



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**18-26 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
İNTERNET BAĞIMLILIĞININ UYKU BOZUKLUĞU,
DEPRESYON VE DİKKAT EKSİKLİĞİ İLE OLAN İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Hilal MUTLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN

İstanbul- 2018

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**18-26 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
İNTERNET BAĞIMLILIĞININ UYKU BOZUKLUĞU,
DEPRESYON VE DİKKAT EKSİKLİĞİ İLE OLAN İLİŞKİNİN
ARAŞTIRILMASI**

**Hilal MUTLU
164102189**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN

İstanbul- 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102189
Öğrenci Adı Soyadı	: Hilal Mutlu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin
Tezin Başlığı	: 18-26 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Uyku Bozukluğu, Depresyon ve Dikkat Eksikliği ile Olan İlişkisinin Araştırılması

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 26.10.2018	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Mine Elagöz Yüksel	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Arzu Özal İldeniz	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘‘18-26 yaş arası üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının uyku bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği ile olan ilişkisinin araştırılması’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih 26.10.2018

Hilal MUTLU

TEŞEKKÜR

Öncelikle, Yüksek lisans eğitimimde bu çalışmanın her aşamasında yardımlarını, engin bilgilerini, zamanını, sabrını ve desteğini esirgemeyen başta değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin'e, kalitesini ve farkını her zaman hissettiğim klinik psikoloji yüksek lisans eğitimimde emeği geçen Üsküdar Üniversitesi'nin tüm değerli hocalarına ayrı ayrı teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Bu süreçte, disiplin ve azmiyle her şeyi başarabileceğime beni inandıran babam Fethi'ye, konuşmalarıyla ve öğrettikleriyle her daim kendine hayran bırakan güçlü insan annem Serap'a, kütüphane erişimi ve çeviri için bana yardımcı olan kuzenim Nisa Mutlu'ya, çalışmamda zamanını ayırarak gönüllü bir fedakârlığa imza atan tüm değerli arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Saygılarımla

Hilal MUTLU

ÖZET

18-26 YAŞ ARASI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞININ UYKU BOZUKLUĞU, DEPRESYON VE DİKKAT EKSİKLİĞİ İLE OLAN İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Hilal MUTLU

Yüksek Lisans Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2018

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN

Günümüzde internet, sağladığı birçok fayda ve kolay erişebilirliği ile hayatımızın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. İnternetin insan hayatının bu denli merkezinde olması, psikoloji literatüründe oldukça popüler olan problemlerli internet kullanımı sorununu ortaya çıkarmıştır. Problemlerli internet kullanımının, tanısall ve etiyojikk çeşitli nedenlerden ötürü internet bağımlılığı, patolojik internet kullanımı gibi birçok farklı ismi olsa da, temel olarak bireyin internet kullanımını kişisel hayatında olumsuz sonuçlar yaratmasına rağmen kontrol edememesidir. Bu çalışmada, internet bağımlılığının üniversite öğrencileri arasında prevalansı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve insomnia gibi diğer psikopatolojik semptomlarla olan ilişkisi araştırılmıştır. Üsküdar Üniversitesi'nde öğrenimini sürdüren 100 öğrenci üzerinde yapılan bu çalışmada katılımcıların %6'sı internet bağımlısı iken, %63'ü riskli internet kullanıcısı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada cinsiyet, yaş, gelir düzeyi gibi ana demografik değişkenlerin ayırt edici etkisi bulunmamıştır. Bununla birlikte internet bağımlılığının yukarıda bahsedilen psikopatolojilerle pozitif ve orta güçte ilişkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: İnternet, İnternet Bağımlılığı, Üniversite Öğrencileri, Depresyon, Erişkin Dikkat Eksikliği, İnsomnia, Uykusuzluk.

ABSTRACT

RESEARCH ON THE RELATIONSHIP OF INTERNET ADDICTION WITH SLEEP DISORDERS, DEPRESSION AND ATTENTION DEFICIT IN UNIVERSITY STUDENT BETWEEN THE AGES OF 18-26

Hilal MUTLU

Master Thesis, Clinical Psychology, İstanbul, 2018

Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN

Internet has been a main attraction of our lives due to its many benefits and easy access. Its constant presence in the center of our lives has created an issue that has been very popular in the psychiatric literature called problematic internet use. Although referred by many different names due to various methodological and etiological reasons such as internet addiction and pathological internet use, it is a condition where a person can not limit or control his/her internet use despite its negative effects on his/her personal life. This study aims to understand the internet addiction prevalence among university students and its comorbidity with ADHD, depression and insomnia. Among 100 respondents chosen randomly at Uskudar University, 6% were internet addicts and 21% was high risk internet user. In this study, main demographic variables such as age, gender and income level were not found as a determinant for internet addiction. However, a positive medium correlation was observed between internet addiction and psychopathologic symptoms mentioned above.

Key words: Internet, Internet Addiction, University Students, Depression, ADHD, Insomnia

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
SİMGELER	ix
TABLolar LİSTESİ	x
BÖLÜM 1 – GİRİŞ	1
1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
1.1.1 Araştırma Soruları	3
1.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	3
BÖLÜM 2 – GENEL BİLGİLER	5
2.1 KISACA İNTERNET	5
2.2 KISACA BAĞIMLILIK	6
2.2.1 Bağımlılık Klinik Belirtileri ve Sınıflandırılması	6
2.2.2 Davranışsal Bağımlılıklar.....	7
2.3 İNTERNET BAĞIMLILIĞI.....	7
2.3.1 İnternet Bağımlılığının Genel Tanımı	8
2.3.1.1 İnternet Bağımlılığının Kavramlaştırılması	10
2.3.1.2 İnternet Bağımlılığı Başlıca Tanı Kriterleri	11
2.3.1.3 İnternet Bağımlılığını Belirlemek Üzere Kullanılan Ölçekler	14
2.3.2 İnternet Bağımlılığı Klinik Tanı ve Sınıflandırma.....	16
2.3.3 İnternet Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	17
2.3.4 İnternet Bağımlılığı Etiyolojisi.....	19
2.3.4.1 Psikolojik Nedenler	20
2.3.4.2 Nörobiyolojik Teoriler	21
2.3.4.3 Kültürel Etkiler.....	21
2.4 İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE KOMORBİDİTE.....	22

2.4.1 İnternet Bağımlılığının Depresyon ve DEHB ile Komorbiditesi	23
2.4.2 İnternet Bağımlılığı ve Uykusuzluk	25
2.5 KISACA DEHB	27
2.5.1 DEHB Tarihçesi	27
2.5.2 DEHB Epidemiyolojisi	31
2.5.3 Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma	33
2.5.4 DEHB Etiyolojisi	34
2.5.4.1 Genetik	34
2.5.4.2 Nörobiyoloji	35
2.5.4.3 Nörokimyasal	37
2.5.4.4 Çevresel	38
2.5.5 Tedavi Yaklaşımları	39
2.6 DEPRESİF BOZUKLUKLAR VE DEPRESYON	40
2.6.1 Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma	41
2.6.2 Tarihçesi	42
2.6.3 Epidemiyolojisi	44
2.6.4 Etiyolojisi	45
2.6.5 Tedavi Yaklaşımları	48
2.7 UYKUNUN ÖNEMİ	49
2.7.1 Uyku Fizyolojisi	51
2.7.2 Uykunun Tarihçesi	52
2.7.3 Uyku Bozuklukları Klinik Sınıflandırma	53
BÖLÜM 3 – GEREÇ VE YÖNTEM.....	56
3.1 ÖRNEKLEM	56
3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	56
3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu	57
3.2.2 Young İnternet Bağımlılığı Testinin Kısa Formu	57
3.2.3 Beck Depresyon Envanteri	57
3.2.4 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	58
3.2.5 Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği	59
3.3 YAPILAN İŞLEMLER	59
3.4 İSTATİKSEL ANALİZLER.....	59

BÖLÜM 4– BULGULAR	61
4.1 KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VE BETİMSSEL ÖZELLİKLERİ	61
4.2 İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖZELLİKLERİ	65
4.3 BECK, ASRS ve İSİ ÖLÇEK SONUÇLARI	72
4.4 KOMORBİDİTE.....	74
4.5 ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM	75
4.6 UYKUSUZLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	76
4.7 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	77
4.8 DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR	78
BÖLÜM 5 – TARTIŞMA	82
5.1 TARTIŞMA VE YORUM.....	82
5.2 LİMİTASYONLAR.....	88
BÖLÜM 6 – SONUÇ	89
KAYNAKLAR	91
EKLER	107
EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU	107
Ek- 2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	110
EK-3 BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	113
EK-4 ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU..	116
EK-5 UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ	118
EK-6 YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ.....	119
EK-7 ETİK KURUL RAPORU	120
ÖZGEÇMİŞ	121

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASRS	: Adult ADHD Self Report Scale
APA	: American Psychological Association
BDNF	: Brain-derived Neurotrophic Factor (Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör)
BECK	: Beck Depression Inventory
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DA	: Dopamin
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
EEG	: Elektroansefalografi
İB	: İnternet Bağımlılığı
İBO	: İnternet Bağımlılığı Ölçeği
İSİ	: İnsomnia Severity Index (Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği)
MRI	: Magnetic Resonance Imaging (Manyetik Rezonans Görüntüleme)
NREM	: Non-Rapid Eye Movement (Yavaş Dalga Uykusu)
REM	: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketi Uykusu)
TH	: Tiroid Hormonu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

SİMGELER

Df	: Degree of Freedom (Serbestlik Derecesi)
N	: Örneklem Sayısı
P	: Anlamlılık Düzeyi
R	: Korelasyon Kuvveti
Ss	: Standart Sapma
T	: T Testi Değeri
U	: Mann Whitney Değeri
X^2	: Kruskal Wallis H Değeri
Z	: Normal Dağılım Testi Değeri

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. İnternet Bağımlılığı Ölçekleri	15
Tablo 2. Katılımcıların Sosyo Demografik Özellikleri	63
Tablo 3. Katılımcıların İnternet Kullanım Amaçları	64
Tablo 4. Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği Sonuçları	65
Tablo 5. İnternet Bağımlılığı ve İnternette Geçirilen Haftalık Süre.....	65
Tablo 6. İnternet Bağımlılığı ve Yaş	66
Tablo 7. İnternet Bağımlılığı ve Cinsiyet	66
Tablo 8. İnternet Bağımlılığı ve Yaşam Düzeni.....	67
Tablo 9. İnternet Bağımlılığı ve Kardeş Sayısı	68
Tablo 10. İnternet Bağımlılığı ve Aile Eğitim Düzeyi	69
Tablo 11. İnternet Bağımlılığı ve Anne Eğitim Düzeyi	70
Tablo 12. İnternet Bağımlılığı ve Baba Eğitim Düzeyi	70
Tablo 13. İnternet Bağımlılığı ve Baba Üniversite Mezunu iken Anne Eğitim Düzeyi	71
Tablo 14. İnternet Bağımlılığı ve Gelir Düzeyi.....	71
Tablo 15. İnternet Bağımlılığı ve Aktivite Dağılımı	72
Tablo 16. Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları	73
Tablo 17. Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği Sonuçları	73
Tablo 18. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçları	73

Tablo 19. Komorbidite Analizi.....	74
Tablo 20. Spearman ile Komorbidite Analizi	75
Tablo 21. Erişkin DEHB KBÖ ve Young İBÖ Regresyonu	76
Tablo 22. Young İBÖ VE Erişkin DEHB KBÖ Regresyon.....	76
Tablo 23. UŞİ ve Young İBÖ Regresyon.....	77
Tablo 24. Young İBÖ ve UŞİ Regresyon.....	77
Tablo 25. Beck Depresyon Ölçeği ve Young İBÖ Regresyon.....	78
Tablo 26. Young İBÖ ve Beck Depresyon Ölçeği Regresyon.....	78
Tablo 27. Cinsiyet Bazında İnternet Bağımlılığı ve Psikiyatrik Semptomlar	79
Tablo 28. Kardeş Sayısı Bazında İnternet Bağımlılığı ve Psikiyatrik Semptomlar	79
Tablo 29. Gelir Seviyesine Göre İnceleme	80
Tablo 30. Yaş Bazında Değerlendirme	81

BÖLÜM 1 – GİRİŞ

İnternet dünya üzerindeki bütün bilgisayarların ve benzer cihazların ortak bir dil konuşarak aynı platformda birleştiği, kullanıcılara çeşitli ürün ve deneyimler sağlayan bir araçtır (Yıldırım, 2014). İnternetin asıl oluşum amacı haberleşme ve iletişimdir. Fakat son yıllarda teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte internet de insan hayatının ayrılmaz bir parçası haline gelmeye başlamıştır. Bankacılıktan sağlığa, eğitimden eğlenceye, seyahatten alışverişe kısacası her alanda sınırsız bilgi erişimi sağlayarak bireylerin sürekli ihtiyaç duyduğu ve kullandığı bir araç olmuştur. İnsan hayatına sayısız faydası olan ve modern hayatın vazgeçilmez bir parçası haline gelen internet, bazı bireylerde zaman içerisinde kontrolsüz veya aşırı kullanım problemini ortaya çıkarmıştır (Eşitti, 2015). Bu kondisyon literatüre internet bağımlılığı, problemlili internet kullanımı, patolojik internet kullanımı gibi birçok farklı isimle girmiştir (Bozkurt vd., 2016). İnternet bağımlılığı, Kandell'in tanımına göre "Bağlandıktan sonra yapılan faaliyetten bağımsız olarak internete psikolojik bağlılık duymaktır" (Kandell, 1998). Bu tezde internet bağımlılığını ölçmek üzere kullanılan İnternet Bağımlılığı Ölçeği'nin yazarı Young'e göre "sarhoş edici bir madde alımını içermeyen bir dürtü kontrol bozukluğudur" (Young, 1998). Alkol veya madde bağımlılığında olduğu gibi, bireyler çoğunlukla kendilerini hissedilen etkiye maruz bırakmayı amaçlamaktadırlar ve bu hisse bağımlı oldukça daha çok kullanmaya başlamaktadırlar (Chen et al., 2004). Bu nedenden ötürü, internet bağımlılığı diğer bağımlılıklarda olduğu gibi titizlikle incelenmelidir. Kendi çağlarının başyapıtı olan internetin en sıkı kullanıcıları ise şüphesiz çocuklar ve gençlerdir. Örneğin: Ülkemizde 16-34 yaş grubundaki bireylerin %87'si internet kullanıcısıdır. Bu oran, 35-44 yaş grubunda %74'e, 45-54 yaş grubunda %52'ye düşmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). İnternet kullanımına olan genel yatkınlıklarının yanı sıra, kampüs ve yerleşkelerde sunulan sınırsız internet erişimi, eğitim sisteminin gereksinimleri, popüler kültür, sosyal medya ve eğlence platformlarına olan ilginin artması gibi nedenlerden ötürü öğrenciler internet bağımlılığı

için yüksek risk grubu adaylarıdır (Rabadi et al., 2017). Ülkemizde özellikle üniversite öğrencilerinin internet yönelimleri üzerine yapılan çalışmalar kısıtlı kapsamda olsa da, internet bağımlılığı prevalansına yönelik çeşitli bulgular vardır. Örneğin, Canan ve arkadaşlarının 2009 yılında 1034 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada İB oranı %9,7 olarak hesaplanmıştır (Canan vd., 2009). Batıgün ve arkadaşlarının 2010 yılında 213 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada bu oran %14 iken, 2011’de 1198 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada %18,8 olarak hesaplanmıştır (Batıgün vd, 2011). Dalbudak’ın 319 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada ise 7,2% oranında bildirilmiştir (Dalbudak vd., 2013). Alaçam’ın 2015 yılında 2096 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada da %8,6 olarak hesaplanmıştır (Alaçam vd., 2015). Birbirinden farklı olmasına rağmen bu sonuçlar, internet bağımlılığı konusunun ciddiye alınması gerektiğinin göstergesidir. Literatüre yeni eklenen araştırmalar, internet bağımlılığının çeşitli psikolojik, sosyal ve davranışsal semptomlar ile olan ilişkisini incelemektedir. Örneğin, internet bağımlısı olarak belirlenen üniversite öğrencilerinde davranışsal bozukluklar, akademik başarısızlık, asosyallik, depresyon, anksiyete ve sosyal fobi görülmektedir (Park et al., 2017). 2012 yılında Tehran Üniversitesi yatılı öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, internet bağımlısı olarak belirlenen bireyler; spiritüel gelişim, verimli sosyal ilişkiler kurma, stres yönetimi, doğru beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam göstergesi davranış kategorilerinde diğer bireylere göre daha düşük skorlar almışlardır (Maheri et al., 2012).

İnternet bağımlılığın akademik başarı ile de ilgisi olduğu saptanmıştır. 2009 yılında Arak Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, internet bağımlısı olarak belirlenen bireylerin derslerde daha düşük notlar aldığı, dönem başına ortalama daha az derse kaydolduğu ve genel not ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (Mohamadbeigi et al., 2009). Ülkemizde İnönü Üniversitesi’nde yapılan başka bir çalışmada devamsızlık hakkını sonuna kadar kullanan öğrencilerde internet bağımlılığı seviyesinin; devamsızlığı olmayan ya da az devamsızlığı olan öğrencilere oranla anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Akdağ et al., 2014). İnternet bağımlılığı öğrencilerin psikolojik gelişimleri, hayat tarzları ve akademik başarıları ile ilintilidir.

1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın temelinde iki amaç yatmaktadır. Bu amaçlardan birincisi, 18-26 yaş arası üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı sıklığını araştırmaktır. İkincisi ise internet bağımlılığının uyku bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği gibi komorbid psikiyatrik semptomlar ile olan ilişkisini incelemektir.

1.1.1 Araştırma Soruları

- a. İnternet bağımlılığının prevalansı nedir?
- b. İnternet bağımlılığının çeşitli sosyoekonomik göstergelerle anlamlı bir ilişkisi var mıdır?
- c. İnternet bağımlılığının uyku bozukluğu ile anlamlı bir ilişkisi var mıdır?
- d. İnternet bağımlılığının depresyon veya depresif ruh hali belirtileri ile anlamlı bir ilişkisi var mıdır?
- e. İnternet bağımlılığının dikkat eksikliği ile anlamlı bir ilişkisi var mıdır?

1.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

İnternetin durdurulamaz yükselişi, bazı bireylerde internette uzak (offline) zaman geçirememeye durumu yaratmaya başlamıştır (Eşitti, 2015). Kontrolsüz veya fazla internet kullanımı, bireylerin çalışma, aile ve sosyal hayatlarını etkileyen bir kondisyondur. Bu kondisyona sahip bireylerde birçok bağımlılıkta olduğu gibi sabırsızlık, ani mod değişimi, duygusal instabilite, asosyalite gibi semptomlar gözlemlenmektedir (Ho, 2014).

Literatüre yeni eklenen araştırmalar, internet bağımlılığının özellikle genç bireylerdeki psikolojik ve davranışsal bozukluklarla ilişkilendirilebileceğini ortaya koymaktadır. Toplumumuzun geleceği olan gençlerin sağlıklı bireyler olması, toplum sağlığı ve sürdürülebilirliği açısından hayati önemdedir. Bu nedenle artan derecede yaygınlaşan bu kondisyonun detaylarının araştırılması ve gençler arasında yine artan sıklıkta

görülen depresyon, uyku bozukluğu ve dikkat eksikliği gibi diğer komorbid psikiyatrik semptomlar ile olan ilişkisinin öğrenilmesi, önlem ve tedavi açısından büyük önem taşımaktadır. İnternet bağımlılığı, hem ciddi psikolojik problemler yaratabilecek, hem de bu problemlerin varlığının habercisi olabilecek bir durumdur. Bu kapsamda, risk altında bulunan genç erişkinlerde tarama yapılması ve uygun tedaviler ile bağımlılıklarından kurtulmaları ideal sonuçtur. Bu tezin, toplumda ve dünyada sıkça görülmeye başlayan ve bu nedenle gelecek için anlaşılması büyük önem taşıyan bu yeni fenomenin araştırılmasında küçük bir referans olması amaçlanmaktadır.



BÖLÜM 2 – GENEL BİLGİLER

2.1 KISACA İNTERNET

İnternet, dünya üzerindeki bütün bilgisayarların ve benzer cihazların ortak bir dil konuşarak aynı platformda birleşip, kullanıcılara çeşitli ürün ve deneyimler sağladığı bir araçtır (Geylani et al., 2016). İlk olarak 1990'lı yılların başında devlet araştırmalarında görevli bilim adamları ve araştırma laboratuvarları arasında bilgi alışverişinin hızlandırılmasını sağlayan bir çeşit ağ bağlantısı olarak ortaya çıkmıştır (Naughton, 2016). Takip eden 10 yıl içerisinde ise, konsolide bir platform haline gelerek toplumsal bir haberleşme ve iletişim aracına dönüşmüştür (Naughton, 2016). Son yıllarda teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte internet de, artık insan hayatının ayrılmaz bir parçası haline gelmeye başlamıştır. Bankacılıktan sağlığa, eğitimden eğlenceye, seyahatten alışverişe; kısacası her alanda sınırsız bilgi erişimi sağlayarak bireylerin sürekli ihtiyaç duyduğu ve kullandığı bir araç olmuştur.

Günümüzde, bireylerin internet ile yoğun bir etkileşim içerisinde olduğu inkâr edilemez. Ayrıca son yıllarda birçok ülkede yapılan altyapı çalışmaları ve teknolojik yatırımlar, internetin daha ucuz, hızlı ve erişebilir olmasını sağlayarak kullanım oranında artışa neden olmuştur (Zorbaz, 2013). TÜİK verilerine göre, 2017 yılında Türkiye'de internet kullanımı, bilgisayar kullanan birey sayısını geçerek (%57) %67'ye ulaşmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). Bununla birlikte, internet kullanan her 4 bireyden 1'i internet üzerinden alışveriş yaptığını belirtmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). Alışveriş gibi kişisel deneyimlerin bile online ortama taşınması, internetin bireylerin yaşamındaki yerinin kanıtıdır.

2.2 KISACA BAĞIMLILIK

Bağımlılık, zararlı madde kullanımında veya belirli bir davranışta bulunulduğunda hissedilen ödül duygusunun, davranışın zararlı sonuçlarına rağmen defalarca tekrarlanmasını teşvik ettiği bir kondisyondur (Griffiths, 2012). Beynin ödül, motivasyon, hafıza ve benzer devrelerini etkileyen başlıca kronik rahatsızlıklardan birtanesidir. (Griffiths, 2012). Bu devrelerden herhangi birinde görülen fonksiyon bozuklukları, kendini çeşitli biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal problemlerle belli eder. (Caplan, 2010). Bireyin, ödül veya rahatlama hissine ancak madde veya belirli bir davranışa başvurarak ulaşmasına sebep olur (Caplan, 2010).

2.2.1 Bağımlılık Klinik Belirtileri ve Sınıflandırılması

DSM-V Psikiyatrik Hastalıklar Tanı kitabına göre kişiye bağımlı tanısının konulması için, belirlenen 7 kriterden en az 3 tanesini göstermesi gerekir. Buna göre kişinin,

- a. Aynı etkiyi yakalayabilmek için kullandığı maddenin dozunu giderek artırması veya aynı dozu kullandığında gittikçe daha az etki hissetmesi (Tolerans)
- b. Madde kullanımını azalttığında ya da kestiğinde çeşitli fiziksel ve ruhsal semptomlar göstermesi (Yoksunluk)
- c. Beklediğinden daha fazla kullanması, madde kullanırken kullandığı miktar üzerinde kontrolü kaybetmesi, kendini durduramaması
- d. Madde kullanımını sürekli azaltmaya ya da bırakmaya çalışması; bir süreliğine azaltması ya da kesmesine rağmen yeniden aynı miktarda kullanmaya başlaması
- e. Zamanının çoğunluğunu ilgili aktivitelere (tedarik, kullanmak, bırakmak, etkilerinden iyileşmek gibi) ayırması
- f. Sosyal, mesleki, kişisel, vb. aktivitelere daha az zaman ayırması, erteleme ya da tamamen uzaklaşması

- g. Madde kullanımına veya davranış tekrarına bağılı olarak ortaya çıkan psikolojik veya fiziksel sorunlara rağmen madde kullanımına devam etmesi gerekmektedir (APA, 2013).

2.2.2 Davranışsal Bağımlılıklar

Toplum içerisinde bağımlılık denince ilk olarak akla madde bağımlılığı gelmektedir. Madde bağımlılığı, alkol, inhalanlar, kokain, nikotin, opioidler vb. gibi maddelerin sürekli ve kontrolsüz kullanımınıdır (Yalçın & Demirci, 2016).

Madde bağımlılığının yanı sıra, davranışsal bağımlılıklar da vardır. Davranışsal bağımlılık, aslında zararsız olan oyun oynamak, güneşlenmek, yemek yemek, çalışmak, seks, alışveriş, televizyon izleme gibi aktivitelerin, miktar ve sıklığını kontrol edememeden kaynaklanır (Grant et al., 2010). Madde bağımlılığı gibi beyin genellikle dopamin salgılayan ödül ve teşvik alanlarını aktive ettiği çeşitli bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (Grant et al., 2010). Bağımlılığın ana bileşenleri olan zihinsel meşguliyet, duygudurum değişkenliği, tolerans, yoksunluk, kişilerarası çatışma ve relaps gibi fiziksel ve psikolojik bağımlılık belirtilerini gösterirler (Bozkurt vd., 2016). Bu nedenle kimyasal olmayan bağımlılıklar, madde bağımlılığı için oluşturulmuş olan klinik ölçütler doğrultusunda belirlenmektedir (Bozkurt vd., 2016).

2.3 İNTERNET BAĞIMLILIĞI

İnternetin, kolay erişilebilirliği, sosyal yönü ve günlük hayata sağladığı kolaylıklar inkâr edilemez. Son yıllarda internetin sayısız faydasına rağmen; yanlış, aşırı ve kontrolsüz kullanımının davranışsal ve psikolojik çeşitli problemlere sebep olduğu görülmeye başlanmıştır. Örneğin, bazı bireylerde internetten uzak (offline) zaman geçirememesi, sosyal medya hesaplarını sık sık kontrol etme gibi günlük hayatın akışını bozan davranışlar görülmeye başlanmıştır (Eşitti, 2015). Ceyhan'a göre günümüzde bazı bireylerin yüz yüze iletişim yerine sanal ortamda iletişimi yeğlemek, günlük yaşamın gerektirdiği etkinlikleri gerçekleştirmek yerine ertelemek, sorumlulukları ihmal

etmek, günlerce internetin esiri olmak ve aşırı kullanmak gibi davranışlar sergileyebildikleri gözlenmektedir (Ceyhan, 2011).

Bu durum, internet bağımlılığı veya problemlili/patolojik internet kullanımı diye bahsedilen bir davranış problemi çeşidinden söz edilmesine yol açmıştır. Bilgisayar, televizyon, yemek yeme, oyun, alışveriş, internet gibi maddeye dayalı olmayan bağımlılıklar, davranışsal bağımlılıklar olarak kategorize edilmektedir (Grant et al., 2010). Alkol ve madde bağımlılığı gibi bu bağımlılıklar da birçok fiziksel ve psikososyal semptomlarla kendini belli etmektedir. “İnternet bağımlılığı” ilk olarak 1995 yılında New York psikiyatristi Ivan Goldberg tarafından hastalık olarak değerlendirilmiştir (Griffiths, 2012).

2.3.1 İnternet Bağımlılığının Genel Tanımı

Sağlıklı internet kullanımı, düşünsel veya davranışsal herhangi bir rahatsızlık hissetmeden, belirlenen bir amaç doğrultusunda mantıklı bir miktar süre harcanarak yapılan internet kullanımudur (Davis, 2001). İnternet bağımlılığı ise “internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internette geçirilen süreye gittikçe daha fazla ihtiyaç duyulması, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk gibi hallerin ortaya çıkması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması” olarak tanımlanmaktadır (Arısoy, 2009).

Kandell internet bağımlılığını “Online olunduktan sonra yapılan aktiviteden bağımsız olarıktan internete olan psikolojik bağımlılık” olarak tanımlamıştır (Kandell, 1998). İnternet bağımlılığını egzersiz yapmaya benzetmiştir. Egzersiz yapmak, insan sağlığı için faydalı ve gereklidir fakat fazla egzersiz yapmanın insan sağlığına ciddi zararları dokunur (Kandell, 1998). Bu örnekte olduğu gibi, internetin aşırı kullanımı bireylerde sağlık problemleri yaratabilir, zamanı kontrol etme becerilerini ellerinden alabilir, günlük yaşantılarını ve sosyal ilişkilerini sekteye uğratabilir.

Griffiths’e göre aşırı internet kullanım genellikle sorun olmamakla birlikte, bazı bireyler için gerçek bir sorun ve endişe kaynağıdır diye belirtmiştir (Griffiths, 1998). Bu

açıklama aslında günümüzde de fazlasıyla kabul gören bir mantığı yansıtmaktadır; internet kullanım zamanı ve sıklığı, kullanım amacı ve bunun gibi etkenlerle göz önünde bulundurulmalı ve tanı buna göre konulmalıdır. Örneğin, bir web tasarımcısının internette uzun zamanlar geçiriyor olması, internetten ayrı kaldığında endişe duyuyor olması, direkt internet bağımlısı tanısı koymak için yeterli olmamalıdır.

Soule ve arkadaşlarına (2003) göre internet bağımlılığı, Young'un gruplamasına benzer şekilde sanal seks bağımlılığı, sanal ilişki/arkadaşlık bağımlılığı, internette kumar bağımlılığı, ihtiyaç dışı bilgi arama bağımlılığı ve bilgisayar bağımlılığı olarak 5 farklı davranış çerçevesinde şekillenmektedir (Soule et al., 2003).

Davis, Young'un internet bağımlılığının varlığını teşhis etme yöntemlerini baz alarak patolojik internet kullanımını özgül ve genel olmak üzere iki grupta tanımlamaktadır. Buna göre, özgül patolojik internet kullanımı, online kumar bağımlıları gibi interneti bağımlı olunan nesneye/duruma ulaşmak için bir araç olarak kullanmaktır. Genel patolojik internet kullanımı ise yalnızca zaman geçirmek için, yalnız hissetmemek için, nedensiz yere interneti kullanmaktadır (Davis, 2001).

Türk araştırmacılar da, internet bağımlılığı için çeşitli tanımlamalarda bulunmuştur. Örneğin Yıldız ve Bölükbaş, interneti gerçek bağımlılığa eş tutmakta: toplumdaki soyutlanan bireylerin yapay bir dünyada, yapay ilişkiler kurarak, diğer bağımlılıklarda olduğu gibi, internet ve bilgisayar bağımlısı olduklarını savunmaktadırlar (Yıldız & Bölükbaş, 2005).

Buna göre aşırı internet kullanma isteğinin önüne geçilememesi, internet kullanılmayan zamanın kayıp ve önemsiz olarak görülmesi, internete ulaşamadığında asabiyet ve saldırganlık görülmesi gibi semptomlar internet bağımlılığını tanımlamaktadır.

Bayraktar'a göre patolojik internet kullanımı, internetin kompulsif olarak aşırı kullanımı ve yokluğunda ortaya çıkan rahatsızlık belirtilerinin tümüdür (Bayraktar, 2001).

Zorbaz'a göre ise kişinin interneti aşırı yoğun olarak kullanması ve kontrolü tamamen kaybetmesi; bunun sonucunda normal hayatın sorumluluklarını yerine getirememesi ve sosyal hayatında çeşitli sıkıntılarla karşılaşmasıdır (Zorbaz, 2013).

