılamadığını belirtmişlerdir. Bu ilişkinin varlığına internet bağımlılığında beyin kimyasının rolü varsayımı neden olmuştur. Birçok dürtü kontrol bozukluklarının ve kompulsif yeme, alışveriş ve kleptomani gibi davranışsal bağımlılıkların dopaminerjik etki nedeniyle geliştiği düşünülmektedir. Patolojik kumar oynamanın, madde bağımlılarında olduğu gibi kortikal uyarılma nedeniyle geliştiği ve naltrekson tedavisinin bazı bireylerde problemlili kumar davranışını hafiflettiği gösterilmiştir. İnternetin tatmin ediciliği ve bağımlılık yapıcılığının diğer davranışlar ile aynı şekilde ve aynı yollarla ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Genel olarak, çevrimiçi kumar, interaktif oyunlar ya da sohbet gibi internet içerikleri, basitçe internete erişimden ziyade tatmin edici sistemleri uyarmaktadır (Yellowlees ve Marks, 2007).

#### **2.1.4. İnternet Kullanımının Fiziksel Etkileri**

Uzun süre bilgisayar önünde kalma ile yeme alışkanlıkları, fiziksel aktivite azlığı ve obezitede artış arasında doğrusal bir ilişki vardır. Obezite enerji alımını arttıran ya da enerji tüketimini azaltan faktörlerin oluşturduğu enerji dengesizliğinden kaynaklanır. Bilgisayarda fazla zaman geçirme, çocukların oyun oynama, spor yapma gibi etkinliklere daha az zaman ayırmalarına neden olarak enerji tüketiminde azalmaya yol açmaktadır. Bilgisayar önünde bir şeyler atıştırma alışkanlığı ise enerji alımını arttıran bir faktördür. Bu durumlar obezite gelişiminde rol oynayan önemli risk faktörleridir. Obezite ise beraberinde hiperinsulinemi, hiperlipidemi ve hipertansiyon gibi ikincil riskler getirmektedir (Shields ve Behrman, 2000). Obezite ve bilgisayar kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yoktur. Ancak bilgisayar kullanımına benzer olacağı düşünülebilecek olan aşırı televizyon izleme ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda televizyon izlemenin fazla enerji kullanımını sağlayan fiziksel aktiviteye katılımı azaltarak ve yiyecek reklamlarının bir sonucu olarak ya da televizyon seyredirken yüksek kalorili gıdaların tüketimini arttırarak obeziteye neden olabileceği belirtilmektedir (Lowry ve ark., 2002; Patrick ve ark., 2004; Vandewater ve ark., 2004). Uzun süreli bilgisayar kullanmak çocuklarda fiziksel problemlere de yol açabilmektedir. Bu problemlerin başında; göz rahatsızlıkları, radyasyonun olumsuz etkileri, duruş ve iskelet yapısında bozukluklar gelmektedir. Uzun süre bilgisayar kullanımı kas gruplarının sürekli tekrar eden hareketlerin baskısı altında tutulması sonucu karpal tünel sendromu gibi sorunlara yol açmaktadır (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009).

### **2.1.5. İnternet Kullanımının Psikososyal Etkileri**

İnternet sayesinde çocuklar ve gençler elektronik posta ve sohbet odaları aracılığıyla yeni dostluklar kurmakta, arkadaşlıklarını sürdürmekte, sosyal yaşantılarını paylaşmakta, günlük olaylar hakkında sohbet etme imkânı bulmakta ve sosyal ilişkilerini sürdürmektedirler. Dolayısıyla internet, çocuğun ve adölesanın sosyalleşme süreci içinde kendini tanıması, kendi doğru ve yanlışlarını, kurallarını ve değerlerini değerlendirmesi için kullandığı bir araçtır. Ancak bilgisayar ve interneti fazla kullanmaktan dolayı çocuğun psikososyal gelişimi olumsuz etkilenmektedir. Çocuğun tam bir iyilik hali içinde gelişimi için gerekli olan okul, aile ve arkadaş etkileşimi yerini elektronik arkadaşlığa bırakmakta, bu durum ise kişiler arası ilişki kurma ve sürdürme becerisini olumsuz yönde etkilemektedir. Problemlerle internet kullanımı ile depresyon, sosyal izolasyon, yalnızlık ve ev/okul/iş performansında azalma arasında doğrusal bir ilişki vardır (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009). İnternet kullanımının etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada internet erişiminin ilk yılında gençlerin çevrimiçi geçirdikleri zaman ile birlikte yalnızlık ve depresyon düzeylerinde artış olduğu belirlenmiştir (Shields ve Behrman, 2000). Uzun süre internet kullanmanın neden olduğu diğer bir problem de internet bağımlılığıdır. Yapılan araştırmaların bir kısmı bilgisayarda fazla zaman geçirmenin negatif etkileri, bir kısmı ise internet bağımlılığı üzerine odaklanmıştır. “İnternet bağımlılığı” terimini ilk kez Goldberg (1996) kullanmış, tartışmaya açmış ve DSM-IV’teki alkol bağımlılığı tanı ölçütleri doğrultusunda internet bağımlılığı tanı ölçütlerini geliştirmiştir. Goldberg’in hemen ardından klinisyenler tarafından bazı yeni tanı ölçütleri geliştirilmiştir (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009). Kubey ve ark. (2001) tarafından 57 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, öğrencilerin %9’u kendilerinde internet bağımlılığı nedeni ile psikolojik sorunların olabileceğini belirtmiştir. İnternet bağımlılarının diğer öğrencilere göre iki kat daha fazla çevrimiçi zaman geçirdikleri saptanmıştır. Çin’de adölesan döneminde internet bağımlılığı prevalansı ve bu adölesanların psikolojik özelliklerini saptamak amacıyla 12–18 yaş arası 2.620 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %2’sinin internet bağımlısı olduğu, bağımlı olmayan öğrencilerin haftada 3,1 saat, bağımlı grubun ise 11,1 saat internet kullandığı belirlenmiştir. İki grup psikolojik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, bağımlı grupta psikolojik, emosyonel ve sosyal sorunların daha fazla olduğu saptanmıştır (Cao ve Su, 2007). Benzer şekilde Norveç’te gençlerde internet bağımlılığının prevalansını saptamak amacı ile 12–18 yaş arası 3.237 kişi ile yapılan çalışmada gençlerin %2’sinin Young’ın bağımlılık kriterlerine uyduğu,

%9'unun ise bağımlılık açısından risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada erkeklerde, küçük yerleşim yerlerinde yaşayanlarda ve tam gün bir işyerinde çalışanlarda internet kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır (Johansson ve Göttestam, 2004). Nalwa ve Anand (2003) tarafından yapılan çalışmada 16–19 yaş arası Hindistanlı öğrencilerin %33'ünün günde iki saatten fazla internet kullandığı ve internet bağımlılığı için riskli grubu oluşturdukları ve bağımlı olmayanlara göre sosyal açıdan daha izole oldukları belirlenmiştir. Niemz ve ark. (2005) tarafından Britanyalı öğrenciler ile yapılan çalışmada da haftada 10–14 saat internet kullanımının patolojik olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da internet bağımlılarının benlik saygılarının düşük, sosyal ilişkilerinin kısıtlı olduğu saptanmış, ancak bu durumun bağımlılığın bir sonucu olabileceği gibi bağımlılığın nedeni de olabileceğine dikkat çekilmiştir (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009).

Çocuklarda internet bağımlılığı yanında denetimsiz kullanım sonucu zararlı sitelere girip ruhsal açıdan etkilenmeleri de risk oluşturmaktadır. Çocuklar, özümsemeye hazır olmadıklarından bir konuda aldıkları bilgiyi nasıl değerlendireceklerini çoğunlukla bilememektedirler. Bu durum onların duygu, bilinç ve davranış düzeyinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Kontrolsüz bir şekilde internette dolaşan çocuğun karşısına pornografi, şiddet ve kötü alışkanlıklara ait siteler çıkabilmektedir. Bu siteler özellikle küçük yaştaki çocuklar ve kimlik arayışındaki gençler için ciddi sorunlar oluşturabilmektedir. Özellikle adölesan döneminde gelişen kimlik duygusu nedeni ile kişi yaşıtı gruplara ait olma, rolünü, yerini ve değerini tanıma isteği içinde olmaktadır. Kendisine toplum içinde bir yer arayan adölesan, geçici bir süre de olsa belli gruplarla ya da kahramanlaştırdığı kişilerle aşırı özdeşim kurar (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009). Subrahmanyam ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada internette sohbet odalarındaki 583 gencin %5'inin cinsel içerikli konuları paylaştıkları, %3'ünün müstehcen dil kullandığı ve kontrollü sohbet odalarında ise bu tür konuların serbest odalara göre daha az konuşulduğu belirlenmiştir. İnternet kafe kullanıcılarının tercih ettikleri bilgisayar oyunlarının / internet sitelerinin türlerini belirlemek amacı ile 72 internet kafede bulunan 224 kullanıcı ile yapılan çalışmada en fazla savaş türü oyunların (%27) tercih edildiği saptanmıştır (Akgündüz ve ark., 2006). Şiddet içerikli programlar çocuklarda saldırgan kişiliğin gelişmesine yol açabildiği gibi şiddete karşı duyarsızlık ve korku gibi duygularda artışa da neden olabilmektedir (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009).

### **2.1.6. İnternet Kullanımının Bilişsel Etkileri**

Zihinsel süreçlerindeki özelliklerinden dolayı çocuklar gördüklerini yetişkinler gibi algılayamamakta ve yetişkinlerden farklı şekilde etkilenmektedir. Çocuklar kurmaca-gerçek arasındaki farkı yetişkinler kadar kolay biçimde algılayamamaktadırlar. Bu nedenle gerçek dünya ile bilgisayar oyunu ve internetteki dünyayı ayırt edememektedir. Bu durum çocukların zarar görebilecekleri davranış özellikleri göstermelerine neden olabilmektedir (Subrahmanyam ve ark., 2006).

Bilişsel beceriler; neden-sonuç ilişkisi kurma, kelime ve sayıları öğrenme ve hatırda tutma için gerekli olan becerilerdir. Bilgisayar oyunları ve internet sözel bilgi yerine görsel bilgi süreci üzerine odaklanmaktadır. Bu nedenle bilgisayar kullanımı çocukların üç boyutlu algılama yeteneklerini geliştirmektedir. Klavye kullanabilme ise el-göz koordinasyonunu sağladığı gibi ince motor gelişimi desteklemektedir (Subrahmanyam ve ark., 2006). Ancak bunun tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Li ve Atkins (2004) tarafından yapılan çalışmada bilgisayar kullanımı ile çocukların görsel motor ve kaba motor becerileri arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Bilgisayar teknolojisinin hızla ilerlemesi ile birlikte bilgisayar ve internet eğitim alanında da yerini almıştır. Eğitim sistemi ve öğretmenler açısından bilgisayar ve internet kullanımı ile ilgili dile getirilen farklı bir görüş ise internette var olan yoğun bilginin öğretmen, kitap, kütüphane, araştırmacılık, deney ve gözlem gibi normal eğitim araçlarına olan olumsuz etkisidir. Çocuklar özellikle ödevlerini yaparken kolayı tercih ederek bilgisayar ve internet ile yetinebilmektedirler. Bilgisayar oyunları, sanal sohbet ve internet bağımlılığı ders çalışma davranışına engel olarak akademik başarının düşmesine yol açabilmektedir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada akademik başarısı düşük olan öğrencilerde internet kullanımının diğerlerine göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Kubey ve ark., 2001). Uzun süre bilgisayar kullanmanın neden olduğu bir diğer bilişsel problem ise dikkat eksikliği-hiperaktivite semptomlarına yol açmasıdır (Karayağız Muslu ve Bolışık, 2009).

### **2.2. Adölesan Dönemi Psikososyal Gelişim**

Adölesan dönemi kendi içinde 3 döneme ayrılır;

1. Erken Adölesan Dönemi: 10-13 yaşlar arasındaki dönemdir.
2. Orta Adölesan Dönemi: 14-17 yaşlar arasındaki dönemdir.
3. Geç Adölesan Dönemi: 17-18'li yaşlardan başlayıp 21'li yaşlarda sona erer.



1. Erken Adölesan Dönemi (Başlangıç Evresi): Bu dönemde adölesanların en önemli uğraşları bedenleridir. Ayna karşında çok fazla zaman geçirirler. Hızlı fiziksel gelişime uyum sağlayarak bu değişikliklerle baş etme çabaları gösterirler (hızlı büyüme, yüzde çıkan sivilceler, yeme bozuklukları, vb. belirtiler). Cinsel kimlik önem kazanır, çocukluktan farklı olarak adölesan bir kız ya da erkek kimliği algılanmaya başlanır. Bu dönemde daha çok aynı cinsten olan yakın arkadaşlıklar ve grup aktiviteleri tercih edilir. Bilişsel gelişme ve soyut kavramları düşünebilme yetisi gelişir (Felsefe ve dine yönelme gibi). Hayal kurma eğiliminde oldukları bir dönemdir ve gerçekçi olmayan meslek seçimleri yaparlar. Duygusal dalgalanmalar sık görülür. Aile aktivitelerine ilgi azalır. Anne - babaların kusurlarının farkına varılır. Nasihatler ve tavsiyelerden hoşlanılmaz. Aile ile çatışmalar minimaldir.

2. Orta Adölesan Dönemi: Bu dönemde anne-babadan ayrışma, farklı bir birey olma ve bu durumu anne-babaya kabul ettirme çabaları pik yapmıştır. Bu nedenle anne – baba ile çatışmalar artar. Arkadaş grupları daha fazla önem kazanır. Cinsel kimlik gelişmiştir ve karşı cinse ilgi duyma, tanımaya çalışma önem kazanır. Artık fiziksel değişimler açısından rahatlamıştır ve ne giyeceği, nasıl makyaj yapacağı, saçını nasıl şekillendireceği gibi şeylere daha fazla zaman harcar. Kendi kararlarını verebilme ve bağımsızlık isteği artar. Ne yapmaları gerektiğinin söylenmesinden aşırı rahatsız olabilirler. Bu dönemde kendilerini oldukça güçlü hissederler. Kuralları ve sınırları zorlamayı dener, riskli davranışlara girişebilirler. Düşünme ve davranışlarını daha iyi değerlendirmenin sonucu olarak pişmanlık veya utanç, güvensizlik veya çekingenlik duyguları ortaya çıkabilir.

3. Geç Adölesan Dönemi: Artık psikolojik olgunluğa erişip, erişkin bir birey olunmuştur. Ailenin tavsiye ve değer yargılarının kabullenildiği, ergenlik boyunca öğrenilen, gözlenen, deneyim kazanılan doğru ve yanlışların harmanlanarak kişiliğin olduğu dönemdir. Adölesanlar bu dönemde artık kişiliklerini oluşturur ve toplum içinde sorunları üstlenebilecek sorumluluğa sahip bireyler olurlar. Kimlik duygusu oluşur. Pubertal değişimler kabullenilir. Yaşlılar artık daha az önemlidir ve yerini derinlemesine ilişkilere bırakır. Aile kurma ve evlilik planları yapılmaya başlanır. Uygulanabilir gerçekçi meslek seçimleri yapılır. Sonunda genç; kimlik duygusu edinmiş, yakın ilişkiler kurabilme, kendine iş ve eş seçebilme gibi becerileri kazanmış ve toplum içinde erişkin rollerini üstlenecek sorumluluğa sahip olmuştur (Öztürk Özer, 2013).

### **2.3. Adölesanlarda Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları**

Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden kendileri ile ilgili büyük değişimler yaşayan adölesanlar beden imgeleri, sosyal rolleri ve kişilikleri ile daha çok ilgilenmeye başlarlar. Bu dönemde gelecekle ilgili kaygılar taşır ve kendi geleceklerini biçimlendirme uğraşısına girerler. Soyut düşünebilme ve kavrama yeteneği gelişen adölesanlar zamanın, ölümlülüğün farkına varır, dini ve felsefi konularla yakından ilgilienirler. Onların beden imgeleri ile ilgili olumsuz düşünceleri, gelecek kaygıları, olumsuz aile ve arkadaş ilişkileri, karşı cinsle ilişkilerinde yaşadıkları olumsuzluklar birer gerilim kaynağı olarak adölesanları kimi zaman mutsuzluk ve ümitsizliğe düşürebilir. Bu nedenlerle erken dönem adölesanlarda duygusal dalgalanmalar sık görülür. Gün hatta saatler arası değişen duygusal iniş çıkışlar çoğu zaman anormal olarak görülebilir. Ergen kimi zaman çocuk, kimi zaman yetişkin gibi davranabilir. Ergenin stres ile başa çıkabilmesi ve uygun beceriler geliştirmesi için destekleyici aile ve arkadaş çevresi içinde bulunması önemlidir (Pekcan, 2012).

Adölesanın yetişkin hayata geçiş sürecinde karşılaştığı güçlükler, kişilik özellikleri kaygı, depresyon ve bazı psikolojik sorunlara yol açabilir. Genellikle yalnızlık duygusu, kararsızlık, okul başarısında azalma, konsantrasyon güçlüğü, doyumsuz ilişkiler kuramama gibi semptomlarla kendini belli eden depresyon aslında bu dönemde yetişkin döneme oranla daha fazla değildir. Yetişkin ve adölesanda depresyon semptom ve kriterleri benzerdir. Ancak adölesanlarda karamsarlık ve mutsuzluk ön plandadır. Stres ile değişen hormonal aktiviteler uykusuzluk, huzursuzluk ve yeme bozukluklarına neden olur. Yapılan bazı çalışmalar yetişkinlerde görülen depresyonda büyüme hormonu düzeylerinde düşme, buna karşın adölesan dönemde görülen depresyonda bu hormon düzeylerinde artma olduğunu göstermiştir. Diğer bir fark ise adölesan dönemde depresyon tedavisinde trisiklik antidepressanlardan beklenildiği kadar olumlu sonuç alınmamasıdır. Bu bilgilere rağmen yetişkin ve adölesan başlangıçlı depresyonların gerek semptom ve mekanizma gerekse tedavi açısından birbirinden farklı olmadığı görüşü hâkimdir (Pekcan, 2012).

Depresyon, panik bozuklukları (panik atak) ve çocukluk dönemine ait ayrılma bunalısının aynı kişide bulunması olasılığı sıktır. Bu durumdan genetik özellikler kadar aynı olumsuz çevre koşullarının sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Tüm bu bozukluklar antidepressanlarla tedaviye olumlu yanıt verirler. Aslında bu farklılıkların altında yatan nedenin ise aynı temel psikolojik bozukluğa bağlı farklı klinik yansımalar olduğu düşünülmektedir. Hormonal aktivite yönünden de benzer olan bu üç ruhsal

bozukluk yetişkin ve adölesanda benzer semptomlarla kendini belli eder ve benzer sıklıkta görülür (Pekcan, 2012).

