



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE,
ÇOKLU EKLAN BAĞIMLILIĞI VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emre ŞEN
ORCID ID: 0009-0001-8973-809X
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

İZMİR-2025

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE,
ÇOKLU EKРАН BAĞIMLILIĞI VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emre ŞEN
ORCID ID: 0009-0001-8973-809X
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

İZMİR-2025

KABUL VE ONAY SAYFASI

Tıp Fakóltesi;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Anabilim Dalı Uzmanlık Programı tarafından yürütölmüş olan “Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Erişkin Bireylerde Fiziksel Aktivite, Çoklu Ekran Bağımlılığı ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, aşğıdaki jüri tarafından Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06 / 03 / 2025

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

ORCID ID: 0000-0002-5691-1589

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üye: Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

ORCID ID: 0000-0002-8846-2810

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Serap ÖKSÜZ

ORCID ID: 0000-0002-6754-2109

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ONAY: Bu Uzmanlık tezi, Eğitim Planlama Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

Dekan

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER.....	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bağımlılık.....	5
2.1.1. Beyindeki ödül sistemleri.....	6
2.1.2. Nöroplastisite ve Beyin Adaptasyonu	6
2.1.3. Bağımlılık Döngüsü ve Tolerans Mekanizması	7
2.2. Çoklu Ekran Bağımlılığı Kavramı	8
2.2.1. Bilişsel ve Psikolojik Etkiler	9
2.2.2. Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkiler	9
2.2.3. Sosyal ve Davranışsal Etkiler	9
2.3. Vücut Kitle İndeksi ve Sağlık	10
2.3.1. Vücut Kitle İndeksi Sınıflandırmaları ve Sağlık Riskleri.....	11
2.3.2. Vücut Kitle İndeksi ile Yaşam Tarzı Alışkanlıklarının İlişkisi	12
2.4. Çoklu Ekran Bağımlılığı ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisi.....	13
2.5. Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerindeki Etkileri	14
2.5.1. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Açısından Önemi	16
2.5.2. Yetersiz Fiziksel Aktivitenin Riskleri ve sonuçları	17
2.5.3. Fiziksel Aktivite ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisi	19
2.6. Ekran Bağımlılığı ve Fiziksel Aktivite İlişkisi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22

3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5.	Veri Toplama Araçları	23
3.6.	İstatistiksel Analiz	25
3.7.	Araştırma Takvimi.....	27
3.8.	Etik İzinler	27
4.	BULGULAR.....	28
4.1.	Sosyo-Demografik Özellikler ve Değişkenlerle İlgili Bulgular.....	28
4.2.	Değişkenlerle İle İlgili Bulgular.....	31
4.2.1.	Çoklu Ekran Bağımlılığı İle İlgili Bulgular	31
4.2.2.	Vücut Kitle Endeksi İle İlgili Bulgular	38
4.2.3.	Fiziksel Aktivite İle İlgili Bulgular	52
4.2.4.	Değişkenler Arasındaki İlişkiler İle İlgili Bulgular	60
5.	TARTIŞMA	64
5.1.	Genel Bulguların Değerlendirilmesi ve Yorumlanması	64
5.2.	Hipotezlerin Değerlendirilmesi ve Yorumlanması	70
5.2.1.	Fiziksel Aktivite ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisi	70
5.2.2.	Çoklu Ekran Bağımlılığı ve Vücut Kitle İndeksi Arasındaki İlişki	71
5.2.3.	Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Çoklu Ekran Bağımlılığı Arasındaki İlişki	72
5.2.4.	Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Düzeyi Farklılıkları	72
5.2.5.	Yaş ve Çoklu Ekran Bağımlılığı Arasındaki İlişki	73
5.2.6.	Yaş ve Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişki	73
5.2.7.	Eğitim Düzeyinin Fiziksel Aktivite ve Çoklu Ekran Bağımlılığına Etkisi 74	
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
7.	KAYNAKLAR	79
	EKLER.....	86
	Ek 1: Sosyo-demografik Veri Formu	86
	Ek 2: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form).....	88
	Ek 3: Çoklu Ekran Bağımlılığı Ölçeği	90
	Ek 4: Etik Kurul İzni Karar Formu.....	92
	Ek 5: Hastane İzin Formu	93
	EK-6: Ölçek Kullanım İzni.....	94
	EK-7: Benzerlik Durum Raporu (İntihal Raporu)	96
	ÖZGEÇMİŞ	97

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi birikimi, tecrübeleri ve her zaman gösterdiği anlayış ile bana rehberlik eden Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e,

Yardımseverliği, eğitici yaklaşımı ve tez çalışma sürecimde deneyim ve bilgileri ile destek sağlayarak eğitimimi verimli bir şekilde tamamlamama katkıda bulunan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana her zaman yol gösteren Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Sayın Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ'a, Sayın Doç. Dr. Gülseren PAMUK'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap ÖKSÜZ'e ve Sayın Prof. Dr. Hüseyin CAN'a,

Tez çalışmamda destek veren tüm meslektaşlarıma ve bu süreçte yanımda olan arkadaşlarıma, tez çalışmamın istatistik analizinde yardımcı olan Sayın Ahmet Sakallı Beye,

Bana her zaman koşulsuz destek olan, sevgilerini ve inançlarını hissettiren kıymetli ailem; annem Hanife Şen'e, babam Mehmet Şen'e, kardeşim Cansu Şen'e ve sevgisi, sabrı ve anlayışıyla bana her gün ilham veren her zaman yanımda olan sevgili eşim İrem Şenel'e,

En içten sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

ÖZET

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE, ÇOKLU EKRAN BAĞIMLILIĞI VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre ŞEN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Dahı Uzmanlık
Tezi, İzmir, Türkiye, 2025

Amaç: Araştırmanın amacı, erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyleri ile çoklu ekran bağımlılığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve iki faktörün bireylerin Vücut Kitle İndeksi üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Ayrıca, fiziksel aktivite ve ekran bağımlılığı arasındaki etkileşimin boyutlarını anlamak, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı geliştirmelerine yönelik önleyici ve müdahaleci stratejiler geliştirilmesine katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Yöntem: Kesitsel ve nicel bir çalışma olan bu araştırma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde 01 Ağustos 2024-01 Ekim 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplama sürecinde sosyo-demografik bilgi formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (IPAQ) ve Çoklu Ekran Bağımlılığı Ölçeği (MSAS) kullanıldığı araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, yaşam tarzları, fiziksel aktivite düzeyleri, çoklu ekran bağımlılığı ve vücut kitle indeksleri (VKİ) arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak incelenmiştir. Kullanılan anketten elde edilen veriler SPSS 26 paket programına işlenmiştir. Kategorik değişkenler sayı, oran ve yüzde değerler; normal dağılan sayısal değişkenler aritmetik ortalama, standart sapma $\pm$ SD olarak, normal dağılmayan sayısal değişkenler, ortanca, en küçük ve en büyük değer (minimum-maksimum) ile ifade edilmiştir; gruplar arası karşılaştırmalarda değişken özelliğine uygun olarak ki-kare ve post-hoc analizinde düzeltilmiş artık değer testleri yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, çoklu ekran bağımlılığı ile bireylerin yaşam tarzı, beslenme düzeni ve sosyal çevreleri arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. 25-49 yaş grubundaki bireylerin ekran bağımlılığı açısından en riskli grup olduğu tespit edilmiştir. Ekranda geçirilen sürenin 4 saat ve üzerine çıkması bağımlılık oranını artırmaktadır. Yaş arttıkça VKİ'ye göre fazla kilolu veya obez bireylerin oranının

arttığı belirlenmiştir. Cinsiyeti erkek olanlar, medeni durumu evli olanlar, eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul mezunu olanların VKİ'ye göre fazla kilolu veya obez olarak bulunmuştur. Fiziksel aktivite düzeyi açısından, erkeklerin daha çok minimal aktif olduğu, kadınların ise çok aktif kategorisinde daha fazla yer aldığı saptanmıştır. Yaş arttıkça fiziksel aktivitenin azaldığı gözlemlenmiştir.

Sonuçlar: Araştırma sonuçlarına göre, çoklu ekran bağımlılığı bireylerin VKİ ve fiziksel aktivite düzeyleri ile doğrudan ilişkilidir. Ekran bağımlılığı, özellikle obez bireylerde daha yaygın olarak görülmektedir. Fiziksel aktivite düzeyi azaldıkça VKİ ve ekran bağımlılığının belirgin olarak arttığı görülmüştür. Bireylerin ekran süresini kontrol altına almaları, düzenli fiziksel aktivite yapmaları ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmeleri obezite ve ekran bağımlılığı risklerini azaltmak açısından önemlidir. Bireylerin ekran bağımlılığı ve fiziksel aktivite düzeyleri ile ilgili bilinçlendirilmesine yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel Aktivite, Ekran Bağımlılığı, Vücut Kitle İndeksi, Obezite

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY, MULTIPLE SCREEN ADDICTION, AND BODY MASS INDEX IN ADULT INDIVIDUALS APPLYING TO THE OUTPATIENT CLINICS OF A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Emre ŞEN

Izmir Kâtip Çelebi University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialty Thesis, Izmir, Turkey, 2025

Aim: The aim of the study is to determine the relationship between physical activity levels and multiple screen addiction in adults and to examine the impact of these two factors on individuals' body mass index. Additionally, it seeks to understand the dimensions of the interaction between physical activity and screen addiction, contributing to the development of preventive and interventional strategies aimed at promoting a healthy lifestyle.

Method: This cross-sectional and quantitative study was conducted at the outpatient clinics of İzmir Kâtip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital between August 1, 2024, and October 1, 2024. During the data collection process, a socio-demographic information form, the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), and the Multiple Screen Addiction Scale (MSAS) were utilized. The study statistically examined the relationships between participants' socio-demographic characteristics, lifestyles, physical activity levels, multiple screen addiction, and body mass index (BMI). The data obtained from the survey were processed using the SPSS 26 software package. Categorical variables were expressed as frequency, ratio, and percentage values; normally distributed numerical variables were presented as arithmetic mean and standard deviation ($\pm$ SD), while non-normally distributed numerical variables were reported using median, minimum, and maximum values. In comparisons between groups, chi-square tests and post-hoc adjusted residual tests were applied according to the characteristics of the variables.

Results: The study identified a statistically significant relationship between multiple screen addiction and individuals' lifestyles, dietary habits, and social environments. The 25–49 age group was found to be the most at-risk group in terms of screen addiction. Spending four or more hours on screens was associated with an increased

addiction rate. It was determined that as age increases, the proportion of overweight or obese individuals, based on BMI, also rises. Males, married individuals, and those with primary or secondary education levels were more likely to be classified as overweight or obese according to BMI. Regarding physical activity levels, men were predominantly categorized as minimally active, whereas women were more frequently found in the highly active category. Additionally, a decline in physical activity levels with increasing age was observed.

Conclusion: According to the study results, multiple screen addiction is directly related to individuals' BMI and physical activity levels. Screen addiction is particularly more prevalent among obese individuals. A significant increase in BMI and screen addiction was observed as physical activity levels decreased. Controlling screen time, engaging in regular physical activity, and adopting healthy eating habits are crucial in reducing the risks of obesity and screen addiction. It is essential to develop health policies aimed at raising awareness about screen addiction and physical activity levels among individuals.

Keywords: Physical Activity, Screen Addiction, Body Mass Index, Obesity

SİMGELER VE KISALTMALAR

VKİ	Vücut Kitle İndeksi
VTa	Ventral Tegmental Alan
NAc	Nükleus Accumbens
GABA	Beynin İnhibe Edici Nörotransmitteri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MSAS	Çoklu Ekran Bağımlılığı Ölçeği
IPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği
MET	Metabolik Eşdeğer (Metabolic Equivalent of Task)
N	Örneklem Sayısı
%	Yüzde
P	Anlamlılık Değeri
χ^2	Ki-Kare Testi (Chi-Square)
AR	Düzeltilmiş Artık Değer

ŞEKİLLER

Şekil 1: Bağımlılık aşamaları ve nöroadaptasyonlardan kaynaklanan değişimler..... 7



TABLÖLAR

Tablo 1: Vücut Kitle İndeksi kategorileri ve puan değerleri.....	26
Tablo 2: Demografik özelliklerin dağılımı	28
Tablo 3: Çalışma durumu ve yaşam koşullarının dağılımı	29
Tablo 4: Sağlık durumu ve bağımlılık alışkanlıkları ile ilgili bulgular.....	29
Tablo 5: Beslenme alışkanlıkları ile ilgili bulgular.....	30
Tablo 6: Ekran başında geçirilen süre ile ilgili bulgular	30
Tablo 7: Çoklu ekran bağımlılığı ile ilgili bulgular	31
Tablo 8: Demografik faktörler ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	32
Tablo 9: Sağlık ve yaşam tarzı faktörleri ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	33
Tablo 10: Ekran bağımlılığı ile ekran kullanım süresi ve çalışma durumu arasındaki ilişki ile ilgili bulgular.....	36
Tablo 11: Vücut Kitle İndeksi kategorileri ile ilgili bulgular	38
Tablo 12: Vücut Kitle İndeksi ile ilgili tanımlayıcı istatistikler	39
Tablo 13: Cinsiyet ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	39
Tablo 14: Yaş grubu ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular.....	40
Tablo 15: Medeni durum ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	41
Tablo 16: Eğitim düzeyi ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	42
Tablo 17: Aylık gelir ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular.....	43
Tablo 18: Çalışma yılı ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	43
Tablo 19: Çalışma türü ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular ...	44
Tablo 20: Haftalık çalışma ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	45
Tablo 21: Birlikte yaşanan kişi ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	46
Tablo 22: İlaç kullanma ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular..	46
Tablo 23: Sigara kullanma ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	48
Tablo 24: Alkol kullanma ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	48
Tablo 25: Düzenli beslenme ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	49

Tablo 26: Hafta içi ekran başında geçirilen süre ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	50
Tablo 27: Hafta sonu ekran başında geçirilen süre ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	51
Tablo 28: Fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili bulgular	52
Tablo 29: Demografik faktörler ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	52
Tablo 30: Çalışma durumu ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	55
Tablo 31: Birlikte yaşanan kişi ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	56
Tablo 32: Sağlık durumu ve yaşam tarzı faktörleri ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	58
Tablo 33: Ekran başında geçirilen süre ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	59
Tablo 34: Fiziksel aktivite düzeyi ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	60
Tablo 35: Vücut Kitle İndeksi kategorileri ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	61
Tablo 36: Vücut Kitle İndeksi ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular	62

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çoklu ekran bağımlılığı, fiziksel aktivite yetersizlikleri bireylerin sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Teknolojik gelişmelerle birlikte gündelik hayatta birçok ihtiyacın internet ve internet araçları aracılığıyla karşılanması ekrana maruziyet düzeyini artırmakta, buna bağlı olarak fiziksel aktivitelerin de sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Bilgisayar, akıllı telefon, tablet ve televizyon gibi birden fazla ekranın günlük yaşamda yoğun kullanımı, hareketsiz bir yaşam biçimini teşvik ederek, bireylerin sağlığını tehdit eden faktörlerden biri haline gelmiştir (1,2).

Özellikle dijital teknolojilerin yaygınlaşmasıyla birlikte bireylerin ekran başında geçirdikleri süre giderek artmakta, bu da fiziksel aktivite eksikliğine ve buna bağlı sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bireylerin uzun süre fiziksel olarak hareketsiz kalmaları, obezite ve buna bağlı sağlık komplikasyonlarıyla karşılaşma riskini artırabilir (3). Ekran bağımlılığı, uzun süre hareketsiz kalmaya bağlı olarak fiziksel aktivitenin azalmasına, aşırı gıda tüketimine ve bunun sonucunda kilo artışı ile obezite riskinin yükselmesine neden olabilir (4). Türkiye'de yapılan çalışmalar da bu küresel eğilimi doğrulamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017" verilerine göre, erişkin bireylerin %42'si fiziksel olarak yetersiz düzeyde aktifken, %31'i tamamen sedanter bir yaşam tarzı sürmektedir (5). Ayrıca, bireylerin ortalama ekran başında geçirdikleri sürenin günde 4-6 saate kadar çıktığı tespit edilmiştir. Özellikle dijital medya kullanımının artması, fiziksel aktiviteyi sınırlandırarak obezite riskini artırmaktadır (6). Araştırmalar, çoklu ekran kullanımının bireylerin yaşam tarzını pasifleştirerek vücut kitle indeksi artırdığını ve bunun sonucunda obezite riskini yükselttiğini ortaya koymaktadır (7,8). Bununla birlikte, hareketsiz yaşam biçimi yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Uzun süreli ekran kullanımı; uyku bozukluklarına, dikkat dağınıklığına, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açabilir (9).

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki olumlu etkileri ise tartışmasızdır. Bireylerin fiziksel aktivite tercihi kilolu olma ve obeziteye katkıda bulunur (Baş ve diğerleri, 2023). Teknolojinin kullanımı son yıllarda özellikle düzenli fiziksel aktivite, kilo kontrolünü sağlamanın yanı sıra kardiyovasküler sağlığı iyileştirir ve psikolojik refahı destekler (8,10).

Erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyleri ile çoklu ekran bağımlılığı arasındaki ilişkinin ve bu değişkenlerin VKİ üzerindeki etkisinin araştırılması, toplum sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu alanda yapılacak araştırmalar, hem bireysel hem de toplumsal sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayarak, sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesini teşvik edebilir. Özellikle fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik eğitim programları ve dijital medya kullanımını sınırlandırmaya yönelik bilinçlendirme çalışmaları ile halk sağlığı sorunlarının önlenmesinde kritik bir rol oynayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyleri ile çoklu ekran bağımlılığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu iki faktörün bireylerin Vücut Kitle İndeksi (VKİ) üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu doğrultuda, fiziksel aktivite ve ekran bağımlılığı arasındaki etkileşimin boyutlarını anlamak, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı geliştirmelerine yönelik önleyici ve müdahaleci stratejiler geliştirilmesine katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Eğitim ve araştırma hastanesi polikliniklerine başvuran erişkin bireylerde fiziksel aktivite, çoklu ekran bağımlılığı ve Vücut Kitle İndeksi ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

1. Hipotez :

H_0 : Erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. Hipotez:

H_0 : Çoklu ekran bağımlılığı ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Çoklu ekran bağımlılığı ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3. Hipotez:

H_0 : Fiziksel aktivite düzeyi ile çoklu ekran bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Fiziksel aktivite düzeyi ile çoklu ekran bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. Hipotez:

H_0 : Cinsiyet ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Cinsiyet ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

5. Hipotez:

H_0 : Yaş ile çoklu ekran bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaş ile çoklu ekran bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

6. Hipotez:

H_0 : Yaş ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaş ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

7. Hipotez:

H_0 : Eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi ve çoklu ekran bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi ve çoklu ekran bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Bu araştırma kapsamında, erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ve çoklu ekran bağımlılığının Vücut Kitle İndeksi üzerindeki etkilerinin derinlemesine incelenmesi ve bu etkileşimlerin bilimsel olarak ortaya konması amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilecek bulgular, hareketsiz yaşam tarzının bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine dair somut veriler sunarak, bu soruna yönelik bilinçlendirme faaliyetlerinin ve etkili müdahale programlarının geliştirilmesine katkıda bulunacaktır. Bu bağlamda, elde edilen veriler, toplumun fiziksel aktivite düzeyini artırmaya yönelik politikaların tasarlanması, sağlıklı yaşam

alışkanlıklarının teşvik edilmesi ve bireylerde ekran bağımlılığına yönelik farkındalığın artırılmasına rehberlik edecektir. Araştırma bulguları, eğitim programlarının, sağlık kampanyalarının ve kamu politikalarının daha bilimsel ve kanıta dayalı bir şekilde yapılandırılmasını sağlayarak, bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olacaktır.

Ayrıca, bu çalışma, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve diğer hareketsiz yaşam tarzına bağlı sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik uygulamaların geliştirilmesine ışık tutacaktır. Elde edilen bilimsel kanıtlar, sağlık profesyonellerinin ve politika yapıcılarının, toplum sağlığını tehdit eden hareketsiz yaşam biçimini ortadan kaldırmaya yönelik stratejik planlamalar yapmasına olanak tanımaktadır.

Araştırmanın sonuçlarının, bireysel ve toplumsal sağlık politikalarının şekillendirilmesinde referans kaynağı olması beklenmektedir. Sağlık profesyonelleri, eğitimciler ve politika yapıcılar için rehber niteliğinde olacak bu bulgular, hareketsizlik ve ekran bağımlılığına karşı daha kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesini destekleyecek sonuçlar sunmaktadır. Bu araştırma, erişkin bireylerin yaşam tarzına yönelik veriler sunarak, toplum sağlığını tehdit eden risk faktörlerinin azaltılmasına, bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerine ve toplum sağlığının sürdürülebilir şekilde iyileştirilmesine yönelik politikaların geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

Bağımlılık bireyin beyin yapısını ve işlevlerini değiştirerek dürtü kontrolü, ödül-motivasyon sistemi ve davranışsal düzenlemeyi etkiler. Bağımlılık, genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan, birincil ve kronik bir nörobiyolojik hastalıktır (11). Bağımlılık süreci genellikle madde kullanımı veya belirli davranışların tekrarlanmasıyla başlar ve zamanla bireyin kontrolünü kaybetmesine yol açar (12,13). Bağımlılığın gelişiminde genetik yatkınlık önemli bir rol oynar (14). Aile geçmişinde bağımlılık öyküsü bulunan bireylerde, bu duruma yakalanma riski daha yüksektir. Bunun yanı sıra, çocukluk çağı travmaları, stres, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal etmenler de bağımlılığın oluşumunu kolaylaştırabilir. Bağımlılık, genetik yatkınlık ve beynin maddelerin kötüye kullanımıyla ilgili farmakolojik etkilere adaptasyonu da dahil olmak üzere psikososyal ve biyolojik faktörler arasındaki karmaşık bir etkileşimle belirlenen bir bozukluğun başlıca bir örneğini temsil eder (15). Bu nedenle, bağımlılığın önlenmesi ve tedavisinde yalnızca genetik yatkınlık değil, aynı zamanda bireyin yaşadığı çevre, psikososyal dinamikler ve nörobiyolojik süreçler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bağımlılık, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığına ile sosyal hayatına zarar vermesine rağmen, beyindeki ödül mekanizmalarının baskın etkisiyle gelişen, tekrarlayan, dürtüsel ve zorlayıcı davranışlarla kendini gösteren bir beyin hastalığıdır (16). Genetik faktörler, bireyin bağımlılığa duyarlılığını belirlerken, çevresel ve psikososyal etkenler bu sürecin tetiklenmesine ve ilerlemesine katkıda bulunur. Özellikle çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar, aile içi çatışmalar, sosyal izolasyon ve düşük özsaygı gibi etkenler bağımlılığın gelişme riskini artırabilir (12,17,18). Bunun yanı sıra, beynin ödül sistemi ve nöroplastisite süreçleri, bağımlılık yapan maddelerin kötüye kullanımıyla birlikte önemli değişimlere uğrar. Madde kullanımı, dopamin başta olmak üzere nörotransmitter düzeylerini etkileyerek ödül-motivasyon sistemini yeniden şekillendirir ve bireyin maddeye olan bağımlılığını pekiştirir. Ray ve Grodin'in de belirttiği gibi, bağımlılık biyolojik ve psikososyal faktörlerin karmaşık bir etkileşimi sonucu ortaya çıkar ve bu süreçte beynin madde kullanımına verdiği farmakolojik tepkiler belirleyici bir rol oynar (15).

2.1.1. Beyindeki ödül sistemleri

Bağımlılığın temelinde, beynin ödül sistemi olarak bilinen mezolimbik dopamin sistemi yer almaktadır (15). Bu sistem, özellikle ventral tegmental alan (VTA) ve nükleus accumbens (NAc) bölgelerini içerir ve bireyin keyif verici uyarılara karşı motivasyonunu ve ödül beklentisini düzenler (19). Madde kullanımı veya bağımlılık yapıcı davranışlar, bu sistemin aşırı uyarılmasına neden olarak dopamin salınımını artırır ve bireyin ödül beklentisini pekiştirir.

Özellikle bağımlılık sürecinde rol oynayan temel nörotransmitterlerden biri dopamindir. Dopamin, ödül, motivasyon ve öğrenme süreçlerinde kritik bir rol oynar (16). Bağımlılık yapan maddeler ve davranışlar, dopamin salınımını yapay olarak artırarak bireyin bu uyarıları tekrar deneyimleme isteğini güçlendirir. Bunun yanı sıra, öğrenme ve hafıza süreçlerinde önemli bir yere sahip olan glutamat, bağımlılığın pekişmesinde ve uzun vadeli davranış değişikliklerinde etkili olabilir (11). GABA ise beynin inhibe edici nörotransmitteri olarak, dürtü kontrolü ve stres yönetiminde görev alır.

2.1.2. Nöroplastisite ve Beyin Adaptasyonu

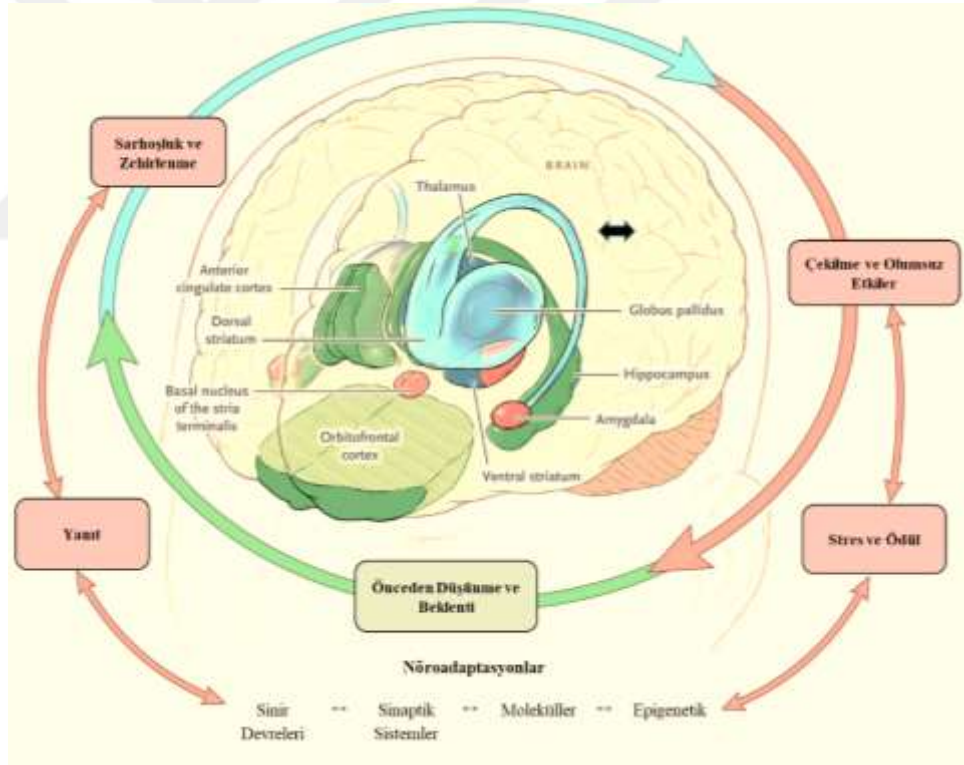
Bağımlılık sürecinde nöroplastisite, yani beynin sinaptik bağlantılarındaki değişimler önemli bir rol oynar. Sürekli madde kullanımı veya tekrarlayan bağımlılık yapıcı davranışlar, sinaptik bağlantıları güçlendirerek bireyin bağımlı olduğu madde veya davranışı öğrenmesini ve tekrar etmesini kolaylaştırır. Bağımlılığı olan kişilerde, beynin prefrontal bölgelerindeki dopamin ve glutamatın bozulmuş sinyalleme, güçlü dürtülere direnme veya ilacı almayı bırakma kararlarını uygulama yeteneklerini zayıflatır (16). Bu süreç, beynin doğal ödül mekanizmalarının bozulmasına yol açarak doğal ödüllere (örneğin, sosyal etkileşim veya yemek yeme) olan duyarlılığı azaltabilir. Bu nöroplastik değişimler, bağımlılıkla ilişkili beyin devrelerinde kalıcı adaptasyonlara yol açarak ödül sistemi ve dürtü kontrol mekanizmaları üzerinde derin etkiler oluşturur. Bu bağlamda, bağımlılıkla ilişkili beyin devrelerinin yapısını ve işleyişini anlamak, sürecin nörobiyolojik temellerini açıklamak açısından önemlidir. Beyindeki ödül yolu, ventral tegmental alandan (VTA) nucleus accumbens ve prefrontal kortekse dopaminerjik projeksiyonlardan oluşur (15). Uzun süreli bağımlılık durumlarında, prefrontal korteks gibi dürtü kontrolü ve karar verme süreçlerinden sorumlu bölgelerde fonksiyonel değişiklikler meydana gelir. Prefrontal korteksin genel işlevi, yönetici işlevi harekete geçirmektir (20). Bu değişiklikler,

bireyin bağımlılık yapan madde veya davranışı bırakma yetisini zayıflatarak dürtüsel ve kompulsif davranışları artırır. Ödül yolundaki nöroadaptasyonun, bağımlılığın gelişimi ve sürdürülmesinde merkezi bir rol oynadığı düşünülmektedir (15). Beyindeki bu adaptasyon süreci, bağımlılığın kronikleşmesine ve bireyin bağımlılık döngüsünden çıkmasını zorlaştırmasına neden olur.

