



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER, DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ
VE İNTERNET BAĞIMLILIĞINA ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Süleyman Burak SU
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi AHMET YILMAZ**

DİYARBAKIR-2019

ÖNSÖZ

İnternet kullanımının yaygınlaşması ve erişimin her geçen gün kolaylaşması sebebi ile internet bağımlılığı (İB) çok sık görülen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Artık alışveriş, banka işlemleri, eğlence, müzik, sohbet, eğitim gibi neredeyse sosyal hayatta yapılan herşey internet üzerinden de yapılabilmektedir. Böylelikle internette geçirilen süre artmakta dolayısıyla internet bağımlılığı da artmaktadır. Böyle devam ederse ileriki yıllarda internet bağımlılığı birçok kişiyi psikolojik ve fiziksel yönden etkileyen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkacaktır.

Aile hekimleri en az 3 yıl uzmanlık eğitimi almış kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp doktorlarıdır. Aile hekimliğinin temel özelliklerinden olan; kolay ulaşılabilir olması, toplum yönelimli olması, bütüncül bir yaklaşım göstermesi, hastalarla ilk temas noktası olması nedeniyle aile hekimleri depresyon ve bağımlılık durumlarıyla çok sık karşılaşır. Her ne kadar bağımlılık ve depresyon durumları ile psikiyatristlerin ilgilendiği düşünülse, bu tip hastalar sıklıkla ilk olarak aile hekimliği polikliniğine başvururlar. Aile hekimleri depresyon ve internet bağımlılığının tanı, tedavi, risk faktörlerinin ve prevelans değerlerinin belirlenmesi, sürekli bakım sağlanması, takip, koruyuculuk, rehabilitasyon ve sevk gibi aşamalarında aktif olarak rol alırlar. Aile hekimleri bireyi biyopsikososyal yönden değerlendirdikleri için; kişiyi fizyolojik, sosyolojik, psikolojik olarak etkileyen internet bağımlılığına karşı uyanık olmak zorundadır. Risk faktörlerini, tanı ve tedavi kriterlerini bilip, uygun hastalarda gerekli müdahaleleri ve yönlendirmeleri yapmalıdır. Kendilerine bağlı genç nüfusu internet bağımlılığının riskleri ve olumsuz yönleri açısından bilgilendirmeli ve gerekli eğitimleri almalarını sağlamalıdır.

Bu tez ile üniversite öğrencilerinin sosyodemografik verilerini ve depresyon düzeylerini belirleyip, internet bağımlılığı üzerine olan etkilerini inceledik.

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlığım boyunca yardımlarını bizlerden esirgemeyen; Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU'na, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ hocaya, Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Gamze ERTEN BUCAKTEPE'ye, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Rotasyonlarda beraber çalıştığım hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim. Palyatif klinikte beraber çalışma fırsatını bulduğumuz ve bilgilerinden sıklıkla faydalandığımız hastanemiz Başhekim Prof. Dr. Ali Kemal KADİROĞLU'na teşekkür ederim.

Aile Hekimliğinde birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterimiz Veli ADIYAMAN'a, eski hemşiremiz Gülfer SAYIN TOPÇU'ya, poliklinik hemşiremiz Bahar ablaya, poliklinik sekreterimiz Gülbahar'a, bölüme beraber başladığım dostum Dr. Mahsum KARDAŞ'a çok teşekkür ederim. İyi ki sizi tanımışım ve iyi ki beraber çalışmışız.

Hayatımın her aşamasında bana destek olan ve bu günlere gelmemi sağlayan anneme, babama ve ablama çok teşekkür ederim. Geceler boyu bizi uykusuz bırakan minik ve tatlı oğlum Ali Yağız'a, hayat arkadaşım Gülşah'a ve zor günlerimizde bize hep destek olan kayınvalideme teşekkür ederim. İyi ki varsınız. Hepinizi çok seviyorum.

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: DSM-V Depresyon Tanı Kriterleri

Tablo 2.2: Antidepresanlar

Tablo 2.3: Young İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

Tablo 2.4: Griffiths'in tanımladığı bağımlı davranış ölçütleri

Tablo 2.5: Tao ve arkadaşlarının oluşturduğu internet bağımlılığı tanı ölçütleri

Tablo 2.6: İnternet bağımlılığı hakkında yapılan epidemiyolojik çalışmalar

Tablo 2.7: İnternet bağımlılığında kullanılan tedavi metodları

Tablo 2.8: Davis'in geliştirdiği bilişsel-davranışçı tedavi basamakları

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.2: Sayısal verilerin ortalama, medyan, minimum ve maksimum değerleri

Tablo 4.3: Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine göre sınıflandırılması

Tablo 4.4: Cinsiyete göre BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları ve p değeri

Tablo 4.5: Evde internet mevcudiyetine göre BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları ve p değeri

Tablo 4.6: Sigara kullanımının BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Tablo 4.7: Kişisel bilgisayar mevcudiyetinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Tablo 4.8: Anne eğitim düzeyinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Tablo 4.9: Baba eğitim düzeyinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Tablo 4.10: Aile gelir düzeyinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Tablo 4.11: Aile medeni durumunun BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Tablo 4.12: Katılımcıların yaşadığı yerin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Tablo 4.13: Cinsiyete göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Tablo 4.14: Sigara kullanımına göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Tablo 4.15: Kişisel bilgisayara sahip olmaya göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Tablo 4.16: Evde internet erişiminin olmasına göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Tablo 4.17: Kardeş sayısı, günlük internet kullanma süresi(saat) ve internet kullanıcısı olunan (yıl) sürenin ölçek puanları ile korelasyonu

Tablo 4.18: Sınıf, yaş, anne ve baba yaşının ölçek puanları ile korelasyonu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: Depresyonun seyri ile ilgili kavramlar

ÖZET

Amaç: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sosyo-demografik değişkenler, internet bağımlılığı, depresyon düzeylerini belirlemek ve aralarındaki ilişkileri karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Katılımcılara sosyodemografik bilgi toplama formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu'dan (YİBT-KF) oluşan toplam 51 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Veriler %95 güvenle, SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Çalışmada kullanılan demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza 152 (%50,7) erkek, 148 (%49,1) kadın toplam 300 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $21,85 \pm 2,79$ idi. Katılımcıların 40 (%13,3)'ı sigara kullanıyor 260 (%86,7)'ı kullanmıyordu. BDÖ erkek, kadın ve toplam puan ortalamaları sırasıyla; $12,44 \pm 8,37$, $12,66 \pm 8,02$, $11,06 \pm 7,34$, YİBT-KF erkek, kadın ve toplam puan ortalamaları sırasıyla $27,28 \pm 8,77$, $27,37 \pm 8,99$, $27,33 \pm 8,87$ idi. Çalışmamızda sigara içenlerin BDÖ puanları anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0,007$). Annesi üniversite mezunu olan öğrencilerde YİBT-KF puanları anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0,025$). İnternette geçirilen süre arttıkça YİBT-KF puanlarının arttığı tespit edildi ($p=0,000$). Yaş arttıkça BDÖ ve YİBT-KF puanlarının azaldığı tespit edildi ($p=0,040$, $p=0,046$). Sınıf düzeyi arttıkça BDÖ puanlarının azaldığı tespit edildi ($p=0,036$).

Sonuç: Öğrencilerde günlük internet kullanımı süresi uzadıkça depresyona yatkınlık ve internet bağımlılığı geliştirme oranları artmakta idi. İnternet kullanım amaçlarının detaylı sorgulandığı ve derslerdeki başarı durumunun değerlendirildiği ek çalışmalara gereksinim vardır. Öğrencilere internet bağımlılığının olası zararları konusunda eğitim ve seminerler verilmelidir. Öğrencilere yönelik üniversite ilgili birimlerince ders ve sosyal yaşamlarında internetin sağlıklı kullanımı eğitimi ile ilgili rehabilitasyon çalışmalarının planlanması gündeme alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: İnternet Bağımlılığı, Depresyon, Beck Depresyon Ölçeği, Young İnternet Bağımlılık Testi-Kısa Formu

SUMMARY

Aim: The aim of this study was to determine the socio-demographic variables, internet addiction and depression levels of Dicle University Medical Faculty students and compare the relationships between them.

Materials and Methods: A questionnaire form consisting of 51 questions, with sociodemographic data form, beck depression scale, and the short form of the internet addiction test was applied to the participants. Data were analyzed with 95% confidence level using SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) package program. Descriptive statistics were performed for the demographic features used in the study.

Results: 152 (50.7%) males and 148 (49.1%) females participated in the study. The mean age of the participants was $21,85 \pm 2,79$. Of the participants, 40 (13.3%) were smoking and 260 (86.7%) were not. The mean BDS scores of male, female and total participants were; 12.44 ± 8.37 , $12,66 \pm 8,02$, $11,06 \pm 7,34$ respectively. The mean YIAT-SF scores of male, female and total participants were averages $27,28 \pm 8,77$, $27,37 \pm 8,99$, 27.33 ± 8.87 respectively. In our study, BDS scores of smokers were found to be significantly higher ($p=0,007$). YIAT-SF scores were found to be significantly higher in the students whose mothers were university graduates ($p=0,025$). As the time spent on the internet increased, it was found that YIAT-SF scores increased ($p=0,000$). As the age increased, BDS and YIAT-SF scores decreased ($p=0,040$, $p=0,046$). As the grade level increased, BDS scores decreased ($p=0,036$).

Conclusion: We determined that as the duration of daily internet use were increasing, the susceptibility to depression and the rates of internet addiction were increased. Further studies in which the purposes of internet use are questioned in detail and the success of the courses are evaluated thoroughly have been needed. The education and seminars about possible harms of internet addiction should be given to the students. The planing of rehabilitation studies about proper usage of internet in lessons and social lives of the students should be put on the agenda by the relevant units of the universities.

KEYWORDS: Internet Addiction, Depression, Beck Depression Scale, Young Internet Addiction Test -Short Form



İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖNSÖZ... II

TEŞEKKÜR... III

TABLO LİSTESİ... IV

ŞEKİL LİSTESİ...V

ÖZET... VI

SUMMARY... VII

İÇİNDEKİLER... IX

KISALTMALAR... XII

1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Depresyon.....	3
2.1.1. Depresyonun tanımı.....	3
2.1.2. Depresyonun tarihçesi.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Risk etkenleri.....	5
a. Yaş	5
b. Cinsiyet.....	6
c. Medeni durum	6
d. Sosyoekonomik durum	6
e. Genetik etmenler ve aile öyküsü.....	7
2.1.5. Depresyonun nörobiyolojisi	8
a. Nöroanatomik görüşler	8

b. Monoaminerjik kuram	8
c. Seratonerjik kuram.....	8
d. Noradrenerjik kuram.....	8
e. Dopaminerjik kuram.....	9
f. Nöroplastisite	9
2.1.6. Belirtiler	9
2.1.7. Depresyonun tanı kriterleri	10
2.1.8. Depresyonun tedavisi	11
2.1.8.1. Farmakolojik tedavi	12
2.1.8.2. Bilişsel davranışçı tedavi	14
2.1.8.3. Depresyonda somatik tedaviler	14
2.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI	14
2.2.1. İnternetin tanımı ve tarihçesi	14
2.2.2. İnternet bağımlılığının tanımı	16
2.2.3. İnternet bağımlılığının tarihçesi	17
2.2.4. İnternet bağımlılığının epidemiyolojisi	19
2.2.5. İnternet bağımlılığının etyolojisi	22
2.2.6. İnternet bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar.....	23
2.2.7. İnternet bağımlılığını değerlendirmede kullanılan ölçekler	23
2.2.8. İnternet bağımlılığının tanısı.....	24
2.2.9. Klinik ve tedavi yaklaşımları	24
3. MATERYAL VE METOD	27
3.1 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	28
3.2. Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu (YİBT-KF)	28

4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLAR	46
7.KAYNAKÇA	48
8. EKLER.....	62



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Ark	: Arkadaşları
ARPA	: Advanced research projects agency
BDÖ	: Beck depresyon ölçeği
DSM	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
ECA	: Epidemiyolojik saha çalışması
İB	: İnternet bağımlılığı
MAO	: Monoamin oksidaz
MDE	: Major depresif epizod
M.S	: Milattan sonra
NCS	: Ulusal eştanı çalışması
SNRI	: Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü
SPSS	: Statistical package for social sciences
SSRI	: Selektif serotonin geri alım inhibitörü
TSA	: Trisiklik antidepresan
TÜİK	: Türkiye istatistik kurumu
YİBT-KF	: Young internet bağımlılık testi kısa formu
www	: World wide internet

GİRİŞ

İnternet, günümüzde yaşamın her alanında sıkça kullanılan bir bilgi paylaşım ve bilgiye erişim aracıdır. Son yıllarda internetin insan yaşamı üzerine olan etkileri sıkça araştırma konusu olmuştur. Bu araştırma sonuçlarına göre internetin, insan yaşamını kolaylaştırmasının yanında birçok olumsuz etkilere de yol açtığı tespit edilmiştir (1). İnternet bağımlılığı terimi ilk kez 1996 yılında Goldberg tarafından ortaya atılmıştır (2). İnternet bağımlılığı; temel görevlerini ihmal edecek ve zaman kavramını yitirecek kadar aşırı internet kullanımı, yoksunluk belirtileri, tolerans gelişimi, internet kullanımı hakkında sık sık yalan söyleme, internetten uzak kalınca sinirlilik hali, sosyal geri çekilme gibi durumları içeren belirtilerin bir arada görüldüğü bir kavramdır (2). Literatürde internetin aşırı kullanımı sonucu psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik açıdan olumsuz sonuçlara yol açtığı belirtilmiştir (3). Bilgisayar başında geçirilen uzun süreler sonucu uyku düzeni bozulmakta, sırt ağrısı, postür bozuklukları, karpal tünel sendromu gelişebilmektedir. Fiziksel aktivitenin azalması ve tüketilen yüksek kalorili gıdalar sonucu obezite gelişmektedir (4) Ayrıca internet bağımlısı bireylerde ek bir psikiyatrik bozukluk görülmesi istisna değil neredeyse kuraldır. 20 makalenin incelendiği sistematik bir derlemede, araştırmaların %75'inde internet bağımlılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (5).

Üniversite öğrencileri, interneti gerek sosyal yaşamlarında gerekse eğitim hayatlarında çok sık kullanmaktadırlar. Bu sebeple internet bağımlılığı ve sıklıkla beraber görüldüğü depresyon açısından, üniversite öğrencilerinin bir risk grubu olduğu söylenebilir. İnternet bağımlılığına etki eden demografik verilerin ve risk faktörlerinin bilinmesi, risk grubundaki öğrencileri belirleyerek alınacak önlemler ve düzenlenecek eğitim politikaları açısından yarar sağlayacaktır.