Adölesanlarda özellikle son yıllarda sıklığı artmakta olan intihar eylemi genellikle ani gelişen bir olay değildir. Uzun süren kronik depresyon, kişiyi giderek daha mutsuz hale getirir. Umudun ve gelecekle ilgili hayallerin bitmesi kişiyi yalnızlık ve güçsüzlük duygularına iter. Bu kişilerde genellikle aile ile ilişkiler ve iletişim bozulmuştur. İntihardan hemen önce ise yaşanan sıkıntılar ve ruhsal sorunlar daha da artmıştır. Kişi sosyal ilişkilerinde başarısız ve çevresinden izole olmuştur. İntihar teşebbüsü kızlarda, intihar sonucu ölümler ise erkeklerde daha sıktır. Öğrenim yılları arttıkça ve eğitim düzeyi yükseldikçe, orta adölesan dönemden geç adölesana yaklaştıkça sıklığı da artar. İntihar umutların bitmesidir ve adölesan bunun sinyallerini önceden mutlaka verir (Pekcan, 2012).

#### **2.4. Adölesanlarda Beslenme Sorunları**

Beslenme sorunlarının bir bölümü, adölesanın yaşam şekliyle, diğer bölümü ise bilinçsizlik sonucu kazanılan hatalı alışkanlıklarla ilgili olabilir. Hatalı alışkanlıkların düzeltilmesi, ancak eğitimle mümkündür. Beslenme konusunda yapılan araştırmalar yetersiz beslenme kadar, aşırı beslenmenin de sağlığı ve yaşam süresini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Naçar ve Günay, 2011).

Orta öğretimde adölesanlar üzerinde yapılan bazı araştırmalar, gençlerin önemli bir bölümünün düzenli kahvaltı etmeden okula gittiklerini, açlık duygusunun tatmini için okul kantinleri ve çevreden besleyici değeri düşük şeyler aldıklarını göstermektedir. Adölesanlarda beslenme ile ilgili yapılan hatalar, o andaki sağlık ve verimlilik düzeyini düşürdüğü gibi, ileri yaşlardaki sağlık ve verimliliğini de olumsuz etkiler. Bu nedenle adölesanların yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilinçlendirilmesi ve beslenme için gerekli koşulların sağlanması üzerinde önemle durulmalıdır. Beslenme alışkanlıklarındaki değişim, günümüzde obezite ve daha az sıklıkla da anoreksiya veya bulimia nevroza gibi problemlere yol açmaktadır (Naçar ve Günay, 2011).

##### **2.4.1. Obezite**

Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış göstermektedir. Teknolojinin ilerlemesiyle ortaya çıkan yenilikler insanlığın hizmetine sunulmakta ve bunun sağladığı imkânlar sayesinde insanlar daha az hareket etmektedirler. Beslenme

tarzındaki değişiklikler ve fiziksel hareket azlığı gibi bir takım olumsuz koşullar bir araya geldiğinde tüm dünyada obezite (şişmanlık) görülme sıklığı artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Dünyada her yıl 2,8 milyon insan, fazla kilolu ve obezite (şişmanlık) nedeniyle hayatını kaybederken, hareketsizlik (fiziksel inaktivite) yüzünden her yıl 3,2 milyon insan hayatını kaybetmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tüm yetişkinlerin yarısı ve çocukların ise beşte biri fazla kiloludur. Bu çocuklarında üçte biri obez olup, rakamlar hızla artmaktadır. Fazla kiloluluk ve obezite bulaşıcı olmayan hastalık oranlarının artmasına, yaşam süresinin kısalması olgusuna katkıda bulunmakta, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Ülkemizde çocuk ve adölesanların büyümelerinin izlendiği ulusal araştırmalar mevcut olmamakla birlikte yerel ve bölgesel düzeyde yapılan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde ülkemizde fazla kilolu olma ve obezite sıklığının giderek arttığı, çocukluk çağı obezitesinin %6,5, fazla kilolu oranının %14,3'e ulaştığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Mustillo ve ark.'nın (2003) yaptıkları bir çalışmada adölesanların %73'ünün hayatlarının hiçbir dönemlerinde obez olmadıkları, %15'inin kronik obezite sergiledikleri, %5'inin sadece çocukluk döneminde, %7'sinin sadece adölesan döneminde obezite tanısı aldıkları görülmüştür.

Pubertal dönem obezite gelişiminde kritik dönemdir. Bu dönemde enerji alımı ve tüketimi dengesizlikleri aşırı yağlanma ile sonlanabilmektedir. Aşırı televizyon seyretme ve fiziksel aktivite azlığı da obezitenin etyolojisinde yer almaktadır. Obezite, son yıllarda oldukça artan glukoz intoleransı/tip 2 Diabetes Mellitus (DM) gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (Naçar ve Günay, 2011).

Epstein ve ark.'nın (1994) adölesanların ailelerine davranışsal eğitim vererek yaptıkları bir çalışmada, adölesanların %34'ünün kilosunda azalma olmuş, on yılın sonunda %30'unun artık obez olmadığı görülmüştür. Bu çalışma, aile desteğinin, yeme ve aktivite davranışlarının değişimi üzerindeki önemine dikkat çekmektedir. Obezite tedavisinde en iyi sonuçlar, ailenin işbirliğinde diyet ve egzersiz müdahalelerini içerir.

Obez adölesanlar için birinci hedef, ideal vücut kilosunu sağlamak değil, sağlıklı yeme ve aktivite alışkanlıkları geliştirmektir. Yeme ve aktivite modelleri çoğunlukla öğrenilmiş davranışlardır ve değiştirilebilir. Birçok çalışmada ebeveynlerin tedaviye dâhil olmasının kısa ve uzun dönem başarı oranlarında artış sağladığı belirtilmektedir (Naçar ve Günay, 2011). Barlow ve Dietz'in (1988), yeme alışkanlıkları, aktivite ve

ebeveyn davranışlarının farkında olma; problemlili yeme ve aktivite davranışlarını ortaya çıkarma; çocuğun sahip olduğu davranışlarda yapabileceği küçük adımlarla yapma ve ancak yapılan değişiklik yürümeye başladığında yeni değişikliği gündeme getirme olarak belirttiği dört ana yaklaşım modeli vardır.

Stone ve ark.'nın (1998) yaptığı bir çalışmada, yeme düzenini gözden geçirme, özellikle TV izleme gibi hareketsiz yaşantıyı değiştirme ve aktivite seviyesini arttırmaya yönelik eğitim 6.-8. sınıf programına eklenmiştir. İki yıllık takip sonucunda, obezite yaygınlığının kızlarda kontrollere göre azaldığı ve TV izleme süresinde anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur. Okullarda beden eğitimi saatlerinin ve spor aktivitelerine katılımın artırılması, benzer şekilde okul ve ev arasındaki ulaşımın yürüme ya da bisiklet sürme gibi aktif şekilde yapılması desteklenmelidir. Kilo vermek için obez adölesanlar aldıkları enerjiden daha fazlasını harcamalıdır. Bu aynı zamanda televizyon ya da bilgisayar karşısında geçirilen zamanın da kısıtlanmasını kapsar.

Günümüzde obez çocuk ve adölesanların tedavisinde, Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanan hiçbir farmakolojik yaklaşım yoktur. Günümüzde epidemik hale gelen obezitenin kontrolünde anahtar strateji önlemedir. Birincil korunmada çocuğun obez ya da aşırı kilolu olması engellenir. İkincil korunmada, kilo vermeyi takiben tekrar kilo almasını önleme çalışmaları vardır. Ayrıca, kilo vermesi mümkün olmayan obez bireylerin daha fazla kilo almasını önlemek, diğer bir önleme yaklaşımını içerir. Çoğu yaklaşım, bireyin diyet davranışlarında değişim yapma ve egzersizlere odaklanmıştır (Naçar ve Günay, 2011).

Adölesanın yaşadığı çevrede yürüyüş alanları, bisiklet yolları, basket sahaları gibi koşulların sağlanması, uygun bir yaklaşım olacaktır. Sürekli yemek yediği ortam olan eğitim kurumlarında, diyet içeriğinin daha az kalori besinlerle düzenlenmesi önem kazanmaktadır. Sonuç olarak, aşırı kalori alımı ve azalmış fiziksel aktivite adölesan çağı obezitesiyle ilişkilidir. Obezitesi olan adölesanın daha fazla kilo almasını önlemede, hareketsiz yaşantısını azaltmaya ve serbest oyunları desteklemeye odaklanmanın, planlı egzersize ve daha az besin alınmasına göre daha etkili bir yaklaşım olduğu bilinmektedir (Naçar ve Günay, 2011).

Çocuklarda ve adölesanlarda, fazla kiloluk ve obezitenin ölçümü için basit bir indeks geliştirmek zordur, çünkü onların vücutları büyürken bir dizi fizyolojik değişiklikler geçirmektedir. Yaşa bağlı olarak, vücudun sağlıklı kilosunu ölçmek için farklı yöntemler kullanılabilir:

0-5 yaş arası çocuklar için: 2006 yılı Nisan ayında çıkarılan DSÖ Çocuk Büyüme Standartları, bebekler ve 5 yaşa kadar küçük çocuklar için fazla kiloluluk ve obezite ölçümlerini içermektedir.

5-19 yaş arası bireyler için: DSÖ 5-19 yaşlar için Büyüme Referans Verisi'ni geliştirmiştir. Bu referans 1977 Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi (NCHS)/DSÖ referansının yeniden yapılandırılmasıdır ve 5 yaşa kadar küçük çocuklar için DSÖ çocuğun büyüme standartları örneğinden verilerle desteklenmiş, orijinal NCHS veri kümesi kullanılmıştır.

Yetişkinler için: Fazla kiloluluk ve obezite için en sık kullanılan ölçüt BKİ'dir. Fazla kiloluluk ve obeziteyi yetişkinlerde sınıflandırmak için basit bir göstergedir.

Her iki cinsiyette ve her yaş yetişkin için aynı durumu ifade eden BKİ, fazla kiloluluk ve obezitenin en faydalı olarak toplumsal düzeyde ölçümünü sağlar. Ancak, farklı kişilerde aynı vücut yağ yüzdesi uygun olmayabileceğinden dolayı kaba bir rehber olarak kabul edilmelidir ([http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/)).

#### **2.4.2. Obezite ile İlgili On Gerçek**

1. Fazla kiloluluk ve obezite "sağlığı bozan, anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır.

Beden kitle indeksi (BKİ), kişinin kilogram olarak ağırlığının, metre olarak yüksekliğinin karesine bölünmesidir ( $\text{kg/m}^2$ ). BKİ yetişkinlerde fazla kiloluluk ve obeziteyi sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan bir indekstir. Dünya Sağlık Örgütü BKİ 25'e eşit veya daha fazla olan kişiyi fazla kilolu, BKİ 30 veya daha fazla olan kişiyi ise genellikle obez olarak tanımlar.

2. 2008 yılında 1,4 milyardan fazla yetişkin fazla kilolu ve yarım milyardan fazlası da obezdir.

Her yıl en az 2,8 milyon insan fazla kilolu veya obez olmanın bir sonucu olarak ölmektedir. Obezite prevalansı yaklaşık 1980 ve 2008 yılları arasında iki katına çıkmıştır. Eskiden yüksek gelirli ülkeler ile ilişkili olan obezite, şimdi düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygındır.

3. Küresel olarak, 2008 yılında 40 milyon okul öncesi çocuk fazla kilolu olarak bulunmuştur.

Çocukluk dönemi obezite, 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Fazla kilolu çocukların yetişkinlikte obez olma olasılığı yüksektir. Onların, genç yaşta diyabet ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma olasılığı fazla kilolu olmayan

çocuklara göre daha fazladır, böylelikle de erken ölüm ve sakatlıklar daha yüksek bir olasılıkla ilişkilendirilmektedir.

4. Fazla kiloluluk ve obezite düşük kiloluğa göre dünya genelinde daha fazla ölümlere neden olmaktadır.

Dünya nüfusunun %65'i fazla kiloluluk ve obezitenin, düşük kiloluğa göre daha fazla insanı öldürdüğü bir ülkede yaşamaktadır. Bu durum, tüm yüksek gelirli ve orta gelirli ülkeleri kapsamaktadır. Küresel olarak, diyabetin %44'ü, iskemik kalp hastalığının %23'ü ve bazı kanserlerin ise %7-41'i fazla kiloluluk ve obeziteye atfedilebilir.

5. Bir kişi için, obezite genellikle tüketilen kalori ve harcanan kalori arasındaki dengesizlik sonucu olmaktadır.

Fiziksel aktiviteye eşit bir artış olmaksızın, yüksek kalorili gıdaların artan tüketimi sağlıksız olarak kilo artışına yol açar. Fiziksel aktivite düzeylerinin azalması aynı zamanda enerji dengesizliğe neden olabilir ve kilo almaya yol açar.

6. Destekleyici çevre ve toplumlar insanların seçimlerini şekillendirmede ve obezitenin önlenmesinde temeldir.

Bireysel sorumluluklar, sağlıklı seçimler yapılması desteklendiğinde, insanların sağlıklı bir yaşama erişebilmesi için geniş bir etkiye sahip olabilir. DSÖ, sağlıklı ortamların şekillenmesi ve sağlıklı beslenme seçeneklerinin uygun fiyatlı ve kolay erişilebilir hale getirmesinde hayati bir rol oynayan paydaşları harekete geçirmektedir.

7. Çocukların seçimleri, diyet ve fiziksel aktivite alışkanlıkları, kendi çevresi tarafından etkilenmektedir.

Sosyal ve ekonomik kalkınmanın yanısıra tarım, ulaşım, şehir planlama, çevre, eğitim, gıda işleme, dağıtım ve pazarlama alanlarında politikalar, çocukların beslenme alışkanlıkları ve tercihlerinin yanısıra fiziksel aktivite alışkanlıklarını da etkiler. Giderek artan bu etkiler, sağlıksız kilo alımını teşvik ederek çocukluk dönemi obezite prevalansında sürekli bir artışa yol açmaktadır.

8. Sağlıklı bir beslenme obezitenin önlenmesine yardımcı olabilir. Bu konuda bireyler şunları yapabilir:

- Sağlıklı bir kiloyu korumak
- Toplam yağ alımını sınırlamak
- Meyve, sebze, bakliyat, tam tahıllar ve fındık tüketimini artırmak
- Şeker ve tuz alımını sınırlamak

9. Düzenli fiziksel aktivite sağlıklı bir vücudu korumaya yardımcı olur.

İnsanlar hayatları boyunca fiziksel aktiviteye yeterli zaman ayırmalıdır. Çoğu günlerde, düzenli olarak en az 30 dakika yapılan orta yoğunluklu fiziksel aktivite kalp-damar hastalıkları, diyabet, kolon kanseri ve meme kanseri riskini azaltır. Kas kuvvetlendirilmesi ve denge eğitimi düşmeleri azaltmakta ve yaşlı yetişkinler arasında hareketliliği artırabilmektedir. Daha fazla aktivite kilo kontrolü için gerekli olabilir.

10. Küresel obezite salgınının engellenmesi için toplum tabanlı, multisektörel, multidisipliner ve kültürel açıdan uygun bir yaklaşım gerekmektedir.

DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Stratejisi Eylem Planı, obezite dâhil olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların gözetim, önleme ve yönetimi için girişimler oluşturmak ve güçlendirmek için bir yol haritası sağlamaktadır (<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/index.html>).

### **2.4.3. Anoreksiya Nervoz ve Bulimia Nervoz**

Kız adölesan ve genç erişkin nüfusun %0,5-1'inde anoreksiya nervoz (AN) ve %0,9-4,1'inde bulimia nervoz (BN) görülür. Son 50 yıldır yeme bozukluklarında belirgin bir artış olmuştur. Bu rakamlar özellikle gelişmiş ülkelerdeki çalışmalara dayanmaktadır, düşük gelirli özellikle gıda sıkıntısı veya kıtlık çeken ülkeler için geçerli değildir. AN, obezite ve astımdan sonra ABD'de adölesan kızlar arasında üçüncü en sık görülen kronik bir hastalıktır. Adölesan kızların %5-15'i, kendisi tarafından uyarılan kusma, laksatif ve diüretik gibi sağlıksız diyet kontrol yöntemlerini kullanmaktadır. AN'nın başlangıcı çoğunlukla 14 ile 18 yaş içinde ortaya çıkarken, BN'nin ortaya çıkışı ergenlik döneminden erken dönem yetişkinliğe geçiş zamanı civarındadır. Yeme bozukluklarının insidans ve prevalansı düşük olsa da, yeme bozukluklarının sonuçları ciddidir. AN veya BN hastalarının yaklaşık olarak %25-33'ünde bir kronik hastalık gelişir. Yeme bozuklukları madde kullanım bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozuklukları ile yüksek seviyede birliktelik göstermektedir. Yeme bozuklukları özellikle kadın sporcular, bale öğrencileri, mankenler ve aşçılık öğrencilerinde olmak üzere adölesan ve erişkin kadınlarda ortaya çıkar (WHO, 2004).

AN'nın en önemli belirtisi ince kalmak için duyulan aşırı istek ve bir deri bir kemik kalmasına rağmen hala şişman olduğu düşüncesinin hâkim oluşudur. Bu hastalar bozulan beslenme düzeyi ve besin tüketiminin az olması nedeni ile daha az hormon üretirler. Bunun sonucu olarak sıklıkla amenore şikâyeti ile kliniğe gelirler. AN'da görülen kişilik özellikleri benzer olup, bedensel imgeleri ile olumsuz düşünceler,



şişmanlamaya karşı korku, “ya hep ya hiç” düşünce tarzı, cinsel çocuksuluk, boyun eğcilik ve aile içinde olumlu ve uyumlu olma, bireyselleşme ve aileden ayrışma konularına olan aşırı korku şeklindedir. Bireyin aç kalarak büyümeye ve ayrışmaya aynı zamanda da cinsel kimlik kazanmaya karşı koyduğu düşünülmektedir. Besinsiz kalan beden stres ve anksiyeteye neden olan hormonların da düzeylerini azalttığından birey iç çatışmadan da bu sayede korunmuş olur. Bu bireyler entelektüel başarıya, cinsellik dışında beğenilmeye fazla değer verirler. Kendileri ile ilgili beklentileri fazla abartılı olan bu kişiler başkalarının kendileri ile ilgili düşüncelerine oldukça değer verir ve eleştirilmekten korkarlar. Kültürel açıdan ince beden yapısının desteklenmesi bu kişilik yapısında olan bireyleri fazlaca etkiler. Bu hastalığı yakalan bireylerde yeme dürtüsü kontrolü oldukça güçlüdür. Diğer psikolojik bozukluklar ve fiziksel sağlık sorunları gibi aile içi olumsuzlukların daha sık olduğu görülmektedir. Bazı kaynaklar AN’lı bireylerin bu davranışlarını geliştirme ve sürdürmesinde aile ilgisini üzerine çekme, onlara gözdağı verme, pasif-agresif davranış kalıpları sergileyerek onlardan öç alma gibi duyguların etkisi olabileceğini belirtmektedir (Pekcan, 2012).