2.1.3. Bağımlılık Döngüsü ve Tolerans Mekanizması

Bağımlılık döngüsünün patofizyolojideki nörodevre değişiklikleriyle bağlantılı aşamaları, üç nörodevrede (bazal ganglionlar, genişletilmiş amigdala ve frontal korteks) gerçekleşen nöroadaptasyonları içeren aşırı yeme/zehirlenme, yoksunluk/olumsuz etki ve meşguliyet/öngörü (istek) aşamalarını kapsar (20). Her aşama, belirli nörobiyolojik devrelerin aktivasyonu ve bunun sonucunda ortaya çıkan klinik ve davranışsal özelliklerle ilişkilidir (16).

Şekil 1: Bağımlılık aşamaları ve nöroadaptasyonlardan kaynaklanan değişimler



Kaynak: Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.

Bağımlılık döngüsünün ilk aşamasında, binge/intoksikasyon olarak adlandırılan dönemde, madde kullanımı veya bağımlılık yapıcı davranış sonucunda dopamin salınımı artar ve birey yoğun bir haz hisseder. Bu aşamada, ödül sistemi aşırı uyarıldığı için birey tekrar tekrar aynı davranışı sergileme eğilimindedir (20).

İkinci aşama olan yoksunluk/ani kesilme, bağımlılık yapan madde veya davranışın sonlandırılmasıyla birlikte ortaya çıkar. Bu aşamada dopamin seviyelerinde keskin bir düşüş yaşanır ve birey huzursuzluk, anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve fiziksel rahatsızlıklar gibi yoksunluk belirtileri hisseder (20). Bu belirtiler, bireyin madde kullanımına veya bağımlılık yapıcı davranışlara tekrar yönelmesine neden olabilir.

Üçüncü aşama ise özlem ve tekrar kullanım aşamasıdır. Yoksunluk belirtilerini hafifletmek ve ödül hissini tekrar yaşamak amacıyla birey yeniden madde kullanımına veya bağımlılık yapıcı davranışlara yönelebilir. Bu döngü, bağımlılığın kronikleşmesine neden olur (16). Ayrıca, bağımlılığın ilerleyen aşamalarında bireyde tolerans gelişir, yani aynı etkiyi elde edebilmek için daha yüksek dozlara ihtiyaç duyulur. Bu durum, bağımlılığın giderek şiddetlenmesine ve bireyin kontrolünü tamamen kaybetmesine yol açabilir.

2.2. Çoklu Ekran Bağımlılığı Kavramı

Teknolojinin hızla ilerlemesi ve dijital cihazların yaygınlaşması, bireylerin günlük yaşam alışkanlıklarını köklü bir şekilde değiştirmiştir. Bu değişimle birlikte "çoklu ekran bağımlılığı" olarak adlandırılan bir kavram ortaya çıkmıştır. Ekran bağımlılığı bir veya daha çok ekranlı cihaz ile aşırıya kaçan veya takıntılı medya kullanımı olarak tanımlanabilir (21). Çoklu ekran bağımlılığı, bireylerin aynı anda birden fazla dijital cihazı kullanma alışkanlığı geliştirmesini ifade eder. Çoklu ekran bağımlılığı, yalnızca tek bir cihaz veya hizmete yönelik bağımlılıktan farklı olarak, birden fazla ekranlı cihazın (telefon, tablet, bilgisayar, televizyon vb.) aynı anda veya dönüşümlü olarak aşırı kullanımını kapsayan daha geniş bir bağımlılık türüdür (2). Çoklu ekran bağımlılığı, birden fazla ekranlı cihazla aşırı ve takıntılı medya tüketimi olarak ifade edilebilir (22). Örneğin, bir kişi televizyon izlerken telefonunda sosyal medyada gezinebilir ya da dizüstü bilgisayarında çalışırken tabletinde video izleyebilir. Bu davranış modeli, dikkat dağınıklığını artırabilirken bireylerin bilişsel, fiziksel ve sosyal sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Özellikle gençler ve çocuklar arasında yaygınlaşan bu bağımlılık, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlıklı alışkanlıkların yerini ekran odaklı bir yaşam tarzına bırakmaktadır (23).

2.2.1. Bilişsel ve Psikolojik Etkiler

Çoklu ekran bağımlılığı, bireylerin bilişsel süreçlerinde çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Çoklu ekran bağımlılığı durumunda, yalnızca bir ekranlı cihaza (telefon, tablet, bilgisayar veya TV) erişememek tek başına belirleyici bir gösterge değildir (2). Aynı anda birden fazla cihaz kullanmak, dikkat süresini kısaltabilir ve bilgi işleme kapasitesini sınırlandırabilir. Bu durum, özellikle çocuklar ve gençler için ciddi sonuçlar doğurabilir; akademik başarıda düşüş ve karar verme becerilerinde zayıflama gibi etkiler gözlemlenmiştir. Ayrıca, sosyal medyada geçirilen uzun süreler, bireylerde özsaygı problemlerine ve sosyal kaygıya yol açabilmektedir. Teknoloji bağımlılığı ve ekran başında geçirilen sürenin artması, fiziksel hareketsizlik, uyku bozuklukları, psikolojik sorunlar, reklamların etkisine daha fazla maruz kalma, sağlıksız besin tercihleri ve beslenme sorunları gibi çeşitli olumsuz faktörlerin artmasına yol açmaktadır (24). Yapılan araştırmalar, çoklu ekran bağımlılığının bireylerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların görülme sıklığını artırabileceğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, özellikle gelişim çağındaki bireyler için dijital cihaz kullanımının sınırlandırılması büyük önem taşımaktadır (23,24).

2.2.2. Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkiler

Fiziksel sağlık açısından bakıldığında, çoklu ekran bağımlılığı hareketsiz bir yaşam tarzını teşvik etmektedir. Ekran karşısında uzun süre oturmak, duruş bozukluklarına ve kas-iskelet sistemi problemlerine neden olabilir. Özellikle çocuklarda erken yaşlarda başlayan bu alışkanlık, ilerleyen dönemlerde kalıcı sağlık sorunlarına yol açabilir (25). Bunun yanı sıra, ekran ışığına uzun süre maruz kalmak uyku düzenini olumsuz etkileyebilir ve bireylerde göz yorgunluğuna neden olabilir. Araştırmalara göre, çocukların ekran başında geçirdikleri süre arttıkça sağlıkla ilgili riskler de belirginleşmektedir. Çocukların günde ortalama 2-3 saat arasında ekran başında vakit geçirdiği ve bu sürenin yaş ilerledikçe arttığı tespit edilmiştir (23).

2.2.3. Sosyal ve Davranışsal Etkiler

Çoklu ekran bağımlılığı, bireylerin sosyal etkileşimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz etkilemektedir. Çoklu ekran bağımlılığı bireyler için çeşitli olumsuz davranışsal, sosyal ve sağlık sonuçlarına yol açabilir (26). Ekran başında geçirilen uzun süreler, bireylerin yüz yüze iletişim kurma becerilerini zayıflatabilir ve sosyal bağların güçsüzleşmesine yol açabilir. Özellikle çocuklar, oyun oynama veya arkadaşlarıyla zaman geçirme gibi fiziksel ve sosyal aktiviteler yerine dijital cihazlara

bağımlı hale gelebilmektedir. Bu durum, bireylerde yalnızlık hissini artırabilir ve sosyal izolasyona neden olabilir. Ayrıca, ekran kullanımının sosyal roller üzerinde yarattığı bu etkiler, bireylerin empati kurma yeteneklerini de zayıflatmaktadır.

2.3. Vücut Kitle İndeksi ve Sağlık

Vücut Kitle İndeksi, bireylerin sağlık durumunu değerlendirmek için kullanılan basit ama etkili bir araçtır. Boy ve ağırlık ölçümlerine dayalı bu indeks, özellikle obezite ve diğer sağlık sorunlarıyla ilişkili risklerin değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir (27). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), VKİ'yi, bireylerin ideal ağırlıklarını belirlemek ve aşırı kilo veya obezite gibi durumların tespiti için bir ölçüt olarak kabul etmektedir (28). Bununla birlikte, VKİ'nin yalnızca bir ölçüt olduğu ve diğer sağlık göstergeleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Araştırmalar, yüksek VKİ değerine sahip bireylerde diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskinin arttığını göstermektedir. Özellikle obezite ile ilişkili olarak, metabolik sendrom, kan şekeri düzensizlikleri ve yüksek kolesterol düzeyleri gibi sağlık sorunları yaygın olarak görülmektedir (29). VKİ'nin düşük olduğu durumlarda ise bağışıklık sistemi zayıflayabilir ve bireyler enfeksiyonlara daha açık hale gelebilir. Örneğin, düşük VKİ'li bireylerde kas ve kemik yoğunluğunun azalmasıyla birlikte osteoporoz ve kırık riski artabilmektedir (30).

Gebelik döneminde VKİ, annenin ve fetüsün sağlık durumunu önemli ölçüde etkileyebilir. Araştırmalar, yüksek VKİ'ye sahip hamile kadınlarda sezaryen doğum riskinin arttığını ve makrozomik (büyük bebek) doğumların daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bunun yanında, gebelik sürecinde VKİ'si normal aralığın altında olan kadınlarda düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğma olasılığı yüksektir (29).

VKI, sporcuların fiziksel uygunluk düzeylerinin değerlendirilmesinde de önemli bir parametredir. Güreş, futbol ve atletizm gibi spor dallarında VKİ'nin, bireyin fiziksel dayanıklılığı ve kas gücüyle ilişkili olduğu görülmüştür. Ancak VKİ'nin yağ oranını değil, kas ve yağ dokusunu birlikte değerlendirdiği unutulmamalıdır. Bu nedenle, sporcular için VKİ'ye ek olarak kas kütlesi ve yağ oranı gibi ölçütlerin de değerlendirilmesi önerilmektedir (28).

Çocukluk döneminde VKİ'nin izlenmesi, obezite riskini önlemek ve erken müdahaleler yapmak açısından büyük önem taşır. Özellikle şehirleşmenin ve modern yaşam tarzının etkisiyle çocuklarda fiziksel aktivitenin azalması, obezite oranlarının artmasına yol açmaktadır. Çocukluk obezitesinin yetişkinlik dönemindeki sağlık

sorunlarının habercisi olabileceği göz önünde bulundurularak, VKİ'nin bu yaş grubunda düzenli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (30).

VKİ, bireylerin sağlık durumlarını değerlendirmede etkili bir araç olmasına rağmen, tek başına yeterli değildir. Bel-kalça oranı, vücut yağ yüzdesi ve diğer sağlık göstergeleriyle birlikte ele alınması, daha doğru sonuçlar sağlayacaktır. VKİ'nin doğru bir şekilde değerlendirilmesi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sorunlarının önüne geçmek için kritik bir rol oynar.

2.3.1. Vücut Kitle İndeksi Sınıflandırmaları ve Sağlık Riskleri

Vücut Kitle İndeksi, kilo eğilimlerini izlemeye ve yüksek Vücut Kitle İndeksine sahip bireylerde olası sağlık risklerini belirlemeye yardımcı olur (27). Vücut Kitle İndeksi, bireyin boyuna ve ağırlığına dayalı olarak hesaplanan bir ölçüttür ve genel sağlık durumunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan VKİ sınıflandırmaları, bireylerin sağlık risklerini belirlemek için önemli bir araçtır. Bu sınıflandırmalar; düşük kilolu, normal kilolu, fazla kilolu ve obezite gibi kategorilere ayrılır ve her bir kategori, belirli sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (28).

Obezite, yüksek VKİ değerleriyle ilişkilendirilen bir durumdur ve ciddi sağlık riskleri taşır (8,27). Araştırmalar, obezitenin tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve bazı kanser türleri gibi kronik hastalıklarla ilişkili olduğunu göstermektedir (8,29). Ayrıca, obezite gebelik komplikasyonlarını artırmakta, sezaryen doğum riskini yükseltmekte ve fetüs üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir.

VKİ'si düşük olan bireylerde ise malnütrisyon, bağışıklık sistemi zayıflığı, osteoporoz ve anemi gibi sağlık sorunları gözlemlenebilir (30). Bu durum, özellikle gelişim çağındaki çocuklarda büyüme geriliği ve bilişsel gelişim bozukluklarına yol açabilir.

VKİ, yalnızca bireyin vücut kompozisyonunu anlamada yetersiz kalabilir. Örneğin, sporcularda kas kütlesinin yüksek olması, VKİ'nin yüksek görünmesine neden olabilir; ancak bu durum yağ oranının düşük olduğu gerçeğini gizleyebilir. Bu nedenle, bel-kalça oranı, yağ yüzdesi ve kas kütlesi gibi ek ölçütlerle birlikte değerlendirilmesi önemlidir (31).

VKİ sınıflandırmaları, toplum sağlığı politikalarının oluşturulmasında da önemli bir araçtır. Aşırı kilo ve obezite prevalansının artması, dünya genelinde sağlık sistemlerine büyük bir yük getirmiştir. Bu nedenle, bireylerin VKİ düzeylerini kontrol etmeleri için düzenli fiziksel aktivite ve dengeli beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi gerekmektedir (32).

VKİ sınıflandırmaları bireylerin sağlık risklerini belirlemede etkili bir araçtır. Ancak, VKİ'nin yalnızca bir başlangıç noktası olarak değerlendirilmesi ve bireyin genel sağlık durumu hakkında daha bütünsel bir anlayış geliştirmek için diğer sağlık göstergeleriyle birlikte kullanılması önemlidir.

2.3.2. Vücut Kitle İndeksi ile Yaşam Tarzı Alışkanlıklarının İlişkisi

Vücut Kitle İndeksi, bireylerin sağlık durumlarını ve yaşam tarzı alışkanlıklarını anlamada önemli bir araçtır. Araştırmalar, VKİ'nin yüksek ya da düşük olması ile bireylerin yaşam tarzı alışkanlıkları arasında güçlü bir bağ olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları VKİ'nin normal aralıkta olmasını desteklerken, hareketsiz yaşam tarzı ve yüksek kalorili beslenme obeziteye yol açabilmektedir (28).

Yaşam tarzı alışkanlıklarıyla VKİ arasındaki ilişki, diyet seçimleri ve stres yönetimi gibi faktörlerle de yakından ilişkilidir. Araştırmalara göre, stres altında olan bireyler genellikle sağlıksız yiyecek tüketimine yönelmekte ve bu da VKİ'nin yükselmesine neden olmaktadır. Aynı şekilde, vitamin ve mineral takviyesi gibi beslenme desteklerinin düşük VKİ'ye sahip bireylerde daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir (32).

VKİ ile fiziksel aktivite arasında da önemli bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin, düzenli egzersiz yapan bireylerin VKİ seviyeleri genellikle normal aralıkta olup, bu bireylerin kardiyovasküler sağlık risklerinin de daha düşük olduğu saptanmıştır. Sporcular arasında yapılan bir çalışmada, farklı spor dallarındaki bireylerin VKİ değerleri ve kas gücü arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur (28).

VKİ'nin yüksek olması, obeziteyle ilişkilendirilen sağlık risklerini artırmaktadır. Bunlar arasında diyabet, hipertansiyon ve metabolik sendrom gibi kronik hastalıklar bulunmaktadır. Aynı şekilde, düşük VKİ'ye sahip bireylerde ise bağışıklık sistemi zayıflığı ve osteoporoz gibi sağlık sorunları görülebilmektedir (30).

Aile bireylerinin VKİ düzeyleriyle bireylerin VKİ değerleri arasında genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu da belirtilmiştir. Ailede obez bireylerin bulunması, bireylerde VKİ'nin yüksek olma riskini artırırken, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının bir aile ortamında benimsenmesi VKİ'nin normal seviyelerde tutulmasına katkı sağlayabilir (29).

VKİ, bireylerin yaşam tarzı alışkanlıklarının ve sağlık risklerinin değerlendirilmesinde kritik bir göstergedir. Ancak, VKİ'nin yalnızca bir ölçüt olduğu ve bireylerin genel sağlık durumunu anlamak için diğer sağlık parametreleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi yaşam tarzı alışkanlıklarının benimsenmesi, VKİ'nin normal seviyelerde tutulması ve sağlık risklerinin azaltılması için önemlidir.

2.4. Çoklu Ekran Bağımlılığı ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisi

Vücut Kitle İndeksi ile çoklu ekran bağımlılığı arasındaki ilişki, modern yaşamın değişen alışkanlıklarının bireylerin sağlık ve yaşam tarzları üzerindeki etkilerini anlamak için önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir. Çoklu ekran bağımlılığı ise, televizyon, bilgisayar, tablet ve akıllı telefon gibi cihazlara uzun süreli ve aşırı düzeyde maruz kalma durumunu ifade eder. Araştırmalar, bu iki kavram arasındaki bağlantının bireylerin yaşam tarzı alışkanlıkları ve sağlık durumu üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır.

Yapılan çalışmalar, ekran başında geçirilen sürenin artmasıyla birlikte fiziksel aktivitenin azaldığını ve bunun VKİ üzerinde olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Çoklu ekran bağımlılığına sahip bireylerin, hareketsiz yaşam tarzını benimseme eğiliminde olduğu ve bu durumun obezite riskini artırdığı vurgulanmaktadır (2). Sedanter yaşam tarzı ve ekran karşısında uzun süre geçirilmesinin VKİ'yi artırdığı ve bu bireylerde obeziteye bağlı sağlık sorunlarının daha yaygın olduğunu belirtmiştir (28). Özellikle çocuklar ve gençler arasında çoklu ekran bağımlılığının, hem VKİ artışı hem de motor becerilerin azalmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Ekran bağımlılığının beslenme alışkanlıklarını da olumsuz etkilediği görülmektedir. Ekran başında uzun süre zaman geçiren bireylerin, genellikle yüksek kalorili ve düşük besin değerine sahip gıdalar tüketme eğiliminde oldukları rapor edilmiştir. Bunun sonucunda, VKİ değerlerinin yükseldiği ve obeziteye yatkınlığın arttığı belirtilmiştir (32).

Ayrıca, ekran bağımlılığı ile uyku düzeni arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Çoklu ekran kullanımı, uyku kalitesini düşürerek metabolizma üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta ve bu durum VKİ artışına katkıda bulunmaktadır. Uyku yoksunluğunun iştahı düzenleyen hormonlarda değişikliklere yol açtığı, bu durumun özellikle gece atıştırmalarını artırdığı ve obezite riskini yükselttiği belirtilmiştir (33). Uyku düzeninin bozulması, ekran başında geçirilen sürenin uyku saatlerini ihlal etmesi ve uyuma yerine uyanık kalmayı teşvik amacıyla uyarıcı içecek ve enerji verici yiyeceklerin tercih edilmesi, kalori fazlalığı oluşturması nedeniyle Vücut Kitle İndeksinin artmasına neden olmaktadır.

Ekran sürelerinin sınırlandırılması, düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi, bu olumsuz etkileri en aza indirmek için kritik öneme sahiptir. Toplum genelinde farkındalık oluşturmak ve sağlıklı yaşam tarzını desteklemek amacıyla eğitim ve kamu sağlığı programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

2.5. Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerindeki Etkileri

Fiziksel aktivite, bireylerin genel sağlığını iyileştirme ve yaşam kalitesini artırma açısından öneme sahiptir. Fiziksel aktivite, dinlenme seviyesinin ötesinde enerji harcamasına neden olan ve kasların kasılmasıyla gerçekleşen her türlü vücut hareketi olarak tanımlanmaktadır (34). Dünya Sağlık Örgütü, fiziksel inaktiviteyi, dünya genelinde ölüm nedenlerinin dördüncü büyük sebebi olarak tanımlamakta ve bu durumu küresel bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirmektedir. Bu bağlamda, fiziksel aktivitenin kronik hastalıkların önlenmesi, psikolojik sağlık üzerindeki olumlu etkileri ve yaşlılık dönemindeki faydaları gibi çeşitli yönleri bilimsel çalışmalarda sıkça ele alınmıştır (35). Düzenli fiziksel aktivite, bireylerin sadece fiziksel uygunluklarını değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal sağlıklarını da olumlu yönde etkilemektedir.

Düzenli fiziksel aktivite, başta kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite ve osteoporoz gibi kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, düzenli fiziksel aktivitenin kardiyorespiratuar hastalıklar ve bazı kanser türleri (kolon ve meme kanseri gibi) riskini azalttığı; aynı zamanda erken ölüm oranlarını düşürdüğü kanıtlanmıştır (35). Bu tür hastalıklardan korunma için fiziksel aktivite, değiştirilebilir bir risk faktörü olarak kabul edilmekte ve önerilen şekilde uygulanması önemli sağlık faydaları sağlamaktadır. Ayrıca, çocuklarda fiziksel

aktivite eksikliği motor beceri gelişimini olumsuz etkileyebilmekte ve bu durum ilerleyen yaşlarda bireylerin fiziksel performansına yansıyabilmektedir (36). Çocukların erken yaşlarda fiziksel aktiviteye yönlendirilmesi, sadece fiziksel uygunluk değil, aynı zamanda sosyal gelişimleri açısından da kritik bir öneme sahiptir.

Fiziksel aktivitenin psikolojik sağlık üzerindeki etkileri de oldukça belirgindir. Araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı problemlerine karşı koruyucu bir rol oynadığını göstermektedir (37). Örneğin, COVID-19 pandemisi sırasında yapılan bir araştırmada, üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerindeki düşüşün, ruh sağlıklarını olumsuz etkilediği ve fiziksel inaktivitenin yaygın bir sorun haline geldiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, pandemi sürecinde fiziksel aktiviteye devam eden bireylerin, egzersiz alışkanlıklarını ev ortamında sürdürebildiği ve bunun psikolojik dayanıklılık açısından faydalı olduğu vurgulanmıştır. Ruhsal sağlık üzerindeki bu olumlu etkiler, bireylerin stres yönetiminde fiziksel aktivitenin kritik bir araç olduğunu göstermektedir.

Yaşlılık döneminde fiziksel aktivitenin faydaları, bireylerin fonksiyonel bağımsızlığını sürdürmeleri ve yaşam kalitelerini artırmaları açısından özellikle önemlidir. Yaşlı bireylerde fiziksel aktivitenin düşme riskini azalttığı, kemik yoğunluğunu artırdığı ve genel fiziksel uygunluğu koruduğu belirtilmiştir (38). Ayrıca, yaşlılık döneminde düzenli fiziksel aktivite, kas kuvvetini ve esnekliği korumaya yardımcı olarak bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmalarını sağlar. Bu durum, yaşlı bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal sağlığını olumlu yönde etkileyen çok yönlü bir fayda sağlamaktadır.

Fiziksel aktivite aynı zamanda bireylerin aerobik ve anaerobik kapasitelerini artırarak fiziksel performansı iyileştirir. Örneğin, sekiz haftalık bir egzersiz programının, bireylerin aerobik güç, kas dayanıklılığı ve esneklik gibi fiziksel özelliklerini önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir (39). Bu tür düzenli egzersiz programları, sadece performans gelişimi açısından değil, bireylerin uzun vadeli fiziksel sağlıklarını destekleme açısından da önemlidir.

Fiziksel aktivite, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıklarını iyileştirmek için etkili bir yöntemdir. Dünya Sağlık Örgütü, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapılmasını önermekte olup bu seviyenin üzerine çıkıldığında ek sağlık faydaları sağlayacağı belirtilmektedir (35). Toplum genelinde

fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi, bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve sağlık sistemleri üzerindeki yükü azaltmak için kritik bir strateji olarak değerlendirilmelidir.

2.5.1. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Açısından Önemi

Fiziksel aktivite, bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını iyileştirme ve yaşam kalitesini artırmada temel rol oynamaktadır. Fiziksel hareketsizlik, günümüzün gelişmiş ülkelerinde giderek daha ciddi halk sağlığı sorunlarından biri olarak görülmektedir (40). Fiziksel aktivitenin daha yüksek sıklığı veya hareketsiz geçirilen sürenin daha az olması durumunda sağlık ile ilişkili yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (35). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, fiziksel inaktivite dünya çapında ölüm nedenlerinin dördüncü önde gelen sebebidir ve bu durum, özellikle kronik hastalıkların artışında önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (35). Sağlık üzerindeki bu güçlü etkisi nedeniyle, düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı edinmek, bireylerin yaşam kalitesini artırmanın yanı sıra toplumun genel sağlık düzeyini de yükseltmektedir.

Fiziksel aktivitenin sağlık açısından önemi, özellikle kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimindeki rolü ile öne çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz ve belirli kanser türlerinin (örneğin, kolon ve meme kanseri) riskini azalttığını ortaya koymaktadır (35). Bu hastalıklar, bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen ve sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturan durumlar olduğundan, fiziksel aktivite bu riskleri azaltmak için etkili bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Örneğin, çocuklarda ve gençlerde fiziksel aktivite eksikliği motor becerilerin gelişimini olumsuz etkileyerek ilerleyen yaşlarda fiziksel uygunluk seviyesini düşürebilir (36). Çocukluk döneminde kazanılan fiziksel aktivite alışkanlıklarının, uzun vadeli sağlıklı yaşamın temeli olduğu görülmektedir.

Fiziksel aktivite aynı zamanda zihinsel sağlık üzerinde de olumlu bir etkiye sahiptir. Düzenli egzersiz, stres yönetimi, depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı problemlerine karşı koruyucu bir etki sunar. COVID-19 pandemisi sırasında yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerindeki düşüşün, ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir (37). Buna karşın, düzenli fiziksel aktivite alışkanlığını sürdüren bireylerin, stresle başa çıkmada ve genel psikolojik dayanıklılıklarında daha başarılı oldukları gözlemlenmiştir. Fiziksel

aktivitenin ruh sağlığı üzerindeki etkisi sadece stres azaltmakla kalmaz, aynı zamanda bireylerin genel yaşam doyumunu artırır.

Yaşlılık döneminde fiziksel aktivitenin önemi, bağımsız yaşamı sürdürmek ve yaşam kalitesini artırmak açısından daha da kritik hale gelir. Yaşlanma süreci, fiziksel uygunluk, kas gücü ve kemik yoğunluğuunda azalmalarla ilişkilidir. Ancak düzenli fiziksel aktivite, bu olumsuz etkileri yavaşlatmada etkilidir. Yaşlı bireylerde düzenli fiziksel aktivite, düşme riskini azaltır, kemik yoğunluğunu artırır ve genel fonksiyonel kapasiteyi korur (38). Bunun yanı sıra, yaşlı bireylerde fiziksel aktivite sosyal katılımı artırarak duygusal refah üzerinde de olumlu bir etki yaratmaktadır.