Kontrolsüz veya fazla internet kullanımı, bireylerin aile ve sosyal hayatlarını etkileyen bir kondisyondur. Bu kondisyona sahip bireyler internet kullanımlarını, günlük hayatlarını negatif yönde etkileyecek biçimde kontrol edememektedirler. İnternetin yokluğunda aşırı stresli ve agresif olmakta ve birçok diğer bağımlılık gibi fiziksel ve psikolojik bağımlılık belirtilerini (Sabırsızlık, ani mod değişimi, duygusal instabilite, asosyallik, zihinsel meşguliyet, kişilerarası çatışma ve tekrarlama) göstermektedirler (Soule et al., 2003).

2.3.1.1 İnternet Bağımlılığının Kavramlaştırılması

“İnternet kullanımı davranışını sorun düzeyinde tanımlarken değişik araştırmacılar farklı nedenselliklere dayanarak farklı ifadeler kullanmıştır. İnternetin olumsuz kullanımı ile ilgili tanımlamalara bakıldığında Egger (1996), Thomson (1996), Young (1996) gibi bazı araştırmacılar “internet bağımlılığı (internet addiction)” terimini kullanırken; Morahan-Martin, Schumacher (2000), Davis (2001), Scott (2002) “patolojik internet kullanımı (pathological internet use)”; Davis, Flett, Besser (2002), Caplan (2002) “problemlerli internet kullanımı (problematic internet use)”; ve Anderson (1998), Scherer (1997) ise, “internete olan bağımlılık (internet dependency)” terimini kullanmayı tercih etmişlerdir” (Akt., Özcan, Buzlu, 2005 ve Zorbaz, 2013).

Farklı kavramların kullanılmasının nedeni, bu fenomeni açıklayan teorilerin hastalığın duyuşsal, davranışsal ve bilişsel bileşenlerinden yalnızca birini göz önünde bulundurmasıdır (Zorbaz, 2013). Birçok araştırmacı, bu davranış bozukluğundan bahsederken bağımlılık bazlı rahatsızlıklar ile olan semptomal ve fenomenal benzerlikleri nedeniyle “bağımlılık” terimini kullanmaktadır (Byun et al., 2009).

Buna karşın, bağımlılık kavramının internetten kaynaklanan olumsuzlukların doğasını tam olarak yansıtmadığına ilişkin tartışmalar bulunmaktadır (Byun et

al., 2009). Evrensel bir tanımda ve diagnostik kriterlerde anlaşılabilmesi nedeniyle de, DSM 5, internet bağımlılığını mutlak bir rahatsızlık olarak kabul etmemektedir.

Fakat, konu ile ilgili araştırmaların önünü kesmemek amacı ile “Online oyun oynama bağımlılığının” altında kısaca bahsedilmektedir (O’Brien, 2010). Bu makalenin sonucu üzerinde önemli bir etkisi olmaması nedeni ile farklı isimleri birbiriyle değişken olarak kullanılmıştır.

2.3.1.2 İnternet Bağımlılığı Başlıca Tanı Kriterleri

İnternet bağımlılığının popülerlik kazanmasından sonra birçok araştırmacı bu klinik problem için diagnostik kriterler geliştirmeye çalışmıştır. İnternet bağımlılığının bir hastalık olabileceğini ilk olarak belirten Dr. Ivan Goldberg, 1995 yılında, DSM 4’te alkol bağımlılığı tanısında kullanılan kriterleri modifiye ederek bir grup kriter belirlemiştir (Basu & Dalal, 2016). Buna göre bireyin internet bağımlısı olarak belirlenebilmesi için son 1 yıl içerisinde belirtilen ölçütlerden en az 3 tanesini gösteriyor olması gerekmektedir. Buna göre,

- a. Tolerans gelişimi, istenilen hazzın alınması için internet kullanım süresinin artırılması, internette aynı sürenin harcanıp aynı aktivitelerin yapılmasına rağmen daha az zevk alınması
- b. Yoksunluk gelişimi, sürekli internet hakkında fanteziler kurmak, internet hakkında takıntılı düşüncelere sahip olmak
- c. İnternette planlanandan daha uzun zaman geçirmek
- d. Sürekli kullanımı azaltmaya veya tamamen bırakmaya yönelik girişimlerde bulunmak, ve bu girişimlerin başarısız olması
- e. İnternet ile ilgili aktivitelerde çok uzun zaman harcamak
- f. İnternette olma durumundan ötürü diğer sorumluluklardan vazgeçilmesi, sosyal veya mesleki aktivitelere daha az zaman ayırma, arkadaşlarla daha az zaman geçirme
- g. Kullanımın yarattığı sıkıntılara rağmen kullanımın devam etmesidir (New York Magazine, 1995).

Buna çok benzer olacak şekilde 1996 yılında, Young, DSM 4'teki patolojik kumar oynama rahatsızlığındaki kriterleri modifiye ederek, patolojik internet kullanımını belirlemeye yönelik bir diagnostik ölçek hazırlamıştır (Ho, 2014). Buna göre bireyin, Young'un belirlediği 8 kriterden en az 5'ini göstermesi halinde internet bağımlısı olduğu belirtilmiştir. Bu kriterler aşağıdaki gibidir (Balcı & Gülnar, 2009).

- a. İnternet ile aşırı meşgul olmak (preoccupation)
- b. Uzun süre online kalma ihtiyacı
- c. İnternet kullanımını azaltma eforlarındaki başarısızlık (failure to control)
- d. İnternet kullanımının azaltılması durumunda yoksunluk belirtileri göstermek (withdrawal)
- e. Günlük ve sosyal aktivitelerde zaman planlaması problemleri (use longer than intended)
- f. Aşırı internet kullanımına bağlı olarak sosyal ilişkilerin zedelenmesi (functional impairment)
- g. İnternete bağlanmak için yalan söylemek, hırsızlık yapmak gibi çaresiz denemeler yapmak (deception)
- h. İnterneti problemlerden, negatif düşüncelerden, depresyon, anksiyete, çaresizlik gibi duygulardan uzaklaşmak için kullanmak (escape)

Buna bağlı olarak Young, internet bağımlılığını çeşitli davranış ve dürtü kontrol bozukları bazında incelemiş, ve hastalığı 5 kategoriye ayırmıştır (Balcı & Gülnar, 2009).

Bu kategoriler:

- a. Siber cinsel bağımlılık – internet üzerinden dağıtılan porno gibi cinsel içeriklere bağımlılık
- b. Siber ilişkisel bağımlılık – sohbet odalarına, arkadaşlık sitelerine olan bağımlılık
- c. İnternet zorunluluğu – internet üzerinden yapılan kumar, alışveriş gibi davranışlara olan bağımlılık
- d. Bilgi yüklemesi – sürekli internette dolaşma, bilgi toplama
- e. Bilgisayar oyunu bağımlılığı – aşırı kaçarak oyun oynamak

Shapira ve arkadaşları, bundan 5 yıl sonra DSM 4-TR’de belirlenen dürtü kontrol bozukluğu konseptini kullanarak farklı diagnostik kriterler belirlemiştir. Madde bağımlılığı ya da patolojik kumar bağımlılığı baz alınarak belirlenen kriterlerin problematik internet kullanımı olan popülasyonu belirlemek için fazlasıyla sıkı olduğunu belirtmişlerdir (Shapira et al., 2003). Buna göre, problemlili internet kullanımını aşağıda belirtilen semptomlarla tanı edilmesini savunmuştur.

- a. İnternet ile normal olmayan/uyumsuz meşguliyet göstermek, planlanandan daha uzun kullanmak ve bu duruma engel olamamak
- b. İnternet kullanımının belirli problemlere ve sıkıntılara yol açması
- c. Mani, hipomani gibi bu tarz bir davranışa sebep olabilecek axis 1 hastalıklarının görülmemesi

Her iki kriter de, internet bağımlılığını dürtü kontrol bozukluğu olarak kabul etmektedir. Ko ve arkadaşları, sistematik diagnostik gözden geçirme çalışması sonrasında ergen ve üniversite öğrencilerinde görülen internet bağımlılığının belirlenmesine yönelik başka diagnostik kriterler belirlemiştir. Bu kriterler, veri duyarlılığı ve detayı sağlayan 3 farklı bölümden oluşmaktadır (Ko et al., 2009).

A bölümü, internet bağımlılığının meşguliyet, kontrol edilemeyen dürtü, niyet edilenden daha uzun kullanım, tolerans, yoksunluk, kullanımı kontrol edememe, aşırı zaman ve efor harcanması gibi 9 semptomunun varlığını incelemektedir. B bölümü, internet kullanımına ikincil fonksiyonel bozuklukların varlığını belirlemektedir. C bölümü ise psikotik rahatsızlıklar, bipolar 1 ve diğer dürtü kontrol bozuklukları gibi münhasır kriterlerden oluşmaktadır. Buna göre A, B ve C kriterlerine sahip olan bireyler internet bağımlısı sayılmaktadır. Bu yaklaşım, internet bağımlılığını davranışsal bağımlılık olarak kabul etmekte ve madde bağımlılığına benzer kriterlerle değerlendirmektedir.

2.3.1.3 İnternet Bağımlılığını Belirlemek Üzere Kullanılan Başlıca Ölçekler

Young, yukarıda değinildiği üzere kompulsif kumar oynama ve alkolizmi belirlemek üzere kullanılan kriterleri baz alarak, bu tezde de kısa versiyonu kullanılmış olan 20 soruluk İnternet Bağımlılığı Testi'ni hazırlamıştır. Bu test, internet bağımlılığını belirlemek üzere en çok kullanılan ölçeklerden biri olmuştur (Griffiths, 2012).

Bu ölçek altı likert tarzdadır ve katılımcıların sorulara “Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Arada sırada”, “Çoğunlukla”, “Çok sık” ve “Devamlı” seçeneklerinden biriyle cevap vermesi beklenir. “Hiçbir zaman” 0, “Devamlı” 5 puan olmak üzere ağırlıklandırılan cevaplara göre katılımcı toplam bir puan elde etmektedir. Bu puan 80 ve üzeri ise birey “patolojik internet kullanıcısı”, 50-79 puan arasında ise “sınırlı semptom gösteren kullanıcı”, 50 puan ve altı ise “semptom göstermeyen kullanıcı” olarak belirlenir (Young 2007).

Özellikle Asya ülkelerinde sıkça kullanılan bir diğer ölçek Chen İnternet Bağımlılığı Ölçeğidir. 26 soruluk likert tipli bir ölçektir ve sorulara bireyin tecrübelerinin varlığı ve sıklığına göre ağırlıklandırılarak 1 ile 4 arasında puan verilir. Puanlama sonucu kompulsif kullanım, kişilerarası iletişim, tolerans ve zaman yönetimi problemleri incelenir (Mak et al. 2014).

Yukarıda bahsedilen Ko ve Chen'in diagnostik kriterleri yine kendi tasarladıkları ölçek ile belirlenir. Buna göre; A grubunda çekilme, tolerans belirtileri ve aşırı internet kullanımı gibi soruları içeren 9 kriter vardır. Bu 9 kriterden 6 ya da daha fazlasının olması ve B grubunda fonksiyonel bozukluğu içeren 3 kriterden en az bir tanesinin olmasıyla birlikte internet bağımlılık davranışının başka bir bozuklukla açıklanamadığı kriterini içeren C grubunun da olması gerekmektedir (Ko et al., 2009).

Birçok ülkeden araştırmacının kendi kültür ve deneyimlerine göre geliştirdikleri birçok ölçek vardır. Bu ölçekler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Bozkurt vd., 2016).

Tablo 1. İnternet Bağımlılığı Ölçekleri

Ölçek Adı	Hazırlayanlar	Yılı	Madde	Tip	Ülke
İnternet Bağımlılığı Bonukluğu Tanısal Kriteri	Goldberg	1995	7	Evet/Hayır	Amerika
İnternet Bağımlılık Tanısal Anketi	Young	1996	8	Evet/Hayır	Amerika
İnternet İlişkili Bağımlılık Davranışları Envanteri	Brunner	1997	32	Evet/Hayır	Amerika
İnternet Bağımlılık Testi	Young	1998	20	5'li Likert	Amerika
Bilgisayar ve İnternet Kullanım	Pataelli, Browne & Johnson	1999	91	Evet/Hayır	Amerika
İnternet İlişkili Problem Anketi	Armstrong ve ark.	2000	20	10'lu Likert	Australya
İnternet Bağımlılığı Anketi	Wang	2001	28	4'li Likert	Australya
İnternet Bağımlılığı Anketi	Nyikos ve ark.	2001	30	5'li Likert	Macaristan
İnternet Kullanım Anketi	Monetti ve ark.	2001	22	4'li Likert	Amerika
Kore İnternet Bağımlılık Anketi	Kang&Oh	2001	40	4'li Likert	Güney Kore
Bilgisayar ve İnternet Kullanım	Pataelli, Browne	2002	74	5'li Likert	Almanya
Yaygın Problemleri İnternet Kullanım Ölçeği	Caplan	2002	29	5'li Likert	Amerika
Online Kavram Anketi	Davis ve ark.	2002	36	7'li Likert	Amerika
Chen İnternet Bağımlılığı Ölçeği	Chen ve ark.	2003	26	4'li Likert	Çin
İnternet Kullanım Anketi	Rotunda ve ark.	2003	32	5'li Likert	Amerika
İnternet Bağımlılık Ölçeği	Nichols & Nicki	2004	31	5'li Likert	Kanada
İnternet Bağımlılığı Tanısal Kriteri	Ko ve ark.	2005	13	Evet/Hayır	Japonya
Kore İnternet Bağımlılık İndeksi	Park	2005	23	-	Güney Kore
İnternet Bağımlılığı Bonukluğu Tanısal Ölçeği	Lin, Hao, Yang, Qi & Luo	2006	17	5'li Likert	Çin
Adolesan Patolojik İnternet Kullanım Ölçeği	Lei & Yang	2007	38	5'li Likert	Çin
Çin İnternet Bağımlılığı Envanteri	Huang ve ark.	2007	31	5'li Likert	Çin
Aşırı İnternet Kullanım Risk Ölçeği	Kalishewski&Czeremka	2007	41	5'li Likert	Polonya
İnternet Aşırı Kullanım Ölçeği	Jenaro, Flores, Gomez-Vela	2007	23	6'li Likert	Çin
İnternet Bağımlılık Bonukluğu Tanısal Ölçeği	Zan, Liu, & Liu	2008	13	Evet/Hayır	Çin
Adolesan Bilgisayar Bağımlılık Testi	Sionis ve ark.	2009	20	5'li Likert	Yunanistan
Kompulsif İnternet Kullanım Ölçeği	Meezbark ve ark.	2009	14	5'li Likert	Hollanda
İnternet İlişkili Deneysel Anketi	Beramy ve ark.	2009	20	4'li Likert	İspanya
İnternet Kullanım Değerlendirme Şablonu	Chow ve ark.	2009	26	Evet/Hayır	Çin
İnternet ve Bilgisayar Oyunu Bağımlılığı Değerlendirme Kontrol Listesi	Wolfling, Müller, & Beutel	2010	14	Evet/Hayır	Almanya
Yaygın Problemleri İnternet Kullanım Ölçeği 2	Caplan	2010	15	8'li Likert	Amerika
İnternet Bağımlılık Ölçeği	Gunc, Kayri	2010	35	5'li Likert	Türkiye
İnternet Kullanım Testi	Popawa	2011	22	6'li Likert	Polonya

Birçok sayıda ölçek olmasına rağmen, aralarında klinik açıdan doğruluğu ve geçerliliği tanımlanmış ölçek yoktur. Günümüzde en çok kullanılan ölçekler, en eski ölçeklerden biri olan Young İnternet Bağımlılığı Testi ve Tanısal Anketi ile Asya'da en çok kullanılan 'Chen İnternet Bağımlılık Skalasıdır' (Mak et al., 2014).

2.3.2 İnternet Bağımlılığı Klinik Tanı ve Sınıflandırma

Bugüne kadar internetin, dürtü kontrol bozukluğu mu yoksa davranışsal bağımlılık olarak mı sınıflandırılması gerektiği belirsizdir. Bununla birlikte internet bağımlılığının kesin tanımı geliştirilmemiş ve bu nedenlerden ötürü DSM 5'te hastalık olarak kabul edilmemiştir.

Buna rağmen, araştırmaları hızlandırmak ve araştırmacıları gönüllendirmek üzere aşırı internet kullanımıyla ilintili olan İnternet Oyun Oynama bozukluğu DSM-5'te yerini almıştır. Buna göre tanı konulması için bireyin son 12 ay içerisinde aşağıda belirtilen semptomlardan en az beş tanesini gösteriyor olması gerekmektedir (APA, 2013) Bu semptomlar:

- a. Günlük hayatta baskın bir etkinlik haline gelecek şekilde internet oyunları ile zihinsel uğraş,
- b. İnternette oyun oynamadığında yoksunluk belirtileri,
- c. Tolerans,
- d. İnternet oyunu oynamayı kontrol etmede başarısızlık,
- e. İnternet oyunları dışında geçmişte sahip olunan hobi ve eğlencelere ilginin yok olması,
- f. Psikososyal problemlerin varlığını kabul etmesine rağmen, internet oyunlarının aşırı kullanımını sürdürmesi,
- g. İnternette oyun oynamanın miktarıyla ilgili aile bireylerini, terapistleri veya başkalarını kandırmak,
- h. Çaresizlik, suçluluk, kaygı vs. gibi negatif bir duygudurumunu hafifletmek veya ondan kaçmak için internet oyunu oynamak,
- i. İnternet oyunu oynamaktan dolayı önemli bir ilişkinin, mesleğin, eğitimin veya kariyer imkânlarının tehlikeye düşmesi veya kaybı şeklindedir (APA, 2013)

İnternet bağımlılığının yüksek prevalansından ötürü araştırmacıların DSM çalışma grubunun konu ile ilgili sınıflandırma çalışmaları devam etmektedir. Bir sonraki versiyon için önerilerinden biri patolojik kumar oynama rahatsızlığını dürtü kontrol bozuklukları kategorisinden ayırıp, madde ve ilgili bağımlılıklar kısmına taşımak;

ardışık olarak bu bölümün ismini bağımlılık ve ilgili rahatsızlıklar olarak değiştirmektedir (Grant & Chamberlein, 2016). Bu ana kategorinin altına madde dışı bağımlılıklar alt kategorisi açıp, patolojik kumar ile birlikte internet bağımlılığını buraya sınıflandırmaktır (Grant & Chamberlein, 2016). Bunun gibi çeşitli öneriler olsa da, hastalığın sınıflandırılması ve klinik tanımı için daha fazla çalışmanın ve gözlemsel datanın olması gerekmektedir.

2.3.3 İnternet Bağımlılığı Epidemiyolojisi

İnternet bağımlılığı prevelansı literatürde %0,3'ten %38'lere kadar birçok farklı değerde görülmektedir (Bozkurt vd., 2016). Bunun nedeni farklı diagnostik kriterler ve ölçütler kullanılması, farklı DSM tanımlarının baz alınması, tanılarda ülke bazlı farklılıkların olması, online anketler üzerinden yapılan araştırmaların daha yüksek internet bağımlılığı prevelansı göstermesi gibi sapmaların olmasıdır (Bozkurt vd., 2016).

Bu nedenle dataları normalize eden meta analizlerin daha doğru ve geçerli sonuç vermesi beklenir. Bununla birlikte internet bağımlılığının prevelansını belirleyen çalışmaların çoğunlukla öğrenciler ve ergenler üzerinde yapıldığı, genel popülasyon ve yetişkinler üzerinde fazla çalışmanın olmadığı gözlemlenmiştir.

1996 yılından 2012 yılına kadar yapılmış, ve yazarlar Cheng ve Li tarafından belirlenen kriterlere uyan yaklaşık 164 farklı prevelans hesaplaması içeren, 89,281 katılımcısı olan 31 ülke ve 7 kıtaya hitap eden toplam 80 çalışmayı kapsayan meta analiz çalışmasında genel internet bağımlılığı %6 olarak hesaplanmıştır (Cheng & Li, 2014). İnternet bağımlılığının bir diğer dürtü kontrol bozukluğu olan patolojik kumar oynama rahatsızlığına oranla yaklaşık 3 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Cheng & Li, 2014).

Amerika'da 2006 yılında Aboujaoude ve arkadaşları tarafından 18 yaşından büyük olmak şartıyla genel nüfus üzerinde telefon ile yapılan bir çalışmada internet bağımlılığını çeşitli kriterler bazında değerlendirerek %0,3–%0,7 arasında

hesaplamışlardır (Aboujaoude et al., 2006). Bunun düşük olması, seçilen grupta internet kullanım oranının yalnızca %69 olması ile ilişkilendirilmiştir (Aboujaoude et al., 2006).

Buna karşın 1999 yılında Greenfield ve ABCNews.com'un internet üzerinden yaptığı bir çalışmada 17,000 katılımcı arasında internet bağımlılığının oranı %6 olarak belirtilmiştir (Greenfield, 2009). Stanford Üniversitesi Medikal Merkezinde yapılan bir araştırmada ise her 8 Amerikalıdan birinde, bir ya da birden fazla internet bağımlılığı semptomları görüldüğü belirtilmiştir (Aboujaoude et al., 2006).

Buna benzer şekilde Kore'de 2003 yılında, 20 milyon katılımcı arasından seçilen 13,588 kişilik grubun %3,5'i internet bağımlısı, %18,4'ü olası internet bağımlısı olarak değerlendirilmiştir (Whang et al., 2003).

Norveç'te yapılan bir çalışmada, genel nüfusu temsil eden 16-74 yaş arası gelişigüzel seçilmiş 3,399 kişilik bir grupta, internet kullanan bireylerin grubun %87'sini oluşturduğu ve bu grup içerisinde internet bağımlılığı prevalansının %5,2 olduğu görülmüştür (Bakken et al., 2009).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda, internet bağımlılığı prevalansının genel nüfusa oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Örneğin problemlili internet kullanım oranı, 531 kişilik Teksas Üniversitesi öğrenci grubunda %13, Bryant Üniversitesi öğrencilerinde %14 olarak hesaplanmıştır (Scherer, 1997; Morahan-Martin & Schumacher, 2003). Tayvan'da Lin ve Tsai tarafından 753 üniversite öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %17,9'unun internet bağımlısı olduğu tespit edilmiştir (Lin & Tsai, 2003). Bu oran, yine Tayvan'da Chou ve Hsiao tarafından 12 farklı üniversitede eğitim gören 910 öğrenci üzerinde yapılan araştırmada %16 olarak belirlenmiştir (Chou & Hsiao, 2000). Niemz ve arkadaşlarının 2005 yılında Nottigham Üniversitesi'nde okuyan 371 öğrenci üzerinde yaptığı araştırmada öğrencilerin %18,3'ü patolojik internet kullanıcısı olarak belirlenmiştir (Niemz et al., 2005).

Ülkemizde 2001 yılında Kubey ve arkadaşlarının 542 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı araştırmada katılımcıların %10'u internet bağımlısı olarak belirlenmiştir (Kubey vd., 2001).

Balta ve Horzum'un Ankara Üniversitesi'nde 292 öğrenci üzerinde yaptığı araştırmada %8,5 olarak bulunmuştur (Balta & Horzum, 2008).

Gazi Üniversitesi'nde 563 öğrenci üzerinde yapılan araştırmada ise bu oran %7,3 olarak hesaplanmıştır. Balcı ve Gülnar'ın Konya'da çeşitli üniversitelerde okuyan 952 öğrenci üzerinde yaptığı araştırmada ise %23,2'sinin internet bağımlılığı semptomlarını gösterdiği, %28,4'ünün de riskli kullanıcı kategorisinde olduğu belirtilmiştir (Balcı & Gülnar, 2009).

Canan ve ark'ın 2009 yılında 1034 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada internet bağımlılığı oranı %9,7 olarak hesaplanmıştır (Canan vd., 2012). Batıgün ve arkadaşlarının 2010 yılında 213 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada ise bu oran %14 iken, 2011'de 1198 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada %18,8 olarak hesaplanmıştır (Batıgün vd., 2011).

Dalbudak ve arkadaşlarının 319 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada ise %7,2 oranında bildirilmiştir (Dalbudak vd., 2013). Alaçam ve arkadaşlarının 2015 yılında 2096 Pamukkale Üniversitesi öğrencisi ile yaptığı çalışmada da %8,6 olarak hesaplanmıştır (Alaçam vd., 2015).

Yukarıdaki örneklerde de görüldüğü üzere, çeşitli nedenselliklere dayanarak internet bağımlılığının prevalansı üzerine geniş aralıkta birçok rakam bulunmaktadır.

2.3.4 İnternet Bağımlılığı Etiyolojisi

Birçok diğer hastalıkta ve özellikle davranışsal ve mental rahatsızlıkta olduğu üzere internet bağımlılığının da çok katmanlı bir etiyolojisi olduğu ve birden fazla mekanizmayı içerdiği düşünülmektedir. Literatürde en çok kabul görmüş faktörler; psikolojik, psikiyatrik hastalıklar ile komorbidite ve kültürel etkiler olarak 3 farklı grupta incelenebilir.

2.3.4.1 Psikolojik Nedenler

İnternet bağımlılığını açıklayan psikolojik teoriler genellikle, internet kullanım amacını değerlendirmeye ve anlamlandırmaya yöneliktir.

A. Kognitif-Davranışçı Teori

Davis, Young'un İnternet Bağımlılığı teorisini, bireyde internet kullanım eğiliminin detayını inceleyerek derinleştirmiştir. Davis'e göre birey patolojik internet kullanıcısı olarak belirlendikten sonra özgül ve genel kullanıcı olmak üzere iki farklı gruptan birine yerleştirilmelidir. Özgül patolojik internet kullanımı, online kumar bağımlıları gibi interneti bağımlı olunan nesneye/duruma ulaşmak için bir araç olarak kullanmaktır. Bu bireyler, internetin yokluğunda da bağımlılıklarını farklı ortamlarda beslemeye devam edeceklerdir. Genel patolojik internet kullanımı ise yalnızca zaman geçirmek için, yalnız hissetmemek için, nedensiz yere interneti kullanmaktadır. Bağımlılık internetin kendisinedir. Davis'e göre bu tarz bağımlılığın oluşmasında, kendinden şüphe, kendine güvensizlik, durmaksızın özeleştiri, düşük öz yetkinlik gibi bireyin geliştirdiğı problemlerli biliş neden olmaktadır. Birey bu duygulardan kaçmak ve kendine sığınacak bir dünya yaratmak için interneti kullanır. Bireyin iş, eğitim hayatında ve kişisel ilişkilerinde problemler, internet kullanımını saklama ve/ya yalan söyleme, problemlerinden kaçmak için daha fazla internet kullanımına yönelim gibi sonuçlara ulaşır (Davis, 2001).

Sonuç olarak zamanla bu problemler büyür ve daha ciddi sorunlar yaratmaya başlar ve yine bireyin öz saygı ve sevgisine zarar verip, asosyallik yönelimini artırır. Genel patolojik internet kullanımını artarken, var olan psikopatolojileri de güçlendirerek, zarar verici bir döngü yaratır.

B. Sosyal Beceri Eksikliği

Caplan, bireyin sosyal becerilerinden ilham alarak internet bağımlılığını açıklayıcı başka bir teori geliştirmiştir. Bu model, iki ana varsayım üzerine kurulmuştur. Bunlardan birincisi, kendini yalnız ve depresif hisseden bireylerin sosyal olmadığı, sosyal becerilerinde eksiklik olduğu farkındalığında olduklarıdır.

İkincisi ise bilgisayarın, sosyal yönlerinin eksik olduğunu düşünen bireylere çekici gelebilecek, kendilerini ifade etmede esneklik sağlayacak, kendilerini kötü hissetmelerine neden olan bilgileri saklayabilecek hatta kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı gerçek dışı bilgiler sunabilecekleri ilişkiler kurmalarına aracı olabilecek, program ve etkinliklere sahip olmasıdır bazı bireyler için internet, kendilerini istedikleri gibi çizebilecekleri, varlıklarını kontrol edebilecekleri bir yerdir. Bu nedenle interneti bu amaçla kullanan bireyler, internet üzerinde kurdukları ilişkilerin daha kolay, risksiz, ve heyecanlı olduğunu düşünüyor olabilirler (Caplan, 2003).

2.3.4.2 Nörobiyolojik Teoriler

Günümüzde, neurotransmitter sistemlerin internet bağımlılığının oluşmasında direkt etkisi olduğunu kanıtlayan hiç çalışma yoktur. Fakat çeşitli teorilere literatürde değinilmektedir.

Pallanti ve arkadaşlarına göre ergenler, internet bağımlılığı olmak üzere birçok diğer bağımlılık için yüksek risk grubundadır. Bunun nedeninin normal sinirsel gelişim sürecinden ötürü bu dönemde daha frontal korteks ve korteksaltı monoaminerjik sistemlerinin gelişimini tamamlamaması olduğu iddia etmişlerdir. Olgunlaşmamış bu sistemlerin “ödül motivasyonu ile ilgili olan hastalıkların” ana kondisyonu olduğunu belirtmişlerdir (Bernardi & Pallanti, 2009).

Bununla birlikte, dopaminin “Ödül Motivasyonu” algısının düzenlenmesinde önemli bir salgı olduğu ve eksikliğinin, çeşitli bağımlılıklara sebebiyet verdiği bilinmektedir. Çeşitli araştırmalar, patolojik internet kullanımının hastaya SSRI verilmesi ile azaltıldığını gözlemlemiştir (Beard, 2005).

2.3.4.3 Kültürel Etkiler

Literatürdeki araştırmalar göstermiştir ki internet bağımlılığı, internet kullanımının yaygın olduğu ülkelerde görülmektedir. Kullanımın limitli olduğu,

genellikle gelişmekte olan veya ekonomik olarak daha geri ülkelerde bu durumun kısıtlı olduğu belirtilmiştir (WHO, 2017a).

2.4 İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE KOMORBİDİTE

İnternet bağımlılığı üzerine birçok tartişma bulunmaktadır. Bu tartişmalardan bir tanesi de hiç şüphesiz bu oluşumun birincil bir hastalık mı yoksa başka bir psikiyatrik rahatsızlığın sonucu olarak doğan ikincil bir hastalık mı olduğudur. Shaffer ve arkadaşları, internet bağımlılığının birincil hastalık olduğuna dair yeteri kadar kanıt olmadığını, ve bu durumun başka birincil hastalıkların sonucu olarak ortaya çıkabileceği kanısındadır (Shaffer et al., 2000).

İnternet bağımlılığının başka hastalıklar ile ‘komorbid’ olarak görüldüğünü iddia etmektedir. İki hastalık arasında komorbidite olması, aralarında normalden daha yüksek bir ilişkinin olması demektir. Bu ilişkinin klinik olarak varlığının kabul için, ortak bir etiyoloji ya da neden-sonuç ilişkisi olması gerekmektedir (Shaffer et al., 2000).

Bu nedenle, internet bağımlılığının ortaya çıkmasında ve gelişmesinde etkili olan komorbid psikiyatrik rahatsızlıklar olup olmadığını anlamak hastalığın mekanizmasını anlamak açısından önem taşır. Bununla birlikte komorbidite genellikle zayıf prognosisle bağdaştırılır (Ko et al., 2008). Bu nedenle, komorbid psikiyatrik rahatsızlığın varlığını belirlemek önlem ve tedavi açısından da önemlidir.

Günümüzde internet bağımlılığı ile komorbid olan psikiyatrik rahatsızlıklar üzerine farklı coğrafyalarda ve kapsamda yapılan çeşitli çalışmalar vardır. Bu çalışmaların çoğu klinik bazlı değil, öz bildirimle bağlı araştırmalardır ve genellikle kesitsel gruplar üzerinde yapılmıştır. İyi şekilde kurulmuş ve deneyimli psikiyatristler tarafından yapılan klinik mülakatların diagnostik güvenilirliği daha yüksektir (Floros et al., 2014).