AN’da görülen güçlü yeme dürtüsü kontrolünün aksine BN’da dürtü kontrolünde zayıflık nedeniyle aşırı yeme, bunun sonucu olarak da suçluluk duygusu hâkimdir. Bu bireylerde de beden imgesi ile ilgili olumsuz düşünceler mevcut olup açlık ve tokluğu düzenleyen merkezlerde işlevsel bir bozukluk olabileceği düşünülmektedir. BN’da aşırı yeme isteği ve ataklarına istemli kusmalar, laksatif veya diüretik kullanımı eşlik eder. Bu bireyler depresyona yatkın olup engellenmeye karşı çabuk pes eder, çaresizlik ve yetersizlik duygularına kapılırlar. Bu hastalıkta da en çok korkulan aslında yine şişmanlamaktır. Bazı hastalarda bozukluk sadece yeme açlığı ve kilo kaygısı iken bazı hastalarda ciddi dürtü kontrol bozuklukları ve kişilik patolojileri görülebilir. Bu hastaların öyküsünde AN da bulunabilir (Pekcan, 2012).

Yeme bozukluklarının etyolojisindeki araştırmalar geniş bir hacimde olmasına rağmen, pek çok çalışma ileriye dönük tasarım ve kontrol grupları eksikliği gibi büyük metodolojik sınırlamalar göstermektedir. Bu sınırlamalar dikkate alınarak, olası risk tablosu ve yeme bozuklukları gelişiminde koruyucu faktörler ortaya çıkmaktadır. Sağlıksız diyet, aşırı kilo/şekil kaygıları ve vücut memnuniyetsizliğinin yanısıra aile ve sosyal etkiler, örneğin arkadaşlarının davranış modelleri ve kitle iletişim araçları ve düşük medya okuryazarlığı sayesinde zayıflığın toplumda daha çekici hale gelmesi hastalığa özgü önemli tutum ve davranışsal faktörler olarak tanımlanmaktadır. Genel risk faktörleri olarak güvensiz bağlanma, fiziksel ve cinsel istismar, zorbalık, düşük

benlik saygısı ve duygusal stres ve çatışma ile başa çıkma zorlukları saptanmıştır (WHO, 2004).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma Giresun il merkezinde yapılmıştır. Literatür taramasında, Giresun ilinde problemlerli internet kullanımını ile ilgili daha önce yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. İl merkezinin seçilmesinin nedeni liselerin genel olarak merkezde toplanmış olması ve ulaşım yönünden kolaylığıdır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni, Örnek Büyüklüğü, Örnekleme Birimi ve Yöntemi

Araştırmanın evrenini Giresun il merkezinde 17 lisede öğrenim gören 8136 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin okul türlerine göre sayıları Çizelge 3.1’de verilmiştir. Öğrencilerin 4219’u erkek, 3917’si kızdır. Optimum örnek büyüklüğünün saptanması için olayın görülüş sıklığına göre  $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$  formülü kullanılmış olup ( $\alpha = 0,01$ ,  $d = 0,02$ ,  $t = 2,58$ ,  $p = 0,10$ ,  $q = 0,90$ ), örnekleme alınacak birey sayısı en az 1265 olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 3.1. Giresun il merkezindeki liselere göre öğrenci sayıları**

Okul adı	Öğrenci sayıları		
	Erkek	Kız	Toplam
1. Atatürk Anadolu Lisesi	309	259	568
2. Giresun Fatih Ticaret Meslek Lisesi	45	84	129
3. Giresun Mimar Sinan Anadolu Lisesi	182	178	360
4. Giresun Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi	625	7	632
5. 125. Yıl Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi	457	10	467
6. Giresun Fen Lisesi	180	196	376
7. Atatürk Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	91	175	266
8. Giresun Ticaret Meslek Lisesi	330	348	678
9. Hamdi Bozbağ Anadolu Lisesi	280	333	613
10. Giresun Lisesi	432	405	837
11. Kız Teknik ve Meslek Lisesi	0	708	708
12. Aksu Anadolu Lisesi	289	318	607
13. Giresun Anadolu İmam Hatip Lisesi	458	391	849
14. Giresun İMKB Anadolu Öğretmen Lisesi	197	279	476
15. Giresun Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi	172	104	276
16. Giresun Güzel Sanatlar Lisesi	67	87	154
17. Giresun Spor Lisesi	105	35	140
<b>Toplam</b>	<b>4219</b>	<b>3917</b>	<b>8136</b>

Örnekleme yöntemi olarak küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla küme birimi olarak lise alınmıştır. 17 lise 1’den 17’ye kadar numaralandırılmış ve Rastgele Sayılar Tablosu’ndan yararlanılarak Giresun Fen Lisesi, Giresun Atatürk

Anadolu Lisesi ve Giresun Mimar Sinan Anadolu Lisesi örnekleme alınmıştır. Bu kümelerdeki öğrenci sayıları sırasıyla 376, 568, 360 olup, toplamda 1304 kişidir. Bu çalışmada örneklemin tümüne ulaşılması planlanmış olup, devamsızlık vb. nedenlerle örneklemin %90'ına (1175 öğrenci) ulaşılabilmiştir.

### **3.3. Araştırmanın Tipi**

Kesitsel tipte planlanmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bağımlı değişkenler: Yaşam tarzı alışkanlıkları, psikopatolojik semptomlar, obezite

Bağımsız değişkenler: Problemlili internet kullanımı

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler**

Araştırmacı tarafından araştırma konusuyla ilgili yayınlanmış makalelerden faydalanılarak anket formu oluşturulmuştur (Park ve ark., 2008; Kim ve ark., 2010; Goel ve ark., 2013). Anket formu altı sayfadan oluşmaktadır. Anket formu; sosyodemografik özellikler, internet kullanım özellikleri, yaşam tarzı özellikleri, antropometrik ölçümler (boy, kilo, BKİ), İnternet Bağımlılığı Testi, Duke Sağlık Profili Ölçeği ve Yeme Tutumu Testi'nden oluşmaktadır.

Sosyodemografik özellikler; okul, sınıf, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, aileyle birlikte yaşama durumu, ikamet yeri, baba/annenin hayatta olma durumu, baba/annenin eğitim durumu, baba/anne mesleği, ebeveynlerin medeni durumları, ailenin ekonomik düzeyi, aylık harcadığı para miktarı, alkol, sigara ve keyif verici sıradışı madde kullanım durumu, aile üyeleriyle olan ilişki durumu ve okul başarısı değişkenlerinden oluşmaktadır.

İnternet kullanım özellikleri; evinde/kendine ait bilgisayar olma durumu, internet kullanıp kullanmadığı, internet kullanım deneyimi, internet kullanım amacı, internet erişim yeri, internet erişim zamanı, haftalık internet kullanım süresi (gün/hafta), günlük internet kullanım süresi (saat/gün), uzun süreli internet kullanımına bağlı yaşanan sağlık sorunları değişkenlerinden oluşmaktadır.

Yaşam tarzı özellikleri; egzersiz yapma durumu, uyku düzensizliği durumu, günlük uyku süresi, yatma zamanı düzeni, öğün atlama durumu, öğün atlama nedeni, hazır yemek atıştırma durumu ve hazır yemek atıştırma nedeni değişkenlerinden oluşmaktadır.

İnternet Bağımlılığı Testi; kişinin bildirdiği internetin kompulsif kullanım şiddetini ölçen 20 maddelik 5 puanlık Likert tipi bir ölçektir. Toplam internet bağımlılığı puanları 20 ile 100 arasında değişen 20 maddenin olası toplam puanları ile hesaplanmaktadır. Katılımcılardan her bir madde için “Nadiren” ve “Her zaman” aralığındaki seçeneklerden birini işaretlemesi istenmiştir. Bu seçeneklere sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 puanları verilmektedir. Bağımlılık şiddeti, önerilere göre 20-49, 50-79 ve 80-100 puanlar sırasıyla normal, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmıştır (Young, 1998). “İnternet Bağımlılığı Testi” Young tarafından geliştirilmiş ve Bayraktar tarafından Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Çeviri testin Croanbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (Bayraktar, 2001).

Çalışmamızda İnternet Bağımlılığı Testi’nden 20 - 49 puan alanlar normal internet kullanımı (NİK) grubunda, 50-100 puan alanlar ise problemlili internet kullanımı (PİK) grubunda tanımlanmıştır.

Duke Sağlık Profili; 1 haftalık bir zaman aralığı içinde kantitatif olarak yetişkin kişinin bildirdiği fonksiyonel sağlık durumunu ölçmek için tasarlanmış 17 maddeden oluşan genel bir anket formudur. Bu form hem hasta hem de hasta olmayan yetişkin nüfus için uygundur. Bu form katılımcıların kendileri tarafından veya başka bir kişi tarafından uygulanabilir. Uygulama zamanı en az 5 dakikadır. Her soruya cevap verilmesi büyük önem taşımaktadır. Her ölçekte en yüksek puan 100 ve en az puan 0 olmak üzere toplam 11 ölçek vardır. Altı ölçek fiziksel sağlık, ruh sağlığı, sosyal sağlık, genel sağlık durumu, algılanan sağlık ve benlik saygısı gibi işlevleri ölçer ve yüksek puanlar daha iyi bir sağlığı göstermektedir. Beş ölçek anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon, ağrı, sakatlık gibi işlev bozukluğunu ölçer ve yüksek puanlar daha fazla işlev bozukluğunu gösterir (Schuntermann, 1997). Duke Sağlık Profili (DUKE) Parkerson tarafından geliştirilmiş, Kuzu ve ark. (2004) tarafından Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

Yeme tutum testi (YTT-26); bozulmuş yeme davranışını belirlemek amacı ile Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979). 40 maddelik versiyonu faktör analizine dayalı olarak 26 madde olarak kısaltılmıştır. Bozulmuş yeme davranışını, özelliklerini ve düşüncelerini belirlemek için sık kullanılan 26 sorudan oluşan Likert tipi değerlendirme ölçeğidir. 1 - 25. sorular için puanlar; daima = 3, çok sık = 2, sık sık = 1, bazen = 0, nadiren = 0, hiçbir zaman = 0 olarak kodlanmıştır. 26. soru için puanlar; daima = 0, çok sık = 0, sık sık = 0, bazen = 1, nadiren = 2, hiçbir

zaman = 3 olarak kodlanmıştır. Toplam puan 26 maddenin olası toplam puanları ile hesaplanmaktadır. 20 ya da daha fazla puan alınması dikkat edilmesi gereken yeme bozukluğunu belirtmektedir (<http://www.eat-26.com/index.php>). Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek, yeme bozukluğu olanları sağlıklı kontrol grubundan ayırmada ve diğer hastalardan ayırt etmede geçerli bulunmuş ve yüksek güvenilirlik katsayıları göstermiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,70 olarak bulunmuştur.

Antropometrik ölçümlerde kullanılan araç ve gereçler: Çocukların vücut ağırlığı, boy uzunluğu ölçümleri alınmış, BKİ değerleri hesaplanmıştır. Ölçümlerde F.BOSH marka boy ölçerli ekstra ince dijital baskül kullanılmıştır. Cihaz Infrared ve ultrasonik teknolojisi ile ağırlık (kg), boy (cm) ve BKİ ölçmek için tasarlanmıştır (Kapasite: 150 kg, Hassasiyet: 0,1 kg).

Antropometrik ölçümlerin alınmasında aşağıdaki ilkelere dikkat edilmiştir:

**Vücut Ağırlığı:** Çocukların vücut ağırlıkları ölçülmeden önce üzerlerindeki ceket, hırka vb. giysiler, cüzdan, anahtarlık, cep telefonu, toka ve kemer vb. aksesuarların ve ayakkabılarının çıkarılması ve mümkün olan en hafif giysilerle kalmaları istenilmiştir. Yatay, düz ve sert bir zemin üzerine tartının konulması, tartım yapılacak yerin yeterince aydınlık ve oda ısısında olması, tartım öncesi kalibrasyonun yapılması ve tartımın yemekten önce ve ölçüm için ayrılmış bir alanda yapılması koşullarına dikkat edilmiştir. Ölçümler kg olarak ve 0,1 kg duyarlılıkla kayıt edilmiştir.

**Boy Uzunluğu:** Çocukların boy uzunluğu ölçülmeden önce üzerlerindeki saç tokası, kurdele, bant vb. aksesuarların ve ayakkabıların çıkarılması istenilmiştir. Boy uzunluğu ölçüm cihazının, düz bir zemin ile dikey bir yüzeyin (duvar, sütun, kolon vb.) kesiştiği (dik açı yaptığı) noktaya kurulması sağlanmış ve alet sabitlenmiştir. Boy uzunluğu ölçümü alınmadan önce çocukların doğru pozisyonda durmaları sağlanmıştır. Doğru pozisyon; sırtın ve omuzların düz tutulduğu, çocuğun yere paralel bir şekilde tam karşıya baktığı, başın, omuzların, kalçanın, baldırın ve topukların boy ölçere paralel olduğu, ayakların yan yana hafif açık konumda ve bacakların düz olduğu pozisyonudur. Baş dik, Frankfort düzleminde (kulağın kanalı ile orbita-göz çukurunun alt sınırı aynı hizada ve yere paralel) iken, ölçüm yapılmıştır. Bu pozisyonda çocuğun başına boy ölçme çubuğu saçına değecek şekilde temas ettirilmiş ve boy ölçerde karşılık gelen değer cm olarak kayıt edilmiştir. Çocukların boy uzunluğu 0,1 cm duyarlılıkla okunmuş ve kaydedilmiştir. Örn: 145,1, 145,8 cm gibi.

BKİ'nin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşa (5-19 yaş) ve cinsiyete göre Z-Skor ile değerlendirilmesi kullanılmıştır.

BKİ Değerlendirme (5-19 yaş):

- Çok zayıf:  $< -3SD$  (Z skor)
- Zayıf:  $< -2SD$  (Z skor)
- Kilolu:  $> + 1SD$  (Z skor)
- Şişman (obez):  $> + 2SD$  (Z skor)

([http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/index.html](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html)).

### **3.6. Ön Denemeler**

Anket formu araştırılanlara uygulanmadan önce araştırma kapsamına alınanlar dışında benzer özellikte sahip bireyler üzerinde (Giresun Piraziz Anadolu Lisesi'nde okuyan 15 öğrenci) denenip son şekli verilmiştir. Araştırmada görev alan personelin ön denemesi yapılmış ve gerekli tavsiyelerde bulunulmuştur.

### **3.7. Veri Toplama, Düzenleme ve Analizleri**

Anket formları öğrencilere dağıtılmış ve nasıl uygulanacağı açıklanmıştır. Antropometrik ölçümler yardımcı personel tarafından ölçüldükten sonra anket formlarına kaydedilmiştir. Bilgilerin doğruluk ve tutarlılık kontrolleri araştırmacı tarafından anketlerin toplandığı gün yapılmıştır. Verilerin işlenmesi ve değerlendirilmesi SPSS 16,0 kullanılarak bilgisayar yardımıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı analizler için veriler frekans ve yüzdelik olarak ifade edilmiştir. Verilerin analizinde Ki-Kare Testi, Fisher'in Kesin Testi ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın İzni**

Anket formu kullanılarak yapılan bu çalışma için Giresun Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Zamanlama Çizelgesi**

Veriler araştırmacı ve yardımcı personel tarafından 1 Kasım 2013 ve 15 Aralık 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin işlenmesi ve analizi 31 Ocak 2014 tarihinde, verilerin değerlendirilip araştırma raporunun hazırlanması ise 13 Haziran 2014 tarihinde tamamlanmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Bütçesi**

Araştırmada kullanılan araç-gereç ve seyahat giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Öncelikle, bu çalışma kesitsel bir çalışma olduğundan dolayı PİK ile psikopatolojik semptomlar ve obezite arasındaki nedensel ilişkiler tam olarak doğrulanmayabilir. İkinci olarak anket formu kendi kendine yanıtlayıcı olarak doldurulmuştur. Bu çalışmada anketler adsız olmasına rağmen adölesanların bazılarının sosyal kısıtlamalar nedeniyle alkol, tütün ve uyuşturucu madde kullandıklarını itiraf etmemeleri de olasıdır.



#### 4. BULGULAR

Bu araştırmaya, Fen Lisesi'nden 335 öğrenci (%28,5), Atatürk Anadolu Lisesi'nden 501 öğrenci (%42,6) ve Mimar Sinan Anadolu Lisesi'nden 339 öğrenci (%28,9) olmak üzere toplam 1175 öğrenci katılmıştır. Araştırmaya 9. sınıflardan 407 öğrenci (%34,6), 10. sınıflardan 260 öğrenci (%22,1), 11. sınıflardan 249 öğrenci (%21,2) ve 12. sınıflardan 259 öğrenci (%22,0) katılmıştır (Çizelge 4.1).

**Çizelge 4.1. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin okul ve sınıflara göre dağılımı**

Değişkenler	9. sınıf		10. sınıf		11. sınıf		12. sınıf		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Fen Lisesi	146	43,6	67	20,0	66	19,7	56	16,7	335	28,5
Atatürk Anadolu Lisesi	162	32,3	111	22,2	109	21,8	119	23,8	501	42,6
Mimar Sinan Anadolu Lisesi	99	29,2	82	24,2	74	21,8	84	24,8	339	28,9
<b>Toplam</b>	<b>407</b>	<b>34,6</b>	<b>260</b>	<b>22,1</b>	<b>249</b>	<b>21,2</b>	<b>259</b>	<b>22,0</b>	<b>1175</b>	<b>100,0</b>

\*satur % \*\*sütun %

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.2'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması  $15,72 \pm 1,14$  olup, en küçük yaş değeri 13 ve en büyük yaş değeri ise 18'dir. 118 öğrenci (%16,0) 13-14 yaş grubunda, 650 öğrenci (%55,3) 15-16 yaş grubunda ve 337 öğrenci (%28,7) 17-18 yaş grubundadır. Katılımcıların 587'si (%50,0) erkek, 588'i (%50,0) kız öğrencilerden oluşmaktadır.

Katılımcıların 804'ü (%68,4) şehir merkezinde, 245'i (%20,9) ilçe merkezinde ve 126'sı (%10,7) ise köyde oturmaktadır.

Katılımcıların 85'i (%7,2) kardeşi olmadığını, 484'ü (%41,2) 1 kardeşi olduğunu, 418'i (%35,6) 2 kardeşi olduğunu ve 188'i (%16,0) 3 ve daha fazla kardeşi olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların 31'inin (%2,6) babası ve 6'sının (%0,5) annesi hayatta değildir.

Katılımcıların 431'i (%36,9) babasının eğitim durumunu ortaokul mezunu ve altı, 330'u (%28,3) lise mezunu ve 407'si (%34,8) üniversite mezunu olarak bildirmiştir. Katılımcıların 657'si (%56,2) annesinin eğitim durumunu ortaokul mezunu ve altı,

315'i (%26,9) lise mezunu ve 198'i (%16,9) ise üniversite mezunu olduğunu bildirmiştir.

