



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ERGENLERDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI SIKLIĞININ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Recep BOSTAN
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Özalp EKİNCİ

MERSİN-2015



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ERGENLERDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI SIKLIĞININ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Recep BOSTAN
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Özalp EKİNCİ

MERSİN-2015

TEŐEKKÜR

Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim boyunca her türlü fedakârlığı, kolaylığı ve anlayışı gösteren, bilgisinden ve deneyiminden çokça yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve aynı zamanda tez danışmanım olan Sayın Doç. Dr. Özalp EKİNCİ'ye,

Eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda ilgi ve anlayışlarını esirgemeyen, samimi, sıcak ve içten tavırlarıyla bana destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Fevziye TOROS ve Yrd. Doç. Dr. Veli YILDIRIM'a,

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyon sürecimde yeni bakış açıları kazanmamı sağlayarak eğitimime büyük katkıları olan sevgili hocalarım Prof. Dr. M. Kemal YAZICI, Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI, Prof. Dr. Şenel TOT ACAR ve Doç. Dr. Ayşe Devrim BAŐTERZİ'ye,

Çocuk nörolojisi rotasyonunda eğitimime, hoşgörölü ve candan yaklaşımı ile kişisel gelişimime büyük katkıları olan saygıdeğer hocam hocam Prof. Dr. Çetin Okuyaz'a,

Asistanlık sürecimi paylaştığım ve beraber çalışmaktan hem büyük keyif aldığım hem de çok şey öğrendiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Poliklinikte iş birliği içinde çalıştığımız ve verileri toplama aşamasındaki destekleri için başta Müjgan KÖLE olmak üzere tüm sekreterlerimize ve diğer personellerimize,

Eğitimim boyunca mesleğimde yetişmeme katkıda bulunan ve çalışmama katılan tüm çocuklara ve ailelerine,

Son olarak büyük fedakârlıklarla beni bu günlere getiren, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, tüm hayatım boyunca sahip olduğum için kendimi her zaman şanslı hissettiğim canım annem, babam ve kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Recep BOSTAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	8
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	8
İnternet Bağımlılığı	19
GEREÇ VE YÖNTEMLER	30
Çalışma grubu seçimi	30
Yöntem	31
Ölçekler	31
İstatistiksel analiz	34
BULGULAR	35
TARTIŞMA	49
SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	56
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	68
TABLolar DİZİNİ	69
EKLER	71

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) internet bağımlılığı açısından bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte ergenler internet bağımlılığı geliştirme riski taşıyan bir popülasyon olarak görülmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak tez çalışmamızda, DEHB olan ergenler ile sağlıklı ergenlerin internet bağımlılığı yaygınlığının ve internet kullanım özelliklerinin karşılaştırılması ve DEHB alt tipleri ve psikiyatrik eş tanıları ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Mayıs 2015 ve Kasım 2015 tarihleri arasında başvuran, 12-18 yaş aralığında DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan hastalar ile herhangi bir ruhsal veya fiziksel hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler alınmıştır. Veri toplama araçları olarak ergenlere İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2), ailelerine Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği verilerek doldurmaları istendi.

Araştırmaya katılan DEHB grubunda riskli internet kullanımı %46.5, internet bağımlılığı ise %7.8 sıklığında bulundu. Kontrol grubunda riskli internet kullanımı %14.8 sıklığında iken internet bağımlılığı saptanmadı. DEHB olan grupta İBÖ puanları ve haftalık internet kullanma süreleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

DEHB alt tipleri arasında internet bağımlılığı ve İBÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. DEHB'li ergenlerde psikiyatrik eş tanıları ile İBÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak İBÖ puanı ile Turgay ölçeği dikkat eksikliği ve davranım bozuklukları puanları ve ÇİDÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu.

Bu sonuçlar, DEHB olan ergenlerde sorunlu internet kullanımının sağlıklı ergenlere göre daha yaygın olduğunu ve dikkat eksikliğinin internet bağımlılığının önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, İnternet Bağımlılığı, ergen

ABSTRACT

The comparison of prevalence and associated factors of internet addiction between adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder and healthy controls

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been known as a risk factor of internet addiction. Additionally, adolescents appear to be a population at risk for developing internet addiction. Based on these findings, we compared the prevalence of internet addiction and characteristics of internet use between adolescents with ADHD and healthy controls. In addition, we aimed to investigate the relationship between subtypes and psychiatric comorbidity of ADHD and internet addiction.

The study included children who admitted to Mersin University Medical Faculty Department of Child and Adolescent Psychiatry in May 2015-November 2015, and were diagnosed with ADHD according to DSM-V; and healthy controls who did not have any psychiatric disorders or physical illnesses. Adolescents were asked to complete internet addiction scale (IAS), Childhood Depression Inventory (CDI) and State Trait Anxiety Inventory and the parents were asked to complete ADHD diagnosis and evaluation inventory (Turgay 1995) as data collection tools.

In the ADHD group, the frequencies of internet addiction and risky internet use were 7.8% and 46.5%, respectively. In the healthy control group, the frequency of risky internet use was 14.8% and internet addiction was not detected. Average weekly internet usage time and IAS scores were found to be significantly higher in the ADHD group than the control group.

No statistically significant difference was found between the three ADHD subtypes with respect to IAS scores and internet use. There were no significant relationship between psychiatric comorbidities and IAS scores in adolescents with ADHD. However, Turgay attention deficit and conduct disorder scores had significant positive correlations with IAS scores.

The results of this study showed that problematic internet use is more common in adolescents with ADHD than healthy controls and attention deficit is an important determinant of internet addiction in this age group.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity, internet addiction, adolescent

GİRİŞ ve AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur. Sıklığı yaklaşık olarak çocuklarda %5, erişkinlerde %2,5'tir ve erkeklerde kızların 3-5 katıdır¹. Bileşik tip, Dikkat eksikliği baskın tip ve hiperaktivite/dürtüsel tip olmak üzere 3 alt tipi vardır². Bu üç alt tipin yanı sıra restriktif (kısıtlayıcı) dikkat eksikliği alt tipinin ayrı bir grup olarak belirtilmesinin önemi vurgulanmaktadır³.

DEHB'ye en sık olarak karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (%40.6), majör depresif bozukluk (%21.6), yaygın Anksiyete bozukluğu (%15.2) ve herhangi bir anksiyete bozukluğu (%32.2) eşlik etmektedir⁴.

İnternet bağımlılığı genellikle belirgin psikolojik, sosyal ve / veya çalışma zorlukları ile sonuçlanan bireylerin internet kullanımı kontrol etmekteki yetersizlikleri olarak tanımlanır⁵. İnternet bağımlılığı fiziksel ve ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler ve akademik performansta düşüş gibi ergenlerin yaşamlarında önemli olumsuz etkilere neden olabilir⁶.

Psikiyatrik tedavi için sevk edilen internet bağımlılığı olan ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur⁷. DEHB olan ergenlerde internet kullanımının kontrolünde zorluklara ve dolayısıyla internet bağımlılığında artışa neden olabilen bozulmuş inhibisyonla ilişkili anormal beyin aktiviteleri vardır⁸. DEHB dışında anksiyete ve depresyon internet bağımlılığı olan kişilerde yaygın olan diğer iki psikiyatrik semptomdur⁹.

Literatürde, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır¹⁰. Bu tez çalışmasında ise DEHB olan ergenler ile sağlıklı ergenlerin internet bağımlılığı açısından karşılaştırılması, DEHB olan ergenlerde internet bağımlılığının eştanılar ve DEHB alt tipleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tanım

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki bireylere kıyasla daha şiddetli, sürekli ya da sık yaşanması ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır¹¹.

Tarihçe

Yazın bilgileri gözden geçirildiğinde, yıllar boyunca bu klinik durumun farklı sebeplerine ya da en belirgin görülüş biçimlerine göre tanımlandığı görülmektedir. İlk olarak Alman psikiyatrist Heinrich Hoffmann 19.yüzyılın sonlarına doğru, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize davranış sergileyen çocukları tanımlamıştır. Bu davranışsal problemi “dürtüsel delilik (impulsive insanity)” veya “yetersiz engellenme (defective inhibition)” olarak adlandırmıştır¹².

Günümüzde kullanılan benzer, göreceli olarak kolay anlaşılır ilk tanımlama Dr. George Still tarafından yapılmıştır. 1902 yılında “The Lancet” isimli yayınında, motor ajitasyon, dikkat problemleri, dürtü kontrolünde zorluklar ve derhal ödüllendirme ihtiyacı olan çocukları tanımlamıştır. Bu çocukların davranışsal sorunlarının nedeninin “diğerlerini düşünmeme” olduğunu ileri sürmüş ve erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek, organik ve sosyal nedenler üzerinde durmuş ve tüm tabloyu organik zeminde gelişen “ahlaki kurallara uymada güçlük” (moral deficiency) diye adlandırmıştır¹³.

Strauss ve arkadaşları 1947 yılında aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirtmişler ve bu durumu “minimal beyin hasarı sendromu” “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” terimi, beyin hasarı ile eş anlamlı olmak üzere, algısal güçlükler ve davranış problemleri bütününe denilmeye başlanmış, daha sonra bütün çocuklarda beyin lezyonu

olmayabileceğinden yola çıkarak Clements ve Peters 1962 yılında “minimal beyin disfonksiyonu” terimini kullanmıştır^{14,15}.

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9 ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-II'de bu bozukluğu “çocukluktaki hiperkinetik sendrom” olarak tanımlamasıyla başlamıştır^{15,16}. Sonradan ICD-10'da “hiperkinetik bozukluk” olarak değişmiştir. DSM-II'de tanı hiperaktivite, dikkat kısalığı, kolay uyarılabilirlik ile belirlenmiştir. DSM-III'de dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktiviteli ya da hiperaktivesiz olarak tanımlanmış ve temel belirtiler dikkatsizlik, ataklık (dürtüsellik) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. Ancak bu tanı DSM-III-R'de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak belirlenerek 14 belirti sıralanmış ve tanı için 8 belirtinin olması şarta bağlanmıştır¹⁷. 1980 yılından sonra dikkat eksikliğinin de bozukluğun bir parçası olduğu kabul edilmiş ve DSM-III'te “hiperaktivitenin eşlik ettiği veya etmediği dikkat eksikliği bozukluğu”, daha sonra DSM-III-R ve DSM-IV'te “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” olarak adlandırılmıştır¹⁸.

DSM-IV'te DEHB kriterleri, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olarak iki belirti kümesinden oluşmaktadır. DEHB tanısı koyabilmek için iki gruptan en az birinde altı veya daha fazla belirtinin en az altı aydır mevcut olması ve yedi yaşından önce başlaması ve birden fazla ortamda görülerek işlevselliği bozması gerekir¹¹.

2013 yılında yayınlanan DSM-5'te DEHB tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler; başlangıç yaşı kriterinin onikiye yükseltilmesi, DEHB ve otizm spektrum bozukluğu tanısının beraber konulabileceği, erişkinlerde tanı koymak için dikkat eksikliği veya hiperaktivite bozukluğu belirtilerinden en az beş tane bulunması yeterliliğidir¹⁹.

DSM-5'e Göre DEHB Tanı Ölçütleri

A- Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik örüntüsü:

1.Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı ay sürmektedir.

- a. Çoğu kez, ayrıntılara zen zen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar.
- b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okluda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz.
- e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
- f. Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
- g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.
- h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkandır.

2.Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.

- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.
- b. Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır.
- d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz.
- e. Çoğu kez, "her an hareket halindedir", "motor takılmış" gibi davranır.
- f. Çoğu kez aşırı konuşur.
- g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
- h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.
- i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B- On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C- Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D- Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E- Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DEHB Alt Tipleri

DEHB'nin temel belirtileri dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik ile ilgili sorunlardır ancak bu belirtilerin tümü her olguda birlikte olmayabilir¹⁴. Baskın olan belirtilere göre DSM-IV ve aynı şekilde DSM-5 üç alt tipe ayırmıştır;

DEHB-Dikkat Eksikliğinin Önde Olduğu Tip (DEHB/DE): Dikkat eksikliği tanı ölçütleri karşılanmıştır ancak hiperaktivite ve dürtüsellik tanı ölçütleri tam olarak karşılanmamıştır. Sorunlar daha çok dikkatin odaklanması, sürdürülmesi ve organizasyonu ile ilgili güçlüklerdir. Diğer alanlarda da sorun yaşamakla beraber en büyük sorun okulda yaşanır. Bu çocuklar zeka seviyelerinin altında başarı gösterirler. Kızlarda daha sık görülür.

DEHB-Hareketliliğin Önde Olduğu Tip (DEHB/HI): Hiperaktivite ve dürtüsellik tanı ölçütleri karşılanmıştır ancak dikkat eksikliği tanı ölçütleri karşılanmamıştır. Engellenme eşikleri diğer tiplerden daha düşüktür. Erkeklerde daha sık görülür^{14,20,21}

DEHB-Bileşik Tip (DEHB-B): Temel belirtilerin üçü de aynı anda tanı ölçütlerini karşılamıştır. Hem aşırı hareketlilik hem de dikkat sorunları vardır. Sıklıkla erişkin yaşamda da sorunlar devam eder. Her iki cinsiyette de en sık görülen alt tiptir²².

DEHB-restriktif (kısıtlayıcı) dikkat eksikliği alt tip (DEHB/R): Diğer üç alt tipin yanı sıra 2010 yılında DSM-5 çalışma grubu dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılayan ancak hiperaktivite ve dürtüsellik tanı kriterlerinden üçünden daha azını karşılamış olan hastaların bir alt grup olarak tanımlanmasının önemini vurgulamıştır. Bu alt grup "DEHB-restriktif (kısıtlayıcı) dikkat eksikliği alt tipi" olarak tanımlanmıştır. Ancak kılavuzda yer alması için daha fazla ek araştırmanın yapılması gerektiği belirtilmiştir²³.

Klinik çalışmalarda hareketliliğin önde olduğu tipin okul öncesi ve ilköğretimin ilk yıllarında, bileşik tipin ilköğretimin ilk ve orta yıllarında, dikkat

eksikliğinin önde olduğu tipin ise ilköğrenimin son yılları ve lisede daha çok bulgu verdiği ve tanı konduğu gösterilmiştir^{13,24}.

Alt tiplerin etiyolojileri farklılık gösterebilir. Nigg ve arkadaşları DEHB'nin alt tiplerinde nörobilişsel ve yürütücü işlevlerle ilgili farklılıkların olduğunu ve farklı sebeplerin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan alt tipin değişebileceğini bildirmişlerdir³.

Epidemiyoloji

DEHB'nin yaygınlığı, yapılan araştırmalarda olguların farklı yöntem ve tanı ölçütleri kullanılarak tanımlanması sonucu farklılıklar göstermektedir. Tanı ölçütlerindeki farklılıklar nedeni ile DSM-IV kullanılarak yapılan çalışmalarda DEHB sıklığı ICD-10 kullanılarak yapılan çalışmalara oranla daha yüksek çıkabilmektedir²⁵.

Dünya genelindeki yaygınlığı ise okul çağı çocukları için %6, ergenler için %3²⁵, erişkinler için ise %2.5-4 olarak bildirilmiştir²⁶. Hem klinik hem de toplum kaynaklı epidemiyolojik çalışmalarda, erkeklerde bu bozukluğun kızlara göre 3-5 kat daha sık olduğu bildirilmektedir²⁷. Kliniğe başvuru oranı açısından bakıldığında, erkeklerin kızlara oranla 9 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir. Kızlarda ağırlıklı olarak dikkat eksikliğinin önde geldiği tipin görülmesi ve eşlik eden davranış sorunlarının daha az olmasının kliniğe başvuru oranlarını azalttığı düşünülmektedir²⁸.

Yapılan bir alan çalışmasında 10-13 yaşları arasındaki erkek çocukların %17,1'inin, kız çocuklarının ise %8,5'inin DEHB olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada 14-16 yaşları arasındaki erkek çocukların %11,4'ünün, kız çocukların ise %6,5'inin DEHB olduğu gösterilmiştir²⁹.

1989 yılında Szatmari ve arkadaşları tarafından yapılan Ontario çocuk sağlığı çalışmasında, geniş bir örneklem olarak tanımladıkları 12-16 yaş grubu ergen ve ailelerinin DSM-III kriterlerine göre doldurdukları ölçeklerde prevalansı erkeklerde %7.3, kızlarda %3.4 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada, prevalansın 6-9 yaşları arasında %8 ile en yüksek düzeye çıktığı, okul öncesi ve ergenlik döneminde düştüğü gösterilmiştir³⁰.