Ülkemizde interneti sık kullanan yaş grupları da dikkate alınarak, üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve etki eden faktörlerin irdelendiği bir çalışma yapılması planlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmamızın amacı; üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığına etki edebilecek yaş, cinsiyet, sınıf, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba yaşı, kardeş sayısı, evde internet mevcudiyeti, öğrencinin sigara kullanım durumu, kişisel bilgisayar mevcudiyeti, internet başında

geçirilen süre ve depresyon ölçek puanı gibi değişkenlerin internet bağımlılığı ölçek puanına etkisinin araştırılmasıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Tanımı

Depresif bozukluk ya da diğer bir adıyla majör depresyon; depresif duygudurum, motor ve bilişsel işlevsellikte baskılanma, anhedoni ile giden kronik bir hastalıktır. Hastalar sıklıkla iştahsızlık, umutsuzluk, iritabilite, enerji kaybı, konsantrasyon güçlüğü, davranışlarda yavaşlama, ağlamaklı olma, uyku sorunları, ilgi kaybı, kilo kaybı, intihar düşünceleri, etkinliklere başlamakta güçlük çekme, düşünce yavaşlaması, kararsızlık gibi semptomlardan yakınırırlar (6). Dünya sağlık örgütü depresyonu; dünya genelinde en sık yeti yitimine yol açan dördüncü sebep olarak göstermektedir. 2020 yılında ise tüm dünyada yeti yitiminin ikinci en önemli sebebi olacağını öngörmektedir (7). Depresyon, üzüntülü hissetme, çökmüşlük, sosyal aktivitenin azalması gibi durumları içeren duygusal bir durumdur. Depresyon kelimesinin kökeni latince “depressus”tan gelmektedir. Anlamı ise bastırılmış olmak, aşağıda olmaktır (8).

2.1.2. Depresyonun tarihçesi

Depresyon üzerine yapılan çalışmalar Homo Sapiens olarak bildiğimiz 100.000 yıllık geçmişimizin çok daha öncelerine, antik Yunanlılara dek gitmektedir. Manisa’da yer alan Sipil dağı üzerinde ilk stuporlu depresyon örneği Niobe’nin ağlayan taş yüzü bulunmaktadır. Eski çağlarda ruhsal bozukluklardan sıklıkla şeytan ve kötü ruhlar sorumlu tutulmuştur. Benzer durumlara eski Mısır ve Sümer mitolojilerinde de rastlanır. Mezopotamya’dan dünyaya yayılan Gılgamış Destanı’nın kahramanı duygudurum bozukluğu gösteren bir kraldır (9). Ruhsal bozuklukları sınıflandırma çabaları milattan önce 4. yüzyılda Hipokrat’la başlamıştır. Hipokrat beynin balgam ve safradan etkilendiğini; balgamdan etkilenenlerin sakin kişilikler olduğunu, safradan etkilenenlerin ise kurnaz, hareketli ve hileci olarak tanımlamıştır. Depresyon için melankoli (siyah safra) terimini ortaya koymuştur (10). Kapadokyalı Aretaeus milattan sonra 150’lerde melankolinin kızgınlık, öfke, kederle başlayıp yaşamdan zevk almama ve ölmeyi dileme gibi durumlara geçiş gösterdiğinden bahsetmiştir. Yine kendinden önceki dönemlere benzer olarak kara safranın mide ve diyaframa doğru yükselmesi ile melankoli oluştuğunu ve

melankolinin ateş olmaksızın görülen bir hastalık olduğunu tanımlamıştır. Arataeus'un bahsettiği diafram altı bölgeye Yunanca'da "hypochondrium" denilmektedir. Bu bölgenin mizacın yatağı olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle melankoliye bağlı bedensel belirtiler gösteren kişileri tanımlamada hipokondriyak sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır. İbni Sina (M.S. 980) ruh hastalıklarını on beş grup içinde toplamış ve ruh hastalıklarını beyinde olan bir hasara bağlamıştır. Rönesans döneminde Vesalius ile başlayan anatomik diseksiyonlar ile ruhsal hastalıklara olan bakış açısı değişmiş, 17. yüzyılın sonlarında Thomas Willis'in çalışmaları ile melankolide humoral yaklaşım yerini kimyasal yaklaşımlara bırakmıştır (9). Yazıcı ve Oral'ın çalışmasında belirtildiğine göre 1851 yılında Falret ve Bailarger bu hastalığın döngülü olabileceğini öne sürmüş ve "folie circulaire" adını vermişlerdir. Ayrıca kadınlarda bu hastalığın daha sık görüldüğünü tespit edip, kalıtımla ilgisi olduğunu öne sürmüşlerdir (11). Gül ve Karlıdağ'ın çalışmasında bahsedildiği üzere; 1856 yılında psikiyatrinin büyük sistematikçisi Emil Krapelin mani ve malankolinin aynı hastalığın iki ayrı kutubu olduğunu öne sürmüştür. Psikiyatri Temel Kitabı adıyla yayınladığı kitabında bu hastalığa "mani-melankoli psikozu" adı verilmiştir (9). Antik çağlardan beri melankoli için vücudun su-elektrolit dengesi üzerinde durulduğunu bilmekteyiz. Ancak sodyum, potasyum, kalsiyumdan ziyade 1949 yılında Cade ilk kez lityumu duyudurum düzenleyici olarak kullanmıştır (12). Günümüzde ise depresyonun etyolojisini aydınlatma çalışmaları, biyolojik ve psikolojik modeller üzerinden halen devam etmektedir.

2.1.3. Epidemiyoloji

Psikiyatrik epidemiyoloji, ruhsal hastalıkların toplumdaki dağılımını ve bu dağılımı etkileyen faktörleri inceler (13). Depresyon hem ülkemizde, hem de dünya genelinde önemli bir toplum ve halk sağlığı sorunudur (14). Psikiyatrik hastalıklar ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda dönüm noktası 1950'li yıllardır. Bu yıllarda geniş ölçekler ile risk etkenlerini saptamaya yönelik taramalar yapılmaya başlanmıştır. 1980'li yıllarda ABD'de epidemiyolojik saha çalışması (ECA-Epidemiologic Catchment Area) ve 1990'lı yılların sonunda ulusal eştanı çalışmaları (NCS-National Comorbidity Survey) yapılmıştır. Bu bakış açısı geniş ölçekli araştırmalara ivme kazandırmış, yapılan çalışma sayısı giderek artmıştır. 1980 sonrası 20 yıllık dönem ülkemizde de birçok çalışmaya esin kaynağı olmuştur (15).

Psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görüleni depresyondur. Tıbbi yardım için başvuran hastaların dörtte üçünde ciddi bir psikiyatrik sorun bulunmaktadır (16). Myers ve arkadaşları (17) tarafından ABD’de 9000 kişilik bir örneklem ile yapılan ECA çalışmasında depresyonun altı aylık prevalansı erkeklerde %1,7-2,2, kadınlarda %2,6-6,2 arasında bulunmuştur. Prospektif olarak yapılan Zürih çalışmasında 20-30 yaşları arasında depresyonun 10 yıllık prevalansı %14,4 bulunmuştur. Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı ise %4,4-19,6’dır (18). Yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde %5-12 kadınlarda ise %10-25 civarında bulunmuştur (13). Başka bir çalışmada Major Depresif Epizodlar (MDE), Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) kullandığı uluslararası tanısal görüşme programı ile değerlendirilmiş ve 18 ülkeden alınan bilgiler analiz edilmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde yaşam boyu MDE yaygınlığı %14,6 iken düşük-orta gelirli ülkelerde yaşam boyu MDE yaygınlığı %11,1 bulunmuştur (19). Son dönemlerde yapılan bir çalışmada depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5-19 bulunmuştur (20). Ülkemizde ise depresyon yaygınlığı %8-20 arasında bulunmuştur (8). Erol ve Kılıç’ın yaptığı “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasına göre depresyon ve anksiyete bozukluklarının en sık görülen ruhsal bozukluk olduğu ve depresif nöbet sıklığının %4, distimi sıklığının %1,6 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada majör depresyon yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3 olarak bulunmuştur (21). Yakın dönemde yapılan uluslararası epidemiyoloji çalışmalarında, bir yıllık depresyon yaygınlığı yüksek gelir düzeyli ülkelerde %5,5, düşük gelir düzeyli ülkelerde ise %5,9 bulunmuştur (7).

2.1.4.Risk etkenleri

a.Yaş

Major depresif bozukluk 45 yaş öncesi kişilerde daha yüksek yaşam boyu yaygınlık gösterir. Yineleyici major depresif dönemin ortalama başlangıç yaşı sıklıkla 30-35’tir (22). Major depresif bozukluğun (MDB) ortalama başlangıç yaşı ECA çalışmasında 27,4 iken NEMESIS çalışmasında ise 29,9 olarak tespit edilmiştir (23). Birçok çalışmada birbirine benzer olarak MDB başlangıç yaşı yirmili yaşların sonu olarak saptanmıştır (24). Meksika Ulusal Komorbidite Çalışması’nda ilk atak depresyon açısından en riskli grubun 45-54 yaş arasındaki kadınlar olduğu, bir kez atak geçirildiğinde, atakların uzunluğu ve sayısı açısından cinsiyetler arasında fark

olmadığı saptanmıştır (25). Ünal ve arkadaşlarının (26) yaptığı bir çalışmada aile öyküsü, 25-44 yaşlar arasında ve kadın olmak risk etkeni olarak belirlenmiştir.

b.Cinsiyet

Depresyonla ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda görüldüğüdür. Yapılan çeşitli çalışmalarda kadın/erkek oranı 2 bulunmuştur (13). Bunun nedeni hormonal farklılıklar, mensturasyon, tiroid hastalıkları, genetik yatkınlık, şiddete maruz kalma, topluma karışma açısından baskı görme, kadına verilen toplumsal roller (boyun eğme, eşine itaat etme, çocuk doğurma), sosyoekonomik zayıflık, ayrımcılığa uğrama, düşük eğitim düzeyi olarak gösterilmektedir (8). Sosyal konumlarındaki güçsüzlük, iş hayatındaki eşitsizlikler, kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır (27). 18-44 yaş arasındaki kişilerde depresyon açısından risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, olguların 1 yıllık izlemi sonucu depresyon riskinin kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir (13).

c.Medeni durum

İngiltere’de depresif bozuklukların yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada ayrı yaşayanlar, boşanmışlar ve dullarda depresyon görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (28). Sivas’ta yapılan bir çalışmada ise yine benzer olarak ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda majör depresyon daha sık görülürken, evlilerde daha düşük oranda görüldüğü saptanmıştır. Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmada ise depresif nöbet sıklığı boşanmış ve dullarda daha yüksek oranda tespit edilmiştir (13). Amerika ve Avrupa’da yapılan birçok çalışmada, yine benzer şekilde boşanmış ve dullarda MDB’un daha yüksek oranda görüldüğü tespit edilmiştir (8).

d.Sosyoekonomik durum

19. yüzyılın sonlarında depresyon yaygınlığı sürekli olarak sosyoekonomik düzeyi düşük olan popülasyonda daha yüksek oranda bulunmuştur (13). Çalışmalar düzenli olarak artmış, major depresyon ile düşük gelir düzeyi arasındaki ilişki ortaya konmuştur (13). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri incelenmiş.

Hastaların büyük çoğunluğunun düşük gelirli, eğitim düzeyi düşük ev hanımı ve emekli olan kadınlardan oluştuğu tespit edilmiştir. Olguların %37'sinin yörenin yerlisi olduğu tespit edilmiştir (29). Sivas'ta yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanlarda yüksek oranda MDB saptanmıştır (8). Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir başka çalışmada okuryazar olmayanlarda MDB yüksek oranda saptanmıştır (15). Bir izlem çalışmasında erkek cinsiyet, ailenin gelişmiş sosyokültürel düzeyi, çocuklukta travmatik ve depresif olaylarla daha az karşılaşmak düşük düzey depresyonla ilişkili bulunmuş ve düşük düzey depresyon belirtileri gösteren kişilerin yaşamlarının ileriki dönemlerinde daha yüksek sosyoekonomik statüye eriştiği tespit edilmiştir (8). Literatürdeki çoğu çalışmanın aksine Eskişehir'de yapılan bir araştırmada, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bölgede bulunan sağlık ocaklarında depresyon görülme oranı daha yüksek olarak saptanmıştır (30).

e. Genetik etmenler ve aile öyküsü

Hayatta karşılaşılan olumsuz olaylar ile depresyon gelişimi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Ancak bu ilişki komplekstir. Elde olan kanıtlar travmatik yaşamsal durumların depresyona yol açabileceğini, aynı şekilde depresyonun da negatif yaşamsal sonuçlara neden olabileceğini ileri sürmektedir (31). Depresyona biyolojik ve çevresel faktörlerin kombinasyonu neden olur. Birden fazla araştırma genetik veya kalıtsal yatkınlığın, psikososyal ya da fizyolojik stressörlerle aktive olabileceğini işaret etmektedir (32). Majör depresyon hastalarının birinci dereceden akrabalarında, majör depresyon riskinin normal toplumdaki riske göre 2-4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (13). Prospektif yapılan bir çalışmada, stresin bazı insanlarda depresyona yol açarken, diğerlerinde neden depresyona yol açmadığı araştırılmıştır. Serotonin transporter geninin kısa alelinin 1 veya 2 kopyasında polimorfizmi olan bireylerin, olmayanlara göre stresli yaşam olaylarına karşı daha duyarlı olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma ile genetik yapının çevresel faktörlere verilen tepkide etkili olduğu gösterilmiştir (33). Depresyona kalıtsal yatkınlığın olduğu; klasik aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, modern moleküler araştırmalar ile ortaya konmuştur. Günümüzde ise tüm insan genomunun aynı anda incelendiği araştırmalar ve epigenetik çalışmalar ile depresyon genetik ilişkisi aydınlatılmaya çalışılmaktadır (34).

2.1.5. Depresyonun nörobiyolojisi

1960'lı yıllarda depresyonun dopamin, serotonin, noradrenalin gibi transmitterlerin kimyasal dengesizliği sonucu oluştuğu düşünülüyordu. Yirminci yüzyılın sonlarına doğru resptör-nörotransmitter ilişkisinin moleküler düzeyde aydınlanmaya başlaması ve stresin nöroplastisite üzerine etkilerinin gösterilmesi ile klasik görüş yerini nöroplastisite temelli modellere bırakmıştır (35).

a. Nöroanatomik görüşler

Son yıllarda yapılan çalışmalar ile depresyonda, amigdala, prefrontal korteks, singulat korteks, hippokampus gibi beyin bölgelerinde glial ve nöronal hücre sayısında ve boyutunda değişiklikler tespit edilmiştir (35). Yapılan SPECT çalışmaları ile prefrontal kortekste artmış metabolik aktivite tespit edilirken; limbik sistem, talamus, singulat girus, amigdala'da azalmış metabolik aktivite tespit edilmiştir (36).

b. Monoaminerjik kuram

Monoamin geri alım inhibitörlerinin klinik açıdan etkinlik sağlayan antidepresanlar olduğunun gösterilmesi, monoaminerjik kuramı doğurmuştur (35).

c. Seratonerjik kuram

Serotonin geri alım inhibitörlerinin antidepresif etki göstermesi, depresyonun nörobiyolojisini açıklamak için yapılan birçok çalışmada "serotonin hipofonksiyon" undan söz edilmesine yol açmıştır. Ancak sinaptik aralıktaki serotonin miktarını azaltan tianeptinin antidepresan özellik göstermesi sonucu, serotonin hiperfonksiyonunun da depresyon etyolojisinde rol aldığı gösterilmiştir (37).

d. Noradrenerjik kuram

Depresyon etyolojisinde noradrenerjik sistemin etkili olduğuna dair kuramlar, depresyon tanılı hastalarda, locus cereleus'ta noradrenalin yoğunluğunun azalmasına ve depresyonlu hastalarda tirozin hidroksilaz enziminin aktivitesinin artmasına dayanmaktadır. Bu kuramı destekleyecek şekilde, intihar eden kişilerin otopsilerinde, locus cereleus'ta nöron sayısında azalma tespit edilmiştir (38).

e. Dopaminerjik kuram

Dopamin agonistlerinin antidepresif etki göstermesi nedeniyle, motivasyon ve haz yanıtlarında dopaminerjik sistemin rol oynadığı düşünülmüştür (35).

f. Nöroplastisite

Çeşitli uyaranlara bağlı olarak beyindeki nöronların ve bu nöronların oluşturduğu sinapslarda, fonksiyonel ve işlevsel değişiklikler olmasına nöroplastisite denir. Günümüzde moleküler düzeyde yapılan çalışmalarla bu değişiklikler fark edilmiş ve depresyon etyolojisini aydınlatma çalışmaları bu alana kaymıştır (35).