Katılımcılara ebeveynlerin medeni durumları sorulduğunda 1090'ı (%92,8) ilk evlilikleri, 40'ı (%3,4) boşanmış, 5'i (%0,4) ayrılmış, 11'i (%0,9) yeniden evlenmiş ve 29'u (%2,5) ise diğer cevabını vermiştir. Katılımcıların 1039'u (%88,4) ailesiyle birlikte yaşadığını ifade etmekteyken, ailesiyle birlikte yaşamadığını ifade edenlerin sayısı ise 136'dır (%11,6).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin 146'sı (%12,6) babasının mesleğini işçi, 379'u (%32,7) memur, 83'ü (%7,2) çiftçi, 275'i (%23,7) serbest meslek, 253'ü (%21,8) diğer meslek grubu olduğunu ve 24'ü (%2,1) ise babasının çalışmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların 63'ü (%5,4) annesinin mesleğini işçi, 161'i (%13,8) memur, 2'si (%0,2) çiftçi, 29'u (%2,5) serbest meslek, 839'u (%71,7) ev hanımı, 76'sı (%6,5) ise diğer meslek grubundan olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların 241'i (%20,5) ailesinin ekonomik durumunu düşük (<1,000 ₺), 658'i (%56,0) orta (1,000 ₺ – 2,999 ₺) ve 276'sı (%23,5) ise yüksek (≥3,000 ₺) olarak bildirmiştir.

Katılımcıların 71'i (%6,0) alkol ve 83'ü (%7,1) ise sigara kullanmaktadır. Son bir ay içinde, kendini iyi hissetmek ve rahatlatmak amacıyla keyif verici sıradışı madde kullandığını bildiren kişi sayısı 37 (%3,1) iken 43 kişi (%3,7) ise bu soruya yanıt vermemiştir.

Katılımcıların 429'u (%36,5) aile üyeleriyle olan ilişkilerini çok destekleyici, 331'i (%28,2) destekleyici, 359'u (%30,6) normal, 46'sı (%3,9) çatışmalı ve 10'u (%0,9) ise çok çatışmalı olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların 50'si (%4,3) okul başarısını çok yüksek, 270'i (%23,0) yüksek, 768'i (%65,4) orta, 81'i (%6,9) düşük ve 6'sı (%0,5) ise çok düşük olarak değerlendirdiğini bildirmiştir.

**Çizelge 4.2.Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri**

Sosyodemografik özellikler		n	%
<b>Yaş</b> (Ortalama: 15,72 ± 1,14)	13-14	188	16,0
	15-16	650	55,3
	17-18	337	28,7
	Toplam	1175	100,0
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	587	50,0
	Kız	588	50,0
	Toplam	1175	100,0
<b>İkamet yeri</b>	Şehir merkezi	804	68,4
	İlçe merkezi	245	20,9
	Köy	126	10,7
	Toplam	1175	100,0
<b>Kardeş sayısı</b>	Tek çocuk	85	7,2
	1 kardeş	484	41,2
	2 kardeş	418	35,6
	≥ 3 kardeş	188	16,0
	Toplam	1175	100,0
<b>Babanın hayatta olma durumu</b>	Sağ	1144	97,4
	Ölü	31	2,6
	Toplam	1175	100,0
<b>Annenin hayatta olma durumu</b>	Sağ	1169	99,5
	Ölü	6	0,5
	Toplam	1175	100,0
<b>Baba eğitimi</b>	Ortaokul mezunu ve altı	431	36,9
	Lise mezunu	330	28,3
	Üniversite mezunu	407	34,8
	Toplam	1168	100,0
<b>Anne eğitimi</b>	Ortaokul mezunu ve altı	657	56,2
	Lise mezunu	315	26,9
	Üniversite mezunu	198	16,9
	Toplam	1170	100,0
<b>Ebeveynlerin medeni durumu</b>	İlk evlilikleri	1090	92,8
	Boşanmış	40	3,4
	Ayrılmış	5	0,4
	Yeniden evlenmiş	11	0,9
	Diğer	29	2,5
	Toplam	1175	100,0

**Çizelge 4.2.Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri  
(devam)**

Sosyodemografik özellikler		n	%
<b>Aileyle birlikte yaşama</b>	Evet	1039	88,4
	Hayır	136	11,6
	Toplam	1175	100,0
<b>Baba mesleği</b>	İşçi	146	12,6
	Memur	379	32,7
	Çiftçi	83	7,2
	Serbest meslek	275	23,7
	Çalışmıyor	24	2,1
	Diğer	253	21,8
	Toplam	1160	100,0
<b>Anne mesleği</b>	İşçi	63	5,4
	Memur	161	13,8
	Çiftçi	2	0,2
	Serbest meslek	29	2,5
	Ev hanımı	839	71,7
	Diğer	76	6,5
	Toplam	1170	100,0
<b>Ailenin ekonomik durumu</b>	Düşük (<1,000 ₺)	241	20,5
	Orta (1,000 ₺ – 2,999 ₺)	658	56,0
	Yüksek (≥3,000 ₺)	276	23,5
	Toplam	1175	100,0
<b>Alkol kullanımı</b>	Evet	71	6,0
	Hayır	1104	94,0
	Toplam	1175	100,0
<b>Sigara kullanımı</b>	Evet	83	7,1
	Hayır	1092	92,9
	Toplam	1175	100,0
<b>Keyif verici sıradışı madde kullanımı</b>	Evet	37	3,1
	Hayır	1095	93,2
	Cevapsız	43	3,7
	Toplam	1175	100,0
<b>Aile üyeleriyle olan ilişki</b>	Çok destekleyici	429	36,5
	Destekleyici	331	28,2
	Normal	359	30,6
	Çatışmalı	46	3,9
	Çok çatışmalı	10	0,9
	Toplam	1175	100,0
<b>Okul başarısı</b>	Çok yüksek	50	4,3
	Yüksek	270	23,0
	Orta	768	65,4
	Düşük	81	6,9
	Çok düşük	6	0,5
	Toplam	1175	100,0

**Çizelge 4.3. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin cinsiyetine göre internet kullanma durumları**

Değişkenler	İnternet kullanma durumu				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	Kullanıyor		Kullanmıyor					
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%		
Erkek	520	88,6	67	11,4	587	100,0	<b>0,146</b>	<b>0,702</b>
Kız	525	89,3	63	10,7	588	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>1045</b>	<b>88,9</b>	<b>130</b>	<b>11,1</b>	<b>1175</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.3'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan öğrencilerin 1045'i (%88,9) internet kullandığını, 130'u (%11,1) ise internet kullanmadığını ifade etmiştir. Cinsiyetlere göre internet kullanım oranları erkek öğrencilerde %88,6, kız öğrencilerde %89,3 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.4. Yaş gruplarına göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Yaş grubu	n	%	n	%	n	%		
13-14	162	95,9	7	4,1	169	100,0	<b>7,172</b>	<b>0,028</b>
15-16*	528	91,0	52	9,0	580	100,0		
17-18	281	94,9	15	5,1	296	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

\*Farklılığı ortaya çıkaran grup

Çizelge 4.4'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarında PİK prevalansı %7,1 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının yaş gruplarına göre PİK oranları 13-14 yaş grubunda %4,1, 15-16 yaş grubunda %9,0 ve 17-18 yaş grubunda %5,1 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ). Fark, 15-16 yaş grubunda PİK'nin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

**Çizelge 4.5.Cinsiyete göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%		
Erkek	479	92,1	41	7,9	520	100,0	<b>1,015</b>	<b>0,314</b>
Kız	492	93,7	33	6,3	525	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.5'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının cinsiyetlerine göre PİK oranları erkeklerde %7,9, kızlarda %6,3 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.6.Kardeş sayısına göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Kardeş sayısı	n	%	n	%	n	%		
Tek çocuk	68	88,3	9	11,7	77	100,0	<b>4,691</b>	<b>0,196</b>
1 kardeş	409	93,0	31	7,0	440	100,0		
2 kardeş	334	92,5	27	7,5	361	100,0		
≥ 3 kardeş	160	95,8	7	4,2	167	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.6'da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının kardeş sayılarına göre PİK oranları tek çocukta %11,7, 1 kardeşi olanlarda %7,0, 2 kardeşi olanlarda %7,5, 3 ve daha fazla kardeşi olanlarda ise %4,2 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.7. Aileyle birlikte yaşama durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Aile ile birlikte yaşama durumu	n	%	n	%	n	%		
Evet	858	92,5	70	7,5	928	100,0	<b>2,686</b>	<b>0,101</b>
Hayır	113	96,6	4	3,4	117	100,0		
<b>Toplam</b>	971	92,9	74	7,1	1045	100,0		

Çizelge 4.7’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının aileyle birlikte yaşama durumlarına göre PİK oranları ailesiyle birlikte yaşayanlarda %7,5, ailesiyle birlikte yaşamayanlarda ise %3,4 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.8. İkamet yerine göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
İkamet yeri	n	%	n	%	n	%		
Şehir merkezi	670	92,2	57	7,8	727	100,0	<b>2,148</b>	<b>0,342</b>
İlçe merkezi	203	94,4	12	5,6	215	100,0		
Köy	98	95,1	5	4,9	103	100,0		
<b>Toplam</b>	971	92,9	74	7,1	1045	100,0		

Çizelge 4.8’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının ikamet yerlerine göre PİK oranları şehir merkezinde ikamet edenlerde %7,8, ilçe merkezinde ikamet edenlerde %5,6 ve köyde ikamet edenlerde ise %4,9 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.9.Babanın hayatta olma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	P*
	NİK		PİK			
Baba sağ/özü	n	%	n	%	n	%
Sağ	948	93,2	69	6,8	1017	100,0
Ölü	23	82,1	5	17,9	28	100,0
<b>Toplam</b>	971	92,9	74	7,1	1045	100,0

**\*Fisher'in Kesin Testi**

Çizelge 4.9'da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının babalarının hayatta olma durumlarına göre PİK oranları babası hayatta olanlarda %6,8, babası hayatta olmayanlarda ise %17,9 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.10.Annenin hayatta olma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	P*
	NİK		PİK			
Anne sağ/özü	n	%	n	%	n	%
Sağ	966	93,0	73	7,0	1039	100,0
Ölü	5	83,3	1	16,7	6	100,0
<b>Toplam</b>	971	92,9	74	7,1	1045	100,0

**\*Fisher'in Kesin Testi**

Çizelge 4.10'da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının annelerinin hayatta olma durumlarına göre PİK oranları annesi hayatta olanlarda %7,0, annesi hayatta olmayanlarda ise %16,7 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).



**Çizelge 4.11.Babanın eğitim durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Babanın eğitim durumu	n	%	n	%	n	%		
Ortaokul mezunu ve altı	344	94,8	19	5,2	363	100,0	<b>2,903</b>	<b>0,234</b>
Lise mezunu	272	91,6	25	8,4	297	100,0		
Üniversite mezunu	349	92,3	29	7,7	378	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>965</b>	<b>93,0</b>	<b>73</b>	<b>7,0</b>	<b>1038</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.11’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının babalarının eğitim durumlarına göre PİK oranları babası ortaokul mezunu ve altı olanlarda %5,2, lise mezunu olanlarda %8,4 ve üniversite mezunu olanlarda ise %7,7 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.12.Annenin eğitim durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Annenin eğitim durumu	n	%	n	%	n	%		
Ortaokul mezunu ve altı	527	94,4	31	5,6	558	100,0	<b>8,776</b>	<b>0,067</b>
Lise mezunu	265	90,4	28	9,6	293	100,0		
Üniversite mezunu	175	92,6	14	7,4	189	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>967</b>	<b>93,0</b>	<b>73</b>	<b>7,0</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.12’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının annelerinin eğitim durumlarına göre PİK oranları annesi ortaokul mezunu ve altı olanlarda %5,6, lise mezunu olanlarda %9,6 ve üniversite mezunu olanlarda ise %7,4 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.13.Babanın mesleğine göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Babanın mesleği	n	%	n	%	n	%		
İşçi	114	91,2	11	8,8	125	100,0	<b>1,085</b>	<b>0,581</b>
Memur	324	92,8	25	7,2	349	100,0		
Diğer*	523	93,7	35	6,3	558	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>961</b>	<b>93,1</b>	<b>71</b>	<b>6,9</b>	<b>1032</b>	<b>100,0</b>		

\*Çiftçi, serbest meslek, emekli, çalışmıyor vb.

Çizelge 4.13'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının babalarının mesleklerine göre PİK oranları babası işçi olanlarda %8,8, memur olanlarda %7,2 ve diğer meslek grubunda olanlarda ise %6,3 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.14.Annenin mesleğine göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Annenin mesleği	n	%	n	%	n	%		
İşçi	52	91,2	5	8,8	57	100,0	<b>7,588</b>	<b>0,055</b>
Memur	141	91,6	13	8,4	154	100,0		
Ev hanımı	685	94,2	42	5,8	727	100,0		
Diğer***	89	87,3	13	12,7	102	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>967</b>	<b>93,0</b>	<b>73</b>	<b>7,0</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>		

\*Çiftçi, serbest meslek, emekli vb.

Çizelge 4.14'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının annelerinin mesleklerine göre PİK oranları annesi işçi olanlarda %8,8, memur olanlarda %8,4, ev hanımı olanlarda %5,8 ve diğer meslek grubunda olanlarda %12,7 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.15.Ebeveynlerin medeni durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Ebeveynlerin medeni durumu	n	%	n	%	n	%		
İlk evlilikleri	903	93,5	63	6,5	966	100,0	<b>6,081</b>	<b>0,014</b>
Diğer (Boşanmış, ayrılmış vb.)	68	86,1	11	13,9	79	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.15'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının ebeveynlerinin medeni durumlarına göre PİK oranları ilk evliliklerde %6,5, diğer durumlarda (boşanmış, ayrılmış, yeniden evlenmiş, dul vb.) %13,9 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.16.Ailenin ekonomik durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Ailenin ekonomik durumu	n	%	n	%	n	%		
Düşük (<1,000)*	193	97,0	6	3,0	199	100,0	<b>6,863</b>	<b>0,032</b>
Orta (1,000 ₺ – 2,999 ₺)	539	92,5	44	7,5	583	100,0		
Yüksek ( $\geq 3,000$ ₺)	239	90,9	24	9,1	263	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

\*Farklılığı ortaya çıkaran grup

Çizelge 4.16'da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının ailelerinin ekonomik durumlarına göre PİK oranları ailesinin ekonomik durumu düşük seviyede olanlarda %3,0, orta seviyede olanlarda %7,5 ve yüksek seviyede olanlarda %9,1 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ). Fark, ailesinin ekonomik durumu alt seviyede olanlarda PİK'nin düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

**Çizelge 4.17. Aylık harcanan para miktarına göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Aylık harcanan para miktarı	n	%	n	%	n	%		
< 100 ₺	260	93,9	17	6,1	277	100,0	<b>1,878</b>	<b>0,391</b>
100 TL –199 ₺	417	93,5	29	6,5	446	100,0		
≥ 200 ₺	294	91,3	28	8,7	322	100,0		
<b>Toplam</b>	971	92,9	74	7,1	1045	100,0		

Çizelge 4.17’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının aylık harcadıkları para miktarlarına göre PİK oranları aylık harcadıkları para miktarı < 100 ₺ olanlarda %6,1, 100 ₺ –199 ₺ olanlarda %6,5 ve ≥ 200 ₺ olanlarda ise %8,7 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.18. Aile üyeleriyle ilişki durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Aile üyeleriyle ilişki	n	%	n	%	n	%		
Destekleyici	634	94,8	35	5,2	669	100,0	<b>31,072</b>	<b>0,000</b>
Normal	300	92,0	26	8,0	326	100,0		
Çatışmalı*	37	74,0	13	26,0	50	100,0		
<b>Toplam</b>	971	92,9	74	7,1	1045	100,0		

\*Farklılığı ortaya çıkaran grup

Çizelge 4.18’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının aile üyeleriyle ilişki durumlarına göre PİK oranları aile üyeleriyle ilişkilerini destekleyici olarak bildirenlerde %5,2, normal olarak bildirenlerde %8,0, çatışmalı olarak bildirenlerde ise %26,0 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ). Fark, ailesiyle ilişkileri çatışmalı olanlarda PİK’nin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

**Çizelge 4.19.Evinde bilgisayar bulunma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Evinde bilgisayar bulunma durumu	n	%	n	%	n	%		
Var	828	92,3	69	7,7	897	100,0	<b>3,593</b>	<b>0,058</b>
Yok	143	96,6	5	3,4	148	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.19’da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının evinde bilgisayar bulunma durumlarına göre PİK oranları evinde bilgisayar olanlarda %7,7, evinde bilgisayar olmayanlarda ise %3,4 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.20.Kendine ait bilgisayar bulunma durumuna göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
Kendine ait bilgisayar bulunma durumu	n	%	n	%	n	%		
Var	441	90,6	46	9,4	487	100,0	<b>7,748</b>	<b>0,005</b>
Yok	530	95,0	28	5,0	558	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.20’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının kendilerine ait bilgisayar bulunma durumlarına göre PİK oranları kendisine ait bilgisayarı olanlarda %9,4, kendisine ait bilgisayarı olmayanlarda ise %5,0 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.21.İnternet kullanma deneyimine göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
İnternet kullanım deneyimi	n	%	n	%	n	%		
0-12 ay (Yeni kullanıcılar)	123	99,2	1	0,8	124	100,0	<b>8,419</b>	<b>0,004</b>
12 aydan fazla (Deneyimli kullanıcılar)	848	92,1	73	7,9	921	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.21’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının internet kullanma deneyimlerine göre PİK oranları yeni kullanıcılarda %0,8, deneyimli kullanıcılarda ise %7,9 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.22.NİK ve PİK’na göre internet kullanım amaçları**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	
	NİK		PİK		n	%*
İnternet kullanım amacı	n	%*	n	%*	n	%*
Sosyal ağlar (Facebook vb.)	452	46,5	44	59,5	496	47,5
Okul çalışmaları	200	20,6	3	4,1	203	19,4
Sohbet etme (Chat)	91	9,4	11	14,9	102	9,8
Müzik veya video indirme	85	8,8	4	5,4	89	8,5
Oyun oynama	68	7,0	5	6,8	73	7,0
Kitle iletişim araçlarına erişim (Gazete, dergi vb.)	36	3,7	0	0,0	36	3,4
Diğer amaçlar	33	3,4	2	2,7	35	3,3
Cinsel eğitim ve bilgi alma	3	0,3	3	4,1	6	0,6
E-posta yazışmaları	3	0,3	2	2,7	5	0,5
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>100,0</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>

\*sütun %

Çizelge 4.22’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarına internet kullanım amaçları sorulduğunda yarıya yakını (%46,5) sosyal ağlar, %20,6’sı okul çalışmaları, %9,4’ü sohbet etme, %8,8’i müzik ve video indirme, %7,0’si oyun oynama ve %7,7’si ise diğer kullanım amaçları olduğunu bildirmişlerdir. Problemlili internet kullanıcılarında ise bu oranlar sırasıyla %59,5, %4,1, %14,9, %5,4, %6,8 ve %9,3’tür.