Metodoloji, fark etmeksizin yapılan çoğu çalışmada internet bağımlılığının çocuklarda, gençlerde ve erişkinlerde depresyon ve DEHB ile istatistik önemde

bağlantısı olduğu görülmüştür. Uykusuzluk şiddeti üzerine oldukça düşük sayıda araştırma olmasına rağmen, bu araştırmalarda da çeşitli bağıntılar bulunmuştur.

Not edilmelidir ki, yapılan çalışmalar, bu rahatsızlıkların ve internet bağımlılığının ortak risk faktörlerinden ötürü mü oluştuğu yoksa ikincil hastalıklar mı olduğu konusunda yetersizdir.

2.4.1 İnternet Bağımlılığının Depresyon ve DEHB ile Komorbiditesi

İnternet bağımlılığının komorbiditesi üzerine yapılan araştırmalarda, internet bağımlılığı yönelimi çoğunlukla Axis 1 hastalıklarının, prevalansı ile birlikte incelenmiştir. Kore’de, çocuk ve ergenlerde internet bağımlılığının diğer hastalıklarla olan klinik komorbiditesi Ha ve arkadaşları tarafından, 2 evreli olarak 63 çocuk ve 170 ergen üzerinde araştırılmıştır (Ha et al., 2006).

İlk evrede çeşitli ölçeklerle belirlenen gruptan, gelişigüzel olarak seçilen 12 çocuk ve 12 ergen de klinik mülakatlar ile var olan psikiyatrik semptomlar belirlenmiştir. Araştırma sonucunda çocuk grubunda DEHB’in, ergen grubunda depresyonun belirgin olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yazarlar, neden-sonuç ilişkisi bilinmemesiyle birlikte internet bağımlılığın yaşa özgü çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklarla komorbiditesi olduğu sonucuna varmıştır (Ha et al., 2006).

Yine Kore’de, Ko ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileri üzerinde tanı bazlı mülakatlar şeklinde yapılan bir araştırma sonucunda, yetişkin DEHB ve depresif rahatsızlıkların internet bağımlılığı görülen öğrencilerde yaygın olarak görüldüğü belirlenmiştir. DEHB’in en çok dikkat bozukluğu ağırlıklı türünün internet bağımlılığı ile ilişkisinin olduğu, ve bu ilişkinin kadınlarda daha yüksek olduğu belirtmiştir. Yazarlar, internet bağımlılığı görülen üniversite öğrencilerinde DEHB ve depresyonun varlığı incelenmeli ve buna göre tedavi uygulanmalıdır diye belirtmiştir (Ko et al., 2008).

Türkiye’de, çeşitli şikâyetlerden ötürü psikiyatri kliniklerine başvurmuş 45 erkek, 15 kız ergenler üzerinde yapılan çalışmada, öz bildirim ölçeklerinde internet

bağımlılığının varlığı indike edilmiştir. Katılımcıların hepsinin en az bir ve %88,3'ünün en az iki komorbid psikiyatrik rahatsızlığı olduğu görülmüştür. Hastalıkların detayı incelendiğinde %83,3 DEHB, %35 sosyal fobi ve %30 majör depresif bozukluk görüldüğü kaydedilmiştir (Bozkurt vd., 2013).

Yunanistan'da internet bağımlısı 50 üniversite öğrencisi örnekleminde klinik diagnoz ve öz bildirim testleri ile yapılan bir araştırmada, internet bağımlılığının DSM 5'te Axis 1 hastalıkları olarak geçen depresyon, DEHB, distemi gibi hastalıklarla oldukça yüksek ilişkili olduğu görülmüştür. Axis 1 hastalık semptomlarıyla komorbid olan bireylerde olmayan bireylere göre daha yüksek psikopatoloji görül müştür. Bununla birlikte, komorbid olarak Axis 1 semptomlarına sahip bireylerin internet bağımlısı olma ihtimalinin diğer bireylere ve Axis 2 hastalıklarına oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre internet bağımlılığının, Axis 1 hastalıklarıyla komorbid olduğu hastalarda daha ciddi klinik bir durum mevcut olduğu ve bu problemlerin internet bağımlılığı da kapsanarak tedavi edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Floros et al, 2012).

Tayvan'da 216 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların 87 tanesi internet bağımlısı olarak belirlenmiş; %7,9'una majör depresif rahatsızlık, %6,9'una distemi, %11,0'ine depresif rahatsızlık, 9,3%'üne sosyal fobi ve %18,1'ine yetişkin DEHB tanısı konulmuştur.

Regresyon analizleri sonucunda patolojik internet kullanımının yetişkin DEHB'inin ve depresif hastalıkların önemli prediktörleri olduğu, sosyal fobinin ilişkili olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, cinsiyetin de önemli bir değişken olduğu belirtilmiştir (Ko et al, 2008).

Bernardi ve Pallanti'nin, Floransa Neuroscience Enstitüsünde klinik muayenelerde fazlasıyla internet kullandığını belirten 50 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların klinik diagnozda %14'ünde DEHB görülmüştür (Bernardi & Pallanti, 2009).

Almanya'da, 15 farklı rehabilitasyon merkezinde tedavi gören 1826 hastanın katılımıyla ölçek ve anket bazlı yapılan bir araştırmada, internet bağımlılığı olduğu belirlenen 71 hasta, internet bağımlılığı olmayan 58 kişilik bir kontrol grubu ile

karşılaştırılmıştır (Wölfling et al, 2013). Buna göre, internet bağımlılığının depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk semptomlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Bununla birlikte internet bağımlılığı olan hastalarda, depresyon gibi ikinci bir mental rahatsızlığı görülme ihtimalinin yüksek olduğu görülmüştür.

Yine klinik bir araştırmada indirek olarak ortaya çıkan bir sonuca göre, DEHB tedavisi gören ve online oyun oynayan 62 çocukta, tedavi sonrası oyun oynama seviyelerinde belirli bir düşüş görülmüştür. Buradan yola çıkarak yazarlar, online oyun oynamanın DEHB hastası çocuklarda kendi kendini tedavi etme yöntemi olabileceğini belirtmiştir (Han et al, 2009).

Yine Almanya’da internet bağımlılığı tedavisi için bir kliniğe başvuran 290 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin %71’inin internet bağımlılığı klinik tanısına uyduğu görülmüştür (Muller ve ark; Floros et al, 2014). Bu grup içerisindeki bireylerin yarısında, özellikle depresif ve psikiyatrik hastalıklar olmak üzere çeşitli psikopatolojiler görülmüştür. %34,3’ü komorbid duygusal bozukluklar, %17,9’u komorbid anksiyete, %11,1’i madde bağımlılığı ve %10,3’ü kişilik bozuklukları göstermiştir (Muller ve ark; Floros et al., 2014).

Ko ve arkadaşlarının, ergenler üzerinde yaptığı 2 yıllık takip çalışması göstermiştir ki depresyon rahatsızlığı olan ergenlerin internet bağımlılığı olma olasılığı, diğer gruplara göre belirli oranda daha yüksektir. İnternetin bir nevi sosyal destek, başarıma duygusu (özellikle oyun oynarken), kontrol duygusu ve gerçek dünyadan uzaklaşma hissi gibi duygular sağlamasından ötürü, ergenlerin depresyon belirtilerini baskılamak için internete başvurması, ve bağımlı olmak için diğer ergenlerden daha yüksek risk grubunda olması normaldir (Ko et al., 2009).

2.4.2 İnternet Bağımlılığı ve Uykusuzluk

Hong Kong’da, 719 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı ve insomnianın depresyonla pozitif ve belirgin bir ilişkisi olduğu görülmüştür (Cheng & Wong, 2011).

Lam, 2014 yılında yazdığı sistematik gözden geçirme çalışmasında Doğu Asya'da yapılan 4 farklı çalışmayı incelemiştir. Buna göre internet bağımlılığı, insomnia, kısa uyku süresi ve zayıf uyku kalitesi gibi uyku problemleriyle bağdaştırılmıştır. İnsomnia geçiren katılımcıların, uyku problemi olmayan katılımcılara oranla 1.5 kat daha fazla bağımlı olma ihtimali olduğu belirtilmiştir (Lam, 2014).

Dubai'de 600 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan komorbidite çalışmasında insomnia ve potansiyel internet bağımlılığı arasında klinik açıdan önemli bir ilişki bulunmuştur (Younes et al., 2016).

Van de Bulck ve Oka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda internette daha çok zaman geçiren bireylerde daha geç uyuma, geç uyanma ve hafta içi yorgunluk gibi belirtiler gözlemlenmiştir (Oka et al., 2008; van den Bulck, 2004).

Yen ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada patolojik internet kullanımının daha kısa uyku zamanı ve insomnia semptomları ile bağlantılı olduğu görülmüştür (Yen et al., 2009).

Mesquita ve Reimao'nin araştırmalarına göre ise aşırı internet kullanımının uyku kalitesinin düşmesine ve gündüz aşırı uyku haline neden olduğu görülmüştür (Mesquita & Reimao, 2007).

Ülkemizde Ekinci ve arkadaşların yaptığı bir çalışmada internet bağımlılığı testinde yüksek puanlar alan bireylerin, diğer bireylere göre belirgin oranda problemlerle uyku alışkanlıkları olduğu belirtilmiştir (Ekinci vd., 2014). Gece daha geç uyudukları, uykuya dalmaları için uzun süreler gerektiği, gece daha sık uyandıkları ve okuldan eve geldikten sonra daha sık uyudukları belirtilmiştir. Genel olarak uyku kalitelerini de diğer bireylere göre daha düşük olarak puanlamışlardır. Bu bireylerde uykuya dalma ve devamlı uyku, uyanmak ve gün içerisinde uykulu hissetme gibi uyku rahatsızlıkları da görülmüştür. Buna göre internet bağımlısı bireylerde uyku problemleri ve hastalıkları görüldüğü belirtilmiştir.

2.5 KISACA DEHB

DEHB, çoğunlukla çocukluk veya gençlik çağında başlayan ve erişkinlikte de görülmeye devam edilebilen nöropsikolojik bir bozukluktur. Bundan yaklaşık 10 yıl önce, dünya üzerindeki okul çağı çocuk popülasyonunun yaklaşık %5'ini etkilediği düşünülmektedir (Polanczyk, 2007).

Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabının, en son versiyonuna göre DEHB devamlı, kontrolsüz ve bireyin yaşı ile isabetsiz dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik veya birbirinin kombinasyonu olan davranışlar ile tanımlanır (APA, 2013). Hastalıklar ve İlişkili Sağlık Problemleri'nin uluslararası sınıflamasında yer alan, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının birlikte görüldüğü “Hiperkinetik Bozukluk”, DSM 5'te kaldırılmış olsa da, DSM-IV'de yer alan “Birleşik DEHB” 'e denk kabul edilebilir (Cortese, 2012).

DEHB genellikle zıtlasma bozukluğu, tutum bozukluğu, anksiyete ve depresif bozukluklar, uyku bozuklukları, öğrenme bozuklukları ve madde bağımlılığı gibi çeşitli nöropsikolojik ve nörogelişimsel rahatsızlıklar ile komorbiddir (Tuğlu ve Sahin, 2010).

2.5.1 DEHB Tarihçesi

DEHB'in bahsi ilk olarak, 18. yüzyıl da, dikkat eksikliği rahatsızlığı olarak İskoç doktor ve yazar Sir Alexender Crichton'un kendi yazdığı kitabında geçmektedir (Fitzgerald & Bellgrove, 2004). Crichton, çocuk ve bireylerin, verilen talimat ve bilgileri anlamalarına rağmen bir konu üzerine odaklanamadıklarından, fakat bu durumun bireyin yaşı ile doğru orantılı olarak azaldığından bahsetmiştir (Palmer & Finger, 2001). Gözlemediği kondisyonu, bireylerin içinde Kurt olduğu sözıyla tasvir etmiştir (Cadell & Davis, 1976). Dr. Heinrich Hoffman ise yerinde sabit oturamayan ve konsantrasyon bozukluğu olan “Philip” adında bir çocuk hakkında hikâye yayınlamıştır (Hoffman, 1848).

1902 yılında İngiliz pediatrişyen Sir George Still hastalığın yarattığı durumu “çocuklarda anormal ahlaki kontrol bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. Bunun nedeni,

üzerinde çalıştığı 43 kişilik dikkat ve öz kontrol bozukluğu olan çocuk grubunda çocukların agresif ve kaba davranışlar sergilediklerini ve dürüst olmadıklarını gözlemlemiş olmasıdır. Still, çocukların zekâlarında belirli bir problem olmadığını not etmiş; ve bu durumun çocukların elinde olmayan medikal nedenlerden kaynaklandığı teorisini sunmuş, hatta hastalığın genetik olabileceğinden bahsetmiştir (Still, 1902).

1908 yılında Alfred Tredgold yayınladığı “Mental Eksiklikler” adlı kitabında, hafif derecede beyin hasarı geçirmiş olduklarını düşündüğü çocukların, dikkatsizlik ve hiperaktivite gibi okul performanslarını etkileyen semptomlar gösterdiğinden bahsetmiştir (Fitzgerald & Bellgrove, 2004).

1917 yılında patlak veren ansefalit epidemisinin sağ çıkan çocuklarda, Dr. Still’in bahsettiği semptomlar; özellikle dikkat ve dürtü kontrolünde bozukluklar görülmeye başlanmıştır. Bu belirtilerin tümüne “Ansefali Sonrası Davranış Bozukluğu” denmiş, ve belirtilerin ansefali sonrası oluşan bir çeşit beyin hasarı nedeniyle oluştuğuna karar verilmiştir (Vilensky et al., 2007). Aslında hastalığın organik doğası daha geniş çevrelerde kabul görmeye başlamıştır.

1937 yılında Dr. Charles Bradley, çocuklarda baş ağrısını kesmek üzere reçetelediği Benzedrine’inin çocukların davranışlarında ve okul performansında pozitif etkileri olduğunu gözlemlemiştir (Bradley, 1937). Buradan yola çıkarak, davranış problemi olan çocuklar üzerinde ilacın etkileri üzerine çalışmalar yapmıştır. Bu çocuklardaki düzelmelerin; aile, okul ve sosyal çevre tarafından yapılan kombine eforlardan daha hızlı ve etkili olduğunu vurgulamıştır (Bradley, 1937). Bu, DEHB tedavisinde ilaç kullanımının ilk örneklerinden biridir (Fitzgerald & Bellgrove, 2004).

1947 yılında, 2. Dünya Savaşı’ndan dönen bireylerde konsantrasyon ve hiperaktivite problemleri görüldüğü kaydedilmiştir. Askerlerin gösterdiği semptomlar ile, ansefalit epidemisi geçirmiş çocukların gösterdiği semptomların benzerliği, belirlenemeyen beyin hasarının semptomlar ile olan ilişkisini güçlendirmiştir (Bowers & Borsh, 2011).

Bu tanılarına rağmen ilk olarak 1952 yılında yayınlanan ve tüm hastalıkları, hastalıkların nedenlerini ve tedavi süreçlerini içeren DSM'de DEHB'e yer verilmemiştir (APA, 1968).

1957 yılında, DEHB semptomlarından literatürde “hiperkinetik dürtü bozukluğu” olarak bahsedilmiştir. Aynı yıl içerisinde Herbert Freed ve Charles Peifer, bu bozukluğa sahip çocuklar üzerinde Thorazine tedavisinin etkileri üzerinde çalışmıştır. İlaç tedavisinin çocuklarda yetişkinliklere göre minimal yan etki gösterdiğini ve öğrenme isteklerinde, duygu kontrolünde ve bireyler arası ilişkilerinde gelişme sağladığı görülmüştür (Freed & Peifer, 1956).

Benzer olarak 1963 yılında, C. Keith Conners, Ritalin'in (Methylphenidate) çocukluklar üzerindeki etkileri üzerinde çalışmalar yapmıştır (Conners, 1964). Bu çalışmanın, DEHB ilaç tedavisindeki ilk gerçek ilerleme olduğunu söylemek doğru olur.

Bu tarz çalışmaların artması ve konunun bilim dünyasında geçerlilik kazanmasına istinaden, hiperaktivite ve dikkat problemi yaşayan çocuklarda stimulanların etkilerinin detaylıca araştırılmasını desteklemek amacıyla birçok devlet fonu açılmıştır (Stolberg, 2017).

1968 yılında yayınlanan DSM-II'de “çocuklukluk ve gençlik dönemindeki hiperkinetik tepkiler” başlığı altında literatüre girmiştir. Buna göre DEHB, aşırı hareketlilik, yerinde duramama, dikkat dağınıklığı ve kısa dikkat aralığı gibi semptomlar ile tanımlanıyor ve bir davranış bozukluğu olarak çocuğun çevresine verdiği tepki olarak değerlendiriliyordu (APA, 1968).

1969 yılında Keith Conners'ın günümüze kadar birçok versiyonunun geldiği “Conner's Rating Scale”i yayınlanmıştır. Bu ölçek, çocuklarda DEHB ile ilişkili görülen davranış problemlerinin varlığını ve tipini belirlemek üzere geliştirilmiştir (Purpura & Lonigan, 2009).

1970 yılında Washington Post gazetesi, Amerika'nın bir şehrindeki okul çağı çocuklarının %5-%10'unun Ritalin gibi stimulanlar kullandığını yazmıştır. Bu istatistik, özel eğitim programlarına yerleştirilmiş çocuklara ait olmasına rağmen, ilaç kullanımı ve DEHB diağnozunun yaygınlığı ile ilgili birçok tartışmaya yol açmıştır

(Mayes & Rafalovich, 2007). Buradan yola çıkarak “The Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act”, bütün ilaçları bağımlılık potansiyeline göre sınıflandırmış, ve “methylphenidate” gibi stimulanları sıkı denetime tabii tutan 2. sınıf ilaçlar listesine koymuştur (Sacco, 2014). Bunun sonucunda, DEHB’in gerçek bir rahatsızlık olmadığı ve hiperaktivitenin besin alerjisi gibi nedenlerden dolayı kaynaklandığına dair birçok kitap yazılmıştır.

Buna karşılık APA, hastalığın varlığını ve ilaç dışı terapilerin yanında ilaç terapisinin de geçerli bir terapi olduğunu kabul eden tarihteki ilk resmi açıklamalarını vermişlerdir (Stolberg, 2017).

Zaman içerisinde çalışmalar, hiperaktivitenin hastalığın yaygın bir semptomu olmadığına kanı getirdi ve DSM-III’te hastalığın adı, dikkat eksikliği hastalığı olarak değiştirildi. Buna göre hastalık, hiperaktivite görülüp görülmemesine göre ikiye ayrılmıştır. Fakat bu versiyonun 5 yıl sonra gelen revizyonunda alt tipler yine kaldırılmış ve hastalık bugünkü adı olan “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” adını almıştır (APA, 1980).

Sonraki 10 yıl içerisinde çalışmalar hastalığın tedavisi üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalara göre ilaç tedavisi bütün psikososyal tedavilerin tümünden daha etkili olmuş, fakat tedavi kombinasyonlarının daha faydalı olduğu görülmüştür (Stolberg, 2017).

2000 yılında yayınlanan DSM-4, DEHB’i günümüzde kullanılan alt kategorilere ayırmıştır. Bununla birlikte hastalığın 7 yaşından önce başlamış olması şartı konulmuştur (APA, 2000).

Günümüzde kullanılan DSM 5’te hastalık, 3 alt tip ve 18 tanı kriteri ile tanımlanmıştır. Başlama yaşı 12 olarak değiştirilmiş, erişkinlerde tanısına yönelik değişiklikler yapılmış ve hastalığın erişkinler üzerinde yarattığı sorunlar eklenmiştir. Hastalığın, erişkinlikte de devam eden bir sorun olduğunu kabul ederek tedavisine olanak sağlamıştır (APA, 2013).

2.5.2 DEHB Epidemiyolojisi

DEHB'in prevelansını belirlemek üzere yapılan çalışmalar incelendiğinde, çıkan sonuçların birbirinden oldukça farklı olduğu gözlemlenmektedir. Bahsedilen farklılık, hastalığın görülme oranının %0,2' den %27'ye kadar değişim gösterdiği büyükçe bir farklılıktır (Polanczyk & Jensen, 2008). Buna rağmen, yeniliği ve kapsamı ile günümüz literatüründe geçerlilik kazanmış iki büyük meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre, hastalığın çocuklar ve gençlerde prevelansının dünyada ortalama %5,3 ile %7,1 arasında olduğu belirlenmiştir (Polanczyk et al., 2007; Wilcutt, 2012). 27 farklı coğrafyadan 41 çalışmanın incelendiği bir başka meta analiz çalışmasına göre ise ortalama DEHB prevelansı %3,4 olarak hesaplanmıştır (Polanczyk et al., 2015).

DEHB'in altı yaşından küçük veya 44 yaşından büyük bireylerde prevelansı, data eksikliğinden dolayı bilinmemektedir (Bilgin, 2015).

DEHB tipleri üzerine yapılan prevelans araştırmalarında görülmüştür ki, hastalığın en çok dikkat eksikliği tipi yaygındır. Klinik ve epidemiyolojik örneklemelerin tümünde DEHB erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla belirgin şekilde daha sıklıkla görülmektedir. Polanczyk ve arkadaşlarının (2007), 1978-2005 yılları arasında yapılmış çalışmaları ele alındı meta analizde, DEHB'in erlerde kızlara oranla 2,4 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Polanczyk et al., 2007).

Geniş kapsamlı başka bir çalışmada ise bu oran 2,5 olarak hesaplanmıştır (CDC, 2013). Yukarıda bahsedilen çalışmada kızlar epidemiyolojik örneklemin 1/3'ünü oluştururken, klinik örneklemin yalnızca 1/9'ünü oluşturmaktadır (Polanczyk et al., 2007). Klinik örneklemelerde bu kadar prevelans farklılığının olması, hastalığın kızlarda, erelerde olduğu fobi davranışsal problemlerden daha çok, dikkat ve kognitif sorunlar olarak ortaya çıkması ve bu nedenle tedavi başvuru sıklığının daha düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Staller & Faraone, 2006). Yine aynı meta analiz çalışmasına göre 27 ülkeden alınan sonuçlara göre, dünyada 5-19 yaş arasındaki erkeklerde hastalığın görülme sıklığı %2,2 iken, kızlarda 0,7%'dir (Polanczyk et al., 2007). Kız çocuklarında DEHB'in dikkat bozukluğu tipi baskınken, erkeklerde diğer iki tipi daha yaygındır. Hastalığın her alt tipte erkeklerde daha sık görüldüğü kaydedilmiştir. Hastalık ilerleyen yaşlarda incelendiğinde erkek çocuklardaki

semptomların kızlara oranla daha belirgin iyileşme göstermesine bağlı olarak bu oranın neredeyse eşitlendiği görülmektedir. Örneğin, 18-44 yaş aralığındaki Amerikan işçi grubunda ortalama DEHB prevalansı %4,2 iken, erkeklerde %4,9, kadınlarda %3,3 olarak görülmüştür (Kessler et al., 2005).

10 DEHB epidemiyolojisinin baz alındığı sistematik analiz çalışmasına göre, hastalığın tipleri arasında geçişler gözlenmektedir. Örneğin erken yaşlarda hiperaktivite ve dürtü bozukluğu yaygınken, okul çağında dikkat eksikliği tipinin arttığı gözlemlenmiştir (Willcutt, 2012).

DEHB'in bireyin sosyoekonomik durumu ile ilgi kesin sonuçlar olmasa da, eğitilmiş ailelerin klinik başvuruya daha yatkın olduğu bilinmektedir (Polanczyk & Jensen, 2008). DEHB tanısı konulan çocukların, gençlik ve erişkinlik döneminde madde bağımlılığı problemi geliştirme olasılığı, kontrol grubuna oranla daha yüksektir (Polanczyk et al., 2007). Bu bireylerin akademik hayatlarında, sosyal hayatlarında ve iş hayatlarında çeşitli zorluklar olması olağan bir beklentidir. Bu durumun bu bireylerin hayat kalitesini önemli derecede etkilediği ve bu grupta daha yüksek intihar girişimi oranına rastlandığı belirtilmiştir (Polanczyk et al., 2007).

İlk paragrafta bahsedildiği üzere, DEHB prevalansı çalışmalarında çok çeşitli sonuçlar olması ile birlikte Kuzey Amerika da yapılan çalışmaların sıklığı ve elde edilen prevalans oranlarının yüksekliğinden ötürü hastalığın Amerikan toplum ve kültür özelliklerinden beslenen bir bozukluk olması görüşü ortaya atılmıştır (Anderson, 1996; Taylor, 2009). Yukarıda bahsedilen meta analiz çalışmasında yazarlar, çalışmalardaki sapmaları normalize ettiklerinde aslında Afrika ve Orta Doğu ülkeleri dışındaki birçok ülkedeki prevalans sonuçları benzer sonuçlar verdiğini gözlemlemiştir (Faraone et al., 2003). Bu farklılıkların, kültürel, coğrafik veya ırksal farklılıklardan değil; kullanılan diagnostik kriterler, bilgi kaynakları, diagnoz için gerekli bozukluklar gibi metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Genel olarak, Afrika ve Orta Doğu ülkelerindeki prevalans Kuzey Amerika ve Avrupa'ya oranla önemli derecede daha düşüktür (Polanczyk & Jensen, 2008). Bu duruma birkaç teori örnek olarak gösterilmektedir. Konu üzerinde yapılan araştırma sayısının bu ülkelerde az olması ve bu ülkelerdeki kültürel yaklaşımlara bağlı olarak

DEHB semptomlarının hastalık olarak değerlendirilmemesi gibi çeşitli teoriler vardır (Polanczyk et al., 2014).

Türkiye’de erişkinlerde DEHB sıklığıyla ilgili toplum çalışmaları yok denecek kadar azdır. İstanbul’da ilk defa psikiyatri polikliniğine gelen hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %1,6 olarak bulunmuştur (Özdemiroğlu, 2011). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çeşitli araştırmalarda bu oranın %2,6 ile %15,6 arasında seyrettiği belirtilmiştir (Taner vd., 2007; Dogan vd., 2008; Kilicoglu vd., 2009).

7-15 yas aralığını kapsayan çocuk ve adolesanlarda yapılan farklı araştırmalarda %8,1, %8,6, %9,6, %10,1% gibi sonuçlar bulunmaktadır (Ersan vd., 2004; Gül vd., 2010; Güler vd., 2014). Bu farklılıkların nedeni yine belirtildiği üzere metodolojik ve tanımsal farklılıklar ve klinik yaklaşımlardır. Örneğin, 7-9 grubundaki 620 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada DEHB sıklığı; ailenin boyutsal yaklaşımına göre %6,2, yine ailenin klinik görüşme ifadelerine göre %5 ve öğretmenlerin DSM 3 bazında yaptıkları değerlendirmelere göre %10,6 olarak belirlenmiştir (Mukaddes vd., 1998). Bu sonuçlar göstermektedir ki, aynı araştırmacılar tarafından aynı grup üzerine yapılan testlerde bile yaklaşım değiştirildiğinde sonuçlarda büyük farklılıklar görülmektedir.

2.5.3 Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma

Günümüzde DEHB tanısı, biyomedikal veya laboratuvar testleri kullanılmaksızın, yalnızca belirli davranışsal semptomların varlığına bakılarak konulmaktadır. DEHB için net bir fiziksel neden veya nedenler belirlenememesi, çocukların stimulant ilaçlar ile tedavi edilmesi konusunda büyük tartışmalara yol açmaktadır. DSM 5’e göre, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olmak üzere 3 ana semptom bazında incelenir. Hastalar, 9’u dikkatsizlik, 9’u hiperaktivite ve dürtüsellik yönelimlerini belirlemeye yönelik 18 tanı ölçütüne göre değerlendirilmektedir. Her üç tanı içinde 17 yaşından genç bireyler için 6 kriterin görülmesi gerekirken, 17 yaş üstü bireylerde 5 ya da daha fazla semptomu göstermesi gerekir (APA, 2013).

Hastalık genel olarak, hastalık bileşik görünüm, dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm ve hiperaktivitenin/dürtüselliğin yüksek olduğu görünüm olarak 3 şekilde incelenir.

2.5.4 DEHB Etiyolojisi

DEHB'in, çocuk psikiyatrisinde en çok araştırılan konulardan biri olmasına rağmen, kesin nedenleri ve çalışma mekanizması tamamıyla anlaşılmış değildir. Fakat tıbbi görüntüleme ve analiz araçlarının gelişmesi, uzun yıllar süren takip bazlı deneylerin sonuçlandırılması ve doğal bilimsel ilerlemeye bağlı olarak belirli genetik, nörobiyolojik ve çevresel faktörler hastalığın görülme olasılığıyla ilişkilendirilebilmiştir. Hastalığın etiyolojisi üzerine birçok sonuç vadeden çalışma olsa da aşağıda yalnızca literatürde en çok desteklenen neden ve çalışmalardan bahsedilmiştir.

2.5.4.1 Genetik

Teknik olarak tam olarak anlaşılmasa da genetik yatkınlık hastalığın önemli bir göstergesidir. İkizler, aile bireyleri ve evlatlık edinilen bireyleri kapsayan çalışmalar genetiğin hastalığın prevalansı üzerinde %60-90 etkisi olduğu kanıtlamıştır (Sharp et al., 2009; Gizer vd., 2009). Yapılan çalışmalarda, hastaların çoğunun öğrenme geriliği veya DEHB teşhisi konulmuş birinci veya ikinci derece akrabasının olduğu tespit edilmiştir (Faraone et al., 2000). Öyle ki, DEHB hastalarının birinci dereceden akrabalarının (anne-baba, kardeş, çocuk) aynı hastalığı taşıma olasılığı, genel popülasyona oranla 5-6 katı olarak belirtilmiştir (Smalley, 1997).

DEHB sahibi evlatlık olarak verilen bireylerin geçmişine bakıldığında, biyolojik anne babalarının hiperaktivite teşhisi konmasının oranı, evlatlık alan ailelere göre daha olasıdır (Hechtman, 1994).

Bu bilgilerin üzerine, DEHB'in kalıtsal bir rahatsızlık olduğunun en büyük kanıtı, ikiz bireyler üzerinde yapılan çalışmalar kabul edilmektedir.

İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinin %79'unun, aynı cinsiyet ayrı yumurta ikizlerinin %32'sinin hastalığı taşıdığı görülmüştür (Smalley, 1997). Literatürdeki en büyük 20 ikiz çalışmasının ortalama kalıtsallık beklentisi %76 olarak hesaplanmıştır (Faraone, 2010). Bu çalışmalardaki çeşitli sapmaların kontrol edilmesiyle yapılan yeni bir çalışmada ise 60% olarak hesaplanmıştır (Wood et al., 2010).

Bununla birlikte, hastalığa neden olan kesin genlerin belirlenmesi metodolojik ve teknik limitasyonlara bağlı olarak henüz mümkün olmamıştır (Banaschewski et al., 2010). Çeşitli gen linkaj çalışmaları sonucunda, belirli kromozomal bölgelerin DEHB etiyolojisi ile bağlantılandırılan genleri taşıdığı görülmüştür (Coghill & Banaschewski, 2009). Bu tarz çalışmaların meta analizine bakıldığında 10 farklı bölgenin DEHB ile güçlü bağı olduğu görülmüştür (Zhou et al., 2008).

Bununla birlikte aday gen çalışmalarının meta analizine bakıldığında rahatsızlığın, DA alt reseptörleri D4 ve D5, DA betahidroksilaz, sinoptosomal protein 25, seratonin taşıyıcısı ve seratonin 1B reseptörlerini oluşturan genlerle bağlantılı olduğu görülmüştür (Neale et al., 2008).