2.1.6. Depresyonun belirtileri

Hastaların büyük çoğunluğunda depresif duygudurum bulunur (39). Depresif duyguduruma genellikle anhedoni ve ilgi kaybı eşlik eder. Hastalarda daha önce severek yaptıkları işlere karşı bir isteksizlik ve bu işlerden eskisi kadar zevk alamama gözlenir. Depresif duygudurum genellikle sabah saatlerinde başlar, akşama doğru azalma gösterir (40). Hastaların dörtte üçünde değersizlik, suçluluk hakimdir. Kendileri ve çevre ile ilgili olumsuz düşünceleri vardır. Benlik saygıları azalmıştır. Karar vermekte zorluk çekerler. Geleceğe yönelik umutsuzluk ve karamsarlık hakimdir (39). Hastaların dörtte birinde hipokondriyak belirtiler görülür (41). Depresyonda intihar riski 20-30 kat artmıştır. Hastaların dörtte üçünde intihar düşünceleri mevcuttur ve %15'i intihar sonucu ölmektedir. Konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık depresyonda görülen diğer bir belirtidir. Hastalar dikkatlerini toplayamadığı için, daha önceden yaptıkları işlerde zorluk çekerler. Sosyal hayatta üretken bir etkinlikte bulunamazlar. Dolayısı ile iş yaşamları zora girer. Depresyondaki unutkanlığı, demanstaki unutkanlıktan ayıran en önemli özellik, hastalar bu unutkanlığın farkındadır ve bundan kurtulamaya çalışırlar. Demansta ise unutkanlık geçirtilmeye çalışılır (39). Halsizlik, çabuk yorulma, vücut ağrıları çok sık gözlenen diğer belirtilerdir. Günlük yaşamda yapılan rutin işler kişiye işkence gibi gelir. Genellikle özbakımları yetersizdir. Hastalarda genellikle kilo kaybı görülür. Bu kilo kaybı yemeğe olan ilginin azalması, yemek yeme eyleminin eskisi kadar keyif vermemesinden ötürüdür. Bazı atipik hastalarda kilo artışı da gözlenebilir. Cinsel isteksizlik de sık görülen başka bir belirtidir. Genellikle

cinselliğe olan ilgide azalma olarak kendini gösterirken, erkeklerde ereksiyon ve ejakülasyon güçlükleri de saptanabilir. Hastalarda uyku düzensizlikleri sık görülür ve üç şekilde ortaya çıkar. Birincisi uykuya dalmada güçlük, ikincisi erken uyanma, üçüncüsü gece yarısı sık uyanma sorunudur. Özellikle sabah saatlerinde erken uyanma depresyon için tipiktir (39).

2.1.7. Depresyonun tanı kriterleri

Tablo 2.1: DSM-V Depresyon Tanı Kriterleri (42)

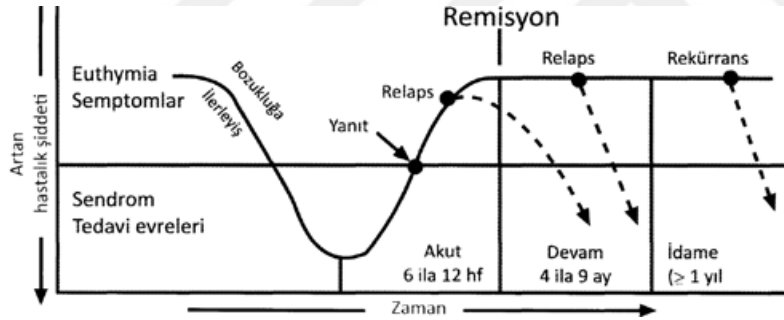
A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi bulunmalıdır. Bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygudurum, yaklalık olarak her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu kişinin ya kendisi bildirir ya da başkaları bildirir.
2. Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide gözle görülür azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde gözlenir.
3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma ya da yavaşlama.
5. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme veya fazla uyuma
6. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçluluk hissetme
7. Neredeyse her gün, içsel gücün azalması ya da halsizlik
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ve odaklanmada güçlük çekme ya da kararsızlık durumu
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, özel bir plan yapmaksızın tekrarlayan intihar düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da intihar etmek için planlanmış özel bir eylem tasarlama.
B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir soruna ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında performansta düşmeye neden olur.
C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir hastalık durumunun fizyolojik ve patolojik etkilerine bağlanamaz.
D. Yaygın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E. Hiçbir zaman bir hipomani dönemi veyahut mani dönemi geçirilmemiştir.

2.1.8. Depresyonun tedavisi

Depresyonun belirtilerinin ortaya çıkmasında serotonin, nöoradrenalin, kısımda dopamin aktivitesinin azalması sorumlu tutulmuştur. Bu sebeple depresyonun farmakolojik tedavisi, genel olarak bu nörobiyolojik sistemleri hedef alan ilaçlar ile yapılmaktadır (43).

Depresyonun akut tedavisi 6-8 haftadır. Amaç hastanın düzelmesinin sağlanmasıdır. Remisyon sağlandıktan sonra idame tedaviye geçilir. İdame tedavisi 6 aydır. Bu dönemde hastalık belirtilerinin oluşmasına relaps (nüks) denir. İdame tedavinin ardından hasta düzelmiş, sosyal hayatını sürdürebiliyorsa iyileşme (recovery) olmuştur. Depresyon atağı sona ermiştir. Bundan sonra oluşacak yeni bir depresyon atağına yineleme (rekürrens) denir (10).

Şekil 2.1: Depresyonun seyri ile ilgili kavramlar (44)



Tüm depresyon süresince intihar riski düzenli olarak değerlendirilmelidir. Hastayla yapılan her görüşmede intihar düşüncesinin anamnezi mutlaka alınmalıdır (10). Depresyon tedavisinde asıl kural, yeterli doz ve yeterli süre tedavi uygulamaktır. Bu kurala uyulmadığında relapsların fazla olduğu gösterilmiştir. Tedavide hastayla iş birliği içinde olunmalıdır. İlaçların etkisinin hemen başlamayacağı, ilaçların bağımlılık yapmayacağı, hafif yan etkilerinin olabileceği, ilacı kendi başına kesmeden mutlaka doktora başvurulması gerektiği hastalara anlatılmalıdır. Mümkün olursa izlemler sırasında intihar riskini değerlendirmek, hastaya psikoterapötik destek sağlamak önemlidir (10).

2.1.8.1.Farmakolojik tedavi

Genel yaklaşım olarak tedaviye düşük doz ve tek ilaçla başlamak gerekir. İlaç seçilirken hastayla ve ilaçla ilgili bazı özelliklere dikkat edilmelidir. Bu özellikler (45);

- Yaş ve cinsiyet
- Tedavi maliyeti
- Depresyonun alt tipi ve önde gelen belirtiler
- Yan etki profili ve güvenirliliği
- İlaç etkileşimi
- Tedavi uyumu
- Eşlik eden tıbbi durumlar
- Özkıyım düşüncesinin varlığı
- Geçmiş ataklarda seçilen ilaçlar ve yanıt öyküsü
- Birinci dereceden akrabalarda ilaca yanıt öyküsü'dür.

Depresyon tedavisinde ilk sırada kullanılacak ilaçlar; güvenli olmaları, terapötik aralıklarının geniş olması, yan etkilerinin daha kabul edilebilir olması sebebiyle, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve dopamin üzerinde etki eden ilaçlardır. Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri ve trisiklik anitdepresanlar (TSA) rahatsız edici yan etkileri nedeniyle daha az kullanılmaya başlanmıştır (10).

Tablo 2.2: Antidepresanlar (10)

		Sertralin 50-200 mg	
SNRI Serotonin ve noradrenalinin geri alımının inhibisyonu	Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, tremor, ağız kuruluğu, cinsel yan etkiler	Venlafaksin 75-225 mg	Hipertansiyon
		Duloksetin 60 mg Milnasipran 50-100 mg	Böbrekten atılır
NRI Noradrenalin geri alımının inhibisyonu	Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, taşikardi, idrar retansiyonu	Reboksetin 4-8 mg	
NDRI Noradrenalin ve dopamin geri alımının inhibisyonu	Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, yüksek dozda nöbet	Bupropion 150-300 mg	Cinsel yan etki az
NaSSA Noradrenalin ve spesifik serotonerjik etki, α_2 antagonizması	Uykulama, aşırı kilo alımı	Mirtazapin 15-45 mg	Uyku indüksiyonu, cinsel yan etki az
SARI Serotonin antagonizması/gerialım inhibisyonu	Aşırı sedasyon, priyapizm (nadir)	Trazodon 50-300 mg	Uyku indüksiyonu
TCA Serotonin ve noradrenalin gerialımının inhibisyonu, başka birçok reseptörü etkiler	Antikolinerjik: ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, üriner retansiyon, uykulama, aşırı sedasyon, sersemlik, postüral hipotansiyon. Bulantı, baş ağrısı, nöbet, cinsel yan etkiler	Amitriptilin 75-300 mg Klomipramin 75-300 mg Maprotilin 25-150 mg	Uyku indüksiyonu OKB'de etkili Nöbet eşikini çok düşürür
MAO İnhibitörleri Serotonin, noradrenalin ve dopamin yıkımının inhibisyonu		Moklobemid 300-600 mg	

Tiramin özellikle mayalı yiyecekler, tütsülenmiş balık ve ette bulunan, vazokonstriksiyon etkili bir maddedir. Bu gıdalar, MAO enzimini geri dönüşsüz ve seçici olmayan şekilde inhibe eden ilaçlarla birlikte alınırsa hipertansif kriz oluşabilir (43). TSA'lar lipofilik ajanlardır. Yüksek bir dağılım hacimleri vardır. Karaciğerde büyük oranda ilk geçiş etkisine uğrarlar. İdrar retansiyonu, ağız kuruluğu, kabızlık, bulanık görme, bellek bozuklukları, baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, sedasyon, iştah artışı gibi yan etkilere yol açabilirler (43).

Tedavide SSRI'ları kullanırken dikkat edilmesi gereken bir nokta, serotonin taşıyıcı genlerdeki polimorfizmdir. Geninde L aleli taşıyanların tedaviye daha iyi yanıt verdiği bildirilmiştir (46). Ayrıca iki veya daha fazla serotonerjik ajanın beraber kullanılması sonucu serotonin sendromu gelişebilir. Bu sendromun belirtileri

arasında konfüzyon, iritabilite, koma, ajitasyon, ateş, kas katılığı, diyare, taşikardi sayılabilir (47).

2.1.8.2.Bilişsel davranışçı tedavi

Yaklaşık 50 yıl önce Aaron Beck ve ark.'nın (48), gözlemleri sonucu ortaya çıkmıştır. Majör depresyondaki etkinliği, kontrollü çalışmalar ile ispatlanmıştır. Bilişsel davranışçı terapinin savunduğu başlıca tez; bilişsel bakış açısının, insanlardaki duygu ve davranışları etkilemesidir. Bu modele göre depresyonu ortaya çıkaran sebep ne olursa olsun, sürecin ilerlemesinde bakış açısı ve düşünce yapısı önemli bir etkindir. Tedavide hastanın yanlış bilişleri ve bunları besleyen davranışları hedef alınır (48).

2.1.8.3.Depresyonda somatik tedaviler

Depresif bozuklukların tedavisinde kullanılan farmakolojik ve bilişsel tedavilere ek olarak veya bunlara dirençli olgularda somatik tedavilerin kullanılması gerekebilir. Tedavinin amacı, depresif belirtilerin ortadan kaldırılması, nüks ve rekürrenslerin önlenmesidir. Somatik tedavi seçenekleri arasında; elektrokonvülf terapi, manyetik nöbet terapisi, vagus sinir stimülasyonu, transkraniyal manyetik stimülasyon, derin beyin stimülasyonu, ışık tedavileri, transkraniyal doğru akım stimülasyonu, uyku fazının öne alınması yer alır (49).

2.2.İnternet Bağımlılığı

2.2.1.İnternetin tanımı ve tarihçesi

Dünyada 20. yy.'ın ikinci yarısından itibaren önemli teknolojik gelişmeler yaşanmıştır. Bu teknolojik gelişmelerden biri olan internet, İngilizce “international” ile “network” kelimelerinin birleşmesinden meydana gelmiştir (50). Türk dil kurumu interneti “genel ağ” olarak tanımlamış, anlamını ise şöyle açıklamıştır: Bilgisayar ağlarının birbirine bağlanması sonucu ortaya çıkan, herhangi bir sınırlaması ve yöneticisi olmayan uluslararası bilgi iletişim ağı (51).

İnternetin icadı Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Sovyet Rusya arasındaki yarışa dayanmaktadır. 1957’de Rusya’nın ilk yapay uyduyu fırlatması ile beraber ABD Savunma Bakanlığı, bilim ve teknolojinin ordu üzerine uygulanması

için ARPA (Advanced Research Projects Agency) projesini başlatmıştır. Amerikan Hava Kuvvetleri 1962 yılında tüm ülkede kullanılacak bir askeri bilgisayar ağı tasarlamıştır. Bu askeri ağa ARPANET adı verilmiştir. İlk bilgisayar ağı 1969'da California'da kurulmuştur. Daha sonra birçok şirket bu ağa katılmıştır. 1972'de terminal sayısı 23'e ulaşmış ve elektronik posta kavramı ortaya çıkmıştır. 1976'da Amerika kıtası bu ağ üzerinde birleştirilmiştir. 1979'da IBM şirketi, internetin öncüsü sayılan BITNET sistemini yaratmıştır (52).

Başlangıç dönemlerinde internetin kullanımı kolay değildi. Bu zamanlarda sistem, sadece elektronik posta amacıyla kullanılıyordu. Daha sonra 1991 yılında Barnes Tim Lee, world wide web'i (www) icat etti. Bu tarihten sonra kullanıcı sayısı 618.000'e ulaşmış ve bilgisayar ağı bugünkü "internet" adını almıştır. Ticari işletmeler, üniversiteler, fabrikalar ve devlet birimleri bu gelişime ayak uydurmuşlardır. Bir pizza firması internet üzerinden sipariş almaya başlamıştır (52).

Ülkemize internetin gelişi, 1990'lı yılların başına dayanır. Türkiye, internete 1993 yılının Nisan ayından beri bağlıdır. İlk bağlantı ve veri aktarımı Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde başlamıştır. Ardından sırasıyla Ege Üniversitesi, Bilkent Üniversitesi, Boğaziçi bağlantıları gerçekleşmiştir. 1997 yılında, akademik kuruluşların internet bağlantısını sağlayan ULAKNET çalışmaya başlamış ve üniversiteler birbirine bağlanmıştır. 1999 yılında, TURNET'in yerini TTnet adında yeni bir oluşum almıştır. Artık ticari bağlantılar TTnet üzerinden, akademik kuruluşlar Ulaknet üzerinden internet erişimine sahip olmaya başlamıştır (52).