**Çizelge 4.23.İnternet erişim yerine NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
İnternete erişim yeri	n	%	n	%	n	%		
Kendi evinde	636	92,4	52	7,6	688	100,0	<b>5,901</b>	<b>0,052</b>
Cep telefonu (mobil)	263	92,3	22	7,7	285	100,0		
Diğer (internet kafe, okul vb.)	72	100,0	0	0,0	72	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.23'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının internet erişim yerlerine göre PİK oranları evinde erişenlerde %7,6, cep telefonu ile erişenlerde %7,7, diğer yerlerden (internet kafe, okul vb.) erişenlerde ise problemlili internet kullanımına rastlanmamış olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.24.İnternet erişim zamanına göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	NİK		PİK					
İnternete erişim zamanı	n	%	n	%	n	%		
Sabah	8	88,9	1	11,1	9	100,0	<b>5,507</b>	<b>0,138</b>
Öğleden sonra	84	92,3	7	7,7	91	100,0		
Akşam	757	93,8	50	6,2	807	100,0		
Gece	122	88,4	16	11,6	138	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>92,9</b>	<b>74</b>	<b>7,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.24'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının internet erişim zamanlarına göre PİK oranları sabah erişenlerde %11,1, öğleden sonra erişenlerde %7,7, akşam erişenlerde %6,2 ve gece erişenlerde %11,6 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.25. Haftalık internet kullanım süresine (gün/hafta) göre NİK ve PİK dağılımı**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	X <sup>2</sup>	P
	NİK		PİK				
Haftalık kullanım süresi	n	%	n	%	n	%	
1-3 gün	421	97,5	11	2,5	432	100,0	<b>50,763</b>
4-5 gün	248	96,1	10	3,9	258	100,0	
6-7 gün*	302	85,1	53	14,9	355	100,0	
<b>Toplam</b>	971	92,9	74	7,1	1045	100,0	

\*Farklılığı ortaya çıkaran grup

Çizelge 4.25'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcılarının haftalık internet kullanım sürelerine (gün/hafta) göre PİK oranları haftada 1-3 gün kullananlarda %2,5, 4-5 gün kullananlarda %3,9 ve 6-7 gün kullananlarda %14,9 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ). Fark, interneti haftanın 6-7 günü kullananlarda PİK'nin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

**Çizelge 4.26. Normal ve problemlili internet kullanıcılarında günlük ortalama internet kullanım süresi (saat/gün)**

Değişkenler	Kullanım şekli		P*
	NİK (n = 971)	PİK (n = 74)	
<b>Günlük internet kullanım süresi (saat/gün)</b>			
Ortanca	1,5	4,0	<b>0,000</b>
Minimum	0,5	1	
Maximum	17	16	

\* Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.26'da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının günlük internet kullanım süresi ortalama 1,5 saat, problemlili internet kullanıcılarının günlük internet kullanım süresi ise ortalama 4,0 saat olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).



**Çizelge 4.27.Uzun süreli internet kullanıma bağlı yaşanan sağlık sorunları**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	
	NİK		PİK			
	n	%*	n	%*	n	%*
Uzun süreli kullanıma bağlı sağlık sorunları						
Göz yorgunluğu	284	29,2	19	25,7	303	29,0
Baş ağrısı	165	17,0	14	18,9	179	17,1
Gözde acı	50	5,1	7	9,5	57	5,5
Bulanık görme	43	4,4	4	5,4	47	4,5
Baş dönmesi	14	1,4	3	4,1	17	1,6
Çift görme	4	0,4	3	4,1	7	0,7
İşitme ile ilgili sorun	2	0,2	2	2,7	4	0,4
Sorun yaşamayan	409	42,1	22	29,7	431	41,2
<b>Toplam</b>	<b>971</b>	<b>100,0</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>

\*sütun %

Çizelge 4.27’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %29,2’si göz yorgunluğu, %17,0’si baş ağrısı, %5,1’i gözde acı, %4,4’ü bulanık görme, %1,4’ü baş dönmesi, %0,4’ü çift görme ve %0,2’si işitme ile ilgili sorun yaşadığını bildirmiştir. Problemlili internet kullanıcılarında ise bu oranlar sırasıyla %25,7, %18,9, %9,5, %5,4, %4,1, %4,1 ve %2,7 olarak bulunmuştur.

**Çizelge 4.28.Normal ve problemlili internet kullanıcılarında günlük ortalama egzersiz süresi**

Değişkenler	Günlük egzersiz süresi (dakika/gün)						Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	Hiç yapmamış		< 30 dakika		≥ 30 dakika					
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%	n	%		
NİK	239	24,6	265	27,3	467	48,1	971	100,0	<b>5,471</b>	<b>0,065</b>
PİK	21	28,4	11	14,9	42	56,8	74	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>260</b>	<b>24,9</b>	<b>276</b>	<b>26,4</b>	<b>509</b>	<b>48,7</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.28’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %24,6’sı, problemlili internet kullanıcılarının ise %28,4’ü günlük hiç egzersiz yapmadığını ifade etmiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p > 0,05).

**Çizelge 4.29. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında uyku düzensizliği durumu**

Değişkenler	Uyku düzensizliği				Toplam	X <sup>2</sup>	P
	Var		Yok				
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%	
NİK	375	38,6	596	61,4	971	100,0	<b>26,141</b>
PIK	51	68,9	23	31,1	74	100,0	
<b>Toplam</b>	<b>426</b>	<b>40,8</b>	<b>619</b>	<b>59,2</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>	

Çizelge 4.29’da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %38,6’sında, problemlı internet kullanıcılarının ise %68,9’unda uyku düzensizliği olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.30. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında günlük uyku süresi (saat/gün)**

Değişkenler	Günlük uyku süresi (saat/gün)			P*
	Ortanca	Minumum	Maximum	
<b>Kullanım şekli</b>				
NİK (n = 971)	8,0	4,0	16,0	<b>0,348</b>
PIK (n = 74)	8,0	4,0	13,0	

\* Mann Whitney U Testi

Çizelge 4.30’da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının günlük uyku süresi ortanca 8 saat, problemlı internet kullanıcılarının da günlük uyku süresi ortanca 8 saat olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 4.31.Normal ve problemlı internet kullanıcılarında yatma zamanı düzensizliği durumu**

Değişkenler	Yatma zamanı düzeni				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	Düzenli		Düzensiz					
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%		
NİK	535	55,1	436	44,9	971	100,0	<b>15,938</b>	<b>0,000</b>
PIK	23	31,1	51	68,9	74	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>558</b>	<b>53,4</b>	<b>487</b>	<b>46,6</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.31’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %44,9’unun yatma zamanı düzensiz iken, bu oran problemlı internet kullanıcılarında %68,9 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P < 0,05).

**Çizelge 4.32.Normal ve problemlı internet kullanıcılarında öğün atlama durumu**

Değişkenler	Öğün atlama durumu				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	Atlıyor		Atlamıyor					
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%		
NİK	415	42,7	556	57,3	971	100,0	<b>32,640</b>	<b>0,000</b>
PIK	57	77,0	17	23,0	74	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>472</b>	<b>45,2</b>	<b>573</b>	<b>54,8</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.32’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %42,7’si öğün atlamakta iken bu oran problemlı internet kullanıcılarında %77,0 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P < 0,05).

**Çizelge 4.33. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında öğün atlama nedenleri**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	
	NİK		PİK			
Öğün atlama nedeni	n	%*	n	%*	n	%*
İştahı olmama	158	38,1	16	28,1	174	36,9
Zaman yetersizliği	71	17,1	13	22,8	84	17,8
Uyuya kalma	44	10,6	5	8,8	49	10,4
Yemekten önce atıştırma	39	9,4	9	15,8	48	10,2
Alışkanlık	42	10,1	4	7,0	46	9,7
Zayıflama	18	4,3	6	10,5	24	5,1
Para tasarrufu	9	2,2	1	1,8	10	2,1
Sindirim güçlüğü	3	0,7	0	0,0	3	0,6
Diğer nedenler	31	7,5	3	5,3	34	7,2
<b>Toplam</b>	<b>415</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>472</b>	<b>100,0</b>

\*sütun %

Çizelge 4.33'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının öğün atlama nedenleri iştahı olmama %38,1, zaman yetersizliği %17,1, uyuya kalma %10,6, yemekten önce atıştırma %9,4, alışkanlık %10,1, zayıflama %4,3, para tasarrufu %2,2, sindirim güçlüğü %0,7 ve diğer nedenler %7,5 olarak bulunmuştur. Problemlı internet kullanıcılarında ise bu oranlar sırasıyla %28,1, %22,8, %8,8, %15,8, %7,0, %10,5, %1,8, %0,0 ve %5,3 olarak bulunmuştur.

**Çizelge 4.34. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında hazır yiyecek atıştırma durumları**

Değişkenler	Hazır yiyecek atıştırma durumu						Toplam	X <sup>2</sup>	P
	Günde 3 kez ve üzeri		Günde 1-2 kez		Atıştırmamış				
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%	n	%	
NİK	52	5,4	604	62,2	315	32,4	971	100,0	
PİK	13	17,6	50	67,6	11	14,9	74	100,0	
<b>Toplam</b>	65	6,2	654	62,6	326	31,2	1045	100,0	

Çizelge 4.34'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %5,4'ü günde 3 kez ve üzeri hazır yiyecek atıştırdığını, %62,2'si günde 1-2 kez hazır yiyecek atıştırdığını ve %32,4'ü ise hazır yiyecek atıştırmadığını ifade etmiştir. Problemlı internet kullanıcılarında bu oranlar sırasıyla %17,6, %67,6 ve %14,9 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P < 0,05).

**Çizelge 4.35. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında hazır yiyecek atıştırma nedenleri**

Değişkenler	Kullanım şekli				Toplam	
	NİK		PİK		n	%*
Atıştırma nedeni	n	%*	n	%*	n	%*
Açlık	343	52,2	32	51,6	375	52,2
Can sıkıntısı	141	21,5	14	22,6	155	21,6
Yemek için zaman yetersizliği	63	9,6	7	11,3	70	9,7
Alışkanlık	55	8,4	4	6,5	59	8,2
Sosyal etkinlik	14	2,1	4	6,5	18	2,5
Diğer	41	6,2	1	1,6	42	5,8
<b>Toplam</b>	657	100,0	62	100,0	719	100,0

\* sütun %

Çizelge 4.35'te görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının hazır yiyecek atıştırma nedenleri açlık %52,2, can sıkıntısı %21,5, yemek için zaman yetersizliği %9,6, alışkanlık %8,4, sosyal etkinlik %2,1 ve diğer nedenler %6,2 olarak bulunmuştur. Problemlı internet kullanıcılarında bu oranlar sırasıyla %51,6, %22,6, %11,3, %6,5, %6,5 ve %1,6 olarak bulunmuştur.

**Çizelge 4.36.Normal ve problemlı internet kullanıcılarında alkol kullanma durumu**

Değişkenler	Alkol kullanma durumu				Toplam	P*	
	Kullanıyor		Kullanmıyor				
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%	
NİK	56	5,8	915	94,2	971	100,0	<b>0,002</b>
PIK	12	16,2	62	83,8	74	100,0	
<b>Toplam</b>	<b>68</b>	<b>6,5</b>	<b>977</b>	<b>93,5</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>	

\*Fisher'in Kesin Testi

Çizelge 4.36'da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %5,8'i alkol kullanmakta iken, bu oran problemlı internet kullanıcılarında %16,2 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.37.Normal ve problemlı internet kullanıcılarında sigara kullanma durumu**

Değişkenler	Sigara kullanma durumu				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	Kullanıyor		Kullanmıyor					
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%		
NİK	61	6,3	910	93,7	971	100,0	<b>16,482</b>	<b>0,000</b>
PIK	14	18,9	60	81,1	74	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>75</b>	<b>7,2</b>	<b>970</b>	<b>92,8</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.37'de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %6,3'ü sigara kullanmakta iken, bu oran problemlı internet kullanıcılarında %18,9 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.38. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında keyif verici sıradışı madde kullanma durumu**

Değişkenler	Keyif verici sıradışı madde kullanımı				Toplam	P*
	Evet		Hayır ve Cevapsız			
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%
NİK	28	2,9	943	97,1	971	100,0
PIK	7	9,5	67	90,5	74	100,0
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>3,3</b>	<b>1010</b>	<b>96,7</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>

\*Fisher'in Kesin Testi

Çizelge 4.38'de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %2,9'u, problemlı internet kullanıcılarının ise %9,5'i keyif verici sıradışı madde kullanıyor musunuz sorusuna evet yanıtını vermiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.39. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında okul başarısı durumu**

Değişkenler	Okul başarısı						Toplam	X <sup>2</sup>	P
	Yüksek		Orta		Düşük				
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%	n	%	
NİK	272	28,0	633	65,2	66	6,8	971	100,0	
PIK	17	23,0	46	62,2	11	14,9	74	100,0	
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>27,7</b>	<b>679</b>	<b>65,0</b>	<b>77</b>	<b>7,4</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>	

Çizelge 4.39'da görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %6,8'i okul başarısını düşük olarak ifade etmiş iken, bu oran problemlı internet kullanıcılarında %14,9 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.40. Duke Sağlık Profili'ne göre normal ve problemlı internet kullanıcılarında psikopatolojik semptomların değeriendirilmesi**

Değişkenler	Kullanım şekli		P*
	NİK(n = 971)	PİK (n = 74)	
Fiziksel sağlık skoru	76,97	62,57	0,000
Mental sağlık skoru	69,18	52,43	0,000
Sosyal sağlık skoru	69,87	59,05	0,000
Genel sağlık skoru	72,00	58,02	0,000
Algılanan sağlık skoru	80,48	71,62	0,046
Benlik saygısı skoru	79,35	66,22	0,000
Anksiyete skoru	30,96	49,32	0,000
Depresyon skoru	28,86	45,27	0,000
Anksiyete depresyon skoru	29,94	47,39	0,000
Ağrı skoru	29,81	50,00	0,000
Engellilik skoru	3,81	8,11	0,002

\* Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.40'ta görüldüğü üzere Duke'nin sağlık profiline göre problemlı internet kullanıcılarının fiziksel sağlık skoru, mental sağlık skoru, sosyal sağlık skoru, genel sağlık skoru, algılanan sağlık skoru ve benlik saygısı skoru normal internet kullanıcılarına göre daha düşük bulunmuş olup, anksiyete skoru, depresyon skoru, anksiyete depresyon skoru, ağrı skoru ve engellilik skoru daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).



**Çizelge 4.41. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında yeme davranışlarında olası bozukluk belirtileri dağılımı**

Değişkenler	Yeme bozukluğu belirtileri				Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	Yok		Var					
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%		
NİK	859	88,5	112	11,5	971	100,0	<b>17,563</b>	<b>0,000</b>
PIK	53	71,6	21	28,4	74	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>912</b>	<b>87,3</b>	<b>133</b>	<b>12,7</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.41’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan internet kullanıcıları arasında yeme davranışlarında olası bozukluk belirtileri görülme oranları normal internet kullanıcılarında %11,5, problemlı internet kullanıcılarında %28,4 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,05$ ).

**Çizelge 4.42. Normal ve problemlı internet kullanıcılarında beden kitle indeksi değerlendirmesi**

Değişkenler	BKİ değerlendirmesi						Toplam	X <sup>2</sup>	P	
	Zayıf ve normal		Hafif kilolu		Şişman (Obez)					
Kullanım şekli	n	%	n	%	n	%	n	%		
NİK	664	68,4	208	21,4	99	10,2	971	100,0	<b>0,730</b>	<b>0,694</b>
PIK	54	73,0	13	17,6	7	9,5	74	100,0		
<b>Toplam</b>	<b>718</b>	<b>68,7</b>	<b>221</b>	<b>21,1</b>	<b>106</b>	<b>10,1</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>		

Çizelge 4.42’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan normal internet kullanıcılarının %68,4’ü zayıf ve normal, %21,4’ü hafif kilolu ve %10,2’si şişman (obez) olarak bulunmuştur. Problemlı internet kullanıcılarında bu oranlar sırasıyla %73,0, %17,6 ve %9,5 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

PİK yaygınlığı, risk faktörleri, yaşam tarzı üzerindeki olumsuz etkileri, birlikte olduğu psikopatolojik belirtileri ve obezite üzerindeki etkisini ortaya çıkarmaya çalışan bu çalışmada tartışma bölümü dört başlıkta ele alınmıştır.

### 5.1. Problemlı İnternet Kullanımı Prevalansı

İnternetin yaygınlaşmasıyla internet bağımlılığının yaygınlaşması paralel seyretmektedir. Teknolojinin ucuz ve kolay ulaşılabilir olduğu ülkelerde internet bağımlılığı önemli bir konu haline gelmiştir. Örneğın Çin’de internet yaygın olarak kullanılmakta ve internet bağımlılığı bir halk sağığı sorunu olarak görölmektedir. Özellikle bu toplumsal problem için ‘internet bağımlılığı tedavi merkezleri’ açılmıştır (Young, 1999).

TÜİK’in (2013) Nisan ayında gerçekleştirdiğı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’nda Türkiye genelinde hanelerin %49,1’i evden internete erişim imkânına sahiptir. Bu oran 2012 yılının aynı ayında %47,2 bulunmuştur. Aynı çalışmada bilgisayar ve internet kullanım oranlarının en yüksek olduğu yaş grubu 16-24 yaş grubu olarak bulunmuştur (TÜİK, 2013).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde (Durkee ve ark., 2012; Bener ve Bhugra, 2013; Goel ve ark., 2013), problemlı internet kullanıcısı adölesanların internet kullanım amaçları çok az fark göstermekle birlikte çalışmamızla benzer olarak sosyal ağları, sohbet ve oyun sitelerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. Durkee ve ark.’nın (2012) Avrupalı adölesanlarda yapmış oldukları çalışmada, problemlı internet kullanıcılarının sıklıkla kullandıkları çevrimiçi faaliyetlerin video izleme, sohbet etme ve sosyal ağlara girme olduğu belirlenmiş ve erkeklerin bilgisayar oyunlarıyla, kadınların ise sosyal ağlarla daha fazla ilgilendikleri tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Goel ve ark.’nın (2013) Hindistan’da yaptıkları çalışmada, bağımlı adölesanlar interneti en fazla sosyal ağları kullanma, sohbet etme ve medya dosyalarını indirmek için kullanmaktaydı. Bener ve Bhugra’nın (2013) Katar’da yaptığı çalışmada ise problemlı internet kullanan öğrencilerin sıklıkla sohbet sitelerini, sosyal ağları ve alışveriş sitelerini kullandıkları bildirilmiştir.