Türkiye'de Trabzon ilindeki 1126 ilköğretim çağı çocuğunda (6-12 yaş) yapılan araştırmada, DEHB sıklığı %8.6 olarak saptanmıştır³¹. 6-15 yaş arasındaki 1425 çocukla yapılan bir başka çalışmada ise DEHB sıklığı %8.1

olarak belirtilmiştir³². Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine yapılan başvurular arasında DEHB sıklığı ise %8.6 ila %22.4 arasında değişmektedir³³.

Türkiye’de yapılan toplumsal örneklemlerli çalışmalarda DEHB’deki cinsiyet dağılımına bakıldığında, DEHB’nin erkek çocuk ve ergenlerde daha sık görülmekte olduğu ve bununla birlikte erkek/kız oranlarında farklılıklar bildirilmektedir; 1.8/1³² ile 3.5/1³¹.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar DEHB prevalansının ergenlikte %2.2-9.9³⁴ arasında olduğunu, erkek kız oranının 5.7/1³⁵ olduğunu bildirmiştir. Bu yaş grubunda, en sık dikkat eksikliği alt tipi bulunur, bunu takiben bileşik tip ve en az da hiperaktif-impulsif tip söz konusudur.

Etyoloji

DEHB, nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluk olup, etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Konu ile ilgili araştırmalar bozukluğun monoamin düzenekler ve frontostriatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan kalıtsal bir bozukluk olduğunu desteklemektedir¹³.

Genetik Faktörler

DEHB’de genetik etkenlerin önemi ilk olarak Cantwell ve Morrison ve Stewart tarafından ortaya konmuştur³⁶. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile DEHB etiyolojisindeki genetik bileşen aydınlatılmaya çalışılmıştır. Yapılan bu çalışmalar ile DEHB’nin etyopatogenezinde temel sebebin genetik olduğuna dair kanıtlar artmaktadır³⁷. Bu alanda yapılmış ikiz çalışmalarında (n:20) genetik geçişin %76 olduğu tahmin ediliyor ki bu oran mental bozukluklar içerisinde kalıtılabilirlik açısından en yüksek oranlardan biridir³⁸. Aile çalışmaları ise, DEHB’nin aynı aile bireyleri arasında, özellikle kardeşler arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar DEHB olan bireylerin birinci derece akrabalarında riskin 4-6 kat arttığını göstermektedir³⁹. İkiz çalışmalarında ise tek yumurta ikizlerinde %50-80, çift yumurta ikizlerinde %33 oranında genetik geçiş saptanmıştır⁴⁰. Evlat edinme çalışmalarında, evlat edinilen DEHB tanılı ikizlerin biyolojik ailelerinde DEHB öyküsünün evlat edinen aileye oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir⁴¹.

DEHB tanısı almış çocuk, ergen ve erişkinlerin ailelerinin değerlendirilmesi ile hiperaktivite-dürtüsellik belirti kümesinin dikkat eksikliği kümesinden daha düşük genetik geçiş gösterebileceği öne sürülmüştür⁴². DEHB tanısını alan çocuk ve ergenlerin annelerinin DEHB olma oranı %15-20, babalarda ise %25-30 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla; ebeveynlerin DEHB tanısını karşılama oranlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir³⁶.

Moleküler genetik çalışmaları, dopaminerjik ve noradrenerjik sistemin işlev bozukluğuna odaklanmıştır. Bu alanda 8 gen tanımlanmıştır. Ancak bu genlerin her biri DEHB oluşumunda çok küçük bir risk artışı oluşturuyor gibi görünmektedir³⁸. DEHB'de moleküler genetik çalışmalarla incelenen genlerden en çok üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler dopamin D4 reseptör geni (DRD4) ve dopamin taşıyıcı protein genidir (DAT1)². DEHB ile ilişkilendirilen diğer genler DRD1, DRD3, DRD5, serotonin taşıyıcı protein geni (SLC6A4), norepinefrin taşıyıcı protein genidir^{13,43-45}. Pek çok çalışma, DEHB'nin çok sayıda küçük ancak güçlü genin çevresel faktörler ile etkileşimi ile ortaya çıktığını bildirmiştir⁴⁶.

Nörokimyasal Faktörler

Tedavide kullanılan ilaçların etki mekanizmalarından yola çıkılarak DEHB olan çocuklarda özellikle dopamin (DA) ve norepinefrin (NA) başta olmak üzere nörokimyasal değişikliklere yönelik araştırmalar artmıştır⁴⁷. DA, NA ve bunların metabolitlerinin DEHB'deki rolü konusunda bilgiler halen kısıtlı olmakla birlikte yazında genel olarak DA ve NA metabolizmasında bir azalmadan söz edilmektedir¹³. DEHB belirtilerinin metilfenidat, amfetamin ve atomoksetin gibi dopaminerjik ve noradrenerjik ajanlarla hafifletiliyor olması da katekolaminerjik hipotezi desteklemektedir.

Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

DEHB'nin santral sinir sistemi hasarı sonucu geliştiğine yönelik düşünceler bozukluğun tanımlanmasından günümüze kadar öne sürülmekte olup, yapılan çalışmalar sonucunda bozukluğun nöroanatomik kökenleri konusunda pek çok ön bulgu elde edilmiştir⁴⁸. Silik nörolojik belirtiler ve özgün

olmayan EEG bozukluklarının tabloya eşlik etmesi, epilepsi gelişme olasılığının normalden yüksek olması bu düşünceyi destekler niteliktedir⁴⁹.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) takip çalışmaları, DEHB'de beyin hacminin küçüldüğünü, özellikle frontal lob, serebellum, korpus kallosumun bazı bölümleri ve bazal gangliyanın aynı yaş grubundaki DEHB'si olmayan bireylerden daha küçük olduğunu bildirmiştir. 2001'de Giedd ve ark yaptığı meta analizde DEHB olan çocuklarda total beyin hacminin aynı yaş ve cinsiyetteki DEHB olmayan kontrol grubuna göre yaklaşık olarak %5 oranında daha küçük olduğunu saptamışlardır⁵⁰. DEHB'li çocukların MRI bulgularında daha dar sağ frontal ölçümler ve kaudatta normalde var olan sağ kaudatın sol kaudatdan büyük olması ile ilgili oranının değiştiği tespit edilmiş, belirgin daha küçük sol kaudat gözlenmiştir^{51,52}.

11 fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasının regresyon meta-analizi, ilaç almamış DEHB'lilerde sağ dorsolateral prefrontal kortekste aktivasyonda azalma olduğunu ancak uzun süreli psikostimülan ilaçları kullanan grupta aktivasyonun kontrol grubuna kıyasla normal olduğunu bildirmiştir⁵³.

Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmaları ile DEHB olan erişkinlerde prefrontal korteks metabolizmasının azaldığı, ergen kızlarda ise tüm metabolizmanın azaldığı gösterilmiştir⁵⁴. SPECT (single-photon emission computed tomography) ile erişkinlerde dopamin taşıyıcı proteine artmış bağlanma olduğu gözlenmiştir⁵⁵.

Çevresel Faktörler

Bu alanda yapılan çalışmalarda, pek çok pre-peri ve postnatal risk faktörlerinin DEHB ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür. DEHB'nin doğumsal etkenlerle ilişkisini araştıran Zapitelli ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde 1976-2001 yılları arasında yayınlanan 51 makale incelenmiş ve DEHB'li çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır⁵⁶.

ileri anne yaşı, yetersiz anne eğitimi, ailede DEHB öyküsü, sosyal problemler, ebeveynin sigara ve alkol kullanımı, gebelikte enfeksiyon, annede kaygı ve stres, düşük doğum ağırlığı, ebeveyn stresi, erken duygusal yoksunluklar, ayrılıklar ve evlat edinme, erken doğum, genç yaşta anne olma,

ebeveynin antisosyal davranışları ve anne depresyonu, hamilelikte düşük folik asit düzeyi DEHB ile bağlantılı bulunan çevresel risk faktörleridir⁵⁷⁻⁶⁰.

Klinik Özellikler

DEHB kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli aşırı hareketlilik-dürtüsellik ile karakterize kronik bir bozukluktur. Belirtiler genellikle 7 yaşından önce başlar ve ebeveynlerinden alınan öyküde genellikle bebeklik döneminden itibaren süregelen bir hiperaktivite mevcuttur⁶¹. Gelişim düzeyine uyumsuzluk gösterecek şekilde belirtilerin ortaya çıkması 3-4 yaşlarına rastlamaktadır. İşlevsellikte bozulma ve psikososyal sorunlar ise çocukluk çağının ortalarına doğru belirginleşmeye başlar⁶².

Bozukluğa ait belirtiler nedeniyle DEHB olan çocukların okul başarıları ve arkadaş ilişkileri olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Belirtilerde yaş dönemine göre değişiklikler gözlenebilmektedir. Okul öncesi dönemde hiperaktivite, dikkat eksikliği ve dürtüsellik normal davranışlar olarak kabul edilebileceği için, belirtileri değerlendirmekte zorluklar olmaktadır. Bu davranışlar çok şiddetli, yaygın ve işlevsellikte belirgin bozulma yarattığı zaman anormal kabul edilmektedir⁶³.

Okul çağı çocuklarında dikkat eksikliği kendini, akademik başarısızlık olarak göstermektedir. DEHB'li çocukların akademik işlevselliklerinde daha fazla bozulma, daha düşük okul başarısı ve daha fazla sınıf tekrarı yaşadıkları bildirilmiştir⁶⁴.

Ergenlik döneminde motor hiperaktivite, aşırı motor hareketlilik pek çok olguda azalmakta ve yerini içsel huzursuzluğa bırakmaktadır. Ancak diğer hiperaktivite belirtileri, gürültücülük ve çok konuşma gibi belirtiler devamlılık göstermektedir. Bu dönemde aynı zamanda riskli cinsel davranışlar, tehlikeli aktiviteler, alkol-madde kullanımı, kuralsız araba kullanımı nedeniyle trafik kazaları ve antisosyal davranışlar gözlenebilmektedir⁶⁵⁻⁶⁷.

İzlem çalışmalarında DEHB'nin erişkin dönemde de devam ettiğini ve DEHB tanısı alan çocukların en az %50'sinin erişkin dönemde de bu tanıyı aldığı bildirilmiştir⁶⁸. DEHB belirtileri tedavi edilmezse devam eden sosyal, akademik, mesleki, kişiler arası ilişkide ve evlilikte zorluklar, alkol-madde kötüye kullanımı, artmış kaza-yaralanma ile sonuçlanmaktadır⁶⁹.

DEHB tanısı bu klinik özellikler değerlendirilerek konmaktadır. Tanıyı kesinleştirmek için DEHB'ye özgü herhangi bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Klinisyen DEHB tanısı için, aile ve çocukla yapılan görüşmeleri, klinik gözlemi, fizik ve nörolojik incelemeyi, davranışı değerlendiren ölçekleri ve bilişsel testleri kullanmaktadır¹³.

Eşlik Eden Tanılar

DEHB tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmekte olup bozukluğa eşlik eden psikopatolojilerin, bozukluğun seyrini olumsuz yönde etkilediği ve tedavi planında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir. Başka bir psikiyatrik bozuklukla birliktelik durumunda bazı belirtilerin DEHB'yi taklit etmesi veya belirtilerin üst üste binmesi nedeniyle tanısız zorluklar yaşanabilmektedir.

Bu alanda yapılmış en geniş katımlı araştırma Danimarka'da yapılmış olup 4-17 yaş arası DEHB tanılı 14825 çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik eştanılar değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre olguların %52'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu, en sık rastlanan eştanıların davranım bozukluğu (%16.5), özel gelişimsel dil ve öğrenme bozukluğu (%15.4), otizm spektrum bozukluğu (%12) ve zihinsel yetersizlik (%7.9) olduğu tespit edilmiştir. Erken çocukluk çağında tepkisel bağlanma bozukluğu, otizm ve zihinsel yetersizlik en çok eştanı iken, çocuklukta ve ergenlikte, kaygı bozuklukları, tik bozukluğu, davranım bozukluğu ve geç ergenlikte de artık madde kullanım bozukluğu, psikoz ve şizofreni sık bulunmuştur⁷⁰.

DEHB ile eşzamanlı görünümü açısından üzerinde en çok çalışılmış ve en yaygın olarak kabul edilmekte olan bozukluklar karşı olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğudur (DB). KOKGB ve DB, DEHB ile birlikte Yıkıcı Davranış Bozuklukları tanı grubunu oluşturmaktadır. DEHB ve KOKGB'nin çok sık bir arada buldukları bilinmektedir. Hatta bu komorbid durum çocukluk çağında DEHB'lilerde en sık görülen komorbid durumdur. 6-17 yaş aralığındaki DEHB olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir araştırmada eşhastalanım oranı KOKGB için çocuklarda %46, ergenlerde %33; DB için çocuklarda %23, ergenlerde %42 gibi yüksek oranda saptanmıştır⁷¹.

Duygudurum bozuklukları içinde hem majör depresif bozukluk (MDB) hem de distimik bozukluk DEHB ile en sık birliktelik gösteren bozukluklardır. MDB sıklığı DEHB olan çocuk ve gençlerde DEHB olmayanlara göre 5.5 kat

daha fazla bulunmuş olup sıklığın %12-50 oranında olduğu gösterilmiştir⁷². Çocuk ve ergen DEHB grubunda bipolar bozukluk ise oranı %8.3-%22 olarak bulunmuştur⁷³.

DEHB ve anksiyete bozuklukları eş tanı oranı, klinik örnekleme %10-40 ve ortalama %25 olarak bildirilmektedir⁷⁴. Çocukları kapsayan bir çalışma, DEHB'li çocukların %26'sında bir anksiyete bozukluğu, %39'unda en az iki anksiyete bozukluğu bildirmiştir. Bu bozukluklar sırası ile sosyal fobi (%48), genelleşmiş anksiyete bozukluğu (%34), ayrılma kaygısı (%32), obsesif kompulsif bozukluk (%8), travma sonrası stres bozukluğu (%6) ve panik bozukluk (%2) olarak bildirmiştir⁷⁵.

Ayırıcı Tanı

DEHB'nin ayırıcı tanısında hem psikiyatrik hem de psikiyatrik olmayan bozukluklar incelenmelidir. DEHB birçok belirti grubunu içerdiği ve bazı psikiyatrik bozukluklarla sık olarak birlikte görüldüğü için ayırıcı tanı açısından diğer psikiyatrik bozukluklarla karışabilmektedir. Bunlar arasında mental retardasyon, öğrenme bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, uyum bozukluğu, KOKGB, DB, madde kullanım bozukluğu en sık görülenleridir⁵⁴.

Psikiyatrik olmayan durumlardan özellikle işitme ve görme sorunları gibi duyuşal bozukluklar, olası ilaç kullanımı (antihistaminikler, steroid, teofilin, fenobarbital), hipertiroidizm, epilepsi, kurşun zehirlenmesi, frajil X sendromu, DEHB ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Ayrıca belirtiler yaşa göre değerlendirilmeli ve çocuğun gelişim dönemine uygun hareketlilik veya yoğunlaşma süresi göz önüne alınmalıdır¹³.

Tedavi

DEHB tedavisinde farmakoterapi ve psikososyal yaklaşımlar sık kullanılan yöntemlerdir. Farmakoterapinin etkinliği yüksek olmakla birlikte DEHB tedavisinde, ilaç tedavileri ve davranışsal yöntemlerin birlikte kullanıldığı çoklu tedaviler en etkili yöntemler olarak kabul edilmektedir⁷⁶.

Psikososyal yaklaşımlar bireysel, grup, aile ve okul temelli yaklaşımları, psikoeğitimi, davranış terapisini, sosyal beceri eğitimini kapsamaktadır⁷⁷. Psikoeğitim, çocuğun ve ailenin DEHB'yi tam olarak anlamalarının sağlanması

ve tedavi planına çocuk ve ailenin dahil edilerek, tedavinin yararlarının ve yan etkilerinin anlatılmasını içermektedir. Davranışçı terapilerde ise çocukla beraber mutlaka ebeveynler ve öğretmenler de yer almalıdır¹⁸.

DEHB'nin ilaç tedavisinde ilk seçenek olarak uyarıcı ilaçlar tercih edilmektedir. Uyarıcı ilaçların etkinliği ve güvenilirliği birçok klinik deneyde ve meta analizde gösterilmiştir. Klinik deneylerde uyarıcı ilaçların plaseboya kıyasla çok daha etkili ve vakaların %70'inde erken olumlu klinik cevap oluşturduğu gösterilmiştir. Çalışmalarda etki boyutu 1.0 bulunmuş olup bu değer psikotrop ilaç için en yüksek değerlerdendir. En çok kullanılan uyarıcı ilaçlar metilfenidat, deksmetilfenidat ve dekstroamfetamindir^{78,79}. Türkiye'de DEHB tedavisinde kullanımı onaylanmış olan tek uyarıcı ilaç metilfenidattır.