Türkiye istatistik kurumu (TUIK)'in yapmış olduğu, hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasının sonuçlarına göre, 2018 yılında internet kullanan bireylerin oranı %72,9 olarak saptanmıştır. Araştırma 16-74 yaş grubu bireylerde yapılmış olup internet kullanım oranları sırasıyla erkeklerde %80,4, kadınlarda %65,5'dir. Yine hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması sonuçlarına göre 2018 yılı Nisan ayında hanelerin %83,8'i evden İnternete erişim imkânına sahip olmuştur (53). Dünyadaki internet kullanıcılarının sayısı ise 4.240.192.000 olduğu tahmin edilmektedir (54).

2.2.2.İnternet bağımlılığının tanımı

İnterneti aşırı kullanım terimleri tanımlanırken, farklı araştırmacılar farklı nedenlere dayanarak farklı tanımlamalar kullanmıştır. Bunlar “patolojik internet kullanımı”, “kompulsif internet kullanımı”, “aşırı internet kullanımı”, “internetomani”, “internet bağımlılığı”, “problemlı internet kullanımı” olarak sayılabilir (55).

İnternet bağımlılığı (İB) en basit tanımı ile; internette aşırı zaman geçirme, internete bağlanamadığında sinirlilik, kaygı, çökkünlük gibi belirtilerin görülmesi, internet kullanımının kişinin denetiminden çıkması ve iş yaşamı ya da sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi gibi sonuçları olan klinik bir tablodur (56).

Young, internet bağımlılığını tek başına bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır. Bireyi mesleki ve sosyal problemlere neden olacak düzeyde etkileyen ve çoğunlukla tanınmayan bir klinik bozukluk olarak tariflemiştir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV'te (DSM-IV) patolojik kumar oynama bozukluğunun tanı kriterlerinden yararlanarak internet bağımlılığı tanı kriterlerini geliştirmiştir (57). Young'a göre internet bağımlılığı; internet ile aşırı zihinsel meşguliyet, internet kullanımını azaltmaya yönelik tekrarlayan başarısız girişimler, internet kullanımı hakkında yalan söyleme, tolerans gelişimi ve çekilme belirtileri, internet kullanımı yüzünden önemli bir ilişki, iş, mesleki veya kariyer fırsatını tehlikeye sokma veya riske atma, ve interneti sorunlardan, anksiyete ve depresyon gibi duygulardan kaçış yolu olarak kullanma ile karakterizedir (57).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V'te (DSM-V) internet bağımlılığı ölçütleri önerilmişse de henüz yeteri kadar kanıt olmaması ve tanı ölçütleri üzerinde uzlaşma olmaması nedeniyle resmi sınıflama sisteminde yer almamıştır (58). Ancak DSM-V ek bölümünde ileriki yıllarda sınıflandırmaya girmesi planlanan internet oyun bağımlılığı konusu yer almaktadır (59). Çin tanı sistemi dışında henüz resmi tanı sistemlerinde internet bağımlılığı tanısı kabul görmemektedir. Çin tanı sisteminde, internet bağımlılığı 2008'de resmi tanı olarak kabul edilmiştir (60).

Çoğu insan için bağımlılık kavramı klasik anlamda esrar, alkol, eroin, kokain gibi kimyasal madde kullanımını içerir. Fakat seks, kumar, televizyon bağımlılığı, alışveriş, bilgisayar oyunları gibi kimyasal olmayan davranışsal bağımlılıklar da mevcuttur. Madde bağımlılıklarında olduğu gibi davranışsal bağımlılıklar da fiziksel ve psikolojik belirtiler gösterirler (61). İB'nı dürtü kontrol bozukluğu içerisinde değerlendiren çalışmalar olduğu gibi, diğer taraftan İB'da madde bağımlılığında görülen benzer belirtiler (çekilme belirtileri, tolerans) olması nedeni ile davranışsal bağımlılık içerisinde de değerlendirilmektedir (60). İB için doğru tanım, davranışsal bağımlılık ile dürtü kontrol bozukluğunun özelliklerinin paylaşılması olabilir (62).

2.2.3.İnternet bağımlılığının tarihçesi

İnternet bağımlılığını ilk defa Ivan Goldberg (1996) tanımlamıştır (59). Aynı yıllarda, Young DSM-IV'ün patolojik kumar oynama tanı kriterlerini kullanarak, internet bağımlılığını tanımlamıştır (63). Young'ın tanı ölçütlerinden 5 tanesinin karşılanması durumunda kişi "internet bağımlısı" olarak tanı almaktadır (Tablo 2.4)

Tablo 2.3: Young İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (59)

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

Griffiths (61) internet bağımlılığını teknolojik bağımlılığın bir alt türü olarak değerlendirmiş ve "bağımlı davranış" olarak nitelendirdiği ölçütleri tanımlamıştır.

Tablo 2.4: Griffiths'in tanımladığı bağımlı davranış ölçütleri (61)

- 1- Nüks:** Belirli bir aktivitenin daha önceki özellikleri ile tekrar oluşmasıdır ve yıllar süren kaçınma ya da kontrolden sonra tekrar bağımlılığın en yoğun dönemine dönülmesidir
- 2- Çatışma:** Bağımlı kişiler ile çevresindekiler arasındaki kişilerarası çatışmalar, iş, sosyal yaşam ve hobilerde yaşanan değişiklik, çatışmalar ya da kişinin kendi içsel çatışmaları
- 3- Yoksunluk:** Bunlar belirli bir eylem devam etmediğinde ya da aniden kesildiğinde ortaya çıkan, hoş olmayan duygular ya da fiziksel etkilerdir. (Örneğin, bir internet kullanıcısının internete girmesi engellendiğinde titreme, huzursuzluk, sinirlilik yaşaması)
- 4- Tolerans:** İstenen etkiyi yaşamak için, aynı eylemin miktarının artırılması ya da bu aktivite için harcanan zamanın giderek artırılması süreci. (Örneğin, bir internet kullanıcısının başlangıçta daha az sürede elde ettiği haz durumunu elde edebilmesi için internette kaldığı süreyi artırması)
- 5- Duygudurum değişikliği:** Bu durum, belirli bir etkinlik ile uğraşma sonucu kişinin belirttiği öznel deneyimlerdir ve bir baş etme stratejisi olarak görülebilir. (Örneğin, internete bağımlı kişilerde, internete bağlandıklarında bir “mutluluk” görülmektedir)
- 6- Dikkat çekme:** Belirli bir eylem, kişinin yaşamında ya da düşüncelerinde en önemli şey haline geldiğinde ortaya çıkar. Düşüncelere (zihinsel meşguliyet ya da bilişsel çarpıtma), duygulara şiddetli istek ve davranışa (sosyalleşmiş davranış bozuklukları) hakim olur. (Örneğin, internet kullanıcıları, internette olmasalar bile bağlanacakları zamanı düşünürler).

Beard ve Wolf (64) 2001 yılında Young'un tanı ölçütlerini geliştirmişlerdir. Aynı yılda Davis (65) problemlı internet kullanımını kullanım amacına göre “özgül” ve “yaygın” olarak ikiye ayırmıştır. Özgül tipte amaç spesifik olup, kullanım amaçları; borsa takibi, oyun, alışveriş, kumar gibi alanlardır. Yaygın tipte ise özel bir ilgi alanı olmaksızın internette takılma ve artan kullanım süreleri söz konusudur. Bu tipteki bağımlı kişilerde her an iletişime açık olma gereksinimi mevcuttur. Çevrimiçi olduğunda bir güven ve destek duygusu hissedilir. İnternet kişinin dış dünyayla olan ana bağlantısı haline gelmiştir (65). Shapira ve ark. (66) 2003 yılında problemlı internet kullanımı diye adlandırdıkları üç maddeden oluşan bir tanı ölçütü geliştirmişlerdir. Çin'de “Chen İnternet Bağımlılığı Ölçeği” adı verilen bağımlılık ölçeği geliştirilmiştir (59).

Tao ve ark. (67) 2010 yılında ise internet bağımlılığı kriterlerini dört ana gruba ayırarak tanımlamışlardır.

Tablo 2.5: Tao ve arkadaşlarının oluşturduğu internet bağımlılığı tanı ölçütleri (67)

(a) Semptom kriteri

Aşağıdakilerden hepsi olmalıdır:

1. Çekilme belirtileri, internetin kesilmesinden birkaç gün sonra anksiyete, disfori, sıkılma veya irritabilite hissinin olması
2. İnternetle ilgili aşırı zihinsel uğraş (bir önceki çevrimiçi aktiviteyi düşünme veya bir sonraki bağlanma anını dört gözle bekleme)

Aşağıdakilerden en az biri (veya daha fazlasının) olması:

1. İnterneti disforik duygudurumdan (örneğin kaygı, çaresizlik, suçluluk gibi) kaçmak veya rahatlamak için kullanma
2. İnternet kullanımına bağlı olarak internet dışındaki aktivitelere ilgi ve istek kaybı
3. İnternet kullanımının yol açtığı tekrarlayıcı veya devamlı psikolojik veya fiziksel bir probleme rağmen aşırı kullanıma devam edilmesi
4. İnternet kullanımını bırakmak veya kontrol altına almak için sürekli bir istek ya da başarısız çabaların olması
5. Tolerans gelişmesi, aynı doyum sağlaması için internet kullanımında belirgin artışın olması

(b) Dışlama kriteri

Aşırı internet kullanımı psikotik bir bozukluk veya bipolar bozukluk ile daha iyi açıklanamaz

(c) Klinik olarak önemli derecede bozulma kriteri

Önemli bir ilişki, iş, eğitimsel veya mesleki fırsatları kaybetmeyi de içerek şeklide işlevsel bozulmalar (azalmış akademik, çalışma, sosyal kapasitesi)

(d) Süre kriteri

İnternet bağımlılığı günlük en az 6 saat kullanım ile (iş, akademik amaçlı kullanım hariç) en az üç ay sürmelidir.

2.2.4. İnternet bağımlılığının epidemiyolojisi

İnternet bağımlılığının tanımlanması, sınıflandırılması, isimlendirilmesine ilişkin uzlaşının olmaması nedeniyle yaygınlığı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Farklı ülkelerde farklı metodolojik yöntemler ile yapılan çalışmalar sonucu farklı yaygınlık oranları saptanmıştır (Tablo 2.7). Bu çalışmalara göre internet bağımlılığının yaygınlığı %0,3-38 arasında değişmektedir. Ülkemizde üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda İB oranı %7,2 ile %12,2 arasında bildirilmiştir (62). Genel olarak erkeklerde kızlara oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (59). İnternet başında geçirilen sürenin bağımlılık riskini arttırdığı bilinmektedir (68). İnternet

bağımlılarının çoğunlukla işsiz ve erkek olduğu, sosyal medya ve oyun sitelerini daha fazla kullandıkları bildirilmiştir (69).

Yapılan sistematik epidemiyolojik bir çalışmaya göre İB ile ilişkili risk etmenleri 4 başlık altında toplanabilir (70). 1- Sosyodemografik değişkenler: erkek cinsiyet, genç olmak ve ailede yüksek gelir seviyesi, 2-internet kullanımı ile ilgili değişkenler: internette geçirilen zaman, sosyal medya ve oyun uygulamalarını kullanma, 3-Psikososyal etkenler: dürtüsellik, nörotizm ve yalnızlık, 4- Komorbid psikiyatrik belirtiler: depresyon ve anksiyete.



Tablo 2.6: İnternet bağımlılığı hakkında yapılan epidemiyolojik çalışmalar

Yazarlar	Yer	Örneklem	Sıklık	Cinsiyet
Greenfield (71)	Amerika Birleşik Devletleri	8-85 yaş arası katılımcılar (17252)	5,7	E=K
Schumacher (72)	Amerika Birleşik Devletleri	Yüksekokul öğrencileri (276)	8,1	E>K
Chou ve hsiao (73)	Tayvan	Yüksekokul öğrencileri (910)	5,9	E>K
Whang ve ark. (74)	Kore	Gönüllüler (13588)	3,5	E=K
Heino (75)	Finlandiya	Adolesanlar (7219)	1,7 (E)	E>K
Yoo ve ark. (76)	Kore	Üniversite öğrencileri (535)	0,9	E>K
Leung (77)	Çin	16-24 yaş arası katılımcılar (699)	38	K>E
Niemz ve ark. (78)	İngiltere	Öğrenci (371)	18	E>K
Aboujaoude (79)	ABD	Yetişkin (2513)	0,3	Bilgi yok
Pallanti ve ark. (80)	İtalya	Öğrenci (275)	5,4	E=K
Jang (81)	Kore	Öğrenci (912)	4,3	E>K
Ghassemzadeh (82)	İran	Katılımcılar (977)	3,8	Bilgi yok
Bakken (83)	Norveç	Yetişkin (3399)	1	E>K
Lin ve ark. (84)	Tayvan	Öğrenci (3616)	15,3	E>K
Canan ve ark. (85)	Türkiye	Öğrenci (300)	11,6	E>K
Adiele (86)	Nijerya	Üni.öğrencileri(1022)	3,3	E>K
Kuss ve ark (87)	Holanda	Öğrenci (3105)	3,7	Bilgi yok

2.2.5.İnternet bağımlılığının etyolojisi

İnternet bağımlılığının etyolojisi multifaktöriyeldir. Neden tüm kullanıcılarda değil de bazılarında geliştiği, cevap bekleyen sorulardandır (59)

“Öğrenme teorisi” internetin pozitif pekiştirici etkilerini vurgular. Bağımlılığın gelişmesindeki ana faktör, kişinin interneti kullanması sonrası oluşan olumlu deneyimlerdir. Bu olumlu deneyimler kullanımı devam ettirmek için pekiştirici olur. Kişi bir süre sonra aynı doyumunu yaşamak için interneti daha sık kullanmaya başlar. Bu süreç içerisinde bağlantılı uyaranlara da koşullanma gelişebilir. Örneğin, kişi klavyenin veya bir oyunun sesi ile aynı doyumunu sağlayabilir (59).

Davis’in gündeme getirdiği bilişsel-davranışçı modele göre, sorunlu düşünceler davranıştan önce gelir ve kişinin bağımlılık geliştirmesinde esastırlar. Bireydeki düşük benlik saygısı ve kendine olan negatif düşünceler internet ile beraber farklı bir değişime uğrar. Kişi sohbet odalarında yapay bir benlik oluşturup, kimseyle yüzleşmeden arkadaşlık yapabilir. Bu yapay kişilik bir tatmin duygusu oluşturur. Aynı zamanda internette kalınan uzun süreler boyunca, kişi gerçek hayatta yüzleşmek zorunda olduğu sorunlardan uzak kalır. Bir süre sonra kişide “ben sadece internette iyiyim”, “internette insanlar bana değer veriyor” gibi düşünceler gelişir. Bu yeni bilişsel yapılanma beraberinde internet bağımlılığını getirir (65).

Caplan “eksik ve yetersiz sosyal beceriler” diye bir teori geliştirmiştir. Buna göre sosyal becerileri yetersiz olan kişiler yüzyüze iletişime girmek yerine internet üzerinden iletişim kurmayı sıklıkla tercih ederler (88). Bu bağlamda Martin-Morahan ve Schumachier (72) interneti “sosyal iletişimin prozacı” olarak tanımlamıştır. Onay bağımlılığı olan yani sürekli olarak diğer insanların onayını arama eğiliminde olan kişilerin aşırı internet kullanımına yöneldiği bilinmektedir (89).

Ödül yoksunluğu hipotezine göre, doğal ödülleri (beslenme, barınma, içecek) ile yeterince doyum sağlayamayan kişiler ödül yolağını aktifleyen başka davranışlara yönelirler. Bu dürtüsel ve kompulsif davranışlar, bağımlılık davranışları için yatkınlık meydana getirir. İnternet kullanımı, alkol ve madde kullanımının yarattığı etkiyi yaratarak, kişide bir ödül arayışı ve davranışsal motivasyon geliştirir (90).