TÜİK (2013) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’na göre, 2013 yılı ilk üç ayında (Ocak-Mart 2013) internet kullanan bireyler interneti en çok

%75,6 ile online haber, gazete ya da dergi okuma için kullanırken, bunu %73,2 ile internet üzerindeki sosyal gruplara katılma takip etmiştir (TÜİK, 2013).

PİK'nın yaygınlığını ve bunun adölesanlar üzerinde meydana getirebileceği psikopatolojik belirtiler ve obezite durumunun araştırıldığı çalışmamızda PİK yaygınlığı %7,1 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde daha önce adölesanlarda yapılmış olan ve PİK prevalansının %12-14 olarak tespit edildiği (Aktepe ve ark., 2013; Canan ve ark., 2014) çalışmalardan düşük bulunmuştur. Fakat adölesanlarda PİK'nın incelendiği farklı ülke çalışmalarında bildirilen prevalans değerleri aralığında (%6-48,5) yer aldığı görülmektedir (Johansson ve Götestam, 2004; Park ve ark., 2008; Xu ve ark., 2008; Choi ve ark., 2009; Ko ve ark., 2009; Lam ve ark., 2009; Cao ve ark., 2011; Kormas ve ark., 2011; Durkee ve ark., 2012; Bener ve Bhugra, 2013; Goel ve ark., 2013; Yoo ve ark., 2013; Sinkkonen ve ark., 2014; Tang ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda saptanan prevalans değerinin ülkemizde daha önce yapılmış çalışmalardan daha düşük bulunmasının nedeni PİK'ni ölçmeye yönelik kullanılan tanısal araçların farklı olmasına ve bölgeler arasındaki sosyo ekonomik farklılıklara bağlı olabilir. Yine farklı ülke ve bu ülkelerin değişik bölgelerinde yapılmış çalışmalar arasındaki farklı prevalans değerlerinin elde edilmiş olması sosyal, kültürel normların (örneğin Türkiye'de ebeveynlerin korumacı yaklaşımları ve sosyal yaşantının iç içe olması gibi) farklılıkların yanısıra o toplumlardaki bilgisayar kullanım yaygınlığına da bağlanabilir.

Literatürde PİK ve yaş arasında farklı coğrafya ve toplumlarda yapılmış çalışmalarda birbirleriyle çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Kim ve ark. (2010) yaş ile PİK arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerken, bu konunun ele alındığı diğer çalışmalarda herhangi bir farklılık bildirilmemiştir (Choi ve ark., 2009; Kormas ve ark., 2011; Durkee ve ark., 2012; Bener ve Bhugra, 2013; Öztürk ve ark., 2013; Tang ve ark., 2014). Çalışmalar arasındaki bu farklılıklar, örnekleme yöntemleri ve tanımlayıcı metodolojilerin farklılığına bağlı olabileceği gibi, kesitsel çalışmaların doğası gereği yaşanan coğrafya ve toplum yapısının kendine has özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri ele alındığında Durkee ve ark.'nın (2012) çalışma sonucuna paralel olarak, PİK prevalansı en yüksek olarak babası hayatta olmayanlarda, en düşük ise babası hayatta olanlarda saptanmıştır. Bu durum, baba kaybı olan adölesanların aile içi etkileşimlerinin yetersiz olması veya adölesanın internet kullanımı üzerinde otorite sağlayacak bireylerin olmamasına bağlı olabilir. Yine ebeveynlerin medeni durumlarına göre PİK prevalansı en düşük olarak ilk evliliklerini

yapmış ebeveynlerin çocuklarında, en yüksek ise diğer durumlardaki (boşanmış, ayrılmış, yeniden evlenmiş, dul vb.) ebeveynlerin çocuklarında tespit edilmiştir. Daha önce boşanmış, ayrılmış, yeniden evlenmiş vb. ebeveynlere mensup adölesanlarda PİK riskinin artmış olması, söz konusu adölesanların ihtiyaç duyduğu aile desteğinin yeterli olmaması ve buna bağlı olarak ruh sağlıklarının bozulma riskinin fazla olması ile açıklanabilir. Nitekim sürekli tartışmaların olduğu, sevgi, saygı ve hoşgörünün zayıf olduğu ailelerdeki bu durum çocukların maruz kalabileceği önemli ruhsal sorunların temel kaynağı olabilir.

Yüksek gelirli ailelere mensup olmak, adölesanların bilgisayara ve internete kolay erişebilmesini sağlamaktadır. Co ve ark.'nın (2011) çalışma sonucuyla uyumlu olacak şekilde ailesinin ekonomik durumunu yüksek seviyede bildiren öğrencilerde PİK prevalansı daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu durum, yüksek sosyoekonomik düzeydeki adölesanların, başta ebeveynleriyle olmak üzere kendini daha yalnız hissettiği sosyal ilişkilere sahip olması veya bu adölesanların internet kullanımları ile ilgili herhangi bir kısıtlayıcı ya da denetleyici bir otorite ile karşılaşmamış olmalarına bağlanabilir.

Park ve ark.'nın (2008) bildirimine benzer şekilde çalışmamızda PİK prevalansı, aile üyeleriyle ilişkileri çatışmalı olan öğrencilerde yüksek saptanmıştır. Bu durum, aile üyeleriyle ilişkileri çatışmalı olan adölesanların yaşamları ile ilgili kaygılardan, sorunlardan internet vasıtasıyla uzaklaşmaya çalışması dolayısıyla internette harcanan sürenin artmasına bağlı olabilir.

Mythily ve ark.'nın (2008) çalışmasında evde internet kullanımı için hiçbir kural olmaması aşırı internet kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda benzer şekilde kendisine ait bilgisayarı olan öğrencilerin PİK prevalansı yüksek olarak tespit edilmiş olması, kendisine ait bilgisayarı olan öğrencilerin internette daha özgürce zaman geçirebilmesi nedeniyle olabilir.

Çalışmamız, deneyimli internet kullanıcılarında ve interneti haftanın neredeyse tüm günü kullananlarda PİK prevalansının yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, gerek ülkemizde gerekse de farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda, PİK ile çevrimiçi ortalama süre arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu bildirilmiştir (Mythily ve ark., 2008; Tahiroğlu ve ark., 2008; Durkee ve ark., 2012; Aktepe ve ark., 2013).

Tsai ve Lin (2003) Tayvan'daki 700 lise öğrencisi üzerinde yürüttükleri araştırmalarında, bağımlı öğrencilerin internet kullanım süresini yönetmede zorlandıklarını ve böylelikle internet başında çok uzun kaldıklarını bildirmişlerdir.

Yazarlar internet başında geçirilen zaman aşırılığının internet bağımlılığına neden olduğunu ve internet bağımlılığının en temel belirleyicisinin internet kullanım süresi olduğunu ifade etmişlerdir.

## **5.2. Problemlı İnternet Kullanımının Yaşam Tarzı Üzerindeki Etkileri**

Bazı çalışmalar, PİK'nın adölesanlarda yaşam tarzı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu göstermiştir (fiziksel inaktivite, kısa süreli uyku, alkol ve tütün kullanımı, düzensiz beslenme alışkanlıkları vb.) (Kim ve Chun, 2005; Lam ve ark., 2009).

Literatürde PİK ile fiziksel aktivite düzeyi arasında sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Araştırmamızda Kerner ve ark.'nın (2004) New York'ta genel liselerde okuyan 129 kız öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmaya benzer şekilde internet kullanım düzeyi ile fiziksel aktivite süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşılık Bener ve Bhugra'nın (2013) Katar'da 2.298 adölesan üzerinde yapmış oldukları çalışmada, PİK'nın sık olduğu öğrencilerde orta derecede fiziksel aktivite düzeyinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Yine, Heo ve ark.'nın (2014) adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada PİK ile fiziksel aktivite derecesi arasında ters ilişki görülmüştür. Bu durum sosyo-kültürel yaşam biçimlerinin farklı olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda problemlı internet kullanıcılarında uyku düzensizliği normal internet kullanıcılarına göre daha yüksek bulunmuş olup, sonuçlar yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerlikler göstermektedir. Aktepe ve ark.'nın (2013) Isparta'da 1.569 adölesan üzerinde yaptıkları araştırmada, uyku problemi olan ve gece 6 saatten daha az uyuyan PİK'na sahip adölesanlarda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kim ve ark.'nın (2010) Kore'de 853 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada, problemlı internet kullanıcılarında uyku düzensizliğinin daha sık olduğunu ifade etmişlerdir. Yine güncel başka bir çalışmada Heo ve ark. (2014) Kore'de geniş çaplı bir adölesan grubunda yaptıkları çalışmada, PİK ile uyku memnuniyetsizliği arasında yüksek düzeyli bir ilişkili bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Benzer sonuçlar Bener ve Bhugra'nın (2013) çalışmasında da elde edilmiştir.

Çalışmamızda problemlı internet kullanıcılarının daha fazla alkol, sigara ve keyif verici sıradışı madde tükettikleri tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda ise problemlı internet kullanıcılarının kullanmış oldukları madde türleri değişmekle birlikte genelde madde kullanımı ile PİK arasında güçlü bir ilişki bildirilmiştir. Choi ve ark.'nın (2009) Güney Kore'de 2.336 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, problemlı internet kullanıcıları normal internet kullanıcılarına göre daha çok alkol

tüketmekte olup, PİK ile sigara içimi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Heo ve ark.'nın (2014) Kore'de 57.857 adölesan üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, PİK'nda alkol kullanımı önemli bir faktör değil iken tütün kullanımı ile ters yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Yoo ve ark.'nın (2013) Kore'de 74.980 adölesan üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, potansiyel internet kullanımı ve PİK olan adölesanların okul başarısının düşük olduğu bulunmuştur. Yu ve Shek'in (2013) Hong Kong'da 4.106 adölesan üzerinde yaptıkları izlemsel bir araştırmanın sonuçlarına göre, PİK olmayan adölesanların, PİK olan adölesanlar ile karşılaştırıldığında fiziksel ve ruhsal yönden gelişimlerinin ve aile içi ilişkilerinin daha iyi olduğu ve akademik başarılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, çalışmamızda da problemlili internet kullanıcılarının okul başarısının normal internet kullanıcılarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Kim ve ark.'nın (2010) adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızla uyumlu olarak problemlili internet kullanıcılarının normal internet kullanıcılarına göre daha fazla öğün atladıkları tespit edilmiştir. Bulgularımıza göre problemlili internet kullanıcılarında en önemli öğün atlama nedenlerinin iştahı olmama, zaman yetersizliği ve yemekten önce atıştırma olduğu görülmektedir.

### **5.3. Problemlili İnternet Kullanımının Psikopatolojik Semptomlarla İlişkisi**

Adölesanlarda bilgisayar kullanımının arkadaşlık ve aile ilişkilerini olumsuz etkilediğine dair az kanıt olsa da son dönem yapılan araştırmalar, internet kullanımındaki artışa paralel olarak yalnızlığın ve depresyon belirtilerinin arttığını göstermektedir (Subrahmanyam ve ark., 2000).

Depresyon, anksiyete ve benlik saygısı gibi psikopatolojik semptomların PİK öncesi ya da sonrasında gelişip gelişmediği bilinmemesine rağmen, adölesanlarda bu tür sorunlara yönelik değerlendirmenin yapılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Zira hayattaki sosyal ilişkilerde gerilemenin problemlili internet kullanımının bir sonucu olabileceğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Goel ve ark., 2013). Bu bağlamda değişik ülkelerde yapılmış araştırmalarda, çalışmamızda olduğu gibi (problemlili internet kullanıcısı adölesanlarda depresyon ve anksiyete anlamlı olarak daha yaygın) PİK'nın psikopatolojik semptomlarla ilişkisi ortaya konmaya çalışılmıştır (Niemz ve ark., 2005; Ko ve ark., 2009; Cao ve ark., 2011; Kormas ve ark., 2011; Goel ve ark., 2013; Heo ve ark., 2014; Tang ve ark., 2014). Goel ve ark.'nın (2013) Hindistan'da 987 adölesan

üzerinde yaptıkları araştırmada problemlili internet kullanıcılarında zihinsel, fiziksel ve ruhsal sağlık düzeylerinin düşük olduğunu ve anksiyete, depresyona meyilli olduklarını göstermişlerdir. Ko ve ark.'nın (2009) Tayvan'da 2.293 adölesan üzerinde yaptıkları araştırmada ise, depresyon, sosyal fobi ve düşmanlık duygularının problemlili internet kullanıcısı olan adölesan grubunda yaygın olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer raporlar Tang ve ark.'nın (2014) Çin'de 755 adölesan üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarında da verilmiştir. Buna göre, internet bağımlılarının depresyon ve anksiyete puanlarının internet bağımlısı olmayanlara göre yüksek olduğu ve daha stresli yaşadıkları belirlenmiştir. Yine Cao ve ark.'nın (2011) Çin'de 17.599 adölesan üzerinde yaptıkları araştırmada, problemlili internet kullanan adölesanlarda psikopatolojik semptomlar, halsizlik, fizyolojik fonksiyonlarda bozukluk, bağışıklık sisteminde zayıflık ve sosyal uyum sorunlarının oldukça sık olduğunu ifade etmişlerdir. Yunanistan'da Kormas ve ark. (2011) tarafından 866 adölesan üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada, PİK ile psikososyal uyumsuzluk arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Heo ve ark.'nın (2014) Kore'de 57.857 adölesan üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre; depresif belirtiler ve intihar düşüncesi gibi psikolojik özellikler PİK ile pozitif ilişki göstermiştir. Niemz ve ark.'nın (2005) 371 öğrenci üzerinde yaptıkları bir çalışmada, PİK'nın akademik, sosyal ve kişiler arası sorunlara yol açtığını, bu kişilerin düşük benlik saygısı yaşadığı ve sosyal açıdan daha fazla engellenmiş olduğunu bildirmişlerdir.

PİK ile psikolojik sorunlar arasında iki yönlü bir ilişki olduğu söylenebilir; psikolojik sorunlar PİK'na yol açabilir ya da tam tersi PİK psikolojik sorunlara neden olabilir. Nitekim araştırma grubumuzda ortaya çıktığı gibi, depresyon, özgüven düşüklüğü ve zayıf benlik algısı gibi olumsuz faktörler PİK gelişimine anlamlı katkıda bulunmuşlardır. Öte yandan, internet, üstesinden gelinemez sorunları unutmada bireylere yardımcı olabilir. Bu tür sağlanan ruhsal doyumlar nedeniyle bireyler interneti tekrar kullanmak için harekete geçebilirler. Coşku, heyecan ve mutluluk gibi bazı duygular, internet kullanımında destekleyici olabilir. Bu süreçte psikolojik sorunlar PİK'na katkı verirken aynı zamanda PİK da psikolojik sorunları arttırabilir (Şaşmaz ve ark., 2014). Bu nedenle, psikolojik sorunları olan öğrencilerin PİK için riskli grubu oluşturdukları söylenebilir.

Yeme ve madde kullanım bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozuklukları ile yüksek seviyede birliktelik göstermektedir. Sağlıksız diyet, aşırı kilo/şekil kaygıları ve vücut memnuniyetsizliğinin yanısıra aile ve sosyal etkiler, örneğin arkadaşlarının

kendisine yaklaşım tarzları ve kitle iletişim araçları ve düşük medya okuryazarlığı sayesinde zayıflığın toplumunda daha çekici hale gelmesi hastalığa özgü önemli tutum ve davranışsal faktörler olarak tanımlanmaktadır. Genel risk faktörleri olarak güvensiz bağlanma, fiziksel ve cinsel istismar, zorbalık, düşük benlik saygısı ve duygusal stres ve çatışma ile başa çıkma zorlukları saptanmıştır (WHO, 2004). Buna benzer şekilde çalışma bulgularımız, problemlili internet kullanıcılarında yeme davranışlarında bozukluk belirtileri görülme sıklığının normal internet kullanıcılarına göre daha yüksek olduğunu ve yeme davranışlarında bozukluk belirtilerinin diğer ruhsal bozukluklarla birliktelik gösterdiği görüşünü desteklemektedir.

#### **5.4. Problemlili İnternet Kullanımının Obeziteyle İlişkisi**

Çeşitli çalışmalarda, çocuk ve ergenlerde internet ve bilgisayar kullanımı ile fiziksel aktivite, kiloluluk/obezite düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, internet ve bilgisayarın aşırı kullanımının, yüksek BKİ ve düşük fiziksel aktivite düzeyleri ile ilişkili olduğunu bildirmişken (Mota ve ark., 2006; Tammelin ve ark., 2007), başka çalışmalarda bu değişkenler arasında anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır (Feldman ve ark., 2003; Kerner ve ark., 2004).

Yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde fazla kilolu veya obez çocukların %25'inde, televizyon izleme ve bilgisayar kullanma gibi sedanter yaşam alışkanlıklarının obezitenin gelişmesinde önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Obezite ve bilgisayar kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırma bulunmamasına karşın, aşırı televizyon izleyen (günlük ortalama beş saat veya daha fazla) çocuklarda obezitenin mevcut olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocukların, bilgisayar monitörleri önünde geçirdikleri zaman miktarları arttığında (televizyon ekranı önünde geçirilen zamana ek olarak) obezite riskinde artış olduğu bildirilmiştir (Subrahmanyam ve ark., 2000).

Andersen ve ark. (2005) Norveç'te yaptıkları bir çalışmada, günde 4 saatten fazla televizyon izleyen ve bilgisayar kullanan okul çocuklarının obez olma riskinin günde 1 saatten daha az televizyon izleyen ve bilgisayar kullananlara göre 2,5 kat daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde, Li ve ark.'nın (2014) Çin'de 1.150 ortaokul öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, problemlili internet kullanıcılarında obezitenin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bener ve ark.'nın (2012) Katar Devleti'nde 2.467 okul çağı çocuk üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre, fazla kilolu ve obez çocukların çoğunluğunun internette 3 saat ve üzeri zaman geçirdiği bildirilmiştir.