Atomoksetin DEHB tedavisinde FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanan ilk uyarıcı dışı ilaçtır. DEHB tedavisinde atomoksetinin plaseboya kıyasla daha etkili olduğu gösterilmesine rağmen, metilfenidat ve amfetaminle yapılan çalışmalarda uyarıcılara kıyasla etkinliği daha az bulunmuştur^{80,81}. DEHB tedavisinde uyarıcıların etkili olmadığı, tolere edilemediği, eşlik eden madde kullanım bozuklukları, tik bozuklukları, anksiyete bozuklukları bulunması durumlarında atomoksetin birinci tercih olarak düşünülebilmektedir⁸².

Bupropion, modafinil, alfa 2 agonist olan klonidin ve guanfasin, trisiklik antidepresanlardan sıklıkla imipramin ve nortriptilin, venlafaksin DEHB tedavisinde kullanılabilen ilk tercih olmayan ilaçlar arasında yer almaktadır⁷⁷.

İnternet Bağımlılığı

İnternetin Tanımı ve Tarihçesi

İki veya daha çok sayıda bilgisayarın birbiriyle bağlantısı anlamına gelen bilgisayar ağlarının aralarında tekrar bağlantı kurmalarıyla oluşan, dünya çapında yaygın bilgisayar ağlarına dayalı bir iletişim sistemi olan ve International Network kelimelerinden oluşturulmuş olan interneti kısaca, "bilgisayarlar arası dünya çapındaki ağ" şeklinde tanımlayabiliriz⁸³.

Temelleri, ABD ile Sovyetler Birliği arasında yaşanan soğuk savaş döneminde atılmıştır. Olası bir nükleer savaşta askeri iletişim kurmak ve ana bilgisayardaki bilgileri diğer bilgisayarlara aktarmak amacıyla gündeme gelen

internet konusunda, ABD Savunma Bakanlığı'nın bir kurulumu olan ARPA'nın (Advanced Research Projects Agency) desteği ile çalışmalara başlanmış ve 1969 yılında California'da dört ayrı şehirdeki bilgisayar arasında bilgi transferi gerçekleştirilerek sistemin ilk adımı atılmıştır⁸⁴.

1980'den itibaren, bugün için de son derece yaygın olarak kullanılan TCP/IP protokolü devreye girmiştir. Daha sonraları 1991'de Tim Barnes Lee, "hypertext" denen daha görsel bir temele dayanan world wide web'i (www) icat etmiş ve bilgisayar ağı bugünkü "internet" adını almıştır. Sonraki dönemlerde işlevsel ağların sayısı çok büyük bir hızla artmış, başlangıçta yalnızca akademik kullanım olanaklarına sahip bir donanım iken yeni iletişim protokolleri ile kazandığı ivme ile kapsamlı biçimde yaygınlaşmıştır⁸⁵.

İnternetin ülkemizdeki gelişimi ise, 1990'lı yılların başına dayanır. Türkiye, internete Nisan 1993'ten beri bağlıdır. İlk bağlantı Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde (ODTÜ) gerçekleştirilmiştir.

Dünyada ve Türkiye'de İnternet Kullanımı

Dünya çapında internet kullanımı dramatik bir şekilde artmaktadır. 15 Kasım 2015 tarihi itibarıyla dünya çapında internet kullanıcı sayısı 3,345,832,772'e ulaşmıştır. Yani Dünya'nın %46,1'i internet kullanmaktadır⁸⁶.

Türkiye'de Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre 2015 yılı Nisan ayında bilgisayar ve internet kullanım oranları 16-74 yaş grubundaki %54,8 ve %55,9 oldu. Bu oranlar erkeklerde %64 ve %65,8 iken, kadınlarda %45,6 ve %46,1'dir. Bilgisayar ve internet kullanım oranları, 2014 yılında %53,5 ve %53,8'di. Türkiye genelinde İnternet erişim imkanına sahip hanelerin oranı 2015 yılı Nisan ayında %69,5 oldu⁸⁷. Türkiye'nin internet kullanıcı sayısı 2000 yılında 2.000.000'dü. 10 yıllık bir süreçte internetin yaygınlığının artma derecesi çok hızlıdır ve yaygınlaşma süreci hızla devam etmektedir.

İnternet Bağımlılığının Tanımı ve Tarihçesi

İnternet bağımlılığı; genel olarak internetin aşırı kullanılması, isteğinin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, doyum sağlamak için gittikçe artan miktarda internet kullanımı, internette planladığından daha fazla kalmak yoksun kalındığında aşırı sinirlilik

hali ve saldırganlık olması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanabilir. Bağımlılık denildiği zaman genellikle akla alkol, esrar, kokain, eroin gibi maddeler gelmektedir, fakat davranışsal bağımlılıkların da var olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Davranış bağımlılığı olarak kumar, seks, alışveriş, televizyon, bağımlılıkları örnek verilebilir⁸⁸. İnternet bağımlılığında herhangi bir bağımlılık sendromunda görülen yoksunluk semptomları (sinirlilik, ajitasyon, agresyon), artmış tolerans, kendine hakim olamama (aşırı kullanım), negatif pekiştirme (yalan söyleme, sosyal izolasyon) bulgularının hemen hepsi görülebilmektedir⁸⁹.

İnternet bağımlılığı konusundaki anektodal bildirimler 1970'ler ve 1980'lerde ortaya çıkmaya başladı⁹⁰. Türkçe 'de çoğunlukla "internet bağımlılığı" olarak kullanılan bu kavram, uluslararası literatüre ilk kez, Dr. Ivan Goldberg'in 1996 yılında göndermiş olduğu şaka amaçlı bir maille girmiştir⁹¹. Uluslararası literatüre ilk kez "internet addiction" kavramı ile giren bu kavram daha sonraları farklı araştırmacı ve klinisyenler tarafından farklı kavramlarla adlandırılmıştır. Young ve Goldberg, öncelikle "internet bağımlılığı" kavramını kullanmış ancak daha sonraki çalışmalarında klinik bir kavram olan "patolojik internet kullanımı" kavramını kullanmayı tercih etmişlerdir⁸⁹. Çalışmalarda yukarıdaki tanımlamaların hangisinin kullanılacağına dair bir uzlaşma yoktur, çoğunlukla internet bağımlılığı kavramı kullanılmakla birlikte burada bahsedilirken de bu terimler birbirleri yerine kullanılabilir.

İnternet bağımlılığı genel olarak teknolojik bağımlılıklar başlığı altında ele alınmaktadır⁸⁹. Bu bağımlılıklar kimyasal olmayan davranışsal bağımlılıklar şeklinde tanımlanmış olup insan-makine etkileşimine dayanır. Televizyon izleme gibi pasif bağımlılık olabileceği gibi, bilgisayarda oyun oynama gibi aktif bağımlılık da görülebilir. Davranışsal bağımlılıklar da bağımlılığın ana bileşenleri olan zihinsel uğraşlar, duygudurumda değişimler, tolerans, yoksunluk, kişilerarası ilişkilerde bozulma, tekrarlama özelliklerini taşımaktadırlar⁹².

İnternet üzerinden çevrimiçi oyun oynamanın dopamin salgısına yol açtığını saptayan ve bu durumun da bağımlılık geliştirilmesinde etkili olan önemli bir nörokimyasal olay olduğunu belirten araştırmaların varlığı da; problemlerle internet kullanımını, internet bağımlılığı kavramını kullanarak ele alan araştırmacıları desteklediği düşünülmektedir⁹³. İnternet üzerinden oynanabilen çevrimiçi oyunlar, yeni insanlarla tanışma, cinsel içerikli sitelere ulaşabilme gibi

olanaklar, biyolojik olarak ödül sistemlerini aynı psikoaktif maddeler gibi kullanarak, kişinin bu davranışları tekrarlayarak pekiştirmesine ve sonucunda bağımlılığın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir⁹⁴.

Önerilen Tanı Kriterleri

DSM-IV ve ICD-10'da bilgisayar ya da internetin problemleri kullanımı ile ilgili özel bir tanımlama henüz yoktur ve mevcut tanı sistemlerine göre "Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu" tanısı altında değerlendirilmektedir⁹⁵. İnternet oyun bozukluğu (internet gaming disorder) DSM-5'in üçüncü bölümünde tanımlanmış olup resmi bir bozukluk olarak ana kitaba eklenmesinin bu konuda daha fazla araştırma yapılması koşuluyla düşünülebileceği belirtilmiştir¹.

DSM-5 İnternet Oyun Bozukluğu Önerilen Kriterler:

a) Son 12 ayda görülen süreğen ve tekrarlayıcı biçimde internet oyunları oynamak için internet kullanmak ve bu tablonun klinik düzeyde yetersizliğe ve sıkıntıya yol açması gerekmektedir. Aşağıdakilerden beşinin olması tanı için şarttır:

1) İnternet oyunları ile aşırı meşgul olma (kişi bir önceki oyunu ve bir sonraki oyunu düşünür, gününün önemli bir kısmını buna ayırır)

Not: Bu durum internet kumarından ayrı tutulmalıdır.

2) Oyun oynamadığı zaman çekilme belirtileri (Gerginlik, kaygı, üzüntü, mutsuzluk gibi, ancak fiziksel belirti farmakolojik çekilmelerde olduğu gibi değildir).

3) Tolerans gelişmesi, daha fazla zamanı internet oyunları ile geçirmeye ihtiyaç duyma

4) İnternet oyunlarına katılımı kontrol etmede başarısızlık

5) Bu alanın dışında kalan önceki hobileri ve ilgilerini kaybetme

6) Psikososyal problemlerini bildiği halde aşırı internet oyunu oynaması

7) Aile bireyleri, terapistleri ve başka kişileri internet oyunlarında geçirdiği süre ile ilgili aldatma

8) Olumsuz duygudurumundan kaçınmak/hafifletmek için internet oyunlarını kullanma

9) Anlamlı ilişkisi, işini veya eğitsel ve kariyer olanaklarını bu oyunlara katılım sebebiyle kaybetme

Goldberg DSM-IV'teki "madde bağımlılığı" tanı ölçütleri doğrultusunda internet bağımlılığı için göstergeler geliştirmiştir. Young (1996), DSM-IV'ün "patolojik kumar oynama" tanı ölçütlerini temel alarak internet bağımlılığını tanımlamıştır⁸⁹. Young'un tanımladığı 8 ölçütten 5 tanesinin karşılanması durumunda kişi "internet bağımlısı" olarak tanımlanabilmektedir.

Young'un İnternet Bağımlılığı için Önerdiği Tanı Ölçütleri:

1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş (sürekli olarak interneti düşünme, internette yapılan aktivitelerin hayalini kurma, internette yapılması planlanan bir sonraki etkinliği düşünme, vb)
2. İstenilen keyfi almak için giderek daha fazla oranda internet kullanma ihtiyacı duyma
3. İnterneti kullanımını kontrol etme, azaltma ya da tamamen bırakmaya yönelik başarısız girişimlerin olması
4. İnternet kullanımının azaltılması ya da tamamen kesilmesi durumunda huzursuzluk, çökkünlük ya da kızgınlık hissedilmesi
5. Başlangıçta planlanandan daha uzun süre internette kalma
6. Aşırı internet kullanımı nedeniyle aile, okul, iş ve arkadaş çevresiyle sorunlar yaşama, eğitim veya kariyer ile ilgili bir fırsatı tehlikeye atma ya da kaybetme
7. Başkalarına (aile, arkadaşlar, terapist, vb) internette kalma süresi ile ilgili yalan söyleme
8. İnterneti problemlerden kaçmak veya olumsuz duygulardan (örn: çaresizlik, suçluluk, çökkünlük, kaygı) uzaklaşmak için kullanma

Young internet bağımlılığını tanımlarken çeşitli davranış ve dürtü kontrol bozuklukları perspektifinde özelleştirerek 5 kategoriye ayırmıştır⁹⁶. Bunlar:

1. Sanal seks bağımlılığı
2. Sanal ilişki bağımlılığı
3. Net bağımlılığı
4. Bilgi bağımlılığı
5. Bilgisayar oyunu bağımlılığı

Epidemiyoloji

İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalarda, yaygınlık ile ilgili çok farklı sonuçlar bildirilmekte ve bu durum, örneklem özelliklerine, kullanılan

ölçüm araçlarının özelliklerine ve internet bağımlılığı ile ilgili tanı ölçütlerinin net olmamasına bağlanmaktadır⁹⁷. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, genel olarak internet bağımlılığının toplumdaki yaygınlığı %6-14 olarak belirtilmektedir⁸⁵. Genel olarak erkeklerde kızlara oranla 2-3 kat daha fazla görülmekte ve internetin problemlili kullanımına gençlerde daha çok rastlanmaktadır.

ABD’de 8 ila 85 yaş arasındaki 17251 kişinin çevrimiçi bir anketi cevaplama ile yapılan çalışmada, katılımcıların %5,7’sinin internet bağımlılığı tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir⁹⁸. Yine benzer şekilde Kore’de yapılan, çevrimiçi ve geniş katılımlı (13000 kişi) bir çalışmada ise, internet bağımlılığı yaygınlığı %3.47 olarak bulunmuştur⁹⁹.

Etyoloji

İnternet bağımlılığı günümüzde yaygın görülen bir problem olarak kabul edilmesine rağmen bu sorunun etyolojisi henüz tam olarak aydınlanmış bir konu değildir⁹³. İnternet bağımlılığının etyolojisinde birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi multifaktöriyel etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Neden internet kullanan herkeste değil de bazı kullanıcılarda bağımlılık geliştiği cevap bekleyen sorulardandır. Bozukluğu anlamada çeşitli etyolojik modeller öne sürülmektedir.

İnternet bağımlılığının nörobiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalar, internet bağımlılarının internete girdikleri anda, aynı madde bağımlılarının madde aldıkları anda olduğu gibi, dopamin miktarlarının arttığını göstermiştir. Dopamin, sinaptik aralığa salındığında, birçok dopaminerjik reseptörü (D1, D5) uyararak stres hissinin azalmasına ve kişinin kendini daha iyi hissetmesine neden olabilmektedir¹⁰⁰. Kandel ve arkadaşları hazzın nöral mekanizmalarının yeteri kadar iyi anlaşılmadığını, ancak bunların olasılıkla beyindeki ödül ve öğrenilmiş davranışın pekiştirilmesi mekanizmalarıyla çakıştığını ifade etmiştir. Ventral tegmental alandan mezolimbik ve mezokortikal alanlara uzanan dopaminerjik nöronların birçok psikoaktif madde tarafından aktive edilebiliyor olması, orta beyin dopaminerjik nöronlarının ödül-bağımlılık sistemlerindeki rolünü güçlendirmektedir¹⁰¹.

Davis’in açıkladığı “bilişsel davranışçı modele” göre anormal biliş ve düşünceler, buna uygun davranışlar ve bu durumun pekişmesi sonucunda

kişide internet bağımlılığı gelişmektedir. Kişinin kendi benliğini ve dünyayı olumsuz algılaması, düşük benlik değeri şeklindeki olumsuz bilişler davranışlardan önce başlamaktadır. Bu bilişleri geliştiren kişiler olumsuz duygularıyla baş edebilmek için internet kullanmaktadır. Bireydeki düşük benlik değeri ve kendine negatif bakış açısından bakma, internet ile daha farklı bir gelişim sürecine girmektedir. internet gibi stres verici yeni bir ortamla karşılaşılması ve karşılaşılan ortamda pekiştiricilerin olması yeni bilişsel yapılanmayı oluşturmaktadır. Pekiştirici faktörler ile beraber olumsuz bilişsel semalar internette şekillenir ve yeni uyumsal olmayan bilişsel semalar gelişir, bunlar da problemi çözme, harekete geçme şeklindeki uyumsal tepkileri engellemektedirler¹⁰².

Caplan, Davis'in modelini temel alarak oluşturduğu "sosyal beceri eksikliği teorisi" ile kişilik problemi olan veya psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin internet bağımlılığına daha yatkın olduğunu ifade etmiştir. Bu teoriye göre depresyon, sosyal izolasyon gibi problemleri olan kişilerin sosyal iletişim açısından olumsuz bilişleri vardır, bu kişiler yüz yüze iletişim değil de daha az tehdit edici olarak gördükleri sanal iletişimi tercih ederler. Bu kişilerde sanal iletişimin kolay, daha az riskli, daha heyecanlı olduğu inancını oluşturur. Tüm bu nedenlerden dolayı kendilerini sanal ortamda daha rahat hissettikleri için internet aşırı kullanımı ve sonrasında internet bağımlılığı ortaya çıkmaktadır¹⁰³.