İnternet bağımlılığı ergenlerin katıldığı bir çalışmada, uzun süreli internet bağımlılığının beyinde yapısal değişikliklere yol açtığı gözlenmiştir (91). Kim ve ark.'nın (92) yaptığı bir çalışmada ise internet bağımlısı olan bireylerin çeşitli beyin bölgelerinde dopamin reseptör sayısının azaldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar da bağımlılık etyolojisinde yer alan ödül yoksunluğu hipotezini destekler niteliktedir.

2.2.6.İnternet bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar

Alkol ve madde bağımlılığında olduğu gibi İB'ye ek komorbid psikiyatrik tanılarının varlığı bir istisna değil neredeyse kuraldır (93).

Floros ve ark. (94) İB'ye komorbid eksen 1 ve eksen 2 tanılarını araştırmışlardır. Bu çalışmada İB tanısı alan 50 hastada sırası ile en sık görülen eksen 1 tanıları; majör depresyon (%10), yaygın anksiyete bozukluğu (%8), madde kullanım bozukluğu (%6), panik bozukluk (%6), distimi (%6), psikotik bozukluk (%6), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%4), obsesif kompulsif bozukluk (%2), vücut dismorfik bozukluk (%2), sosyal fobi (%2), somatoform bozukluk (%2) olarak bildirilmiştir. Eksen 2 tanıları ise; narsistik kişilik bozukluğu (%22), borderline kişilik bozukluğu (%10), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%4), şizotipal kişilik bozukluğu (%2), antisosyal kişilik bozukluğu (%2) olarak belirtilmiştir (94).

Bozkurt ve ark.'nın (59) internet bağımlılığı olan ergenlerde yaptığı bir çalışmada sırasıyla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, sosyal fobi ve majör depresyon en fazla görülen psikiyatrik tanılar olarak tespit edilmiştir (95). Yine bu bireylerde piromani, kompulsif seks bağımlılığı, patolojik kumar gibi başka tür bağımlılıkların da olduğu ortaya konulmuştur (96).

2.2.7.İnternet bağımlılığını değerlendirmede kullanılan ölçekler

Yapılan son bir gözden geçirmede İB'yi değerlendirmek için dünyada 21 tane ölçek bulunduğu belirtilmiştir. Bu durum İB tanı ölçütleri üzerine bir uzlaşımın olmaması, etyolojisi ve nörobiyolojisi hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmamamız ile açıklanabilir (93). Bu ölçeklerden çalışmalarda en sık kullanılanı Young tarafından geliştirilen İnternet Bağımlılığı Testi'dir.

2.2.8.İnternet bağımlılığının tanısı

DSM-V’te internet bağımlılığı ölçütleri önerilmişse de henüz yeteri kadar kanıt olmaması ve tanı ölçütleri üzerinde uzlaşa olmaması nedeniyle resmi sınıflama sisteminde yer almamıştır. DSM-V bölüm 3’de internette oyun oynama bozukluğu için tanı ölçütleri önerilmiştir (58). Yine de özellikle 4 belirtinin İB tanısı için DSM-V ölçütlerine dahil edilmesi gerekli görülmüştür: 1) aşırı internet kullanımı, sıklıkla zaman duygusunun kaybı ve temel görevlerin ihmalı 2) internete bağlanılamadığında yoksunluk, öfke, gerginlik 3) tolerans gelişimi, daha fazla internette zaman geçirme ve daha gelişmiş bilgisayar ihtiyacı 4) aşırı internet kullanımına bağlı olumsuz sonuçlar, örneğin; okul başarısında düşme (97).

2.2.9.Klinik ve tedavi yaklaşımları

Klasik bir internet bağımlısı haftada 45-75 saat internete bağlanır ve tek seferde 20 saate kadar bilgisayar başında oturabilir. Fiziki aktivitenin azalması ve dengesiz beslenmeye bağlı obezite, postür bozuklukları, sırt ağrısı, karpal tünel sendromu gelişebilir (63).

İnternet bağımlısı kişide internet ile ilgili artmış bilişsel durum mevcuttur. İnternette kaldığı süreyi azaltamama, internete bağlı olmadığı zamanlarda bir dahaki bağlanma anını sabırsızlıkla bekleme ve bununla ilgili planlar yapma, internete bağlanma süresi ile ilgili ailesine yalan söyleme gibi belirtiler göze çarpar. Sorunlu internet kullanımı olan kişilerde görülebilecek diğer özellikler ise; kendini sosyal çevreden izole etme, internet kullanımına çok para harcama, kişisel sorumlulukların ihmal edilmesi, planlandığından daha uzun süre internette kalma, kafein alımında artma, bağışıklık sisteminin zayıflamasından dolayı hastalıklara karşı dirençsizlik, uykusuzluk, kişiler arası ilişkilerde zayıflama, iş yaşamında başarısızlık, uzun süre hareketsiz pozisyonda kalmaya bağlı görülen sırt ve boynun kas-eklem ağrılarıdır (59).

İnternet bağımlılığında tedavi hedefi öncelikle altta yatan psikiyatrik bozukluğun tedavi edilmesidir. Eğer problemli internet kullanımı bir başka psikiyatrik bozukluğa bağlı değilse, dürtü kontrol bozukluklarına benzer olması sebebiyle tedavi duygudurum düzenleyiciler ve SSRI ile başlar (98). Tedavi

genellikle 12 hafta sürer ve tedavide abstinans uygulanmaz (99). Beş farmakoterapi çalışmasının dahil edildiği bir çalışmada, SSRI'ların, trisiklik antidepresanlardan klomipramin, norepinefrin dopamin gerilim inhibitörü olan buprapiyon, benzodiazepinlerden klonazepam, antipsikotiklerden ketiapi, psikostimülanlardan metilfenidat'ın; İB ve internete bağlı sorunların tedavisi için kullanıldığı bildirilmiştir (93).

Tablo 2.7: İnternet bağımlılığında kullanılan tedavi metodları (59)

1.Psikoterapi	2.Farmakoterapi
• Rehabilitasyon merkezleri • Motivasyon ve destek grupları • Aile terapisi • Bilişsel davranışçı terapi	• Naltrekson • Anksiyolitikler • Duygudurum düzenleyiciler (valproik asit, gabapentin, lityum) • Antidepresanlar (venlafaksin, buprapion, SSRI)

Bir olgu sunumunda ketiapi ve sitalopram'ın beraber kullanımı ile internet bağımlılığı düzeyinde azalma saptanmıştır (100). Başka bir çalışmada Bostwick ve Bucci sanal seks bağımlısı bir kişide, naltrekson kullanımıyla beraber klinikte ciddi bir düzelme olduğunu tespit etmişlerdir (101). Başka bir çalışmada oyun bağımlıları buprapion ile tedavi edilmiş. Tedavi sonucunda oyun oynama süreleri azalmış ve oyun görüntüleri ile tetiklenen beyin aktivitelerinde azalma görülmüştür (102). Hastalığın kompulsif doğasını göz önünde bulundurarak fluvoksamin kullanımını öneren bir vaka bildirimi de mevcuttur (103).

İnternet bağımlılığı tedavisinde bir diğer seçenek bilişsel-davranışçı yöntemlerin kullanılmasıdır. Araştırmacılar, bazı olumsuz düşüncelerin ve duygulanımların depresyona yol açtığı gibi internet bağımlılığına da yol açtığını öne sürmüşlerdir. Bu noktadan hareketle Davis, bilişsel davranışçı yöntemlerin kullanıldığı bir tedavi şekli önermiştir (65).

Tablo 2.8: Davis'in geliştirdiği bilişsel-davranışçı tedavi basamakları

1. Yeni sosyal becerilerin kazandırılması
2. İnternete bağlanma sırasında hissedilenlerin not edilmesi
3. Gevřeme hareketleri
4. Otomatik düşüncelerin değerdendirilmesi
5. İnternet kullanımına ara verilmesi
6. Spor aktivitelerine katılması
7. Arkadaşlarından ve yakınlarından internet ile ilgili problemleri olduğunu gizlememesi
8. kişisel kullanımına son vermesi
9. İnternet defteri oluşturması
10. İnternete bağlanma zamanını değıştirmesi
11. Diğer insanlarla birlikte internete bağlanması
12. Bilgisayarın yerinin değıştirilmesi ve başka insanların olduğu bir yere taşınması
13. Kişinin internetten uzak kalıp kalamadığının kontrolü

3. MATERYAL VE METOD

Araştırmamız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmamızın evrenini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018-2019 döneminde eğitim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmadaki güç (power) %80 olacak şekilde örnek hacminin The Survey System tarafından hazırlanmış olan “This Sample Size Calculator Software” (<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) ile hesaplandığında minimum 350 kişi olması gerektiği görüldü, tarafımızca 300 hastaya ulaşıldı. Anketler 1.11.2018 – 1.1.2019 tarihleri arasında gönüllü katılımı kabul eden 300 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisine, tek kişi tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Katılımcılara 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), 12 sorudan meydana gelen Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu (YİBT-KF) ve 17 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 1) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görüyor olması
- 2) Gönüllü olması

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 17.10.2018 tarih ve 272 sayı ile onay alınmıştır. Verilerin analizi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Biyoistatistik ve Aile Hekimliği Bilim Dalları iş birliği ile yapılmıştır. İstatistik analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 25.0 programı ile yapılmıştır. Veriler, ortalama $\pm$ standart değer (ort. $\pm$ SD) olarak gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş, normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Gruplar arası değerlendirmede, kategorik veriler için ki-kare analizi kullanılmıştır. Non parametrik verilerin korelasyon analizi için Spearman kullanılmıştır. Sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi; ikiden fazla grup arasındaki analizlerinde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değerlendirmede $p < 0,05$ ise gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çoklu

karşılaştırmalarda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc test olarak Bonferonni kullanılmış olup bu durumda $p < 0,05/n$ (grup sayısı) olarak alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; internet bağımlılık düzeyleri ve depresyon düzeyleri olup bağımsız değişkenleri sosyodemografik veri anketinde yer alan bilgilerdir (Ek-1).

3.1.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Ruh sağlığı taramalarında veya depresyon ile ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. 1961 yılında Beck (104) tarafından geliştirilmiştir. Dörtlü Likert tipinde 15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren 21 maddesi vardır (Ek 2). Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (105). Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. 17 ve üstündeki Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceği bildirilmiştir (105). Bizde çalışmamızda 17 puan üstünü yüksek düzey depresyon olarak tanımladık.

3.2. Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu (YİBT-KF)

Young İnternet bağımlılığı Testi Kısa Formu (YİBT KF) Young tarafından geliştirilen (57) ve Türkçe uyarlaması Kutlu ve arkadaşları (106) tarafından yapılan bir ölçektir. YİBT-KF, 12 maddeden oluşmakta olup beşli Likert (1=Hiçbir zaman, 5=Çok sık) tipi bir ölçektir (Ek 3). Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen sonuçlar Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin sağlandığını göstermektedir. Ölçekte tersten puanlanan madde yoktur. Ölçekten alınabilecek puanlar 12-60 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar internet bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğunu gösterir (106).

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 300 kişi; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören öğrencilerdi. Çalışmaya katılanların 148'i bayan (%49,3), 152'si erkekti (%49,3). Katılımcıların 172'si (%57) ailesiyle yaşarken, 85'i (%28,3) yurttan, 31'i (%10,3) arkadaşları ile beraber, 12'si (%4) ise yalnız yaşamaktaydı. Anne ve babaların eğitim durumu değerlendirildiğinde; annelerin %64'ü ilkokul mezunu iken, %11,7'si üniversite mezunu; babaların %33,7'si ilkokul mezunu iken, %30'u üniversite mezunu olarak tespit edildi. Katılımcıların %66'sı evde internet erişimine sahipken, %33'ünün evinde internet erişimi yoktu. Sigara kullanan kişi sayısı 40 (%13,3) olarak tespit edildi. Odasında kişisel bilgisayara sahip olan katılımcıların oranı %54,3 iken, sahip olmayanların oranı %45,7 olarak tespit edildi. Katılımcıların aile gelir düzeyi değerlendirildiğinde; %81'i aile gelir düzeyini orta olarak tanımladı. Düşük gelir düzeyine sahip olan katılımcı oranı %14,3 iken, yüksek gelir düzeyine sahip olanların oranı %4,3 olarak tespit edildi. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=300)

Sosyodemografik Özellikler	N		%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	152	50,7
	<i>Kadın</i>	148	49,3
Anne-baba medeni durum	<i>Ayrı</i>	6	2
	<i>Evli</i>	275	91,7
	<i>Anne yaşamıyor</i>	3	1
	<i>Baba yaşamıyor</i>	16	5,3
Kiminle yaşıyor	<i>Yalnız</i>	12	4
	<i>Aile</i>	172	57,3
	<i>Arkadaş</i>	31	10,3
	<i>Yurt</i>	85	28,3
Anne eğitim düzeyi	<i>İlkokul</i>	193	64,3
	<i>Ortaokul</i>	36	12
	<i>Lise</i>	36	12
	<i>Üniversite</i>	35	11,7
Baba eğitim düzeyi	<i>İlkokul</i>	101	33,7
	<i>Ortaokul</i>	41	13,7
	<i>Lise</i>	68	22,7
	<i>Üniversite</i>	90	30
Evde internet erişimi	<i>Var</i>	198	66
	<i>Yok</i>	102	34
Sigara kullanımı	<i>Var</i>	40	13,3
	<i>Yok</i>	260	86,7
Odada kişisel bilgisayar	<i>Var</i>	163	54,3
	<i>Yok</i>	137	45,7
Ailenin gelir düzeyi	<i>Düşük</i>	43	14,3
	<i>Orta</i>	244	81,3
	<i>Yüksek</i>	13	4,3

Katılımcıların yaş ortalaması $21,85 \pm 2,79$ yıl olarak tespit edildi. Katılımcıların BDÖ puan ortalaması $11,06 \pm 7,34$ (min:0-maks:42), YİBT-KF puan ortalaması $27,33 \pm 8,87$ (min:12-maks:56) olarak tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Sayısal verilerin ortalama, medyan, minimum ve maksimum değerleri

	Ortalama ($\pm$SS)	Medyan	Maksimum	Minimum
Yaş	$21,85 \pm 2,79$	21	44	17
Sınıf	$3,5 \pm 1,71$	3,5	6	1
Anne yaşı	$48,24 \pm 6,37$	48	88	30
Baba yaşı	$52,76 \pm 5,96$	53	73	35
Young skoru	$27,33 \pm 8,87$	26	56	12
Beck skoru	$11,06 \pm 7,34$	9,50	42	0

SS: Standart sapma

Katılımcıları BDÖ puanlarına göre sınıfladığımızda; 150 kişinin (%50) normal depresyon düzeyine, 108 kişinin (%36) hafif depresyon düzeyine, 35 kişinin orta depresyon düzeyine, 7 kişinin (%2,3) yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu tespit edildi. Bizim çalışmamızda BDÖ kesme puanını 17 olarak alınmıştır. Böylelikle tıp fakültesi öğrencilerinde, sağaltım gerektirecek düzeyde olan depresyon oranı %14 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine göre sınıflandırılması

BDÖ	N	%
Normal (0-9 puan)	150	50
Hafif (10-17 puan)	108	36
Orta (18-29 puan)	35	11,7
Yüksek (30-63 puan)	7	2,3