Fiziksel aktivitenin genel sağlık üzerindeki etkileri arasında, bireylerin aerobik ve anaerobik kapasitelerini artırma, vücut kompozisyonlarını iyileştirme ve esneklik seviyelerini yükseltme gibi faydaları da bulunmaktadır. Sekiz haftalık düzenli bir antrenman programının, katılımcıların fiziksel uygunluk parametreleri üzerinde belirgin iyileşmelere yol açtığı gösterilmiştir (39). Bu tür programlar, bireylerin sadece fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda yaşam enerjilerini ve genel performanslarını artırmada etkili olmaktadır.

Fiziksel aktivite, bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini artırmada temel bir unsurdur. DSÖ, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapılmasını önerirken, bu seviyenin üzerine çıkıldığında ek sağlık faydalarının elde edilebileceğini belirtmektedir (35). Toplumda fiziksel aktivite farkındalığını artırmak ve bireyleri düzenli fiziksel aktiviteye teşvik etmek, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık sorunlarını azaltmak ve sağlık sistemleri üzerindeki yükü hafifletmek için hayati bir stratejidir.

2.5.2. Yetersiz Fiziksel Aktivitenin Riskleri ve sonuçları

Fiziksel aktivite, bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmesi ve yaşam kalitesini artırması açısından gereklidir. Ancak modern yaşamın getirdiği teknolojik gelişmeler ve sedanter yaşam tarzı, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde belirgin olarak azaltmıştır. Fiziksel aktivitenin eksikliği, bireylerde obezite, diyabet, hipertansiyon ve belirli kanser türleri gibi birçok kronik hastalık açısından daha yüksek risk oluşturmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite, ayrıca bireylerin metabolizma hızını ve bağışıklık sistemini olumsuz etkileyerek erken yaşlanma belirtilerine neden olabilmektedir.

Kronik hastalıkların yetersiz fiziksel aktiviteyle olan ilişkisi, literatürde birçok çalışmayla desteklenmektedir. Örneğin, düzenli fiziksel aktivitenin metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz gibi hastalıkların görülme sıklığını azalttığı bilinmektedir. Ancak, yeterince fiziksel aktivite yapmayan bireylerde bu tür hastalıkların daha sık ve daha erken yaşta görüldüğü belirtilmiştir (35). Çocukluk çağında düzenli fiziksel aktivite eksikliğinin motor becerilerin gelişimini olumsuz etkilediği ve bunun, bireylerin yetişkinlikte fiziksel performanslarına yansıdığı görülmektedir (36).

Düzenli egzersiz, ruhsal sağlık sorunları olan depresyon ve anksiyetenin önlenmesinde etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Buna karşın, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerde ruhsal sorunların daha sık görüldüğü ortaya konmuştur. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde, fiziksel aktivite eksikliğinin ruhsal sağlığı olumsuz etkilediği, pandemi sırasında üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerindeki düşüşün psikolojik dayanıklılığı azalttığı bir araştırmada ortaya koyulmuştur (37).

Yaşlı bireyler için fiziksel aktivite, fonksiyonel bağımsızlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından daha da önemlidir. Fiziksel aktivitenin azalması, yaşlı bireylerde kemik yoğunluğunda azalma, kas kaybı ve düşme riskinin artması gibi sonuçlara yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, fiziksel inaktivite yaşlı bireylerin sosyal hayattan izole olmasına, bu durumun ise depresyon ve anksiyete riskini artırmasına neden olabilmektedir (38).

Pandemi gibi küresel krizler, fiziksel aktivite düzeylerini daha da azaltarak toplum sağlığı üzerindeki etkileri ağırlaştırmıştır. COVID-19 pandemisi sırasında alınan sosyal izolasyon tedbirleri, fiziksel inaktiviteyi artırmış ve bu durum, obezite, diyabet ve kalp damar hastalıkları gibi kronik rahatsızlıkların seyrini kötüleştirmiştir (41). Bu bağlamda, fiziksel aktivitenin önemi bir kez daha vurgulanmış, ev içi egzersiz programlarının teşviki önerilmiştir.

Fiziksel aktivitenin yetersizliği, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıkları üzerinde ciddi riskler doğuran bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Fiziksel aktiviteyi teşvik eden stratejiler geliştirilmediği sürece, bireylerin ve toplumların sağlık durumunda ciddi bozulmalar yaşanması kaçınılmazdır. Bu nedenle, bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları kazanması ve toplum genelinde bu bilincin oluşturulması hayati bir öneme sahiptir.

2.5.3. Fiziksel Aktivite ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisi

Vücut Kitle İndeksi ve fiziksel aktivite arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Fiziksel aktivite ise VKİ'nin düzenlenmesinde etkili olan birincil yaşam tarzı alışkanlıklarından biridir. Araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin VKİ üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu, kilo kontrolü sağlamaya yardımcı olduğunu ve obezite riskini azalttığını göstermektedir (36).

Fiziksel aktivitenin metabolizma hızını artırdığı ve yağ yakımını desteklediği, bu nedenle VKİ'nin ideal seviyelerde tutulmasına katkıda bulunduğu bilinmektedir (35).

Çocuklar ve gençlerde düzenli fiziksel aktivite, VKİ'yi kontrol altında tutmanın yanı sıra motor becerilerin gelişimini destekler. Örneğin, bir çalışmada ilkokul öğrencilerinin düzenli fiziksel aktiviteye katılmasının motor yeterliliklerini artırdığı ve VKİ ile olumlu bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (36). Ayrıca, çocukluk döneminde kazanılan sağlıklı alışkanlıkların ileri yaşlarda VKİ üzerinde olumlu etkiler yarattığı da kanıtlanmıştır.

Farklı spor dallarındaki bireylerin VKİ ve kas gücü arasındaki ilişkiler üzerine yapılan çalışmalar, fiziksel aktivitenin bireylerin vücut kompozisyonunu iyileştirdiğini göstermektedir. Özellikle yoğun fiziksel aktivite yapan bireylerde, VKİ'nin kas oranıyla doğru orantılı olarak arttığı, ancak bu durumun sağlık riski taşımadığı belirtilmektedir (28).

Fiziksel aktivitenin eksikliği, özellikle hareketsiz yaşam tarzı, VKİ'nin artmasına ve obezite prevalansının yükselmesine neden olmaktadır (42). Hareketsizlikle birlikte alınan fazla kaloriler, yağ dokusunun artmasına ve VKİ'nin yükselmesine yol açmaktadır. Obezite, bu durumun sonucunda, diyabet ve diğer metabolik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (35,43). Düzenli fiziksel aktivite, VKİ'nin dengede tutulmasına yardımcı olurken, aynı zamanda genel sağlık durumunu iyileştirmekte ve kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Toplum sağlığını desteklemek için fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve bireylerin düzenli egzersiz yapmaları için farkındalık yaratılması gerekmektedir.

2.6. Ekran Bağımlılığı ve Fiziksel Aktivite İlişkisi

Ekran bağımlılığı, modern yaşamda dijital teknolojilerin yaygınlaşmasıyla giderek artan bir sorun haline gelmiştir. Bu durum, özellikle çocuklar ve gençler

arasında hareketsiz yaşam tarzlarının yaygınlaşmasına ve fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmaktadır. Fiziksel aktivite seviyelerinin düşük kalması obezite oranları artmaya devam etmektedir (4). Fiziksel aktivite eksikliği, yalnızca fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal sağlık üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Araştırmalar, ekran kullanımının artmasıyla birlikte bireylerde obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve depresyon gibi sağlık problemlerinin görülme riskinin arttığını göstermektedir. Özellikle çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar, uzun süreli ekran kullanımının sosyal izolasyona, dikkat eksikliğine ve uyku problemlerine yol açabileceğini ortaya koymuştur (35).

Ekran bağımlılığı ve hareketsiz yaşam tarzları, bireylerin günlük enerji harcamalarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Bir çalışmada, çocukların ekran başında geçirdikleri sürenin arttıkça motor becerilerinin ve fiziksel uygunluklarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Aynı zamanda, fiziksel aktivite yapan çocukların motor becerilerinin ve genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir (36). Bunun yanı sıra, ekran bağımlılığı fiziksel aktiviteye olan zamanı kısıtladığı için bireylerin kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi sorunlarla karşılaşma olasılığı artmaktadır (44).

Psikolojik etkiler açısından bakıldığında, ekran bağımlılığı bireylerde ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir. Çocuklar ve gençlerde ekran bağımlılığı, özgüven eksikliği, depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Bunun yanı sıra, uzun süreli ekran kullanımı uyku düzenini bozarak psikolojik sağlığı daha da kötüleştirebilmektedir (41).

Ekran bağımlılığı ve fiziksel aktivite arasındaki dengenin sağlanması, bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlıklarını korumaları açısından kritik öneme sahiptir. Araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin obezite, diyabet, hipertansiyon ve depresyon gibi birçok kronik hastalığın önlenmesine yardımcı olduğunu göstermektedir (35). Özellikle çocuklarda ekran kullanımını sınırlamak ve fiziksel aktiviteleri artırmak için ailelerin bilinçli bir şekilde hareket etmeleri büyük önem taşımaktadır. Okullarda fiziksel aktivite programlarının uygulanması, çocukların hem ekran bağımlılığını azaltmalarına hem de sosyal ve motor becerilerini geliştirmelerine olanak tanıyabilir (45).

Ekran bağımlılığı ve fiziksel aktivite arasındaki dengesizlik bireylerin sağlıklarını tehdit eden önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle, bireylerin ekran

sürelerini sınırlandırmaları ve günlük yaşamlarında fiziksel aktiviteye daha fazla yer vermeleri gerekmektedir. Toplumsal farkındalığın artırılması, bu alandaki sorunlarla başa çıkmada etkili bir adım olacaktır. Sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi, bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlıklarını korumalarını sağlayacak ve yaşam kalitelerini artıracaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kesitsel ve nicel bir çalışmadır. Kesitsel çalışmalar, belirli bir zaman diliminde katılımcıların durumlarını ve özelliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Özellikle nüfus temelli sağlık araştırmalarında kesitsel yöntemler yaygın olarak kullanılmaktadır. Kesitsel araştırmalar; neden-sonuç ilişkilerini belirlemeye yönelik değildir ancak değişkenler arasındaki korelasyonları, etkileşimleri ve olası risk faktörlerini ortaya koymak için önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu tür bir çalışma, toplumsal sağlık sorunlarının taranmasında ve önleyici sağlık stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bir katkı sunmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde 01 Ağustos 2024-01 Ekim 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma verileri, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde herhangi bir nedenle karşılaşılan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 18-65 yaş arası erişkin bireylerden veri toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine 01 Ağustos 2024-01 Ekim 2024 tarihlerinde başvuran 18-65 yaş arası erişkin bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmaya, herhangi bir nedenle İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde karşılaşılan, dahil olma kriterlerine sahip ve mental ya da bilişsel engeli bulunmayan gönüllü bireyler örneklem dahil edilmiştir. Örneklem hesabında, evreni bilinmeyen sıklığa dayalı örneklem büyüklüğü formülü uygulandığında örneklem için gerekli katılımcı 356 kişi olarak hesaplanmış olup çalışmaya 371 kişi katılmıştır.

Dahil Olma Kriterleri:

- İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde herhangi bir nedenle bulunmuş olmak.
- 18-65 yaş aralığında erişkin birey olmak.

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Dışlama Kriterleri:

- Anketleri cevaplamayı reddeden bireyler.
- Yargı yetisini etkileyen bilişsel veya ruhsal hastalığa sahip olmak.
- 18 yaş altı bireyler.
- 65 yaş üstü bireyler.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın değişkenleri çoklu ekran bağımlılığı düzeyi, Vücut Kitle İndeksi ve fiziksel aktivite düzeyidir. Çoklu ekran bağımlılığı, Sarıtepeci (2) tarafından uyarlanan Çoklu Ekran Bağımlılığı Ölçeği (MSAS), fiziksel aktivite düzeyi ise Öztürk (46) geliştirilen Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (IPAQ) ile ölçülmüştür. Araştırmada katılımcıların Vücut Kitle İndeksi, vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, çalışma süresi, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve ekran kullanım süresidir. Bu değişkenler, bağımlı değişkenlerle olan ilişkilerin analizinde kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama sürecinde kullanılan anket, üç bölümden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerin yer aldığı sorulara yer verilmiştir. Sosyo-demografik bilgi formunda; katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, meslekte toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, haftalık çalışma günü sayısı, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, kronik hastalık durumu ve türü, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite durumu, beslenme alışkanlıkları¹ (düzenli veya düzensiz beslenme), günlük öğün sayısı, öğün düzeni ve ekran başında geçirilen süre gibi değişkenleri kapsayan toplam 19 soruya yer verilmiştir.

¹ Dengeli ve düzenli beslenme, vücudun ihtiyaç duyduğu besin öğelerini yeterli ve dengeli şekilde almayı ifade eder. Araştırmada, katılımcıların beyanları esas alınarak beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde 7 sorudan oluşan Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ) yer verilmiştir. Bu ölçek, bireylerin son yedi gün içerisindeki hafif, orta ve şiddetli fiziksel aktivitelerini değerlendirmektedir. Fiziksel Aktivite Ölçeği, üç ana fiziksel aktivite kategorisini içermekte olup bunlar;

- Yüksek şiddetli fiziksel aktivite (örneğin, koşma, ağırlık kaldırma, hızlı bisiklet sürme),
- Orta şiddetli fiziksel aktivite (örneğin, hafif tempolu yürüyüş, yüzme, dans),
- Yürüyüş aktiviteleri (örneğin, işe veya okula yürüyerek gitme, köpeği gezdirmeye).

Ölçek ile yukarıda ifade edilen fiziksel aktivite kategorilerinin yanında, bireylerin hareketsiz geçirdikleri süreler de (örneğin, oturarak geçirilen zaman) ölçülmektedir. Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Öztürk (46) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. MET skoru, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan ve Metabolik Eşdeğer (Metabolic Equivalent of Task - MET) kavramına dayalı olarak hesaplanan bir ölçüttür. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kapsamında, farklı fiziksel aktiviteler için belirlenen MET değerleri ile yapılan aktivitenin süresi ve sıklığı çarpılarak MET-dakika/hafta skoru elde edilir. IPAQ anketinde yürüme için 3.3 MET, orta şiddetli fiziksel aktivite için 4.0 MET ve şiddetli fiziksel aktivite için 8.0 MET değeri kullanılır. Örneğin, haftada üç gün boyunca her gün 30 dakika yürüyen bir bireyin MET skoru, $3.3 \times 30 \times 3 = 297$ MET-dakika/hafta olarak hesaplanır. IPAQ sonuçlarına göre fiziksel aktivite seviyesi üç kategoriye ayrılmaktadır. İnaktif kategorisinde yer alan bireyler minimal fiziksel aktivite düzeyini bile karşılamazken, minimal aktif kategorisine giren bireyler en az 600 MET-dakika/hafta fiziksel aktivite yapmaktadır. Bu sınıflandırma, bireylerin sağlık açısından önerilen fiziksel aktivite seviyesine ulaşp ulaşmadığını belirlemeye yönelik bilimsel bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Buna göre, fiziksel aktivite düzeyleri MET skoru ≤ 600 olan bireyler inaktif, $600 < \text{MET skoru} < 3000$ olan bireyler minimal aktif, $3000 \leq \text{MET skoru}$ olan bireyler ise çok aktif olarak sınıflandırılmaktadır.

Araştırmadan üçüncü bölümünde ise 15 sorudan oluşan Sarıtepeci (2) tarafından Türkçeye uyarlanan, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan Çoklu Ekran Bağımlılığı Ölçeği'ne (Multiple Screen Addiction Scale - MSAS) yer verilmiştir. Bu ölçek, bireylerin televizyon, bilgisayar, tablet, telefon ve oyun konsolu gibi dijital cihazlara yönelik bağımlılık düzeylerini ölçmektedir. Bu çalışmada, 5'li Likert tipi bu ölçekte 3 (bazen) kesme noktası olarak belirlenmiştir. Kesme noktası ve üzerindeki cevaplar, ilgili maddenin bağımlılık kriterini karşıladığı şeklinde kabul edilmiştir. Buna göre, kesme noktası*soru sayısı kesme noktası alt sınırını göstermektedir. Araştırmada kesme noktası puanı $3*15=45$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmada kullanılan bu ölçek 3 alt boyuttan oluşmakta olup bu boyutlar “aşırı ekran süresi, zorlayıcı davranış, kontrol kaybı” şeklindedir. Araştırmada kullanılan ölçeğin 1, 2, 3. ve 4. maddeleri “aşırı ekran süresi”, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. ve 12. maddeler “zorlayıcı davranış” ve 13, 14. ve 15. maddeler ise “kontrol kaybı” ile ilgilidir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Bu araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, yaşam tarzları, fiziksel aktivite düzeyleri, çoklu ekran bağımlılığı ve vücut kitle indeksleri (VKİ) arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak incelenmiştir. Çalışmada kullanılan anket verileri SPSS 26 paket programına işlenmiştir. Kategorik değişkenler sayı, oran ve yüzde değerler; normal dağılan sayısal değişkenler aritmetik ortalama, standart sapma $\pm$ SD olarak, normal dağılmayan sayısal değişkenler, ortanca, en küçük ve en büyük değer (minimum-maksimum) ile ifade edilmiştir; gruplar arası karşılaştırmalarda değişken özelliğine uygun olarak ki-kare ve post-hoc analizinde düzeltilmiş artık değer testleri yapılmıştır.

Araştırmada çoklu ekran bağımlılığının belirlenmesinde çoklu ekran bağımlılığı için Sarıtepeci (2) çalışmasında belirtildiği üzere kesme noktası Likert tipi ölçeğe verilen yanıtlar dikkate alındığında 3 olup ölçekte yer alan toplam 15 soruya en az 3 puan verildiğinde kesme değeri $3*15=45$ olmaktadır. Buna göre toplam çoklu ekran bağımlılığı puanı 45 ve üzerinde olan bireyler “çoklu ekran bağımlısı” olarak kabul edilirken, puanı 45 altında olan bireyler bağımlı olarak değerlendirilmemiştir. Araştırmada aynı yöntem, çoklu ekran bağımlılığının alt boyutları için de uygulanmıştır. Yapılan analizlerde bağımlı değişken olan çoklu ekran bağımlılığı iki kategoriye dönüştürülmüş ve çoklu ekran bağımlılığı değerlendirilmiştir.

Araştırmada VKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilmiştir. Araştırmada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen sınıflandırmaya göre VKİ değerleri aşağıdaki kategorilere ayrılmıştır.

Tablo 1: Vücut kitle indekisi kategorileri ve puan değerleri

Puan değeri	Kategori	Değişken
1	Zayıf	$VKİ < 18.5$
2	Normal kilolu	$18.5 \leq VKİ < 24.9$
3	Fazla kilolu	$25 \leq VKİ < 29.9$
4	1. Derece obez	$30 \leq VKİ < 34.9$
5	2. Derece obez	$35 \leq VKİ < 39.9$

Araştırmada VKİ değerleri hesaplanmış ve elde edilen puanlamaya göre sınıflandırmalar yapılarak puanlama işlemi yapılmıştır. Araştırmada VKİ verileri ordinal olarak sınıflandırıldığı için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmada Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'nde son yedi gün içerisindeki hafif, orta ve şiddetli fiziksel aktiviteleri değerlendirilmiştir. Araştırmada Fiziksel Aktivite Ölçeği, üç ana fiziksel aktivite “inaktif, minimal aktif, çok aktif” şeklinde kategorileştirilmiştir. Araştırmada fiziksel aktivite verileri ordinal olarak sınıflandırıldığı için ki-kare testi kullanılmıştır. Ki-kare testinde anlamlı bir sonuç elde edildiğinde, hangi hücrelerin bu sonuca katkı sağladığını belirlemek için post-hoc testlere ihtiyaç duyulmaktadır. H_0 hipotezinin reddedildiği durumlarda değişkenler arasında anlamlı bir ilişki var ise bu anlamlılığın kaynağını araştırmak için hücre bazlı analizlerde artık değerler (residuals) kullanılır. Post-hoc analizlerinden biri olan düzeltilmiş artık değer (Z skoru) analizi $-\infty$ ile ∞ arasında değer alan Z istatistiklerine dayanmaktadır. Z değeri 0'a yaklaştıkça ilgili gruplar arasında belirgin farklı bir davranış ortaya konulmamakta olup, negatif Z değerleri gözlenen değerlerin beklenenin oldukça altında, pozitif Z değerleri ise gözlenen değerlerin beklenenin oldukça üzerinde bulunması şeklinde yorumlanabilir. Düzeltilmiş artıklar analizinde ± 1.96 eşik değerleri ile karşılaştırılarak anlamlı katkı sağlayan hücreler belirlenir. Düzeltilmiş artık değerlerin ± 1.96 eşik değerleri arasında olması karşılaştıran değerler arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Düzeltilmiş artıklar (Adjusted Residuals), standartlaştırılmış artıkların, satır ve sütun marjinal toplamalarının etkisini dengeleyecek şekilde düzeltilmiş versiyonudur (47).

3.7. Araştırma Takvimi

Araştırma, 19 Temmuz 2024- 21 şubat 2025 tarihleri arasında toplam yedi ayda tamamlanmıştır. Bu sũreęte, ilk ũę ay veri toplama ve literatũr taraması aşamalarına ayrılmış, takip eden iki ay boyunca elde edilen verilerin analizi geręekleřtirilmiřtir. Son ũę aylık dũnemde ise analiz sonuçları doğrultusunda bulgular değerlendirilmiş, tartışma bũlũmũ yazılmış ve ęalıřma tamamlanmıştır.

3.8. Etik İzinler

Araştırmada kullanılan ۆlęekler ile ilgili gerekli kullanım izinleri alınmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasına geğmeden ۆnce, İzmir Kâtip ęelebi ũniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına başvuruda bulunulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır (Etik Kurul Karar No: [0028-18.07.2024]). (Ek 4). Ayrıca, veri toplama aşamasına geğilmeden ۆnce, araştırmanın yũrũtũldũęũ İzmir Kâtip ęelebi ũniversitesi Atatũrk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alınmıştır (Ek 5). Katılımcılara ęalıřmanın amacı ağıklanmış, gũnũllũ katılım esas alınmış ve yazılı aydınlatılmış onam formları imzalatılmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve elde edilen veriler yalnızca bilimsel amağlar doğrultusunda kullanılacağı aktarılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Değişkenlerle İlgili Bulgular

Tablo 2: Demografik özelliklerin dağılımı

		N (371)	%
Cinsiyet	Erkek	174	46,9
	Kadın	197	53,1
Yaş grubu	18-24 yaş	38	10,2
	25-49 yaş	269	72,5
	50-64 yaş	61	16,4
	65 yaş ve üstü	3	0,8
Medeni Durum	Bekar	172	46,4
	Evli	199	53,6
Öğrenim Durumu	İlkokul	9	2,4
	Ortaokul	9	2,4
	Lise	48	12,9
	Üniversite	211	56,9
	Lisans üstü	94	25,3
Gelir düzeyi	Asgari ücret ile Eşit	33	8,9
	Asgari ücretin altında	31	8,4
	Asgari ücretin üzerinde	307	82,7

Araştırma 371 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiş olup, katılımcıların cinsiyet dağılımı dengeli olup, %46,9'u erkek, %53,1'i kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%72,5) 25-49 yaş aralığında yer almaktadır. 18-24 yaş grubunun oranı %10,2 iken, 50-64 yaş grubunda %16,4'lük kesimi oluşturmaktadır. Araştırmada 65 yaş ve üstü katılımcıların oranı ise oldukça düşüktür (%0,8). Medeni durum açısından incelendiğinde, katılımcıların %46,4'ü bekar, %53,6'sı evlidir. Araştırmada katılımcıların öğrenim düzeyine bakıldığında, katılımcıların çoğunluğunu %56,9 ile üniversite mezunları oluştururken, %25,3'ü lisansüstü mezunu, %12,9'u lise mezunu, %2,4'ü ise ilkokul veya ortaokul mezunudur. Araştırmada katılımcıların gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük bir kısmı (%82,7) asgari ücretin üzerinde bir gelire sahiptir. Bunun yanında, %8,9'u asgari ücret ile eşit, %8,4'ü ise asgari ücretin altında bir gelire sahiptir.

Tablo 3: Çalışma durumu ve yaşam koşullarının dağılımı

		N (371)	%
Toplam çalışma yılı	1 yıl altı	42	11,3
	1-3 yıl	74	19,9
	4-6 yıl	83	22,4
	7-9 yıl	33	8,9
	10 yıl ve üstü	139	37,5
Hafta içi çalışma	Çalışmıyorum	47	12,7
	Yarı zamanlı çalışıyorum	30	8,1
	Tam zamanlı çalışıyorum	294	79,2
Haftada çalışılan gün sayısı	Çalışmıyorum	45	12,1
	3-4 gün	32	8,6
	5 gün	217	58,5
	6 gün	77	20,8
Birlikte Yaşadığınız Kişiler	Arkadaş	19	5,1
	Çocuklar ile	56	15,1
	Eş ile	147	39,6
	Eş ve çocuk dışı akrabalar	52	14,0
	Yalnız	97	26,1

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma süreleri ve yaşam düzenleri incelendiğinde, katılımcıların %37,5'i 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahiptir. Bunun yanı sıra, %22,4'ü 4-6 yıl, %19,9'u 1-3 yıl, %11,3'ü 1 yıldan az ve %8,9'u 7-9 yıl çalışma deneyimine sahiptir. Hafta içi çalışma durumuna bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğu (%79,2) tam zamanlı çalışırken, %12,7'si çalışmamakta ve %8,1'i yarı zamanlı çalışmaktadır.

Araştırmada haftalık çalışma günleri açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %58,5'i haftada 5 gün, %20,8'i 6 gün, %8,6'sı 3-4 gün çalışmaktadır. Çalışmayan bireylerin oranı ise %12,1'dir.

Araştırmada birlikte yaşanan kişilere bakıldığında, katılımcıların %39,6'sı eşile yaşamakta, %26,1'i yalnız yaşamakta, %15,1'i çocuklarıyla, %14,0'ı eş ve çocuk dışındaki akrabalarıyla, %5,1'i ise arkadaşlarıyla yaşamaktadır.

Tablo 4: Sağlık durumu ve bağımlılık alışkanlıkları ile ilgili bulgular

		N (371)	%
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık bulunma durumu	Var	71	19,1
	Yok	300	80,9
Sigara kullanımı	Evet	155	41,8
	Hayır	216	58,2
Alkol kullanımı	Evet	76	20,5
	Hayır	218	58,8
	Nadiren	77	20,8

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumu ve alışkanlıkları incelendiğinde, %19,1'inin sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik bir hastalığı varken, %80,9'unun böyle bir hastalığı bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin sigara kullanımına bakıldığında, katılımcıların %41,8'i sigara kullanırken, %58,2'si sigara içmemektedir.

Araştırmada katılımcıların %20,5'i düzenli olarak alkol kullanırken, %20,8'i nadiren alkol tüketmektedir. Katılımcılardan %58,8'i ise alkol kullanmamaktadır.

Tablo 5: Beslenme alışkanlıkları ile ilgili bulgular

		N (371)	%
Yeterli (Düzenli ve dengeli) beslenme*	Evet	188	50,7
	Hayır	46	12,4
	Ne yeterli ne yetersiz	137	36,9
Öğün saatlerinin düzenli olma durumu	Evet	198	53,4
	Hayır	173	46,6

*Dengeli ve düzenli beslenme, vücudun ihtiyaç duyduğu besin öğelerini yeterli ve dengeli şekilde almayı ifade eder. Araştırmada, katılımcıların beyanları esas alınarak beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir.