Literatürde bu konuyla ilgili yapılan bazı çalışmalarda, PİK'nın BKİ üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Wake ve ark.'nın (2003) Avustralya'da 5-13 yaş arası 2.862 çocuk üzerinde yaptıkları bir çalışmada, televizyon izleme süresi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmışken, bilgisayar kullanım süresi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kerner ve ark.'nın (2004) New York'ta genel liselerde okuyan 129 kız öğrenci üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmada ise; internet kullanım ve televizyon izleme süresi ile BKİ ve fiziksel aktivite süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, çalışmamızda internet kullanım şekli ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızın diğer bulguları bu sonucu destekler nitelikte olup, internet kullanım şekli ile günlük fiziksel aktivite süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum, problemlili internet kullanıcılarında aşırı internet kullanımının fiziksel aktivite süresini azaltmasına karşılık normal internet kullanıcılarının ise sedanter yaşam davranışlarının diğer şekillerine (televizyon izleme, gidilecek yere taşıtla gitme vb.) maruz kalmaları sonucu fiziksel aktivitenin yeteri kadar yapılamamasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda PİK ile obezite arasındaki ilişkiyi etkileyecek bir takım sınırlamalar vardır. İlk olarak fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili veriler özbildirime dayalı olarak toplanmıştır. İkinci olarak çalışmamızın kesitsel tipte olmasından dolayı PİK ve obezite arasındaki neden sonuç ilişkisi tam olarak doğrulanamayabilir. Bu ilişkileri doğru bir şekilde değerlendirebilmek için nesnel ölçütler ve prospektif tipte çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bir başka sınırlama sadece internet kullanımına yönelik sedanter yaşam davranışı sorgulanmış diğer sedanter yaşam davranışları dikkate alınmamıştır, bu durum PİK'nın obezite üzerindeki etkisinin ortaya konulmasını zorlaştırmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar:

- Çalışmamızda adölesanlarda PİK prevalansı %7,1 olarak bulunmuş olup, adölesanlarda PİK'nın yaygın olduğu görülmektedir.
- Adölesanların bazı sosyo-demografik özelliklerinin PİK prevalansını etkilediği saptanmıştır. PİK; 15-16 yaş grubunda, babası hayatta olmayanlarda, ebeveynleri boşanmış, ayrılmış, yeniden evlenmiş, dul vb. olanlarda, ailesinin ekonomik durumu orta ve yüksek seviyede olanlarda ve aile üyeleri ile ilişkileri çatışmalı olanlarda yüksek seviyede bulunmuştur. Aynı zamanda PİK, kendine ait bilgisayarı olanlarda, deneyimli internet kullanıcılarında, günlük ve haftalık internet kullanım süresi yüksek seviyede olanlarda daha yaygındır.
- PİK'nın adölesanların yaşam şekillerini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Adölesanlarda PİK'nın uyku düzensizliğine neden olduğu ve yeme davranışlarını da olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. PİK ile fiziksel aktivite süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Problemlili internet kullanıcılarında, sigara içme, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı gibi zarar verici riskli davranışların daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Aynı zamanda PİK'nın öğrencilerin okul başarısını düşürdüğü saptanmıştır.
- PİK'nın psikopatolojik semptomlar (anksiyete, depresyon vb.) ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda PİK ile obezite arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır.

### Öneriler:

- Adölesanlarda PİK düzeyi dikkat çekicidir ve PİK'nın ruh sağlığı ile ilişkili olduğu görünmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, problemlili internet kullanımı ile ilgili sorunları olan adölesanlara yönelik kamp veya terapötik okullar gibi rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi gerekir. Ayrıca, toplum-temelli ruh sağlığı merkezleri, gençlik danışma merkezleri gibi sağlık hizmet sunucularıyla işbirliği yapılarak etkilenmiş adölesanların izlenmesi ve destek sağlanması gerekmektedir.

- PİK açısından yüksek riskli olan adölesanlara danışmanlık hizmeti sunulurken bu kişilerin özellikle sigara, alkol ve diğer keyif verici madde kullananlarının da dikkate alınması gereklidir.
- Problemlı internet kullanıcıları adölesanlara yönelik önleyici müdahalelerin geliştirilmesi önemlidir. Ailelere, internetin sağlıklı ve patolojik kullanımları hakkında bilgi verilmeli ve adölesanların internet kullanımına yönelik ailenin kontrolü sağlanarak, ailelerin de önleyici yöntemlere dâhil edilmesi gerekmektedir.
- Ebeveynler, çocuklarına PİK'nın risklerini anlatmalı ve çocukların enerjisini daha sağlıklı aktivitelere yönlendirmelidir. Sportif ve sanatsal faaliyetler adölesanın gelişimine olumlu katkı sağlayabilir.
- Aile içinde sevgi, saygı ve hoşgörüye dayalı ilişkiler geliştirilmeli ve çocukların aileleri ile daha fazla zaman geçirmesi sağlanmalıdır.
- Aile ile çocuk arasında internet kuralları oluşturulmalı ve bilgisayarın çocuğun odasında olmasındansa, evdeki ortak kullanım alanlarından birinde bulunmasına özen gösterilmelidir.
- Ortaokul ve liselerde çalışan öğretmenler, hemşireler ve diğer sağlık personeli de dâhil olmak üzere tüm okul personeli PİK gösteren öğrencilere daha yakın dikkat etmelidir. PİK olan öğrencilerin tespit edilmesi için sağlığı geliştirme kursları veya seminerler yoluyla düzenli olarak PİK ve psikiyatrik belirtilerin taranması önemli olabilir.
- PİK'nı önlemek amacıyla, özellikle uzun süreli kullanıcıların yanısıra obsesif-kompulsif davranışlar gösteren bağımlı öğrenciler için danışmanlık ve eğitim verilmeli aynı zamanda önleyici müdahaleler geliştirilmelidir. Ayrıca, okul hemşireleri PİK olan öğrencilerin internet kullanımı konusundaki tutum ve davranışlarını değiştirmede onlara yardımcı olmalıdır. PİK'nın önlenmesine yönelik sağlık eğitiminde PİK'nın belirtileri ve ilişkili faktörler hakkında bilgi sunulmalıdır. Buna ek olarak, PİK şiddeti ilerledikçe ebeveyn müdahalesi veya okul müdahalesi gibi tek tip müdahaleler yerine çoklu boyutlu müdahaleler tercih edilmelidir.
- PİK'nın önlenmesi için halk sağlığı bilinçlendirme kampanyalarının oluşturulması gerekir. Ayrıca, hükümetler PİK ile ilgili müdahale stratejilerinin oluşturulmasında ve değerlendirilmesinde etkin rol almalıdır. PİK önlemesi için riskli öğrenciler kadar düşük riskli öğrencilere de yakından ilgi gösterilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- Aboujaoude, E., Koran, L. M., Gamel, N., Large, M. D. and Serpe, R. T. (2006). Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults, *CNS Spectrums*, 11(10), 750-755.
- Akgündüz, H., Oral, B. ve Avanoğlu, Y. (2006). Bilgisayar oyunları ve internet sitelerinde sanal şiddet öğelerinin değerlendirilmesi, *Milli Eğitim Dergisi*, 171, 67-83.
- Aktepe, E., Olgaç-Dündar, N., Soyöz, Ö. ve Sönmez, Y. (2013). Possible internet addiction in high school students in the city center of Isparta and associated factors: a cross-sectional study, *The Turkish Journal of Pediatrics*, 55(4), 417-425.
- Andersen, L. F., Lillegaard, I. T., Øverby, N., Lytle, L., Klepp, K. I. and Johansson, L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000, *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 99-106.
- Anderson, K. J. (2001). Internet use among college students: An exploratory study, *Journal of American College Health*, 50(1), 21-26.
- Bai, Y. M., Lin, C. C. and Chen, J. Y. (2001). Internet addiction disorder among clients of a virtual clinic, *Psychiatric Services*, 52(10), 1397.
- Barlow, S. E. and Dietz, W. H. (1998). Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Services, *Pediatrics*, 102(3), E29.
- Bayraktar, F. (2001). İnternet kullanımının ergen gelişimindeki rolü, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 144s.
- Beard, K. W. (2005). Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions, *Cyberpsychology and Behavior*, 8(1), 7-14.
- Beard, K. W. and Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction, *Cyberpsychology and Behavior*, 4(3), 377-383.
- Bener, A. and Bhugra, D. (2013). Lifestyle and depressive risk factors associated with problematic internet use in adolescents in an arabian gulf culture, *Journal of Addiction Medicine*, 7(4), 236-242.
- Bener, A., Al-Mahdi, H. S., Al-Nufal, M., Ali, A. I., Vachhani, P. J. and Tewfik, I. (2012). Association between childhood computer use and risk of obesity and low vision, *Journal of Public Health Frontier*, 1(3), 66-72.
- Blaszczynski, A. (2006). Internet use: in search of an addiction, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(1), 7-9.
- Canan, F., Yıldırım, O., Üstünel, T. Y., Sinani, G., Kaleli, A. H., Güneş, C. ve Ataoğlu, A. (2014). The relationship between internet addiction and body mass index in Turkish adolescents, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(1), 40-45.
- Cao, F. and Su, L. (2007). Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features, *Child: Care, Health and Development*, 33(3), 275-281.
- Cao, H., Sun, Y., Wan, Y., Hao, J. and Tao, F. (2011). Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction, *BMC Public Health*, 11, 802.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument, *Computers in Human Behavior*, 18(5), 553-575.

- Chang, M. K. and Law, S. P. M. (2008). Factor structure for Young's Internet Addiction Test: A confirmatory study, *Computers in Human Behavior*, 24(6), 2597-2619.
- Choi, K., Son, H., Park, M., Han, J., Kim, K., Lee, B. and Gwak, H. (2009). Internet overuse and excessive daytime sleepiness in adolescents, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 455-462.
- Chou, C. and Hsiao, M. C. (2000). Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case, *Computers & Education*, 35(1), 65-80.
- Chou, C., Chou, J. and Tyan, N. N. (1999). An exploratory study of internet addiction, usage, and communication pleasure the Taiwan's case, *International Journal of Educational Communications*, 5(1), 47-64.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use, *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195.
- Davis, R. A., Flett, G. L. and Besser, A. (2002). Validation of a new scale for measuring problematic internet use: implications for pre-employment screening, *Cyberpsychology and Behavior*, 5(4), 331-345.
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Cotter, P., Despalins, R., Graber, N., Guillemin, F., Haring, C., Kahn, J. P., Mandelli, L., Marusic, D., Mészáros, G., Musa, G. J., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P. A., Sisask, M., Varnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C. W. and Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors, *Addiction*, 107(12), 2210-2222.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. and McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity, *Health Psychology*, 13(5), 373-383.
- Feldman, D. E., Barnett, T., Shrier, I., Rossignol, M. and Abenham, L. (2003). Is physical activity differentially associated with different types of sedentary pursuits?, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(8), 797-802.
- Garner, D. M. and Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa, *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Goel, D., Subramanyam, A. and Kamath, R. (2013). A study on the prevalence of internet addiction and its association with psychopathology in Indian adolescents, *Indian Journal of Psychiatry*, 55(2), 140-143.
- Griffiths, M. (2000). Does internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence, *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 211-218.
- Gunnell, D. J., Smith, G. D., Frankel, S. J., Kemp, M. and Peters, T. J. (1998). Socio-economic and dietary influences on leg length and trunk length in childhood: a reanalysis of the Carnegie (Boyd Orr) survey of diet and health in prewar Britain (1937-39), *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12, 96-113.
- Heo, J., Oh, J., Subramanian, S. V., Kim, Y. and Kawachi, I. (2014). Addictive internet use among Korean adolescents: a national survey, *Public Library of Science one*, 9(2), e87819.
- Holden, C. (2001). 'Behavioral' addictions: do they exist?, *Science*, 294(5544), 980-982.
- Johansson, A. and Göttestam, K. G. (2004). Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years), *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(3), 223-229.
- Karayağız Muslu, G. ve Bolışık, B. (2009). Çocuk ve gençlerde internet kullanımı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5), 445-450.

- Kerner, M. S., Kurrant, A. B. and Kalinski, M. (2004). Leisure-time physical activity, sedentary behavior, and fitness of high school girls, *European Journal of Sport Science*, 4(2), 1-17.
- Kim, J. S. and Chun, B. C. (2005). Association of Internet addiction with health promotion lifestyle profile and perceived health status in adolescents, *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 38(1), 53-60.
- Kim, Y., Park, J. Y., Kim, S. B., Jung, I. K., Lim, Y. S. and Kim J. H. (2010). The effects of Internet addiction on the lifestyle and dietary behavior of Korean adolescents, *Nutrition Research and Practice*, 4(1), 51-57.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Yeh, Y. C. and Yen, C. F. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(10), 937-943.
- Kormas, G., Critselis, E., Janikian, M., Kafetzis, D. and Tsitsika, A. (2011). Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: a cross-sectional study, *BMC Public Health*, 11, 595.
- Kubey, R. W., Lavin, M. J. and Barrows, J. R. (2001). Internet use and collegiate academic performance decrements: early findings, *Journal of Communication*, 51(2), 366-382.
- Kuzu, N., Zencir, M., Beşer, N., Şahiner, T. ve Parkerson, G. (2004). Reliability and Validity of the Duke Health Profile, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 35-44.
- Lam, L. T., Peng, Z. W., Mai, J. C. and Jing, J. (2009). Factors associated with Internet addiction among adolescents, *Cyberpsychology and Behavior*, 12(5), 551-555.
- Li, M., Deng, Y., Ren, Y., Guo, S. and He, X. (2014). Obesity status of middle school students in xiangtan and its relationship with internet addiction, *Obesity (Silver Spring)*, 22(2), 482-487.
- Li, X. and Atkins, M. S. (2004). Early childhood computer experience and cognitive and motor development, *Pediatrics*, 113(6), 1715-1722.
- Liu, T. and Potenza, M. N. (2010). *Impulse Control Disorders, Problematic Internet Use: Clinical Aspects*, Aboujaoude, E. and Koran, L. M., Cambridge: Cambridge University Press, New York, 173-175.
- Lowry, R., Wechsler, H., Galuska, D. A., Fulton, J. E. and Kann, L. (2002). Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender, *The Journal of School Health*, 72(10), 413-421.
- Ma, H. K. (2011). Internet addiction and antisocial internet behavior of adolescents, *Scientific World Journal*, 11, 2187-2196.
- Mitchell, P. (2000). Internet addiction: genuine diagnosis or not?, *Lancet*, 355(9204), 632.
- Morahan-Martin, J. and Schumacher, P. (2003). Loneliness and social uses of the Internet, *Journal of Computer-Mediated Communication*, 19(6), 659-671.
- Mota, J., Ribeiro, J., Santos, M. P. and Gomes, H. (2006). Obesity, physical activity, computer use, and TV viewing in Portuguese adolescents, *Pediatric Exercise Science*, 17, 113-121.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. and Costello, E. J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories, *Pediatrics*, 111(4), 851-859.
- Mythily, S., Qiu, S. and Winslow, M. (2008). Prevalence and correlates of excessive Internet use among youth in Singapore, *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 37(1), 9-14.

- Naçar, M. ve Günay, O. (2011). Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Adölesanın Sağlık Sorunlarının Çözümüne Yönelik Öneriler, Öztürk, Y. ve Günay, O. (Ed.), Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 746.
- Naçar, M. ve Günay, O. (2011). Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Beslenme Sorunları, Öztürk, Y. ve Günay, O. (Ed.), Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 725-729.
- Nalwa, K. and Anand, A. P. (2003). Internet addiction in students: a cause of concern, *Cyberpsychology and Behavior*, 6(6),653-656.
- Niemz, K., Griffiths, M. and Banyard, P. (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition, *Cyberpsychology and Behavior*, 8(6), 562-570.
- Öztürk Özer, A. (2013). Aile Sağlığı, Adölesan Dönemi Psikososyal Gelişim, Ünalacak, M. (Ed.), Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 90-91.
- Öztürk, F. O., Ekinçi, M., Öztürk, O. ve Canan, F. (2013). The relationship of affective temperament and emotional-behavioral difficulties to internet addiction in Turkish teenagers, *ISRN Psychiatry*, 961734, 1-6.
- Park, S. K., Kim, J. Y. and Cho, C. B. (2008). Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents, *Adolescence*, 43(172), 895-909.
- Patrick, K., Norman, G. J., Calfas, K. J., Sallis, J. F., Zabinski, M. F., Rupp, J. and Cella J. (2004). Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for overweight in adolescence, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(4), 385-390.
- Pekcan, H. (2012). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Adölesan (Delikanlı) Sağlığı, Güler, Ç. ve Akın, L. (Ed.), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 486-538.
- Pratarelli, M. E. and Browne, B. L. (2002). Confirmatory factor analysis of internet use and addiction, *Cyberpsychology and Behavior*, 5(1), 53-64.
- Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtiler indeksi, *Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
- Schuntermann, M. F. (1997). The duke health profile (DUKE), *Rehabilitation (Stuttg)*, 36(1), 1-14.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E. Jr., Khosla, U. M. and McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use, *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 267-272.
- Shields, M. K. and Behrman, R. E. (2000). Children and computer technology: Analysis and recommendations, *The Future of Children*, 10(2), 4-30.
- Sinkkonen, H. M., Puhakka, H. and Meriläinen, M. (2014). Internet use and addiction among Finnish Adolescents (15-19 years), *Journal of Adolescence*, 37(2), 123-131.
- Stone, E. J., McKenzie, T. L., Welk, G. J. and Booth, M. L. (1998). Effects of physical activity interventions in youth. Review and synthesis, *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 298-315.
- Subrahmanyam, K., Kraut, R. E., Greenfield, P. M. and Gross, E. F. (2000). The impact of home computer use on children's activities and development, *Children and Computer Technology*, 10(2), 123-144.
- Subrahmanyam, K., Smahel, D. and Greenfield, P. (2006). Connecting developmental constructions to the internet: identity presentation and sexual exploration in online teen chat rooms, *Developmental Psychology*, 42(3), 395-406.

- Sung, J., Lee, J., Noh, H. M., Park, Y. S. and Ahn, E. J. (2013). Associations between the risk of Internet addiction and problem behaviors among Korean adolescents, *Korean Journal of Family Medicine*, 34(2), 115-122.
- Şaşmaz, T., Öner, S., Kurt, A. O., Yapıcı, G., Yazıcı, A. E., Buğdaycı, R. ve Sis, M. (2014). Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students, *European Journal of Public Health*, 24(1), 15-20.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Çocukluk Çağı Obezite Araştırması, 2013 (COSI-TR-2013), Erişim: 11 Nisan 2014, (<http://www.diabetcemiyeti.org/var/cdn/a/f/cosi-tr-sonuclari.pdf>).
- Tahiroglu, A. Y., Celik, G. G., Uzel, M., Ozcan, N. and Avci, A. (2008). Internet use among Turkish adolescents, *Cyberpsychology and Behavior*, 11(5), 537-543.
- Tammelin, T., Ekelund, U., Remes, J. and Näyhä, S. (2007). Physical activity and sedentary behaviors among Finnish youth, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(7), 1067-1074.
- Tang, J., Yu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhang, D. and Wang, J. (2014). Prevalence of internet addiction and its association with stressful life events and psychological symptoms among adolescent internet users, *Addictive Behaviors*, 39(3), 744-747.
- The Eating Attitudes Test (EAT-26), Erişim: 4 Şubat 2014, (<http://www.eat-26.com/index.php>).
- Treuer, T., Fábíán, Z. and Füredi, J. (2001). Internet addiction associated with features of impulse control disorder: is it a real psychiatric disorder?, *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 283.
- Tsai, C. C. and Lin, S. S. (2003). Internet addiction of adolescents in Taiwan: an interview study, *Cyberpsychology and Behavior*, 6(6), 649-652.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2013, Erişim: 4 Şubat 2014, (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13569>).
- Vandewater, E. A., Shim, M. S. and Caplovitz, A. G. (2004). Linking obesity and activity level with children's television and video game use, *Journal of Adolescence*, 27(1), 71-85.
- Wake, M., Hesketh, K. and Waters, E. (2003). Television, computer use and body mass index in Australian primary school children, *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(2), 130-134.
- Widyanto, L. and Griffiths, M. (2006). 'Internet addiction': a critical review, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(1), 31-51.
- World Health Organization. (2004). Prevention of Mental Disorders, Eating disorders, Geneva, 43-44. Erişim: 11 Nisan 2014, ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)).
- World Health Organization. (2014). Growth reference 5-19 years, Erişim: 11 Nisan 2014, ([http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/index.html](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html)).
- World Health Organization. 10 facts on obesity, Erişim: 11 Nisan 2014, (<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/index.html>).
- World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, What is overweight and obesity?, Erişim: 11 Nisan 2014, ([http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/)).
- Xu, J., Shen, L. X., Yan, C. H., Wu, Z. Q., Ma, Z. Z., Jin, X. M. and Shen, X. M. (2008). Internet addiction among Shanghai adolescents: prevalence and epidemiological features, *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi [Chinese journal of preventive medicine]*, 42(10), 735-738.