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları erkeklerde sırasıyla $12,44 \pm 8,37$ - $27,28 \pm 8,77$, kızlarda sırasıyla $12,66 \pm 8,02$ - $27,37 \pm 8,99$ olarak tespit edilmiştir. BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Cinsiyete göre BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları ve p değeri

	Cinsiyet	Ortalama	Medyan	İstatistiksel test*
BDÖ**	Erkek	12,44±8,37	11	U=10953,50 Z=-0,393 p=0,695
	Kadın	12,66±8,02	11	
YİBT-KF***	Erkek	27,28±8,77	27	U=11179,00 Z=-0,092 p=0,927
	Kadın	27,37±8,99	25,5	

*Mann Whitney-U, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi
Kısa Formu

Evde internet mevcudiyetinin, BDÖ ve YİBT-KF ölçek puanları üzerine etkisi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Evde internet mevcudiyetine göre BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları ve p değeri

Evde internet erişimi		Ortalama	Medyan	İstatistiksel test*
BDÖ**	Var	12,67±8,22	11	U=9898,00 Z=-0,143 p=0,886
	Yok	12,31±8,16	11	
YİBT-KF***	Var	27,50±8,76	26	U=9613,50 Z=-0,546 p=0,585
	Yok	26,99±9,10	26	

*Mann Whitney-U, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi
Kısa Formu

BDÖ puan ortalamaları sigara kullanan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,05). Sigara kullanımının İB üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Sigara kullanımının BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Sigara kullanımı		Ortalama	Medyan	İstatistiksel test*
BDÖ**	Var	16,62±9,50	15,5	U=3646,50 Z=-3,047 p=0,002
	Yok	11,92±7,80	10	
YİBT-KF***	Var	28,75±9,61	28	U=4709,00 Z=-0,962 p=0,336
	Yok	27,11±8,75	26	

*Mann Whitney-U, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu

Öğrencilerin odasında kişisel bilgisayar bulunmasının BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Kişisel bilgisayar mevcudiyetinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Kişisel bilgisayar mevcudiyeti		Ortalama	Medyan	İstatistiksel test*
BDÖ**	Var	12,10±7,94	11	U=10289,00 Z=-1,173 p=0,241
	Yok	13,08±8,48	11	
YİBT-KF***	Var	27,18±8,60	26	U=11129,00 Z=-0,049 p=0,961
	Yok	27,50±9,20	25	

*Mann Whitney-U, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu

Anne eğitim düzeyinin, YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Yapılan post-hoc analizlerde istatistiksel farkın üniversite mezunu olan annelerden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Anne eğitim düzeyinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Anne Eğitim Düzeyi		Ortalama	Medyan	İstatistiksel test*
BDÖ**	İlkokul ve altı	13,16±8,78	11	$\chi^2=3,326$ df=3 p=0,344
	Ortaokul	10,77±6,93	10	
	Lise	10,94±6,49	10,5	
	Üniversite	12,68±7,27	12	
YİBT-KF***	İlkokul ve altı	26,63±8,81	25	$\chi^2=9,325$ df=3 p=0.025
	Ortaokul	29,80±9,33	30,5	
	Lise	25,86±8,61	23,5	
	Üniversite	30,11±8,19	28	

*Kruskal-Wallis, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu

Baba eğitim düzeyinin, BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi tespit edilmemiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Baba eğitim düzeyinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Baba Eğitim Düzeyi		Ortalama	Medyan	İstatistiksel test*
BDÖ**	İlkokul ve altı	12,58±8,43	10	$\chi^2=1,472$ df=3 p=0,689
	Ortaokul	11,56±8,35	10	
	Lise	13,41±7,65	12	
	Üniversite	12,32±8,30	11	
YİBT-KF***	İlkokul ve altı	26,34±9,33	24	$\chi^2=2,534$ df=3 p=0,469
	Ortaokul	27,95±9,00	27	
	Lise	27,79±8,82	27	
	Üniversite	27,80±8,34	26	

*Kruskal-Wallis, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu

Katılımcıların aile gelir düzeyinin, BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (4.10).

Tablo 4.10: Aile gelir düzeyinin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Aile Gelir Düzeyi		Ortalama	Medyan	İstatistiksel test*
BDÖ**	Düşük	12,88±9,18	10	$\chi^2=0,133$ df=2 p=0,936
	Orta	12,59±8,10	11	
	Yüksek	10,76±6,62	11	
YİBT-KF***	Düşük	26,20±8,66	25	$\chi^2=0,826$ df=2 p=0,662
	Orta	27,49±8,96	26	
	Yüksek	28,00±8,05	26	

*Kruskal-Wallis, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Form

Katılımcıların aile medeni durumunun, BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Tablo 4.11)

Tablo 4.11: Aile medeni durumunun BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Aile medeni durum		N	Ortalama sıra	İstatistiksel test*
BDÖ**	Ayrı	6	100,25	$\chi^2=5,05$ df=3 p=0,168
	Evli	275	151,07	
	Anne yaşamıyor	3	80,17	
	Baba yaşamıyor	18	172,69	
YİBT-KF***	Ayrı	6	133,42	$\chi^2=1,23$ df=3 p=0,745
	Evli	275	150,94	
	Anne yaşamıyor	3	103,83	
	Baba yaşamıyor	18	158,13	

*Kruskal-Wallis, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu

Katılımcıların yaşadığı yerin, BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamaları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Katılımcıların yaşadığı yerin BDÖ ve YİBT-KF puan ortalamalarına etkisi ve p değeri

Yaşanılan yer		N	Ortalama sıra	İstatistiksel test*
BDÖ**	Yalnız	12	132,42	$\chi^2=4,97$ df=3 p=0,174
	Aile	172	146,81	
	Arkadaş	31	133,61	
	Yurt	85	166,68	
YİBT-KF***	Yalnız	12	134,37	$\chi^2=0,823$ df=3 p=0,844
	Aile	172	151,20	
	Arkadaş	31	142,58	
	Yurt	85	154,19	

*Kruskal-Wallis, **BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ***YİBT-KF: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu

Cinsiyet ile depresyon düzeyi grupları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Cinsiyete göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Cinsiyet	Depresyon düzeyi	N	%	İstatistiksel Test*
Erkek	Hafif	77	50,7	$\chi^2=2,170$ df=2 p=0,338
	Orta	58	38,2	
	Yüksek	17	11,2	
Kadın	Hafif	73	49,3	
	Orta	50	33,8	
	Yüksek	25	16,9	

*Ki-kare

Sigara kullanımı ile depresyon düzeyi grupları karşılaştırıldığında, sigaranın etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,043$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Sigara kullanımına göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Sigara kullanımı	Depresyon düzeyi	N	%	İstatistiksel Test*
Var	Hafif	14	35	$\chi^2=6,271$ df=2 p=0,043
	Orta	16	40	
	Yüksek	10	25	
Yok	Hafif	136	52,3	
	Orta	92	35,4	
	Yüksek	32	12,3	

*Ki-kare

Kişisel bilgisayara sahip olma ile depresyon düzeyi grupları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Kişisel bilgisayara sahip olmaya göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Kişisel bilgisayar	Depresyon düzeyi	N	%	İstatistiksel Test*
Var	Hafif	86	52,8	$\chi^2=1,962$ df=2 p=0,375
	Orta	58	35,6	
	Yüksek	19	11,7	
Yok	Hafif	64	46,7	
	Orta	50	36,5	
	Yüksek	23	16,8	

*Ki-kare

Evde internet erişiminin mevcudiyeti ile depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması sonucu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Evde internet erişiminin olmasına göre depresyon düzeyi gruplarının karşılaştırılması

Evde internet erişimi	Depresyon düzeyi	N	%	İstatistiksel Test*
Var	Hafif	98	49,5	$\chi^2=0,649$ df=2 p=0,723
	Orta	70	35,4	
	Yüksek	30	15,2	
Yok	Hafif	52	51,0	
	Orta	38	37,3	
	Yüksek	12	11,8	

*Ki-kare

Yapılan Spearman's rho korelasyon analizlerine göre; İB ve depresyon skorları arasında hafif düzeyde anlamlı pozitif bir korelasyon saptandı ($p<0,001$) ($r=0,353$). İnternette geçirilen süre ile İB skorları arasında orta düzey pozitif bir korelasyon saptandı ($p<0,001$) ($r=0,413$). İnternette geçirilen süre arttıkça bağımlılık riskinin de artacağı tespit edildi. İnternetin kullanıldığı yıl miktarı ile İB skorları arasında hafif düzey pozitif bir korelasyon saptandı ($p=0,016$) ($r=0,139$). İnternetin kullanıldığı yıllar arttıkça bağımlılık düzeylerinin de artacağı tespit edildi. İnternete bağlanılan yıl sayısı ile internette geçirilen süre arasında hafif düzey bir pozitif korelasyon saptandı ($p<0,001$) ($r=0,254$). İnternetin kullanıldığı yıl sayısı arttıkça kullanım sürelerinin de giderek arttığı tespit edildi (Tablo 4.17). Yaş ile internet bağımlılık ve depresyon skorları arasında hafif düzeyde negatif bir korelasyon saptandı ($p=0,046$) ($r=-0,115$) ($p=0,040$) ($r=-0,118$). Yaş arttıkça depresyon ve internet bağımlılık skorlarının azaldığı tespit edildi. Sınıf ile depresyon skoru arasında hafif düzey negatif bir korelasyon saptandı ($p=0,036$) ($r=-0,121$). Eğitim görülen sınıf derecesi arttıkça depresyon skorlarının azaldığı tespit edildi (Tablo 4.18).

Tablo 4.17: Kardeş sayısı, günlük internet kullanma süresi(saat) ve internet kullanıcısı olunan (yıl) süre ölçek puanları ile korelasyonu

	1	2	3	4	5
1-BDÖ					
2-YİBT-KF	0,353**				
3-Kardeş sayısı	-0,069	-0,073			
4- İnternet kullanımı (saat/gün)	0,177*	0,413**	-0,068		
5-İnternet kullanımı (yıl)	-0,063	0,139*	-0,210**	0,254**	

*p<0,05, **p<0,001

Tablo 4.18: Sınıf, yaş, anne ve baba yaşının ölçek puanları ile korelasyonu

	1	2	3	4	5	6
1-BDÖ						
2-YİBT-KF	0,366**					
3-Sınıf	-0,121*	-0,081				
4-Yaş	-0,118*	-0,115*	0,824**			
5-Anne yaşı	-0,011	-0,034	0,304**	0,376**		
6-Baba yaşı	-0,070	-0,073	0,276**	0,367**	0,784**	

*p<0,05, **p<0,001

5. TARTIŞMA

İnternetin insan yaşamına önemli katkılar sağladığı ve internet kullanımının artık çağımızın bir gereği olduğu çok açıktır. Ancak internetin yaşamımızın vazgeçilmez bir parçası olmasıyla birlikte, artan kullanım saatleri ve beraberinde getirdiği internet bağımlılığının pek çok insan hayatını olumsuz anlamda etkilediği de su götürmez bir gerçektir. Biz bu çalışmamızda, üniversite öğrencilerinde internet bağımlılık ve depresyon düzeylerini sosyodemografik verilerle beraber araştırdık.

Çalışmaya 300 öğrenci katıldı. Çalışmaya katılan öğrencilerin BDÖ ortalama puanı $11,06 \pm 7,34$ olup ölçekten alınan puanlar 0-42 arasında değişiyordu. YİBT-KF ortalama puanı ise $27,33 \pm 8,87$ olup ölçekten alınan puanlar 12-56 arasında değişiyordu. Erciyes üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada, çalışmamıza benzer olarak BDÖ ortalama puanı $12,1 \pm 9,1$, YİBT-KF ortalama puanı ise $27,7 \pm 14,7$ olarak bulunmuştur (107). Çalışmamızda depresyon ortalama puanı BDÖ kesme puanı olan 17'nin altında bulundu. BDÖ kesme puanı olan 17'nin üzerindeki, sağaltım gerektirecek düzeyde olan depresyon oranını %14 olarak tespit ettik. Bir çalışmada üniversite yurdunda kalan öğrencilerin depresyon oranı %34 olarak tespit edilmiştir (107). Bu farklılığın nedeni çalışmaya katılan öğrencilerin depresyon düzeylerini etkileyebilecek etkenlerden olan; yaş, sınıf ve bölümlerinin farklı olması olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyeti ile depresyon ve İB düzeyleri değerlendirildi. Erkek cinsiyetle kadın arasında İB ve depresyon düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Günay ve ark.'nın (107) yaptığı çalışmada İB ölçek puanı erkeklerde kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Yine bu çalışmaya göre erkekler İB açısından kadınlara göre üç kat fazla risk altındadır (107). Fidancıoğlu ve ark.'nın (109), Kelleci ve ark.'nın (110) yaptığı çalışmalarda da erkeklerde ortalama İB ölçek puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yine Lübnan'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin internet bağımlılık riski kadınlara göre iki kat fazla bulunmuştur (111). Çek Cumhuriyeti'nde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada İB erkeklerde daha sık saptanmıştır (112). Balta ve Horzum'un eğitim fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin İB düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (113). Üneri ve ark.'nın (2) yaptığı çalışmada erkeklerin İB ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuçların erkekler lehine olmasının sebebi,

erkeklerin çevrimiçi oyun, çevrimiçi kumar, çevrimiçi sohbet gibi alanlara olan aşırı ilgilerinden kaynaklanıyor olabilir. Lam ve ark.'nın (114), Usta ve ark.'nın (115) yaptıkları çalışmalarda, cinsiyet ile İB arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Selçuk Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında internet bağımlılığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (116). Yine Kore'de 1573 adolesanla birlikte yapılan çalışmada İB cinsiyetlere göre farklılık göstermemiştir (117). İnternetin yayılmaya başladığı yıllarda daha çok erkekler tarafından kullanıldığı biliniyordu (118). Ancak zaman içerisinde kadınların da interneti kullanmaya başlamasıyla birlikte internet bağımlılığı ile ilgili farklılıkların azalması öngörülebilir. Literatürdeki bu farklılıklar çalışmanın yapıldığı yerin coğrafi ve sosyokültürel özelliklerine bağlı da olabilir. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada erkeklerin depresyon skorları kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (119). Bu farklılığın nedeni, erkek öğrencilerin ergenliğe kızlara göre daha geç ulaşması ve bu dönemin lise dönemine denk gelmesi olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencileri evlerinde veya konakladıkları yerlerdeki internet erişiminin mevcudiyeti açısından değerlendirdik. Evde internet erişiminin BDÖ ve İB ölçek puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit ettik. Kırşehir'de yapılan bir çalışmada, evlerinde internet erişimi olan öğrencilerin İB düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. (119). Bu farklılığın nedeni, evde internet erişiminin olmasının internete ulaşmayı kolaylaştırması olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sigara kullanımı ile İB ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi. Sigara kullanımı İB üzerine etki etmezken, sigara kullanan grupta BDÖ puan ortalamalarının, literatürdeki diğer çalışmalara uygun olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Düzce Üniversitesi'nde yapılan çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak İB ile sigara arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (120). Alaçam ve ark.'nın (121) yaptığı çalışmada ise sigara kullanan grupta İB ölçeği puan ortalamaları içmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan öğrencilerin odasında kişisel bilgisayar mevcudiyeti ile İB düzeylerini karşılaştırılmıştır. Odasında bilgisayar olan ile olmayan öğrenciler

arasında İB açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Günay ve ark.'nın (107) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bunun nedeni gelişen teknolojiyle birlikte internete ulaşmak için tek aracın bilgisayar olmaması, cep telefonlarından, tabletlerden, hatta otomobillerden internete bağlanabilmesi olabilir. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada şahsi bilgisayara sahip olanların İB ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (122). Şahsi bilgisayara sahip olma durumunun internete bağlanma noktasında sağladığı özgürlük bu duruma yol açmış olabilir. Anadolu Üniversitesi'nde uzaktan eğitim gören öğrenciler ile yapılan bir çalışmada ise çalışmamıza ve literatüre zıt olarak şahsi bilgisayara sahip olmayanlarda İB düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (123).