Araştırmada katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile ilgili soruya vermiş oldukları yanıtlar incelendiğinde, %50,7'sinin düzenli ve dengeli beslendiği, %12,4'ünün yeterli beslenmediği, %36,9'unun ise beslenme düzeninin ne yeterli ne de yetersiz olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların öğün saatlerinin düzenliliği açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %53,4'ü düzenli öğün saatlerine sahipken, %46,6'sının öğün saatleri düzensiz olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Ekran başında geçirilen süre ile ilgili bulgular

		N (371)	%
Hafta içi bir gün boyunca televizyon, bilgisayar, tablet, telefon ya da oyun konsolu başında geçirilen toplam süre	0 – 30 dakika	20	5,4
	30 – 60 dakika	12	3,2
	1 saat	37	10,0
	2 saat	73	19,7
	3 saat	71	19,1
	4 saat ve üstü	158	42,6
Hafta sonu bir gün boyunca televizyon, bilgisayar, tablet, telefon ya da oyun konsolu başında geçirilen toplam süre	0 – 30 dakika	14	3,8
	30 – 60 dakika	28	7,5
	1 saat	36	9,7
	2 saat	59	15,9
	3 saat	81	21,8
	4 saat ve üstü	153	41,2

Araştırmaya katılan bireylerin hafta içi ve hafta sonu günlük ekran süreleri incelendiğinde, hafta içi en büyük grubu oluşturan katılımcılar (%42,6) günde 4 saat ve üzeri ekran başında zaman geçirmektedir. Araştırmada 2 saat (%19,7) ve 3 saat (%19,1) ekran süresi olan bireyler de önemli bir oranı oluşturmaktadır. Buna karşılık, 0-30 dakika (%5,4), 30-60 dakika (%3,2) ve 1 saat (%10,0) ekran süresi olan bireylerin oranı daha düşüktür.

Hafta sonu ekran süresi değerlendirildiğinde, 4 saat ve üzeri ekran süresi olan bireylerin oranı (%41,2) yine en yüksek seviyededir. Bunu 3 saat ekran süresi olan bireyler (%21,8) ve 2 saat ekran süresi olan bireyler (%15,9) takip etmektedir. Hafta

içiyle kıyaslandığında, hafta sonu 30-60 dakika ekran süresi olan bireylerin oranının (%7,5) biraz daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmada katılımcıların büyük bir kısmı hem hafta içi hem de hafta sonu günde 3 saat ve üzeri ekran başında vakit geçirdiği görülmektedir. Araştırmada hafta sonu ekran süresi hafta içine kıyasla biraz daha fazla olmakla birlikte, hafta içi ve hafta sonu arasında büyük bir farklılık olmadığı görülmektedir.

4.2. Değişkenlerle İle İlgili Bulgular

Bu bölümde Vücut Kitle İndeksi, fiziksel aktivite düzeyi, çoklu ekran bağımlılığı ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

4.2.1. Çoklu Ekran Bağımlılığı İle İlgili Bulgular

Tablo 7: Çoklu ekran bağımlılığı ile ilgili bulgular

	N	Minimum	Maximum	Toplam ortalama puan	Standart sapma
ÇEBÖ Toplam	371	15,0	75,0	38,5	11,9
ÇEBÖ Aşırı ekran süresi	371	4,0	20,0	11,8	3,7
ÇEBÖ Zorlayıcı davranış	371	8,0	40,0	22,7	7,1
ÇEBÖ Kontrol kaybı	371	3,0	15,0	5,7	2,9

Araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, **ÇEBÖ Toplam** değişkeninin minimum değeri 15,0, maksimum değeri 75,0, ortalaması 38,5 ve standart sapması 11,9 olarak hesaplanmıştır. **ÇEBÖ aşırı ekran süresi** değişkeni için minimum değer 4,0, maksimum değer 20,0, ortalama 11,8 ve standart sapma 3,7 olarak belirlenmiştir. **ÇEBÖ zorlayıcı davranış** değişkeninde minimum değer 8,0, maksimum değer 40,0, ortalama 22,7 ve standart sapma 7,1 olup, **ÇEBÖ kontrol kaybı** değişkeninde ise minimum 3,0, maksimum 15,0, ortalama 5,7 ve standart sapma 2,9 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 8: Demografik faktörler ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Değişken	Ekran bağımlılığı yok (n=271)		Ekran bağımlılığı var (n=100)		p*
	n	%	n	%	
Cinsiyet					0,981
Erkek	127	46,9	47	47,0	
Kadın	144	53,1	53	53,0	
Yaş grubu					
18-24 yaş	29	10,7	9	9,0	0,105
25-49 yaş	188	69,4	81	81,0	
50-64 yaş	51	18,8	10	10,0	
65 yaş ve üstü	3	1,1	0	0,0	
Medeni Durumunuz					
Bekar	118	43,5	54	54,0	0,073
Evli	153	56,5	46	46,0	
Öğrenim Durumu					
İlkokul	8	3,0	1	1,0	0,183
Ortaokul	7	2,6	2	2,0	
Lise	36	13,3	12	12,0	
Üniversite	160	59,0	51	51,0	
Lisans üstü	60	22,1	34	34,0	
Gelir düzeyi					
Asgari ücret ile Eşit	26	9,6	7	7,0	0,724
Asgari ücretin altında	22	8,1	9	9,0	
Asgari ücretin üzerinde	223	82,3	84	84,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Araştırmada yapılan Ki-Kare analizi sonuçlarına göre cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve gelir düzeyi değişkenlerine göre ekran bağımlılığı (yok ve var) arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin %46,9'u erkek, %53,1'i kadındır. Ekran bağımlılığı olan bireylerde ise bu oranlar neredeyse aynıdır (erkek %47,0; kadın %53,0). Bu bulgu, cinsiyetin ekran bağımlılığı üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir ($p=0,981$).

Araştırmada yaş grubu açısından bakıldığında, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin çoğunluğunu 25-49 yaş grubu oluşturmaktadır (%69,4). Ekran bağımlılığı olan bireylerde de en büyük grup yine 25-49 yaş aralığındadır (%81,0). Ancak 50-64 yaş grubundaki bireylerin oranı ekran bağımlılığı olan grupta daha düşük olup (%10,0), ekran bağımlılığı olmayan grupta daha yüksektir (%18,8). Yaş grubu ile ekran bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,105$).

Araştırmada medeni durum açısından, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin %43,5'i bekar, %56,5'i evlidir. Ekran bağımlılığı olan bireylerde ise bekar oranı biraz daha yüksek olup %54,0, evli oranı ise %46,0'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,073$).

Araştırmada öğrenim durumu açısından incelendiğinde, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin %59,0'ı üniversite mezunu, %22,1'i lisansüstü eğitim almış bireylerden oluşmaktadır. Ekran bağımlılığı olan bireylerde ise üniversite mezunlarının oranı biraz daha düşük olup (%51,0), lisansüstü eğitim almış bireylerin oranı daha yüksektir (%34,0). Ancak ilköğretim, ortaokul ve lise mezunlarının oranları her iki grupta da benzer düzeydedir. Öğrenim durumu ile ekran bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,183$).

Araştırmada gelir düzeyi açısından bakıldığında, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin büyük bir kısmı (%82,3) asgari ücretin üzerinde gelire sahip bireylerden oluşmaktadır. Ekran bağımlılığı olan bireylerde de benzer bir oran gözlemlenmektedir (%84,0). Asgari ücretle eşit gelire sahip bireylerin oranı ekran bağımlılığı olmayan grupta %9,6, ekran bağımlılığı olan grupta ise %7,0'dır. Gelir düzeyi ile ekran bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,724$).

Genel olarak değerlendirildiğinde, cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu ve gelir düzeyi ile ekran bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 9: Sağlık ve yaşam tarzı faktörleri ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Değişken	Ekran bağımlılığı yok (n=271)		Ekran bağımlılığı var (n=100)		p*
Sigara kullanma	n	%	n	%	0,445
Evet	110	40,6	45	45,0	
Hayır	161	59,4	55	55,0	
Kronik rahatsızlık nedeniyle sürekli ilaç kullanımı					
Var	52	19,2	19	19,0	0,967
Yok	219	80,8	81	81,0	
Alkol kullanımı					
Evet	53	19,6	23	23,0	0,389
Hayır	165	60,9	53	53,0	
Nadiren	53	19,6	24	24,0	
Yeterli (Düzenli ve dengeli) beslenme					
Evet	149	55,0	39	39,0	0,002
Hayır	25	9,2	21	21,0	
Ne yeterli ne yetersiz	97	35,8	40	40,0	
Öğün saatlerinin düzenliliği					
Evet	153	56,5	45	45,0	0,050
Hayır	118	43,5	55	55,0	
Birlikte Yaşadığınız Kişiler					
Arkadaş	14	5,2	5	5,0	0,015
Çocuklar ile	42	15,5	14	14,0	
Eş ile	115	42,4	32	32,0	
Eş ve çocuk dışı akrabalar	42	15,5	10	10,0	
Yalnız	58	21,4	39	39,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Araştırmada yapılan Ki-Kare analizi sonuçlarına göre sigara kullanma, kronik rahatsızlık nedeniyle sürekli ilaç kullanımı ve alkol kullanımı değişkenlerine göre ekran bağımlılığı (yok ve var) arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Ancak yeterli beslenme, birlikte yaşanan kişiler ve öğün saatlerinin düzenliliği değişkenlerine göre ekran bağımlılığı (yok ve var) arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır.

Araştırmada sigara kullanımı açısından değerlendirildiğinde, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin %40,6'sı sigara kullanırken, ekran bağımlılığı olan bireylerde bu oran biraz daha yüksek olup %45,0'tir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,445$). Kronik rahatsızlık nedeniyle sürekli ilaç kullanımı açısından, ekran bağımlılığı olan bireylerde ilaç kullananların oranı %19,0, ekran bağımlılığı olmayan bireylerde ise %19,2'dir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,967$). Alkol kullanımı açısından, düzenli alkol kullanan bireylerin oranı ekran bağımlılığı olmayan grupta %19,6, ekran bağımlılığı olan grupta ise %23,0 olarak belirlenmiştir. Nadiren alkol tüketen bireylerin oranı da ekran bağımlılığı olmayan grupta %19,6, ekran bağımlılığı olan grupta ise %24,0 olarak gözlemlenmiştir.

Araştırmada düzenli ve dengeli beslenme açısından, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin %55,0'ı düzenli ve dengeli beslendiğini belirtirken, ekran bağımlılığı olan bireylerde bu oran %39,0'a düşmektedir. Buna karşın, düzensiz beslenen bireylerin oranı ekran bağımlılığı olmayan grupta %9,2 iken, ekran bağımlılığı olan grupta bu oran %21,0'e yükselmektedir.

Araştırmada öğün saatlerinin düzenliliği açısından, ekran bağımlılığı olmayan bireylerin %56,5'i öğün saatlerinin düzenli olduğunu belirtirken, ekran bağımlılığı olan bireylerde bu oran %45,0'e düşmektedir. Buna karşın, öğün saatleri düzensiz olan bireylerin oranı ekran bağımlılığı olmayan grupta %43,5, ekran bağımlılığı olan grupta ise %55,0 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada birlikte yaşanan kişiler açısından değerlendirildiğinde, yalnız yaşayan bireylerin oranı ekran bağımlılığı olmayan grupta %21,4 iken, ekran bağımlılığı olan bireylerde bu oran %39,0'a çıkmaktadır. Buna karşılık, eş ile birlikte yaşayan bireylerin oranı ekran bağımlılığı olmayan grupta %42,4 iken, ekran bağımlılığı olan bireylerde %32,0'ye düşmektedir.

Analiz sonuçları, bireylerin yeterli (düzenli ve dengeli) beslenme durumları ile çoklu ekran bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ekran bağımlılığı olmayan bireylerde yeterli beslenenlerin oranı beklenenden daha yüksek çıkarken (düzeltilmiş artık değer = 2,7), ekran bağımlılığı olan bireylerde yeterli beslenme oranı beklenenden daha düşük bulunmuştur (düzeltilmiş artık değer = -2,7). Buna karşılık, yetersiz beslenen bireylerin ekran bağımlılığı olan grupta beklenenden daha yüksek bir orana sahip olduğu gözlemlenmiştir (düzeltilmiş artık değer = 3,1), bu da ekran bağımlılığı olmayan grupta yetersiz beslenme oranının beklenenden daha düşük olduğunu göstermektedir (düzeltilmiş artık değer = -3,1).

Analiz sonuçları, bireylerin öğün saatlerinin düzenli olup olmaması ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Verilere göre, ekran bağımlılığı olmayan bireylerde öğün saatleri düzenli olanların sayısı beklenenden daha yüksek bulunmuştur (Düzeltilmiş artık değer = 2,0), buna karşılık ekran bağımlılığı olan bireylerde düzenli öğün saatine sahip olanların sayısı beklenenden düşük çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = -2,0). Diğer taraftan, öğün saatleri düzensiz olan bireyler açısından ise ekran bağımlılığı olan grupta beklenenden daha yüksek bir oran gözlemlenirken (Düzeltilmiş artık değer = 2,0), ekran bağımlılığı olmayan grupta düzensiz öğün saatine sahip bireylerin oranı beklenenden düşük bulunmuştur (Düzeltilmiş artık değer = -2,0). Bu bulgular, ekran bağımlılığı olan bireylerin öğün saatlerini düzenli bir şekilde sürdürme konusunda daha fazla zorluk yaşayabileceğini göstermektedir. Ekran bağımlılığının bireylerin beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyerek düzensiz öğün saatlerine yol açabileceği düşünülmektedir.

Analiz sonuçları, bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmada yalnız yaşayan bireylerin ekran bağımlılığı açısından belirgin bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ekran bağımlılığı olan bireyler arasında yalnız yaşayanların oranı beklenenden anlamlı düzeyde yüksek (Düzeltilmiş artık değer = 3,4) bulunurken, ekran bağımlılığı olmayan bireylerde yalnız yaşayanların oranı beklenenden düşük

çıkıştır (Düzeltilmiş artık değer = -3,4). Bu bulgular, yalnız yaşayan bireylerin ekran bağımlılığı açısından daha yüksek risk taşıdığını göstermektedir.

Tablo 10: Ekran bağımlılığı ile ekran kullanım süresi ve çalışma durumu arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

	Ekran bağımlılığı yok (n=271)		Ekran bağımlılığı var (n=100)		p*
Hafta içi ekranda geçirilen süre	n	%	n	%	
0 – 30 dakika	16	5,9	4	4,0	0,000
30 – 60 dakika	11	4,1	1	1,0	
1 saat	33	12,2	4	4,0	
2 saat	63	23,2	10	10,0	
3 saat	56	20,7	15	15,0	
4 saat ve üstü	92	33,9	66	66,0	
Hafta sonu ekranda geçirilen süre					
0 – 30 dakika	10	3,7	4	4,0	0,000
30 – 60 dakika	27	10,0	1	1,0	
1 saat	34	12,5	2	2,0	
2 saat	53	19,6	6	6,0	
3 saat	62	22,9	19	19,0	
4 saat ve üstü	85	31,4	68	68,0	
Haftalık çalışma süresi					
Çalışmıyorum	36	13,3	9	9,0	0,437
3-4 gün	25	9,2	7	7,0	
5 gün	158	58,3	59	59,0	
6 gün	52	19,2	25	25,0	
Çalışma türü					
Çalışmıyorum	38	14,0	9	9,0	0,360
Yarı zamanlı çalışıyorum	23	8,5	7	7,0	
Tam zamanlı çalışıyorum	210	77,5	84	84,0	
Toplam çalışma yılı					
1 yıl altı	29	10,7	13	13,0	0,022
1-3 yıl	52	19,2	22	22,0	
4-6 yıl	54	19,9	29	29,0	
7-9 yıl	21	7,7	12	12,0	
10 yıl ve üstü	115	42,4	24	24,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Araştırmada yapılan Ki-Kare analizi sonuçlarına göre haftalık çalışma süresi ve çalışma türü değişkenlerine göre ekran bağımlılığı (yok ve var) arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Ancak hafta içi ekranda geçirilen süre, hafta sonu ekranda geçirilen süre ve toplam çalışma yılı değişkenlerine göre ekran bağımlılığı (yok ve var) arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır.

Hafta içi ekranda geçirilen süre açısından değerlendirildiğinde, ekran bağımlılığı olan bireylerin büyük bir kısmı (%66,0) günde 4 saat ve üzerinde ekran başında vakit geçirmektedir. Buna karşılık, ekran bağımlılığı olmayan bireylerde bu oran %33,9'dur. Daha düşük ekran süresi kategorilerinde ise ekran bağımlılığı olan

bireylerin oranı oldukça düşüktür (örneğin, 1 saat ekranda vakit geçiren bireylerin yalnızca %4,0'ı ekran bağımlılığı olan gruptadır). Benzer şekilde, hafta sonu ekranda geçirilen süre açısından da ekran bağımlılığı olan bireylerin %68,0'ı günde 4 saat ve üzerinde ekran başında vakit geçirmektedir. Buna karşılık, ekran bağımlılığı olmayan bireylerde bu oran %31,4'tür. Daha kısa ekran sürelerinde ekran bağımlılığı olan bireylerin oranı düşüktür.

Analiz sonuçları, bireylerin hafta içi bir gün boyunca televizyon, bilgisayar, tablet, telefon ya da oyun konsolu başında geçirdikleri toplam süre ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Verilere göre, ekran bağımlılığı olmayan bireylerde günlük ekran süresi 1 saat ve 2 saat olan bireylerin oranı beklenenden daha yüksek bulunmuştur (Düzeltilmiş artık değer = 2,3 ve 2,8), buna karşılık ekran bağımlılığı olan grupta bu sürelerde ekran kullanım oranı beklenenden düşük çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = -2,3 ve -2,8). Bu bulgu, ekran süresi 1-2 saat arasında olan bireylerin ekran bağımlılığı açısından daha düşük risk taşıdığını göstermektedir. Diğer yandan, günde 4 saat ve üzerinde ekran başında zaman geçiren bireylerin ekran bağımlılığı açısından belirgin bir fark gösterdiği saptanmıştır. Ekran bağımlılığı olan bireylerde 4 saat ve üzeri ekran süresi olanların oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunurken (Düzeltilmiş artık değer = 5,5), ekran bağımlılığı olmayan grupta bu oran beklenenden düşük çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = -5,5). Bu durum, uzun süreli ekran kullanımının ekran bağımlılığı ile güçlü bir ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Analiz sonuçları, bireylerin hafta sonu boyunca televizyon, bilgisayar, tablet, telefon ya da oyun konsolu başında geçirdikleri toplam süre ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Verilere göre, 30-60 dakika, 1 saat ve 2 saat ekran süresi olan bireylerin ekran bağımlılığı açısından daha düşük risk taşıdığı görülmektedir. Ekran bağımlılığı olmayan grupta bu sürelerde ekran başında zaman geçiren bireylerin oranı beklenenden yüksek bulunurken (Düzeltilmiş artık değer = 2,9, 3,0 ve 3,2), ekran bağımlılığı olan grupta bu sürelerde ekran süresi daha düşük çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = -2,9, -3,0 ve -3,2). Bu durum, hafta sonu ekran süresinin günde 2 saat veya daha az olması halinde ekran bağımlılığı riskinin düşük olduğunu göstermektedir.

Öte yandan, hafta sonları günde 4 saat ve üzerinde ekran başında zaman geçiren bireylerin ekran bağımlılığı açısından belirgin bir farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Ekran bağımlılığı olan bireylerde bu sürede ekran kullanım oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunurken (Düzeltilmiş artık değer = 6,4), ekran bağımlılığı olmayan bireylerde bu oran beklenenden düşük çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = -6,4). Bu bulgu, hafta sonları ekran süresi arttıkça ekran bağımlılığı riskinin önemli ölçüde yükseldiğini ve özellikle 4 saat ve üzeri ekran kullanımının bağımlılık açısından kritik bir eşik olduğunu göstermektedir.

Araştırmada hafta sonu ekran süresi günde 2 saat veya daha az olan bireyler ekran bağımlılığı açısından daha düşük risk taşıırken, 4 saat ve üzeri ekran süresine sahip bireylerde bağımlılık riski önemli ölçüde artmaktadır. Bu bulgular, hafta sonları ekran süresinin kontrol edilmesinin ekran bağımlılığını önleme açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Analiz sonuçları, bireylerin toplam çalışma yılı ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Haftalık çalışma süresi açısından değerlendirildiğinde, çalışma süresi ile ekran bağımlılığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,437$). Toplam çalışma yılı açısından değerlendirildiğinde, çalışma süresi arttıkça ekran bağımlılığı oranının düştüğü görülmektedir. Örneğin, 10 yıl ve üzeri çalışan bireylerde ekran bağımlılığı oranı %24,0 iken, 1-3 yıl çalışan bireylerde bu oran %22,0, 4-6 yıl çalışan bireylerde ise %29,0'a yükselmektedir. Çalışma süresi 1 yıldan az olan bireylerde ise ekran bağımlılığı oranı %13,0'dur. Ekran bağımlılığı olmayan bireyler arasında 10 yıl ve üzeri çalışma yılına sahip bireylerin oranı beklenenden yüksek bulunurken (Düzeltilmiş artık değer = 3,3), ekran bağımlılığı olan grupta bu süreye sahip bireylerin oranı beklenenden düşük çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = -3,3). Bu bulgu, uzun yıllar çalışan bireylerin ekran bağımlılığı geliştirme olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma türü açısından da benzer bir durum söz konusudur. Tam zamanlı çalışan bireyler arasında ekran bağımlılığı olanların oranı %84,0, ekran bağımlılığı olmayanların oranı ise %77,5'tir.

4.2.2. Vücut Kitle Endeksi İle İlgili Bulgular

Tablo 11: Vücut Kitle İndeksi kategorileri ile ilgili bulgular

Kategori	Değişken	N (371)	%
Zayıf	$VKİ < 18.5$	20	5,4
Normal kilolu	$18.5 \leq VKİ < 24.9$	160	43,1
Fazla kilolu	$25 \leq VKİ < 29.9$	151	40,7
1. Derece obez	$30 \leq VKİ < 34.9$	32	8,6
2. Derece obez	$35 \leq VKİ < 39.9$	8	2,2

Katılımcıların %5,4'ü (n = 20) zayıf, %43,1'i (n = 160) normal kilolu, %40,7'si (n = 151) fazla kilolu, %8,6'sı (n = 32) 1. derece obez ve %2,2'si (n = 8) 2. derece obez olarak belirlenmiştir.

Tablo 12: Vücut Kitle İndeksi ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

	Vücut Kitle İndeksi
Ortalama VKİ	25,0
Std. Deviation	4,4
Minimum	16
Maximum	42,4

Çalışmaya katılan 371 bireyin Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ortalaması $25,0 \pm 4,4$ olarak hesaplanmıştır. VKİ değerleri 16 ile 42,4 arasında değişmekte olup, bireyler arasında dağılım göstermektedir.

Tablo 13: Cinsiyet ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Cinsiyet				p
	Erkek		Kadın		
	n (174)	%	n (197)	%	
Zayıf (n=20)	3	1,7	17	8,6	0,000
Normal kilolu (n=160)	56	32,2	104	52,8	
Fazla kilolu (n=151)	93	53,4	58	29,4	
1. Derece obez (n=32)	17	9,8	15	7,6	
2. Derece obez (n=8)	5	2,9	3	1,5	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= VKİ < 18,5, Normal kilolu= $18,5 \leq \text{VKİ} < 24,9$, Fazla kilolu= $25 \leq \text{VKİ} < 29,9$, 1. Derece obez= $30 \leq \text{VKİ} < 34,9$, 2. Derece obez= $35 \leq \text{VKİ} < 39,9$

Araştırmada cinsiyet ile Vücut Kitle İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 31.633$, $p = 0.000$, $\Phi = 0.292$). Bulgular incelendiğinde, kadın katılımcılar arasında zayıf olma oranının (%8,6), erkek katılımcılara kıyasla (%1,7) belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, normal kilolu bireyler açısından da kadınların oranı (%52,8), erkeklerden (%32,2) anlamlı derecede yüksektir. Buna karşılık, fazla kilolu bireylerde erkek katılımcıların oranı (%53,4), kadınlara kıyasla (%29,4) daha fazladır. 1. Derece obez bireyler arasında erkeklerin oranı (%9,8), kadınlardan (%7,6) biraz daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark görece küçüktür. 2. Derece obez bireylerde de erkeklerin oranı (%2,9), kadınlardan (%1,5) yüksek olmakla birlikte, bu gruptaki toplam birey sayısının düşük olması nedeniyle genelleme yapmak güçtür. Genel olarak değerlendirildiğinde, kadınların zayıf ve normal kilolu olma eğiliminde olduğu, erkeklerin ise fazla kilolu ve obez olma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Yaş grubu ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Yaş grubu								p
	18-24 yaş		25-49 yaş		50-64 yaş		65 yaş ve üstü		
	N(38)	%	N(269)	%	N(61)	%	N(3)	%	
Zayıf (n=20)	6	15,8	14	5,2	0	0,0	0	0,0	0,000
Normal kilolu (n=160)	24	63,2	123	45,7	13	21,3	0	0,0	
Fazla kilolu (n=151)	7	18,4	107	39,8	35	57,4	2	66,7	
1. Derece obez (n=32)	0	0,0	18	6,7	13	21,3	1	33,3	
2. Derece obez (n=8)	1	2,6	7	2,6	0	0,0	0	0,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= VKİ < 18.5, Normal kilolu= 18.5 ≤ VKİ < 24.9, Fazla kilolu= 25 ≤ VKİ < 29.9, 1. Derece obez= 30 ≤ VKİ < 34.9, 2. Derece obez= 35 ≤ VKİ < 39.9

Araştırmada cinsiyet ile Vücut Kitle İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 52,044$, $p = 0.000$, $\Phi = 0.375$). Araştırmada zayıf bireylerin büyük ölçüde 18-24 yaş grubunda (%15,8) yer aldığı, diğer yaş gruplarında ise bu kategoride birey bulunmadığı görülmektedir. Araştırmada normal kilolu bireyler açısından, 18-24 yaş grubunda normal kilolu olma oranı %63,2 iken, bu oran 25-49 yaş grubunda %45,7'ye, 50-64 yaş grubunda %21,3'e düşmektedir. 65 yaş ve üzeri grupta ise normal kilolu birey bulunmamaktadır. Araştırmada fazla kilolu bireyler, 50-64 yaş grubunda %57,4, 65 yaş ve üstü grupta ise %66,7 oranında olup, yaş ilerledikçe fazla kilolu olma eğiliminin arttığı gözlemlenmektedir. Araştırmada 1. Derece obez bireylerin, 50-64 yaş grubunda (%21,3) ve 65 yaş ve üzeri grupta (%33,3) daha yüksek oranda bulunduğu görülmektedir. Araştırmada 2. Derece obez bireyler açısından, tüm yaş gruplarında düşük oranlar gözlenmiş olup, yalnızca 18-24 yaş (%2,6) ve 25-49 yaş (%2,6) gruplarında bireyler yer almaktadır.

Araştırmada 18-24 yaş grubunda zayıf bireylerin oranı beklenenden yüksek çıkmış (Düzeltilmiş artık değer: +3,0), normal kilolu bireylerin oranı da anlamlı derecede fazla bulunmuştur (Düzeltilmiş artık değer: +2,6). Buna karşılık, fazla kilolu bireylerin oranı beklenenden düşük olup (Düzeltilmiş artık değer: -3,0), 1. derece obez bireylerin oranı da istatistiksel olarak düşük bulunmuştur (Düzeltilmiş artık değer: -2,0). Bu bulgular, genç bireylerin genellikle daha yüksek metabolizma hızına sahip olmaları ve fiziksel olarak daha aktif bir yaşam sürmeleriyle ilişkilendirilebilir.