- Yellowlees, P. M. and Marks, S. (2007). Problematic Internet use or Internet addiction?, *Computers in Human Behavior*, 23, 1447–1453.
- Yoo, Y. S., Cho, O. H. and Cha, K. S. (2013). Associations between overuse of the internet and mental health in adolescents, *Nursing & Health Sciences*, 12086.
- Young, K. S. (1998). Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder, *CyberPsychology and Behavior*, 3, 237–244.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation, and treatment, *Innovations in Clinical Practice*, Michigan, Erişim: 04 Şubat 2014, (<http://www.netaddiction.com/articles/symptoms.pdf>).
- Young, K. S. (2004). Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences, *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402-415.
- Yu, L. and Shek, D. T. (2013). Internet addiction in Hong Kong adolescents: a three-year longitudinal study, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 26(3), 10-17.

## **EKLER**

### **EK-1 Araştırma İzin Belgesi**



T.C.  
GİRESUN VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 70420720/310.01/2735425  
Konu: Proje Çalışması

30/09/2013

VALİLİK MAKAMINA

Giresun Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı öğretim elemanlarından Öğr. Gör. Hasan Hüseyin ÇAM, Giresun İl Merkezindeki lise öğrencilerinde internet bağımlılığı ve yaygınlığının belirlenmesi ile internet bağımlılığı düzeyinin beden kitle endeksi ve psikopatolojik semptomlar üzerindeki etkisinin saptanması amacıyla 15 Ekim 2013- 15 Ocak 2014 tarihleri arasında Fen Lisesi, Atatürk Anadolu Lisesi ve Mimar Sinan Anadolu Lisesinde bir araştırma projesi yapmayı planladıkları ilgili kurumun 25/09/2013 tarih ve 616 sayılı yazısı ile teklif edilmiş olup, Müdürlüğümüzce uygun değerlendirilmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Ertuğrul TOSUNOĞLU  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

OLUR  
30/09/2013

Necati AKKURT  
Vali a.  
Millî Eğitim Müdürü

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Ortaöğretim Şubesi  
Hükümet Konağı Kat:1 28100/ GİRESUN  
Elektronik Ağ:http://giresun.meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: M.Fatih AYHAN -Şef  
Tel:(0 454) 215 75 25-30 (Dah. 114) Fax:(0 454) 215 75 22  
e-posta:ortaogretim28@meb.gov.tr | giresunmem@meb.gov.tr

**EK-2 Anket Formu**

## **Adölesanlarda internet bağımlılığı prevalansı ile psikopatolojik semptomlar ve obezite arasındaki ilişkisinin incelenmesi**

Bu çalışma Giresun il merkezindeki lise öğrencilerinde internet bağımlılığı yaygınlığının saptaması ile internet bağımlılığının psikopatolojik semptomlar ve obezite üzerindeki etkisinin belirlemesi amacıyla planlanmıştır. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bu araştırmanın dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın geçerli ve güvenilir olması açısından oldukça önemlidir. Şimdiden yaptığınız katkılar için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Naim NUR & Öğr. Gör. Hasan Hüseyin ÇAM  
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.D.

1. Okulunuzun adı:  1.Fen Lisesi  2. Atatürk Anadolu Lisesi  3. Mimar Sinan Anadolu Lisesi
2. Sınıfınız:  1) 9. sınıf  2) 10. sınıf  3) 11. sınıf  4) 12. sınıf
3. Yaşınız: [ \_\_\_\_\_ ]
4. Cinsiyetiniz:  1. Erkek  2. Kız
5. Kardeş sayısı(kendiniz dâhil): [ \_\_\_\_\_ ]
6. Ailenizle birlikte mi yaşıyorsunuz?  1. Evet  2. Hayır
7. Oturduğunuz yerleşim yerinin özelliği:  1. Şehir merkezi  2. İlçe merkezi  3. Köy
8. Babanız sağ mı?  1. Sağ  2. Ölü
9. Anneniz sağ mı?  1. Sağ  2. Ölü
10. Babanızın eğitim durumu:  
 1. Okur-yazar değil  2. İlkokul  3. Ortaokul  4. Lise  5. Üniversite
11. Annenizin eğitim durumu:  
 1. Okur-yazar değil  2. İlkokul  3. Ortaokul  4. Lise  5. Üniversite
12. Babanızın mesleği:  1. İşçi  2. Memur  3. Çiftçi  4. Serbest meslek  5. Çalışmıyor  6. Diğer
13. Annenizin mesleği:  1. İşçi  2. Memur  3. Çiftçi  4. Serbest meslek  5. Ev hanımı  6. Diğer
14. Ebeveynlerinizin medeni durumu:  
 1. İlk evlilikleri  2. Boşanmış  3. Ayrılmış  4. Yeniden evlenmiş  5. Diğer
15. Ailenizin aylık toplam geliri:  
 1) ≤ 499 TL  2) 500 TL – 999 TL  3) 1000 TL – 1999 TL  4) 2000 TL - 2999 TL  5) ≥3000 TL
16. Sizin aylık harcadığınız para miktarı: [ \_\_\_\_\_ TL ]
17. Alkol kullanıyor musunuz?  1. Evet  2. Hayır
18. Sigara kullanıyor musunuz?  1. Evet  2. Hayır
19. Son bir ay içinde, kendinizi iyi hissetmek ve rahatlamak amacıyla keyif verici sıradışı bir madde kullandınız mı?  1. Evet  2. Hayır  3. Cevapsız
20. Aile üyelerinizle olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?  
 1. Çok destekleyici  2. Destekleyici  3. Normal  4. Çatışmalı  5. Çok çatışmalı
21. Okul başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?  
 1. Çok yüksek  2. Yüksek  3. Orta  4. Düşük  5. Çok düşük

22. Evinizde bilgisayar var mı?  1. Var  2. Yok
23. Kendinize ait bir bilgisayar var mı?  1. Var  2. Yok
24. İnternet kullanıyor musunuz?
1. Evet
2. Hayır
- (Cevabınız hayır ise, 32. soruya geçiniz ve İnternet Bağımlılığı Testi'ni yanıtlamayınız.)
25. Ne zamandan beri internet kullanıyorsunuz?  1) ≤ 6 ay  2) 7-12 ay  3) ≥12
26. İnterneti genellikle hangi amaçla kullanıyorsunuz? (Lütfen tek bir şıkkı işaretleyiniz.)
1. E-posta yazışmaları
2. Sohbet etme (Chat)
3. Okul çalışmaları
4. Müzik veya video indirme
5. Kitle iletişim araçlarına erişim (Gazete, dergi ve süreli yayın vb.)
6. Oyun oynama
7. Sosyal ağlar (Facebook vb.)
8. Cinsel eğitim ve bilgi alma
9. Diğer
27. İnternete genellikle nerede erişiyorsunuz? (Lütfen tek bir şıkkı işaretleyiniz.)
1. Kendi evimden
2. Arkadaş veya akrabaların evinden
3. İnternet kafeden
4. Okuldan
5. Cep telefonundan (Mobil)
6. Diğer
28. İnternete günün en çok hangi saati erişiyorsunuz? (Lütfen tek bir şıkkı işaretleyiniz.)
1. Sabah  2. Öğleden sonra  3. Akşam  4. Gece
29. Haftada ortalama kaç gün internet kullanıyorsunuz?  1) 1-3 gün  2) 4-5 gün  3) 6-7 gün
30. Günlük ortalama internet kullanım süreniz: [ \_\_\_\_\_ saat]
31. Uzun süreli internet kullanımına bağlı olarak aşağıdaki sorunlardan hangisini en sık yaşadınız? (Lütfen tek bir şıkkı işaretleyiniz.)
1. Baş ağrısı
2. Bulanık görme
3. Çift görme
4. Gözde acı
5. Göz yorgunluğu
6. Baş dönmesi
7. İşitme ile herhangi bir sorun
8. Herhangi bir sorun yaşamadım

32. Son bir ay içinde, okuldaki beden eğitimi dersi hariç günde **ortalama** kaç saat egzersiz yaptınız?

1) Hiç yapmadım. 2) 30 dakikadan az 3) 30 dakika - 1 saat 4) 1 saatten fazla

33. Uyku düzensizliğiniz var mı?  1. Var  2. Yok

34. Günlük ortalama uyku süreniz: [ \_\_\_\_\_ saat]

35. Yatma zamanınız düzenli mi?

1. Her zaman düzenli  
 2. Genellikle düzenli  
 3. Ne düzenli ne de düzensiz  
 4. Genellikle düzensiz  
 5. Her zaman düzensiz

36. Son bir ay içerisinde, kahvaltı, öğle veya akşam yemeklerinden birini **sıklıkla** atladığınız oldu mu?

1. Evet  2. Hayır (**Cevabınız hayır ise, 37. soruyu cevaplamayın.**)

37. **En sık** yemek atlama nedeniniz nedir? (Lütfen tek bir şıkkı işaretleyiniz.)

1. Uyuya kalma  
 2. İştahı olmama  
 3. Sindirim güçlüğü  
 4. Yemekten önce atıştırma  
 5. Zayıflama  
 6. Para tasarrufu  
 7. Zaman yetersizliği  
 8. Alışkanlık  
 9. Diğer

38. Son bir ay içerisinde, **genellikle** öğün aralarında fast food tarzı (döner, hamburger, pizza vb) yiyecekler atıştırdınız mı?

1. Evet, günde 3 kez ve üzeri atıştırdım.  
 2. Evet, günde 1-2 kez atıştırdım.  
 3. Atıştırmadım. (**Cevabınız atıştırmadım ise, 39. soruyu cevaplamayınız.**)

39. **Genellikle** atıştırma nedeniniz nedir? (Lütfen tek bir şıkkı işaretleyiniz.)

1. Açlık  
 2. Yemek için zaman yetersizliği  
 3. Alışkanlık  
 4. Can sıkıntısı  
 5. Sosyal etkinlik  
 6. Diğer

40. Kilo: [ \_\_\_\_\_ kg ]

41. Boy: [ \_\_\_\_\_ cm ]

42. BKİ: [ \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>]

## İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ

Sorular		Ölçek					
		Söz konusu değil	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çoğu zaman	Her zaman
Aşağıdaki ifadelerden her biri için size uygun yanıtı işaretleyin.							
1.	Önceden kararlaştırdığınızdan daha uzun süre internette kalıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	İnternette çok zaman geçirmekten dolayı ev işlerini ihmal ediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Arkadaşlarınızla zaman geçirmek yerine internette zaman geçirmenin daha keyifli geldiği oluyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	İnternet aracılığıyla yeni arkadaşlıklar kuruyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Hayatınızdaki diğer kişiler, internete ayırdığınız zamanın fazlalığından şikâyet ediyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	İnternete fazla zaman ayırmanızdan dolayı notlarınız ya da okul ödevleriniz aksıyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Gerekli olan bazı şeyleri yapmadan önce ilk iş olarak e-mail'lere bakıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	İnternet dolayısıyla başarınız ve üretkenliğiniz olumsuz etkileniyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Size internette ne yaptığınız sorulduğunda kendinizi savunduğunuz ya da sessiz kaldığınız oluyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Yaşamınızla ilgili kaygılardan, sorunlardan internet vasıtasıyla kaçtığınız oluyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Kendinizi tekrar internete girmeyi hayal ederken buluyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	İnternetsiz bir hayatın sıkıcı, boş, kederli olacağı şeklinde duygulara kapılıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	İnternetteyken birisi sizi rahatsız etse ona kızdığınız, bağırdığınız ya da saldırdığınız oluyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	İnternet nedeniyle gece geç saatlere kadar oturup uykusuz kalıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Günlük işlerinizi yaparken interneti düşünüyor, internette olduğunuz zamanlarla ilgili hayaller kuruyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	İnternetteyken "sadece bir kaç dakika daha" diyerek bağlantınızı uzatıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	İnternete ayırdığınız zamanı azaltmak istediniz ve başarısız oldunuz mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	İnternette geçirdiğiniz zamanı başkalarından gizlemeye çalıştığınız oluyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla vakit geçirmeyi tercih ediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	İnternette olmadığınız zaman keyifsiz, hırçın, sinirli oluyor musunuz? İnternete girince bunlar geçiyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## DUKE SAĞLIK PROFİLİ (DUKE)

YÖNERGE: Burada sizin sağlığını ve duygularınız hakkında bir takım sorular vardır. Her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve en iyi cevabı işaretleyin (✓). Soruları kendi istediğiniz gibi cevaplamalısınız. Sorular arasında doğru ya da yanlış cevaplar yoktur. (Lütfen her bir boşluğun yanındaki küçük sayıları önemsemeyin.)

		Evet, beni tamamen tanımlıyor ↓	Beni biraz tanımlıyor ↓	Hayır, beni hiç tarif etmez ↓
1.	Kendimi olduğum gibi seviyorum	O <sub>12</sub>	O <sub>11</sub>	O <sub>10</sub>
2.	Ben geçinilmesi kolay bir insan değilim	O <sub>20</sub>	O <sub>21</sub>	O <sub>22</sub>
3.	Ben aslında sağlıklı bir insanım	O <sub>32</sub>	O <sub>31</sub>	O <sub>30</sub>
4.	Çok kolay pes ederim	O <sub>40</sub>	O <sub>41</sub>	O <sub>42</sub>
5.	Dikkatimi toplamakta güçlük çekerim	O <sub>50</sub>	O <sub>51</sub>	O <sub>52</sub>
6.	Aile ilişkilerimde mutluyum	O <sub>62</sub>	O <sub>61</sub>	O <sub>60</sub>
7.	İnsanların arasında olmak beni rahatlatır	O <sub>72</sub>	O <sub>71</sub>	O <sub>70</sub>
<u>BUGÜN:</u> Herhangi bir fiziksel sıkıntı ya da güçlük yaşıyor musunuz: ↓		Hiç ↓	Biraz ↓	Çok ↓
8.	Bir kat merdiven çıkarken	O <sub>82</sub>	O <sub>81</sub>	O <sub>80</sub>
9.	Bir futbol sahası uzunluğunda koşarken	O <sub>92</sub>	O <sub>91</sub>	O <sub>90</sub>
<u>GEÇEN HAFTA BOYUNCA:</u> Ne kadar sıkıntı yaşadınız: ↓		Hiç ↓	Biraz ↓	Çok ↓
10.	Uyurken	O <sub>102</sub>	O <sub>101</sub>	O <sub>100</sub>
11.	Vücudunuzun herhangi bir yerinde ağrı ya da sızı	O <sub>112</sub>	O <sub>111</sub>	O <sub>110</sub>
12.	Kolaylıkla yorulma	O <sub>122</sub>	O <sub>121</sub>	O <sub>120</sub>
13.	Bunalımlı ya da üzgün hissetme	O <sub>132</sub>	O <sub>131</sub>	O <sub>130</sub>
14.	Sinirlilik	O <sub>142</sub>	O <sub>141</sub>	O <sub>140</sub>
<u>GEÇEN HAFTA BOYUNCA:</u> Ne kadar sıklıkta yaptınız: ↓		Hiç ↓	Biraz ↓	Çok ↓
15.	Diğer insanlarla sosyalleşmek (arkadaşlarınız veya akrabalarınız ile konuşmak ya da ziyaret etme gibi)	O <sub>150</sub>	O <sub>151</sub>	O <sub>152</sub>
16.	Sosyal, dinsel veya eğlence faaliyetlerine katılma (toplantılar, camiye gitme, sinema, spor, partiler)	O <sub>160</sub>	O <sub>161</sub>	O <sub>162</sub>
<u>GEÇEN HAFTA BOYUNCA:</u> Ne kadar sıklıkta yaptınız: ↓		Hiç ↓	1-4 Gün ↓	5-7 Gün ↓
17.	Hastalık, yaralanma veya diğer sağlık sorunu nedeniyle evinizde, bakımevinde veya hastanede kalma	O <sub>172</sub>	O <sub>171</sub>	O <sub>170</sub>

## YEME TUTUMU TESTİ

YÖNERGE: Bu anket, sizde dikkat edilmesi gereken bir yeme bozukluğu olup olmadığını belirlemek için kullanılan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği, yeme bozukluğu tanısı koymak veya profesyonel bir danışma gerçekleştirmek için tasarlanmamıştır. Lütfen dürüstçe ve tamamen olabildiğince doğru bir şekilde aşağıdaki formu doldurunuz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur. Verdiğiniz yanıtların tümü gizli tutulacaktır.

Aşağıdaki ifadelerden her biri için size uygun yanıtı işaretleyin.		Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.	Şişmanlıktan ödüm kopar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Aklım fikrim yemektir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Ailem fazla yememi bekler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Yemek yedikten sonra kusarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Başkaları zayıf olduğumu düşünür.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Yemeklerimi yemek başkalarından uzun sürer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Diyet (perhiz) yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Midemin boş olmasından hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

İlginiz için teşekkür ederiz.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Hasan Hüseyin ÇAM
Doğum Yeri ve Tarihi	Malatya, 1980
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 28340 / Piraziz-GİRESUN
E-posta Adresi	cam_hasanhuseyin@hotmail.com

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Doğanşehir Vaizoğulları Sağlık Meslek Lisesi, 1998
Lisans	Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Memurluğu, 2004
Yüksek Lisans	İnönü Üniversitesi, Halk Sağlığı, 2009

### İş Tecrübesi

Kocaeli Üniversitesi	Memur, 2000 - 2007
İnönü Üniversitesi	Memur, 2007 - 2010
Harran Üniversitesi	Öğretim Görevlisi, 2010 - 2011
Giresun Üniversitesi	Öğretim Görevlisi, 2011 -