Çalışmamızda öğrencilerin anne-baba eğitim durumu ile BDÖ ve İB skorları değerlendirilmiştir. Eğitim durumu ile depresyon düzeyleri arasında ilişki saptanmazken, anne eğitim düzeyi ile İB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan post-hoc analizlerde farklılığı oluşturan grubun, annesi üniversite mezunu olan öğrenciler olduğu tespit edildi. Bunun nedeni çalışmamızın kız çocuklarının okula gönderilmediği ve eğitim düzeylerinin görece olarak düşük olduğu Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Anne eğitim düzeyinin, bölgemiz açısından İB üzerine etki eden bir faktör olduğu söylenebilir. Singapur'da yaşları 12-17 arasında değişen 1124 adolesan ile yapılan bir çalışmada İB ile anne-baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (124). Düzce Üniversitesi'nde yapılan çalışmada da İB ile anne-baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (120). Yine benzer şekilde İran'da 417 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, anne-baba eğitim düzeyi İnternet bağımlılığını etkileyen bir faktör olarak saptanmamıştır (125).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sosyoekonomik düzeyleri ile BDÖ ve İB skorları değerlendirildi. Ailenin gelir düzeyi ile İB ve depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamıza benzer şekilde Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada da gelir düzeyi ile İB ve depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır (120). Yine benzer şekilde Erciyes Üniversitesi'nde yapılan çalışmada sosyoekonomik durumun İB riskine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (107). Durak ve Kılıç'ın (126) Ankara ve

İstanbul ilinde çeşitli üniversitelerde eğitim gören 1197 öğrenci ile yaptıkları çalışmada üst gelir düzeyindeki öğrencilerin alt ve orta gelir düzeyindeki öğrencilere göre İB puanı istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda çıkan sonucun nedeni; ülkemizde internet erişiminin her geçen gün yaygınlaşmasıyla beraber, internete erişim açısından sosyoekonomik farklılıkların ortadan kalkması olarak düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan öğrencilerin anne-baba medeni durumunun BDÖ ve İB ölçeği puanlarına etkisi değerlendirildi. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Mayda ve ark.'nın (108) yaptığı çalışmada anne ve babası ayrı olanlarda İB düzeyleri yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu farklılığın nedeni, anne ve babası ayrı olan bireylerin, sosyal yaşamda bulamadığı aile ve arkadaşlık ortamını internette aramasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşadığı yerler ile BDÖ ve YİBT-KF ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirildi. Öğrencilerin yaşadığı yerin İB düzeylerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edildi. Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde yaşanan yer ile İB düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (120). Mersin Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada beraber yaşanan kişi ile İB düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (127). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada öğrencilerin barınma koşulları ile İB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (128). Literatüre zıt olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp fakültesi'nde yapılan bir tez çalışmasında arkadaşları ile yaşayan öğrencilerde İB düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (129). Bu farklılığın nedeni arkadaş ortamında beraber oynanan oyunlar olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşları ile depresyon ve İB düzeyleri değerlendirildi. Yaş arttıkça İB ve depresyon düzeylerinin azaldığı tespit edildi. Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan çalışmada ise depresyon düzeyleri ile yaş arasında bir ilişki saptanmamıştır (130). Çalışmamızla benzer şekilde Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan araştırmada yaş arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir (120). Bunun nedeni üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin çevrelerine uyum sağlamada zorlanmaları olabilir. Çalışmamızın aksine

İnönü üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada yaşla beraber depresyon düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (131). Erciyes Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada yaş arttıkça İB düzeyinin azaldığı, depresyon skorlarının ise arttığı tespit edilmiştir (107). Taiwan'da 3662 adolesan ile yapılan bir çalışmada yaş ile İB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (132). Yaşla ilgili literatür bulgularının farklı olması, araştırmaların yapıldığı toplumlar arasındaki farklılıklara, araştırma gruplarının yaş dağılımına, araştırmaların yapıldığı zaman diliminin farklı olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sınıf düzeyleri ile depresyon ve İB düzeyleri değerlendirildi. Sınıf düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalırken, sınıf düzeyi ile İB arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bunun nedeni öğrencilerin sınıf geçtikçe çevrelerine alışması ve tıp fakültesinin zorlukları ile başa çıkmayı öğrenmesi olabilir. Çalışmamızın aksine Pamukkale Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise sınıf düzeyleri yükseldikçe depresyon puanları artmıştır (133). Hasan Kalyoncu Üniversitesi'nde yapılan araştırmada eğitim görülen sınıf ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır (134). Ahi Evran Üniversitesi'nde lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, sınıf düzeyinin artmasıyla İB skorlarının azaldığı tespit edilmiştir (119). Bu farklılığın nedeni üniversite sınavına girecek öğrencilerin internet kullanımını kısıtlaması olabilir.

Dalbudak ve ark.'nın (135) yaptıkları araştırma sonuçlarına göre depresif bireylerin aşırı internet kullanmaya yatkın oldukları gösterilmiştir. Tayvan'da yapılan bir çalışmada internet bağımlısı olan ergenler, interneti stresten kaçış ve depresyon durumlarını hafifletici bir ortam olarak gördüklerini belirtmişlerdir (126). Shapira ve ark.'nın (136) yaptığı bir çalışmada internet kullanımı ile ilgili problemleri olan bireylerin büyük çoğunluğunda duygudurum bozukluğu tespit edilmiştir. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada ise BDÖ puan ortalaması ile YİBT-KF puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (120). Mayda ve ark.'nın (108) üniversite yurdunda kalan öğrencilerle yaptığı bir çalışmada depresyona yatkınlığı olan öğrencilerin %80'inde İB tespit edilmiştir. İB ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (108). Üneri ve ark.'nın (2) bir grup lise öğrencisinde yaptığı kesitsel bir çalışmada bağımlılık puanına değişkenlerin etkisi bakılmış, depresyon skoru arttıkça bağımlılık düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir (2). Bizim çalışmamızda da literatüre uygun olarak İB ve

depresyon ölçek puanları arasında karşılıklı olarak pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Depresyon ve İB etyolojisinde benzer nörohümorale yolakların bulunması bu duruma yol açmış olabilir. Depresyondaki bireylerin interneti bir rahatlama ortamı ve sorunlardan kaçış yeri olarak görmesi de bu duruma yol açan başka bir etkidir. Ayrıca bilindiği gibi İB'ye ek komorbid psikiyatrik tanılarının varlığı bir istisna değil neredeyse kuraldır (93). Kırşehir'de yapılan bir çalışmada ise literatüre ters olarak depresyon ve İB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (119).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin internet kullanma süreleri ile depresyon ve İB düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi. Sonuçlarımızın literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görüldü. Yıl olarak interneti kullanma süresi uzadıkça ve gün içinde internet başında geçirilen süre uzadıkça, internet bağımlılığının arttığı tespit edildi. Erciyes Üniversitesi'nde yapılan çalışmada yıl olarak interneti kullanma süresi ve gün içinde internet başında geçirilen süre ile İB arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. İnternet başında geçirilen ekstra her bir saatin İB riskini %10 arttırdığı tespit edilmiştir (107). Tayland'da tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada internet başında geçirilen sürenin uzamasıyla birlikte İB riskinin arttığı tespit edilmiştir (137). Bir grup lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada, katılımcılar İB puanlarına göre dört gruba ayrılmış ve bu gruplara değişkenlerin etkisi bakılmış. İnternette kalma süresi arttıkça İB skorlarının anlamlı olarak yükseldiği tespit edilmiştir (2). Ödül eksikliği hipotezine göre, doğal ödüller (su, yiyecek, içecek) ile yeterince doyum sağlayamayan kişiler ödül yolağını uyaran davranışlara yönelirler. İnternet kullanımı, alkol ve madde kullanımının yarattığı etkiyi yaratarak, kişide davranışsal motivasyon geliştirir (90). Yineleyen internet kullanımı ve artan kullanım saatlerinin, aynen madde bağımlılığında olduğu gibi bağımlılık üzerine pozitif bir geribesleme yaptığı söylenebilir.

6. SONUÇLAR

İnternet bağımlılığı; bireyleri psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik yönden etkileyen bir problemdir. Aile hekimliğinin temel ilkelerinden olan bütüncül biyopsikososyal yaklaşım gereği İB özellikle aile hekimlerini, psikologları, sosyologları ve klinisyenleri ilgilendiren bir sorundur. Kesitsel olarak yaptığımız bu çalışmada depresyon ile internet bağımlılığını çeşitli sosyodemografik verilerle beraber değerlendirdik. Bulgular ve tartışma bölümlerinde de belirttiğimiz bazı önemli verileri şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Çalışmamızda sigara kullanımı ile depresyon ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık. Bu ilişki literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları ile uyumluydu. Çalışmamızın kesitsel olması nedeniyle sigara ve depresyon arasındaki ilişkinin yönü belirlenememiştir. Bunun için daha geniş kapsamlı ve prospektif nitelikte çalışmaların yapılması gerekmektedir.
2. Çalışmamızda anne eğitim düzeyi ile İB ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık. Yapılan post-hoc analizlerde yüksek internet bağımlılığını oluşturan grubun, annesi üniversite mezunu olan öğrenciler olduğunu tespit ettik. Anne eğitim düzeyinin genel olarak düşük olduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan çalışmamıza göre anne eğitim düzeyinin yüksek olması İB için bir risk faktörü olabilir. Çalışmamız bölgemizde yapılacak daha geniş kapsamlı tanımlayıcı çalışmalara öncülük edebilir.
3. Öğrencilerde günlük internet kullanımı süresi ve yıl olarak interneti kullanım süresi uzadıkça internet bağımlılığı geliştirme oranları artmaktadır. İnternet kullanım amaçlarının detaylı sorgulandığı ve derslerdeki başarı durumunun değerlendirildiği ek çalışmalara gereksinim vardır. Öğrencilere internet bağımlılığının olası zararları konusunda eğitim ve seminerler verilmelidir. Öğrencilere yönelik üniversite ilgili birimlerince talep olması durumunda ders ve sosyal yaşamlarında internetin sağlıklı kullanımı eğitimi ile ilgili rehabilitasyon çalışmalarının planlanması gündeme alınmalıdır.
4. Çalışmamızda internet başında geçirilen süre, yıl olarak interneti kullanım süresi ve İB arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. İnternetin kapsama alanının her geçen gün artması ve yaşamın her alanında kullanımı sonucu günlük internet

başında geçirilen süre uzamaktadır. Bu sebepten dolayı internet bağımlılık oranlarının her geçen gün artacağı ve kullanım yaşının düşeceği öngörülmektedir. İnternetin daha akılcı ve faydalı kullanılması için bireyler eğitilmeli, özellikle internet başında geçirilen sürenin kısıtlanması için bilgilendirici yayınlar ve eğitimler düzenlenmelidir.

5. Çalışmamızda yaş ile depresyon ve İB düzeyleri arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Çalışmamız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapıldığı için yaş grubu aralığı dardır. Bu durum yaş ile İB arasındaki ilişkiyi genel topluma yansıtmamız açısından kısıtlayıcı bir faktördür. Daha geniş örneklemli ve kısıtlılıkları olmayan çalışmalar yapılması gerekmektedir.

6. Yaş ile ilgili literatür bilgileri farklılık göstermektedir. Bu sebepten dolayı İB toplumun her kesimini ilgilendiren bir sorundur. Farkındalığın artırılması ve güvenli internet kullanımı için; ailelere, çocuklara, ergenlere ve üniversite öğrencilerine yönelik eğitimler düzenlenmelidir.

7. Çalışmamızda sınıf düzeyi ile depresyon ölçek skorları arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Literatürdeki bilgiler farklılık göstermektedir. Çalışmaların yapıldığı coğrafyaların farklı olması bu sonuca yol açmış olabilir.

8. Çalışmamızda depresyon ve İB ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuç diğer literatür bilgileri ile uyumluydu. Ancak çalışmamız kesitsel nitelikte olması sebebiyle, İB ve depresyon arasındaki ilişkinin nedenselliği tam olarak belirlenememiştir. Bunun için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalar yapılmalıdır. İB ve depresyon riski bulunan öğrencilere erken dönemde müdahale edilerek bu kısır döngü kırılmalıdır.

9. İnternet bağımlılığına ilişkin ortak görüşün sağlanabilmesi için ortak ölçekler, tanı ve tedavi kriterlerinin oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

10. Birinci basamak hekimlerinin, internet bağımlılığına etki eden faktörlerin irdelendiği çalışmaları takip etmesi ve risk gruplarını bu açıdan değerlendirmesi önemlidir. İB'na eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmesi ile işlevsellik ve yaşam kalitesi artacaktır.

7.KAYNAKÇA

1. Chou C, Condron L, Belland JC. A review of the research on internet addiction. *Educational Psychology Review*. 2005;17(4):363-388.
2. Üneri ÖŞ, Tanıdır C. Bir grup lise öğrencisinde internet bağımlılığı değerlendirmesi: kesitsel bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2011;24(4):265-272.
3. Murali V, George S. Lost online: an overview of internet addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13(1):24-30.
4. Alavi SS, Marac, MR, Jannatifard F, Eslami M, Haghighi M. A survey of relationship between psychiatric symptoms and internet addiction in students of Isfahan Universities. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;16(6):793–800.
5. Carli V, Durkee T, Wasserman D, et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*. 2013;46(1):1-13.
6. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):34-38.
7. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*. 2013;34:119-138.
8. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6(1):51-66.
9. Gül IG, Karlıdağ R. Düünden Bugüne Depresyon. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):1-6.
10. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74.
11. Yazıcı O, Oral T. Psikoz Manik-Depresiften İki Uçlu Bozukluğa: Tanım ve Yaklaşımda Neler Değişti? *Klinik Gelişim*. 2009;22(4):18-21.

12. Vestergaard P, Licht RW. 50 Years with lithium treatment in affective disorders: present problems and priorities. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2001;2(1):18-26.
13. Yalvaç HD. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2012;5(2):7.
14. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*. 1998;1:5-12.
15. Kaya B, Kaya M. 1960'lerden Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10(6):3-10.
16. Savrun BM. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu Bildiri Kitabı, s.11. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2-3 Aralık 1999.
17. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Archives of General psychiatry*. 1984;41(10):959-967.
18. Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*. 1992;106:71-74.
19. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9(90):1-16.
20. Olchanski N, Myers MM, Halseth M, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical Therapeutics*. 2013;35(4):512-522.
21. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 1998. (https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ruh_sagligi/ulke_uygulamalar/i/2SB_turkiye_ruh_sagligi_profili_raporu_1998.pdf erişim tarihi:12.06.2019).
22. Rihmer Z, Angst J. Epidemiology of bipolar disorder. *Medical Psychiatry*. 2005;32:21-30.
23. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003;74(1):5-13.