25-49 yaş grubunda bireylerin büyük bir kısmı normal kilolu olup, 123 birey bu kategoride yer almakta ve fazla kilolu bireylerin sayısı 107 olarak tespit edilmiştir. Normal kilolu bireylerin oranı beklenenden biraz fazla çıkarken (Düzeltilmiş artık değer: +1,6), fazla kilolu bireylerin oranında anlamlı bir sapma gözlenmemiştir (Düzeltilmiş artık değer: -0,6). Bununla birlikte, 1. derece obez bireylerin oranı

beklenenden düşük bulunmuş (Düzeltilmiş artık değer: -2,2), ancak 2. derece obez bireylerin oranında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Düzeltilmiş artık değer: +1,0).

50-64 yaş grubunda VKİ dağılımında önemli değişiklikler gözlenmektedir. Bu yaş grubunda normal kilolu bireylerin oranı beklenenden düşük çıkarken (Düzeltilmiş artık değer: -3,8), fazla kilolu bireylerin oranı beklenenden yüksek bulunmuştur (Düzeltilmiş artık değer: +2,9). Ayrıca, 1. derece obez bireylerin oranı da anlamlı derecede artış göstermiştir (Düzeltilmiş artık değer: +3,9), ancak 2. derece obez bireylerin oranında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Düzeltilmiş artık değer: -1,3).

Tablo 15: Medeni durum ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Medeni durum				p
	Evli		Bekar		
	N(172)	%	N(199)	%	
Zayıf (n=20)	16	9,3	4	2,0	0,000
Normal kilolu (n=160)	98	57,0	62	31,2	
Fazla kilolu (n=151)	46	26,7	105	52,8	
1. Derece obez (n=32)	8	4,7	24	12,1	
2. Derece obez (n=8)	4	2,3	4	2,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= VKİ < 18.5, Normal kilolu= 18.5 ≤ VKİ < 24.9, Fazla kilolu= 25 ≤ VKİ < 29.9, 1. Derece obez= 30 ≤ VKİ < 34.9, 2. Derece obez= 35 ≤ VKİ < 39.9

Araştırmada medeni durum ile Vücut Kitle İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 44.624$, $p = 0.000$, $\Phi = 0.347$). Araştırmada zayıf bireylerin evli katılımcılar arasında %9,3 oranında olduğu, bekarlarda ise bu oranın %2,0 olduğu görülmektedir. Araştırmada normal kilolu bireyler açısından, evli bireylerin %57,0'ı bu kategoride yer alırken, bekarlarda bu oran %31,2'ye düşmektedir. Araştırmada fazla kilolu bireylerde ise tam tersi bir eğilim gözlemlenmektedir; evli bireylerde fazla kilolu olma oranı %26,7 iken, bekar bireylerde bu oran %52,8'e yükselmektedir. Araştırmada 1. Derece obez bireylerde, evli bireylerde oran %4,7 iken, bekarlarda bu oran %12,1 olarak gözlenmiştir. Araştırmada 2. Derece obez bireyler açısından, evli ve bekar bireyler arasında önemli bir fark bulunmamış olup, her iki grupta da oranlar yaklaşık olarak eşittir (evli: %2,3; bekar: %2,0). Genel olarak değerlendirildiğinde, evli bireylerde zayıf ve normal kilolu olma oranları daha yüksekken, bekar bireylerde fazla kilolu ve obez olma oranları daha yüksektir.

Tablo 16: Eğitim düzeyi ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Eğitim düzeyi										p
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Lisans üstü		
	N(9)	%	N(9)	%	N(48)	%	N(211)	%	N(94)	%	
Zayıf (n=20)	0	0,0	1	11,1	4	8,3	11	5,2	4	4,3	0,034
Normal kilolu (n=160)	0	0,0	3	33,3	18	37,5	89	42,2	50	53,2	
Fazla kilolu (n=151)	8	88,9	3	33,3	21	43,8	88	41,7	31	33,0	
1. Derece obez (n=32)	1	11,1	0	0,0	4	8,3	20	9,5	7	7,4	
2. Derece obez (n=8)	0	0,0	2	22,2	1	2,1	3	1,4	2	2,1	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKİ < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKİ < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKİ < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKİ < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKİ < 39.9$

Araştırmada Eğitim düzeyi ile VKİ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 4.499$, $p = 0.009$, $\Phi = 0.304$). Araştırmada zayıf bireylerin daha çok lise (%8,3), üniversite (%5,2) ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişiler (%4,3) arasında yer aldığı görülmektedir. İlkokul mezunları arasında ise zayıf birey bulunmamaktadır. Araştırmada normal kilolu bireyler açısından, eğitim seviyesi yükseldikçe normal kilolu birey oranının arttığı görülmektedir. Bu oran ilkökul mezunlarında %0,0, ortaokul mezunlarında %33,3, lise mezunlarında %37,5, üniversite mezunlarında %42,2 ve lisansüstü mezunlarında %53,2 olarak belirlenmiştir. Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, ilkökul mezunlarında %88,9 ile en yüksek seviyede olup, eğitim seviyesi arttıkça bu oran azalmaktadır. Lise mezunlarında %43,8, üniversite mezunlarında %41,7 ve lisansüstü mezunlarında %33,0 olarak gözlenmiştir.

Araştırmada 1. Derece obez bireyler açısından, ilkökul mezunlarında %11,1, lise mezunlarında %8,3, üniversite mezunlarında %9,5 ve lisansüstü mezunlarında %7,4 oranında birey bulunmaktadır. Araştırmada 2. Derece obez bireylerin ortaokul mezunlarında %22,2 oranında yer aldığı, diğer gruplarda ise daha düşük oranlarda bulunduğu görülmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin normal kilolu olma oranlarının arttığı, fazla kilolu ve obez olma oranlarının ise azaldığı gözlemlenmektedir. Özellikle ilkökul mezunları arasında fazla kilolu birey oranının en yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Bu durum, daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda daha bilinçli olabileceği ile ilgili bilgiler vermektedir.

Tablo 17: Aylık gelir ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Aylık gelir düzeyi						p
	Asgari ücret ile Eşit		Asgari ücretin altında		Asgari ücretin üzerinde		
	N(33)	%	N(33)	%	N(33)	%	
Zayıf (n=20)	2	6,1	2	6,1	2	6,1	0,279
Normal kilolu (n=160)	16	48,5	16	48,5	16	48,5	
Fazla kilolu (n=151)	13	39,4	13	39,4	13	39,4	
1. Derece obez (n=32)	1	3,0	1	3,0	1	3,0	
2. Derece obez (n=8)	1	3,0	1	3,0	1	3,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= VKİ < 18.5, Normal kilolu= 18.5 ≤ VKİ < 24.9, Fazla kilolu= 25 ≤ VKİ < 29.9, 1. Derece obez= 30 ≤ VKİ < 34.9, 2. Derece obez= 35 ≤ VKİ < 39.9

Araştırmada aylık gelir düzeyi ile VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 1.170$, $p = 0.279$). Araştırmada her üç gelir grubunda da VKİ kategorileri arasındaki dağılımın benzer olduğu görülmektedir. Zayıf bireylerin oranı tüm gelir gruplarında %6,1 olarak belirlenmiştir. Araştırmada normal kilolu bireyler açısından, her üç gelir grubunda da oran %48,5 olup, gelir düzeyine göre anlamlı bir değişim göstermemektedir. Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı da tüm gruplarda %39,4 olup, benzer şekilde gelir düzeyi ile ilişkili bir farklılık gözlenmemektedir. Araştırmada 1. Derece obez bireyler her üç gelir grubunda %3,0 oranında bulunurken, 2. Derece obez bireyler de aynı şekilde tüm gruplarda %3,0 oranında yer almaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, gelir düzeyinin bireylerin kilo dağılımı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmektedir.

Tablo 18: Çalışma yılı ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Çalışma yılı										p
	1 yıl altı		1-3 yıl		4-6 yıl		7-9 yıl		10 yıl ve üstü		
	N(42)	%	N(74)	%	N(83)	%	N(33)	%	N(139)	%	
Zayıf (n=20)	5	11,9	10	13,5	2	2,4	0	0,0	3	2,2	0,000
Normal kilolu (n=160)	21	50,0	36	48,6	45	54,2	12	36,4	46	33,1	
Fazla kilolu (n=151)	13	31,0	22	29,7	28	33,7	17	51,5	71	51,1	
1. Derece obez (n=32)	1	2,4	5	6,8	6	7,2	2	6,1	18	12,9	
2. Derece obez (n=8)	2	4,8	1	1,4	2	2,4	2	6,1	1	0,7	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= VKİ < 18.5, Normal kilolu= 18.5 ≤ VKİ < 24.9, Fazla kilolu= 25 ≤ VKİ < 29.9, 1. Derece obez= 30 ≤ VKİ < 34.9, 2. Derece obez= 35 ≤ VKİ < 39.9

Araştırma sonuçlarına göre, çalışma süresi ile Vücut Kitle İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 17.495$, $p = 0.000$, $\Phi = 0.174$). Araştırmada zayıf bireylerin daha çok kısa süreli çalışma geçmişine sahip bireyler arasında bulunduğu görülmektedir. Özellikle 1 yıl altı çalışma süresine sahip bireylerin %11,9'u, 1-3 yıl çalışanların ise %13,5'i zayıf kategorisindedir. Ancak

çalışma süresi arttıkça zayıf birey oranı düşmekte, 7-9 yıl çalışanlarda zayıf birey bulunmazken, 10 yıl ve üzeri çalışanlarda bu oran %2,2'ye düşmektedir. Araştırmada normal kilolu bireyler açısından, kısa süreli çalışanlarda oran daha yüksek olup, 1 yıl altı çalışanlarda %50,0, 4-6 yıl çalışanlarda %54,2 iken, çalışma süresi arttıkça bu oran düşmektedir (10 yıl ve üzeri çalışanlarda %33,1).

Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, çalışma süresi arttıkça belirgin şekilde yükselmektedir. 1 yıl altı çalışanlarda fazla kilolu olma oranı %31,0 iken, 7-9 yıl çalışanlarda %51,5'e, 10 yıl ve üzeri çalışanlarda ise %51,1'e ulaşmaktadır. Araştırmada 1. Derece obez bireylerde, kısa süre çalışanlarda oranlar düşükken (1 yıl altı: %2,4; 1-3 yıl: %6,8), 10 yıl ve üzeri çalışanlarda bu oran %12,9'a yükselmektedir. Araştırmada 2. Derece obez bireylerde ise çok büyük farklılıklar gözlemlenmemekle birlikte, oranlar genellikle düşük seyretmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışma süresi arttıkça fazla kilolu ve obez bireylerin oranının yükseldiği, zayıf ve normal kilolu bireylerin oranının ise düştüğü görülmektedir. Özellikle masa başında çalışan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin azalması ve uzun süreli çalışma saatlerine bağlı olarak düzensiz beslenme alışkanlıklarının artması, fazla kilolu veya obez olma riskini artırabilir.

Tablo 19: Çalışma türü ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Çalışma türü						p
	Çalışmıyorum		Yarı zamanlı çalışıyorum		Tam zamanlı çalışıyorum		
	N(47)	5	N(30)	%	N(294)	%	
Zayıf (n=20)	5	10,6	1	3,3	14	4,8	0,000
Normal kilolu (n=160)	17	36,2	12	40,0	131	44,6	
Fazla kilolu (n=151)	20	42,6	13	43,3	118	40,1	
1. Derece obez (n=32)	4	8,5	3	10,0	25	8,5	
2. Derece obez (n=8)	1	2,1	1	3,3	6	2,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKİ < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKİ < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKİ < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKİ < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKİ < 39.9$

Araştırmada çalışma türü ile VKİ arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 3.493$, $p = 0.900$). Araştırmada zayıf bireylerin en yüksek oranda çalışmayanlar arasında bulunduğu görülmektedir (%10,6). Yarı zamanlı çalışanlarda bu oran %3,3, tam zamanlı çalışanlarda ise %4,8 olarak belirlenmiştir. Araştırmada normal kilolu bireylerin oranı, yarı zamanlı çalışanlarda %40,0, tam zamanlı çalışanlarda %44,6 ve çalışmayan bireylerde %36,2 olarak gözlenmiştir. Bu durum, tam zamanlı çalışan bireyler arasında normal kilolu birey oranının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, çalışmayan bireylerde %42,6, yarı zamanlı çalışanlarda %43,3 ve tam zamanlı çalışanlarda %40,1 olarak bulunmuştur. Çalışma türüne bağlı olarak fazla kilolu olma oranında belirgin bir farklılık gözlemlenmemektedir. Araştırmada 1. Derece obez bireylerde, yarı zamanlı çalışanlarda oran %10,0, tam zamanlı çalışanlarda %8,5 ve çalışmayan bireylerde %8,5 olarak belirlenmiştir. Araştırmada 2. Derece obez bireylerin oranı ise tüm gruplarda düşük olup, çalışmayanlarda %2,1, yarı zamanlı çalışanlarda %3,3 ve tam zamanlı çalışanlarda %2,0 olarak hesaplanmıştır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmayan bireyler arasında zayıf birey oranının daha yüksek olduğu, tam zamanlı çalışan bireyler arasında ise normal kilolu olma oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışma türüne göre fazla kilolu ve obez birey oranlarında belirgin bir fark gözlenmemekle birlikte, yarı zamanlı çalışan bireylerde 1. ve 2. Derece obez oranlarının diğer gruplara kıyasla biraz daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20: Haftalık çalışma ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Haftalık çalışma gün sayısı								p
	Çalışmıyorum		3-4 gün		5 gün		6 gün		
	N(45)	%	N(32)	%	N(217)	%	N(77)	%	
Zayıf (n=20)	5	11,1	1	3,1	11	5,1	3	3,9	0,630
Normal kilolu (n=160)	17	37,8	10	31,3	99	45,6	34	44,2	
Fazla kilolu (n=151)	18	40,0	18	56,3	86	39,6	29	37,7	
1. Derece obez (n=32)	4	8,9	2	6,3	19	8,8	7	9,1	
2. Derece obez (n=8)	1	2,2	1	3,1	2	0,9	4	5,2	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKI < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKI < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKI < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKI < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKI < 39.9$

Araştırmada haftalık çalışma gün sayısı ile VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 0.233$, $p = 0.630$). Araştırmada zayıf bireylerin en yüksek oranda çalışmayan bireyler arasında bulunduğu görülmektedir (%11,1). Haftada 3-4 gün çalışanlarda bu oran %3,1, 5 gün çalışanlarda %5,1 ve 6 gün çalışanlarda %3,9 olarak belirlenmiştir. Normal kilolu bireylerin oranı, 5 gün çalışanlarda en yüksek seviyede olup (%45,6), 6 gün çalışanlarda %44,2, 3-4 gün çalışanlarda %31,3 ve çalışmayan bireylerde %37,8 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, 3-4 gün çalışanlarda %56,3 ile en yüksek seviyede olup, çalışmayan bireylerde %40,0, 5 gün çalışanlarda %39,6 ve 6 gün çalışanlarda %37,7 olarak gözlenmiştir. Araştırmada 1. Derece obez bireylerde, oranlar birbirine yakın olup, en yüksek oran 6 gün çalışanlarda (%9,1), en düşük oran ise 3-4 gün çalışanlarda (%6,3) olarak belirlenmiştir. Araştırmada 2. Derece obez

bireylerin oranı, 6 gün çalışan bireylerde %5,2 ile en yüksek seviyede bulunurken, diğer gruplarda oldukça düşük seviyelerde seyretmektedir.

Tablo 21: Birlikte yaşanan kişi ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Birlikte yaşanan kişi										p
	Arkadaş		Çocuklar ile		Eş ile		Eş ve çocuk dışı akrabalar		Yalnız		
	N(19)	%	N(56)	%	N(147)	%	N(97)	%	N(19)	%	
Zayıf (n=20)	1	5,3	1	1,8	6	4,1	10	10,3	1	5,3	0,002
Normal kilolu (n=160)	10	52,6	25	44,6	44	29,9	54	55,7	10	52,6	
Fazla kilolu (n=151)	6	31,6	21	37,5	80	54,4	26	26,8	6	31,6	
1. Derece obez (n=32)	2	10,5	7	12,5	14	9,5	6	6,2	2	10,5	
2. Derece obez (n=8)	0	0,0	2	3,6	3	2,0	1	1,0	0	0,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKI < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKI < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKI < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKI < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKI < 39.9$

Araştırma sonuçlarına göre, bireylerin birlikte yaşadığı kişi ile Vücut Kitle İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 10.006$, $p = 0.002$, $\Phi=0.152$). Normal kilolu bireylerin en yüksek oranda eş ve çocuk dışı akrabalar ile yaşayanlar (%55,7) ve yalnız yaşayanlar (%52,6) grubunda olduğu görülmektedir. Buna karşılık, fazla kilolu bireylerin en yüksek oranının eşi ile yaşayanlar (%54,4) grubunda olduğu belirlenmiştir. Araştırmada obezite oranları incelendiğinde, 1. derece obez bireylerin en fazla eş ile yaşayanlar (%9,5) ve çocukları ile yaşayanlar (%12,5) grubunda yer aldığı görülmektedir. Araştırmada 2. derece obez bireylerin oranı ise en fazla çocukları ile yaşayanlar (%3,6) ve eş ile yaşayanlar (%2,0) arasında gözlemlenmiştir. Araştırmada zayıf bireylerin en yüksek oranının ise eş ve çocuk dışı akrabalar ile yaşayan bireylerde (%10,3) olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada etki büyüklüğü katsayısı, birlikte yaşanan kişi faktörünün VKİ üzerinde tek başına belirleyici bir unsur olmadığını, ancak bireylerin yaşam tarzını ve beslenme alışkanlıklarını etkileyerek dolaylı bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Araştırmada yalnız yaşayan bireylerin büyük çoğunluğu normal kilolu veya fazla kilolu kategorisinde yer alırken, eşiyile birlikte yaşayan bireylerin daha yüksek oranda fazla kilolu ve obez olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Araştırmada eş ve çocuklarla birlikte yaşayan bireylerin ise 1. ve 2. derece obez olma oranlarının arttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu durum, evlilik ve aile yaşamının bireylerin beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini ve fiziksel aktivite seviyelerini azaltabileceğini düşündürmektedir.

Arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin büyük çoğunluğunun normal kilolu olduğu, ancak fazla kilolu ve obez olma oranlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Araştırmada çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin genellikle normal kilolu veya fazla kilolu kategorisinde yer aldığı, ancak obez olma oranlarının yüksek seviyede olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 22: İlaç kullanma ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	İlaç kullanımı				p
	Sürekli ilaç kullanımı var		Sürekli ilaç kullanımı yok		
	N(71)	%	N(300)	%	
Zayıf (n=20)	2	2,8	18	6,0	0,000
Normal kilolu (n=160)	16	22,5	144	48,0	
Fazla kilolu (n=151)	38	53,5	113	37,7	
1. Derece obez (n=32)	12	16,9	20	6,7	
2. Derece obez (n=8)	3	4,2	5	1,7	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKI < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKI < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKI < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKI < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKI < 39.9$

Araştırmada sürekli ilaç kullanımı ile Vücut Kitle İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 21.917$, $p = 0.000$, $\Phi = 0.243$). Araştırmada zayıf bireylerin oranı, sürekli ilaç kullanımı olan bireylerde %2,8, ilaç kullanımı olmayan bireylerde ise %6,0'dır. Araştırmada normal kilolu bireylerin oranı, sürekli ilaç kullanımı olan bireylerde %22,5, ilaç kullanımı olmayan bireylerde %48,0'dır. Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, ilaç kullanımı olan bireylerde %53,5 iken, ilaç kullanımı olmayan bireylerde %37,7'ye düşmektedir. Araştırmada 1. Derece obez bireylerin oranı, sürekli ilaç kullanımı olan bireylerde %16,9, ilaç kullanımı olmayan bireylerde ise %6,7 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada 2. Derece obez bireylerin oranı ise sürekli ilaç kullanımı olan bireylerde %4,2, ilaç kullanımı olmayan bireylerde %1,7 olarak gözlenmiştir.

Araştırmada etki büyüklüğünün orta seviyede olması, kronik hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanan bireylerin VKİ dağılımının genel popülasyondan farklı olduğunu göstermektedir. Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Bu bulgu, kronik hastalıkların kilo kontrolünü doğrudan etkileyebileceğini ve ilaç kullanımının metabolizma, iştah ve fiziksel aktivite düzeyi gibi faktörleri değiştirebileceğini göstermektedir. Araştırmada kronik hastalıklar nedeniyle sürekli ilaç kullanan bireylerin genellikle fazla kilolu veya obez olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 23: Sigara kullanma ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Sigara kullanımı				p
	Var		Yok		
	N(155)	%	N(216)	%	
Zayıf (n=20)	4	2,6	16	7,4	0,397
Normal kilolu (n=160)	68	43,9	92	42,6	
Fazla kilolu (n=151)	66	42,6	85	39,4	
1. Derece obez (n=32)	15	9,7	17	7,9	
2. Derece obez (n=8)	2	1,3	6	2,8	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKI < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKI < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKI < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKI < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKI < 39.9$

Sigara kullanımı ile VKİ arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 0.718$, $p = 0.397$). Araştırmada zayıf bireylerin oranı, sigara kullanan bireylerde %2,6 iken, sigara kullanmayan bireylerde %7,4'tür. Araştırmada normal kilolu bireylerin oranı, sigara kullanan bireylerde %43,9, sigara kullanmayan bireylerde %42,6 olarak hesaplanmıştır. Fazla kilolu bireylerin oranı, sigara içenlerde %42,6, sigara içmeyenlerde %39,4 olup, gruplar arasında belirgin bir fark gözlenmemektedir. Araştırmada 1. Derece obez bireylerin oranı, sigara içenlerde %9,7, içmeyenlerde %7,9 olarak belirlenmiştir. Araştırmada 2. Derece obez bireyler açısından, sigara içenlerde %1,3, içmeyenlerde %2,8 oranında birey bulunmaktadır.

Tablo 24: Alkol kullanma ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Alkol kullanımı						p
	Var		Yok		Nadiren		
	N(76)	%	N(218)	%	N(77)	%	
Zayıf (n=20)	4	5,3	13	6,0	3	3,9	0,123
Normal kilolu (n=160)	42	55,3	83	38,1	35	45,5	
Fazla kilolu (n=151)	25	32,9	97	44,5	29	37,7	
1. Derece obez (n=32)	5	6,6	18	8,3	9	11,7	
2. Derece obez (n=8)	0	0,0	7	3,2	1	1,3	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKI < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKI < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKI < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKI < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKI < 39.9$

Araştırmada alkol tüketimi ile VKİ arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 2.376$, $p = 0.123$). Araştırmada zayıf bireylerin oranı, alkol kullanan bireylerde %5,3, alkol kullanmayanlarda %6,0 ve nadiren alkol kullananlarda %3,9 olarak belirlenmiştir. Araştırmada normal kilolu bireylerin oranı, alkol kullananlarda %55,3, alkol kullanmayanlarda %38,1 ve nadiren alkol kullananlarda %45,5'tir. Bu bulgu, düzenli alkol tüketen bireylerde normal kilolu olma oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, alkol kullananlarda %32,9, alkol kullanmayanlarda %44,5 ve nadiren kullananlarda %37,7 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmada 1. Derece obez bireylerin oranı, alkol kullananlarda %6,6, alkol kullanmayanlarda %8,3 ve nadiren alkol tüketenlerde %11,7'dir. Araştırmada 2. Derece obez bireyler açısından, alkol tüketenlerde birey bulunmazken, alkol kullanmayanlarda %3,2 ve nadiren kullananlarda %1,3 oranında yer almaktadır.

Tablo 25: Düzenli beslenme ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Düzenli beslenme						p
	Evet		Hayır		Kısmen		
	N(188)	%	N(46)	%	N(46)	%	
Zayıf (n=20)	4	2,1	7	15,2	7	15,2	0,003
Normal kilolu (n=160)	91	48,4	12	26,1	12	26,1	
Fazla kilolu (n=151)	78	41,5	17	37,0	17	37,0	
1. Derece obez (n=32)	12	6,4	8	17,4	8	17,4	
2. Derece obez (n=8)	3	1,6	2	4,3	2	4,3	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKİ < 18,5$, Normal kilolu= $18,5 \leq VKİ < 24,9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKİ < 29,9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKİ < 34,9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKİ < 39,9$

Araştırmada düzenli beslenme alışkanlıkları ile VKİ arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 23.375$, $p = 0.003$, $\Phi = 0.251$). Araştırmada zayıf bireylerin oranı, düzenli beslenen bireylerde %2,1, düzensiz beslenenlerde %15,2 ve kısmen düzenli beslenenlerde %15,2 olarak belirlenmiştir. Araştırmada normal kilolu bireylerin oranı, düzenli beslenenlerde %48,4 ile en yüksek seviyede olup, düzensiz beslenenlerde %26,1 ve kısmen düzenli beslenenlerde yine %26,1 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, düzenli beslenen bireylerde normal kilolu olma oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, düzenli beslenen bireylerde %41,5, düzensiz beslenenlerde %37,0 ve kısmen düzenli beslenenlerde %37,0 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada 1. Derece obez bireylerin oranı, düzenli beslenenlerde %6,4, düzensiz beslenenlerde %17,4 ve kısmen düzenli beslenenlerde %17,4'tür. Araştırmada 2. Derece obez bireyler açısından, düzenli beslenenlerde %1,6, düzensiz ve kısmen düzenli beslenenlerde ise %4,3 oranında birey bulunmaktadır.

Araştırmada etki büyüklüğünün orta seviyede olması, beslenme alışkanlıklarının VKİ üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koymaktadır. Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Bulgular incelendiğinde, düzenli beslenen bireylerin büyük çoğunluğunun normal kilolu veya fazla kilolu kategorisinde yer aldığı, ancak düzensiz beslenen bireylerin genellikle 1. ve 2. derece obez kategorisinde yoğunlaştığı görülmüştür. Araştırma bulguları düzensiz beslenme alışkanlıklarının kilo alımını ve

obeziteyi artırabileceği için düzenli ve dengeli beslenmenin önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle düzensiz beslenen bireylerin kilo kontrolü üzerindeki etkisinin zayıf olduğu ve obezite riskinin arttığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 26: Hafta içi ekran başında geçirilen süre ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Hafta içi ekran başında geçirilen süre												p
	0 – 30 dakika		30 – 60 dakika		1 saat		2 saat		3 saat		4 saat ve üstü		
	N(20)	%	N(12)	%	N(37)	%	N(73)	%	N(71)	%	N(158)	%	
Zayıf (n=20)	1	5	1	8,3	2	5,4	3	4,1	3	4,2	10	6,3	0,538
Normal kilolu (n=160)	4	20	2	16,7	16	43,2	34	46,6	28	39,4	76	48,1	
Fazla kilolu (n=151)	13	65	7	58,3	15	40,5	31	42,5	31	43,7	54	34,2	
1. Derece obez (n=32)	1	5	2	16,7	2	5,4	4	5,5	8	11,3	15	9,5	
2. Derece obez (n=8)	1	5	0	0	2	5,4	1	1,4	1	1,4	3	1,9	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKI < 18.5$, Normal kilolu= $18.5 \leq VKI < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKI < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKI < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKI < 39.9$

Araştırmada bireylerin hafta içi televizyon, bilgisayar, tablet, telefon veya oyun konsolu başında geçirdikleri süre ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 18.759$, $p = 0.538$).

Araştırmada zayıf bireylerin oranı, ekran süresi arttıkça belirgin bir eğilim göstermemektedir. Örneğin, 0-30 dakika ekran süresi olan bireylerde %5, 1 saat ekran süresi olanlarda %5,4, 4 saat ve üzeri ekran süresi olanlarda ise %6,3 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada normal kilolu bireylerin oranı, en yüksek 4 saat ve üzeri ekran süresi olan grupta görülmekte olup (%48,1), diğer gruplarda değişiklik göstermektedir. Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, genellikle 30-60 dakika ekran süresi olan bireylerde en yüksek seviyede (%58,3) olup, 4 saat ve üzeri ekran süresi olan bireylerde %34,2 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmada 1. Derece obez bireylerin oranı, ekran süresi arttıkça hafif bir artış göstermektedir. Örneğin, 0-30 dakika ekran süresi olan bireylerde %5, 3 saat ekran süresi olanlarda %11,3 ve 4 saat ve üzeri ekran süresi olanlarda %9,5 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada 2. Derece obez bireyler açısından, gruplar arasında büyük farklar bulunmamakla birlikte, 4 saat ve üzeri ekran süresi olan bireylerde %1,9 olarak hesaplanmıştır.