2.5.4.2 Nörobiyoloji

DEHB teşhisi konulmuş çocukların beyinlerinin morfolojik, işlevsel ve gelişimsel yapısında çeşitli farklılıklar olduğu, geçtiğimiz 10 yıl içerisinde görüntüleme tekniklerinin gelişimi ile birlikte kanıtlanmıştır.

A. Fiziksel

Beyindeki morfolojik farklılıkların özellikle ön lobda, beyincikte, bazal gangliyada ve korpus kallosumda olduğu görülmektedir (Cortese, 2012). Örneğin: DEHB teşhisi konulan çocuklarda, beyindeki posteroinferior serebellar vermisin, korpus kallosumdaki çeşitli kasların, ve toplam ve özellikle sağ serebellar hacmin kontrol gruplarına oranla daha küçük olduğu tespit edilmiştir (Emond & Joyal, 2009).

Bununla birlikte, yapılan bir meta analiz çalışmasında beynin merkezini oluşturan gri madde hacminde de önemli derecede azalmalar olduğu gözlenmiştir (Nakao et al., 2011). Birey büyüdükçe ve çeşitli ilaç tedavileri sonucunda burada daha normale yakın değerler elde edilmiştir. Buradaki normalleşmenin, bireyin davranışlarıyla doğru orantılı olduğu görülmüştür. Genç bireyler üzerinde yapılan başka bir araştırmaya göre ise DEHB sahibi bireylerin sağ iç frontal girusunda daha az gri madde olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bu durumun bireyin bilgiyi işleme ve algılama hızını, tepki başlatma ve verme hızını ve tepki değişkenliğini etkilediği görülmüştür. DEHB teşhisi konulmuş çocukların beyinlerindeki bu yapısal farklılıkların, daha küçük ve önemsiz olmak kaydı ile kardeşlerde de görülüyor olması; hastalığın multifaktöriyel yapısını kanıtlar niteliktedir (Durstun et al., 2004). Beyin yapısının hastalığın ana veya direkt tetikçisi olmadığını, diğer faktörlerinde hastalığın görülmesinde etkili olabileceğini gösterir. Bununla birlikte bu durum, taşıyıcılık olarak ta nitelendirilmektedir.

Beyin yapısındaki bir diğer ortak farklılığa göre, beyindeki anormal hızdaki kortikal incelmenin çocuk ve gençlerde DEHB ile bağıntılı olduğu kanıtlanmıştır (Wolosin et al., 2009). Yaş ilerledikçe, kortikal alanın yaşlanmasına bağlı olarak burada incelme görülmesi normaldir. Fakat burada kaydedilen anormal incelmenin, çocuklarda DEHB'in varlığı, hiperaktivite ve dürtüselliğin şiddeti ile bağlantılı olduğu görülmüştür. DEHB ve beyin morfolojisi üzerine yeni yapılan çalışmalarda amigadala ve thalamustaki çeşitli anomalilerin varlığının görülmesi, DEHB hastalarındaki duygusal ve kompleks algı değişimlerinin kanıtı olarak değerlendirilmektedir (Cortese, 2012).

Bu araştırmalar sonucunda DEHB, beynin yalnızca bir kısmından kaynaklanan bir anomaliden öte, beynin birçok kompleks yapısında görülen çeşitli farklılaşmalarla ilişkilendirilmektedir.

B. Fonksiyonel

Fonksiyonel MRI çalışmalarının büyük bir bütünü incelendiğinde, beynin ön lobu (özellikle anterior cingulate, dorsolateral prefrontal, inferior prefrontal and orbitofrontal kortis) ve çevresinde (thalamus, basal ganglia ve parietal kortis), beyin aktivitelerinde kontrol gruplarına göre önemli derecede azalma gözlemlenmiştir

(Dickenstein et al., 2006). Bu bulgulara bakıldığı zaman, aslında bu durumun yukarıda bahsedilen morfolojik değişikliklerle uygun bir durum olduğu görülmektedir. Bu bölgeler idari fonksiyonlar, kavrama, duygular, sensorimotor fonksiyonlar ile ilgilidir, ve bu bölgelerdeki aktivite azalması bu fonksiyonları etkilemektedir (Cortese, 2012).

Bununla birlikte, bu bireylerin odaklanma, konsantrasyon, dikkat işlevlerini kontrol eden sistemlerde ihlal olduğu tespit edilmiştir. Öyle ki, beynin dinlenme sürecinde aktive olan fakat dikkat gerektiren görevlerde aktivite göstermemesi, beynin durağan durumdayken çalışmasını sağlayan kısımların (ventromedial prefrontal korteks ve dip singulat kıvrımı gibi orta kortikal yapılar ile lateral parietal korteks ve üst temporal girus çevresi), sürekli olarak hiperaktif olduğu görülmüştür (Raichle et al., 2001). Bu demektir ki, bireyin dinlenme sürecinde aktive olan alanlar, birey aktif olarak beyninin kullandığı zaman durmamakta ve çalışmaya devam etmektedir. Bu durum, bireyin görev içerisinde olması gereken sınırların algı yetisini etkilediği ve performansında bozukluk yarattığı düşünülmektedir (Sonuga & Castellanos, 2007). Günümüzde çeşitli ilaç tedavileri aslında bu fenomeni düzeltme bazlı çalışmaktadır (Cortese, 2012).

C. Gelişimsel

Yapılan deneylerde beynin gelişim sırasının DEHB teşhisi konulmuş çocuklar ve kontrol gruplarında benzer olduğu görülmüştür. Fakat, kortikal noktaların optimum kalınlığa ulaşması DEHB hastalarında ortalama 10,5 yıl, kontrol grubunda 7,5 yıl sürmüştür. Bu gecikmenin en çok, bireyde dikkat ve motor işlevler gibi kognitif sistemlerin kontrolünden sorumlu beynin prefrontal noktalarında etkili olduğu görülmüştür (Shaw et al., 2007).

2.5.4.3 Nörokimyasal

Bireyin DEHB hastalığına sahip olmasında dopaminerjik ve adrenerjik sistemlerde tutarlı bozukluklar gözlemlenmiştir (Cortese, 2012). Örneğin: DEHB sahibi bireylerde adrenerjik sistem içerisinde, lokomotor aktivitenin kontrolünde dorsolateral

prefrontal kortekste bulunan alpha 2-adrenerjik reseptörlerin aktive olduğu gözlemlenmiştir (Ma et al., 2005).

Beynin ön lob ve basal ganglia çevresindeki dopamin sayısının azlığı DEHB'in alt tipleriyle ilişkilendirilmiştir. Örneğin: Çeşitli görüntüleme çalışmaları sonucunda, DEHB sahibi bireylerde D2/D3 tip DA reseptörlerinin sayısında belirli bir azlık olduğu ve sağ caudate yüksek DAT bağlamı kaydedilmiştir. Bu durumun, dikkatsizlik semptomlarına neden olduğu belirtilmiştir (Prince, 2008). Bununla birlikte, serebral iskemiye bağlı erken doğum nedeniyle bebeklerde boş dopamin reseptör sayısının artmasına ve dolayısıyla dopaminerjik sını eksiklere ve DEHB hastalığının görülmesine rastlanmıştır.

DEHB'in stimülant tedavisi de, dopaminerjik ve adrenerjik sistemlerdeki bozuklukları düzeltmeye yönelik olarak yapılmaktadır. Tedavi de kullanılan iki çeşit stimülant vardır: metilfenidat ve amfetamindir. Her iki stimülantta, DA ve norepinefrinin (NE) presinaptik nörona geri alımını bloklamak üzere çalışır. Bununla birlikte amfetaminler, DA ve NE'nin extranoronal alana bırakılmasını da sağlar. Stimülant olmayan ilaçlara örnek olan Atomoxetine, NE taşıyıcısını bloklayıp prefrontal kortekste DA alımını sağlayarak buradaki DA ve NE konsantrasyonunu artırır (Prince, 2008). Bu bulgular, norotransmitter sistemlerin hastalığın kompleks yapısında rolü olduğunu kanıtlamaktadır.

2.5.4.4 Çevresel

Çevresel faktörler, özellikle hamilelik ve bebeklik çağlarına göre prenatal, perinatal ve postnatal dönemler bazında incelenmektedir (Curatolo et al., 2010). DEHB etiolojisinin yaklaşık %20- 25'ini oluşturduğu düşünülmektedir (Coghill, 2009). Prenatal ve perinatal çağdaki risk faktörleri gebelikte sigara kullanımı, çiçek hastalığı, annede kansızlık, ters doğum, prematüre doğum, düşük doğum kilosu, hipoksik-iskemik ensefalopati, küçük kafa çapı, kokain ve alkol maruziyeti, iyot ve tiroit eksikliğidir (Millichap, 2008). Bu hastalıklar arasında en güçlü bağ sigara kullanımı ve doğum kilosudur (Coghill, 2009).

Postnatal dönemde viral enfeksiyonlar, menenjit, anemi, kalp rahatsızlıkları, tiroit hastalığı, epilepsi ve otoimmun ve metabolik hastalıklar, DEHB oluşumunun nedenleri olarak belirtilmektedir. Cerebral travma, zehirlenmeler, uyuşturucu kullanımı gibi üzerinde az çalışmalar yapılmış risk faktörleri de vardır (Millichap, 2008).

2.5.5 Tedavi Yaklaşımları

DEHB rahatsızlığının tedavisindeki en etkin ve ilk olarak kullanılan yöntem ilaç tedavisidir (Taylor, 2004). İlaç tedavisi dikkat aralığını artırırken, hiperaktif ve impulsif davranışları kontrol altına almada yardımcı olabilir.

İlaç tedavisi stimulant ve stimulant olmayan ilaçlar olarak ikiye ayrılır.

Stimulanlara örnek olarak metilfenidat, dexmetilfenidat, dextroamfetamin, karışık amfetamin tuzları, dextrometilfenidat and lysdexamphetamine verilebilir. Yapılan çalışmalarda Methylphenidate'in beynin hiperaktif noktalarını normalize ettiği ve beyindeki bağlantı problemlerini düzenlediği görülmüştür (Wilens, 2006). Nörofarmakolojik çalışmalar, DEHB'in noradrenalin ve DA nörotransmitter sistemlerdeki düzensizlikler ile ilişkisi olduğunu göstermiştir (Prince, 2008). Metilfenifat, DA geri alım taşıyıcısının bloklanması, DA yanıt süresinin artırılması, dopamin D2 reseptörünün disinhibisyonu gibi çeşitli aksiyonlar ile DA imleşimini artırmaktadır. Dextroamfetamin ise DA ve NE'nin sinaptik aktivitesini; sinaptik boşluğa daha çok nörotransmitterin bırakılması, presinaptik sinirin geri alınımının azaltılması ve katabolizmalarının yavaşlamasını sağlayarak artırmaktadır (Connor, 2005).

Stimülan dışı ilaçlara örnek olarak, atomoksetin, alpha-2a adrenerjik reseptör agonistleri, modafinil ve bupropion verilebilir. Birebir karşılaştırılmalarda, stimülan olmayan ilaçların etkinliğinin stimülan ilaçlara oranla zayıf kaldığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni, stimülanlar DA ve noradrenalin konsantrasyonunu merkezi sını sistemi boyunca artırırken, atomoksetin beynin birçok bölgesinde noradrenalin salgılanmasına yardımcı olur fakat DA konsantrasyonu yalnızca prefrontal kortekste artar. Bununla birlikte, atomoksetin bazı ilaçların noradrenalin ve DA akışını sağlayacak maksimum efekte ulaşması çok daha uzun zaman almaktadır (Wilens, 2006).

Bu nedenle stimulan olmayan ilaçlar, ikinci opsiyon olarak kullanılmalıdır. Stimulan ilaçlar her bireyde çalışmayabilir. Bu durumda stimulant dışı ilaç tedavisi kullanılabilir. Hastalığın tedavisinde çeşitli antidepresanlar da kullanılmaktadır (Dusan et al., 2008). Bu ilaçlar hastalığın konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlar üzerinde stimulanlar kadar etkili olamamaktadır fakat anksiyete ve depresif yatkınlık olan hastalıklarda kullanılması daha uygun olabilir (Spencer et al., 2004).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki bilişsel eğitim, metilfenidat'in etkilerini taklit edebilir (Wilens, 200a4). Bu demektir ki farmakolojik olmayan tedaviler de ilaç tedavisi ile benzer etkiyi gösterebilir. İlaç tedavisinin, sıra psikososyal ve davranışsal terapiler, aile terapileri, eğitim destekleri ve benzer müdahaleler uzun süreli ve kalıcı fayda sağlayacaktır. İlaç tedavisi ile birlikte sunulan psikoterapi davranışsal problemleri, organizasyonel sıkıntıları ve psikiyatrik komorbiditeleri de tedavi etmede yardımcı olmaktadır (Spencer et al., 2004).

Bununla birlikte özel eğitim, davranış desteği, psikoterapi, sosyal yatkınlıklar eğitimi, destek grupları faydalı olan mekanizmalardır. Özellikle çocuklarda ilaç tedavisi erişkinliğe kadar takip edilmelidir. İlaç tedavisi diğer müdahalelerle desteklenmelidir.

2.6 DEPRESİF BOZUKLUKLAR VE DEPRESYON

Depresif bozukluklar, bireyin duygu durumunun sürekli keder yönünde olmasına neden olan ve isteksizlik, karamsarlık, hayattan zevk alamama, ağlama isteği gibi semptomları ile bireyin hislerini, düşüncelerini, sosyal ilişkilerini ve günlük hayatını yönetme şeklini negatif yönde etkileyen bozukluklardır (WHO Department of Mental Health, 2012). DSM-5'e göre depresif bozukluklar etiyolojilerine göre 8 ana gruba ayrılmıştır (APA, 2013) Bunlar:

- a. Majör Depresif Bozuklukluk
- b. Süreğen Depresif Bozukluk
- c. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
- d. Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu

- e. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk (Substance/Medication-Induced Depressive Disorder)
- f. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk (Depressive Disorder Due to Another Medical Condition)
- g. Başka Bir Belirlenmiş Depresif Bozukluk (Other Specified Depressive Disorder)
- h. Belirlenmemiş Depresif Bozukluk (Unspecified Depressive Disorder)

Majör depresif bozukluk, halk arasında depresyon diye tabir edilen rahatsızlıktır (Ulkeroglu et al., 1999). Çağımızın en yaygın hastalıklarından biri olarak kabul edilen depresyonun, günümüzde yaklaşık 350 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 yılında toplam 17 ülkede yürüttüğü Dünya Ruh Sağlığı Anketinin sonuçlarına göre, ortalama her 20 kişiden biri geçtiğimiz yıl içerisinde belirli bir depresyon dönemi geçirmiştir. Depresyon, genellikle genç yaşta ortaya çıkması ve hayat boyunca birçok kere tekrarlanma riski göstermesi nedeniyle, dünyada disabiliteye bağlı zaman ve verimlilik kaybının ana nedenlerinden biridir (WHO, 2017b).

Bu nedenle depresyon gibi akıl ve ruh sağlığını etkileyen rahatsızlıkların daha detaylı anlaşılması, toplumda farkındalık yaratılması ve daha kalıcı ve kapsamlı tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, sağlık kulvarındaki en büyük global hareketlerden biri haline gelmiştir. Örneğin Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün, 2012 yılında ortaklaşa yayınladığı bir bildirgeyle üye ülkelerin konuya ağırlık vermeleri kararlaştırılmıştır (WHO Department of Mental Health, 2012).

2.6.1 Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma

Majör depresyon periyodundan geçen bireyler kendilerini sürekli olarak huzursuz ve aşırı mutsuz hisseder. Öyle ki, daha önceden zevk aldığı aktiviteleri bile yapamaz hale gelirler. Uykusuzluk, enerji kaybı, yorgunluk, sürekli üzgün olma durumu gibi çeşitli semptomların en az 2 hafta boyunca görüldüğü ve bireyin çalışma, uyuma, yemek yeme gibi günlük aktivitelerinin ciddi değişimlere uğradığı bir süreçtir.

DSM 5'e göre birey, en az bir tanesi depresif mod ve ya iki tanesi enerji ve mutluluk kaybı olmak üzere aşağıda belirtilen semptomlardan en az 5 tanesini aynı 2 hafta içerisinde gösteriyor olmalıdır (APA, 2013) .

- a. Her gün, günün büyük bir kısmında görülen; bireyin tarif ettiği ya da başkalarının gözlemlediği depresif ruh hali
- b. Her gün, günün büyük bir kısmında görülen; çoğu veya tüm aktivitelere karşı ilginin kaybolması
- c. İştahta azalma ya da artış ve buna bağlı kilo değişimi (ayda vücut ağırlığının en az %5'i kadar)
- d. Sürekli görülen uyuyamama veya nadiren aşırı uyuma durumu
- e. Konuşma ve diğer ana fonksiyonlarda yavaşlama veya tam tersine aşırı hızlanma
- f. Enerji kaybı ve sürekli yorgunluk hissi
- g. Kendini değersiz hissetmek ve/ya aşırı ve yersiz suçluluk duygusu
- h. Konsantrasyon bozuklukları ve kararsızlık
- i. Ölüm ve intihar düşünceleri, intihar etme planları veya teşebbüsleri

Daha nadiren görülen diğer semptomlar; cinsel isteğin azalması, pesimistlik ve umutsuzluk, baş ağrısı, sindirim problemleri, kaynağı belirli olmayan ağrılar gibi fiziksel belirtilerdir. Depresyon, anksiyeteye beraber görülebilir, bu nedenle korku ve endişeleri düşünceler de görülen semptomlardan biridir (Bhowmik et al., 2012).

Yukarıda belirtilen semptomlar majör depresyonun ana göstergeleri olsa da iki depresif bireyin deneyimleri birbirlerinden tamamen farklı olabilir. Örneğin bir birey kendinde evden çıkacak gücü bulamazken, diğeri yerinde duramıyor olabilir. Benzer şekilde biri sürekli geliyor ve mutsuzken, diğeri öfkeli ve patlamaya hazır olabilir.

2.6.2 Tarihçesi

Depresyonun çok eski çağlardan beri var olduğu birçok eserden görülmektedir. Bu eserlerde depresyonun dini bir bozukluk olduğu ve genellikle bireyin şeytan kontrolü altında olmasının göstergesi olduğu inancı yaygın olduğu görülmektedir.

Depresyonun fiziksel bir bozukluk olduğu ilk olarak Roman çağlarda söz konusu olmuştur (Schimelpfening & Gans, 2014). Örneğin: Hippocrates depresyonun vücutta bulunan 4 farklı sıvıdaki dengesizlik sonucu ortaya çıktığını belirtmiş egzersiz, diyet, kan yenileme gibi tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Yine benzer zamanlarda Romalı filozof Çiçero melankolinin öfke, üzüntü, korku gibi duygulardan kaynaklandığını belirtmiştir (Paykel, 2008).

Depresyonun literatürde ilk bahsi 1621 yılında Robert Burton tarafından yazılan Melankolinin Anatomisi kitabında geçmektedir. Burton kitabında depresyonun fakirlik, korku yalnızlık gibi hem sosyal hem psikolojik nedenlerine değinmiş ve çeşitli tedavi yöntemlerinden bahsetmiştir (Burton, 1972). Fakat neredeyse 19. Yüzyılın sonlarına kadar kayda değer gelişmeler elde edilememiştir. Örneğin, 18. ve 19. yüzyıllarda ise depresyonun kalıtsal olduğu, ya da aşırı agresyondan kaynaklandığı gibi teoriler ortaya atılmıştır. Her doktor kendi inancına göre çeşitli tedaviler uygulamıştır ve ya depresyonda olduğu inanılan bireyler karantinaya kapatılmıştır (Schimelpfening & Gans, 2014).

1895 yılında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin günümüzde bipolar rahatsızlık olarak bilinen manik depresyon hakkında çalışmalar yapmıştır yine bu zamanlarda psikodinamik teori ve psikanaliz geliştirilmiştir (Paykel, 2008).

1917 yılında Sigmund Freud melankolinin gerçek ya da sembolik kayıpların sonucu olduğu teorisini belirtmiştir. Bireyin bu kayıplar üzerinde farkında olmadan beslediği öfkenin kendinden nefret etmesine ve kendine zarar veren çeşitli davranışlara dönüştüğünü belirtmiştir (Freud, 1917). Psikanalizin bu çözülmemiş problemleri çözmek, kendine zarar verici düşünce ve davranışlar üzerinde pozitif etkisi olacağını savunmuştur (Robin et al., 2008). Bu dönemde depresyonun beyin rahatsızlığı olduğu fikri de türemeye başlamıştır.

1950'li ve 60 yıllarda ise doktorlar depresyonu vücuttan veya çevreden kaynaklanan olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Endojen depresyonun genetik veya bireydeki başka fiziksel sorundan, nekrotik depresyonun ölüm ya da işsizlik gibi bireyin çevresindeki problemlerden kaynaklandığı belirtilmiştir (Schimelpfening & Gans, 2014).

1950’li yıllarda doktorlar, Isoniazid adlı tüberküloz ilacının depresyonun tedavisinde etkili olduğunu belirlemiştir. Bu tarihten sonra ilaç tedavileri geliştirilmeye ve psikoterapiler ile birlikte hastalara verilmeye başlanmıştır (Ambaw et al., 2015). Bu periyotta kognitif davranışsal ve aile sistemleri teorileri ortaya çıkarak psikodinamik terapileri alternatif olmuştur (Schimelpfening & Gans, 2014).

Günümüzde depresyonun biyolojik, psikolojik veya sosyal birçok nedenden kaynaklanabileceği düşünülmekte ve her bir neden için çeşitli tedavi alternatifleri bulunmaktadır.

2.6.3 Epidemiyolojisi

WHO’nun 2015 hesaplamalarına göre, dünya nüfusunda depresyonun görülme oranı %4,4 olarak hesaplanmıştır. Kadınlarda (%5,1), erkeklere (%3,6) oranla daha sık görülmektedir. Yaş ilerledikçe, depresyon artmaktadır. Örneğin: 55-74 yaş arası kadınlarda %7,5, erkeklerde %5,5’tir (WHO, 2017).

Yapılan klinik araştırmalar göstermiştir ki, depresyon tedavisi gören bireylerin büyük çoğunluğunda hastalık kronik olarak tekrarlamaktadır. Mental Health Atlas anketinin sonuçlarına bakıldığında ise, hastalığın tekrarlanma oranının yüksek gelir ülkelerinde %37,7, düşük gelir ülkelerinde 53,3% olduğu görülmüştür (WHO, 2017b).

Birçok mental rahatsızlığın görülme yaşı çocukluk ya da gençlik olsa da, MDE’nin başlama yaşının 20’li yaşların ortası olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte, diğer mental hastalıkların belirli bir başlama yaşı varken, araştırma dataları majör depresyon başlama yaşı için ergenlik sonu, erken yetişkinlik ve geç dönem yetişkinlik olmak üzere anlamlı datalar vardır (Kessler & Bromet, 2014).

Başlama yaşının, düşük ve yüksek gelir ülkelerinde benzer olduğu görülmüştür. Kadınlar, erkeklere oranla 2 kat daha fazla risk taşımaktadır (Velde et al., 2010). Mental Health Atlas anketlerine göre bu data 18 ülkenin 15’inde istatistiksel önem taşır: ve istisna olan ülkelerde de kadınlarda görülme olasılığı yine erkelerden yüksekte çıkmıştır (WHO, 2017b).

Bunun nedeni, genetik ve hormonlar gibi biyolojik etkenler ile, eğitim seviyesi, gelir seviyesi, toplum baskısı gibi sosyal etkenler olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, dul veya boşanmış bireylerin, evli çiftlerden daha fazla görülmektedir. Hiç evlenmemiş bireylerde ise yine dul ve boşanmış bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür (Kessler & Bromet, 2014). Bunun nedeni bireylerin yaşadığı travmalar ve duygusal stresler olarak belirtilebilir. Ülkemizde Sivas ilinde yapılan bir çalışmada da majör depresyon evlilerde, diğer gruba göre daha düşük olarak hesaplanmıştır (Ozdemir & Dogan, 2015).

Asya ülkeleri dışındaki ülkelerde düşük eğitim seviyesi yüksek MDE ile ilişkilendirilmiştir (WHO, 2017b). Sivas çalışmasının bir diğer sonucuna göre, MBD prevalansı düşük gelir seviyesindekilerde, okuryazar olmayanlarda ve ev hanımlarında daha yüksektir (Ozdemir & Dogan, 2015).

2.6.4 Etiyolojisi

Depresyonun belirli bir nedeni belirlenememesiyle birlikte, birçok farklı faktörün birlikte etki ederek depresyonun oluşmasını ve depresyonda olma durumuna neden olduğu kabul edilmektedir. Aile ve ikiz çalışmaları, depresyonun %30-40 oranında genetik faktörlerden kaynaklandığını göstermiştir. Bununla birlikte depresyona tek bir gendeki polimorfizmin neden olmadığı, çeşitli genetik faktörlerin bireyleri çevrelerindeki stres etkenlerine karşı savunmasız bırakarak depresyona meyilli olmalarına neden olduğu belirtilmiştir (NRC, 2009).

Bu faktörlerden en dikkat çeken, serotonin taşıyıcılarını kodlayan gen promoterindeki allelik varyasyondur. 5-HTT geninde fonksiyonel polimorfizm sonucu ortaya çıkan uzun/kısa varyasyonunda 5-HTT'nin kısa aleninin düşük aktiviteye sahip olduğu ve taşıyıcısında stresli hayat olaylarına karşın depresyon oluşma riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Neumeister et al., 2004). Kısa allel aynı zamanda antidepresan ve ilaç-dışı tedavi sonucu zayıf sonuçlar elde edilmesiyle ilişkilendirilmiştir. Serotonin biyosentezinin hız kısıtlayıcı enzimleri olan triptofan ve hidroksilaz, Tph1 ve Tph2 olarak adlandırılan iki gen tarafından kodlanır. Tph2 genindeki tek nükleotid

polimorfizinin majör depresyon ve intihar girişimleriyle ilişkisi olduğu görülmüştür. Çoğunlukla pineal bezde bulunan Tph 1 geninin de, sirkadyen ritminin düzenlenmesinden sorumlu olan melatonin hormonunun sentezlenmesini bozarak intihar riskini artırdığı düşünülmektedir.

Beynin yapısal ve fonksiyonel yapısını inceleyen çalışmalar, duygudurum, ödül tepkisi ve idari fonksiyonların düzenlenmesinden sorumlu bölgelerde çeşitli anomaliler saptamıştır. Örneğin, hippocampus ve prefrontal kortekste gri madde hacmi ve glial yoğunluğunda önemli azalmalar tespit edilmiştir. Hippocampal fonksiyonlardaki azalma sonucu HPA aksisinde azalma görülmesi, depresyon hastalarında sıklıkla rastlanan hiperkortisolomiye neden olmaktadır. Bununla birlikte, beynin ödüllendirme merkezi ve on tavan bölgesinden oluşan mesolimbik dopamin sistemi de depresyonla ilişkilendirilmiştir, Beynin bu kısımları; yemek, seks hatta uyuşturucu gibi zevk veren stimuller ile algıyı kontrol eder. Depresyon hastalarındaki haz alamama duygusu beynin bu sistemindeki fonksiyon bozukluklarından kaynaklanabilir (Gold & Chrousos).

Kronik stres ve HPA aksisindeki hiperaktivitenin depresyonun başlamasında ve hatta tamamen iyileşmeden sonra tekrar görülmesine neden olduğu gözlemlenmiştir. Artan kortikosteroid seviyesinin duygusal tepkilerin ve stresin kontrol edildiği Amygdala alanında ve HPA'yi baskılayan hippocampusta anomalilere neden olduğu görülmüştür (Goldberg, 2006).

Serotonin, merkezi sinir sisteminde geniş dağılımı olan monoamin bir norotransmitterdir. Acıyı hissetmek, iştahı dengelemek, agresyon ve mod düzenlemesi gibi birçok fizyolojik aktivitede önemli rol alır. Serotonerjik sistemlerdeki bozuklukların bireyde duygudurum ve anksiyete rahatsızlıklarına neden olduğu implike edilmektedir. Bunun nedeni, ilk antidepresan ilaçların beyindeki düşük monoamin aktivitesini canlandırarak çalışması ve yalnız SSRI'ların bile depresyon semptomlarının tedavisinde oldukça etkili olduğu kanıtlanmasıdır (Richardson et al., 2009).

Bu bulgu, 5-HT geninin hastalığın patolojisindeki yerini güçlendirmiştir. Depresyon hastalarında cerebrospinal sıvılarının içinde 5-HT'nin metaboliti olan 5-HIAA seviyesinin düşük olduğu belirtilmiştir. Bu durum; agresif davranış, dürtü kontrol

bozuklukları ve intihar girişimi ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte depresyona açık durumda olan hastalarda 5-HT'in amino asit prekursoru olan tritofan seviyesi düşürüldüğünde, semptomların yapay olarak oluşturulduğu görülmüştür. PET çalışmalarında depresif hastaların beyinlerinde farklı bölgelerde 5-HT reseptör alt tipin yoğunluğunda belirgin azalmalar olduğu belirtilmiştir (Caspi et al., 2003).

BDNF, nörol gelişim ve esnekliği için önemli bir moleküler düzenleyicidir. Nöronların hayatta kalmasını, dendritlerin büyümesini, belkemiği tohumluğunun artmasını ve uyarıcı sinapsislerin olgunlaşmasını sağlar. Bu süreçlerin depresyonda eksik olan öğrenme ve adaptasyon süreçleri için önem taşıdığı bilinmektedir, Kronik stresin BDNF'i azalttığı görülmüş, ve bu durumun antidepresanlar ile çözüldüğü kaydedilmiştir.

Çeşitli hormonal anomalilerin de depresyonla ilişkisi olduğu kanıtlanmıştır. Tiroit beynin gelişmesi ve olgunlaşması için gerekli olan ve başta hippocampus olmak üzere beyinde nörojenez destek olan hormondur (Goldberg, 2006). Hipotroidizmde hippocampal nörojenezin bozulmasına bağlı olarak depresif davranışlar görülmüş ve hormon tedavisi ile semptomlar çözülmüştür. Hayvanlar üzerinde yapılan deneylerde tiroit hormonunun seratonerjik dağılımı artırması, TH üretiminin iyileştirilmesi zor durumları yönetmede etkili olduğunu kanıtlamıştır. Kadınlarda depresyonun başlaması genellikle doğum sonrası ve menopoz gibi düşük östrojen seviyesi periyodlara denk gelir. Östrojen hormonunun MAO bozulmasının hızını ve nöronlar arası 5-HT taşınmasını hızlandırarak ve dolayısıyla sinapsta genel 5HT varlığını artırarak duygudurumu iyileştirdiği görülmüştür. Seratonergic taşımaya ek olarak, östrojen hormonunun hipocampal nörojenezde, BDNF imgelemesinde ve HPA aksis fonksiyonunda düzenleyici etkisi olduğu düşünülmektedir (Langlieb & DePaulo, 2008).

Östrojen azalması dolayısıyla mod değişikliklerine sebep olmaktadır. AVP, majör depresyonda görülen çeşitli semptomları etkileyen hipotalamic bir hormondur. ACTH salgılanması için CRF le etkileşime girerek stres tepkisini kontrol eder. Majör depresif hastalarında AVP seviyesinin arttığı ve bu durumun hastalarda psikomotor gerileme yarattığı görülmüştür (Nemeroff & Vale, 2005).