24. Oldehinkel AJ, Wittchen HU, Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. 1999;29(3):655-668.
25. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*. 2012;138(1-2):165-169.
26. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5:8-15.
27. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:208-219.
28. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biological Psychiatry*. 1999;45(3):300-307.
29. Yalvaç HD, Dikilitaş YC, Yedikardaşlar A, Emül C, Ünal MS. Bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*. 2011;1(2):16-20.
30. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2): 87-98.
31. Wichers M, Maes HH, Jacobs N, Derom C, Thiery E, Kendler KS. Disentangling the causal inter-relationship between negative life events and depressive symptoms in women: a longitudinal twin study. *Psychological Medicine*. 2012;42(9):1801-1814.
32. Mengel MB, Scwiebert LB. Aile hekimliği ayaktan tedavi ve korunma. Ed: Aydoğan Ü, Sağlam K. *Depresyon, Çeviri: Aydemir İ. pp. 690-699, Güneş kitabevi, Ankara, 2013.*

33. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, NY)*. 2003;301(5631):386-389.
34. Şengül AC, Herken H. Depresyonun genetiği. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):21-26.
35. Cumurcu BE, Gül IG. Depresyonun nörobiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):27-33.
36. Bremner JD, Narayan M, Anderson ER, Staib LH, Miller HL, Charney DS. Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(1):115-118.
37. Mann JJ. Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*. 1999;21(1):99-105.
38. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic function in suicide. *Archives of Suicide Research*. 2007;11(3):235-246.
39. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon kliniği. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):34-38.
40. Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 2000;12(S1):69-76.
41. Oxman TE, Barrett J. Depression and hypochondriasis in family practice patients with somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*. 1985;7(4):321-329.
42. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği. 2013;92-94
43. Taycan SE. Depresyon psikofarmakolojisi. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):77-86.
44. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1991;52(S1):28-34.

45. Leentjens AF, Rundell JR, Wolcott DL, Guthrie E, Kathol R, Diefenbacher A. Reprint of: Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and the Academy of Psychosomatic Medicine (APM). Journal of psychosomatic research. 2011;70(5):486-491.
46. Porcelli S, Fabbri C, Serretti A. Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy. European Neuropsychopharmacology. 2012;22(4):239-258.
47. Chew ML, Mulsant BH, Pollock BG, et al. Anticholinergic activity of 107 medications commonly used by older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2008;56(7):1333-1341.
48. Erbay LG, Kartalcı Ş. Depresyonda bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics. 2012;5(2):97-102.
49. Çalıyurt O, Ceviz H, Tutuğ KC. Depresyonda somatik tedaviler. Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics. 2012;5(2):87-96.
50. Gökalp K, Gökalp S. Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı. Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi. 2108;12:91-98.
51. İnternetin Tanımı. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ce1d42eca05e6.49145707 . Erişim tarihi: 18.04.2019 22:00.
52. Arisoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1(1):55-67.
53. Türkiye’de internet kullanan bireylerin yüzdesi ve evlerde internet erişiminin yüzdesi. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028. Erişim tarihi: 18.04.2019 22:00.
54. Dünyada internet kullanan bireylerin sayısı. <https://www.worldometers.info/> Erişim tarihi: 18.04.2019 22:00.

55. Shaw M, Black DW. Internet addiction. *CNS Drugs*. 2008;22(5):353-365.
56. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Wu HY, Yang MJ. The comorbid psychiatric symptoms of internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health*. 2007;41(1):93-98.
57. Young KS. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in clinical practice: A source book*. 1999;17(17):351-352.
58. K ro lu, E. Amerikan Psikiyatri Birli i Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı.1994:78-89.
59. Bozkurt H, Şahin S, Zoro lu S. İnternet ba ımlılı ı: Güncel bir gözden geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*. 2016;6(3):235-247.
60. Dalbudak E. İnternet ba ımlılı ında tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel*. 2016;6(3):183-191
61. Griffiths M. Behavioural addiction: an issue for everybody? *Employee Councelling Today*. 1996;8(3):19-25.
62. Dalbudak E, Evren C, Topcu M, et al. Relationship of Internet addiction with impulsivity and severity of psychopathology among Turkish university students. *Psychiatry Research*. 2013;210(3):1086-1091.
63. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*. 1998;1(3):237-244.
64. Beard KW, Wolf EM. Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*. 2001;4(3):377-383.
65. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*. 2001;17(2):187-195.
66. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, et al. Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*. 2003;17(4):207-216.
67. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction (Abingdon, England)*. 2010;105(3):556-564.

68. Yayan EH, Arikan D, Saban F, Gürarslan Baş N, Özel Özcan Ö. Examination of the correlation between internet addiction and social phobia in adolescents. *Western Journal of Nursing Research*. 2017;39(9):1240-1254.
69. Park S, Jeon HJ, Bae JN, Seong SJ, Hong JP. Prevalence and psychiatric comorbidities of internet addiction in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Investigation*. 2107;14(6):879-882.
70. Kuss D, Griffiths M, Karila L, Billieux J. Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*. 2104;20(25):4026-4052.
71. Greenfield DN. Psychological characteristics of compulsive Internet use: A preliminary analysis. *Cyberpsychology and Behavior*. 1999;2(5):403-412.
72. Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*. 2000;16(1):13-29.
73. Chou C, Hsiao M-C. Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Computers and Education*. 2000;35(1):65-80.
74. Whang LSM, Lee S, Chang, G. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*. 2003;6(2):143-150.
75. Kaltiala-Heino R, Lintonen T, Rimpelä A. Internet addiction? Potentially problematic use of the internet in a population of 12–18 year-old adolescents. *Addiction Research and Theory*. 2004;12(1):89-96.
76. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004;58(5):487-494.
77. Leung L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *CyberPsychology and Behavior*. 2004;7(3):333-348.

78. Niemz K, Griffiths M, Banyard P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the general health questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology and Behavior*. 2005;8(6):562-570.
79. Aboujaoude E, Koran LM, Gamel N, Large MD, Serpe RT. Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectrums*. 2006;11(10):750-755.
80. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. The Shorter PROMIS Questionnaire and the internet addiction scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. *CNS Spectrums*. 2006;11(12):966-974.
81. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *Journal of School Health*. 2008;78(3):165-171.
82. Ghassemzadeh L, Shahraray M, Moradi A. Prevalence of Internet addiction and comparison of Internet addicts and non-addicts in Iranian high schools. *Cyberpsychology and Behavior*. 2008;11(6):731-733.
83. Bakken IJ, Wenzel HG, Götestam KG, Johansson A, Øren A. Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2009;50(2):121-127.
84. Lin MP, Ko HC, Wu JYW. Prevalence and psychosocial risk factors associated with internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2011;14(12):741-746.
85. Canan F, Ataoglu A, Nichols LA, Yildirim T, Ozturk O. Evaluation of psychometric properties of the internet addiction scale in a sample of Turkish high school students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010;13(3):317-320.
86. Adiele I, Olatokun W. Prevalence and determinants of Internet addiction among adolescents. *Computers in Human Behavior*. 2014;31:100-110.

87. Kuss DJ, Van Rooij AJ, Shorter GW, Griffiths MD, van de Mheen D. Internet addiction in adolescents: prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*. 2013;29(5):1987-1996.
88. Caplan SE. Preference for online social interaction: A theory of problematic internet use and psychosocial well-being. *Communication Research*. 2003;30(6):625-648.
89. Siyez DM. Üniversite öğrencilerinde onay bağımlılığı ve empatinin sosyal fayda aracılığıyla aşırı internet kullanımına etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16(1):30-36.
90. Blum K, Cull JG, Braverman ER, Comings DE. Reward deficiency syndrome. *American Scientist*. 1996;84(2):132-145.
91. Yuan K, Qin W, Wang G, et al. Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. *Plos One*, 2011;6(6):20708.
92. Kim SH, Baik SH, Park CS, Kim SJ, Choi SW, Kim SE. Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with internet addiction. *Neuroreport*. 2011;22(8):407-411.
93. Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry*. 2016;6(1):143-176
94. Floros G, Siomos K, Stogiannidou A, Giouzepas I, Garyfallos G. Comorbidity of psychiatric disorders with internet addiction in a clinical sample: the effect of personality, defense style and psychopathology. *Addictive Behaviors*. 2014;39(12):1839-1845.
95. Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroglu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013;67(5):352-359.
96. Gençer AG, Karadere ME, Okumuş B, Hocaoglu Ç. DSM-5'e giremeyen tanılar (kompulsif satın alma, misophonia, facebook kıskançlığı, pagofaji, siberkondria,

- internet Bağımlılığı). *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2018;11(3):87-96.
97. Block JJ. Issues for DSM-V: internet addiction. *Am J Psychiatry*. 2008;165(3):306-307
98. Dell'Oso B, Altamura AC, Hadley SJ, Baker BR, Hollander E. An open-label trial of escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2006;(16):82-83.
99. King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD, Gradisar M. Assessing clinical trials of internet addiction treatment: a systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(7):1110-1116.
100. Atmaca M. A case of problematic internet use successfully treated with an SSRI-antipsychotic combination. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2007;31(4):961-962.
101. Bostwick JM, Bucci JA. Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clinic Proceedings*. 2008;83(2):226-230.
102. Han DH, Hwang JW, Renshaw PF. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2010;18(4):101-117.
103. Şenormancı Ö, Konkan R, Güçlü O, Şenormancı G. Two cases of excessive internet use with comorbid family relationship problems. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2014;51(3):280-282.
104. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4(6):561-571.
105. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *J. Psychol*. 1989;7:3-13.

106. Kutlu M, Savcı M, Demir Y, Aysan F. Young internet bağımlılığı testi kısa formunun türkçe uyarlaması: üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17(1):69-76.
107. Günay O, Öztürk A, Arslantaş EE. Erciyes üniversitesi öğrencilerinde internet bağımlılığı ve depresyon düzeyleri. *Neurological Sciences*, 2018;31:79-88.
108. Mayda AS. Bir öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerindeki internet bağımlılığı ile Beck depresyon ölçeği arasındaki ilişki. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2015;(1):6-14.
109. Fidancıoğlu H, Beydağ KD, Gök-Özer F, Kızılkaya M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin internet kullanımına yönelik görüşleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2(1):3-9.
110. Kelleci M, Güler N, Sezer H, Gölbası Z. Lise öğrencilerinde internet kullanma süresinin cinsiyet ve psikiyatrik belirtiler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(3).
111. Younes F, Halawi G, Jabbour H, et al. Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: a cross-sectional designed study. *Journal Pone*. 2016;11(9):1-13.
112. Simkova B, Cincera J. Internet addiction disorder and chatting in the Czech Republic. *Cyberpsychology and Behavior*. 2004;7(5):536-539.
113. Balta ÖÇ, Horzum MB. Web tabanlı öğretim ortamındaki öğrencilerin internet bağımlılığını etkileyen faktörler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2008;41(1):187-205.
114. Lam LT, Peng Z, Mai J, Jing J. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Injury Prevention*. 2009;15(6):403-408.
115. Usta E, Bozdoğan AE, Yıldırım K. Sınıf öğretmeni adaylarının internet kullanımına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;8(1):209-222.

116. Balcı Ş, Gülnar B. Üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve internet bağımlılarının profili. Selçuk İletişim Dergisi. 2009;6(1):5-22.
117. Kim K, Ryu E, Chon MY, et al. Internet addiction in korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2006;43(2):185-192.
118. Bölükbaş K, Yıldız MC. internet kullanımında kadın-erkek eşitsizliği. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2005;12:103-113.
119. Sahin C. An analysis of the relationship between internet addiction and depression levels of high school students. Peer Review Academic Journal. 2014;1(2):53-67.
120. Pektaş İ, Mayda AS. Tıp fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığı düzeyi ve etkileyen etmenler. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(1):52-62.
121. Alaçam H, Ateşci FÇ, Şengül AC, Tümkeya S. Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının sigara ve alkol kullanımı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2015;16:383-388.
122. Kır İ, Sulak Ş. Eğitim fakültesi öğrencilerinin internet bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;13(51):150-167.
123. Yılmazsoy B, Kahraman M. Uzaktan eğitim öğrencilerinin internet bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi. 2017;3(4):9-29.
124. Liao AK, Khoo A, Hwaang P. Factors influencing adolescents engagement in risky internet behavior. CyberPsychology and Behavior. 2005;8(6):513-520.
125. Gholamian B, Shahnazi H, Hassanzadeh A. The prevalence of internet addiction and its association with depression, anxiety, and stress, among high-school students. International Journal of Pediatrics. 2017;5(4):4763-4770.
126. Batıgün AD, Kılıç N. İnternet bağımlılığı ile kişilik özellikleri, sosyal destek, psikolojik belirtiler ve bazı sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. Türk Psikoloji Dergisi. 2011;26(67):1-10.

127. Aslan E. Internet addiction among university students and related sociodemographic factors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016;19(3):109-117.
128. Ergin A, Uzun SU, Bozkurt AI. Tıp fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığı sıklığı ve etkileyen etmenler. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2013;(3):134-142.
129. Şen A. Tıp fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığı yaygınlığı, internet bağımlılığının sosyodemografik özellikler, depresyon ve sosyal fobi ile ilişkisi. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi*, Kocaeli 2015.
130. Bozkurt N. Bir grup üniversite öğrencisinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler. *Eğitim ve Bilim*. 2004;29(133):52-59.
131. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):137-146.
132. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric symptoms in adolescents with internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008;62(1):9-16.
133. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(3):155-161.
134. Ulas B, Tatlibadem B, Nazik F, Sonmez M, Uncu F. Üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;2(3):71-75.
135. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Coskun KS, Ugurlu H, Yildirim FG. Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*. 2013;16(4):272-278.
136. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck Jr PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*. 2000;57(1-3):267-272.

137. Boonvisudhi T, Kuladee S. Association between internet addiction and depression in Thai medical students at faculty of medicine. Plos One. 2017;12(3):1-10.



8.EKLER

Ek 1: Sosyodemografik veri formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Yaşınız:

2-Cinsiyet erkek(.....) kız (.....)

3.Sınıfınız:

4.Anne-baba medeni durum: ayrı(....) birlikte(....) anne yaşamıyor(...) baba yaşamıyor(....)

5.kiminle yaşıyorsunuz: yalnız(...) aile(.....) arkadaş(.....) yurt(....)

6.Anne yaşı:

7-Baba yaşı:

5-Anne eğitim düzeyi: ilkokul.... Ortaokul..... lise..... üniversite.....

6-Baba eğitim düzeyi: ilkokul.....ortaokul.....lise..... üniversite.....

7-Kardeş sayısı 1(....) 2(....) 3(....) 4 ve üstü(...)

8-Evde internet var mı? Var(....) Yok (....)

9-Sigara kullanıyor musunuz? Evet(....) Hayır(....)

10-Odanızda bilgisayar var mı ? Var(....) Yok(.....)

11-İnternet başında geçirdiğiniz süre ne kadardır? 1saat (....) 1-2 saat(....)3-4saat(.....)

5-6 saat (.....)7saat ve üzeri(....)

12-Ailenizin gelir düzeyi nedir? Düşük(....) orta(.....) yüksek(.....)

13.kaç yıldır internet kullanıyorsunuz? 1yıldan az(.....) 1-5 yıl(...) 5-10 yıl(....) 10 yıl üzeri(....)

14.internete nerden bağlanıyorsunuz? Ev(....) kafe(....) okul(.....) cep telefonu(...) diğer(....)

Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|--|
| 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar vermiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar vermiyorum. |
| 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor. | 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum. | 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıdığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | |

Ek 3: Young İnternet Bağımlılık Testi Kısa Formu (YİBT-KF)

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

Ölçek kaynak gösterilerek kullanılabilir.

Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(Suppl.1):69-76