Diğer bir teori olan "kültürel mekanizmalar teorisi" internet bağımlılığının internetin bulunduğu her yerde olduğu gerçeği göz önünde bulundurularak önerilmiş bir teoridir. İnternet bağımlılığının internete erişim kapasitelerinin kısıtlı olduğu az gelişmiş ülkelerde çok az görüleceği bilinen bir gerçektir. ABD, Güney Kore ve Çin gibi internet kullanımının fazla olduğu yerlerde internet bağımlılığı tahmin edileceği gibi daha fazladır¹⁰⁴.

Eşlik Eden Tanılar

Yapılan birçok çalışma internet bağımlılığı ile psikiyatrik bozuklukların birlikte görüldüğünü göstermiştir. Eş tanısı olan kişiler tedaviye daha zor cevap vermekte ve rahatsızlıklarının tekrarlama olasılıkları daha fazladır¹⁰⁵.

Black ve arkadaşları yetişkinlerle yaptıkları bir çalışmada internet bağımlılarının %50'sinde başka bir psikiyatrik bozukluk bulunduğunu ortaya koymuştur. En sık rastlanan bozukluklar madde kullanımı (%38), duygudurum

bozukluğu (%33), anksiyete bozukluğu (%19), psikotik bozukluk (%14) şeklinde olmuştur. Bu kişilerin %38'nin en az bir başka dürtü kontrol bozukluğu daha olduğu ve bunlar arasında en sık kompulsif alışverişin (%19) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu kişilerin bazılarının borderline, narsistik ve antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerini de karşıladıkları ve özellikle daha önceden çeşitli dürtü kontrol bozukluğu ya da madde bağımlılığı sorunu olanların interneti daha aşırı ve patolojik düzeyde kullanma eğiliminde oldukları ifade edilmiştir¹⁰⁶.

Depresyon internet bağımlılığı için hem bir neden hem bir sonuç olarak düşünülebilir. Başka sosyolojik ya da psikolojik etkenler nedeniyle depresyon hali gözlenen birey bu nedenle internete yönelip bağımlı olabileceği gibi, internet bağımlısı olduktan sonra da bağımlılığından dolayı depresyon hali gözlemlenebilmektedir. İnternet bağımlısı olan ergenler, interneti depresyon hallerini hafiflettiği bir ortam olarak gördüklerini açıklamışlardır¹⁰⁷.

İnternet bağımlılarında depresyon tanısının ve intihar düşüncelerinin daha fazla olduğunu bildiren birçok çalışma vardır (66, 108). Kore'de yapılan 15-16 yaş aralığında 1573 lise öğrencisiyle yapılan internet bağımlılığı ve depresyon ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, internete bağımlı olan öğrencilerin depresyon ve suicidal düşünce ölçekleri puanlarının, bağımlı olmayan ve muhtemel bağımlı olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur¹⁰⁸.

Yen ve arkadaşlarının Tayvan'da 15-23 yaş arası 2114 lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada internet bağımlılığı olan ergenlerin daha yüksek sosyal fobi, depresyon ve hostilite davranışlarına sahip oldukları saptanmıştır¹⁰⁹.

Yapılan araştırmalar yalnız olan kişilerin internet bağımlılığına daha yatkın olduklarını göstermektedir. Caplan ise yalnızlığın aslında sosyal anksiyeteye bağlı olduğunu ve bağımlıların sanal ortamda bu yüzden daha rahat olduklarını ifade etmiştir¹¹⁰.

Ülkemizde Ekinci ve arkadaşlarının 1212 ergen katılımcıyla yaptığı çalışmada internet bağımlılığının uykuya dalma ve sürdürme güçlükleri, uyanma güçlüğü ve gün içinde uykulu hissetmeyi içeren çok sayıda uyku probleminin daha sık olduğu bulundu¹¹¹.

İnternet Bağımlılığı ve DEHB

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan kişilerin hastalığın doğası gereği dürtü kontrol sorunları mevcuttur. Bu durum internet kullanımını sonlandırma ve otokontrol güçlüklerini de beraberinde getirebilir. DEHB tanısının internet bağımlılığı açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir¹¹².

Yen ve arkadaşlarının 2114 lise öğrencisinin (1204 erkek, 910 kız) değerlendirildiği çalışmada; internet bağımlısı olan ergenlerde her iki cinsiyette de daha yüksek DEHB semptomlarına sahip olduğu saptanmıştır¹⁰⁹.

İnternet Bağımlılığı ve Ergenler

Bilişsel kontrolünün gelişimindeki değişkenlikler nedeniyle ergenler internet bağımlılığı geliştirme riski taşıyan bir popülasyon olarak görünmektedir¹¹³. Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre 12-18 yaş arasındaki dönem bireyin kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası yaşadığı kritik bir dönemdir. Ergenin kendi kimliğini sorgulamaya başladığı, çok önemli değişimlerin yaşandığı bu dönemde aileden çok akran grupları öne çıkmakta, buna bağlı olarak anti-sosyal davranışlar gözlenebilmektedir¹¹⁴. İnternet ergenlere elektronik posta, anlık mesajlaşma, günlük tutma ve sohbet odaları gibi iletişim uygulamaları akran kabulü ve sosyal onay beklentilerini karşılama olanağı sunmaktadır¹¹⁵.

Kaltiala-Heino, Lintonen ve Rimpela'ya göre ergenlerin kişilik gelişiminin ve hızlı bir psikolojik gelişimin ortasında olmasına bağlı olarak madde ya da aşırı internet kullanımı gibi bağımlılık yapıcı ajanların zararlı etkilerine daha açık haldedirler. Kimlik kazanımı sürecinde zorlanan ergenler, interneti gerçek yaşamdaki sorumluluklarından ve gerçek kimliklerinden kaçmaya yardımcı olan bir mecra olarak görebilmektedir¹¹⁶.

Bazı araştırmalar, ergenlerin düşük benlik saygısı ve diğer uyum problemleri ile başa çıkma stratejisi olarak problemleri internet kullanım davranışı sergilediğini ortaya koymaktadır¹¹⁷.

Bu bilgiler ışığında ergenlerin interneti en çok kullanan grup haline gelmesi kullanım sıklığına, kullanım amaçlarına, kimlik gelişiminin tamamlanmamasına ve psikolojik olgunluğa erişmemelerine bağlı olarak internet bağımlılığı açısından ergenleri en önemli risk gruplarından biri haline getirmektedir¹⁰⁵.

İnternet Bağımlılığının Tedavisi

Psikiyatrik bozuklukların internet bağımlılığına sıklıkla eşlik etmesi ve bazen hastalığın gidişatını kötüleştirdikleri gibi kısmen veya tamamen internet bağımlılığının nedeni olmaları sebebiyle öncelikle psikiyatrik bozukluğun tedavi edilmesi gerekmektedir. Bazen sadece psikiyatrik eş tanının tedavisi internet bağımlılığının da tedavisini sağlayabilmektedir. Temel prensipler genel bağımlılık tedavisinden çok farklı olmamakla beraber, görülme yaşının kısmen daha düşük olması ve çocuk ve ergenleri özellikle akademik dönemlerinde etkilemesi açısından tedavinin hızlı ve etkin şekilde yürütülmesi ve bu konuda aile ile sıkı işbirliğinin yapılması şarttır¹¹⁸.

İnternet bağımlılığı görece yeni bir konu olmasına rağmen, bu konuda hem farmakolojik hem de psikoterapötik tedaviler konusunda birtakım öneriler bulunmaktadır.

Farmakoterapi: Eğer eşlik eden herhangi bir psikiyatrik bozukluk yok ise hastalığın dürtü kontrol bozukluklarına daha yakın olması nedeniyle tedavide duygudurum dengeleyicisi kullanmak iyi bir seçenek olabilir.

İnternet bağımlılığıyla birlikte depresif belirtiler varsa antidepresan tedavi ile depresif belirtilerin düzeltilmesi internet bağımlılığının tedavisini de sağlayabilmektedir⁸⁵.

DEHB tanısı alan 62 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada 18-54 mg/gün metilfenidat verilerek 8 haftalık tedavi sonunda çocukların internette geçirdikleri zamanda anlamlı derecede azalma tespit edilmiştir¹¹⁹.

Psikoterapi: İnternet bağımlılığında bilişsel davranışçı teoriyi öne süren Davis, internet bağımlılığı tedavisinde 11 hafta süren bilişsel davranışçı tedavi seanslarını önermiştir.

Bilişsel davranışçı tedavide atılması gereken adımlar şu şekildedir¹⁰³:

1. Kişinin internette uzakta kalamadığının tespiti
2. Bilgisayarın yerinin değiştirilmesi ve herkesin olduğu bir yere nakli
3. Diğer insanlarla birlikte internete bağlanması
4. İnternete bağlanma zamanının değiştirilmesi
5. İnternet defteri oluşturulması
6. Başka bir kimlikle internete girmesine son verilmesi

7. Arkadaşlarından ve yakınlarından internet ile ilgili problemleri olduğunu saklaması

8. Spor aktivitelerine katılması
9. İnternet tatillerinin verilmesi
10. Otomatik düşüncelerin ele alınması
11. Gevşeme egzersizleri
12. İnternete bağlanma sırasında hissedilenlerin not edilmesi
13. Yeni sosyal becerilerin kazandırılması

Young ise, internet bağımlılığının bilişsel-davranışçı tedavisinde internete girmeyi yasaklamanın pek uygun bir çözüm yolu olmadığını çünkü internet kullanımının faydalı işler için mutlak bir ihtiyaç olduğunu ve günlük hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline geldiğini belirtmiştir ve tedavi hedefini, interneti tamamen yasaklamak yerine internet kullanımının kontrol altına almak olduğunu ifade etmiştir. Young, deneyimlerinden yola çıkarak klinisyenler için internet bağımlılığı tedavi rehberi hazırlamıştır¹²⁰.

Rehberdeki teknikler şu şekildedir;

1. İnternet kullanımını zıt saatlere kaydırmak
2. Dış durdurucular
3. İnternet kullanımıyla ilgili hedefler belirlemek
4. Aşırı kullanılan belli bir internet işlevinden uzak durma
5. Hatırlatıcı kartlar
6. Kişisel defter oluşturma
7. Destek grupları
8. Aile terapisi

Burada amaç, kişinin güçlenmesi ve uygun destek sistemlerini kullanarak etkili baş etme stratejileri geliştirmesini sağlamak ve bu şekilde bağımlı davranışını değiştirmeye çalışmaktır. Eğer kişi uygun baş etme yolları geliştirebilirse, olumsuz olaylar ile baş etmek için artık internete başvurmasına gerek kalmayacaktır⁸⁵.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma öncesinde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul komitesinden, 30 Nisan 2015 Tarihli toplantıda (karar sayısı: 133) etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışmanın örnekleme için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 1 Mayıs 2015 ve 1 Kasım 2015 tarihleri arasında ardışık olarak başvurmuş 12-18 yaş aralığında klinik görüşme ve yarı yapılandırılmış K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması) ölçeğinin uygulanması neticesinde DSM-5 tanı ölçütleri esas alınarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı konulmuş 129 olgu ve kontrol grubunda da kronik hastalığı olmayan ve ruhsal bir bozukluk saptanamayan 108 olgu olmak üzere toplam 237 olgu çalışmaya alınmıştır. Çalışmanın dahil edilme ve hariç tutma kriterlerine uyan tüm bireyler çalışmaya alındığından, Power analizi yapılmadı.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri :

- 1- Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulan hastalar
- 2- Herhangi bir ruhsal hastalığı ve kronik tıbbi hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler
- 3- 12-18 yaş arasındaki olgular
- 4- Hastalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) kriterlerine göre deneyimli çocuk psikiyatrisi tarafından konulmuş olan olgular
- 5-Sağlıklı kontrol grubundaki gönüllüler; deneyimli çocuk psikiyatrisi tarafından yarı yapılandırılmış ölçekle yapılan klinik görüşme neticesinde herhangi bir psikiyatrik tanı almayan ergenler, DEHB tanısı olan hasta grubunun yaş ve cinsiyet dağılımına olabildiğince dikkat edilerek seçilmiştir.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- 1- Kronik sistemik hastalığı olanlar
- 2- 12 yaş altı ve 18 yaş üstü olanlar
- 3- Zihinsel yetersizlik bulunan olgular
- 4- Otizm Spektrum Bozukluğu bulunan olgular

Yöntem

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan DEHB tanısı konulmuş ergenler ve ebeveynleri hastalar grubunu, çalışmaya katılmaya gönüllü sağlıklı ergenler ve ebeveynleri ise kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma grupları; DEHB olan ergenler ve sağlıklı ergenler olarak ikiye ayrıldı.

Ergenlere İnternet Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2) ve Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği uygulanarak toplamda 87 soru, olguların ebeveynlerine Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği uygulanarak toplamda 41 soru soruldu. Bu iki gruba verilen ölçekler ile sosyodemografik bilgiler ışığında DEHB tanısı olan grupla sağlıklı kontrol grubu arasındaki ilişkiye bakıldı.

Ölçekler

Sosyodemografik veri formu

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi zamanı, doğum seyri ve komplikasyonları, fiziksel hastalık, fiziksel şiddete maruziyet) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, ruhsal ve fiziksel hastalık, ailenin yapısı ve durumu, fiziksel şiddet) ait sosyodemografik bilgiler sorgulanmaktadır (EK-1).

Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği:

DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu'nu sorgulayan 8 ve Davranım Bozukluğu'nu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır (Turgay 1994). Ölçek, DSM-IV ölçütlerinin anlamını

değiştirmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde geliştirilmiştir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düşünölen çocukların anne, baba ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seöenekleri bulunmaktadır. Geçerlik ve güvenilirliği Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir ölçektir¹²¹ (EK-2).

İnternet Bağımlılığı Ölçeği

Dr. Kimberly Young (1996) tarafından, DSM-IV'ün "Patalojik Kumar Oynama" ölçütlerinden uyarlanarak oluşturulan "Tanı Anketi" daha sonra geliştirilmiş ve 20 soruluk bir "İnternet Bağımlılık Ölçeği" oluşturulmuştur. Young'ın başını öektiği "İnternet Bağımlılık Merkezi'nin <http://www.netaddiction.com>" adresinden de ulaşılabilen bu test bir kendi kendini değerlendirme testi olup, genellikle yukarıda belirtilen internet adresine ulaşanların kendilerini değerlendirebilecekleri bir şekilde hazırlanmıştır. Likert tipi bir ölçek olan İnternet Bağımlılık Ölçeği'nde katılımcıdan "hiöbir zaman", "Nadiren", "Arada sırada", "öoğunlukla", "öok sık" ve "Devamlı" seöeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Bu seöeneklere sırasıyla 0,1,2,3,4 ve 5 puan verilmektedir. Anketten toplamda 80 ve üzeri puan almak işlevsellikte belirgin bozulmanın göstergesi olarak kabul edilmekte ve bu grup "internet bağımlısı" olarak tanımlanmaktadır. 50–79 puan arası alanlar günlük hayatlarında internetle ilgili bir takım sorunlar yaşayan "riskli internet kullanımı" olan grup olarak tanımlanmaktadır. "49 puan ve altı" alanlar ise yaşamında internet kullanımına bağlı herhangi sorun yaşamayan "ortalama internet kullanıcısı" olarak tanımlanmaktadır¹²².

öeviri testin standardize edilmiş Alpha değerini aöısından güvenilirliği 0.91, Spearman–Brown değerini aöısından da 0.87'dir. Bu sonuçlar testin güvenilir olduğunu düřündürmektedir¹²³ (EK-3).

öocuklar için Depresyon Ölçeği (öiDÖ)

öocuklarda depresyonunun şiddeti öiDÖ ile değerlendirilmektedir. Kovacs(1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilen, öocuklar için Depresyon Ölçeği 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeđidir¹²⁴. Ölçek öocuğa okunarak ya da öocuk tarafından

okunarak doldurulur. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Her madde, belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 puan alır. En üst puan 54'tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. ÇİDÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.72 ve iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur¹²⁵ (EK-4).

Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2)

Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1985 te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. 1975 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek yirmişer maddelik durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete ölçeklerinden oluşmaktadır¹²⁶. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner tarafından 1977 yılında yapılmıştır. Durumluk – Sürekli Anksiyete Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Anksiyete Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Anksiyete Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39'uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Anksiyete Envanteri için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Anksiyete Ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Anksiyete Ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır¹²⁷ (EK-5).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 (SPSS for Windows, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. İstatistik açıdan anlamlı p değeri 0.05'in altı olarak kabul edilmiştir. Parametrelerin normal dağılıma uygunluk kontrolleri Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren gruplarda belirlenen sürekli yapıdaki değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen gruplardaki sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ise medyan ve yüzdelik değerleri olarak belirtilmiştir. Kategorik yapıdaki değişkenler sayı ve yüzde değerler olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler açısından gruplar arasında ortalama farklılıkların değerlendirmesinde normal dağılım gösterenlerde Student-t testi kullanılmışken, normal dağılım göstermeyenlerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler açısından gruplar arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik verilere ilişkin bulgular

Çalışmamıza dahil ettiğimiz DEHB'li ergenlerin yaş ortalaması 14.64±1.84 ve sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin yaş ortalaması 14.78±1.78 bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta ve kontrol grupları arasındaki yaş dağılımı

	YAŞ			p
	Ort±ss	Medyan	Min-max	
DEHB (n=129)	14.64±1.84	15	12-18	0,546
Kontrol (n=108)	14.78±1.78	15	12-18	

DEHB=dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında, DEHB olan grubun %29.5'ini kız cinsiyeti, %70.5'ini erkek cinsiyeti oluşturmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunun ise %38.9'unu kız ve %61.1'i erkek cinsiyet oluşturmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve kontrol grupları arasındaki cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	DEHB (n=129)		Kontrol (n=108)		p
	n	%	n	%	
Kız (n=80)	38	29.5	42	38.9	0.130
Erkek (n=157)	91	70.5	66	61.1	

DEHB=Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; n= kişi sayısı; p= <0.05

Çalışmamızda DEHB'li ergenlerin anne eğitim düzeyleri yıl olarak ortalama 8.35±3.38 ve baba eğitim düzeyleri yıl olarak ortalama 9.14±3.49 olarak saptandı. Sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin ise anne eğitim düzeyleri yıl olarak ortalama 8.35±3.97 ve baba eğitim düzeyleri yıl olarak ortalama 10.18±3.95 olarak saptandı. Annenin eğitim durumu ile ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle beraber (p>0.05), baba

eğitim durumunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve kontrol grupları arasındaki ebeveynlerin eğitim durumları

	Annenin eğitim yılı				Babanın eğitim yılı			
	Ort±ss	Medyan	Min-max	P	Ort±ss	Medyan	Min-max	p
DEHB (n=129)	8.35±3.38	8	0-15	0.975	9.14±3.49	11	5-15	0.033
Kontrol (n=108)	8.35±3.97	8	0-15		10.18±3.95	11	5-15	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

Çalışmamızdaki ergenlerin anne ve baba yaşı sorgulandığında DEHB grubunda ortalama anne yaşı 41.22±6.02 ve ortalama baba yaşı 45.62±7.16 iken sağlıklı kontrol grubunda ortalama anne yaşı 41.51±5.69 ve ortalama baba yaşı 45.66±6.49 olarak saptandı. Gruplar arasında anne ve baba yaşlarına ilişkin istatistiksel verilere bakıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta ve kontrol gruplarına göre anne ve babanın yaş dağılımı

	Annenin yaşı				Babanın yaşı			
	Ort±ss	Medyan	Min-max	P	Ort±ss	Medyan	Min-max	p
DEHB (n=129)	41.22±6.02	41	29-56	0.704	45.62±7.16	45	34-73	0.970
Kontrol (n=108)	41.51±5.69	41	33-58		45.66±6.49	45	35-62	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

İnternet Bağımlılığına İlişkin Bulgular

1. İnternet bağımlılığının DEHB ve sağlıklı kontrol grupları arasındaki ilişkisi

Ortalama internet kullanımı (OİK), Riskli internet kullanımı (RİK) ve İnternet bağımlılığı (İB) ile gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (Tablo 5). DEHB'li ergenlerin %46.5'inde riskli internet kullanımı, %7.8'inde internet bağımlılığı saptanırken, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %14.8'inde riskli internet kullanımı görülürken internet bağımlılığı tespit edilememiştir.

Tablo 5. Hasta ve kontrol grupları arasında internet kullanımı karşılaştırılması

	DEHB (n=129)		Kontrol (n=108)		p
	n	%	n	%	
OİK	59	%45.7	92	%85.2	0.000
RİK	60	%46.5	16	%14.8	0.000
İB	10	%7.8	0	%0	0.001

OİK=Ortalama internet kullanımı; RİK=Riskli internet kullanımı;İB=İnternet bağımlılığı (İB); n= kişi sayısı; p= <0.05

DEHB'li ergenlerin internet bağımlılığı ölçeği (İBÖ) puanlarının ortalaması (52.88±18.29), sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere (38.11±11.17) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta ve kontrol grupları arasında İBÖ puanının karşılaştırılması

	İBÖ			
	Ort ± ss	t	df	p
DEHB (n=129)	52.88 ± 18.29	7.627	216.114	0.000
Kontrol (n=108)	38.11 ± 11.17			

İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

DEHB'li ergenlerin haftalık internet kullanım sıklığı ve günlük internet kullanım süresi, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta ve kontrol grupları arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması

	DEHB (n=129)		Kontrol (n=108)		p
	n	%	n	%	
Haftalık sıklık					
1 kez	18	%14	12	%11.1	0.048
2-3 kez	21	%16.3	30	%27.8	
4-5 kez	15	%11.6	19	%17.6	
Nerdeyse her gün	75	%58.1	47	%43.5	
Günlük süre					
30 dakikadan az	16	%12.4	30	%27.8	0.001
30-60 dakika	34	%26.4	38	%35.2	
1-2 saat	37	%28.7	21	%19.4	
2 saatten fazla	42	%32.6	19	%17.6	

n= kişi sayısı; p= <0.05

2. DEHB alt tipleri ile internet bağımlılığının ilişkisi

DEHB/DE ile DEHB-B'nin internet bağımlılığı açısından karşılaştırılması

DEHB/DE ve DEHB-B grupları ile OİK, RİK ve İB arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. DEHB/DE grubunda %41.4'ünde riskli internet kullanımı, %10.3'ünde internet bağımlılığı saptanırken, DEHB-B grubunda %43.1'inde riskli internet kullanımı, %6.9'unda internet bağımlılığı tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. DEHB/DE ve DEHB-B grupları internet kullanımının karşılaştırılması

	DEHB/DE (n=29)		DEHB-B (n=58)		p
	n	%	n	%	
OİK	14	%48.3	29	%50	0.881
RİK	12	%41.4	25	%43.1	0.880
İB	3	%10.3	4	%6.9	0.582

OİK=Ortalama internet kullanımı; RİK=Riskli internet kullanımı;İB=İnternet bağımlılığı (İB); n= kişi sayısı; p= <0.05

İBÖ puanlarının ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB/DE grubu (56.93±18.89) ile DEHB-B grubu (50.15±18.24) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. DEHB/DE ve DEHB-B gruplarının İBÖ puanlarının karşılaştırılması

	İBÖ			
	Ort±ss	t	df	p
DEHB/DE (n=29)	56.93±18.89	1.614	85	0.110
DEHB-B (n=58)	50.15±18.24			

İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

DEHB/DE grubu ile DEHB-B grubu haftalık internet kullanım sıklığı ve günlük internet kullanım süreleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı(Tablo 10).

Tablo 10. DEHB/DE ve DEHB-B grupları arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması

	DEHB/DE (n=29)		DEHB-B (n=58)		p
	n	%	n	%	
Haftalık sıklık					
1 kez	1	%3.4	13	%22.4	0.096
2-3 kez	4	%13.8	11	%19	
4-5 kez	4	%13.8	5	%8.6	
Nerdeyse her gün	20	%69	29	%50	
Günlük süre					
30 dakikadan az	2	%6.9	11	%19	0.064
30-60 dakika	6	%20.7	18	%31	
1-2 saat	6	%20.7	15	%25.9	
2 saatten fazla	15	%51.7	14	%24.1	

n= kişi sayısı; p= <0.05

İki grup haftalık nerdeyse her gün internet kullanım sıklığı ve günlük 2 saatten fazla internet kullanım süreleri açısından ayrıca karşılaştırıldığında günlük 2 saatten fazla internet kullanım süresi DEHB/DE grubunda DEHB-B grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. DEHB/DE ve DEHB-B gruplarının nerdeyse her gün internet sıklığı ve günlük 2 saatten fazla internet süresi açısından karşılaştırılması

	Haftalık nerdeyse her gün		P	Günlük 2 saatten fazla		p
	n	%		n	%	
DEHB/DE (N=29)	20	%69	0.089	15	%51.7	0.016
DEHB-B (N=58)	29	%50		14	%24.1	

n= kişi sayısı; p= <0.05

DEHB/DE ile DEHB/R'nin internet bağımlılığı açısından karşılaştırılması

DEHB/DE ve DEHB/R grupları ile OİK, RİK ve İB arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB/DE grubunda %41.4'ünde riskli internet kullanımı, %10.3'ünde internet bağımlılığı görülürken, DEHB-R grubunda %54.8'inde riskli internet kullanımı, %7.1'unda internet bağımlılığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. DEHB/DE ve DEHB/R grupları internet kullanımının karşılaştırılması

	DEHB/DE (n=29)		DEHB-R (n=42)		p
	n	%	n	%	
OİK	14	%48.3	16	%38.1	0.401
RİK	12	%41.4	23	%54.8	0.274
İB	3	%10.3	3	%7.1	0.639

OİK=Ortalama internet kullanımı; RİK=Riskli internet kullanımı; İB=İnternet bağımlılığı (İB); n= kişi sayısı; p= <0.05

İBÖ puanı ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB/DE grubu (56.93±18.89) ile DEHB-R grubu (53.85±17.77) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. DEHB/DE ve DEHB-R gruplarının İBÖ puanlarının karşılaştırılması

	Ort±ss	İBÖ		
		t	df	p
DEHB/DE (n=29)	56.93±18.89	0.698	69	0.487
DEHB/R (n=42)	53.85±17.77			

İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

Haftalık internet kullanım sıklığı ve günlük internet kullanım süreleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 14. DEHB/DE ve DEHB-R grupları arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması

	DEHB/DE (n=29)		DEHB-R (n=42)		p
	n	%	n	%	
Haftalık sıklık					
1 kez	1	%3.4	4	%9.5	0.792
2-3 kez	4	%13.8	6	%14.3	
4-5 kez	4	%13.8	6	%14.3	
Nerdeyse her gün	20	%69	26	%61.9	
Günlük süre					
30 dakikadan az	2	%6.9	3	%7.1	0.304
30-60 dakika	6	%20.7	10	%23.8	
1-2 saat	6	%20.7	16	%38.1	
2 saatten fazla	15	%51.7	13	%31	

n= kişi sayısı; p= <0.05

DEHB-B ile DEHB/R'nin internet bağımlılığı açısından karşılaştırılması

OİK, RİK ve İB arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. DEHB-B ve DEHB/R grupları internet kullanımının karşılaştırılması

	DEHB-B (n=58)		DEHB-R (n=42)		p
	n	%	n	%	
OİK	29	%50	16	%38.1	0.242
RİK	25	%43.1	23	%54.8	0.254
İB	4	%6.9	3	%7.1	0.962

n= kişi sayısı; p= <0.05

İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) puanı ortalamaları (Tablo 16), haftalık kullanım sıklığı ve günlük kullanım süreleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 16. DEHB-B ve DEHB-R grupları arasındaki İBÖ puanının karşılaştırılması

	İBÖ			
	Ort±ss	t	df	p
DEHB-B (n=58)	50.15±18.24	-0.012	98	0.314
DEHB/R (n=42)	53.85±17.77			

İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

Tablo 17. DEHB-B ve DEHB-R gruplarının haftalık internet kullanım sıklığı ve günlük internet kullanım süresi açısından karşılaştırılması

	DEHB-B (n=58)		DEHB-R (n=42)		p
	n	%	n	%	
Haftalık sıklık					
1 kez	13	%22.4	4	%9.5	0.258
2-3 kez	11	%19	6	%14.3	
4-5 kez	5	%8.6	6	%14.3	
Nerdeyse her gün	29	%50	26	%61.9	
Günlük süre					
30 dakikadan az	11	%19	3	%7.1	0.214
30-60 dakika	18	%31	10	%23.8	
1-2 saat	15	%25.9	16	%38.1	
2 saatten fazla	14	%24.1	13	%31	

n= kişi sayısı; p= <0.05

Çalışmamızda alt tipleri DSM-5 kriterlerine göre ele alıp DEHB/DE ve DEHB/R gruplarını dikkat eksikliği alt tipi olarak birlikte değerlendirdiğimizde DEHB bileşik tip ile aralarında OİK, RİK ve İB ilişkisi (Tablo 18) ve İBÖ puanları ortalaması bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 19). Ancak haftalık internet kullanım sıklığı DEHB/DE ve DEHB/R toplamından oluşan grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 18. İnternet kullanımı ile DEHB/DE ve DEHB/R grupları toplamı ve DEHB-B arasındaki ilişki

	DEHB-B (n=58)		DEHB/DE+DEHB/R (n=71)		p
	n	%	n	%	
OİK	29	%50	30	%42.3	0.384
RİK	25	%43.1	35	%49.3	0.487
İB	4	%6.9	6	%8.5	0.745

n= kişi sayısı; p= <0.05

Tablo 19. DEHB-DE ve DEHB-R grupları toplamı ve DEHB-B grubu arasında İBÖ puanının karşılaştırılması

	Ort±ss	İBÖ		
		t	df	p
DEHB-B (n=58)	50.15±18.24	1.539	127	0.126
DEHB/DE+DEHB/R(n=71)	55.11±18.24			

İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

Tablo 20. DEHB-DE ve DEHB-R grupları toplamı ve DEHB-B grubu arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması

	DEHB-B (n=58)		DEHB/DE+DEHB/R (n=71)		p
	N	%	n	%	
Haftalık sıklık					
1 kez	13	%22.4	5	%7	0.048
2-3 kez	11	%19	10	%14.1	
4-5 kez	5	%8.6	10	%14.1	
Nerdeyse her gün	29	%50	46	%64.8	
Günlük süre					
30 dakikadan az	11	%19	5	%7	0.068
30-60 dakika	18	%31	16	%22.5	
1-2 saat	15	%25.9	22	%31	
2 saatten fazla	14	%24.1	128	%39.4	

n= kişi sayısı; p= <0.05

İnternet bağımlılığının Turgay ölçeği puanları ve DEHB eşanıları ile ilişkisi

İnternet bağımlılığı ölçeği puanlarını 20-49 puan arası ve 50-100 puan arası olarak kesme noktası belirleyerek Turgay puanları ile arasındaki ilişkiyi incelediğimizde dikkat eksikliği alt puanları ile İBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). Turgay ölçeğinin diğer alt puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 18).

Tablo 21. Turgay ölçeği puanlarının İBÖ puanı 20-49 ve 50-100 arasında olan olgularda karşılaştırılması

TURGAY Ölçeği	İBÖ 20-49 (N=58)	İBÖ 50-100 (N=71)	t	df	p
	Ort±ss	Ort±ss			
DE	15.36±2.79	17.16±4.36	-2.847	120.63	0.005
HI	11.98±6.37	10.28±6.74	1.461	127	0.147
DEHB toplam	26.79±7.59	27.33±9.35	-0.358	127	0.721
KOKGB	9.24±4.53	9.57±6.18	-0.355	125.64	0.723
DB	1.98±2.28	3.05±4.12	-1.870	112.82	0.064
Toplam puan	37.84±11.30	40.02±17.07	-0.869	122.08	0.386

DE=dikkat eksikliği; HI=hiperaktivite/impulsivite; KOKGB=karşıt olma karşıt gelme bozukluğu; DB=davranım bozukluğu; İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

Çalışmamızda DEHB grubunun İnternet bağımlılığı ölçeği puanları ile Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) ve Durumluluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 22)

Tablo 22. İBÖ puanları ile ÇİDÖ ve STAI puanları arasındaki ilişki

	İBÖ 20-49 (n=58)	İBÖ 50-100 (n=71)	t	df	p
	Ort±ss	Ort±ss			
STAI form TX-1 Durumluluk	36.27±9.33	36.35±11.09	-0.042	127	0.967
STAI form TX-2 Süreklilik	41.27±10.91	42.90±12.10	-0.793	127	0.429
ÇİDÖ	12.87±8.97	14.36±9.50	-0.906	127	0.367

STAI=durumluluk-sürekli anksiyete ölçeği; ÇİDÖ=çocuklar için depresyon ölçeği; İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

Çalışmamızda DEHB'li grupta KOKGB, DB, Anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk eştanıları ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki

incelendiğinde DB ve internet bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. DEHB eş tanıları ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki

	İBÖ 20-49 (n=58)		İBÖ 50-100 (n=71)		P
	n	%	n	%	
KOKGB	27	%46.55	36	%50.7	0.639
DB	2	%3.44	12	%16.9	0.015
Anksiyete bozuklukları	14	%24.13	26	%36.61	0.127
Depresif bozukluk	11	%18.96	15	%21.12	0.761

DE=dikkat eksikliği; HI=hiperaktivite/impulsivite; KOKGB=karşıt olma karşıt gelme bozukluğu; DB=davranım bozukluğu; İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05

Turgay, ÇİDÖ ve STAI puanları ile İBÖ puanları arasındaki korelasyon ilişkisi incelendiğinde İBÖ puanları ile turgay dikkat eksikliği ve davranım bozukluğu alt puanları ve ÇİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 24). Ancak İBÖ puanının 50 ve üzeri olması ile ilişkili bu üç değişken ile yapılan regresyon analizinde sadece dikkat eksikliği puanları ile İBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo25).