Bireylerin hafta içi bir gün boyunca ekran başında geçirdikleri süreye göre VKİ dağılımı incelendiğinde, 4 saat ve üzeri ekran süresi olan bireylerin fazla kilolu ve obez

kategorilerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Ancak, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Özellikle, günde 3 saat ve üzerinde ekran başında vakit geçiren bireylerin fazla kilolu ve obez olma eğiliminin arttığı görülmektedir. Ancak, bu bireyler arasında normal kilolu olanların da sayıca fazla olması, ekran süresinin doğrudan VKİ üzerinde belirleyici olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Tablo 27: Hafta sonu ekran başında geçirilen süre ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Hafta sonu ekran başında geçirilen süre												p
	0 – 30 dakika		30 – 60 dakika		1 saat		2 saat		3 saat		4 saat ve üstü		
	N(14)	%	N(28)	%	N(36)	%	N(59)	%	N(81)	%	N(153)	%	
Zayıf (n=20)	1	7,1	1	3,6	2	5,6	3	5,1	6	7,4	7	4,6	0,296
Normal kilolu (n=160)													
Fazla kilolu (n=151)	2	14,3	12	42,9	16	44,4	29	49,2	29	35,8	72	47,1	
1. Derece obez (n=32)	10	71,4	12	42,9	16	44,4	24	40,7	37	45,7	52	34	
2. Derece obez (n=8)	0	0	3	10,7	2	5,6	2	3,4	7	8,6	18	11,8	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= $VKI < 18,5$, Normal kilolu= $18,5 \leq VKI < 24,9$, Fazla kilolu= $25 \leq VKI < 29,9$, 1. Derece obez= $30 \leq VKI < 34,9$, 2. Derece obez= $35 \leq VKI < 39,9$

Araştırmada bireylerin hafta sonu televizyon, bilgisayar, tablet, telefon veya oyun konsolu başında geçirdikleri süre ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 22.845$, $p = 0.296$).

Araştırmada zayıf bireylerin oranı, ekran süresi arttıkça belirgin bir eğilim göstermemektedir. Örneğin, 0-30 dakika ekran süresi olan bireylerde %7,1, 1 saat ekran süresi olanlarda %5,6 ve 4 saat ve üzeri ekran süresi olanlarda %4,6 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada normal kilolu bireylerin oranı, en yüksek 2 saat ekran süresi olan grupta gözlenmekte olup (%49,2), diğer gruplarda değişiklik göstermektedir.

Araştırmada fazla kilolu bireylerin oranı, 0-30 dakika ekran süresi olan bireylerde en yüksek seviyede görülmektedir (%71,4). Ancak, 3 saat ekran süresi olan bireylerde bu oran %45,7'ye, 4 saat ve üzeri ekran süresi olan bireylerde ise %34'e düşmektedir. Araştırmada 1. Derece obez bireylerin oranı, hafta sonu ekran süresi arttıkça dalgalanmalar göstermekte olup, 0-30 dakika ekran süresi olan bireylerde %0, 30-60 dakika ekran süresi olanlarda %10,7 ve 4 saat ve üzeri ekran süresi olanlarda

%11,8 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada 2. Derece obez bireyler açısından, oranlar oldukça düşük olup, tüm gruplarda %0 ile %2,6 arasında değişmektedir.

Araştırmada hafta sonu ekran süresi ile benzer şekilde, hafta sonu 4 saat ve üzeri ekran süresine sahip bireylerin fazla kilolu ve obez olma oranları daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$).

4.2.3. Fiziksel Aktivite İle İlgili Bulgular

Tablo 28: Fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili bulgular

	MET*-dakika/hafta	N (371)	%
İnaktif	MET skoru $\leq$ 600	170	45,8
Minimal aktif	600<MET skoru <3000	170	45,8
Çok aktif	3000 $\leq$ MET skoru	31	8,4

*MET (Metabolic Equivalent of Task): Bir MET-dakika, yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından hesaplanmaktadır

Katılımcıların %45,8'i (n = 170) inaktif, %45,8'i (n = 170) minimal aktif ve %8,4'ü (n = 31) çok aktif olarak gruplandırılmıştır.

Araştırmada fiziksel aktivite düzeyi ile cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve aylık gelir değişkenleri arasındaki ilişki Ki-kare testi ile incelenmiş ve anlamlılık düzeyleri değerlendirilmiştir.

Tablo 29: Demografik faktörler ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

		Fiziksel Aktivite Düzeyi (MET*-dakika/hafta)					p	
		MET skoru≤600 (n=170)		600<MET skoru <3000 (n=170)		3000 ≤MET skoru (n=31)		
Cinsiyet		n	%	n	%	n		%
Erkek		73	42,9	93	54,7	8	25,8	0,005
Kadın		97	57,1	77	45,3	23	74,2	
Yaş grubu			0,0		0,0		0,0	
18-24 yaş	11	6,5	20	11,8	7	22,6		0,015
25-49 yaş	131	77,1	115	67,6	23	74,2		
50-64 yaş	28	16,5	32	18,8	1	3,2		
65 yaş ve üstü	0	0,0	3	1,8	0	0,0		
Medeni durum						0,0		
Bekar	62	36,5	86	50,6	24	77,4		0,000
Evli	108	63,5	84	49,4	7	22,6		
Eğitim düzeyi			0,0		0,0		0,0	
İlkokul	3	1,8	6	3,5	0	0,0		0,107
Ortaokul	5	2,9	3	1,8	1	3,2		
Lise	18	10,6	21	12,4	9	29,0		
Lisans	93	54,7	102	60,0	16	51,6		
Lisansüstü	51	30,0	38	22,4	5	16,1		
Aylık gelir				0,0		0,0		
Asgari ücret ile Eşit	9	5,3	20	11,8	4	12,9		0,029
Asgari ücretin altında	13	7,6	12	7,1	6	19,4		
Asgari ücretin üzerinde	148	87,1	138	81,2	21	67,7		

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

İnaktif= MET skoru≤600, Minimal aktif=600<MET skoru <3000, Çok aktif=3000 ≤MET skoru

Phi (cinsiyet)=0,170, Phi (yaş grubu)=0,207, Phi (medeni durum)=0,232, Phi (eğitim düzeyi)=0,171

Araştırmada cinsiyet ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 10.768$, $p = 0.005$, $\Phi = 0.170$). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler arasında kadınların oranı (%57,1), erkeklere (%42,9) kıyasla daha yüksektir. Orta düzeyde fiziksel aktiviteye sahip bireylerde ise erkeklerin oranı daha fazla olup (%54,7), yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler arasında kadınların oranının belirgin şekilde arttığı görülmektedir (%74,2). Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Buna göre erkek bireylerin daha çok minimal aktif olduğu, kadın bireylerin ise çok aktif kategorisinde daha yüksek oranlarda yer aldığı görülmektedir. Bu bulgu, kadınların fiziksel aktiviteye daha fazla katılım gösterdiğini ve cinsiyetin fiziksel aktivite düzeyinde belirleyici bir faktör olabileceğini göstermektedir.

Araştırmada yaş grupları ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 15,832$, $p = 0.015$, $\Phi = 0.207$). Yaş grupları incelendiğinde, genç bireylerde (18-24 yaş) yüksek fiziksel aktivite oranı daha fazla iken (%22,6), 50 yaş ve üzeri bireylerde düşük fiziksel aktivite oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. 25-49 yaş grubundaki bireyler ise tüm fiziksel aktivite düzeylerinde en büyük grubu oluşturmaktadır. Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Yaş grupları ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda zayıf ve normal kilolu bireylerin oranının beklenenden yüksek (Düzeltilmiş artık değer: +3,0 ve +2,6), fazla kilolu ve obez bireylerin oranının ise düşük olduğu (Düzeltilmiş artık değer: -3,0 ve -2,0) görülmektedir. Bu durum, genç bireylerin daha aktif olmaları açıklanabilir. 25-49 yaş grubunda normal kilolu bireylerin oranı beklenen düzeyde kalırken, fazla kilolu bireylerin oranında artış gözlenmiştir. 50-64 yaş grubunda ise fazla kilolu ve obez bireylerin oranı anlamlı şekilde artmış (Düzeltilmiş artık değer: +2,9 ve +3,9), normal kilolu bireylerin oranı ise azalmıştır (Düzeltilmiş artık değer: -3,8). Bu yaş grubunda kilo artışının belirginleşmesi, fiziksel aktivitenin azalmasıyla ilişkilendirilebilir. 65 yaş ve üzeri bireylerde örneklem sayısı düşük olmakla birlikte, obezitenin azalması dikkat çekmektedir. Genel olarak, fazla kilolu ve obez bireylerin oranı yaşla birlikte artmakta, ancak ileri yaşlarda düşüş göstermektedir.

Araştırmada medeni durum ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 19.934$, $p = 0.000$, $\Phi = 0.232$). Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin büyük bir kısmı evlidir (%63,5). Buna karşın, yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin büyük çoğunluğunun bekar bireylerden oluştuğu görülmektedir (%77,4). Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmada medeni durum değişkeni açısından, bekar bireylerin fiziksel olarak daha aktif olduğu, evli bireylerin ise genellikle inaktif veya minimal aktif kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, bekar bireylerin sosyal yaşam tarzlarının fiziksel aktivite seviyelerini artırabileceğini, evli bireylerin ise iş ve aile sorumlulukları nedeniyle daha durağan bir yaşam tarzına sahip olabilecekleri ile ilgili bilgiler vermektedir. Araştırmada fiziksel aktivite düzeyinin %23,2'sinin medeni durum tarafından açıklandığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Araştırmada bireylerin eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 136.140$, $p = 0.107$). Eğitim düzeyine göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,107$). Ancak lise mezunlarının yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler arasında daha yüksek bir orana sahip olduğu görülmektedir (%29,0). Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktiviteye katılımın değişiklik gösterebileceği düşünülse de, elde edilen sonuçlar bu hipotezi desteklememektedir.

Araştırmada gelir düzeyi ile fiziksel aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 10.821$, $p = 0.029$, $\Phi = 0.171$). Aylık gelir açısından değerlendirildiğinde, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin büyük bir kısmı asgari ücretin üzerinde gelire sahiptir (%87,1). Yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler arasında ise asgari ücretin altında gelire sahip bireylerin oranının görece daha yüksek olduğu belirlenmiştir (%19,4). Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Gelir seviyesi arttıkça bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde artış olduğu görülmektedir. Özellikle asgari ücretin altındaki bireylerin daha düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu, asgari ücretin üzerinde gelire sahip bireylerin ise fiziksel aktiviteye daha fazla katıldığı belirlenmiştir.

Tablo 30: Çalışma durumu ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

	Fiziksel Aktivite Düzeyi (MET*-dakika/hafta)						p
	MET skoru≤600 (n=170)		600<MET skoru <3000 (n=170)		3000 ≤MET skoru (n=31)		
Çalışma süresi	n	%	n	%	n	%	
1 altı	13	7,6	23	13,5	6	19,4	0,001
1-3 yıl	30	17,6	30	17,6	14	45,2	
4-6 yıl	39	22,9	43	25,3	1	3,2	
7-9 yıl	19	11,2	14	8,2	0	0,0	
10 yıl ve üstü	69	40,6	60	35,3	10	32,3	
Çalışma türü							
Çalışmıyorum	17	10,0	25	14,7	5	16,1	0,277
Yarı zamanlı çalışıyorum	10	5,9	16	9,4	4	12,9	
Tam zamanlı çalışıyorum	143	84,1	129	75,9	22	71,0	
Haftalık çalışma gün sayısı							
Çalışmıyorum	17	10,0	23	13,5	5	16,1	0,917
3-4 gün	15	8,8	14	8,2	3	9,7	
5 gün	104	61,2	97	57,1	16	51,6	
6 gün	34	20,0	36	21,2	7	22,6	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

İnaktif= MET skoru≤600, Minimal aktif=600<MET skoru <3000, Çok aktif=3000 ≤MET skoru

Araştırma sonuçlarına göre, çalışma süresi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 25.779$, $p = 0.001$, $\Phi = 0.261$). Çalışma süresi açısından, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler en çok 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip bireylerden oluşmaktadır (%40,6). Orta düzeyde fiziksel aktiviteye sahip bireylerde de benzer şekilde en büyük grubu yine 10 yıl ve üzeri çalışanlar oluştururken (%35,3), yüksek fiziksel aktiviteye sahip bireyler arasında ise 1-3 yıl çalışma süresine sahip bireylerin oranının belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir (%45,2). Bunun yanı sıra, 7-9 yıl çalışan bireyler arasında yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip birey bulunmamaktadır (%0,0). Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Çalışma süresi 1 yıl ve altında olan bireylerin daha aktif olduğu, çalışma süresi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin düştüğü gözlemlenmiştir. Özellikle 10 yıl ve üzeri çalışan bireylerin büyük çoğunluğunun inaktif veya minimal aktif kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, uzun yıllar çalışma hayatında aktif olarak yer alan bireylerin, iş yoğunluğu ve yaşam tarzındaki değişiklikler nedeniyle fiziksel aktivite düzeylerinde azalma olabileceğini göstermektedir.

Araştırmada çalışma türü ile fiziksel aktivite düzeyi arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 5.106$, $p = 0.277$). Çalışma türü açısından, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin büyük bir

kısmı tam zamanlı çalışanlardan oluşmaktadır (%84,1). Orta düzeyde fiziksel aktiviteye sahip bireylerde de en büyük grup yine tam zamanlı çalışanlardan oluşurken (%75,9), yüksek fiziksel aktiviteye sahip bireyler arasında da tam zamanlı çalışanların oranı en yüksek seviyede bulunmuştur (%71,0). Ancak bu grupta çalışmayan bireylerin oranı görece daha yüksek olup (%16,1), yarı zamanlı çalışan bireylerde ise bu oran %12,9'dur. Araştırmada haftalık çalışma gün sayısı ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 2.028$, $p = 0.917$). Haftalık çalışma gün sayısı açısından, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin büyük bir kısmı haftada 5 gün çalışanlardan oluşmaktadır (%61,2). Orta düzeyde fiziksel aktiviteye sahip bireylerde de en büyük grup yine 5 gün çalışanlardan oluşurken (%57,1), yüksek fiziksel aktiviteye sahip bireyler arasında da haftada 5 gün çalışanların oranı en yüksek bulunmuştur (%51,6). Haftada 6 gün çalışan bireyler arasında düşük, orta ve yüksek fiziksel aktivite düzeyleri benzer oranlarda dağılmış olup, %20,0 ile %22,6 arasında değişmektedir.

Tablo 31: Birlikte yaşanan kişi ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

	Fiziksel Aktivite Düzeyi (MET*-dakika/hafta)						p
	MET skoru≤600 (n=170)		600<MET skoru <3000 (n=170)		3000 ≤MET skoru (n=31)		
Birlikte yaşanan kişi	n	%	n	%	n	%	
Arkadaş	10	5,9	8	4,7	1	3,2	0,001
Çocuklar ile	26	15,3	25	14,7	5	16,1	
Eş ile	84	49,4	59	34,7	4	12,9	
Eş ve çocuk dışı akrabalar	18	10,6	28	16,5	6	19,4	
Yalnız	32	18,8	50	29,4	15	48,4	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

İnaktif= MET skoru≤600, Minimal aktif=600<MET skoru <3000, Çok aktif=3000 ≤MET skoru

Araştırma bulgularına göre, bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 24.076$, $p = 0.002$, $\Phi = 0.255$). Verilere bakıldığında, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin en büyük grubu eşleriyle yaşayan bireylerden oluşmaktadır (%49,4). Bu grup, orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireyler arasında %34,7'ye, yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler arasında ise %12,9'a düşmektedir. Yalnız yaşayan bireylerin fiziksel aktivite düzeyi incelendiğinde, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin %18,8'inin yalnız yaşadığı, ancak bu oranın orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireylerde %29,4'e ve yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerde %48,4'e çıktığı görülmektedir. Çocuklarıyla yaşayan bireyler arasında fiziksel aktivite düzeyleri nispeten dengeli dağılmış olup, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin %15,3'ü, orta düzey fiziksel aktiviteye sahip

bireylerin %14,7'si ve yüksek fiziksel aktiviteye sahip bireylerin %16,1'i bu gruptadır. Eş ve çocuk dışı akrabalarla yaşayan bireylerde ise düşük fiziksel aktivite düzeyi %10,6, orta düzey fiziksel aktivite %16,5 ve yüksek fiziksel aktivite %19,4 olarak belirlenmiştir. Arkadaşlarıyla yaşayan bireylerde ise tüm gruplarda oranlar düşük olup, yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin yalnızca %3,2'si bu gruptadır.

Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmada yalnız yaşayan bireylerin daha aktif olduğu, eş ile yaşayan bireylerin ise fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Yalnız yaşayan bireylerin minimal aktif ve çok aktif kategorisinde daha fazla temsil edildiği, buna karşın eş ile yaşayan bireylerin daha çok inaktif olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum, yalnız yaşayan bireylerin sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırabiliyor olmasından ve bireysel egzersiz alışkanlıklarını sürdürebilme motivasyonlarının daha yüksek olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte, arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri en düşük gruplar arasında yer almıştır. Özellikle arkadaşlarıyla yaşayan bireylerde inaktif olma oranının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, sosyal ortamların fiziksel aktivite alışkanlıklarını olumsuz etkileyebileceğini veya bireylerin sosyal etkileşimlerinin fiziksel aktiviteye katılımı sınırlayabileceğini düşündürmektedir.

Çocukları ile yaşayan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde, minimal aktif grupta yer alma oranlarının yüksek olduğu, ancak çok aktif olma oranlarının düşük kaldığı gözlemlenmiştir. Eş ve çocuk dışındaki akrabalar ile yaşayan bireylerin ise fiziksel aktivite seviyelerinin dengeli bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 32: Sağlık durumu ve yaşam tarzı faktörleri ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

	Fiziksel Aktivite Düzeyi(MET*-dakika/hafta)						p
	MET skoru≤600 (n=170)		600<MET skoru <3000 (n=170)		3000 ≤MET skoru (n=31)		
	n	%	n	%	n	%	
Sürekli ilaç kullanımı	n	%	n	%	n	%	
Var	33	19,4	34	20,0	4	12,9	0,648
Yok	137	80,6	136	80,0	27	87,1	
Sigara kullanımı							
Evet	76	44,7	66	38,8	13	41,9	0,546
Hayır	94	55,3	104	61,2	18	58,1	
Alkol kullanımı							
Evet	29	17,1	39	22,9	8	25,8	0,584
Hayır	102	60,0	98	57,6	18	58,1	
Nadiren	39	22,9	33	19,4	5	16,1	
Düzenli beslenme							
Evet	84	49,4	89	52,4	15	48,4	0,383
Hayır	22	12,9	17	10,0	7	22,6	
Ne yeterli ne yetersiz	64	37,6	64	37,6	9	29,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

İnaktif= MET skoru≤600, Minimal aktif=600<MET skoru <3000, Çok aktif=3000 ≤MET skoru

Araştırmada, sürekli ilaç kullanımı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 0.869$, $p = 0.648$). Sürekli ilaç kullanımı açısından, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin %19,4'ü sürekli ilaç kullanırken, orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireylerde bu oran %20,0, yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerde ise %12,9'dur. Sürekli ilaç kullanımı olmayan bireylerde oranlar birbirine yakın olup, tüm fiziksel aktivite düzeylerinde yaklaşık %80 civarındadır. İlaç kullanan bireylerin büyük çoğunluğu inaktif veya minimal aktif kategorisinde yer almakla birlikte, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması, kronik hastalıkların veya ilaç kullanımının fiziksel aktivite düzeyini doğrudan etkileyen bir faktör olmayabileceği ile ilgili bilgiler vermektedir.

Araştırmada sigara kullanımı ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 1.209$, $p = 0.546$). Sigara kullanımı açısından, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin %44,7'si sigara kullanırken, orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireylerde bu oran %38,8 ve yüksek fiziksel aktiviteye sahip bireylerde %41,9'dur. Sigara kullanmayan bireylerde ise oranlar düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip grupta %55,3, orta düzey fiziksel aktiviteye sahip grupta %61,2 ve yüksek fiziksel aktiviteye sahip grupta %58,1 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada alkol tüketimi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 2.845$, $p = 0.584$). Alkol

kullanımı açısından, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin %17,1'i düzenli alkol kullanırken, orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireylerde bu oran %22,9 ve yüksek fiziksel aktiviteye sahip bireylerde %25,8 olarak belirlenmiştir. Alkol kullanmayan bireylerde ise oranlar düşük fiziksel aktivite düzeyinde %60,0, orta düzeyde %57,6 ve yüksek fiziksel aktivite düzeyinde %58,1 olarak hesaplanmıştır. Nadiren alkol kullanan bireylerde ise oranlar %22,9 ile %16,1 arasında değişmektedir.

Araştırmada düzenli beslenme alışkanlıkları ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 4.172$, $p = 0.383$). Düzenli beslenme açısından, düzenli beslenen bireyler düşük fiziksel aktivite grubunda %49,4, orta düzey fiziksel aktivite grubunda %52,4 ve yüksek fiziksel aktivite grubunda %48,4 oranında yer almaktadır. Düzenli beslenmeyen bireyler ise düşük fiziksel aktivite grubunda %12,9, orta düzey fiziksel aktivite grubunda %10,0 ve yüksek fiziksel aktivite grubunda %22,6 oranındadır. Beslenme durumu "ne yeterli ne yetersiz" olan bireylerde ise oranlar %37,6 ile %29,0 arasında değişmektedir.

Tablo 33: Ekran başında geçirilen süre ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

		Fiziksel Aktivite Düzeyi (MET*-dakika/hafta)			Toplam	p
		MET skoru≤600 (n=170)	600<MET skoru <3000 (n=170)	3000 ≤MET skoru (n=31)		
		n	%	n	%	
Hafta içi bir gün boyunca ekran başında toplam süre	0 – 30 dakika	10	9	1	20	0,955
	30 – 60 dakika	5	5	2	12	
	1 saat	15	18	4	37	
	2 saat	36	30	7	73	
	3 saat	31	33	7	71	
	4 saat ve üstü	73	75	10	158	
Hafta sonu bir gün boyunca ekran başında toplam süre	0 – 30 dakika	7	6	1	14	0,640
	30 – 60 dakika	12	14	2	28	
	1 saat	16	16	4	36	
	2 saat	24	26	9	59	
	3 saat	35	38	8	81	
	4 saat ve üstü	76	70	7	153	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

İnaktif= MET skoru≤600, Minimal aktif=600<MET skoru <3000, Çok aktif=3000 ≤MET skoru

Araştırmada bireylerin hafta içi ve hafta sonu televizyon, bilgisayar, tablet, telefon veya oyun konsolu başında geçirdikleri süre ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır (Hafta içi $\chi^2 = 3.817$, $p = 0.955$; Hafta sonu $\chi^2 = 7.890$, $p = 0.640$). Hafta içi ekran süresi açısından değerlendirildiğinde, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin %75'i 4 saat ve üzeri ekran süresi geçirmekte olup, bu oran orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireylerde %75 ve yüksek fiziksel aktiviteye sahip bireylerde %10'dur. Daha düşük

ekran süresi kategorilerinde ise oranlar nispeten düşük kalmaktadır. Bu durum, ekran süresi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinde belirgin bir değişiklik olmadığını göstermektedir. Hafta sonu ekran süresi açısından incelendiğinde, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin %70'i 4 saat ve üzeri ekran süresi geçirirken, orta fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerde bu oran %70 ve yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerde %7'dir. Diğer ekran süresi kategorilerinde de benzer şekilde dağılımlar gözlemlenmektedir. Bu bulgular, hafta sonu ekran başında geçirilen sürenin fiziksel aktivite düzeyi üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmada 4 saat ve üzeri ekran süresine sahip bireylerin hem inaktif hem de minimal aktif kategorilerinde daha yüksek oranlara sahip olduğu görülmüştür. Ancak, çok aktif bireylerin de bu grupta yer alması ekran süresinin fiziksel aktiviteyi doğrudan etkileyen bir faktör olmadığını düşündürmektedir. Daha az ekran süresine sahip bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde belirgin bir artış gözlemlenmemiştir.

Araştırmada 4 saat ve üzeri ekran süresine sahip bireylerin en büyük grubu oluşturmalarına rağmen, bu bireyler hem inaktif hem minimal aktif hem de çok aktif kategorilerinde dağılmış olduğu görülmektedir. Bu durum, bazı bireylerin ekran süresi yüksek olsa bile günün diğer saatlerinde fiziksel aktivite yaparak dengeli bir yaşam tarzına sahip olabileceğini göstermektedir.

4.2.4. Değişkenler Arasındaki İlişkiler İle İlgili Bulgular

Tablo 34: Fiziksel aktivite düzeyi ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Fiziksel Aktivite Düzeyi (MET*- dakika/hafta)	Ekran bağımlılığı yok (n=271)		Ekran bağımlılığı var (n=100)		p
	n	%	n	%	
MET skoru ≤600	115	42,4	55	55,0	0,065
600 < MET skoru < 3000	134	49,4	36	36,0	
3000 ≤ MET skoru	22	8,1	9	9,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

İnaktif= MET skoru ≤600, Minimal aktif= 600 < MET skoru < 3000, Çok aktif= 3000 ≤ MET skor

Araştırmada yapılan Ki-Kare analizi sonuçlarına göre inaktif, minimal aktif, çok aktif değişkenlerine göre ekran bağımlılığı (yok ve var) arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır ($\chi^2=5,467$, $p>0,05$). Yapılan analiz sonucunda fiziksel aktivite düzeyi ile çoklu ekran bağımlılığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada ekran bağımlılığı olan bireylerde düşük fiziksel aktivite düzeyine (MET ≤ 600) sahip olma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ekran bağımlılığı

olmayan bireylerde düşük fiziksel aktivite oranı %42,4 iken, ekran bağımlılığı olan bireylerde bu oran %55,0 olarak belirlenmiştir. Orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireylerin oranı ekran bağımlılığı olmayan grupta %49,4, ekran bağımlılığı olan grupta ise %36,0 olarak saptanmıştır. Yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin oranları ise her iki grupta benzerlik göstermektedir (%8,1 ve %9,0). Araştırmada;

- İnaktif grupta (MET skoru ≤ 600), ekran bağımlılığı olan bireylerin sayısı beklenenden daha yüksek çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = 2,2). Bu, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerin ekran bağımlılığı yaşama olasılığının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Başka bir deyişle, fiziksel olarak hareketsiz olan bireyler, ekran başında daha fazla zaman geçirme ve bağımlılık geliştirme eğiliminde olabilirler.
- Minimal aktif grupta ($600 < \text{MET skoru} < 3000$), ekran bağımlılığı olan bireylerin sayısı beklenenden daha düşük bulunmuştur (Düzeltilmiş artık değer = -2,3). Bu durum, fiziksel olarak minimal düzeyde aktif olan bireylerin ekran bağımlılığı yaşama olasılığının beklenenden daha düşük olduğunu göstermektedir. Yani, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan bireyler, ekran bağımlılığından korunma açısından avantajlı olabilirler.
- Çok aktif grupta ($3000 \leq \text{MET skoru}$), ekran bağımlılığı olan bireylerin sayısı beklenen değerlere oldukça yakın çıkmıştır (Düzeltilmiş artık değer = -0,3 ve 0,3). Bu, fiziksel olarak çok aktif olan bireylerin ekran bağımlılığı açısından belirgin bir farklılık göstermediğini ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ifade etmektedir.