Süregelen negatif düşünceler, yorumlama, duygular ve davranışlar ile kendini gösteren uyumsuz düşünme tarzları, depresyonda önemli rol oynar. Kötü bir olay sonrası negatif bakış açısına sahip bireylerde kötü duygudurum gözlenmiş ve depresyondaki bireylerde negatif düşünce semptom olarak kabul edilmiştir. Negatif düşüncenin depresyonun nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu belirlenemese de düşünce terapisi için başarılı baz oluşturmaktadır (Clark & Beck, 2010).

Çeşitli karakteristik özelliklerin depresyon yatkınlığını artırdığı gözlemlenmiştir. Örneğin, Nörotoma sahip bireylerin (anksiyete, kıskançlık, duygudurum bozukluğu gibi negatif mod evrelerine yatkınlık), sosyal ve deneyime açık bireylere göre depresyona daha yatkın olduğu gözlemlenmiştir (Goldberg, 2006). Öğrenilmiş çaresizlik de depresyona neden olan faktörlerden biridir. Tekrarlı olarak strese maruz kalmanın, bireyin kontrol duygusuna zarar verdiği, çaresizlik ve bireysel etkinlik eksikliğini hissetmesine neden olduğu ve stresten korunmak için motivasyon eksikliği yarattığı gözlemlenmiştir. Öğrenilmiş çaresizliğin depresyon ve bozuk performans ile bağıntılı olduğu ve zaman içerisinde depresyon değişimlerini tahmin etmek için gösterge olduğu belirtilmiştir (Hoeksema et al., 1986). Bir başka neden, stres ile başa çıkma yetisinin zayıflığı olarak gösterilebilir. Genelde duygu bazlı başa çıkma stratejileri depresyon ve stresi gösterirken, problem çözme bazlı başa çıkma stratejileri daha düşük prevalansı ile bireylerde daha güçlü duruş anlamına gelmektedir (Mahmoud et al., 2012).

2.6.5 Tedavi Yaklaşımları

Depresyonda ilaç tedavisi sıklıkla görülen tedavi yöntemidir. Kullanılan ilaçlar serotonin, dopamin ve norepinefrin dengesini düzenlemek üzere çalışır. Hastanın semptomlarının şiddeti, intihar eğilimi, geçmişi incelenerek en uygun gruptan ilaç verilir. Bununla birlikte çeşitli ilaç dışı tedaviler de vardır.

Kognitif Davranışsal Terapi: Duygudurum bozukluklarını tedavi etmede kullanan psikoterapi yöntemlerinden biri bilişsel davranış terapileridir. Bu terapiler bireyin duygudurum, düşünce ve davranışları ile ilişkilerini anlamaya yardımcı olur. Çeşitli rol yapma aktiviteleri bireyin başa çıkma yöntemleri ve sosyal becerilerini

geliştirmesini hedefler. Ayrıca hastalığın semptomlarını anlamaya ve bu semptomlar ile baş etmeyi öğretmeyi hedefler (Hollon, 2002).

Kişilerarası Psikoterapi: Bireyin hayatındaki ilişkilerde yaşadığı problemleri anlamasına ve çıkan sorunları çözmeye yardımcı olmasını amaçlar. Bireyin iletişimini geliştirmesi, daha etkin sosyal ilişkiler kurması ve sosyal becerilerini geliştirmesi üzerine yapılır. Kayıp üzerine yaşanan üzüntü, roller ve sosyal beklentiler üzerine yaşanan problemler, boşanma yeni iş gibi majör olayların etkisi, sosyal izolasyon gibi konular ele alınır (Harvard Helath Publications, 2012).

Psikodinamik Terapi: Geçmişte yaşanan travmaların veya bireyin hayatındaki elementlerin hayatını nasıl etkilediği ele alınır. Örneğin baskıcı aileden gelen bir kişi, partnerinin onu baskılamasından oluşan korkudan ötürü yakın ilişkilerinde sorun olabilir. Bu linkin anlaşılması üzerinde çalışmasını kolaylaştırır (Harvard Helath Publications, 2012).

ECT: Şiddetli depresyon tedavisinde kullanılan küçük cerrahi bir işlemdir. Asıl amacı, hastanın beynine elektrik akımı vererek iyileştirici olması beklenen bir nöbet geçirtmektir. Özellikle intihar eğiliminde olan hastaların zaman içerisinde tedaviye etkili ve hızlı şekilde yanıt verdiği bilinmektedir. Meditasyon, egzersiz gibi bireyin ruh durumunu geliştirecek aktivitelerde bulunmasının da depresyon semptomlarına iyi geldiği belirtilmiştir (Harvard Helath Publications, 2012).

2.7 UYKUNUN ÖNEMİ

Hayatımızın yaklaşık 1/3'ünü uyuyarak geçiyor olmamıza rağmen, uykuya neden ihtiyacımız olduğu ve uykunun yapısı hala kesin olarak belirlenememiştir (Bahargava & Toth, 2013). Fakat, hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, uykunun yaşamın devamlılığı için gerekli olduğu kanıtlanmıştır. Örneğin: Fareler üzerinde yapılan deneylerde, bir farenin ortalama hayat süresinin yaklaşık 2-3 yıl olmasına rağmen: REM uykusundan mahrum kalan farelerin 5 hafta, bütün uyku dönemlerinden mahrum kalan farelerin ise yalnızca 3 hafta boyunca sağ kalabildiği görülmüştür.

Bununla birlikte, bu farelerin iki farklı grupta da farklı seviyelerde görülen semptomlar ile bağışık sistemlerinin çöktüğü gözlemlenmiştir (Rechtschaffen et al., 1989).

Bağışıklık sisteminin yanı sıra uykunun sinir sisteminin düzgün çalışması için de gerekli olduğu belirtilmiştir. Bu konuda yapılan araştırmalar göstermiştir ki az uykunun konsantrasyon, hafıza ve beynin günlük işleyişi üzerinde belirli negatif etkileri vardır. Örneğin: Az uyku uyuyan bireylerin matematik hesaplarının, normal performanslarına oranla belirli derece hatalı olduğu belirlenmiştir (Karni et al., 1994).

Uyanıklık döneminde aktif olan nöronların uyku döneminde işlevsiz hale gelip kendilerini yeniledikleri; bunu yapamayan nöronların enerjilerinin tükendiği, hücrel atıklardan temizlenemediği ve diğer gerekli onarımları yapamadıkları için kusurlu çalıştıkları gözlemlenmiştir. Bununla birlikte beynin uyku sırasında, uyanık dönemde kullanılmayan önemli sinirsel bağlantıları çalıştırarak, gerilemelerini önlemektedir (Underwood, 2013).

Derin uykunun çocuk ve gençlerde büyüme hormonu salgılanmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Adam & Oswald, 1983). Bununla birlikte, vücuttaki birçok hücrenin uyku periyodunda üretimi artırıp, protein sentezinin azaldığı gözlemlenmiştir (Grohol, 2016).

Beynin duyguları, karar verme mekanizmaları ve sosyal ilişkileri kontrol eden bölgelerinde aktivitelerin oldukça azalması, iyi uyku uyuyan bireylerin uyandıklarında bu bölümlerin optimal fonksiyon gösterdiği görülmüştür. Farelerde yapılan başka bir çalışma göstermiştir ki, bazı sınır sinyali patern uyku sırasında tekrarlandığı görülmüştür (Eugene & Masiak, 2015).

Tekrar edilen paternlerin, anıları ve bilgileri kodladığı düşünülmektedir. Uyku-uyanıklık dengesi, fizyoloji ve davranıştaki günlük ritimleri kontrol eden sirkadyen ritmine göre çalışır. Bununla birlikte uyku uyanıklık dengesi, uykuyu ve uyanıklığı ayrı ayrı kontrol eden iki farklı sürecin birlikte çalışması ile düzenlenir (Grohol, 2016).

2.7.1 Uyku Fizyolojisi

Uyku dizileri ve evreleri, beyin aktivitelerin elektrik hareketlerini takip eden EEG kayıtları ile değerlendirilir (Miller, 2015). Bu hareketlere göre uyku, REM ve NREM olmak üzere iki farklı tipe ayrılmıştır. NREM uykusu, genellikle rüyanın görülmediği uykudur. NREM sırasında beyin dalgaları yavaş ve yüksek voltajlı, nefes alma ve kalp ritmi yavaş ve düzenli, kan basıncı düşük ve birey genellikle hareketsizdir. NREM uykusu, uykunun artan derinliğine göre 4 evreye ayrılır. Her bir evrenin beyin dalgaları, göz hareketleri ve kas tonları gibi birbirine özgü özellikleri vardır. REM uykusu ise genellikle rüyanın görüldüğü uykudur. REM sırasında beyin dalgaları hızlı ve düşük voltajlı, nefes alma ve kalp ritmi hızlı ve düzensiz ve kaşlar istemsiz olarak hareketlidir. Uyku süresince, birey değişimli olarak NREM ve REM evrelerine girer. Klinik olarak normal uyku öncelikle NREM ile başlar. Uykunun derinliğinin artmasına bağlı olarak 1., 2., 3. ve 4. evreye eriştikten sonra REM başlar. Fakat kişi gece boyunca REM uykusunda kalmaz; uykusu NREM evreleri ve REM uykusu arasında sistematik olarak değişir. Bu döngünün ilki ortalama 70-100 dakika sürerken, sonraki döngülerin süresinin artarak 90-120 dakikaya eriştiği belirlenmiştir. Normal bireylerde bu döngüde uzayan REM uykusudur ve uykunun son döngüsünde en uzun süreye ulaşır. Döngüler değiştikçe NREM'in 2. Evresi uzamaya başlarken 3. ve 4. Evresi tamamen kaybolabilir (Institute of Medicine, 2006).

Bahsedilen bu döngü mekanizması tam olarak anlaşılmasa da hatalı değişim ve ay eksik uyku evreleri, uyku bozukluklarına neden olmaktadır (Zepelin et al., 2005). Uykunun kurgusu yaş ile orantılı bir şekilde değişmektedir. Bebeklikten erişkinliğe kadar, uykunun nasıl başladığı ve devam ettiği, uyku evrelerinin süresi ve uyku kalitesinin belirli değişimleri vardır. Örneğin yeni doğan bebekler gün içerisinde 16-18 saat uyur fakat bu uykular kısa dönemli uykulardır. Sirkadyen ritmin gelişmesi ve bebeğin sosyal bilgileri özümsemeye başlaması ile birlikte uykusu düzene girer. Çocuklarda ise çocuğun yaşı arttıkça uyku süresinin kısaldığı belirlenmiştir (Carskadon, 1994).

2.7.2 Uykunun Tarihçesi

Uykunun insanlar için önemi tarihten beri bilinmekte hatta İncil ve Talmud gibi tarihi metinlerde söz edilmektedir. Bununla birlikte uyku problemleri, özellikle insomnia ve narkolepsi yine birçok tarihi eserde kendini göstermektedir (Espie & Morin, 2012).

Uyku hakkındaki araştırmalar aslında 1800'lu yıllara dayanmaktadır. Richard Caton'un küçük hayvanların elektrik beyin aktivitesini kaydetmesi, uyku evrelerinin belirlenmesinde kullanılan alfa dalgalarının keşfedilmesine yardımcı olmuştur (Caton, 1875).

Fakat uykunun fizyolojisinin detaylıca inceleyen ilk çalışma 1913 yılında Fransız bilim adamı Henri Pieron tarafından yayınlanan "Uykunun Fizyolojisindeki Problemler" adlı kitabıdır (Morrison, 2013). Bu kitap, fizyoloji odaklı olan modern uyku araştırmalarının başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Morrison, 2014).

1920 yılında Amerikalı Doktor Nathaniel Kleitman uyku düzenini, ayıklığı ve sirkadyen ritmi incelemiştir. Çalışmalarında farklı nüfuslardaki uyku özelliklerini ve uykusuzluğun etkilerini incelemiştir (Espie & Morin, 2012).

1937 yılında Alfred Loomis beynin non-REM sırasındaki aktivitelerini elektroansefalografi ile incelemiş ve non-Rem uykusunu keşfetmiştir. Araştırmaları sonucu non-REM uykusunun evrelerini belirlemiş ve bu keşifleri beynin uyku sırasındaki aktiviteleri hakkında daha detaylı bilgi sahibi olunmasına yardımcı olmuştur (Shepard et al., 2008).

1953 yılında Kleitman ve arkadaşları REM uykusunu keşfetmiştir (Aserinsky & Kleitman, 1953), 1957 yılında ise uykunun evrelerini (Dement & Kleitman, 1957), 1958 yılında REM uykusunun rüyalar ile ilişkisini keşfetmişlerdir (Espie & Morin, 2012).

Yine 1958 yılında kedilerin uykularında ritmik organizasyon olduğu keşfetmesi sonraki yıllar içerisinde yapılan birçok uyku araştırmasının temeli olmuştur (Shepard et al., 2008).

1959 yılında Michel Jouvet, REM uykusunda beynin aktivitelerinin hızlandığını buna karşın görülen rüyalara vücudun tepkisini önlemek üzere kasların engellendiğini ve bu durumun belirleyici özellik olduğunu belirtmiştir. Aynı yıl içerisinde Halberg, sirkadyen ritmi günümüzdeki şekliyle isimlendirmiş ve insan üzerindeki etkilerini araştırmıştır. 1965 yılında uyku apnesinin keşfinden sonra uyku tıbbi oluşmaya başlamıştır. Parasomniler 1968 yılında ilk olarak Roger Broughton tarafından araştırılmaya başlanmıştır (Espie & Morin, 2012).

1989 yılında uyku araştırmaları hakkındaki en kapsamlı kitap olan “Principles and Practise of Sleep Medicine” yayınlanmıştır. 1990’li yıllar günümüzde kabül gören birçok uyku teorisinin ortaya çıktığı yıllardır. Örneğin Saper ve arkadaşları uyku düğmesi olarak kabül edilen optik bölgenin önündeki centrolateral alanı keşfetmiştir (Saper et al., 2001). Narkolepsinin oluşumunda oreksin reseptör eksikliğinin neden olduğu, melanopsinin biyolojik saati ayarlamadaki etkisi gibi uyku regülasyonuna yönelik birçok teori sunulmuştur (Espie & Morin, 2012).

Günümüzdeki uykunun fizyolojisini anlamaya yönelik araştırmalar devam etse çalışmalar çoğunlukla uyku hastalıklarının anlaşılması ve tedavileri üzerine yapılmaktadır.

2.7.3 Uyku Bozuklukları Klinik Sınıflandırma

DSM 5’ e göre uyku bozuklukları bu şekilde sınıflandırılmıştır:

- a. İnsomnia
- b. Hipersomnolans (Aşırı Uykululuk Durumu)
- c. Narkolepsi
- d. Solunumla Bağlantılı Uyku Bozuklukları
- e. Sirkadyen sistemle ilgili uyku-uyanıklık bozuklukları
- f. Parasomniler (NREM Uyku Evresi Bozukluğu, REM Uyku Evresi Bozukluğu, Karabasan Bozukluğu)
- g. Huzursuz Bacak Sendromu
- h. Madde/ilaç kullanımına bağlı uyku bozukluğu (APA, 2013).

İnsomnia, uykusuzluk bozukluğu optimal şartlar sağlandığında bile bireyin uykuya dalmada ve uykuya devam ettirmesinde zorluk yaşaması ve çok erken kalkmasıyla kendini gösterir (Simon and VonKorff, 1997).

Akut insomnia, kısa süreliğine devam eden ve çeşitli stresörlere bağlı olarak çıkan, çoğunlukla tedavi gerektirmeyen bir rahatsızlıktır. Kronik insomnia ise en az 3 ay boyunca haftada en az üç kere yukarıda bahsedilen semptomların gösterilmesidir (APA, 2013). Kronik insomnia, depresyon gibi başka bir psikiyatrik ve ya medikal durum ile komorbid olabilir. Bu bozukluk sosyal, mesleki ve diğer alanlarda bireylerde klinik olarak sıkıntı ve bozulmaya neden olmaktadır.

Hipersomnolans, aşırı uykululuk durumu ise, en az 7 saat kaliteli uyku uyumasına rağmen gün içerisinde tekrarlanan aşırı uykululuk durumu ve ya normalden daha uzun gece uykusu durumudur. Narkolepsi, bireyin normal uyku-uyanıklık dengesinde bozukluklara neden olan bir rahatsızlıktır (AASM, 2005). Önlenemez uyku ihtiyacı, uykuya dalma, ve gün içerisinde uyuma ile kendini gösterir (Overeem et al., 2002). Klinik olarak hastanın bu belirtileri, geçtiğimiz üç ay boyunca haftada en az 3 kez tekrarlaması gerekir (APA, 2013). Genellikle, REM uykusundaki düzensizliklerden kaynaklandığı belirtilmiştir.

Solunumla bağlantılı uyku bozuklukları, kronik ve ya alışkanlığa bağlı horlama, üst solunum yolu rezistansı sendromu, uyku apnesi, merkezi alveolar hipoventilasyon sendromu gibi rahatsızlıklara bağlı olarak bireyin uykusu ile alakalı yaşadığı problemlerin tümüne denir (Thorpy, 2005).

Sirkadyen sistemle ilgili uyku bozuklukları, bireyin biyolojik saatinin sirkadyen saatten farklı olmasına bağlı olarak yaşadığı problemlerdir. Örneğin: “Delayed sleep phase disorder” a sahip olan bireyler genellikle gece kuşu olarak adlandırılır ve saat gece 2 ve sonrasında uykuya dalabilirler. Eğer sabah erken uyanmaları gerekmiyorsa uyku sıkıntısı çekmezler. “Advanced Sleep Phase Disorder”, genellikle yaşlılarda görülen erken yatıp çok erken uyanma rahatsızlığıdır. Parasomniler, sinir sisteminin uyku sırasında anormal olarak çalışmasıdır (AASM, 2005). Karabasan Bozukluğu, genellikle hayatta kalma, güvenlik ve kendine güven ile ilgili korkutucu rüyaların birçok detayını hatırlayarak ana uyku evrelerinden uyanmakla tanımlanır (Mahowald &

Schenck, 2005). Uyanmalar genellikle uykunun ikinci safhasında ortaya çıkar. Bu deneyimin klinik olarak bireyin sosyal, iş ve hayatının diğer kısımlarında sıkıntılar yarattığı belirtilir. Rüyaların başka bir mental bozukluğa ve ya madde/ilâç kullanımından bağımsız olması gerekir. REM uyku evresi bozukluğu, REM uykusu sırasında tekrar tekrar uyanmaktır (Wills & Garcia, 2002). Birey uyandığında, gördüğü rüyalara tepki olarak sesler çıkarmaya ve motor hareketlerini kullanmaya devam edebilir.

Huzursuz Bacak Sendromu, bacaklarda oluşan kaşınma, yanma, karıncalanma gibi rahatsızlık verici hislerden ötürü, bireyin sürekli olarak bacaklarını hareket ettirme isteğiyle kendini gösteren nörolojik bir uyku bozukluğudur. Semptomlar kendini en çok birey dinlenme pozisyonundayken, uzanırken, ya da otururken göstermekte ve hareket ile birlikte geçmektedir. Bu durumun, 3 hafta boyunca en az üç kez tekrarlanması gerekmektedir. Bu semptomlara bağlı olarak birey uykuya dalmakta güçlük çekmekte veya uyarken aniden uyanabilmektedir. Uyku kalitesinin bozukluğu ve ya az uyku bireyin günlük hayatını etkilemektedir.

Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Uyku Bozukluğu, alkol, uyuşturucu veya medikal ilâçların kullanımına bağlı olarak bireyin yaşadığı insomnia ve diğer uyku bozukluklarının genel adıdır. Madde ve ya alkol kullanımının ve ya kullanılan belirli bir ilâcın uykuya dalmakta ve uyur kalmakta sorunlar yaratması, gün içerisinde aşırı uykululuk haline neden olması ve ya uyurken normal olmayan hareketlere neden olmasıdır (Strine & Chapman, 2005). Alkol, kafein, sakinleştiriciler, opioidler, stimulanlar, kokain ve diğer ilâçlar bu duruma neden olabilir.

BÖLÜM 3 – GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÖRNEKLEM

Çalışmanın, 50 kız ve 50 erkek olmak üzere rastgele seçilmiş 100 üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Katılımcılar, ulaşılabilirlikleri ve çok sayıda olmaları açısından Üsküdar Üniversitesinde okuyan öğrenciler arasından seçilmiştir. Katılımcılara çalışma ile ilgili sözlü ve yazılı olarak detaylı bilgi verilmiş ve onay formu doldurulmuştur.

Dahil Olma Kriterleri:

- a. Araştırmaya 18-26 yaş aralığında olması
- b. Üsküdar Üniversitesi öğrencisi olması
- c. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olması
- d. Ölçek sorularını anlamış olması

Dışlama Kriterleri

- a. Çalışmaya uyumu engelleyecek psikiyatrik ve zihinsel bozukluğu olan kişiler

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Literatürde onaylanmış, Türkçeye çevrilmiş ve Türk toplumunda geçerliliği tartışılıp kanıtlanmış dört adet ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekler, ilk fazda katılımcılarda internet bağımlılığı ve söz konusu semptomların prevalansının anlaşılmasında kullanılmıştır. Öncelikle katılımcılara, sosyodemografik form doldurulmuştur. Daha

sonra internet bağımlılığının varlığını saptamak üzere Young İnternet Bağımlılığı Testinin Kısa Formu ve depresyon, uyku bozukluğu ve dikkat eksikliği semptomlarının varlıklarını ve şiddetlerini saptamak üzere Beck Depresyon Envanteri, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve son olarak Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği doldurulmuştur. Katılımcıların formu özgürce cevaplandırması ve yanıtların gerçekliğini artırmak üzere formlar gizli olarak doldurulmuştur.

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Eski sosyodemografik veri formları baz alınarak hazırlanmış olan veri formu, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve fakülte gibi bilgilerinin yaşama düzeni, kardeş sayısı, ailesinin gelir ve ekonomik düzeyi gibi sorular sormaktadır. Sıra öğrencilerin internet kullanım alışkanlıklarını anlamak üzere haftalık internet kullanımı, internet kullanım amacı ve internete ulaşma yeri gibi sorular sorulmuştur. Son olarak bireylerin kendi ruh sağlıklarını değerlendirmeleri istenmiştir.

3.2.2 Young İnternet Bağımlılığı Testinin Kısa Formu

Young tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek bireylerdeki internet bağımlılığı prevalansını, beşli Likert tipinde 12 madde bazında analiz ederek değerlendirir. Ölçekten alınan yüksek puanlar internet bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Buna göre, 12-23 puan arası belirti göstermeyen grup 24-41 puan arası kısıtlı belirti gösteren grup, ve 42-60 puan arası internet bağımlısı gruptadır. Mustafa Kutlu ve arkadaşlarının çalışmalarına göre bu ölçeğin tutarlık güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır, geçerlilik ve güvenilirliğini sağlamıştır (Kutlu vd., 2016).

3.2.3 Beck Depresyon Envanteri

Beck tarafından ilk olarak 1961 yılında yayınlanmıştır. Sonrasında 1978 ve 1996 yıllarında 2 kere geliştirilmiştir. Depresyon şiddetini ölçmek amacıyla yapılan bu ölçek

kendi bildirim bazlı 21 maddeden oluşur ve her madde verilen cevaba göre 0-3 puan arasında değerlendirilir (Beck et al., 1961). Alınan puan arttıkça, puan aralığına göre depresyon şiddeti belirlenir. Örneğin: 0-9 puan normal düzey göstergesi iken, 10-18 puan arası hafif düzey depresyon belirtilerinin varlığını, 19-29 puan arası orta düzeyde depresyon varlığının ve 30-63 puan arası şiddetli depresyon göstergesidir. Ölçekte umutsuzluk, suçluluk gibi duygusal belirtiler değerlendirilirken, yorgunluk ve kilo kaybı gibi fiziksel belirtiler de incelenir. Bu iki faktörlü yaklaşım, yalnızca bu envantere özeldir ve daha kapsamlı ve doğru bir sonuç verir. Ölçeğin Türkçe 'ye uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır ve Türk örneklemi üzerinde objektif bir araç olarak kullanılabileceği tanısına varılmıştır (Hisli, 1988).

3.2.4 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

Morin Belleville ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek, uykusuzluğu değerlendirmede kullanılan pratik kullanıma sahip, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçme aracıdır. Yedi sorudan oluşur ve her madde için 0-4 arası bir puan verilir. Ölçekte alınabilecek maksimum puan 28'dir ve ölçekten alınan toplam puan arttıkça uykusuzluk düzeyi önemsiz, alt eşik, orta düzey, şiddetli uykusuzluk gibi değerlendirmelere karşılık gelecek şekilde artar. Örneğin: 0-7 puan arası klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk, 8-14 puan arası uykusuzluk alt eşiği, 15-21 puan arası orta düzeyde şiddetli uykusuzluk ve 22-28 puan arası şiddetli uykusuzluktur. Ölçek 7 farklı kısımdan oluşur, bunlar: uykuya geçişte zorluklar, uykuyu sürdürme güçlükleri, erken uyanma, uyku paterninden alınan doyum, günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar, uyku kaynaklı bozulmaların fark edilebilirliği ve uyku sorununun neden olduğu stres düzeyidir. Ölçeğin, katılımcının kendisi tarafından doldurulması ve sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi öngörülür. Murat Boysan ve arkadaşlarının, Anadolu Psikiyatri Dergisinde yayınlanan "Uykusuzluk Şiddeti İndeksinin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri" makalesine göre ölçek Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermiştir (Boysan vd., 2000).

3.2.5 Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü tarafından komisyonlandırılmış. Harvard Üniversitesi ve New York Üniversitesi Tıp Fakülteleri tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir (Kessler, 2005). Erişkinlerde DEHB tanısını koymaya yardımcı olan dört ölçekten biridir. DSM-IV'de belirtilen 18 semptomun varlığını sorgulayan sorulardan oluşur. Her biri 9 sorudan oluşan 2 alt ölçeği vardır ve bu alt ölçekler dikkat eksikliği ve hiperaktiviteyi ölçmektedir. Ölçek, söz konusu belirtilerin son 6 ay içerisindeki görülme sıklığını değerlendirir. Buna göre her belirti, görülme sıklığına göre 0-4 arası puanlanır. Buna göre: 0-13 puan arası DEHB olma ihtimali düşük, 14-27 puan arası yüksek ve 28-72 puan arası çok yüksek olarak değerlendirilir. Sultan Doğan ve arkadaşları, Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirliğini test etmiş ve Türk toplumunda uygulanmasını uygun bulmuştur (Doğan vd., 2009).

3.3 YAPILAN İŞLEMLER

Öncelikle araştırmanın güncel ve yeni bir konu olması nedeniyle aşırı internet kullanımını üzerine yapılması kararlaştırılmıştır. Sonrasında literatür araştırması yapılmış ve internet bağımlılığının birçok farklı semptomlarla ilişkilendirildiği görülmüştür. Bunlar arasından depresyon, DEHB ve uyku bozukluğu seçilmiştir. Özellikle bu semptomların seçilmesinin nedeni öğrenciler arasında oldukça sıklıkla görüldüğünün tahmin edilmesi, ülkemizde yapılan literatür taramalarında özellikle DEHB ve uyku bozuklukları üzerine yapılan çalışmaların ve datanın az olması, semptomların varlığının saptanması için verilen ölçeklerin ülkemizde güvenilirlik ve geçerliliklerinin olması ve bireylerin bu semptomları objektif olarak değerlendirebileceğinin düşünülmesidir.

3.4 İSTATİKSEL ANALİZLER

Doldurulan ölçeklerden toplanan dataların analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Katılımcıların özelliklerinin değerlendirilmesi olarak sayı, yüzdelik dökümler, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılarak yapılmış ve sonuçlar istatistik

tablolar ile görselleştirilmiştir. Araştırmada dataların distribüsyonunu değerlendirmek üzere Kolmogorov Smirnov testi yapılmıştır. Buna göre Beck depresyon ölçeği sonuçları dışındaki dataların normal dağılımda olduğu ve müdahalenin gerekmediğine karar verilmiştir. İki bağımsız örneklemin niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız örneklem arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında ise tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Beck datalarının normal olmamasından ötürü ise Spearman testleri yapılmıştır. Sonrasında, farklılıkları analiz etmek üzere post-hoc analiz olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirtilmiştir. Sürekli değişkenler arasında ise Pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.



BÖLÜM 4 – BULGULAR

Bu bölümde katılımcılara verilen sosyodemografik formundan elde edilen veriler ile Young İnternet Testi, Beck Depresyon Envanteri, ASRS ve İSİ ölçeklerinin sonuçları anlatılmaktadır. Elde edilen verilerin istatistiki analizlerden sonra verdiği anlamlı sonuçlara bağlı olan bulgulardan bahsedilmiş ve literatür araştırmalarına bağlı olarak yorumlar yapılmıştır.

4.1 KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VE BETİMSSEL ÖZELLİKLERİ

Aşağıda verilen tablo (Tablo 2), katılımcı grubunun sosyodemografik özelliklerini özetlemektedir. Katılımcı grubunun %50'si kadın, %50'si erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşları, seçim kurallarına göre 18-26 arasında olmakla birlikte, grubun ortalama yaş ortalaması 22,72 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların tamamı istisnasız bekarıdır. Fakülte dağılımına bakıldığında %61 sağlık hizmetleri, %21 sosyal bilimler, 4% mühendislik, 4% fen bilimleri, 3% iletişim fakültesi, 2% meslek yüksekokulu, %2 psikoloji, 1% siyasi bilimler, 1% insan ve toplu bilimler ve 1% mimarlık olduğu görülmektedir. Dağılım eşit olmasa da fakülte representasyonunun geniş olduğu görülmektedir. Bireylerin hayat tarzlarına dair çeşitli bilgiler alınmıştır. Örneğin, katılımcıların %50'si ebeveynleri, %24'ü yakınları, %22'si yalnız ve %4'ü sosyal kurumlarda yaşamaktadır.

Katılımcıların aile yapısına dair de çeşitli veriler elde edilmiştir. Aile büyüklüğüne bakıldığında, katılımcıların büyük bir bölümünün geniş ailelerden geldiği görülmektedir. Yalnızca %7'si tek çocuk iken, %92'in bir veya birden fazla kardeşi vardır. Buradaki dağılıma bakıldığında ise %30'unun bir kardeşi, %20'sinin 2 kardeşi, %15'inin 3 kardeşi ve %28'inin 4 veya daha fazla kardeşi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte anne ve babanın eğitim düzeyi de not edilmiştir. Katılımcıların annelerinin %11'inin okuryazar olmadığı, %6'sini okuryazar olduğu, %22'sinin ilkökul, %20'sinin ortaokul, %31'inin lise, %9'unun üniversite, %1'inin üniversite ve %0'ının doktora mezunu olduğu belirtilmiştir. Annelerin yalnızca %10'u yüksek eğitim görmüştür.

Babalara bakıldığında %3'ünün okuryazar olmadığı, %4'ünün okuryazar olduğu, %19'unun ilkokul, %19'unun ortaokul, %28'inin lise, %19'unun üniversite, %6'sinin yüksek lisans ve %2'sinin doktora mezunu olduğu görülmüştür. Babaların ise %27'si yüksek eğitim görmüştür. Anne ve babanın eğitim seviyeleri rakamsal olarak değerlendirilip toplandığında ve eğitim seviyeleri puan dağılımına göre düşük, orta ve yüksek olmak üzere 3 kategoriye ayrıldığında, katılımcıların %35'inin ailesinin düşük eğitim seviyeli, %59'unun orta eğitim seviyeli ve %6'sinin yüksek eğitim seviyesinde olduğu görülmüştür.

Bireylere maddi durumları sorulduğunda, ekonomik seviyelerini %1'i çok düşük, %2'si kötü, %63'ü orta, %32'si yüksek ve %2'si çok yüksek olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların %87'sinin şahsi bilgisayar varken, %13'ünün yoktur.