Tablo 24. Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi

	İBÖ	DE	HI	DEHB	KOKG	DB	Toplam	STAI-1	STAI-2	ÇİDÖ
İBÖ	1									
Turgay DE	,337**	1								
Turgay HI	-,079	,254**	1							
Turgay DEHB	,119	,684**	,862**	1						
Turgay KOKG	,057	,374**	,423**	,507**	1					
Turgay DB	,222*	,447**	,365**	,498**	,664**	1				
Turgay toplam	,149	,649**	,740**	,887**	,817**	,763**	1			
STAI -1 Durumluk	,100	,224*	-,053	,059	,241**	,178*	,163	1		
STAI -2 Süreklilik	,127	,238**	-,106	,027	,203*	,065	,108	,722**	1	
ÇİDÖ	,177*	,370**	-,079	,124	,318**	,275**	,252**	,589**	,711**	1

**p<0.01; *p<0.05

Tablo 25. Yüksek İBÖ puanı (50 ve üzeri) ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi**İBÖ puanınının 50 ve üzeri olması ile ilişkili faktörler**

	p	OR	OR için %95 güven aralığı
Turgay DE	0.038	1.134	1,007-1,277
Turgay DB	0.445	1.053	0.922-1.202
ÇİDÖ	0.866	0.996	0.954-1.040

İBÖ=internet bağımlılığı ölçeği; n= kişi sayısı; p= <0.05; OR=odd ratio

TARTIŞMA

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur. Sıklığı yaklaşık olarak çocuklarda %5, erişkinlerde %2,5'tir ve erkeklerde kızların 3-5 katıdır¹.

Çalışmamızda DEHB olan ergenlerin yaş ortalaması 14.64±1.84 iken, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin yaş ortalaması 14.78±1.78 olarak bulunmuştur. DEHB olan ergenlerde kız cinsiyet oranı %29.5, erkek cinsiyet oranı %70.5 ve sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerde kız cinsiyet oranı %38.9, erkek cinsiyet oranı %61.1 olarak bulunmuştur. DEHB olan ergenlerde erkek/kız oranı 2.39/1 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalardaki erkek/kız oranı 1.8/1³² ile 3.5/1³¹ arasında değişmektedir. Kliniğe başvuru açısından erkeklerin kızlara oranla 3-9 kat daha fazla olduğu bilinmektedir^{14,128}. Bu fark, kızlarda eşlik eden davranış sorunlarının daha az olması ve dikkat eksikliği önde gelen tipin daha fazla görülmesiyle açıklanmaktadır²⁸. Çalışmamızda DEHB olan grubundaki erkek/kız oranı ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

İnternet bağımlılığı; genel olarak internetin aşırı kullanılması, isteğinin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, doyum sağlamak için gittikçe artan miktarda internet kullanımı, internette planladığından daha fazla kalınması, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik hali ve saldırganlık olması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanabilir. Johansson ve Gotestam, ABD'de 12-18 yaş arası 3237 ergen katılımıyla yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada internet bağımlılığı sıklığının %2 ile %4 arasında değiştiğini göstermiştir¹²⁹. Türkiye'de 14-19 yaş arası 640 ergen katılımıyla yapılan bir çalışmada ise kızlarda internet bağımlılığı %10.3 erkeklerde %20.4 oranında olduğu saptanmıştır¹³⁰. Her iki çalışmada da internet bağımlılığı tanısı bizim çalışmamızda kullandığımız Young'ın İnternet Bağımlılığı Ölçeği ile konulmuştur.

Çalışmamızda DEHB tanılı ve sağlıklı ergenler Young internet bağımlılık ölçeğinden aldıkları puanlara göre değerlendirilmiş olup; ortalama internet kullanımı (OİK), riskli internet kullanımı (RİK) ve internet bağımlılığı (İB) olarak üç gruba ayrılmışlardır. Ortalama kullanımı olan grup günlük hayatta internetin

hayatına olumsuz etkileri olmayan ve internet kullanımını istediği zaman sınırlayabilen bireyleri temsil etmektedir. Riskli internet kullanımı olan grup ise yaşamlarında internet yüzünden sık sık problem yaşayan, internet kullanmayı sınırlandırmakta zorlanan fakat belirgin işlevsellik kaybı yaşamayan bireyleri temsil etmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bizim riskli internet kullanımı olarak tanımladığımız grup muhtemel internet bağımlılığı olarak tanımlanmıştır. İnternet bağımlılığı ise internet kullanımının günlük işlevselliğini belirgin derecede bozduğu bireyleri kapsamaktadır.

Konu hakkında geçmiş dönemde yapılmış çalışmalarda, genellikle ortalama internet kullanımı olan ve internet bağımlılığı olan bireyler arasında internet kullanım özelliklerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Bizim çalışmamızda ise internet kullanımı üç gruba ayrılmış ve internet kullanım özelliklerinin karşılaştırılması bu üç grup arasında yapılmıştır.

Çalışmamızda DEHB olan ergenlerde riskli internet kullanımı oranı %46.5, internet bağımlılığı oranı %7.8 olarak saptanmış iken sağlıklı ergenlerin %14.8'inde riskli internet kullanımı görülmüştür. Sağlıklı ergenlerde internet bağımlılığı tespit edilmemiştir. DEHB olan ergenlerde internet bağımlılığı ve riskli internet kullanımı görülme sıklığı sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte DEHB olan ergenlerin İBÖ puanları, haftalık internet kullanım sıklığı ve günlük internet kullanım süreleri sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu anlamda DEHB'li ergenlerde internet kullanımıyla ilgili uygun yaklaşım yöntemlerinin geliştirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Literatürde DEHB ve internet bağımlılığı ilişkisini araştıran çalışmalar çok fazla bulunmakla beraber, bu çalışmaların örneklemi genel olarak toplum kaynaklı ve ya sadece DEHB tanısı olan bireylerden oluşmaktadır. Literatürde sağlıklı kontrollerle karşılaştırma yapılan çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi DEHB ve internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Yen ve arkadaşlarının tarafından yapılan Tayvan'da 2114 lise öğrencisinin (ortalama yaş: 16.26) değerlendirildiği bir çalışmada; internet bağımlısı olan hem erkek hem kız ergenlerin daha yüksek DEHB belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır¹⁰⁹. Yoo ve arkadaşlarının yaptığı Güney Kore'de 535 ilköğretim öğrencisinin (ortalama yaş: 11.1) değerlendirildiği başka bir çalışmada internet bağımlısı olan öğrencilerin,

ebeveyn ve öğretmen puanlamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek DEHB puanına sahip oldukları gösterilmiştir İnternet bağımlısı olan grupta DEHB tanısı da daha yaygın olarak bulunmuştur ¹⁰. Ko ve arkadaşları tarafından yapılan 2293 lise öğrencisinin değerlendirildiği 2 yıllık izlem çalışması sonucunda DEHB ve internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte çalışmada hostilite ve DEHB'nin internet bağımlılığının oluşumunu öngörmedeki en önemli belirleyiciler olduğu saptanmıştır¹³¹.

Çalışmamızda DEHB alt tipleri ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelerken restriktif dikkat eksikliği tipi (DEHB/R) ve dikkat eksikliği baskın tip (DEHB/DE) birlikte ve ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım DEHB alt tiplerinin geçerliliği ve birbirinden ayrıldığı özellikleri tanımlamak açısından araştırma verilerini ayrıca değerli kılmaktadır.

DEHB alt tiplerinden bileşik tipin her iki cinsiyette de en sık görülen tip olduğu bilinmektedir^{132,133}. Çalışmamızda da DEHB-bileşik tip %44.9 ile literatüre benzer olarak örnekleme en sık görülen alt tip iken, DEHB/DE oranı %22.4 ve DEHB/R oranı ise %32.5 olarak bulunmuştur. Hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tipe çalışmamızda rastlanmamıştır. Okul çağından sonra hiperaktivitenin önde geldiği tipin tanısı oranı gittikçe azalmaktadır¹³⁴. Bu yüzden çalışmamızda hiperaktivitenin önde geldiği tipe rastlanmamış olabilir.

DEHB/DE ve DEHB/R alt tipleri tek grup olarak değerlendirilip DEHB-B alt tipiyle karşılaştırıldığında DEHB/DE ve DEHB/R tanısı olan toplam 71 olguda RİK oranı %49.3, İB oranı ise %8.5 iken, DEHB-B grubunda RİK oranı %43.1, İB oranı ise %6.9 olarak bulunmuştur. DEHB/DE ve DEHB/R tanısı olan grupta RİK ve İB DEHB-B olan gruba göre yüksek gözlenmiş olmakla beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun sebebinin İB grubundaki hasta sayısının istatistiksel olarak yetersiz olması olduğu düşünülmüştür. DEHB/DE ve DEHB/R alt tiplerinde ki 71 olgunun İBÖ puan ortalamaları 55.11 ± 18.24 bulunmuş olup DEHB-B alt tipi grubunun İBÖ puan ortalamasına (50.15 ± 18.24) kıyasla yüksektir fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bununla birlikte DEHB/DE ve DEHB/R tanısı olan 71 olgudan oluşan grupta haftalık internet kullanım sıklığı DEHB-B alt tip tanısı olan gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda DEHB/DE ve DEHB/R alt tiplerini iki ayrı grup olarak ele alınıp, DEHB/DE, DEHB/R ve DEHB-B alt tipleri internet bağımlılığı açısından karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda DEHB/DE grubunda RİK oranı %41.4 ve İB oranı %10.3, DEHB-B grubunda RİK oranı %43.1 ve İB oranı %6.9, DEHB/R grubunda ise RİK oranı %54.8 ve İB oranı %7.1 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte bu üç alt tip arasında RİK ve OİK oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Denizli’de 2096 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada internet bağımlılığı olan grupta en sık dikkat eksikliği baskın tip DEHB (%30.8) saptanırken, riskli internet kullanımı olan grupta en sık hiperaktivite/impulsivite baskın tip DEHB (%17.9) saptanmıştır¹³⁵.

Çalışmamızda İBÖ puanı ortalaması DEHB/DE grubunda 56.93 ± 18.89 , DEHB-B grubunda 50.15 ± 18.24 ve DEHB/R grubunda 53.85 ± 17.77 olarak bulunmuş olup, İBÖ puanları ortalamaları açısından alt tipler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte bu üç alt tip arasında haftalık internet kullanım sıklığı ve günlük internet kullanım süreleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Ancak haftalık “nerdeyse her gün internet kullanımı” ve günlük “2 saatten fazla internet kullanımı” oranları açısından ayrıca karşılaştırıldığında, bu iki değişkenin DEHB/DE grubunda DEHB-B grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek sıklıkta olduğu bulunmuştur.

Literatürde DEHB alt tipleri ile internet bağımlılığının ilişkisini inceleyen klinik tabanlı çalışma bulunmamaktadır. DEHB ve internet bağımlılığını arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar genellikle DEHB semptom grupları ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiye yönelik bilgiler sunmaktadır. Chou ve arkadaşlarının DEHB tanısı konulmuş 11-18 yaş aralığındaki 287 ergenle yaptığı çalışmada DEHB semptomlarının şiddetinin internet bağımlılığı semptom şiddeti ile yüksek derecede ilişkili olduğu bulunmuştur¹³⁶. Yoo ve arkadaşlarının ilköğretim öğrencisi olan 535 çocukla yaptığı çalışmada DEHB belirtilerinden dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin her ikisinin de internet bağımlılığı için risk faktörü olabileceğini saptamışlardır¹⁰.

Çalışmamızda DEHB belirti kümesi ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemek için İBÖ puanı 20-49 puan arası ve 50-100 puan arası olarak iki gruba ayrılmış ve bu iki grubu Turgay ölçeği DEHB alt puanlarına göre birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada İBÖ puanı 50-100 arasında

olan grubun Turgay ölçeği dikkat eksikliği puanlarının ortalaması (17.16 ± 4.36) İBÖ puanı 20-49 arasında olan gruba (15.36 ± 2.79) göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). Turgay ölçeği hiperaktivite/impulsivite puanları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İBÖ puanları, Turgay ölçeği dikkat eksikliği ve hiperaktivite/impulsivite puanları arasında yaptığımız pearson korelasyon analizinde de İBÖ puanı ile dikkat eksikliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde pozitif korelasyon saptanmıştır. Ülkemizde 14-19 yaş aralığındaki 640 öğrenci (331 kız, 309 erkek) ile yapılan bir çalışmada bizim bulgularımızla benzer şekilde internet bağımlılığının hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile değil, sıklıkla dikkat eksikliği belirtileri ve internet oyunları ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir¹³⁰. Çalışmamızda DEHB alt tipleri arasında internet bağımlılığı açısından farklılık olmamasına rağmen belirti kümeleri arasında farklılıklar bulunması internet bağımlılığının alt tiplerle değil belirti kümeleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda DEHB'li ergenlerde psikiyatrik eş tanı olmasının internet bağımlılığı üzerine etkisi incelenmiş olup, eş tanı olarak davranım bozukluğu, KOKGB, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk ele alınmıştır. Literatürde internet bağımlılığı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Literatürü incelediğimizde internet bağımlılığına sıklıkla başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği ve en sık rastlanan bozuklukların madde kullanımı, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve dürtü kontrol bozuklukları şeklinde olduğu görülmektedir¹⁰⁶. Yunanistan'da, 129 ergenin katılımı ile gerçekleştirilen bir vaka-kontrol çalışmasında, depresyonun internet bağımlılığını artırma olasılığı bulunan faktörlerden birisi olduğu belirtilmiş, araştırmacılar tarafından depresyonda sık görülen düşük öz saygı, düşük motivasyon, reddedilme korkusu ve onay ihtiyacının kişiyi, interneti sık kullanmaya itebileceği, internetin özellikle interaktif işlevlerinin bu kişilerde bağımlılığa yol açabileceği belirtilmiştir¹³⁷.

Çalışmamızda ise DEHB'li ergenlerde KOKGB, davranım bozukluğu, anksiyete ve depresif bozukluk eş tanısı olması ile internet bağımlılığı arasında bakılmış olup, davranım bozukluğu eş tanısı olmasının İBÖ puanının 50 ve üzeri olması ile istatistiksel olarak ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). KOKG, anksiyete ve depresif bozukluk eş tanıları ile yüksek İBÖ puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebinin literatürdeki çalışmaların örneklemelerinin genellikle toplum kaynaklı olması bizim çalışmamızın örnekleminin DEHB'li hastalardan oluşması olduğu düşünülmektedir. Bu bozuklukların belirtilerinin internet bağımlılığı ile ilişkisini incelemek için İBÖ, ÇİDÖ, Durumluluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2) ve Turgay ölçeği KOKGB ve davranım bozukluğu puanları arasında pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizi sonucunda internet bağımlılığı ile davranım bozukluğu ve ÇİDÖ puanları arasında anlamlı olarak ilişki saptanmıştır. Örneklem açısından bizim çalışmamıza benzer olarak Yen ve arkadaşlarının DEHB tanısı olan 287 ergenle yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyonun internet bağımlılığı ile ilişkisi incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçlarında fiziksel anksiyete belirtilerinin internet bağımlılığı ile istatistiksel olarak ilişkili olduğu saptanmış, fakat sosyal anksiyete ve ayrılık anksiyetesi ile ilişki saptanmamıştır. Yine aynı çalışmada depresif belirtilerden somatik retardasyon ile internet bağımlılığı arasında anlamlı ilişki saptanmış olmasına rağmen negatif ve pozitif duygulanım ve kişilerarası ilişki ile anlamlı bulunmamıştır⁹. Bu sonuçlar DEHB tanısı olan hastalarda internet bağımlılığı üzerinde eş tanı olmasının etkisi olmasa da psikiyatrik bozukluk belirtilerinin etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Bu anlamda DEHB'li ergenlerde eş tanı bulunmasa dahi diğer psikiyatrik bozukluk belirtilerinin internet kullanımı üzerinde olumsuz etkiler yapabileceği akılda tutulmasının ve olguları değerlendirirken bu şekilde bir yaklaşımın olmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda ölçek puanları arasında yapılan pearson korelasyon analizi sonucun Turgay ölçeği dikkat eksikliği ve davranım bozukluğu puanları ve ÇİDÖ puanları arasında anlamlı olarak ilişki saptanmıştır. Bu üç faktörle yaptığımız lojistik regresyon analizinde ise dikkat eksikliğinin internet bağımlılığı için risk faktörü olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar DEHB'li ergenlerde diğer psikiyatrik bozukluklara ait belirtilerin internet bağımlılığı üzerinde etkisi olabileceğini ancak dikkat eksikliğinin internet bağımlılığında asıl belirleyici faktör olduğunu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, yapmış olduğumuz çalışmada; DEHB olan ergenlerde sağlıklı ergenlere kıyasla internet bağımlılığının daha yaygın olduğu ve DEHB'nin internet bağımlılığı için bir risk faktörü olabileceği belirlenmiştir.