Tablo 35: Vücut Kitle İndeksi kategorileri ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi kategorileri	Ekran bağımlılığı yok (n=271)		Ekran bağımlılığı var (n=100)		p
	n	%	n	%	
VKİ < 18.5	16	5,9	4	4,0	0,000
$18.5 \leq \text{VKİ} < 24.9$	117	43,2	43	43,0	
$25 \leq \text{VKİ} < 29.9$	117	43,2	34	34,0	
$30 \leq \text{VKİ} < 34.9$	21	7,7	11	11,0	
$35 \leq \text{VKİ} < 39.9$	0	0,0	8	8,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Zayıf= VKİ < 18.5, Normal kilolu= $18.5 \leq \text{VKİ} < 24.9$, Fazla kilolu= $25 \leq \text{VKİ} < 29.9$, 1. Derece obez= $30 \leq \text{VKİ} < 34.9$, 2. Derece obez= $35 \leq \text{VKİ} < 39.9$

Çalışmada, Vücut Kitle İndeksi kategorileri ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla çapraz tablo analizleri ve Ki-Kare testi yapılmıştır. Araştırmada Ki-Kare değeri 24,577 olup $p = 0,000$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer,

VKİ kategorileri ile ekran bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermektedir ($p<0,05$). Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Ekran bağımlılığı olmayan bireylerde normal kilolu (%43,2) ve fazla kilolu (%43,2) olma oranları daha yüksek bulunurken, ekran bağımlılığı olan bireylerde bu oranlar sırasıyla %43,0 ve %34,0 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, ekran bağımlılığı olan bireylerde obezite oranının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle 1. derece obez kategorisinde ($30 \leq VKİ < 34,9$) ekran bağımlılığı olan bireylerin oranı (%11,0), bağımlı olmayan bireylere kıyasla (%7,7) daha yüksektir. 2. derece obezite kategorisinde ($35 \leq VKİ < 39,9$) ise ekran bağımlılığı olmayan birey bulunmazken, ekran bağımlılığı olan bireylerin %8,0'ının bu grupta yer aldığı görülmektedir.

Araştırmada 2. derece obez bireylerde ekran bağımlılığı olanların sayısının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu grupta bağımlı olmayan birey bulunmamakta ve Düzeltilmiş artık değer değeri (-4,7 ve 4,7) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Araştırmada 2. derece obez olmanın %25,7'sinin çoklu ekran bağımlılığı tarafından açıklandığı belirlenmiştir. Bu bulgular, VKİ arttıkça ekran bağımlılığı riskinin de arttığını ve özellikle aşırı kilolu ve obez bireylerde ekran bağımlılığının daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Tablo 36: Vücut Kitle İndeksi ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular

Vücut Kitle İndeksi	Fiziksel Aktivite Düzeyi (MET*-dakika/hafta)						p
	MET skoru≤600 (n=170)		600<MET skoru <3000 (n=170)		3000 ≤MET skoru (n=31)		
	n	%	n	%	n	%	
Zayıf	5	2,9	2	1,2	13	41,9	0,000
Normal kilolu	69	40,6	81	47,6	10	32,3	
Fazla kilolu	66	38,8	78	45,9	7	22,6	
1. Derece obez	22	12,9	9	5,3	1	3,2	
2. Derece obez	8	4,7	0	0,0	0	0,0	
Toplam	170	100,0	170	100,0	31	100,0	

*Ki-kare testi ile %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

İnaktif= MET skoru $\leq$ 600, Minimal aktif=600<MET skoru <3000, Çok aktif=3000 $\leq$ MET skoru

Zayıf= VKİ < 18,5, Normal kilolu= 18,5 $\leq$ VKİ < 24,9, Fazla kilolu= 25 $\leq$ VKİ < 29,9, 1. Derece obez= 30 $\leq$ VKİ < 34,9, 2. Derece obez= 35 $\leq$ VKİ < 39,9

Çalışmada, Vücut Kitle İndeksi (VKİ) kategorileri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve Ki-Kare testi sonucu ($\chi^2=106,335$, $p<0,05$) bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmada düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin (% $\leq$ 600 MET) büyük bir kısmı fazla kilolu (%38,8) veya 1. derece obez (%12,9) kategorisinde yer

alırken, bu grupta zayıf bireylerin oranı %2,9 olarak belirlenmiştir. Araştırmada orta düzey fiziksel aktiviteye sahip bireylerde ($600 < \text{MET} < 3000$) normal kilolu bireylerin oranı %47,6 ile en yüksek seviyedeysen, fazla kilolu bireylerin oranı %45,9, 1. derece obez bireylerin oranı ise %5,3 olarak bulunmuştur. Araştırmada yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerde (≥ 3000 MET) ise zayıf bireylerin oranının %41,9 olduğu görülmektedir. Bu grup içinde fazla kilolu bireylerin oranı %22,6, normal kilolu bireylerin oranı %32,3, 1. ve 2. derece obez bireylerin oranı ise oldukça düşük seviyelerde (%3,2 ve %0,0) seyretmektedir.

Araştırmada ortaya çıkan anlamlılığın kaynağını belirlemede post-hoc düzeltilmiş artık değer yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmada düzeltilmiş artık değerleri incelendiğinde, zayıf bireyler arasında fiziksel olarak "çok aktif" olanların sayısının beklentinin üzerinde olduğu görülmektedir (Düzeltilmiş artık değer =9.4), bu da düşük VKİ'ye sahip bireylerin daha aktif olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Buna karşın, 1. ve 2. derece obez bireyler arasında "inaktif" olanların sayısı beklenenden yüksek olup, özellikle 2. derece obez kategorisinde bu durum daha belirgin hale gelmektedir (Düzeltilmiş artık değer =3.1). Normal kilolu ve fazla kilolu bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında ise belirgin bir farklılık gözlenmemektedir. Genel olarak, Vücut Kitle İndeksi arttıkça bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde azalma eğilimi olduğu söylenebilir.

5. TARTIŞMA

5.1. Genel Bulguların Değerlendirilmesi ve Yorumlanması

Erişkin bireylerde çoklu ekran bağımlılığı, fiziksel aktivite düzeyi ve Vücut Kitle İndeksi ilişkisinin incelenerek, çoklu ekran bağımlılığının genel sağlık üzerine etkilerinin değerlendirildiği bu araştırmada, ekran bağımlılığının yalnızca ekran süresi ile sınırlı olmadığı, demografik özellikler, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olduğu ortaya konulmuştur.

Yapılan araştırmalar, hem fiziksel aktivitenin hem de hareketsiz (sedanter) davranışların sağlıkla bağlantılı olduğunu göstermektedir (48). Fullerton ve arkadaşları, uzun vadeli fiziksel hareketsizliğin çeşitli metabolik sistemlerin ikincil yaşlanmasına önemli ölçüde katkıda bulunduğu sonucuna ulaşmışlardır (40).

Araştırmada katılımcıların %27'sinde çoklu ekran bağımlılığı olduğu ortaya çıkmıştır. Göger ve Çevirme çalışmasında öğrencilerin çoklu ekran bağımlılığı düzeylerinin 36.81 ± 10.85 puan ile düşük seviyede olduğu belirlenmiştir (49). Araştırmada cinsiyete göre çoklu ekran bağımlılığının varlığı ve yokluğu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Başkan ve diğerleri çalışmasında, erkek cinsiyet ile akıllı telefon bağımlılığı arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmasına rağmen, erkek öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (50). Göger ve Çevirme, Deniz çalışmasında kadın ve erkeklerin çoklu ekran bağımlılığının birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşmıştır (49,51).

Araştırmada medeni durum, öğrenim durumu ve gelir düzeyine göre çoklu ekran bağımlılığının varlığı ve yokluğu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada yaş grupları açısından, 25-49 yaş grubundaki bireylerin ekran bağımlılığı açısından en riskli grup olduğu belirlenmiştir. Aksoydan ve Çakır çalışmasında cinsiyete göre televizyonda geçirilen süre ortalamalarının birbirine benzer olduğu, kadınların erkeklere göre bilgisayar başında geçirdikleri sürelerinin yüksek ve ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu sonucuna ulaşmıştır (52).

Araştırmada beslenme alışkanlıkları ile ekran bağımlılığı arasında ilişkinin olduğu belirlenmiş, ekran bağımlılığı olan bireylerde düzensiz beslenme ve öğün saatlerinin düzensiz olmasının daha yaygın olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada yalnız yaşayan bireylerin ekran bağımlılığına daha yatkın olduğu belirlenmiştir. Bu durum, sosyal çevrenin ve destek sistemlerinin eksikliğinin ekran

kullanımını artırabileceğini göstermektedir. Yalnız bireyler, boş zamanlarını doldurmak, sosyalleşme ihtiyacını karşılamak veya yalnızlık duygusunu hafifletmek amacıyla ekran başında daha fazla vakit geçirebilirler. Ayrıca, aile veya arkadaşlarla birlikte yaşayan bireylerin sosyal etkileşimleri daha fazla olduğundan, ekran kullanım sürelerinin daha uzun olması beklenir.

Araştırmada ekranda geçirilen süre ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş, özellikle günlük 4 saat ve üzeri ekran süresine sahip bireylerde bağımlılık oranının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan bu sonuç Deniz'in çalışması ile benzer sonuçlar içermektedir (51). Erkek çocuklarda hafta sonu ekran izleme süresi ile obezite arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (53).

Araştırmada 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip bireylerin ekran bağımlılığı düzeyinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan bu sonuç, çoklu ekran bağımlılığının bireylerin yaşam tarzı ile doğrudan bağlantılı olduğu ile ilgili bilgiler vermektedir.

Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %5,4'ü zayıf, %43,1'i normal kilolu, %40,7'si fazla kilolu, %8,6'sı 1. derece obez ve %2,2'si 2. derece obez olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, katılımcıların önemli bir kısmının fazla kilolu veya obez olduğunu göstermektedir.

Araştırmada cinsiyetin VKİ üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmış, erkek bireylerin daha çok “fazla kilolu” ve “obez” kategorisinde olduğu, kadın bireylerin ise daha çok “normal kilolu” veya “zayıf” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şanlı ve diğerleri çalışmasında erkeklerin kilo ortalamasının kadınlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (54). Ulaşılan bu sonuç cinsiyetin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyleriyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Şanlı ve diğerleri çalışmasında erkeklerin VKİ ile kadınların VKİ indeksi ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, erkeklerin VKİ ortalamasının kadınlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (54). Tözün ve arkadaşları çalışmasında erkeklerin VKİ'sinin ise kadınlardan düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (55). Tüm bunlarla birlikte Erdoğan çalışmasında erkeklerin VKİ'sinin ise kadınlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (56).

Araştırmada yaş grupları değerlendirildiğinde, genç bireylerin daha çok “normal kilolu” veya “zayıf” olduğu, yaş ilerledikçe “fazla kilolu” ve “obez” bireylerin oranının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle orta yaş grubunda “fazla kilolu” bireylerin sayısının yüksek olması, metabolizma hızındaki düşüş ve fiziksel aktivite

seviyesindeki azalmayla ilişkilendirilebilir. Soyuner ve diğerleri, Erdoğan çalışmasında yaş gruplarına göre VKİ ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır (56,57).

Araştırmada medeni durumun kilo durumu ile ilişkili olduğu belirlenmiş, bekar bireylerin daha çok “zayıf” veya “normal kilolu” olduğu, evli bireylerin ise “fazla kilolu” ve “obez” olma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, evlilik sonrası değişen yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları ile açıklanabilir. Erdoğan çalışmasında ise medeni göre VKİ ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu, evli olanların bekar olanlara göre VKİ’sinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (56).

Araştırmada eğitim seviyesi arttıkça VKİ dağılımında daha dengeli bir yapı olduğu sonucuna ulaşılmış, ilkokul ve ortaokul mezunlarının “fazla kilolu” ve “obez” oranlarının daha yüksek olduğu, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerin ise sağlıklı kilo aralığında daha fazla yer aldığı belirlenmiştir. Ortaya çıkan bu bulgudan hareketle eğitim düzeyinin bireylerin sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı konusundaki bilinç düzeyini artırdığı söylenebilir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin bireylerin sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktiviteye katılım konusundaki bilinç düzeyini artırabileceği yönündeki literatür bulgularını desteklemektedir (58). Erdoğan çalışmasında ise eğitim düzeyine göre VKİ ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır (56).

Araştırmada çalışma süresinin VKİ üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmış, daha kısa çalışma süresine sahip bireylerin daha çok “normal kilolu” olduğu, uzun yıllar çalışan bireylerde ise “fazla kilolu” ve “obez” olma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, uzun çalışma yıllarının fiziksel aktivite düzeyini azaltması yanı sıra yaş ilerledikçe yavaşlayan metabolizma ve düzensiz beslenme alışkanlıkları ile ilişkilendirilebilir. Ancak, çalışma türü ve haftalık çalışma gün sayısının VKİ üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Erdoğan çalışmasında ise çalışma süresine göre VKİ ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır (56).

Araştırmada katılımcıların yaşadığı kişiler ile VKİ arasında bir ilişki olduğu belirlenmiş, yalnız yaşayan bireylerin büyük oranda “normal kilolu” olduğu, evli bireylerin ise daha çok “fazla kilolu” veya “obez” olduğu belirlenmiştir. Eş ve çocuklarla birlikte yaşayan bireylerde obezite oranının yüksek olması, aile içi

beslenme alışkanlıklarının değişimi ve fiziksel aktivitenin azalmasıyla ilişkilendirilebilir.

VKİ, sağlık durumu açısından değerlendirildiğinde, kronik hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanan bireylerin genellikle “fazla kilolu” veya “obez” olduğu belirlenmiş olup bu durum ilaçların metabolizma ve iştah üzerindeki etkilerine bağlı olabileceği gibi kronik hastalık etyolojisinde yer alan kilo fazlalığına bağlı olabileceğini düşündürebilir.

Araştırmada beslenme alışkanlıkları açısından bakıldığında, düzenli ve dengeli beslenen bireylerin “normal kilo” aralığında kalma eğiliminde olduğu, düzensiz beslenen bireylerin ise genellikle “fazla kilolu” veya “obez” kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, beslenme düzeninin kilo kontrolü açısından önemli bir faktör olduğunu desteklemektedir. Tözün ve arkadaşları çalışmasında doğru beslenme alışkanlığı olmayanların aşırı kilolu, obez olmaları arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (55).

Araştırmada ekran başında geçirilen süre ile VKİ arasındaki ilişki incelenmiş ve uzun süre ekran karşısında zaman geçiren bireylerin daha çok “fazla kilolu” veya “obez” olma eğiliminde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle günde dört saatten fazla ekran başında vakit geçiren bireylerde “fazla kilolu” ve “obez” oranlarının arttığı belirlenmiştir. Ancak bu durumun tek başına belirleyici bir faktör olmadığı, bireylerin yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyleri gibi diğer etkenlerle birlikte ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Aksoydan ve Çakır çalışmasında günlük televizyon izleme süreleri zayıf ve normallere göre anlamlı olarak fazla olduğunu belirlemiştir (52). Ballard ve arkadaşları yüksek medya kullanım oranlarının, bireylerin aşırı kilolu veya obez olma olasılığını artırdığıyla ilişkili olduğunu gösterdiğini belirtmiştir (59). Mitchell ve diğerlerinin 14-18 yaş arası 1336 ergen üzerinde yaptığı çalışmada, ekran karşısında geçirilen sürenin artışı ile Vücut Kitle İndeksi (VKİ) arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (60).

Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların neredeyse yarısı inaktif (%45,8) ve minimal aktif (%45,8) olarak değerlendirilmiştir. Bu durum, fiziksel aktivite düzeyinin genel olarak düşük olduğunu göstermektedir. Sadece %8,4'lük bir kesimin çok aktif olması, düzenli fiziksel aktivitenin yaygın olmadığı ile ilgili bilgiler vermektedir.

Araştırmada cinsiyetin fiziksel aktivite düzeyinde belirleyici bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmış, erkek bireylerin daha çok minimal aktif olduğu, kadın bireylerin

ise çok aktif kategorisinde daha yüksek oranlarda yer aldığı belirlenmiştir. Bu durum, kadınların fiziksel aktiviteye katılım oranlarının erkeklerden daha yüksek olabileceğini göstermektedir. Şanlı ve diğerleri çalışmasında erkeklerin şiddetli MET (dk/hafta) ortalamasının kadınlardan düşük olduğu, orta ve yürüme MET skorlarının birbirine benzer sonucuna ulaşmıştır (54). Tözün ve arkadaşları çalışmasında erkeklerin fiziksel aktivite düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (55). Decelis ve diğerleri çalışmasında tüm ölçüm zamanlarında erkeklerin kızlara göre önemli ölçüde daha aktif olduğunu belirlenmiştir (53). Arabacı ve Çankaya çalışmasında erkeklerin kadınlara göre önemli ölçüde daha aktif olduğunu belirlenmiştir (61).

Araştırmada yaş grupları değerlendirildiğinde, genç bireylerin daha aktif olduğu, yaş ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı görülmüştür. Özellikle 50 yaş ve üzeri bireylerde inaktif olma oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Nelson ve arkadaşları yaş ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyinin düştüğü ve obezite oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (58). Arabacı ve Çankaya çalışmasında 40-49 yaş grubunda bireylerin %42,1'inin fiziksel olarak inaktif ve fiziksel olarak minimum aktif kategorilerinde yer aldığı, 50 yaş ve üzeri bireylerin ise %62,5'inin fiziksel olarak yüksek düzeyde aktif olduğu saptanmıştır (61).

Araştırmada medeni durum ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmış, bekar bireylerin daha aktif olduğu, evli bireylerin ise genellikle inaktif veya minimal aktif kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Bu durum, bekar bireylerin sosyal yaşam tarzlarının fiziksel aktivite seviyelerini artırabileceğini, evli bireylerin ise iş ve aile sorumlulukları nedeniyle daha durağan bir yaşam tarzına sahip olabilecekleri ile ilişkilendirilebilir. Hallal ve diğerlerinin çalışmasında, bekar veya tek başına yaşayan kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin evli olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (61,62).

Araştırmada gelir düzeyi ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmış, gelir seviyesi arttıkça bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde artış olduğu belirlenmiştir. Asgari ücretin altındaki bireylerin daha düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu, asgari ücretin üzerinde gelire sahip bireylerin ise fiziksel aktiviteye daha fazla katıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Soyuner ve diğerleri çalışmasında normal grup ve obez gruplar ile aylık gelir düzeyi arasında ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır (57). Arabacı ve Çankaya çalışmasında ise elde edilen bulgular yaş ile fiziksel aktivite arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (61).

Araştırmada çalışma süresi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş, çalışma süresi 1 yıl ve altında olan bireylerin daha aktif olduğu, çalışma süresi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle 10 yıl ve üzeri çalışan bireylerin büyük çoğunluğunun inaktif veya minimal aktif kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Bu durum, uzun yıllar çalışma hayatında aktif olarak yer alan bireylerin, yaş alma süreci ile birlikte fiziksel aktivite kapasitesinin düşmesi, iş yoğunluğu ve yaşam tarzındaki değişiklikler nedeniyle fiziksel aktivite düzeylerinde azalma olabileceğini göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş, yalnız yaşayan bireylerin daha aktif olduğu, eş ile yaşayan bireylerin ise fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yalnız yaşayan bireylerin sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırarak fiziksel aktiviteye daha fazla katılım gösterebildikleri, buna karşın eş ile yaşayan bireylerin daha çok inaktif kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir.

Araştırmada sürekli ilaç kullanımı, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiş, ilaç kullanan bireylerin büyük çoğunluğunun inaktif veya minimal aktif kategorisinde yer almasına rağmen, bu durumun doğrudan fiziksel aktivite düzeyini etkileyen bir faktör olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada, sigara kullanan bireylerin en yüksek oranda fiziksel olarak inaktif grupta (%50,4), sigara kullanmayan bireylerin ise en yüksek oranda fiziksel olarak minimum aktif grupta (%45,3) yer aldığı belirlenmiştir (61). Bazen sigara kullanan bireylerin ise tamamen belirli bir grupta (%100) yer aldığı tespit edilmiştir (61).

Araştırmada düzenli beslenme alışkanlıkları ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, belirgin bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmada ekran başında geçirilen süre ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve doğrudan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada 4 saat ve üzeri ekran süresine sahip bireylerin hem inaktif hem de minimal aktif kategorilerinde daha yüksek oranlara sahip olduğu belirlenmiş, ancak çok aktif bireylerin de bu grupta yer alması ekran süresinin fiziksel aktiviteyi doğrudan etkileyen bir faktör olmadığı ile ilgili bilgiler vermektedir. Baranowski ve arkadaşları, ekran karşısında geçirilen sürenin artmasının, fiziksel aktivitenin azalması gibi faktörler nedeniyle obezite riskini artırdığını belirtmiştir (63). Literatürde de benzer

şekilde, uzun süre ekran başında vakit geçiren bireylerde fiziksel aktivitenin azaldığı ve kilo alımının arttığına dair bulgular mevcuttur (53). Ekran bağımlılığı, obezite ve buna bağlı kronik hastalıkların gelişimi açısından risk faktörleridir (24). Yıldız ve Yıldız çalışmasında ekran maruziyeti sürelerine göre MET(dk/hafta) değeri ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır (64). Fullerton ve arkadaşları ile Ballard ve arkadaşları dolayısıyla, ekran bağımlılığının önlenmesine yönelik stratejiler geliştirilirken, bireylerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi önemli bir müdahale alanı olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir (40,59).

5.2. Hipotezlerin Değerlendirilmesi ve Yorumlanması

5.2.1. Fiziksel Aktivite ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisi

Hipotez 1: Erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmada Vücut Kitle İndeksi ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, VKİ arttıkça bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde azalma eğilimi gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle zayıf bireylerin daha çok "çok aktif" kategorisinde yer aldığı, buna karşılık 1. ve 2. derece obez bireylerin büyük ölçüde "inaktif" kategorisinde yer aldığı ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu durum, düşük VKİ'ye sahip bireylerin daha hareketli bir yaşam tarzına sahip olabileceğini, buna karşılık obez bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, Hipotez 1'i desteklemektedir.

Tözün ve arkadaşları ile Nelson ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalarda, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının benimsenmesi ile Vücut Kitle İndeksi ve fiziksel aktivite arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (55,58). Aksoydan ve Çakır çalışmasında fiziksel aktivite düzeyi ile VKİ grupları arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmıştır (52). Başkan ve diğerleri çalışmasında, Vücut Kitle İndeksi ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır (50). Şanlı ve diğerleri çalışmasında toplam MET (dk/hafta) skorları ile VKİ ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığını, ancak normal kilolu sınırının üzerinde olanların şiddetli MET (dk/hafta) skorlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (54). Arabacı ve Çankaya çalışmasında Beden kitle indeksi gruplarına göre incelendiğinde, zayıf (%100), hafif şişman (%46,4) ve şişman (%66,7) bireylerin en yüksek oranda fiziksel olarak inaktif olduğu, normal kiloya sahip bireylerin ise %44,7 oranında fiziksel olarak minimum aktif kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir (61).

5.2.2. Çoklu Ekran Bağımlılığı ve Vücut Kitle İndeksi Arasındaki İlişki

Hipotez 2: Çoklu ekran bağımlılığı ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

VKİ kategorileri ile çoklu ekran bağımlılığı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Araştırmada ekran bağımlılığı olan bireylerde “2. derece obez” oranının yüksek olduğu, buna karşılık bu kategoride ekran bağımlılığı olmayan bireylerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, aşırı kilolu ve obez bireylerde ekran bağımlılığının daha yaygın olduğunu ve VKİ arttıkça ekran bağımlılığı riskinin de yükseldiğini göstermektedir. Elde edilen bu bulgular, ekran bağımlılığının bireylerin kilo kontrolü üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğini ve özellikle yüksek VKİ’ye sahip bireylerde fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olmasının bu ilişkiyi daha da güçlendirdiğini göstermektedir. Bu bulgular, Hipotez 2’yi desteklemektedir.

Baranowski ve arkadaşları, ekran karşısında geçirilen sürenin artmasının, aşırı atıştırmalık tüketimi, dengesiz beslenme, fiziksel aktivitenin azalması, metabolizma hızının düşmesi ve gıda reklamlarına daha fazla maruz kalma gibi faktörler nedeniyle obezite riskini artırdığını belirtmiştir (63). Ballard ve arkadaşları yüksek medya kullanım oranlarının, bireylerin aşırı kilolu veya obez olma olasılığını artırdığıyla ilişkili olduğunu gösterdiğini belirtmiştir (59). İsviçre’de ergenler üzerinde yapılan bir araştırmada, televizyon ve internet bağımlılığının obezite ile pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir (65). Muslu ve Gökçay çalışmasında obez çocukların yaklaşık %50’sinin günde 2 saatten fazla televizyon izlediği ve fiziksel aktivite düzeylerinin olması gerekenin üçte biri olduğu belirlenmiştir (24).

Araştırmada ulaşılan sonuçlar, ekran bağımlılığı düzeyi yüksek bireylerin daha yüksek VKİ’ye sahip olduğunu ve özellikle 2. derece obez kategorisinde ekran bağımlılığı oranının belirgin şekilde arttığını göstermektedir. Bu sonuç, sedanter yaşam tarzı ve düzensiz beslenme alışkanlıklarının bir araya gelerek kilo artışına neden olabileceği görüşüyle örtüşmektedir. Literatürde de benzer şekilde, uzun süre ekran başında vakit geçiren bireylerde fiziksel aktivitenin azaldığı ve kilo alımının arttığına dair bulgular mevcuttur (53). Öztora, televizyon ve bilgisayar başında 4 saat ve üzerinde vakit geçiren çocuklarda obezite sıklığını diğerlerine göre anlamlı olarak olduğunu belirlemiştir (66). Ekran bağımlılığı, obezite ve buna bağlı kronik hastalıkların gelişimi açısından risk faktörleridir (24). Bu bağlamda, ekran bağımlılığının yalnızca psikolojik ve sosyal etkileri değil, aynı zamanda bireylerin

metabolik sağlığı üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurabileceği söylenebilir. Aksoydan ve akır çalışmasında ekran başında geçirilen süre ortalamalarına göre VKİ ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu sonucuna ulaşmıştır (52). Başkan ve diğerleri çalışmasında, Vücut Kitle İndeksi ile akıllı telefon bağımlılığı arasında bir ilişki bulunmamıştır (50).

5.2.3. Fiziksel Aktivite Düzeyi ile oklu Ekran Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Hipotez 3: Fiziksel aktivite düzeyi ile çoklu ekran bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmada ekran bağımlılığı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada inaktif, minimal aktif ve çok aktif bireylerin ekran bağımlılığı durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, ekran bağımlılığı olan ve olmayan bireyler arasında fiziksel aktivite düzeyleri arasında ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu bulgu Hipotez 3’ desteklememektedir.

Yıldız ve Yıldız çalışmasında ekran maruziyeti sürelerine göre MET(dk/hafta) değerleri ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır (64). Bu sonuçlar, ekran süresinin fiziksel aktiviteyi doğrudan etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir. Fiziksel aktivite düzeyleri bireylerin yaşam tarzı, meslekleri ve diğer çevresel faktörlerle şekillenebilirken, ekran bağımlılığı ile doğrudan bir bağlantı kurulamaması, bireylerin hem uzun süre ekran başında vakit geçirip hem de aktif bir yaşam sürebileceği ile ilgili bilgiler vermektedir.

5.2.4. Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Düzeyi Farklılıkları

Hipotez 4: Cinsiyet ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmada cinsiyetin fiziksel aktivite düzeyinde belirleyici bir faktör olduğu, erkek bireylerin daha çok minimal aktif olduğu, kadın bireylerin ise çok aktif kategorisinde daha yüksek oranlarda yer aldığı belirlenmiştir. Bu durum, kadınların fiziksel aktiviteye katılım oranlarının erkeklerden daha yüksek olabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, Hipotez 4’ desteklemektedir.