Katılımcılara internette geçirdikleri ortalama süre sorulduğunda %7'si 0-2 saat arası, %10'unun 3-5 saat arası, %11'inin 6-8 saat arası, %13'ünün 9-11 saat arası ve %59'unun 12 saat ve üstü zaman geçirdikleri ortaya çıkmıştır. Bu verilere göre sonuçların ağırlıklı ortalamasına bakıldığında katılımcı grubunun internette ortalama 11,39 saat geçirdiği görülmektedir.

Erişim alışkanlıkları incelendiğinde cep telefonundan erişim %76, evden erişim %69, okuldan erişim %41, işyerinden erişim %11 ve internet kafeden erişim %2'dir. Ağırlıklı ortalama bazında bakıldığında, cep telefonu %38, ev %35, okul %21, işyeri %6 ve internet kafe %1 olarak hesaplanmaktadır. Buna göre öğrenciler internete en çok cep telefonlarından ve kişisel bilgisayarlarından erişim yapmaktadırlar.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Kategori	Sayı	Yüzde
Yaş	18	1	1%
	19	9	9%
	20	16	16%
	21	14	14%
	22	7	7%
	23	7	7%
	24	13	13%
	25	16	16%
Cinsiyet	Kadın	50	50%
	Erkek	50	50%
Medeni Durum	Bekar	100	100%
	Evlü	0	0%
	Dul	0	0%
Fakülte	Sağlık Hizmetleri	61	61%
	Sosyal Bilimler	21	21%
	Mühendislik	4	4%
	Fen Bilimleri	4	4%
	İletişim Fakültesi	3	3%
	Meslek Yüksek Okulu	2	2%
	Psikoloji	2	2%
	Siyasal Bilimler	1	1%
	İnsan ve Toplum Bilimleri	1	1%
	Mimarlık	1	1%
Yaşam Düzeni	Ebeveynleri ile	50	50%
	Yakınları ile	24	24%
	Yalnız	22	22%
	Sosyal kurum	4	4%
Kardeş Sayısı	Kardeşi yok	7	7%
	1	30	30%
	2	20	20%
	3	15	15%
	4+	28	28%
Anne Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	11	11%
	Okur Yazar	6	6%
	İlkokul	22	22%
	Ortaokul	20	20%
	Lise	31	31%
	Üniversite	9	9%
	Yüksek Lisans	1	1%
Doktora	0	0%	
Baba Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	3	3%
	Okur Yazar	4	4%
	İlkokul	19	19%
	Ortaokul	19	19%
	Lise	28	28%
	Üniversite	19	19%
	Yüksek Lisans	6	6%
Doktora	2	2%	
Algılanan Maddî Durum	Çok Düşük	1	1%
	Düşük	2	2%
	Orta	63	63%
	Yüksek	32	32%
	Çok Yüksek	2	2%
Kişisel Bilgisayar Sahipliyeti	Var	87	87%
	Yok	13	13%
İnternette Geçirilen Ortalama Süre (Hafta)	0/2	7	7%
	3/5	10	10%
	6/8	11	11%
	9/11	13	13%
	12+	59	59%
Bilinen Psikolojik Rahatsızlık	Var	0	0%
	Yok	100	100%

Tablo 3. Katılımcıların İnternet Kullanım Amaçları

Sosyal	sosyal medya	78	106	31%
	etkinlik	28		
Bilgi	bilgi	53	98	28%
	haber takibi	45		
Eğlence	film & dizi	52	76	22%
	oyun	24		
Okul	araştırma	8	65	19%
	ödev	57		

Bunun yanı sıra, internet kullanım amaçlarına bakıldığında sosyal medyanın %78 ile en büyük neden olduğunu görmekteyiz. Ödev yapmak %57, dizi izlemek %52, bilgi edinmek 53%, haber takibi 45%, etkinlik takibi 28%, oyun oynamak 24% ve araştırma yapmak 8% olarak hesaplanmıştır(Tablo 3).

Bu amaçların kullanım yönelimine göre sosyal, bilgi, eğlence ve okul olarak gruplandırılıp, ağırlıklandırılması ile katılımcıların interneti en çok sosyal amaçlar (%31) için kullandığı görülmektedir. Hemen ardından bilgi erişimi %28, eğlence %22, ve okul aktiviteleri %19 olarak seyretmektedir (Tablo 3).

4.2 İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların test performansına bakıldığında, İBO’de ortalama puanın 28,82 (28,82±9,048) olduğu görülmektedir. Bu puan test sonuçlarına göre ortalama katılımcının normalden yüksek internet kullanıcısı olduğunu belirtir. Katılımcıların test sonuçlarına göre dağılımı Tablo 4’te belirtilmiştir.

Tablo 4. Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği Sonuçları

Katılımcıların İnternet Bağımlılık Seviyeleri	%
Belirti göstermeyen grup	31%
Kısıtlı belirti gösteren grup	63%
İnternet bağımlısı grup	6%

Buna göre örnekleme internet bağımlılığı oranı %6 oranında seyretmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%63) riskli kullanıcı grubundadır. Yalnızca %31’i bağımlılık belirtisi göstermeyen ortalama kullanıcıdır.

Bununla birlikte internet bağımlılığı, çeşitli sosyodemografik göstergeler ve internet kullanım alışkanlıkları bazında değerlendirilmiştir. Aşağıdaki tabloya bakıldığında (Tablo 5), örnekleme katılımcıların internet kullanım süresi ile internet bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 5. İnternet Bağımlılığı ve İnternette Geçirilen Haftalık Süre

Haftalık İnternet Kullanımı	N	Ortalama	Toplam		İBÖ
12 saat altı	41	50,39	2066,00	Mann-Whitney U	1,205
12 saat üstü	59	50,58	2984,00	Wilcoxon W	2,066
Total	100			Z	-,032
				Asymp. Sig. (2-tailed)	,975

Haftalık İnternet Kullanımı	N	Ortalama	Toplam		İBÖ
9 saat altı	28	45,80	1282,50	Mann-Whitney U	876,500
9 saat üstü	72	52,33	3767,50	Wilcoxon W	1282,50
Total	100			Z	-1,010
				Asymp. Sig. (2-tailed)	,312

Örneklem küçük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım elde ederek yaş ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi ölçümlemek üzere katılımcıların yaşları 18-21, 22-24, 25-26 olarak gruplandırılmıştır (Tablo 6). Uygulanan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre örnekleme yaş ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 6. İnternet Bağımlılığı ve Yaş

	N	Ortalama	Std	Min	Max		Yaş (Binned)	N	Ortalama
İBÖ	100	28,820	9,048	14,00	56,00		<= 21,00	40	51,84
Yaş (Binned)	100	1,93	,856	1	3		22,00 - 24,00	27	54,04
							25,00+	33	45,98
							Total	100	

İnternet bağımlılığının, cinsiyet ile ilişkisini belirlemek üzere Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Buna göre: iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır (Tablo 7).

Tablo 7. İnternet Bağımlılığı ve Cinsiyet

	Cinsiyet	N	Ortalama	Toplam		İBÖ
İBÖ	Erkek	50	52,38	2619,00	Mann-Whitney U	1,156,000
	Kadın	50	48,62	2431,00	Wilcoxon W	2,431,000
	Total	100			Z	-,649
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,517

Katılımcıların yaşama düzeni ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Katılımcılar önce ebeveynleri ile yaşayanlar ve yaşamayanlar olarak 2 grup bazında değerlendirilmiştir. Bu grupta istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır (Tablo 8, Test 1). Daha sonrasında katılımcılar, yalnız yaşayanlar ve yaşamayanlar olarak gruplanarak incelenmiştir. (Tablo 8, Test 2) Buna göre; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Yalnız yaşayanlarda internet bağımlılığı, yalnız yaşamayan katılımcılara oranla daha düşük çıkmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 8. İnternet Bağımlılığı ve Yaşama Düzeni

	Yaşama Düzeni	Freq.	%	Valid %	Cum. %
İBÖ	Ebeveynleri ile	50	50,0	50,0	50,0
	Sosyal Kurum	4	4,0	4,0	54,0
	Yakınları ile	24	24,0	24,0	78,0
	Yalnız	22	22,0	22,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Test 1	Yaşama Düzeni	N	Ortalama	Toplam
İBÖ	Ebeveynleri ile	50	55,74	2787,00
	Ebeveynsiz	50	45,26	2263,00
	Total	100		

	İBÖ
Mann-Whitney U	988,000
Wilcoxon W	2,263,000
Z	-1,808
Asymp. Sig. (2-tailed)	,071

Test 2	Yaşama Düzeni	N	Ortalama	Toplam
İBÖ	Yalnız değil	78	54,21	4228,00
	Yalnız	22	37,36	822,00
	Total	100		

	İBÖ
Mann-Whitney U	569,000
Wilcoxon W	822,000
Z	-2,407
Asymp. Sig. (2-tailed)	,016

Katılımcıların aile düzeni incelenmeye devam edildiğinde, kardeş sayısı ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki test edilmiştir (Tablo 9). Fakat istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p>0,05$). Kardeş sayısı dışında, bireylerin kardeşi olup olmaması bazında bakıldığında yine anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. İnternet Bağımlılığı ve Kardeş Sayısı

	N	Ortalama	Std	Min	Max
İBÖ	100	28,8200	9,04800	14,00	56,00
Kardeş (Binned)	100	11,500	106,719	,00	3,00
Kardeş (Binned)	N	Ortalama			
0	35	54,84			
1	30	50,75			
2	20	45,95			
3	15	45,93			
Total	100				
	İBÖ				
Chi-Square	1,653				
Df	3,000				
Asymp. Sig. (2-tailed)	,647				

Aile eğitim düzeyi ve internet bağımlılığı arasındaki ilişki de incelenmiştir. Tablo 10'da anne ve babanın eğitim seviyesi birleştirilerek aile eğitim düzeyi atanmış ve buna göre bireylerin internet kullanımları ile karşılaştırılmıştır. Mann – Whitney testi sonucunda özellikle orta eğitim seviyesi (5-10 puan) başta olmak üzere farklı gruplamalar bazında bakılmasına rağmen, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. İnternet Bağımlılığı ve Aile Eğitim Düzeyi

Test 1	Aile Eğitim Birleşik Puanlama	N	Ortalama	Toplam		İBÖ
İBÖ	5 puan altı	47	52,82	2482,50	Mann-Whitney U Wilcoxon W Z	1136,500
	5 puan üstü	53	48,44	2567,50		2567,500
	Total	100				-,053
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,451
Test 2	Aile Eğitim Birleşik Puanlama	N	Ortalama	Toplam		İBÖ
İBÖ	6 puan altı	58	50,31	2918,00	Mann-Whitney U Wilcoxon W Z	1207,000
	6 puan üstü	42	50,76	2132,00		2918,000
	Total	100				-,077
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,939
Test 3	Aile Eğitim Birleşik Puanlama	N	Ortalama			İBÖ
İBÖ	3 ve altı	35	55,56		Chi-Square Df	3,138
	4,5,6	45	50,71			2
	6 puan üstü	20	41,18		Asymp. Sig. (2-tailed)	,208
	Total	100				

Burada anlamlı sonuç çıkmaması üzerine, anne ve babanın eğitim seviyesi ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Tablo 11, Tablo 12). Annenin eğitim düzeyi ve bireydeki internet bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. İnternet Bağımlılığı ve Anne Eğitim Düzeyi

	Anne Eğitim Düzeyi	N	Ortalama		İBÖ
İBÖ	İlkokul	22	50,48	Chi-Square Df Asymp. Sig. (2-tailed)	5,481
	Ortaokul	20	35,93		3
	Lise	31	42,85		,140
	Üniversite	10	32,85		
	Total	83			

Baba eğitim düzeyine bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 12). Öyle ki, üniversite ve üstü eğitim almış babaların çocuklarında internet bağımlılığı oranı anlamlı olarak diğer gruplardan daha düşüktür. İlkokul, ortaokul ve lise mezunu babaların çocukları arasında anlamlı bir farklılık çıkmamaktadır. Yapılan test 2’de bu fark oldukça net görülmektedir. Buna göre üniversite ve üstü eğitim almış babaların çocuklarında internet bağımlılığı görülme olasılığı diğer gruplara göre daha düşüktür ($p<0,05$).

Tablo 12. İnternet Bağımlılığı ve Baba Eğitim Düzeyi

Test 1	Baba Eğitim Düzeyi	N	Ortalama		İBÖ
İBÖ	İlkokul	19	54,63	Chi-Square Df Asymp. Sig. (2-tailed)	8,956
	Ortaokul	19	44,45		3
	Lise	28	54,71		,030
	Üniversite	27	35,43		
	Total	93			
Test 2	Baba Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	Toplam	İBÖ
İBÖ	Üniversite altı	66	51,73	3414,50	Mann-Whitney U 578,500
	Üniversite	27	35,43	956,50	Wilcoxon W 958,500
	Total	100			Z -2,647
					Asymp. Sig. (2-tailed) ,008

Bununla birlikte baba, üniversite mezunu olduğu zaman annenin eğitim durumu çocukta görülen internet bağımlılığı yatkinlığı üzerinde anlamlı bir değişiklik yaratmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. İnternet Bağımlılığı ve Baba Üniversite Mezunu iken Anne Eğitim Düzeyi

	Baba Eğitim Düzeyi	Anne Eğitim Düzeyi	N	Ortalama		Baba Eğitim Düzeyi		İBÖ
İBÖ	Üniversite altı	İlkokul	22	32,93		Üniversite altı	Chi-Square	2,593
		Ortaokul	16	24,31			Df	3
		Lise	20	31,03			Asymp. Sig. (2-tailed)	,459
		Üniversite	1	36,00		Üniversite	Chi-Square	,248
		Total	59				Df	2
İBÖ	Üniversite	Ortaokul	4	12,63		Üniversite	Asymp. Sig. (2-tailed)	,684
		Lise	11	13,18				
		Üniversite	9	11,61				
		Total	24					

Gelir seviyesi ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiye bakılmak üzere Mann-Whitney Testi uygulanmıştır (Tablo 14). Çok düşük, düşük ve çok yüksek gelir gruplarında çok az sayıda katılımcı olması nedeniyle, istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkması için katılımcılar orta ve yüksek gelir düzeyi bazında gruplandırılmıştır. Buna göre, gelir seviyesi ve internet bağımlılığı arasında anlamlı sonuca rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. İnternet Bağımlılığı ve Gelir Düzeyi

	Gelir Düzeyi	N	Ortalama	Toplam		İBÖ	
İBÖ	Orta	66	53,89	3557,00		Mann-Whitney U	898,000
	Yüksek	34	43,91	1493,00		Wilcoxon W	1493,000
	Total	100				Z	-1,631
						Asymp. Sig. (2-tailed)	,103

İnternete erişim yeri bazında yapılan çeşitli analizler sonucu, iki değişken arasında anlamlı sonuca rastlanmamıştır. Aynı şekilde, internete bağlanma sebepleri de tek tek tablo 4’de belirtilen gruplar kapsamında incelenmiş fakat anlamlı sonuca rastlanmamıştır.

Bununla birlikte, katılımcıların gösterdiği internet bağımlılığı semptomlarının şiddeti bazında yaptıkları incelendiğinde ve ağırlandırıldığında ilginç sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Tablo 15). Öyle ki: belirti göstermeyen grupta en popüler olan aktivite bilgi alışverişi (%32) ve sonrasında sosyal aktiviteler (%30) iken; bağımlı grupta en popüler olan aktivite sosyal aktiviteler (%31) ve eğlencedir (%31). Kısıtlı belirti gösteren grupta ise sosyal aktiviteleri (%31), bilgi alışverişi (%27) takip etmektedir.

Tablo 15. İnternet Bağımlılığı ve Aktivite Dağılımı

Belirti göstermeyen grup	30%	32%	25%	13%
Kısıtlı belirti gösteren grup	31%	27%	20%	21%
İnternet bağımlısı grup	31%	15%	31%	23%

Bu sonuçlara göre örneklememizden su sonuçlar çıkmaktadır:

- Yalnız yaşayan katılımcılarda internet bağımlılığı görülme olasılığı, yalnız yaşamayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$).
- Babası üniversite ve üstü eğitim alan katılımcılarda internet bağımlılığı görülme olasılığı, annenin eğitim seviyesinden bağımsız olarak diğer gruplara oranla daha düşüktür ($p<0,05$).

4.3 BECK ASRS ve İSİ SONUÇLARI

Beck Depresyon ölçeğinde alınan ortalama puan 15,39 ($15,29\pm 10,224$) olarak hesaplanmıştır. Buna göre ortalama bir katılımcı hafif düzeyde depresyon belirtileri göstermektedir. Katılımcıların dağılımına bakıldığında, %33’ü normal iken, %37’si hafif düzeyde, %19’u orta düzeyde, %11’i şiddetli düzeyde depresyon belirtileri göstermektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları

0-9: Normal düzeyi gösterir	33%
10-18: Hafif düzeyde depresyon belirtisini gösterir	37%
19-29: Orta düzeyde depresyonu gösterir	19%
30-63: Şiddetli depresyon belirtisini gösterir	11%

ASRS sonuçlarında, ortalama skorun ($25,41 \pm 8,86384$) olduğu, DEHB ihtimali yüksek olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bununla birlikte katılımcıların %42'sinde DEHB olma ihtimali çok yüksek iken, %48'inde yüksektir. Katılımcıların yalnızca %10'unda DEHB olma ihtimali düşük çıkmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği Sonuçları

0-13: Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Olma İhtimali Düşük	10%
14-27: Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Olma İhtimali Yüksek	48%
28-72: Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Olma İhtimali Çok Yüksek	42%

Son olarak İSİ'ye bakıldığında ortalama puanın 11,51 ($11,51 \pm 5,173$), insomnia alt eşiğinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %18'i normal uyku paternlerine sahip iken, %46'sında hafif, %34'ünde orta ve %2'sinde şiddetli insomnia görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 18. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçları

0-7: Normal düzeyi gösterir	18%
8-14: Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği	46%
15-21: Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)	34%
22-28: Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)	2%

4.4. KOMORBİDİTE

Yukarıdaki tabloya göre psikiyatrik bulgular ve internet bağımlılığı arasında ilişkiye bakıldığında İBÖ, İSİ, ASRS ve Beck sonuçlarının birbirleriyle pozitif ve belirli olarak ilişkili olduğu görülmektedir. Tablo 19'a göre patolojik internet kullanımının dikkat eksikliği ($r=0,501$; $p=0,000<0,05$), depresyon ($r=0,409$; $p=0,000<0,05$) ve uykusuzluk ($r=0,333$; $p=0,001<0,05$) ile orta, pozitif yönlü anlamlı ilişkisi bulunmaktadır. Korelasyonun gücüne göre internet kullanımı sırasıyla dikkat eksikliği, depresyon ve uykusuzluk ile ilişkilidir. Bununla birlikte diğer semptomların birbirleriyle ilişkileri de hesaplanmıştır. Buna göre depresyon ile uykusuzluk ($r=0,490$; $p=0,000<0,05$) ve dikkat eksikliği ($r=0,413$; $p=0,000<0,05$) arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Uykusuzluk ve dikkat eksikliği arasında da yine ($r=0,430$; $p=0,000<0,05$) orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Tablo 19. Komorbidite Analizi

Korelasyonlar				
		UŞİ	Beck	Young İBÖ
UŞİ	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)			
Beck	Pearson Correlation	,490	1	
	Sig. (2-tailed)	,000		
Young İBÖ	Pearson Correlation	,333	,409	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	
Erişkin DEHB KBÖ	Pearson Correlation	,430	,413	,501
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

Korelasyon 0,01 seviyesinde belirgindir (2-tailed).

Beck testinin sonuçları normal dağılıma sahip olmadığından dolayı bu sonuçların güvenilirliği için Spearman test uygulanmış ve sonuçlar Tablo 20’de belirtilmiştir. Buna göre Tablo 19’deki sonuçlara paralel çıktılar elde edilmiştir.

Tablo 20. Spearman ile Komorbidite Analizi

Korelasyonlar					
		UŞİ	Beck	Young İBÖ	Erişkin DEHB KBÖ
UŞİ	Spearman's rho Coefficient	1			
	Sig. (2-tailed)	.			
Beck	Spearman's rho Coefficient	,540	1		
	Sig. (2-tailed)	0	.		
Young İBÖ	Spearman's rho Coefficient	,324	,294	1	
	Sig. (2-tailed)	,001	,003	.	
Erişkin DEHB KBÖ	Spearman's rho Coefficient	,412	,514	,479	1
	Sig. (2-tailed)		0	0	0

4.5 ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

İnternet kullanımının dikkat eksikliği hiperaktivite eksikliği bozukluğu semptomları arasındaki ilişkinin anlaşılması üzerine yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıdır (F=36,912; p=0,000<0,05) (Tablo 21).

Tablo 21. Erişkin DEHB KBÖ ve Young İBÖ Regresyon

Sabit Değişken: Erişkin DEHB KBÖ							
Model	B	Std. Sapma	t	Sig.	F	Sig (F)	R Square
(Sabit)	11,415	2,425	4,707	0,000	36,912	0,000	0,266
Young İBÖ	0,493	0,081	6,076	0,000			

İnternet kullanımının, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomları üzerindeki açıklayıcılık gücünün orta düzeyde olduğu söylenebilir ($R^2=0,266$). İnternet kullanımı arttıkça, bozukluk belirtileri artış göstermektedir ($b=0,493$) (Tablo 21).

Tablo 22. Young İBÖ ve Erişkin DEHB KBÖ Regresyonu

Sabit Değişken: Young İBÖ							
Model	B	Std. Sapma	t	Sig.	F	Sig (F)	R Square
(Sabit)	14.297	2,459	5,814	0,000	36,912	0,000	0,266
Erişkin DEHB KBÖ	0,555	0,901	6,076	0,000			

Tablo 22'ye bakıldığında ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomlarının internet kullanımı üzerindeki etkisi gözlemlenmektedir. Buna göre iki değişken arasındaki ilişki aynı olmakla birlikte ($F=36,912$; $p=0,000<0,05$), ($R^2=0,266$), hiperaktivite bozukluğu belirtileri arttıkça internet kullanımında daha büyük artış gözlemlendiği görülmektedir ($b=0,555$).

4.6 UYKUSUZLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

İnternet kullanımı ile uyku bozukluğu semptomları arasındaki ilişkinin anlaşılması üzerine yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=11,567$; $p=0,001<0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. UŞİ ve Young İBÖ Regresyon

Sabit Değişken: UŞİ							
Model	B	Std. Sapma	t	Sig.	F	Sig (F)	R Square
(Sabit)	6,437	1,571	4,098	0,000	11,567	0,001	0,096
Young İBÖ	0,179	0,053	3,401	0,001			

İnternet kullanımının, uykusuzluk semptomları üzerindeki açıklayıcılık gücünün zayıf düzeyde olduğu söylenebilir ($R^2=0,096$). İnternet kullanımı arttıkça, bozukluk belirtileri artış göstermektedir ($b=0,179$) (Tablo 23).

Tablo 24. Young İBÖ ve UŞİ Regresyon

Sabit Değişken: Young İBÖ							
Model	B	Std. Sapma	T	Sig.	F	Sig (F)	R Square
(Sabit)	21,605	2,192	9,858	0,000	11,567	0,001	0,096
UŞİ	0,591	0,174	3,401	0,001			

Tablo 24'e bakıldığında ise uykusuzluk semptomlarının, internet kullanımı üzerindeki etkisi gözlemlenmektedir. Buna göre iki değişken arasındaki ilişki aynı olmakla birlikte ($F=11,567$; $p=0,001<0,05$), ($R^2=0,096$), uykusuzluk arttıkça internet kullanımında daha büyük artış gözlemlendiği görülmektedir ($b=0,591$).

4.7 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

İnternet kullanımının depresyon semptomları arasındaki ilişkinin anlaşılması üzerine yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=13,785$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 25). İnternet kullanımının, depresyon semptomları üzerindeki açıklayıcılık gücünün zayıf düzeyde olduğu söylenebilir ($R^2=0,114$). İnternet kullanımı arttıkça, bozukluk belirtileri artış göstermektedir ($b=0,026$).

Tablo 25. Beck Depresyon Ölçeği ve Young İBÖ Regresyon

Sabit Değişken: Beck							
Model	B	Std. Sapma	t	Sig.	F	Sig (F)	R Square
(Sabit)	1,843	0,211	8,737	0,000	13,785	0,000	0,114
Young İBÖ	0,026	0,007	3,713	0,000			

Tablo 26'ya bakıldığında ise depresyon semptomlarının internet kullanımı üzerindeki etkisi gözlemlenmektedir. Buna göre iki değişken arasındaki ilişki aynı olmakla birlikte ($F=13,785$; $p=0,000<0,05$), ($R^2=0,114$), depresyon arttıkça internet kullanımı belirgin şekilde daha büyük artış gözlemlendiği görülmektedir ($b=4,709$).

Tablo 26. Young İBÖ ve Beck Depresyon Ölçeği Regresyon

Sabit Değişken: Young İBÖ							
Model	B	Std. Sapma	T	Sig.	F	Sig (F)	R Square
(Sabit)	16,225	3,399	4,773	0,000	13,785	0,000	0,114
Beck	4,709	1,268	3,713	0,000			

4.8 DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

Katılımcıların patolojik internet kullanımı, uykusuzluk şiddeti indeksi, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda uykusuzluk şiddetinin erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğünü gözlemlenmektedir ($t=2,104$; $p=0,038<0,05$) (Tablo 27). Cinsiyetin dikkat eksikliği ve internet bağımlılığı üzerinde istatistiksel anlamlı fark yaratmadığı gözlemlenmiştir. Beck incelenmesinde de cinsiyetin anlamlı fark yaratmadığı gözlemlenmektedir ($p=0,339>0,05$).

Tablo 27. Cinsiyet Bazında İnternet Bağımlılığı ve Psikiyatrik Semptomlar

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	T	Sig. (2-tailed)
UŞİ	Erkek	50	12,58	4,949	2,104	0,038
	Kadın	50	10,44	5,218		
Young İBÖ	Erkek	50	29,62	10,148	0,883	0,379
	Kadın	50	28,02	7,826		
Erişkin DEHB KBÖ	Erkek	50	24,92	927,327	-0,551	0,583
	Kadın	50	25,9	85,003		
	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Beck	Erkek	50	53,27	2663,50	1111,500	,339
	Kadın	50	47,73	2386,50		

Beck incelenmesinde de cinsiyetin anlamlı fark yaratmadığı gözlemlenmektedir ($p=0,339>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 28. Kardeş Sayısı Bazında İnternet Bağımlılığı ve Psikiyatrik Semptomlar

	Kardeş Sayısı	N	Ortalama	Standart Sapma	t	Sig. (2-tailed)
UŞİ	3 ve daha az	57	10,58	4,788	-2,108	0,038
	3'ten daha fazla	43	12,74	5,456		
Young İBÖ	3 ve daha az	57	28,00	8,531	-1,044	0,299
	3'ten daha fazla	43	29,91	9,685		
Erişkin DEHB KBÖ	3 ve daha az	57	25,42	8,779	0,014	0,989
	3'ten daha fazla	43	25,39	9,079		
	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Beck	3 ve daha az	57	46,63	2658,00	1005,000	0,124
	3'ten daha fazla	43	55,63	2392,00		

Katılımcıların patolojik internet kullanımı, uykusuzluk şiddeti indeksi, dikkat eksikliği hiperaktivite puanları ortalamalarının kardeş sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda uykusuzluk şiddetinin 3 veya daha fazla kardeşi olan katılımcılarda daha yüksek görüldüğünü gözlemlenmektedir ($t=-2,108$; $p=0,038<0,05$) (Tablo 28). Bu durumun dikkat eksikliği ve internet bağımlılığı üzerinde istatistiksel anlamlı fark yaratmadığı gözlemlenmiştir. Kardeş durumunun depresyon ile istatistik açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p=0,124>0,05$) (Tablo 28)

Tablo 29. Gelir Seviyesine Göre İnceleme

		Kareler Toplamı	dF	Ortalama Kare	F	Sig.
UŞİ	Gruplar arası	13561	2	6,781	0,250	0,780
	Gruplar içi	2635,429	97	27,169		
	Toplam	2648,990	99	8,531		
Beck	Gruplar arası	116,216	2	58,108	0,551	0,578
	Gruplar içi	10231,574	97	105,480		
	Toplam	10347,790	99			
Young İBÖ	Gruplar arası	539,780	2	269,890	3,181	0,046
	Gruplar içi	8230,410	97	84,850		
	Toplam	8770,190	99			
Erişkin DEHB KBÖ	Gruplar arası	73,660	2	36,830	0,464	0,630
	Gruplar içi	7704,530	97	79,428		
	Toplam	7778,190	99			
Sabit Değişken	Gelir Seviyesi	Gelir Seviyesi 2	Ortalama Fark	Std. Sapma	Sig.	
Young İBÖ	1	2	-4,857	5,443	,646	
		3	-,049	4,548	1,000	
	2	1	4,857	5,443	,646	
		3	4,808	1,960	,042	
	3	1	,049	5,548	1,000	
		2	-4,808	1,960	,042	
Gelir Seviyesi	N	Alpha Alt Kumesi/1				
1	3	25,33				
3	34	25,38				
2	63	30,19				
Sig.		,548				

Katılımcıların gelir seviyesinin ölçek sonuçları ile olan ilişkisi incelendiğinde anlamlı sonuç bulunmamıştır (Tablo 29)

Tablo 30. Yaş Bazında Değerlendirme

	Yaş	N	Ortalama	Std. Deviasyon	Std. Sapma Ortalama
UŞİ	>=21	74	11,53	4,986	,580
	<21	26	11,46	5,777	1,133
Beck	>=21	74	15,54	9,684	1,126
	<21	26	14,95	11,834	2,319
Young İBÖ	>=21	74	28,32	9,152	1,064
	<21	26	28,65	10,303	2,021
Erişkin DEHB KBÖ	>=21	74	26,081	8,95226	1,04184
	<21	26	23,500	8,45340	1,65785

Yaş bazında incelediğimizde, yine anlamlı bir ilişki gözlenmemektedir. (Tablo 30)

BÖLÜM 5 – TARTIŞMA

5.1 TARTIŞMA VE YORUM

Katılımcıların ölçeklere verdikleri cevapların, analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgular, literatürdeki diğer çalışmalar ışığında değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır. Konu ile ilgili, özellikle üniversite öğrencileri üzerinde az çalışma olmasına rağmen global literatürden örneklerle bölüm zenginleştirilmiştir.

İnternetin artan yaygınlığı ve kullanımı sonucunda, üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığı prevalansının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada, katılımcıların İnternet Bağımlılığı Ölçeğinden aldığı ortalama puan 28,82'dir (28,82±9,048). Bu kullanım, normalüstü kullanıma denk gelmektedir. Ölçek sonuçlarının dağılımına göre katılımcıların %6'si internet bağımlıdır. Ülkemizde Canan ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada bu oran %9,7, Ak ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada ise %5 olarak bildirilmiştir (Canan vd., 2012; Ak vd., 2013). İnönü Üniversitesinde 2014 yılında yapılan bir çalışma da bu oran %1,3, Bayraktar ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada ise %1,1 olarak hesaplanmıştır (Bayraktar, 2007; Akdağ, 2014). Bu farklılıkların nedeni, tez içerisinde tartışıldığı üzere genellikle çeşitli metodolojik ve tanımsal nedenlerden olduğu sanılmaktadır.