DEHB alt tipleri ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde, anlamlı bir farkın bulunmadığı fakat dikkat eksikliği belirtilerinin internet bağımlılığı için bir belirleyici olabileceği görülmüştür.

DEHB'li ergenlerde davranım bozukluğu eş tanısı ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Aralarında KOKGB, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluğun bulunduğu diğer eş tanılarla internet bağımlılığı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

DEHB alt tipleri arasında internet bağımlılığı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı ancak DEHB/DE'de İBÖ puanlarının diğer alt tiplerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB/DE alt tipinin internet bağımlılığı ile ilişkisi gelecekte yapılacak geniş örneklemlerle çalışmalarıyla aydınlanacaktır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition. 2013: 795-798.
2. Mc Cracken JT. Attention Deficit Disorder. Sadock BJ, Sadock VA, ed. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, eighth edition. Philadelphia, Lipincott: Williams&Wilkins, 2005: 3183-3204.
3. Nigg JT, Blaskey LG, Stawicki JA, Sachek J. Evaluating the endophenotype model of ADHD neuropsychological deficit: results for parents and siblings of children with ADHD combined and inattentive subtypes. J Abnorm Psychol. 2004;113(4):614-625.
4. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008;2(1):15.
5. Yuan K, Qin W, Liu Y, Tian J. Internet addiction: Neuroimaging findings. Commun Integr Biol. November 2011.
6. Shapira N, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. J Affect Disord. 2000;57(1-3):267-272.
7. Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak İ, Zoroglu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. Psychiatry Clin Neurosci. 2013;67(5):352-359.
8. Rubia K, Smith A, Brammer M, Toone B, Taylor E. Abnormal brain activation during inhibition and error detection in medication-naive adolescents with ADHD. Am J Psychiatry. 2005;162(6):1067-1075.
9. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. Eur Psychiatry. 2012;27(1):1-8.
10. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. Psychiatry Clin Neurosci. 2004;58(5):487-494.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IVTR) (Çev: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
12. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics. Br

- J Psychiatry. 1984;144:16-24.
13. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu F, ed. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği 3293–311, Yayınları 2008; (3):
 14. Weiss G; Weiss M. Attention Deficit Hiperactivity Disorder.; ed. Child and; Adolescent Psychiatry; A Comprehensive Textbook; third edition. Philadelphia; Lippincott Williamns and Wilkins; 2003: 645–670.
 15. World Health Organization Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases, World Health Organization, Geneva, 1978.
 16. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition. USA: American Psychiatric Association, Washington DC, 1968.
 17. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. USA: American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
 18. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. Attention deficit hyperactivity disorder In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Pr.
 19. 2013, Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatr Hast Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı Beşinci Baskı.
 20. Biederman J, Mick E, Faraone S V., et al. Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. Am J Psychiatry. 2002;159(1):36-42.
 21. Salbach H, Huss M, Lehmkuhl U. Impulsiveness in children with hyperkinetic syndrome. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 51(6):466-475.
 22. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. Anadolu Psikiyatr Derg. 6(1):5-10.
 23. Nigg JT, Tannock R, Rohde LA. What is to be the fate of ADHD subtypes? An introduction to the special section on research on the ADHD subtypes and implications for the DSM-V. J Clin Child Adolesc Psychol. 2010;39(6):723-725.

24. Chhabildas N, Pennington BF, Willcutt EG. A comparison of the neuropsychological profiles of the DSM-IV subtypes of ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2001;29(6):529-540.
25. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942-948. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.942.
26. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2009;194(3):204-211.
27. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29(4):546-557.
28. Ercan Es, Avcı A, Mukaddes Motavallı N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y: Ercan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Klavuzu. Türkiye-2008.
29. Cohen P, Cohen J, Kasen S, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry.* 1993;34(6):851-867.
30. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry.* 1989;30(2):219-230.
31. Gül N, Tiryaki A et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klin Psikofarmakol Bul Clin Psychopharmacol.* 2010;20(1):50-56.
32. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13(6):354-361.
33. Aras S, Varol Tas F, Unlu G. Medication prescribing practices in a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Child Care Health Dev.* 2007;33(4):482-490.

34. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr.* 2007;166(2):117-123.
35. Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(12):1575-1583.
36. Akgün GM, Tufan E, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 2011;3(1).
37. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2001;10(2):299-316.
38. Faraone S V., Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;57(11):1313-1323.
39. Faraone S V, Biederman J, Spencer T, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry.* 2000;48(1):9-20.
40. L Hechtman, In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* USA: Lippincott Williams and Wilkins. 2005:2679-2692.
41. Sharp WS, Gottesman RF, Greenstein DK, Ebens CL, Rapoport JL, Castellanos FX. Monozygotic twins discordant for attention-deficit/hyperactivity disorder: ascertainment and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(1):93-97.
42. Asherson P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13 Suppl 1:I50-I70.
43. Bobb AJ, Addington AM, Sidransky E, et al. Support for association between ADHD and two candidate genes: NET1 and DRD1. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;134B(1):67-72.
44. Kelly YJ. Birthweight and behavioural problems in children: a modifiable effect? *Int J Epidemiol.* 2001;30(1):88-94.
45. Barr CL, Kroft J, Feng Y, et al. The norepinephrine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet.* 2002;114(3):255-259.
46. Cortese S. The neurobiology and genetics of Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol.* 2012;16(5):422-433.
47. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(8):978-987.
 48. Mick E, Biederman J, Santangelo S, Wypij D. The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(11):699-705.
 49. Şenol S, İşeri E, Koçkar A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Hekimler Yayın Birliği, Ankara* 2005:5-60.
 50. Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;931:33-49.
 51. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, Novey ES, Eliopoulos D. Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder/hyperactivity. *Arch Neurol.* 1990;47(8):919-926.
 52. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology.* 1997;48(3):589-601.
 53. Hart H, Radua J, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(10):2248-2256.
 54. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;931:1-16.
 55. Starr F, Vela RM, Thomas CR. Adult Attention Deficit Disorder: Brain Mechanisms and Life Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(9):1138-1139.
 56. Zappitelli M, Pinto T, Grizenko N. Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry.* 2001;46(6):542-548.
 57. Gurevitz M, Geva R, Varon M, Leitner Y. Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *J Atten Disord.* 2014;18(1):14-22.
 58. Latimer K, Wilson P, Kemp J, et al. Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors.

- Child Care Health Dev. 2012;38(5):611-628.
59. Galéra C, Côté SM, Bouvard MP, et al. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(12):1267-1275.
 60. Schlotz W, Jones A, Phillips DIW, Gale CR, Robinson SM, Godfrey KM. Lower maternal folate status in early pregnancy is associated with childhood hyperactivity and peer problems in offspring. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(5):594-602.
 61. Bussing R, Lehniger F, Eyberg S. Difficult Child Temperament and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool Children. *Infants Young Child*. 2006.
 62. Reebye P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment, Third Edition. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):31.
 63. Byrne JM, Bawden HN, Beattie TL, DeWolfe NA. Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *J Child Neurol*. 2000;15(8):533-538.
 64. Biederman J, Faraone S V, Mick E, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(8):966-975.
 65. Woodward LJ, Fergusson DM, Horwood LJ. Driving outcomes of young people with attentional difficulties in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(5):627-634.
 66. Galéra C, Messiah A, Melchior M, et al. Disruptive behaviors and early sexual intercourse: The GAZEL Youth Study. *Psychiatry Res*. 2010;177(3):361-363.
 67. Langley K, Fowler T, Ford T, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):235-240.
 68. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190:402-409.
 69. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity

- disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*. 2008;13(11):977-984.
70. Jensen CM, Steinhausen H-C. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015;7(1):27-38.
 71. Biederman J, Faraone S V, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(3):305-313.
 72. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(5):579-590.
 73. Lus G, Mukaddes NM. Co-morbidity of bipolar disorder in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in an outpatient Turkish sample. *World J Biol Psychiatry*. December 2009.
 74. Brown TE. Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults.
 75. Sciberras E, Lycett K, Efron D, Mensah F, Gerner B, Hiscock H. Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2014;133(5):801-808.
 76. Wolraich M, Brown L, Brown RT, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007-1022.
 77. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.
 78. Faraone S V, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(6):754-763.
 79. Adler LA. Diagnosing and treating adult ADHD and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):e31.
 80. Michelson D, Faries D, Wernicke J, et al. Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A

- Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Response Study. *Pediatrics*. 2001;108(5):e83-e83.
81. Wigal SB, McGough JJ, McCracken JT, et al. A laboratory school comparison of mixed amphetamine salts extended release (Adderall XR) and atomoxetine (Strattera) in school-aged children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord*. 2005;9(1):275-289.
 82. Ercan ES ÇFMNYY. Atomoxetine for the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg / Turkish J Child Adolesc Ment Heal*. 2009;16(2):113-118.
 83. İçel K. *Kitle Haberleşme Hukuku*, Beta Yayınları. İstanbul, 1998; sy 407-415.
 84. Çağıltay, Kürsat. *Herkes İçin İnternet*, TÜBİTAK-Odtü Yayınları. Ankara, 1994; sy 17-19.
 85. Arısoy Ö. İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1(1).
 86. [Http://www.internetworldstats.com/stats.htm](http://www.internetworldstats.com/stats.htm).
 87. Türkiye İstatistik Kurumu *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*, 2015.
 88. Young KS. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *Am Behav Sci*. 2004;48(4):402-415.
 89. YOUNG KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology Behav*. 1998;1(3):237-244. doi:10.1089/cpb.1998.1.237.
 90. SHOTTON MA. The costs and benefits of "computer addiction." *Behav Inf Technol*. 2007;10(3):219-230.
 91. Goldberg I. Internet addiction disorder. Retrieved Novemb. 1996.
 92. Griffiths M. Behavioural addiction: an issue for everybody? *Empl Couns Today*. 1996;8(3):19-25.
 93. Mitchell P. Internet addiction: genuine diagnosis or not? *Lancet (London, England)*. 2000;355(9204):632.
 94. Nalwa K, Anand AP. Internet addiction in students: a cause of concern. *Cyberpsychol Behav*. 2003;6(6):653-656.
 95. Liu T, Potenza MN. Problematic Internet use: clinical implications. *CNS Spectr*. 2007;12(6):453-466.

96. Young K, Pistner M, O'Mara J, Buchanan J. Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium. *Cyberpsychol Behav.* 1999;2(5):475-479.
97. Tahiroğlu A, Çelik G, Bahalı K, Avcı A. Medyanın Çocuk ve Gençler Üzerine Olumsuz Etkileri; Şiddet Eğilimi ve İnternet Bağımlılığı. *Yeni Symp.* 2010.
98. Greenfield DN. Psychological characteristics of compulsive internet use: a preliminary analysis. *Cyberpsychol Behav.* 1999;2(5):403-412.
99. Whang LS-M, Lee S, Chang G. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychol Behav.* 2003;6(2):143-150.
100. Blum K, Braverman ER, Holder JM, et al. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs.* 2000;32 Suppl:i - iv, 1-112.
101. Kandel E, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of Neural Science.* 4th edition. U.S.A: McGraw-Hill Companies; 2000. 1007-10.
102. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Human Behav.* 2001;17(2):187-195.
103. Caplan SE. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Comput Human Behav.* 2002;18(5):553-575.
104. Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs.* 2008;22(5):353-365.
105. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet Addiction. *Am J Psychiatry* 2008;165:306-307.
106. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(12):839-844.
107. Tsai C-C, Lin SSJ. Internet addiction of adolescents in Taiwan: an interview study. *Cyberpsychol Behav.* 2003;6(6):649-652.
108. Kim K, Ryu E, Chon M-Y, et al. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire

- survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(2):185-192.
109. Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Wu H-Y, Yang M-J. The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia, and Hostility. *J Adolesc Heal.* 2007;41(1):93-98.
 110. Caplan SE. Incidents and correlates of pathological internet use among collage students. *Computers in Human Behaviour* 2007; 2:465-473.
 111. EKİNCİ Ö, Celik T. Association Between Internet Use and Sleep Problems in Adolescents. (*Archives of Neuropsychiatry* 2014; 51: 122-128)
 112. Rubia K, Smith AB, Brammer MJ, Toone B, Taylor E. Abnormal brain activation during inhibition and error detection in medication-naive adolescents with ADHD. *Am J Psychiatry.* 2005;162(6):1067-1075.
 113. Leung L. Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids. *Cyberpsychol Behav.* 2007;10(2):204-214.
 114. Şendağ, S. ve Odabaşı, F. (2007). İnternet bağımlılığı: Çocukların Psikososyal Gelişimi Üzerindeki Etkileri.
 115. Subrahmanyam, K., Kraut, R. E., Greenfield, P. ve Gross, E. (2001). New forms of electronic media: The impact of interactive games and the Internet on cognition, socialization, and behavior. In D. Singer & J. Singer (Eds.), *Handbook of Children and the Me.*
 116. Yang SC, Tung C-J. Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Comput Human Behav.* 2007;23(1):79-96.
 117. Lin SS., Tsai C-C. Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Comput Human Behav.* 2002;18(4):411-426.
 118. Öztürk Ö, Odabaşıoğlu G, Eraslan D. İnternet bağımlılığı: kliniği ve tedavisi. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8:36-41.
 119. Han DH, Lee YS, Na C, et al. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry.* 50(3):251-256.
 120. Young K. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innov Clin Pract A source B.* 1999.
 121. Ercan ES, Ercan E, Kandulu R, Uslu E, Aydın C. Reability and Validity of Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Rating Scale

- Teacher and Parent Forms. 3th International Congress on ADHD From Childhood to Adult Disease, 26-29 May 2011, Berlin, G.
122. Young KS. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychol Rep.* 1996;79(3 Pt 1):899-902.
 123. Balta Ö, Horzum M. The Factors that affect internet addiction of students in a web based learning environment. *Ankara Univ J Fac.* 2008.
 124. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr.* 1981;46(5-6):305-315.
 125. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyat Derg.* 1991;2:132-136.
 126. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 2. Basım, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1982; 2.
 127. Sesti AM. State-Trait Anxiety Inventory in Medication Clinical Trials. *QoL Newsletter* 2000; 25:15-16.
 128. Brewis A, Schmidt KL. Gender variation in the identification of Mexican children's psychiatric symptoms. *Med Anthropol Q.* 2003;17(3):376-393.
 129. Johansson A, Götestam KG. Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling. *Psychol Rep.* 2004;95(2):641-650.
 130. Yılmaz S, Hergüner S, Bilgiç A, Işık Ü. Internet addiction is related to attention deficit but not hyperactivity in a sample of high school students. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2015;19(1):18-23.
 131. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-S, Yeh Y-C, Yen C-F. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(10):937-943.
 132. Biederman J, Faraone S V. The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatr Clin North Am.* 2004;27(2):225-232.
 133. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Lippman S. Attentiondeficit/ hyperactivity disorder: an update. *South Med J* 2002; 95:743-749.
 134. Weiss M, Worling D, Wasdell M. A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *J Atten Disord.* 2003;7(1):1-9.
 135. Alaçam H, Denizli bölgesi üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının görülme sıklığı ve yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile

ilişkisi, Uzmanlık Tezi, : Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2012.