Tzn ve arkadaşları çalışmasında erkeklerin fiziksel aktivite düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu, buna karşın erkeklerin VKİ’sinin ise kadınlardan düşük

olduğu sonucuna ulaşılmıştır (54,55). Şanlı ve diğerleri çalışmasında erkeklerin şiddetli MET (dk/hafta) ortalamasının kadınlardan düşük olduğu, orta ve yürüme MET skorlarının birbirine benzer sonucuna ulaşılmıştır (54). Aksoydan ve Çakır çalışmasında erkeklerin kızlara göre daha fazla fiziksel aktivite yapmakta olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (52). Başkan ve diğerleri çalışmasında fiziksel aktivite ile kadın cinsiyet arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Kadın öğrencilerde fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek bulunmuştur (50). Vançelik ve diğerleri ile Erdoğan'ın çalışmasında, beslenme alışkanlıkları risk puanı ortalamasının erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (56,67).

5.2.5. Yaş ve Çoklu Ekran Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Hipotez 5: Yaş ile çoklu ekran bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışma bulguları, yaş düzeyi arttıkça çoklu ekran bağımlılığı düzeyinin azaldığını göstermektedir. 18-24 yaş grubunda çoklu ekran bağımlılığı oranı %23,7 olup, bu yaş grubundaki bağımlılık oranı diğer gruplara kıyasla belirgin bir sapma göstermemektedir. Ancak, 25-49 yaş grubunda bağımlılık oranı %30'a yükselmiş ve bu yaş grubunun çoklu ekran bağımlılığı açısından en riskli grup olduğu tespit edilmiştir. Dijital teknolojilerin hem profesyonel hem de sosyal yaşamda yoğun kullanımı bu durumu açıklayabilir. Öte yandan, 50-64 yaş grubunda bağımlılık oranı %16'ya düşmüş ve bu yaş grubunda çoklu ekran bağımlılığının beklenenden düşük olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe dijital medya ve ekran kullanım alışkanlıklarının azalması, bağımlılığın düşmesinde etkili bir faktör olabilir. Bu bulgular, yaş arttıkça çoklu ekran bağımlılığı düzeyinin azaldığını öne süren Hipotez 5'i desteklemektedir.

5.2.6. Yaş ve Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişki

Hipotez 6: Yaş ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışma bulguları, yaş düzeyi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığını göstermektedir. Genç bireylerde (18-24 yaş) yüksek fiziksel aktivite oranı daha fazla iken (%22,6), 50 yaş ve üzeri bireylerde düşük fiziksel aktivite oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. 25-49 yaş grubundaki bireyler ise tüm fiziksel aktivite düzeylerinde en büyük grubu oluşturmaktadır. Ayrıca, yaş grupları ile Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişki incelendiğinde, genç bireylerde zayıf ve normal kilolu bireylerin oranının beklenenden yüksek olduğu, fazla kilolu ve obez bireylerin oranının ise düşük olduğu görülmektedir. 50-64 yaş grubunda ise fazla kilolu ve obez bireylerin oranının belirgin

şekilde arttığı, normal kilolu bireylerin oranının ise azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum, yaş ilerledikçe fiziksel aktivitenin azalmasıyla açıklanabilir. Genel olarak, fazla kilolu ve obez bireylerin oranı yaşla birlikte artmakta, ancak ileri yaşlarda düşüş göstermektedir. Bu bulgular, yaş ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyinin azaldığını öne süren hipotezi desteklemektedir.

Nelson ve arkadaşları çalışmasında yaş ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyinin düştüğü ve obezite oranlarının arttığı belirlenmiştir (58). Şanlı ve diğerleri çalışmasında yaş gruplarına göre MET (dk/hafta) skor ortalamalarının birbirine benzer sonucuna ulaşmıştır (54). Öztora çalışmasında düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların sıklığı çok düşük olduğu ve yaşla birlikte fiziksel olarak aktif olma durumunun da azaldığını belirlemiştir (52,66).

5.2.7. Eğitim Düzeyinin Fiziksel Aktivite ve Çoklu Ekran Bağımlılığına Etkisi

Hipotez 7: Eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi ve çoklu ekran bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmada eğitim düzeyi ile bireylerin kilo durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, fazla kilolu ve 1. derece obez bireylerin çoğunluğunun lise ve üniversite mezunları arasında yer aldığı belirlenmiştir. Özellikle fazla kilolu bireylerin üniversite mezunları içinde oranı %41,7, 1. derece obez bireylerin oranı ise %9,5 olarak belirlenmiştir. Ancak, eğitim düzeyi arttıkça fazla kilolu olma oranının azalması ve lisansüstü eğitim düzeyinde fazla kilolu birey oranının %33,0'a düşmesi, eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite arasında olası bir ilişkiyi destekleyebilir..

Araştırmada eğitim düzeyi ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde, ekran bağımlılığı olan bireylerin büyük bir kısmının üniversite (%51,0) ve lisansüstü eğitim düzeyine (%34,0) sahip olduğu belirlenmiştir. Ekran bağımlılığı olmayan bireyler arasında ise bu oranlar sırasıyla %59,0 ve %22,1'dir. Bu veriler, lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireyler arasında ekran bağımlılığı oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir, dolayısıyla hipotezin bu kısmı tam olarak desteklenmemektedir. Ayrıca, analiz sonucunda eğitim düzeyi ile ekran bağımlılığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu hipotezin ekran bağımlılığıyla ilgili kısmının doğrulanmadığını göstermektedir.

Hipotezin "Eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel aktivite düzeyi artmaktadır" kısmı fazla kilolu ve obezite verileri üzerinden kısmen desteklenmektedir, ancak

doğrudan fiziksel aktivite süresine dair kesin bulgular bulunmamaktadır. Buna karşılık, "Eğitim düzeyi yükseldikçe çoklu ekran bağımlılığı düzeyi azalmaktadır" ifadesi, veriler doğrultusunda desteklenmemektedir; aksine, lisansüstü eğitim düzeyinde ekran bağımlılığı oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Nelson ve arkadaşları eğitim düzeyinin bireylerin sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktiviteye katılım konusundaki bilinç düzeyini artırabileceği bulgusuna ulaşmıştır (58).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyleri ile çoklu ekran bağımlılığı arasındaki ilişki, bu iki faktörün bireylerin Vücut Kitle İndeksi üzerindeki etkisi incelenerek ortaya konulmuştur.

Çoklu Ekran Bağımlılığı Sonuçları:

- Ekran bağımlılığı, demografik özellikler, yaşam alışkanlıkları ve sosyal çevre ile ilişkilidir.
- 25-49 yaş grubu ekran bağımlılığı açısından en riskli gruptur.
- Ekran bağımlılığı olan bireylerde düzensiz beslenme daha yaygındır.
- Yalnız yaşayan bireyler ekran bağımlılığına daha yatkındır.
- Günlük 4 saat ve üzeri ekran süresi, bağımlılık riskini artırmaktadır.
- 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan bireylerde ekran bağımlılığı daha düşüktür.

VKİ Sonuçları:

- VKİ, yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim seviyesi ile ilişkilidir.
- Erkekler daha çok fazla kilolu ve obez kategorisindedir.
- Yaş ilerledikçe fazla kilolu ve obez bireylerin oranı artmaktadır.
- Evli bireylerde fazla kilolu ve obez olma oranı daha yüksektir.
- Eğitim seviyesi arttıkça VKİ daha dengeli dağılmaktadır.
- Uzun yıllar çalışan bireylerde fazla kilolu ve obez oranı daha yüksektir.
- Yalnız yaşayan bireyler genellikle normal kiloludur.
- Kronik hastalığı olan bireylerde fazla kilolu ve obez oranı daha yüksektir.
- Düzensiz beslenen bireylerde fazla kilolu ve obez oranı daha yüksektir.
- Uzun süre ekran karşısında vakit geçiren bireylerde fazla kilolu ve obez oranı daha yüksektir.

Fiziksel Aktivite Sonuçları:

- Çoğu birey inaktif veya minimal aktiftir.
- Erkekler minimal aktif, kadınlar ise daha çok aktif kategorisindedir.
- Yaş ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyi azalır.

- Bekar bireyler daha aktiftir, evli bireyler daha az aktiftir.
- Gelir seviyesi arttıkça fiziksel aktivite artmaktadır.
- Çalışma süresi arttıkça fiziksel aktivite düzeyi düşmektedir.
- Yalnız yaşayan bireyler daha aktiftir.
- İlaç kullanımı, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- Düzenli beslenme ile fiziksel aktivite arasında belirgin bir fark yoktur.
- Ekran süresi ile fiziksel aktivite arasında doğrudan anlamlı bir ilişki yoktur.

Değişkenler Arasındaki İlişkiler:

- Ekran bağımlılığı ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- Ekran bağımlılığı olan bireylerde obezite oranı daha yüksektir.
- VKİ arttıkça fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır.

Öneriler:

Araştırma sonuçlarına göre, çoklu ekran bağımlılığı, fiziksel aktivite düzeyi ve Vücut Kitle İndeksi arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılması ve bu faktörlerin bireylerin sağlığı üzerindeki etkilerinin azaltılması için hem uygulayıcılara hem de araştırmacılara yönelik bazı öneriler geliştirilmiştir.

- Ekran bağımlılığının bireylerin yaşam tarzı ve sosyal çevreleri ile doğrudan ilişkili olduğu dikkate alınarak, özellikle 25-49 yaş grubunda ekran kullanım süresini sınırlandırmaya yönelik bilinçlendirme ve müdahale programları geliştirilebilir. Ekran süresinin kontrol altında tutulması, bireylerin hem fiziksel hem de psikososyal sağlığını korumak adına önemli bir strateji olabilir.
- Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivitenin bireylerin VKİ'lerini dengeleyici bir faktör olduğu göz önünde bulundurularak, bireylere yönelik sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik eden programlar ve müdahaleler oluşturulabilir. Bu kapsamda, fiziksel aktiviteyi artıran teşvikler ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmaya yönelik bilinçlendirme çalışmaları sağlık hizmet sunumuna entegre edilebilir.
- Eğitim düzeyi ile VKİ arasında dikkat çeken bir ilişki olması nedeniyle, özellikle düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programlar hazırlanabilir. Eğitim düzeyinin

yükseltilmesi, sağlıklı yaşam tarzı seçimlerinin kolaylaştırılması ile fiziksel aktivite arttırılarak obezite riski de azaltılabilir.

- Uzun çalışma sürelerinin fiziksel aktivite düzeylerini olumsuz etkileyerek VKİ'nin artışına neden olduğu göz önüne alındığında, iş yerlerinde fiziksel aktivite düzeylerini arttıran teşvik edici düzenlemeler yapılmalıdır. İş ortamında hareketliliği artıran uygulamalar, sağlıklı yaşamın sürdürülebilir olması açısından kritik önem taşımaktadır.
- Ekran bağımlılığı ile VKİ doğrudan ilişkili olup, aşırı ekran süresinin kilo artışına olan etkisini azaltmaya yönelik multidisipliner yaklaşımlar geliştirilebilir. Obez bireylerde ekran süresini sınırlandırmaya yönelik bireysel danışmanlık ve grup programları ile bu etkileşim azaltılabilir.
- Ekran bağımlılığı, VKİ ve fiziksel aktivite arasındaki etkileşimlerin daha ayrıntılı incelenebilmesi için uzunlamasına çalışmalar ve deneysel araştırmalar gerçekleştirilebilir.
- Bu tür araştırmaların arttırılması, değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini güçlendirerek, bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini sürdürebilmelerine yönelik kanıta dayalı müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Oral R. Sosyal Medya Bağımlılığı İle Obezite Farkındalığı İlişkisi: Konya Örneği. 2023;
2. Saritepeci M. Multiple screen addiction scale: Validity and reliability study. Instructional Technology and Lifelong Learning. 2021;2(1):1-17.
3. Flisher C. Getting plugged in: an overview of internet addiction. Journal of paediatrics and child health. 2010;46(10):557-9.
4. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, vd. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. International journal of behavioral nutrition and physical activity. 2011;8:1-22.
5. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2017. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları;
6. Baysal N. Türkiye’de sedanter yaşam tarzı ve obezite ilişkisi. Anadolu Beslenme ve Diyetetik Dergisi. 2018;45-54.
7. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, vd. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. Annals of internal medicine. 2015;162(2):123-32.
8. Amiri S, Behnezhad S. Adipositas und Angstsymptome: systematische Review und Metaanalyse. neuropsychiatrie. 2019;33:72-89.
9. Przybylski AK, Weinstein N. A large-scale test of the goldilocks hypothesis: quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents. Psychological science. 2017;28(2):204-15.
10. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The lancet. 2012;380(9838):219-29.
11. Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. Bağımlılık psikofarmakolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(1):37-50.

12. Çelikel B. Madde bağımlılığı tedavisinde aile katılımı [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [Sakarya]: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı; 2023.
13. Bozdemir BS. Nöropsikoloji. Medya Press Türkiye Bilgi Ofisi yayınları.;
14. Dağdeviren N. Salgın döneminde ergenlerde internet bağımlılığı ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2023.
15. Ray LA, Grodin EN. Clinical neuroscience of addiction: what clinical psychologists need to know and why. Annual Review of Clinical Psychology. 2021;17(1):465-93.
16. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine. 2016;374(4):363-71.
17. Ertan G. Mobil telefonsuz kalma korkusunun (nomofobi) iş tatmini, işe bağlılık ve sosyal izolasyon üzerine etkisi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi; 2019.
18. Haymana PÖ. Üniversite öğrencilerinde ebeveyn kabul reddi ve psikolojik uyum arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolü [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. [İstanbul]: Maltepe Üniversitesi; 2024.
19. Kadioğlu T, Yılmaz T. Sigara içen doktorlarda yetişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi. 2023;62(4):500-6.
20. Koob GF, Mason BJ. Existing and future drugs for the treatment of the dark side of addiction. Annual review of pharmacology and toxicology. 2016;56(1):299-322.
21. Karamekik HM. İstanbul'daki Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Çoklu Ekran Bağımlılığı ve Akademik Erteleme Eğilimi İlişkisi [Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2024.
22. Macit ZB, Kavafoğlu S. Screen: Subject of all information technology addiction. Middle Black Sea Journal of Health Science. 2019;5(3):293-301.

23. Yoldaş TÇ, Özmer E. Farklı basamaklardaki sağlık kuruluşlarına başvuran ailelerin çocukları ile oyun oynama, kitap okuma ve ekran izletme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Pediatric Disease.
24. Muslu M, Gökçay GF. Teknoloji bağımlısı çocuklarda obeziteye neden olan risk faktörleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(2):72-9.
25. Barğı G, Güngörer K. Akıllı Telefonlarda Bulunan Postür Düzeltme Uygulamalarının Boyun Ağrısı ve Fonksiyonuna Etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;13(2):161-70.
26. Chang FC, Chiu CH, Chen PH, Miao NF, Chiang JT, Chuang HY. Computer/mobile device screen time of children and their eye care behavior: the roles of risk perception and parenting. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2018;21(3):179-86.
27. Bray GA. Beyond bmi. Nutrients. 2023;15(10):2254.
28. Gürsoy R, Öztaşan N, Şen İ, Dane Ş, Alpay B. Farklı bireysel sporlardaki adölesan sporcularda Vücut Kitle İndeksi, vücut yağı ve çeşitli kas kuvvetleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi. Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2007;9(1):3-10.
29. Başer E, KIRMIZI DA, Onat T, Kara M, Yalvaç ES. VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN GEBELİK VE NEONATAL SONUÇLARA ETKİSİ. Bozok Tıp Dergisi. 2019;9(3):76-80.
30. Önder ÖZ. Okul öncesi 3-6 yaş arası çocuklarda obezitenin antropometrik verilerle incelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [2011]: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antropoloji Ana Bilim Dalı; Ankara.
31. Çakıcı K. Türkiye 1. Sutopu Ligi oyuncularının vücut kompozisyonlarının incelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı; 2006.
32. Kuyumcu G. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinde Vücut Kitle İndeksi ve bazı ilişkili etmenler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı; 2007.
33. Gözükcük M. Polikistik over sendromlu kadınlarda adiponektin ve leptin düzeylerinin VKİ ve insülin direnci ile ilişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı; 2008.

34. Yılmaz A. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite, sedanter süre ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*. 2019;1433-53.
35. Alpözgen AZ, Özdiçler AR. Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri: Derleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016;3(1):66-72.
36. Derer A, Ballı ÖM. İlkokul öğrencilerinin motor yeterlik düzeylerinin fiziksel aktiviteye katılım, yaş, cinsiyet ve Vücut Kitle İndeksi ilişkisi. *Spor Bilimleri Dergisi*. 2018;29(4):196-204.
37. Ercan Ş, Keklice H. COVID-19 pandemisi nedeniyle üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerindeki değişimin incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020;5(2):69-74.
38. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*. 2008;15(3):219-24.
39. Aras D. Sekiz haftalık spor kaya tırmanışı antrenmanının kalp ve seçilmiş fiziksel parametreler üzerine etkisi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
40. Fullerton S, Taylor AW, Dal Grande E, Berry N. Measuring physical inactivity: do current measures provide an accurate view of “sedentary” video game time? *Journal of obesity*. 2014;2014(1):287013.
41. Öztürk O, Bayraktar D. Pandemilerin şafağında: COVID-19 ve fiziksel inaktivite. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020;5(2):143-6.
42. Tan MN. Vücut kütle indeksi ve fiziksel aktivitenin, menopozal semptomlar üzerine etkisi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2012.
43. Koçak B, Öney B. Obezitenin inflamasyon ile ilişkisi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*. 2021;3(3):174-7.
44. Taşkin G. Fiziksel aktivite düzeyinin bazı fizik tedavi uygulamalarında ağrı duyusu üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi (Turkey)*; 2012.
45. Taşer H. Fiziksel uygunluk eğitimi. *Atatürk Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2004;6(3):48-56.

46. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
47. Terzi C, Şahin M, Yurdugül H. İki-yönlü olumsuzluk çizelgelerinde gözenek artık testi: ki-kare analizi için post-hoc testleri. Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama. 2023;13(1):304-28.
48. George SM, Alfano CM, Groves J, Karabulut Z, Haman KL, Murphy BA, vd. Objectively measured sedentary time is related to quality of life among cancer survivors. PLoS One. 2014;9(2):e87937.
49. Göger S, Çevirme A. Üniversite Öğrencilerinde Çoklu Ekran Bağımlılığı İle Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki (The Relationship Between Multi-Screen Addiction And Depression, Anxiety, Stress Levels In University Students.
50. Baskan Ö, Çorum M, Büyükyılmaz G. Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Fiziksel Aktivite, Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin İlişkisinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;12(1):299-305.
51. Deniz N. Üniversite öğrencilerinde pandemi sürecinde artan kaygı ve ekran bağımlılığı arasındaki ilişki. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
52. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2011;53(4):268-9.
53. Decelis A, Jago R, Fox KR. Physical activity, screen time and obesity status in a nationally representative sample of Maltese youth with international comparisons. BMC public health. 2014;14:1-11.
54. Şanlı E, Güzel NA. Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi ilişkisi. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2009;14(3):23-32.
55. Tözün M, Sözmen MK, Babaoğlu AB. Türkiye'nin Batısında Bir Üniversite'nin Sağlık İle İlişkili Okullarında Beslenme Alışkanlıkları Ve Bunun Obezite, Fizik

- Aktivite Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2017;2(1).
56. Erdoğan MS. Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2014;15(1):20-6.
57. Soyuer F, Ünal D, Elmalı F. Normal ağırlıklı ve obez üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010;7(2):862-72.
58. Nelson CC, Wagner GR, Caban-Martinez AJ, Buxton OM, Kenwood CT, Sabbath EL, vd. Physical activity and body mass index: the contribution of age and workplace characteristics. American journal of preventive medicine. 2014;46(3):S42-51.
59. Ballard M, Gray M, Reilly J, Noggle M. Correlates of video game screen time among males: body mass, physical activity, and other media use. Eating behaviors. 2009;10(3):161-7.
60. Mitchell JA, Rodriguez D, Schmitz KH, Audrain- McGovern J. Greater screen time is associated with adolescent obesity: a longitudinal study of the BMI distribution from ages 14 to 18. Obesity. 2013;21(3):572-5.
61. Arabacı R, Çankaya C. Beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007;20(1):1-15.
62. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima R da C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Medicine and science in sports and exercise. 2003;35(11):1894-900.
63. Baranowski T, Baranowski J, Thompson D, Buday R, Jago R, Griffith MJ, vd. Video game play, child diet, and physical activity behavior change: A randomized clinical trial. American journal of preventive medicine. 2011;40(1):33-8.
64. Yıldız A, Yıldız Z. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE FİZİKSEL AKTİVİTENİN EKLAN MARUZİYETİYLE İLİŞKİSİ. Uluborlu Mesleki Bilimler Dergisi. 2023;6(2):22-8.
65. Ortega FB, Ruiz JR, Sjöström M. Physical activity, overweight and central adiposity in Swedish children and adolescents: the European Youth Heart Study. International journal of behavioral nutrition and physical activity. 2007;4:1-10.

66. Öztora S. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması [Yayınlanmamış Uzmanlık tezi]. [İstanbul]: Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği; 2005.
67. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(4):242-8.



EKLER

Ek 1: Sosyo-demografik Veri Formu

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
- 3) Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış/Ayrı yaşıyor/Eşi vefat etmiş
- 3) Öğrenim Durumu: 1) Okur- yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Lisans üstü
- 4) Mesleğiniz:
- 5) Meslekte Toplam Çalışma Süresi: Yıl
- 6) Gün içinde kaç saat çalışıyorsunuz?
- 7) Hafta içinde kaç gün çalışıyorsunuz?
- 8) Gelir düzeyiniz nedir? A) Asgari ücretin altında B) Asgari ücret ile Eşit C) Asgari ücretin üzerinde *Çalışmanın yapıldığı dönemde uygulanan net asgari ücret, Asgari Ücret Tespit Komisyonunca 17.002,12 TL olarak belirlenmiştir.
- 9) Birlikte Yaşadığınız Kişiler: A) Yalnız B) Eş ile C) Çocuklar ile D) Eş ve çocuk dışı akrabalar E) Arkadaş
- 10) Sürekli ilaç almanızı gerektiren kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?
A) Var B) Yok C) Bir hastalık D) İki hastalık E) Üç hastalık F) Dört ve üzeri
- 11) Kronik hastalığınız var ise aşağıdaki hastalıklardan hangisi mevcut? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
A) Hipertansiyon B) Diyabetes Mellitus C) Hiperlipidemi D) Kalp ve Damar Hastalıkları
E) Nörolojik Hastalıklar
F) Tiroid Bezi Hastalıkları a) Hipertiroidi b) Hipotiroidi c) Tiroid Kanseri
G) Solunum Sistemi Hastalıkları a) Astım b) Koah c) Diğer (.....)
H) Böbrek Hastalıkları a) Akut böbrek yetmezliği b) Kronik böbrek yetmezliği c) Diğer (.....)
I) Sindirim Sistemi Hastalıkları
İ) Psikiyatrik Hastalıklar a) Depresyon b) Duygu durum bozukluğu c) Diğer (.....)
J) Hematolojik Hastalıklar a) Anemi b) Diğer (.....)
K) Romatizmal hastalıklar
L) Malignite (kanser durumu)

12)Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet (Miktar: yıl/ paket/gün) 2) Hayır
3)Bıraktım(... yıl kullandım)

12) Alkol kullanıyor musunuz ? 1) Evet(Miktar: yıl/ kadeh/hafta)2)
Hayır3)Bıraktım(... yıl kullandım)

13)Herhangi bir spor ile uğraşıyor musunuz? A)Evet b)Hayır Cevabınız Evet ise
bunlardan birini seçiniz

a)Yürüyüş b)Koşma c)Yüzme d)Bisiklet sürme e)Ağırlık Kaldırma f)Diğer.....

14) Yeterli (Düzenli ve dengeli) besleniyor musunuz?

A) Evet B) Hayır C) Ne yeterli ne yetersiz D) Bir fikrim yok

15)Günde kaç öğün yemek yersiniz? (..... ANA.....ARA)

16)Öğün saatleriniz düzenli midir?

H.içi: a.Hayır b. Evet

H.sonu: a.Hayır b. Evet

**17)Kendinize ait bir televizyon, bilgisayar, tablet, telefon ya da oyun konsolunuz
var mı?** a)Var b)Yok

**18)Lütfen sizin hafta içi bir gün boyunca televizyon, bilgisayar, tablet, telefon ya
da oyun konsolu başında geçirdiğiniz toplam süreyi belirtiniz.**

A. 0 dakika B. 0 – 30 dakika C. 30 – 60 dakika D. 1 saat E. 2 saat F. 3 saat G. 4 saat
ve üstü

**19)Lütfen sizin hafta sonu bir gün boyunca televizyon, bilgisayar, tablet, telefon
ya da oyun konsolu başında geçirdiğiniz toplam süreyi belirtiniz.**

A. 0 dakika B. 0 – 30 dakika C. 30 – 60 dakika D. 1 saat E. 2 saat F. 3 saat G. 4 saat
ve üstü

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER:

Boy:

Kilo:

Vücut Kitle İndeksi: (Bu kısmı boş bırakınız.)

Ek 2: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form)

AÇIKLAMA: Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

***Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

()Haftada__gün ()Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

()Günde __ saat ()Günde __ dakika ()Bilmiyorum/Emin değilim

***Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

()Haftada__gün ()Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

()Günde __ saat ()Günde __ dakika ()Bilmiyorum/Emin değilim

***Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün,bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

()Haftada___gün ()Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

()Günde ___ saat ()Günde ___ dakika ()Bilmiyorum/Emin değilim

***Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

()Günde ___ saat ()Günde ___ dakika ()Bilmiyorum/Emin değilim

Ek 3: Çoklu Ekran Bağımlılığı Ölçeği

1)Televizyon, telefon, tablet, bilgisayar vb. ekranlarından biri ya da birkaçı ile zihnim sürekli meşguldür.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

2)Herhangi bir ekranla (TV, bilgisayar, tablet, telefon vb.) sıklıkla planladığımdan daha fazla zaman geçiririm

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

3) Herhangi bir ekran karşısında geçirdiğim süreyi kontrol edemem

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

4)Herhangi bir ekranı kontrol ettiğimden ya da o ekranda bir şeyler izlediğimden dolayı uykusuz kalırım.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

5) Hiçbir ekrana erişiminin olmamasına tahammül edemem.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

6) Televizyon, telefon, tablet vb. ekranlarını herhangi bir uğraşım (TV’de takip ettiğin bir program izleme, telefonda mesaj yazma gibi) olmadığı halde kontrol ederim.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

7) Herhangi bir bildirim almasam da mobil cihazlarımın (telefon, tablet, PDA vb.) ekranını kontrol ederim.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

8)Sürekli herhangi bir ekranla etkileşim halinde olma gereği duyuyorum.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

9)Gün içinde en sık yaptığım şey herhangi bir ekrana bakmak ya da kontrol etmektir.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

10)Herhangi takip ettiğim program ya da yapmam gereken bir etkinlik olmasa da TV, telefon benzeri bir ekranı açma ihtiyacı duyarım.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

11) Gün içerisinde mobil cihazım, bilgisayarım ya da TV ekranlarından bir ya da birkaçına erişiminin olmaması ya da uzak kalmam huzursuz hissetmeme sebep olur.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

12) Ekranlarla geçirdiğim zaman süresince yaşadığım olumsuz duyguların azaldığını hissedirim.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

13)Herhangi bir ekranla geçirdiğim süreyi kontrol etme, sınırlandırma ya da azaltmak için çaba göstermeme rağmen bunu başaramadım.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

14)Herhangi bir ekranla geçirdiğim süreyle ilgili yakınlarıma (aile üyeleri, arkadaş vb.) yalan söylerim.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman

15)Herhangi bir ekranda geçirdiğim süre nedeniyle eğitimim (sınava hazırlanamama vb.) veya kariyerim için çeşitli fırsatları tehlikeye atarım.

A-Hiçbir zaman B-Nadiren C-Bazen D-Sıklıkla E-Her zaman