Literatürde bazı çalışmalara göre internet bağımlılığının genç yaşta daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir (Morison et al., 2010; Wu et al., 2015). Bu çalışmada yaş ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni, örneklemin küçük olması ile katılımcıların küçük bir yaş aralığı grubuna (18-26) mensup olmaları ve buna rağmen iyi represente edilmeyen yaşlar olmasından ötürü istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkarmada kısıtlayıcı olması olabilir. 2016 yılında Mersin

Üniversitesi'nde 910 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada da, yaş ile internet bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Aslan & Yazıcı, 2016).

Taiwan'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, erkeklerde internet bağımlılığı kadınlara oranla daha yüksek seyretmiştir. Yazarlar bu durumu erkek katılımcıların internet üzerinden kumar, oyun, porno gibi içeriklere daha sık ulaştıklarını ve bu nedenle kullanımlarının daha yüksek olduğunu iddia etmiştir (Liu et al., 2011). Buna rağmen, Brenner (2009) ve Carbonell'in (2012) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet anlamlı bir değişken olmamıştır. Bu çalışmada da cinsiyet ve internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Literatürdeki çeşitli çalışmalarda internet bağımlılığının yalnız yaşayan bireylerde daha yüksek görüldüğü belirtilmiştir (Sai et al., 2000; Caplan, 2007). Bunun nedeni, yalnızlık duygusunu hisseden bireylerde bu durumdan internet ile daha sık ilgilenerek kurtulmaya çalışma eyleminin ağır basmasıdır. Paylaşım siteleri, sohbet odaları gibi bireyi sosyal hissettirecek, çeşitli aktiviteler ile bireyi geçici de olsa mutlu edip, kafasını dağıtacak özelliklere sahip olması interneti çekici kılmaktadır. Cao ve arkadaşlarının 17599 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada yalnızlığın internet bağımlılığının ana etkenlerinden biri olduğu belirtilmiştir (Cao et al., 2011). Bununla birlikte, özellikle Asya'da yapılan araştırmalarda genç ve bekar erkeklerin internet bağımlılığı için yüksek risk grubu olduğu belirtilmiştir (Ha et al., 2006; Ko et al., 2007; Yen et al., 2007). Bu çalışmada tam tersi bir sonuç elde edilmiştir. İnternet bağımlılığı, yalnız yaşamayan bireylerde daha sık görülmüştür. Bunun nedeni yalnız yaşayan ve yüksek risk grubunda olan kullanıcıların az olması olabilir. Bununla birlikte, bireyin evde yalnız olmaması; yalnız hissetmediği ve ya problemleri internet kullanımına itileceği nedenlere sahip olmadığı anlamına gelmemektedir.

Algılanan ekonomik durum ile internet bağımlılığı arasında anlamlı ilişkinin görüldüğü çeşitli çalışmalar vardır. Örneğin, Widyanto ve arkadaşlarının (2004) çalışmasına göre aylık gelir ve internet bağımlılığı arasında pozitif anlamlı bir ilişki vardır (Widyanto et al., 2004). Bakken ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada para sıkıntısı yaşayan bireylerde daha sık internet bağımlılığı görüldüğünü

kaydetmişlerdir (Bakken et al., 2009). Bu çalışmada ekonomik seviye ve internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

İnternette geçirilen zaman ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkide birçok araştırmada ele alınmıştır. İnternette geçirilen süre ile bağımlılık prevalansı arasında pozitif ilişkinin görüldüğü birçok çalışma vardır. Kore’de adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, günlük internet kullanımının riskli kullanıcıları belirleyen ana faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir (Jang et al., 2008).

Bu çalışmada katılımcıların %59’u haftada 12 saatten daha fazla internet kullandığını belirtmiştir. Tahiroğlu ve arkadaşlarının 2008 yılında 3975 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların yalnızca %7,6’si hafta 12 saat ve üstü internet kullandığını belirtmiştir. Günümüz verileri incelendiğinde, bir bağımlının veya risk altındaki kullanıcının haftada yaklaşık 40-80 saat internette geçirmesi tipik olarak nitelendirilmektedir (Wang, 2003).

İnternetin hayatımıza iyice entegre olmasından ötürü internette geçirilen saat yerine, bireyin kullanım özellikleri ve yönelimleri belirleyici faktör olmalıdır. Birey, kullanımını kontrol altında tutamıyor, kullanımı gittikçe artıyor ve bireyin hayatı aşırı kullanımından ötürü zarar görüyorsa, buradaki geçirilen fazla saatin internet bağımlılığının göstergesi olduğuna şüphe yoktur. Bazı araştırmacılar da internette geçirilen zamanın değil, internette geçirilen zaman dolayısıyla sosyal ilişkileri ve hayatı ihmal etme yönelimlerinin bağımlılık olduğunu belirtmektedir. Tonioni ve arkadaşlarının çalışmasında, internette geçirilen sürenin İBÖ’deki yalnızca bir soru ile pozitif korelasyonu olduğu belirtilmiştir. Bu soru; “Arkadaşların ile dışarı çıkmak yerine ne kadar sıklıkla internet başında kalmayı tercih ediyorsunuz?” dur. Buna göre, sosyal ilişkiler kurmak istemeyen, yalnız kalmak ve kendini soyutlamak isteyen bireyler internette uzun zaman geçirmektedirler (Tonioni et al., 2011). Bu bilgilerden bağımsız olarak bu çalışmada internette geçirilen süre ile bağımlılık arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmanın ilginç sonuçlarından biri olarak bireylerin interneti kullanma nedenleri ve bağımlılık oranlarıdır. Belirti göstermeyen grupta en popüler olan aktivite bilgi alışverişi (%32) ve sonrasında sosyal aktiviteler (%30) iken; bağımlı grupta en

popüler olan aktivite sosyal aktiviteler (%31) ve eğlencedir (%31). Kısıtlı belirti gösteren grupta ise sosyal aktiviteleri (%31), bilgi alışverişi (%27) takip etmektedir.

Young (2007)'a göre sosyal medya bireylere diledikleri kişi olabilme, sanal sosyal destek, cinsel uyarı gibi geçici haz imkânları sağladığı için internet bağımlılığı riskine sahiptir. Günümüzde sosyal medyanın hayatımıza iyice entegre olmasıyla bu bakış açısı etkisini kaybetse de, riskli grubun interneti ağırlıklı olarak sosyal medya ve eğlence amaçlarıyla kullanması bu yargıyı desteklemektedir.

Literatürde bazı çalışmalarda internet bağımlılığının, erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olarak görüldüğü belirtilmiştir. Liu ve arkadaşlarına göre bunun nedeni erkeklerin kumar, oyun ve pornografi yönelimlerinin daha yüksek olması olarak gösterilmiştir (Liu et al., 2011). Bu çalışmada cinsiyet bazında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bunun nedeni, cinsiyetlerin sosyodemografik ve internet kullanım özellikleri arasında belirgin bir fark görülmemesi olabilir.

Yine literatürdeki çalışmaların bazılarında yaş, internet bağımlılığı için önemli bir gösterge olarak belirlenmiştir. Birçok çalışmaya göre, internet bağımlılığı küçük yaş aralığında daha sık görülmektedir (Ha et al., 2007; Yang, 2007; Chou & Hsiao, 2000). Bu çalışmada yaş ile internet bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun sebebi yaş aralığının 21-26 olması ve bu yaş aralığındaki bireylerde gelişimsel olarak farklılık görülmemesidir.

Çalışmada, katılımcıların %42'sinde DEHB görülme ihtimali çok yüksek, %48'inde yüksek ve yalnızca %10'ununda düşük çıkmıştır. ASRS sonuçlarında, ortalama skorun (25,41±8,86384) olduğu, DEHB ihtimali yüksek olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bu sonuç, Doğan ve arkadaşlarının 579 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı araştırmada buldukları 23,46±10,82 değeri ile benzerdir.

İnternet bağımlılığı ve DEHB arasındaki diğer iki değişkene oranla daha güçlü bir ilişki görülmüştür. Bu bulgu, literatürde oldukça desteklenen bir bulgudur. Bernardi ve Pallanti'nin araştırmalarında internet bağımlısı yetişkinlerin %14'une DEHB teşhisi konduğu belirlenmiştir (Bernardi & Pallanti, 2009). Yen ve arkadaşlarının araştırmalarında internet bağımlısı üniversite öğrencilerinde DEHB semptomlarının

görülme oranı daha yüksektir (Yen et al., 2009). Ko ve arkadaşları ise, DEHB'in internet bağımlısı üniversite öğrencilerinde en sık görülen rahatsızlık olduğunu belirlemiştir (Ko et al., 2008).

Yine Ko ve arkadaşlarının 2 yıl süren uzun zamanlı çalışmasında, DEHB teşhisi konulan adölesanlarda 2 yıl geçtikten sonra yapılan takip mülakatlarında internet bağımlısı olma ihtimalinin yüksek olduğunu belirtmiştir (Ko et al., 2009).

Bu durum çeşitli biopsikososyal teoriler ile açıklanmaktadır. Kolaylıkla sıkılmak ve geç elde edilen ödül duygusuna karşıtlık, DEHB'in genellikle kişiler arası ilişki kurmayı zorlaştıran ve akademik performansı etkileyen ana semptomlarıdır (Diamond, 2005). Buna karşın, internet hızlı yanıt, anında tepki ve ödül, birçok aktiviteyi birden yapabilme özellikleri ile DEHB hastalarının yaşadığı sıkılma duygusunu geçirebilir ve ani stimülasyon sağlayabilir (Ko et al., 2012). Koepp ve arkadaşları, video oyunları oynarken beyinde dopamin salgılandığı ve bu durumun konsantrasyonu arttırdığını ve dolayısıyla oyun performansına faydası olduğunu belirtmiştir (Koepp, 1998).

DEHB hastaları bu durumu, günlük hayata yaşadıkları sıkıntıları bir nevi azaltmak için kullanıyor olabilir. Bir diğer teori, DEHB sahibi bireylerde anormal beyin aktivitelerinden ötürü problemlili inhibisyon görülmesi ve bunun yarattığı kendini kontrol edememe durumunun bireyin internet kullanımını kontrol edememesine ve bağımlı olmaya açık hale gelmesine neden olmasıdır (Rubia et al., 2005). Son olarak DEHB'in semptomları nedeniyle kişiler arası ilişkiler kurmayı zorlaştırması durumu, online ortamlarda kolayca engellenebilir. Bu bireyler için online ilişkiler kurmak daha kolay ve ilgi çekicidir; ve bu durum bireyin internet kullanımını riskli hale getirebilmektedir (Ko et al., 2012).

Çalışmada, katılımcıların %33'ünde depresyon görülmez iken, %37'sinde hafif, %19'unda orta ve %11'inde şiddetli depresyon belirtileri görülmektedir. Ceyhan ve arkadaşlarının 440 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada oldukça benzer sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre, katılımcıların %40'ında depresyon görülmez iken, 29,55%'inde hafif, %20,46'sında orta ve %9,77'sinde şiddetli depresyon belirtileri görülmektedir (Ceyhan vd., 2009). Katılımcıların ortalama puanı 15,39 (15,29±10,224) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç birçok çalışma ile benzerdir. Yapılan çalışmalardaki

puanlar 12,72 (12,72±8,26) (Ceyhan vd., 2005), 12,8 (12,8±7,19) (Ozdel vd., 2002), 13,47 (13,47±8,45) (Aylaz et al, 2007) ve 15,54 (15,54±8,15) (cam et al, 2008) olarak kaydedilmiştir.

İnternet bağımlılığı, örnekleme depresyon ile komorbid çıkmıştır. Bernardi ve Pallanti, internet bağımlısı yetişkinlerin %7'sinde komorbid distemi rahatsızlığı olduğunu belirlemiştir (Bernardi & Pallanti, 2009). Kim ve arkadaşları, internet bağımlılığının depresyon ve intihar düşünceleri ile pozitif ilişkisi olduğunu belirtmiştir (Kim et al, 2006). Ko ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada internet bağımlılığı majör depresif bozukluk ile ilişkili çıkmıştır (Ko et al., 2008). DEHB'de olduğu gibi, depresyon ve internet bağımlılığı arasında komorbidite birçok çalışma ile kanıtlanırsa da, neden-sonuç ilişkisi belirlenmemiştir. Ko ve arkadaşları, depresyon teşhisi konulan adolesanların internet bağımlısı olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. İnternetin bireylere bir nevi sosyal destek, başarıya ve hayatı kontrol edebilme duygusu sağlamak özelliklerinin yanında, gerçek hayatın zorluklarından kaçılacak bir alan yaratma özelliklerine dayanarak, depresyondaki bireylerin kendilerini daha iyi hissetmek için internete başvurmaları olasıdır. Bu durumda, depresyonda olmayan bireylere oranla bağımlı olma ihtimalleri oldukça yüksektir (Ko et al., 2012). Bununla birlikte, serotonin fonksiyonu ile ilişkili olan 5HTTLPR genindeki polimorfizmin çeşitli hormonal bozukluklar yaratarak depresyon ve internet bağımlılığı kondisyonlarının oluşması için biyolojik zayıflık yarattığı öne sürülmüştür (Wrase et al., 2006).

Çalışmada, katılımcıların %2'sinde şiddetli, %34'ünde orta şiddetli, %46'sında düşük seviye insomnia görülürken, %18'i normal uyku düzenine sahiptir. Literatürdeki çalışmalarda, şiddetli insomnianın üniversite öğrencileri arasında 9,1%, 9,5%, 12-13% gibi oldukça yüksek seyrettiği görülmektedir (Thomas et al., 2014; Choueiry et al., 2016; Gellis et al., 2014).

Diğer iki kondisyondan daha zayıf olsa da, insomnia ve internet bağımlılığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Uyku problemlerinin genellikle internet bağımlılığının bir sonucu olduğu belirtilse de; çift yönlü bir ilişkinin varlığından bahsetmek mümkündür. Örneğin, üniversite öğrencilerinde görülen uyku problemlerinin

bireylerin sosyal medya sitelerinde daha uzun zaman geçirmesine sebep olduğu belirtilmiştir (Tavernier & Willoughby, 2014).

Başka bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, online oyun oynama bozukluğunun zayıf uyku kalitesi ile ve problemlili internet kullanımının insomnia ve zayıf uyku kalitesi ile ilişkilendirildiği görülmektedir (Lam, 2014).

5.2 LİMİTASYONLAR

Çalışmadaki sosyodemografik form oluşturulurken, ülkemizde yapılan çalışmalardan yardım alınmıştır. Fakat bu çalışmalar genellikle eski tarihlidir. Bu nedenle haftalık internet kullanımı, internete ulaşım yerleri ve nedenleri gibi çeşitli veriler günümüz trendlerini yakalayamamıştır.

Çalışma örnekleme istatistiki olarak anlamlı sonuç çıkarmak için oldukça küçük bir örneklemdir. Bu çalışmanın daha büyük kapsamda yapılması, sonuçların daha doğru çıkmasına ve bu tezde kaybolan çeşitli ilişkilerin ortaya çıkmasına yardımcı olacaktır.

Bununla birlikte çeşitli çalışmalarda bahsedildiği ve bu tezde de alıntılandığı üzere, internet bağımlısı olan bireylerin okul katılımı diğer bireylere göre daha düşüktür. Bu nedenle, kampüslerde rastgele seçilen öğrenci gruplarında çıkan internet bağımlılığının gerçekten daha düşük çıktığı belirtilmektedir. Bu araştırma hatasının, bu tezde de görüldüğü düşünülmektedir.

BÖLÜM 6 – SONUÇ

Yapılan çalışmada, katılımcıların arasında riskli internet kullanımı alışkanlıklarına sahip öğrenci gruplarının olduğu belirlenmiştir. İnternet kullanımının katılımcıların %6'sında bağımlılık seviyesinde, %63'ünde yüksek riskte ve %21'inde ortalama olduğu görülmüştür. Yalnız yaşayan katılımcılarda bağımlılık görülme olasılığının diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna ek olarak katılımcıların babalarının eğitim seviyesinin üniversite ve üstü olmasının, internet bağımlısı olma ihtimallerini düşürdüğü bulgusuna da rastlanmıştır. Bu çalışmada, başka sosyodemografik özelliklerle anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeninin katılımcı havuzunun küçük olması ve sosyodemografik formun yapısındaki eksiklikler olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte aşırı internet kullanımının; bireylerde görülen depresyon, uyku problemleri ve DEHB semptomları ile pozitif ilişkisi olduğu görülmüştür.

İnternet bağımlılığı konusuna yönelik en mantıklı önerilerden biri, bu kondisyona karşı önlemler almaktır. Bu konuda üniversitelere ve diğer eğitim kurumlarına büyük görevler düşmektedir. Öğrenciler, sağlıklı internet kullanımı hakkında bilgilendirilmeli ve aşırı internet kullanımının zararları hakkında bilinçlendirilmelidir. İnterneti maksimum yarar sağlayabilecekleri bir araç haline getirebilmeleri konusunda eğitilmelidir. Bununla birlikte kurumlar, öğrencilerin internete yönelimlerini azaltacak veya engelleyecek imkânlar sağlamalıdır. Sanat ve spor aktiviteleri, kulüpler ve bunun gibi oluşumlar düşük maliyetli ve oldukça etkili yöntemlerdir.

İnternet bağımlıların buluşabileceği, sorunlarını yargılanma korkusu olmadan paylaşabileceği, benzer sorunlar yaşayan bireyler ile bir araya gelerek yalnız olmadıklarını anlayabilecekleri ve destek alabilecekleri destek grupları oluşturmak büyük önem taşımaktadır. Böyle bir oluşum, bağımlıların kendilerini internete daha çok

vermek yerine, kendilerine benzer olan bireyler ile sosyalleşmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca bireylerin bağımlılıkları ile yüzleşip, psikiyatrik destek almaya yönlendirmelerine ve sonucunda doğru tedavilere erişimlerinin sağlanmasına yardımcı olabilirler.

Klinik bağlamda, problemlili internet kullanımı belirtisi gösteren bireylerde, sıklıkla görülen komorbid rahatsızlıkların da varlığının anlaşılmasına yardımcı klinik değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler sonucu ortaya çıkan komorbid rahatsızlıklar da, var olan klinik standartlar çerçevesinde tedavi edilmelidir. Öyle ki, bu kondisyonların zaman içerisinde tedavi edilmesi, bireydeki problemlili internet kullanım davranışını da dolaylı yoldan tedavi edilmesine yardımcı olabilir. Örneğin, Han ve arkadaşları DEHB tedavisi süresince metilfenidat kullanan adolesanlarda, online oyun oynama sıklığı ve dürtüsünün azaldığını kaydetmiştir (Han et al., 2009). Bu demektir ki, komorbid var olan hastalıkların tedavisi, internet bağımlılığını tedavi edebilir.

İnternet bağımlılığını üzerine yapılan araştırmalar artırılmalı, çeşitlendirilmeli ve derinleştirilmelidir. Öğleki araştırmalar, daha doğru sonuçlar vermek üzere yapılandırılmalıdır. Fokus grupları, ölçekler, klinik görüşmeler gibi multifaktöriyel yapılardan oluşmalıdır.

KAYNAKÇA

AASM (American Academy of Sleep Medicine),(2005). The International Classification of Sleep Disorders. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.

Aboujaoude, et al. (2006). "Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States." American Journal of Psychiatry, vol. 163, no. 10, pp. 1806–1812., doi:10.1176/ajp.2006.163.10.1806.

Adam, K.,& Oswald, I. (1983). Protein Synthesis, Bodily Renewal and the Sleep-Wake Cycle. Clinical Science, 65(6), 561-567. doi:10.1042/cs0650561.

Akd, Koruklu N ve Yılmaz Y. (2013). A study on Turkish adolescent's Internet use: possible predictors of Internet addiction. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 16.3: 205- 209.

Akdağ, M., Yılmaz, B. Ş, Özhan, U., & San, I. (2014). Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılıklarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (İnönü Üniversitesi Örneği). İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 15(1), 73-96. doi:10.17679/iuefd.98972.

Alaçam, H., Ateşci, F. Ç, Sengül, C., & Tümkaya, S. (2015). Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının sigara ve alkol kullanımı ile ilişkisi. Pd.172340 Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015(16), 383-388. Retrieved February 8, 2018, from https://www.ejmanager.com/mnstemps/91/apd_16_06_01

Ambaw F, Mayston R, Hanlon C. Depression among patients with tuberculosis: determinants, course and impact on pathways to care and treatment outcomes in a primary care setting in southern Ethiopia—a study protocol BMJ Open 2015; 5:e007653. doi: 10.1136/bmjopen-2015.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anderson JC. Is childhood hyperactivity the product of western culture? Lancet 1996; 348(9020):73-4.

Andy R. Eugene, Jolanta Masiak (2015). The Neuroprotective Aspects of Sleep. MEDtube Sci. 2015 Mar; 3(1): 35–40.

Arısoy, Ö. (2009). İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. Sikiyatriye Güncel Yaklaşımlar, 1009(1), 55-67. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/download/article>

- Aslan, E., & Yazıcı, A. (2016). Internet Addiction Among University Students and Related Sociodemographic Factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 19(3), 109-117.
- Aserinsky, E., Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena, during sleep. *Science*. 1953 Sep 4; 118(3062):273-4.
- Bakken, Inger Johanne, et al. (2009). "Internet Addiction among Norwegian Adults: A Stratified Probability Sample Study." *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 50, no. 2, pp. 121–127., doi:10.1111/j.1467-9450.
- Balcı, Ş, Gulnar, B . (2009). Üniversite Öğrencileri Arasında İnternet Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılarının Profili. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 6 (1), 5-22. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/josc/issue/19019/200648>
- Balta Ö Ç ve Horzum M B (2008). Web Tabanlı Öğretim Ortamındaki Öğrencilerin İnternet Bağımlılığını Etkileyen Faktörler, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 41 (1), 187-205.
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19 (2010), pp. 237-257
- Basu, D., & Dalal, P. (2016). Twenty years of Internet addiction Quo Vadis? *Indian Journal of Psychiatry*, 58(1), 6. doi:10.4103/0019-5545.174354.
- Batigün AD, Kiliç N. (2011). İnternet bağımlılığı ile kişilik özellikleri, sosyal destek, psikolojik belirtiler ve bazı sosyodemografik degiskenler arasindaki iliskiler. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26.67 (2011): 1.
- Bayraktar, F. (2001). İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Beard KW (2005). Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *Cyberpsychol Behav*. 2005 Feb; 8(1):7-14.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-71.
- Bernardi, S., Pallanti, S. (2009). Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry*, 50 (6) (2009), pp. 510-516.
- Bhowmik, D., Kumar, S., Srivastava, S., & Paswan, S. (2012). Depression - Symptoms, Causes, Medications and Therapies. *The Pharma Innovation*, 1(3), 37-51. Retrieved May 1, 2018, from <http://www.thepharmajournal.com/archives/2012/vol1issue3/PartA>
- Bilgin, T. S. (2015). Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Emosyonel Disregülasyon Ve İmpulsivite İlişkisi (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi) [Abstract]. Retrieved May 24, 2018, from <https://www.academia.edu>
- Bowers, F. E., & Borsh, T. R. (2011). *Great Days Ahead: Parenting Children Who Have ADHD with Hope and Confidence*. Retrieved from <https://books.google.ca>
- Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, (2000). Uykusuzluk şiddeti indeksinin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11:248-252.

- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, İ., & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 352–359.
- Bozkurt, H., Sahin, S., & Zoroglu, S. (2016). İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 2016(6), 3rd ser., 235-247. Retrieved February 5, 2018, from <http://dergipark.gov.tr/download/article-file>
- Bölükbaş, K. (2003). İnternet kafeler ve internet bağımlılığı üzerine sosyolojik bir araştırma: Diyarbakır örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır.
- Bölükbaş, Kenan & Yildiz, M.Cengiz (2005). İnternet Kafeler, Gençlik ve Sosyal Sapma - Internet Cafes, Youth and Social Deviation. 38–54.
- Bradley C (1937). The behaviour of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry* 94: 577–85.
- Brenner V. (1996). An initial report on the online assessment of Internet addiction: The first 30 days of the Internet usage survey. *Psychological Reports*, 70: 179-210.
- Burton R. (1972). *The Anatomy of Melancholy*. London, UK: JM Dent and Sons;
- Byun S, Ruffini C, Mills JE, Douglas AC, Niang M, Stepchenkova S, Lee SK, Loutfi J, Lee JK, Atallah M, Blanton M. (2009). Internet addiction: metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. *Cyberpsychol Behav. Apr.* 12(2):203-7.
- Cadell T, Davis W. (1976). *An Enquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Mind and a History of the Passions and Their Effects*. New York: AMS Press.
- Canan F, Ataoglu A, Ozcetin A. vd., (2012). The association between Internet addiction and dissociation among Turkish college students. *Comprehensive psychiatry*, 53(5): 422-426.
- Cao H, Sun Y, Wan Y vd., (2011). Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. *BMC Public*, 14: 11.
- Caplan, S. E. (2003). Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being. *Communication Research*, 30, 625–648.
- Caplan SE. (2007). Incidents and correlates of pathological internet use among college students. *Computers in Human Behaviour*, 2:465-473.
- Caplan S. E. (2010). Theory and Measurement of Generalized Problematic Internet Use: a Two-Step Approach. *Computers in Human Behavior*, 26(5):1089–1097
- Carbonell X, Chamarro A, Griffiths, et al. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(3): 789-796.
- Carhart-Harris, R., Mayberg H, Malizia, David Nutt (2008). Mourning and melancholia revisited: correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry. *Ann Gen Psychiatry*. 7: 9. Published online.
- Carskadon M, Dement W. (1994). Normal human sleep: an overview. *Princ Pract Sleep Med*. 18:16–25.

- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J. & Martin, J. (2003). Influence of life stress on depression. Polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301, 386–389.
- Caton R. (1875). The electric currents of the brain. *Br Med J.* 2:278.
- Ceyhan, E., Ceyhan, A. A., & Kurtyılmaz, Y. (2005). Depression among Turkish female and male university students. *Social Behavior and Personality*, 33(4), 329–340.
- Ceyhan, A.A., Ceyhan, E., & Kurtyılmaz, Y. (2009). Investigation of university students' depression. *Eğitim Arastirmalari-Eurasian Journal of Educational Research*, 36, 75-90.
- Ceyhan, A. A. (2011). Ergenlerin Problemlı İnternet Kullanım Düzeylerinin Yordayıcıları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18(2), 85-94. Retrieved April 3, 2018, from <https://www.ejmanager.com/mnstemps/46/46-1359359880.pdf>.
- Chen K, Sheth AJ, Elliott DK, Yeager A. (2004). Prevalence and correlates of past-year substance use, abuse, and dependence in a suburban community sample of high-school students. *Addictive Behaviors*. 29: 413–423. [Sciencedirect.com](https://www.sciencedirect.com)
- Cheng, Cecilia, and Angel Yee-Lam Li (2014). “Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real) Life: A Meta-Analysis of 31 Nations Across Seven World Regions.” *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 17, no. 12, pp. 755–760.
- Cheung, Lee M., and Wing S. Wong. (2010). “The Effects of Insomnia and Internet Addiction on Depression in Hong Kong Chinese Adolescents: an Exploratory Cross-Sectional Analysis.” *Journal of Sleep Research*, vol. 20, no. 2, pp. 311–317.
- Clark DA, Beck AT. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci.* 14(9):418-24.
- Chou C, Hsiao MC. (2000). Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Computers & Education*. 35(1):65-80
- Connors, C. K., Eisenberg, L., & Sharpe, L. (1964). Effects of methylphenidate (Ritalin) on paired-associate learning and porteus maze performance in emotionally disturbed children. *Journal of Consulting Psychology*, 28(1), pp.14-22.
- Connor DF. (2005). Psychostimulants in attention deficit hyperactivity disorder. In: Gozal D, Molfese DL, editors. *Attention deficit hyperactivity disorder: from genes to patients*. New Jersey: Humana Press, pp. 487–527.
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(5), 422-433.
- Coghill, D., Banaschewski, T. (2009). The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother*, 9, pp. 1547-1565.
- Curatolo, P., D'Agati, E., & Moavero, R. (2010). The neurobiological basis of ADHD. *Ital J Pediat*, 2010(36), 79th ser. 36-79.

- Çam Çelikel, F. & Erkorkmaz, Ü. (2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler [Factors related to depressive symptoms and hopelessness among university students]. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 122-129.
- Dalbudak E, Evren C, Aldemir , vd. (2013). Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(4), 272- 278.
- Davis RA. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Comput Human Behav*. 17: 187–195.
- Dement W, Kleitman N. (1957). Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility, and dreaming. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. Nov; 9(4):673-90.
- Depression: A Global Public Health Concern. (2012). Who Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression (E.T. 25.09.2018).
- Depue, B.E., Burgess, G.C., Bidwell, L.C., Willcutt, E.G., Banich, M.T.(2010). Behavioral performance predicts grey matter reductions in the right inferior frontal gyrus in young adults with combined type ADHD. *Psychiatry Res*, 182, pp. 231-237.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder: a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder [with hyperactivity]. *Dev Psychopathol*, 17 (3), pp. 807-825.
- Dickstein, S.G., Bannon, K., Castellanos, F.X., Milham, M.P. (2006). The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, pp. 1051-1062.
- Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. (2008), Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye Psikiyatri Dergisi* 10:109-115.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol Saraçoğlu, G. ve Küçükgöncü, S. (2009). Erişkin Dikkat eEsikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 77-87.
- Durston, S., Hulshoff Pol, H.E., Schnack, H.G., Buitelaar, J.K, Steenhuis, M.P, Minderaa, R.B. (2004). Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43, pp. 332-340
- Dusan K., Amanda K., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., S., C. L., Hechtman. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. Apr; 4(2): 389–403.
- Emond V, Joyal C, Poissant H. (2009). [Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)] *Encephale*. 35:107–114.
- Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. (2004). The distribution of symptoms of attentiondeficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13(6):354-61.

Espie, C. and Morin, C. (2012). Introduction: Historical Landmarks and Current Status of Sleep Research and Practice: An Introduction to the Timeliness, Aims, and Scope of this Handbook. *The Oxford Handbook of Sleep and Sleep Disorders*. Edited by Charles M. Morin and Colin A. Espi. Print Publication Date: Mar 2012 Subject: Psychology, Clinical Psychology Online Publication.

Eşitti, Ş. (2015). Bilgi Çağında Problemlı İnternet Kullanımı ve Enformasyon Obezitesi: Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeğinin Üniversite Öğrencilerine Uygulanması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2 (49), 75-97. <http://dergipark.gov.tr/download/article> (Erişim Tarihi: 5 Şubat 2018).

Faraone SV, Biederman J, Mick E, et al. (2000). Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 157 (7):1077– 1083.

Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2(2):104-13.

Faraone S.V., Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 33 pp. 159-180.

Fitzgerald, M., Bellgrove, M., & Gill, M. (2007). *Handbook of attention deficit hyperactivity disorder*. (Erişim Tarihi: 22 Şubat 2018).

Floros, G., & Siomos, K. (2012). Patterns of choices on video game genres and Internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(8), 417–424, <http://dx.doi.org/10.1089/cyber> (Erişim Tarihi: 10 Mart 2018).

Floros, Georgios, et al. (2014). “Comorbidity of Psychiatric Disorders with Internet Addiction in a Clinical Sample: The Effect of Personality, Defense Style and Psychopathology.” *Addictive Behaviors*, vol. 39, no. 12, pp. 1839–1845. doi:10.1016/j.addbeh.2014.07.031.

Freed, H., & Peifer, C. A. (1956). Treatment of Hyperkinetic Emotionally Disturbed Children With Prolonged Administration of Chlorpromazine. *American Journal of Psychiatry*, 113(1), 22-26. doi:10.1176/ajp.113.1.22.

Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, 237-258.