136. Chou W-J, Liu T-L, Yang P, Yen C-F, Hu H-F. Multi-dimensional correlates of Internet addiction symptoms in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res.* 2015;225(1-2):122-128.
137. Tsitsika A, Critselis E, Louizou A, et al. Determinants of Internet addiction among adolescents: a case-control study. *ScientificWorldJournal.* 2011;11:866-874.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB/DE: Dikkat Eksikliğinin Önde Olduğu Tip
DEHB/R: Restriktif (kısıtlayıcı) dikkat eksikliği alt tip
DEHB-B: Bileşik tip
DSM : Diagnostic And Statistical Manual
ICD : International Statistical Classification of Diseases
KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
DB: Davranım Bozukluğu
EEG: Elektroensefalografi
fMRI: fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
PET: Pozitron emisyon tomografi
SPECT: single-photon emission computed tomography
ABD: Amerika birleşik devletleri
ARPA: Advanced Research Projects Agency
İBÖ: İnternet bağımlılığı ölçeği
ÇİDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
YGB : Yaygın Gelişimsel Bozukluk
MRI: Manyetik rezonans görüntüleme
OİK: Ortalama internet kullanımı
RİK: Riskli internet kullanımı
İB: İnternet bağımlılığı

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1.** Hasta ve kontrol grupları arasındaki yaş dağılımı
- Tablo 2.** Hasta ve kontrol grupları arasındaki cinsiyet dağılımı
- Tablo 3.** Hasta ve kontrol grupları arasındaki ebeveynlerin eğitim durumları
- Tablo 4.** Hasta ve kontrol gruplarına göre anne ve babanın yaş dağılımı
- Tablo 5.** Hasta ve kontrol grupları arasında internet kullanımı karşılaştırılması
- Tablo 6.** Hasta ve kontrol grupları arasında internet kullanımı karşılaştırılması
- Tablo 7.** Hasta ve kontrol grupları arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması
- Tablo 8.** DEHB/DE ve DEHB-B grupları internet kullanımının karşılaştırılması
- Tablo 9.** DEHB/DE ve DEHB-B gruplarının İBÖ puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 10.** DEHB/DE ve DEHB-B grupları arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması
- Tablo 11.** DEHB/DE ve DEHB-B gruplarının nerdeyse her gün internet sıklığı ve günlük 2 saatten fazla internet süresi açısından karşılaştırılması
- Tablo 12.** DEHB/DE ve DEHB/R grupları internet kullanımının karşılaştırılması
- Tablo 13.** DEHB/DE ve DEHB-R gruplarının İBÖ puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 14.** DEHB/DE ve DEHB-R grupları arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması
- Tablo 15.** DEHB-B ve DEHB/R grupları internet kullanımının karşılaştırılması
- Tablo 16.** DEHB-B ve DEHB-R grupları arasındaki İBÖ puanının karşılaştırılması
- Tablo 17.** DEHB-B ve DEHB-R gruplarının haftalık internet kullanım sıklığı ve günlük internet kullanım süresi açısından karşılaştırılması
- Tablo 18.** İnternet kullanımı ile DEHB/DE ve DEHB/R grupları toplamı ve DEHB-B arasındaki ilişki
- Tablo 19.** DEHB-DE ve DEHB-R grupları toplamı ve DEHB-B grubu arasında İBÖ puanının karşılaştırılması
- Tablo 20.** DEHB-DE ve DEHB-R grupları toplamı ve DEHB-B grubu arasında internet kullanım sıklığı ve süresinin karşılaştırılması
- Tablo 21.** Turgay ölçeği puanlarının İBÖ puanı 20-49 ve 50-100 arasında olan olgularda karşılaştırılması
- Tablo 22.** İBÖ puanları ile ÇİDÖ ve STAI puanları arasındaki ilişki

Tablo 23. DEHB eş tanıları ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki

Tablo 24. Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi

Tablo 25. Yüksek İBÖ puanı (50 ve üzeri) ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

EKLER

EK-1 Sosyodemografik veri formu



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hastanın adı soyadı:	Annenin yaşı:	Baba alkol kullanıyor mu? Kullanıyorsa ne sıklıkta?
Başvuru şekli: Mersin içi Mersin dışı	Üvey anne: 1. Var 2. Yok	Ailenin durumu: 1. Anne baba birlikte 2. Boşanmış 3. Parçalanma
Gönderen: 1. Kendileri 2. Eğitim kuruluşu 3. Psikiyatri 4. Özel Dr. 5. Adli makam 6. Konsültasyon	Annede hastalık: 1. Geçici 2. Süreçten	Ailede ruhsal hastalıklar:
Yaş:	Annede Ruhsal Hastalık 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka Geriliği 5. Kişilik Bozukluğu 6. Diğer	Anne baba arasında akrabalık: 1. Var 2. Yok
Kardeş sayısı:	Baba: 1. Var 2. Yok	1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Anne ile 4. Baba ile 5. Üvey anne ya da baba ile 6. Evlat edinilmiş 9. Kurumda (Anne baba ile görüşüyor) 10. Kurumda (Anne baba ile görüşmüyor)
Kaçıncı Çocuk:	Baba eğitimi: 1. Yok 2. Okur-Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O	Ailenin konut standardı: 1. Apartman dairesi 2. Müstakil ev 3. Gecekondu 4. Köy evi 5. Diğer
Kendi cinsinden kardeşi:	Baba işi: 1. Çalışmıyor 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışında) 4. İşçi 5. memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık Mensubu 9. Emekli 10. Asker	Ayrı odası: 1. Var 2. Yok
Eğitimi: 1. Okula hiç gitmemiş 2. Anaokulu-Kreş 3. Özel Eğitim 4. Anasınıfı 5. Özel alt sınıf 6. İlk 1 7. İlk 2 8. İlk 3 9. İlk 4 10. İlk 5 11. İlkokul bitirmiş okumuyor 12. Orta 1 13. Orta 2 14. Orta 3 15. Lise 1	Baba yaşı:	Ayrı yatağı: 1. Var 2. Yok
Anne: 1. Var 2. Yok	Üvey baba: 1. Var 2. Yok	Çocuğun doğumundan bu yana il dışı yaşanan göç: 1. Var 2. Yok
Anenin eğitimi: 1. Yok 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O.	Babada hastalık: 1. Geçici 2. Süreçten	Annenin Doğurduğu yaşı:
Anenin işi: 1. Ev Hanımı 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışında) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık memuru 9. Emekli	Babada ruhsal hastalık: 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka geriliği 5. Kişilik bozukluğu 6. Diğer	Kardeş ölümü: 1. Var 2. Yok



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Düşük-Kürtaş:	Yürüme ayı (Desteksiz)	Tanı?
1. Var	Konuşma ayı (Cümle kurma)	1.
2. Yok		2.
	Tuvalet eğitimi (Gece-gündüz)	3.
Gebeliğin seyri:	Bakan kişi:	Belirti
1. Normal	1. Anne	1.
2. Düşük tehdidi	2. baba	2.
3. İlaç kullanımı	3. Anneanne, babaanne	3.
4. Sistemik hastalık	4. Bakıcı	
5. Dayak	5. Diğer	Organik:
6. TORCH		1.
7. Anemi		
Gebelikte doktor kontrolü:	Anneden ayrılık (6 haftadan fazla)	2.
1. Var	1. Var	3.
2. Yok	2. Yok	
Doğum:	Aynılık yaşı:	
1. Evde		
2. Hastanede	Geçirdiği önemli hastalık:	
	1. Var	
Doğum süresi:	2. Yok	
1. Miadında	Konvülsiyon	
2. Erken doğum	1. Ateşli	
3. Geç doğum	2. Ateşsiz	
Doğum şekli:	3. Yok	
1. Normal	Menarj:	
2. Aletle	1. Var	
3. Sezeryan	2. Yok	
Doğumda komplikasyon:	Sünnet:	
1. Ters geliş	1. Var	
2. Kordon dolanması	2. Yok	
3. Anoksi	Çocuğunuzu döver misiniz?	
4. Uzanmış travay	1. Evet	
5. Makonyum sapirasyonu	2. Hayır	
Bebeğin doğumundan sonraki ilk durumu:	Ne sıklıkta?	
1. Normal	Kim tarafından?	
2. Mor ve ağlıyor	Ebeveyn dayak yiyor mu?	
3. Mor ve ağlamıyor	1. Evet	
4. Küvezde bakım	2. Hayır	
İkiz ise:	Ne sıklıkta?	
1. Teki yaşıyor	Kim tarafından?	
2. Ölü		
Beslenme (ilk 6 ay):		
1. Anne sütü		
2. Mama		
3. Birlikte		
4. Diğer		
Kundaklama:		
1. Var		
2. Yok		
Varsa Süre:		

EK-2 Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DSM-IV'E
DAYALI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ ANNE/BABA/ÖĞRETMEN (TURGAY, 1995)

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu an çocuğunuzu/öğrencinizin durumunu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin.

	DİKKAT EKSİKLİĞİ	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
		Hiç	Biraz	Sıklıkla	Çok sık
1	Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2	Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3	Birisyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme veya dinleniyormuş gibi görünme	0	1	2	3
4	Okul ödevlerini ya da verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (işleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede / planlamada güçlük çeker	0	1	2	3
6	Uzun zihinsel çaba (kafiyi çalıştırmayı gerektiren matematik, türkçe ödevleri gibi) gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7	Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8	Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9	Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3
HİPERAKTİVİTE					
1	El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2	Oturulması gereken durumlar da yerinden kalkma	0	1	2	3
3	Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4	Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmaktan güçlük	0	1	2	3
5	Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6	Çok konuşma	0	1	2	3
7	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8	Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9	Başkalarının işine karşma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3
KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU					
1	Öfkelenir, kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
2	Büyükleriyle tartışır.	0	1	2	3
3	Büyüklerin kurallarına ya da isteklerine karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
4	İsteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
5	Kendi yaramazlıklarını, hatalı davranışlarını için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
6	Çoğu zaman alıngandır, çabuk danılır ya da başkalarınınca kolay kızdırılır.	0	1	2	3
7	Çoğu zaman içerlenir, kızgın ve gıcıraktır.	0	1	2	3
8	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
DAVRANIM BOZUKLUĞU					
1	Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
2	Kavgı dövüşü başlatır.	0	1	2	3
3	Başkalarının ciddi olarak yaralanmasına neden olur. (örneğin taş, sopa, kırık şişe, bıçak, tabanca vs.)	0	1	2	3
4	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
5	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
6	Başkalarının gözü önünde hırsızlık yapar. (örneğin saldırganlık, soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun.)	0	1	2	3
7	Başka birine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
8	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
9	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.	0	1	2	3
10	Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
11	Bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler.	0	1	2	3
12	Hiç kimse görmeden değerli eşyaları çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
13	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az geceleyin 2 kez evden kaçır, (ya da uzun süreli dönmemiş ise bir kez)	0	1	2	3
14	13 yaşından önce iken evden kaçır.	0	1	2	3
15	Yaşı 13'ten önce iken çoğu zaman okuldan kaçır	0	1	2	3

Çocuğunuzun veya öğrencinizin beğendiğiniz özellikleri;

Çocuğunuzun veya öğrencinizin düzelmesini ya da gelişmesini istediğiniz özellikleri

EK-3 İnternet Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği

İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

1. İnternette önceden planladığınızdan daha çok zaman harcıyor musunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

2. Yakın arkadaşlarınızla görüşmek yerine internette zaman geçirmeyi tercih ettiğiniz oluyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

3. Çok uzun süre internette uzak kalmışsanız, huzursuz ve sinirli oluyor musunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

4. Okul ödevleriniz ve dersleriniz aşırı internet kullanımınızdan olumsuz etkileniyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

5. İnternette geçirdiğiniz zamanı azaltmayı denediğinizi ve sonuç alamadığınızı düşünüyor musunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

6. İnternette değilken bile “ şu an keşke internette olsaydım” diye düşündüğünüz oluyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

7. İnternette geçirdiğiniz zaman, başlangıçtaki dönemle karşılaştırılınca gitgide artıyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

8. İnternette daha fazla zaman geçirebilmek için sık sık sorumluluklarınızı aksatıyor musunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

9. Online dünyasını keşfettiğiniz andan itibaren başkalarıyla daha az zaman geçiriyor musunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

10. İnternette yeni arkadaşlar ediniyor musunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

11. Aileniz ne sıklıkta “İnternette çok zaman harcıyorsunuz” diye size eleştiriyor?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

12. İnternette iken birisi sizi rahatsız ederse aşırı sinirlendiğiniz ya da tepki verdiğiniz oluyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

13. Yapmanız gereken daha önemli işler varken e-mailimi/facebook/msn'ninizi kontrol etme ihtiyacı duyuyor musunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

14. Okul yaşamımdaki verimliliğiniz aşırı internet kullanımınız yüzünden azalıyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

15. İnternette değilken tekrar internete gireceğiniz an için sabırsızlandığınız oluyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

16. İnternet olmadan hayat anlamsız, neşesiz ve sıkıcı olacağını düşünür müsünüz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

17. Ne sıklıkla internette olduğunuz için geç uyuyorsunuz ya da uykunuzu alamıyorsunuz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

18. Uzun süre internette olduğunuzda ne kadar süre online olduğunuzu görmek sizi rahatsız ediyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

19. “Birkaç dakika daha kalayım” diyerek internete girdiğinizde kalkamadığınız oluyor mu?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

20. Arkadaşlarla dışarı çıkmak yerine internette zaman geçirmeyi tercih eder misiniz?

0: hiçbir zaman 1: nadiren 2: ara sıra 3: çoğunlukla 4: çok sık 5: devamlı

EK-4 Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazıldı. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bugün de dâhil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

A	Kendimi arada sırada üzgün hissederim.	0
	Kendimi sık sık üzgün hissederim.	1
	Kendimi her zaman üzgün hissederim.	2
B	İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.	2
	İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.	1
	İşlerim yolunda gidecek.	0
C	İşlerimin çoğunu doğru yaparım.	0
	İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.	1
	Her şeyi yanlış yaparım.	2
D	Birçok şeyden hoşlanırım.	0
	Bazı şeylerden hoşlanırım.	1
	Hiçbir şeyden hoşlanmam.	2
E	Her zaman kötü bir çocuğum.	2
	Çoğu zaman kötü bir çocuğum.	1
	Arada sırada kötü bir çocuğum.	0
F	Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.	0
	Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.	1
	Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.	2
G	Kendimden nefret ederim.	2
	Kendimi beğenmem.	1
	Kendimi beğenirim.	0
H	Bütün kötü şeyler benim hatam.	2
	Kötü şeylerin bazıları benim hatam.	1
	Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.	0
I	Kendimi öldürmeyi düşünmem.	0
	Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.	1
	Kendimi öldürmeyi düşünürüm.	2
İ	Her gün içimden ağlamak gelir.	2
	Birçok günler içimden ağlamak gelir.	1
	Arada sırada içimden ağlamak gelir.	0
J	Her şey her zaman beni sıkır.	2
	Her şey sık sık beni sıkır.	1
	Her şey arada sırada beni sıkır.	0
K	İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.	0
	Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.	1
	Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.	2
L	Herhangi bir şey hakkında karar veremem.	2
	Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.	1
	Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.	0

M	Güzel, yakışıklı sayılırım.	0
	Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.	1
	Çirkinim.	2
N	Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.	2
	Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.	1
	Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.	0
O	Her gece uyumakta zorluk çekerim.	2
	Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.	1
	Oldukça iyi uyurum.	0
Ö	Arada sırada kendimi yorgun hissederim.	0
	Birçok gün kendimi yorgun hissederim.	1
	Her zaman kendimi yorgun hissederim.	2
P	Hemen her gün canım yemek yemek istemez.	2
	Çoğu gün canım yemek yemek istemez.	1
	Oldukça iyi yemek yerim.	0
R	Ağrı ve sızılardan endişe etmem.	0
	Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.	1
	Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.	2
S	Kendimi yalnız hissetmem.	0
	Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.	1
	Her zaman kendimi yalnız hissederim.	2
Ş	Okuldan hiç hoşlanmam.	2
	Arada sırada okuldan hoşlanırım.	1
	Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.	0
T	Birçok arkadaşım var.	0
	Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.	1
	Hiç arkadaşım yok.	2
U	Okul başarımla iyi.	0
	Okul başarımla eskisi kadar iyi değil.	1
	Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.	2
Ü	Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.	2
	Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.	1
	Diğer çocuklar kadar iyiyim.	0
V	Kimse beni sevmez.	2
	Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.	1
	Beni seven insanların olduğundan eminim.	0
Y	Bana söyleneni genellikle yaparım.	0
	Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.	1
	Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.	2
Z	İnsanlarla iyi geçinirim.	0
	İnsanlarla sık sık kavga ederim.	1
	İnsanlara her zaman kavga ederim.	2

Toplam puanımı yaz:

EK-5 Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2)

STAI FORM TX – I

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlülerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)