Geylani, M., et al. (2016). “Geçmişten Günümüze Hücresel Haberleşme Teknolojilerinin Gelişimi.” *Deu Muhendislik Fakültesi Fen ve Muhendislik*, vol. 18, no. 54, Jan. pp. 606–606., doi:10.21205/deufmd.2016185425.

Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet*. 126:51–90. doi: 10.1007/s00439-009-0694-x.

Goldberg D. (2006). The aetiology of depression. *Psychol Med*. 36:1341-7.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36(5), 233-24. doi:10.3109/0095299.2010.491884

Grant, Jon E., and Samuel R. Chamberlain. (2016). “Expanding the Definition of Addiction: DSM-5 vs. ICD-11.” *CNS Spectrums*, vol. 21, no. 04, June pp. 300–303., doi: 10.1017/s1092852916000183

- Greenfield, David N. 1999, "Psychological Characteristics of Compulsive Internet use: A Preliminary Analysis." *CyberPsychology & Behavior*, vol. 2, no. 5, pp. 403–412. doi:10.1089/cpb.1999.2.403.
- Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp. 61-75). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Griffiths M. D. (2012). Internet Sex Addiction: a Review of Empirical Research. *Addiction Research & Theory*, 20((2)):111–124.
- Grohol, J. (2016). Sleep Disorders. *Psych Central*. Retrieved on September 7, 2018, from <https://psychcentral.com/disorders/sleep> (Erişim Tarihi: 03 Nisan 2018).
- Gül N, Tiryaki A, Cengel Kultur E, Topbas M, Ak I. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 20(1):50-6.
- Güler AS, Scahill L, Jeon S, Taşkın B, Dedeoğlu C, Ünal S, Yazgan Y. (2014). Use of Multiple Informants to Identify Children at High Risk for ADHD in Turkish School-Age Children. *J. Atten Disord pii: 1087054714530556*. [Epub ahead of print]
- Ha, J., Yoo, H., Cho, I., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. I. H. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 821–826.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M.A., et al. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 251–256
- Harvard Health Publications (2012). *Understanding Depression: Special Health Report (Publication)*. (n.d.). Retrieved from [http://hrccatalog.hrrh.on.ca/Inmagic/Genie/Documentfolder/understanding depression.pdf](http://hrccatalog.hrrh.on.ca/Inmagic/Genie/Documentfolder/understanding%20depression.pdf)(Erişim Tarihi: 09 Ağustos 2018).
- Hechtman L. Genetic and neurobiological aspects of attention deficit hyperactive disorder: a review. *J Psychiatry Neurosci*.1994; 19 (3):193– 201
- Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma, *Türk Psikoloji Dergisi*, 6:118-126
- Ho RC, Zhang MW, Tsang TY, Toh AH, Pan F, Lu Y, et al. The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:183.
- Hoffman, H. (1848). *Der Struwewelpeter*. Leipzig, Germany: Insel Verlag
- Hollon SD, Thase ME, Markowitz J. Treatment and Prevention of Depression. *Psychol Sci Public Interest*. 2002 Nov; 3(2):39-77
- Institute of Medicine, Committee on Sleep Medicine and Research, Board on Health Sciences Policy. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
- Jang, K.S., Hwang, S.Y., Choi, Y. (2008). Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *J Sch Health*, 78 (2008), pp. 165-171.

- Kandell, J. J. (1998). Internet addiction on campus: The vulnerability of college students. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 11-17.
- Kılıçoğlu A, Çalık E, Kurt İ, Karadağ F, Çelik N, Yeter K, N Değirmen, S Öztürk, N Ülkün. (2009). Üniversite öğrencilerinde kendilerinin bildirdikleri dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:88-93.
- Karni A, Tanne D, Rubenstein BS, Askenasy JJ, Sagi D. (1994). Dependence on REM sleep of overnight improvement of a perceptual skill. *Jul 29*, 265(5172):679-82.
- Ko CH, Yen JY, Yen CF et al. (2007). Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. *CyberPsychology & Behavior*, 10(4): 545-551.
- Ko, C., Yen, J., Chen, C., & Yen, C. (2008). Psychiatric comorbidity of Internet addiction in college students: An interview study. *CNS Spectrums*, 13(2), 147-5. 10.1017/S1092852900016308.
- Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. (2009). The association between harmful alcohol use and Internet addiction among college students: comparison of personality. *Psychiatry Clin Neurosci*. 63(2):218–24.
- Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for Internet addiction in adolescents: A 2- year prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* Oct; 163(10): 937-43.
- Ko, C., Yen, J., Yen, C., Chen, C., & Chen, C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, 27(1), 1-8. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.011.
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, et al. (2005). The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J. Occup Environ Med*. 47:565–572.
- Kessler, Ronald & Adler, Lenard & Ames, Minnie & Demler, Olga & Faraone, Steve & Hiripi, Eva & J Howes, Mary & Jin, Robert & Secnik, Kristina & Spencer, Thomas & Ustun, Tefvik & E Walters, Ellen. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*. 35. 245-56. 10.1017/S0033291704002892.
- Koepp M.J, Gunn R.N., Lawrence A.D., Cunningham V.J., Dagher A., Jones T. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 393 (6682), pp. 266-268.
- Kubey, R.W, Lavin M. J., & Barrows, J. R. (2001). Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. *Journal of Communication*, 51(2), 366- 382
- Kutlu, M., Savci, M., Demir, Y., & Aysan, F. (2016). Turkish adaptation of Youngs Internet Addiction Test-Short Form: A reliability and validity study on university students and adolescents. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(1), 69. doi:10.5455/apd.190501.

- Lam, L. T. (2014). Internet gaming addiction, problematic use of the Internet, and sleep problems: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1–9.
- Langlieb AM, DePaulo Jr. JR. (2008). Etiology of depression and implications on work environment. *JOEM*. 50(4):391-5.
- Lin MP, Ko HC, Wu JYW. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors associated with Internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 4: 741-6.
- Linda A. Toth, P. Bhargava. (2013). Animal Models of Sleep Disorders. *Comp Med*. Apr; 63(2): 91–104. Published online 2013 Apr.
- Ma, C.L., Arnsten, A.F., Li, B.M. (2005). Locomotor hyperactivity induced by blockade of prefrontal cortical alpha2-adrenoceptors in monkeys. *Biol Psychiatry*, 57 (2005), pp. 192-195.
- Maheri AB, Hamid Joveini H, Bahrami MN, Sadeghi R. (2012). The study of the effects of internet addiction on healthy lifestyle in students living in the dormitories of Tehran University of Medical Sciences, *RJMS*. 2013; 20:10–9.
- Mahmoud JS, Staten R, Hall LA, et al. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues Ment Health Nurs*. 33(3):149-56.
- Mahowald MW, Schenck CH. (2005). Insights from studying human sleep disorders. *Nature*. 437(7063):1279–1285
- Mak, Kwok-Kei, et al. (2014). “Psychometric Properties of the Revised Chen Internet Addiction Scale (CIAS-R) in Chinese Adolescents.” *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 42, no. 7, Feb. pp. 1237–1245., doi:10.1007/s10802-014-9851-3.
- Mayes, R., & Rafalovich, A. (2007). Suffer the restless children: The evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900—80. *History of Psychiatry*, 18(4), 435-457. doi:10.1177/0957154x06075782
- Mental Health in the United States (2003). Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder --- United States, *MMWR Mortal Wkly Rep* 2005; 54(34):842-7.
- Mesquita, Gema, and Rubens Reimão. (2007). “Nightly Use of Computer by Adolescents: Its Effect on Quality of Sleep.” *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, vol. 65, no. 2b, pp. 428–432., doi: 10.1590/s0004-282x2007000300012.
- Miller, Michele (2015). The Role of Sleep and Sleep Disorders in the Development, Diagnosis, and Management of Neurocognitive Disorders. *Front Neurol*. 2015; 6: 224. Published online 2015 Oct 23. doi: 10.3389/fneur.2015.0022.
- Millichap, J.G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121 (2008), pp. e358-e365
- Mohamadbeigi A, Ghazavi A, Ghamari F, Saeidi A. (2010). Effect of internet addiction on educational status of Arak University of medical sciences students, spring 2009. *Arak Medical University Journal*. 12(4):95–102.

- Morahan-M., J., and Schumacher, P. (2003). Loneliness and social uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 19, pp: 659–671.
- Morrison CM ve Gore H. (2010). The relationship between excessive Internet use and depression: A questionnaire-based study of 1,319 young people and adults. *Psychopathol*, 43: 121- 126.
- Morrison, A. R. (2014). Henri Piéron and Nathaniel Kleitman: Two Major Figures of 20th Century Sleep Research. *Sleep*, 37(3), 621-621. doi:10.5665/sleep.3512.
- Mukaddes NM, Zoroğlu S, Kora M, (1998). Aydoğmus K. Symptoms and factor analysis results of attention deficit/hyperactivity disorder in Turkish children determined by teacher ratings. *Nöropsikiyatri Arşivi* 35:171-6.
- Nakao, T. Radua, J., Rubia, S., Mataix-Cols, D. (2011). Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am J. Psychiatry*.
- National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children; England MJ, Sim LJ, editors. *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215119> (Erişim Tarihi: 18 Nisan 2018).
- Naughton, J. (2016). The evolution of the Internet: From military experiment to General Purpose Technology. *Journal of Cyber Policy*, 1(1), 5-28. Retrieved February 10, 2018, from <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23738871> (Erişim Tarihi: 9 Ocak 2018).
- Neale, B.M, Lasky-Su, J., Anney, R., Franke, B., Zhou, K., Maller, J.B (2008). Genome-wide association scan of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 147B (2008), pp. 1337-1344.
- Nemeroff, C.B. and Vale, W.W. (2005). The neurobiology of depression: inroads to treatment and new drug discovery. *J. Clin. Psychiatry* 66 (Suppl. 7), 5–13.
- Neumeister, A., Young, T., and Stastny, J. (2004). Implications of genetic research on the role of the serotonin in depression: Emphasis on the serotonin type 1A receptor and the serotonin transporter. *Psychopharmacology*, 174, 512–524.
- New Yorker Magazine. Just Click No. Talk Story about Dr. Ivan K. Goldberg and the Internet Addiction Disorder. Available from: <http://www.newyorker.com/magazine/1997/01/13/just-click-no>. (Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018).
- Niemz, Katie, et al. (2005). “Prevalence of Pathological Internet use among University Students and Correlations with Self-Esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and Disinhibition.” *CyberPsychology & Behavior*, vol. 8, no. 6, pp. 562–570. doi:10.1089/cpb.2005.8.562.
- Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman ME. (1986). Learned helplessness in children: a longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *J Pers Soc Psychol*. 51(2):435-42.

- O'Brien CP. Commentary on Tao et al. (2010). Internet addiction and DSM-V. *Addiction*. 2010 Mar; 105(3):565.
- Oka, Y., Suzuki, S. and Inoue, Y. (2008). Bedtime activities, sleep environment, and sleep/wake patterns of Japanese elementary school children. *Behav. Sleep Med.*, 6: 220–233.
- Overeem S, Scammell TE, Lammers GJ. (2002). Hypocretin/orexin and sleep: Implications for the pathophysiology and diagnosis of narcolepsy. *Current Opinion in Neurology*. 15(6):739–745.
- Özdemir, Ö, & Doğan, O. (2015). Sivas İl Merkezinde İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğunun Yaygınlığı, Psikiyatrik Eş Tanıları ve Hastaların Yaşam Kalitesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2015(16), 85-94. Retrieved from https://www.ejmanager.com/mnstemps/91/apd_16_02_02.pdf. (Erişim Tarihi: 23 Eylül 2018).
- Özdemiroğlu Alyanak F, Yargıç İ, Oflaz S. (2011). Prevalence of ADHD in Adult Psychiatric Outpatient Clinic and Comorbid Psychiatric Disorders in ADHD. *Arch Neuropsychiatr* 48:119-124.
- Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., & Oğuzhanoglu, N.K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi [The relationship with sociodemographic characteristics and depressive symptoms in university students]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 155-161
- Palmer ED, Finger S (2001). An early description of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Psychology and Psychiatry Review* 6(2): 66–73
- Park, S., Jeon, H. J., Bae, J. N., Seong, S. J., & Hong, J. P. (2017). Prevalence and Psychiatric Comorbidities of Internet Addiction in a Nationwide Sample of Korean Adults. *Psychiatry Investigation*, 14(6), 879. doi:10.4306/pi.2017.14.6.879
- Paykel, E. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. Sep; 10(3) 279–289.
- Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(2007), pp. 894-921.
- Polanczyk, G., Lima M.S., Horta B.L. Biederman J., Rohde L.A. (2007). The world wide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*, 164 pp. 942-948.
- Polanczyk G, Rohde LA. (2007). Epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 20(4): 386-92.
- Polanczyk G, Jensen P. (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17(2):245-60.
- Polanczyk G, Willcutt EG, Salum GA, et al. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 43: 434-442.

- Polanczyk G, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 56(3), 345-65.
- Prince, J. (2008). Catecholamine dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *J Clin Psychopharmacol* 28, pp. 39-45.
- Purpura, D., J Lonigan, C. (2009). Conners' Teacher Rating Scale for Preschool Children: A Revised, Brief, Age-Specific Measure. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53.* 38. 263-72.
- Rabadi, Laith, et al. (2017). "The Relationship between Depression and Internet Addiction among University Students in Jordan." *Journal of Addiction Research & Therapy*, vol. 08, no. 06, doi:10.4172/2155-6105.1000349.
- Raichle, M.E, MacLeod, A.M, Snyder, A.Z, Powers, W.J, Gusnard, D.A. (2001). Default mode of brain function. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 98, pp. 676-682.
- Rechtschaffen A, Bergmann BM, Everson CA, Kushida CA, Gilliland MA. (1989). Sleep deprivation in the rat: X. Integration and discussion of the findings. *Sleep*. 12(1):68–87.
- Richardson-Jones JW, Craige CP, Guiard BP, Stephen A, Metzger KL, Kung HF, et al. (2010). 5-HT_{1A} autoreceptor levels determine vulnerability to stress and response to antidepressants. *Neuron*. 65(1):40–52. doi: 10.1016..
- Ronald C. Kessler, Evelyn J. Bromet. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. Author manuscript; available in PMC 2014 Jul 16. Published in final edited form as: *Annu Rev Public Health*. 34: 119–138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-11440.
- Rubia K., Smith, A.B, Brammer, M, Toone, B., Taylor, E. (2005). Abnormal brain activation during inhibition and error detection in medication-naïve adolescents with ADHD. *Am J Psychiatry*, 162 (6) (2005), pp. 1067-1075.
- Sacco, L. (2014). Drug Enforcement in the United States: History, Policy, and Trends. Congressional Research Service. Retrieved 22 May 2018, from <https://fas.org/sgp/crs/misc/R43749.pdf>. (Erişim Tarihi: 11 Ağustos 2018).
- Sai CC, Lin SS. (2000). Internet addiction of Taiwanese adolescents: an in-depth interview study. Paper presented at the 107th annual convention of the American Psychological Association in 2000, Washington, DC.
- Saper CB, Chou TC, Scammell T. (2001). The sleep switch: hypothalamic control of sleep and wakefulness. *Trends Neurosci*. 2001 Dec; 24(12):726-31.
- Scherer, K. (1997). College life online: Healthy and unhealthy Internet use. Paper presented at the 104th Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago, August.
- Schimelpfening, N., & Gans, S. (2014). The History of Depression. Very Well Mind. Retrieved June 22, 2018, from <https://www.verywellmind.com/who-discovered-depression-1066770> (Erişim Tarihi: 24 Şubat 2018).

- Shaffer HJ, Hall MN, Vander BJ. (2000). "Computer addiction": a critical consideration. *Am J Orthopsychiatry* 70(2):162– 8.
- Shapira N. A., Lessig M. C., Goldsmith T. D., Szabo S. T., Lazoritz M., Gold M. S., Stein D. J. (2003). Problematic Internet Use: Proposed Classification and Diagnostic Criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), pp.207–216.
- Sharp SI, McQuillin A, Gurlingffer H.M. (2009). Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) *Neuropharmacology*. 57:590–600.doi: 10.1016 j. neuro pharm.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J.P., Greenstein, D. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 104, pp. 19649-19654.
- Simon GE, VonKorff M. (1997). Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *American Journal of Psychiatry*. 154(10):1417–1423.
- Smalley SL. Behavioral genetics '97. Genetic influences in childhood-onset psychiatric disorders: autism and attention deficit/hyperactivity disorder. *Am J Hum Genet*.1997; 60 (6):1276– 1282.
- Sonuga-Barke, E.J., Castellanos, F.X. (2007). Spontaneous attentional fluctuations in impaired states and pathological conditions: a neurobiological hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev*, 31, pp. 977-986.
- Soule L, Shell W, Kleen B (2003). Exploring Internet addiction: Demographic characteristics and stereotypes of heavy internet users. *J. Comput. Inform. Syst.* 44(1):64-73.
- Spencer T, Biederman J, Wilens T. (2004). Nonstimulant treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2004 Jun; 27(2):373-83.
- Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs* 2006; 20(2):107-23.
- Still, G. F. (1902). The Coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008–1012.
- Strine TW, Chapman DP. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine*. 6(1):23–27.
- Stolberg, V. B. (2017). ADHD medications: History, science, and issues. Retrieved May 22, 2018, from <https://books.google.ca> (Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2018).
- Taner E, İlhan MN, Taner Y, Bekar EE, Şenlik ZB. Tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinde DEHB yaygınlığı ve eğitim hayatı üzerine etkileri. *FÜ Sağlık Bil Derg* 2007; 21:59-62.
- Tavernier R, Willoughby T. (2014). Are all evening-types doomed? Latent class analyses of perceived morningness-eveningness, sleep and psychosocial functioning among emerging adults. *Chronobiol Int*. 2014 Mar; 31(2):232-42.
- Taylor, E., Dopfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J. (2004) .European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 (Suppl. 1), pp. I7-30.

- Taylor E. Developing ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(1-2):126-32.
- Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders: 2005. pp. 615–625.
- Tonioni, F., Dalessandris, L., Lai, C., Martinelli, D., Corvino, S., Vasale, M., Bria, P. (2012). Internet addiction: Hours spent online, behaviors and psychological symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 34(1), 80-87. doi:10.1016/j.genhospps.
- Tsai, Chin-Chung, and Sunny S.J. Lin. (2003). "Internet Addiction of Adolescents in Taiwan: An Interview Study." *CyberPsychology & Behavior*, vol. 6, no. 6, pp. 649–652. doi: 10.1089/109493103322725432.
- Tuğlu, C., & Şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 75-116. Retrieved April 22, 2018, from http://www.cappsy.org/archives/vol2/no1/cap_02_06.pdf (Erişim Tarihi: 17 Haziran 2018).
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2017). *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*.
- Underwood E. (2013). Neuroscience. Sleep: the brain's housekeeper? *Science*. 2013 Oct 18; 342(6156):301
- Ülkeröğlü, F., Tezcan, E., Kuloğlu, M., Culha, F., Karabulut, C. A., Doğan, I., & Ay, m. (1999). Distimi-Çifte Depresyon-Majör Depresyon Tanılı Hastaların Kişilik Yapıları Açısından Karşılaştırdması Düşünen Adam, (12), 3rd ser. 14-21. Retrieved May 28, 2018, from http://www.dusunenadamdergisi.org/ing/DergiPdf_dusunen_adam_dergisi (Erişim Tarihi: 19 Haziran 2018).
- Whang, Leo Sang-Min, et al. (2003). "Internet Over-Users Psychological Profiles: A Behavior Sampling Analysis on Internet Addiction." *CyberPsychology & Behavior*, vol. 6, no. 2, pp. 143–150., doi: 10.1089/109493103321640338.
- Wilens T. (2004a). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am*. 27:283–301.
- Wills L, Garcia J. Parasomnias: Epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2002;16(12):803–810.
- Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012;9(3): 490-9.
- Wolosin, S.M, Richardson, M.E., Hennessey, G., Denckla, M.B., Mostofsky, S.H. (2009) Abnormal cerebral cortex structure in children with ADHD. *Hum Brain Mapp*, 30, pp. 175-184.
- Wood A.C., Buitelaar, J., Rijdsdijk, F., Asherson, P., Kuntsi, J. (2009) Rethinking shared environment as a source of variance underlying attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: comment on Burt, *Psychol Bull*, 136 (2010), pp. 331-340.

World Health Organization Publication, (2017). Retrieved May 22, 2018, from World Health Organization website: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental (Erişim Tarihi: 5 Subat 2018).

World Health Organization (2017). Depression And Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates (Rep.). Retrieved <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle> (Erişim Tarihi: 5 Temmuz 2018).

Wrase, J., Reimold, M., I. Puls, Kienast, T., Heinz, A. (2006). Serotonergic dysfunction: brain imaging and behavioral correlates. *Cogn Affect Behav Neurosci*, 6 (1) pp. 53-61.

Wölfling, K., Beutel, M. E., Koch, A., Dickenhorst, U., & Müller, K. W. (2013). Comorbid Internet addiction in male clients of inpatient addiction rehabilitation centers: Psychiatric symptoms and mental comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 934–940. Yalçın, Ozhan & Çiftçi Demirci, Arzu. (2016). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. 470-526.

Wu CY, Lee MB, Liao SC et al. (2015). Risk factors of internet addiction among internet users: an online questionnaire survey. *PloS one*, 10:1-10.

Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med*. Jul; 71(2):305-313.

Van den Bulck, J. (2004). Television viewing, computer game playing, and internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. *Sleep*, 27: 101–104.

Vilensky, J. A., Foley, P., & Gilman, S. (2007). Children and Encephalitis Lethargica: A Historical Review. *Pediatric Neurology*, 37(2), 79-84. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2007.04.012

Yen JY, Yen CF, Chen CC et al. (2007). Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychol Behav*. 10(3), 9-323.

Yen JY, Yen CF, Chen CS. (2009). The association between adult ADHD symptoms and Internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychol. Behav* 12(2), 187-191.

Yıldırım, A. (2014). İnternetin Görünen Yüzü. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 Özel Sayı 1, 51-59. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/107198>(Erisim Tarihi: 5 Subat 2018).

Younes F, Halawi G, Jabbour H, Osta N, Karam L, Hajj A, Rabbaa Khabbaz L. (2016). Internet Addiction and Relationships with Insomnia, Anxiety, Depression, Stress and Self-Esteem in University Students: A Cross-Sectional Designed Study. *PLoS*

Young, K. S. (1998). *Caught in the net*. New York, NY: Wiley.

Young KS. (2007). Internet Addiction: symptoms, evaluation and treatment. Erişim tarihi: 29.06.2016 <http://netaddiction.com/internet-addiction-test>(Erişim Tarihi: 5 Ekim 2018).

Zepelin H, Siegel JM, Tobler I. (2005). Mammalian sleep. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; pp. 91–100.

Zhou, K., Dempfle, A., Marcos-Burgos, Bakker, S.C., Banaschewski, T., Biederman, J. (2008). Meta-analysis of genome-wide linkage scans of attention deficit hyperactivity disorder. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet, 147B pp. 1392-1398.

Zorbaz, O. (2013). Lise Öğrencilerinin Problemlı İnternet Kullanımının Sosyal Kaygı ve Akran İlişkileri Acısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Retrieved 4 March 2018, from <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080>(Erişim Tarihi: 10 Nisan 2018).



EKLER

EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

CALIŞMANIN ADI: 18-26 yaş arası üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının uyku bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği ile olan ilişkisinin araştırılması

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Son yıllarda teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte internet de, insan hayatının ayrılmaz bir parçası haline gelmeye başlamıştır. Bankacılıktan sağlığa, eğitimden eğlenceye, seyahattan alışverişe: kısacası her alanda sınırsız bilgi erişimi sağlayarak bireylerin sürekli ihtiyaç duyduğu ve kullandığı bir araç olmuştur. Fakat hayatımıza sayısız faydası olan internetin, yanlış ve ya fazla kullanımı birçok negatif sonuca neden olabilmektedir. İnternetin durdulamaz yükselişi, bazı bireylerde internetten uzak (offline) zaman geçirememeye durumu yaratmaya başlamıştır. Kontrolsüz veya fazla internet kullanımı, bir diğer adıyla internet bağımlılığı, bireylerin çalışma, aile ve sosyal

hayatlarını etkileyen bir kondisyondur. Toplumumuzun geleceği olan gençlerin sağlıklı bireyler olması, toplum sağlığı ve sürdürülebilirliği açısından hayatidir. Bu nedenle artan derecede yaygınlaşan bu kondisyonun detaylarının araştırılması ve günümüzde gençler arasında yine artan sıklıkla görülen depresyon, uyku bozukluğu ve dikkat eksikliği gibi diğer komorbid psikiyatrik semptomlar ile olan ilişkinin öğrenilmesi, önlem ve tedavi açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın temelinde iki amaç yatmaktadır. Bu amaçlardan birincisi, 18-26 yaş arası üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı sıklığını araştırmaktır. İkincisi ise internet bağımlılığının uyku bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği gibi komorbid psikiyatrik semptomlar ile olan ilişkisini incelemektir.

CALIşMA İşLEMLERİ:

Çalışmada katılımcı profili ile birlikte 4 adet ölçek doldurulacaktır. Bu ölçekler sırasıyla Young Internet Bağımlılığı Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteridir. Her bir ölçek için yaklaşık 15 dakikalık süre ayrılması öngörülmektedir.

CALIşMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Cevaplarınızın katkı sağlayacağı analizlerle oluşturulacak bu araştırmanın, toplumumuzda ve dünyada sıkça görülmeye başlanan ve bu nedenle geleceğimiz için anlaşılması büyük önem taşıyan bu yeni fenomenin araştırılmasında küçük bir referans olmasını ve literatüre katkısı olmasını amaçlıyorum.

KİşSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmada isimsiz olarak verdiğiniz cevaplar kullanılacaktır. Şahsınıza özel bilgilere bu çalışma kapsamında ihtiyaç duymamaktayız. Ölçekler için verdiğiniz cevaplar kümülatif olarak bağıntı analizlerinin yapılmasında kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAşVURULACAK KİşİLER :

1. Hilal Mutlu / hilal_mutlu@hotmail.com - 05070883494

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gnlly araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek-2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:	
Yaş:	
Cinsiyet:	
Medeni Durum:	
Fakülte:	
Kimlerle yaşıyorsunuz?	Ebeveynleri ile () Yakınları ile () Eş ve çocukları ile () Yalnız () Sosyal Kurum () Evsiz ()
Kardeş sayısı	Kardeşi yok () Bir kardeşi var () İki kardeşi var () Üç kardeşi var () Dört ve üzeri kardeşi var ()
Annenizin eğitim düzeyi seçeneklerden hangisidir?	Okur yazar () Okur yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek lisans () Doktora ()
Babanızın eğitim düzeyi seçeneklerden hangisidir?	Okur yazar () Okur yazar değil ()

	ilkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek lisans () Doktora ()
Sizce seçeneklerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi ifade eder?	Çok düşük () Düşük () Orta () Yüksek () Çok yüksek ()
Kendi bilgisayarınız var mı?	Evet () Hayır ()
Haftalık internet kullanımınız nedir?	0-2 () 3-5 () 6-8 () 9-11 () +12 ()
İnternete ulaşım yeri	Evden () İnternet kafe () Okul () Cep telefonu () İş yeri () Bilinmeyen ()
İnterneti kullanma amacınız nedir?	Film, dizi vb. izlemek ()

	<p>Ödev veya araştırma ()</p> <p>Sosyal medya ()</p> <p>Oyun oynamak ()</p> <p>Etkinlik takibi ()</p> <p>Bilgi amaçlı ()</p> <p>Haber takibi ()</p> <p>Birden fazla işaretleyebilirsiniz</p>
Bilinen tedavi aldığınız ruhsal bir rahatsızlığınız var mı?	<p>Evet ()</p> <p>Hayır ()</p>

EK-3 BECK DEPRESYON ENVANTERİ

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 18- 0.** İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21- 0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-4 ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS)

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

	ASLA	NADİREN	BAZEN	SIK	ÇOK SIK
1. Üzerinde çalıştığımız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					

8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında araya girip diğer insanları engeller misiniz?					

EK-5 UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)

1. Lütfen şu andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizde ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok Memnun	Memnun	Nötr	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükermişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışmaya potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durumu, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Engelleiyici Değil	Biraz Engelleiyici	Oldukça Engelleiyici	Çok Engelleiyici	Çok Fazla Engelleiyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Fark Edilemez	Biraz Fark Edilebilir	Oldukça Fark Edilebilir	Çok Fark Edilebilir	Çok Fazla Fark Edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle Endişelendirmiyor	Biraz Endişelendiriyor	Oldukça Endişelendiriyor	Çok Endişelendiriyor	Çok Fazla Endişelendiriyor
0	1	2	3	4

EK-6 YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ


YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ – KISA FORMU (YİBT-KF)

AÇIKLAMA: Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumları hangi sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| Hangi sıklıkta planladığınızdan daha fazla internette kalırsınız? | () | () | () | () | () |
| Hangi sıklıkta ailenizle ilgili işleri ihmal ederek internette daha fazla zaman harcarsınız? | () | () | () | () | () |
| Okul veya ders ile ilgili çalışmalarınız hangi sıklıkta internette harcadığınız süre yüzünden zarar görmektedir? | () | () | () | () | () |
| Birileri internette ne yaptığınızı sorduğunda hangi sıklıkta sır gibi saklar veya savunmaya geçersiniz? | () | () | () | () | () |
| Birileri siz internette iken canınızı sıkarsa hangi sıklıkta onları tersler, onlara bağırır ve öfkeli davranırsınız? | () | () | () | () | () |
| Hangi sıklıkta gece internette harcadığınız süre yüzünden uykusuz kalırsınız? | () | () | () | () | () |
| İnternete bağlı değilken hangi sıklıkta internetle avunur veya internete bağlı olduğunuz hayalini kurarsınız? | () | () | () | () | () |
| İnternette iken hangi sıklıkla kendinizi 'birkaç dakika daha' derken bulursunuz? | () | () | () | () | () |
| Hangi sıklıkla internette harcadığınız zamanı azaltmak için uğraşırsınız ve başarısız olursunuz? | () | () | () | () | () |
| Ne kadar süre internette olduğunuzu hangi sıklıkla saklamaya çalışırsınız? | () | () | () | () | () |
| Hangi sıklıkta başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman harcamayı tercih edersiniz? | () | () | () | () | () |
| İnternete bağlanamadığınızda hangi sıklıkta kendinizi bunalımda | () | () | () | () | () |
| Karamsar ve sinirli hissedip, internete bağlandığınızda bu şikayetlerinizin hemen geçtiğini görürsünüz? | () | () | () | () | () |

EK-7 ETİK KURUL RAPORU

 www.uskudar.edu.tr
Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

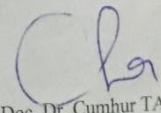
T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/443 23/02/2018

Yrd.Doç.Dr. Alptekin ÇETİN
(Hilal MUTLU)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/02/2018 tarihinde yapılan 02 No.lu toplantısında "18-26 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Uyku Bozukluğu, Depresyon Ve Dikkat Eksikliği İle Olan İlişkinin Araştırılması" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

ETİK KURUL RAPORU No: 0115/03/2018

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Doğum tarihi : 26.04.1993 / Yeri : Şanlıurfa

Yaşadığı Yer: İstanbul

Eğitim Bilgileri:

Mezun Olduğu Üniversite / Mezuniyet Yılı: Bahçeşehir Üniversitesi – 2016

Mezun Olduğu Bölüm: Psikoloji

Yabancı Dil Bilgisi ve Düzeyi:

İngilizce – orta

İş Denevimi:

Stajlar:

Reem Nöropsikiyatri

Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi

NP İstanbul Beyin Hastanesi