



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUK VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMININ PROBLEM ÇÖZME
BECERİLERİ VE EGO FONKSİYONLARI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. NADİRE ÇENGEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

PROF. DR. AHMET RİFAT ŞAHİN

SAMSUN-2019



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUK VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMININ PROBLEM ÇÖZME
BECERİLERİ VE EGO FONKSİYONLARI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. NADİRE ÇENGEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimi hazırlama sürecinde desteğini esirgemeyen, bilgi ve hoşgörüsü ile yanında çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN'e;

Asistanlık dönemim boyunca bilgilerinden ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Ali Cezmi ARIK, Prof. Dr. Hatice GÜZ, Prof. Dr. Ömer BÖKE, Doç. Dr. Gökhan SARISOY, Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU'na;

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan ve tanımaktan keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarım ve tüm psikiyatri kliniği ekibine;

Yaşamım boyunca hiçbir fedakarlıktan kaçmayarak beni destekleyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiğim annem, babam, kardeşim ve sevgili eşim Dr. Onur Mustafa ÇENGEL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs, 2019

Nadire ÇENGEL

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı:	Nadire Çengel		
Doğum Tarihi ve Yeri:	18.06.1989 / Trabzon - Merkez		
Öğrenim Durumu:			
Derece	Okul	Yıl	
İlk/Orta	Cudibey İlköğretim Okulu	1996-2003	
Lise	Trabzon Yomra Fen Lisesi	2003-2006	
Lisans/Yüksek Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	2006-2013	
Görevler:			
Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl	
Pratisyen Hekim	Şanlıurfa Siverek Devlet Hastanesi	2013	
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	2014	
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	2014-2019	
Projelerde Yaptığı Görevler			
1.			
2.			
Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler			
1.Türkiye Psikiyatri Derneği			
2.			
Yayınlar			
1.			
2.			

BEYAN

“Panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunda problemlı internet kullanımının problem çözme becerileri ve ego fonksiyonları ile ilişkisi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta problemli internet kullanımını araştırmak ve problemli internet kullanımı durumunun ego fonksiyonları ve problem çözme becerileri ile ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza yaygın anksiyete bozukluğu olan 78 kişi, panik bozukluğu olan 53 kişi ve 50 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, İnternet Bağımlılığı Testi, Problem Çözme Envanteri, Ego Fonksiyonları Derecelendirme Ölçeği uygulandı. Hastalar ayrıca Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirildi. Katılımcılar sosyodemografik veriler, internet bağımlılığı, problem çözme becerileri algısı, ego fonksiyonlarının adaptifliği açısından karşılaştırılmıştır. İnternet bağımlılığı ile ego fonksiyonları kullanımı ve problem çözme becerileri algısı arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Hasta grubunun kontrol grubuna göre internet bağımlılığı testi puanları daha yüksekti ancak gruplar arasında internet bağımlılığı açısından anlamlı fark bulunmadı. Hasta grubunun problem çözme becerisi algıları daha olumsuz, ego fonksiyonları daha uyumsuzdu. Her üç grupta internet birinci kullanım amacı olarak ‘sosyal medya’ kullanımı yer alıyordu. Katılımcıların günlük internet kullanım süresi ile problemli internet kullanımı arasında pozitif yönlü ilişki vardı. Kişilerin problemli internet kullanım seviyesi arttıkça, olumlu problem çözme becerisi algıları ve ego fonksiyonlarının adaptifliği azalmaktaydı.

Sonuç: Yab ve pb grubunun kontrol grubuna göre internet bağımlılığı testi puanları daha yüksektir. İnternet bağımlılığı testi ile problem çözme envanteri ve ego fonksiyonları değerlendirme ölçeği arasında korelasyon bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, internet bağımlılığı, problemli internet kullanımı, problem çözme becerisi, ego fonksiyonları

ABSTRACT

Objective: The aim of our study was to investigate problematic internet use in generalized anxiety disorder and panic disorder and to investigate the relationship between problematic internet use and ego functions and problem solving skills.

Method: The study included 78 people with generalized anxiety disorder, 53 people with panic disorder and 50 healthy subjects. Participants were compared in terms of sociodemographic data, internet addiction, perception of problem-solving skills, adaptability of ego functions. Patients were also evaluated with Hamilton Depression Rating Scale and Hamilton Anxiety Rating Scale. In terms of sociodemographic data; internet addiction, problem solving skills perception, ego functions were compared in terms of adaptive use. The relationship between internet addiction and the use of ego functions and perception of problem solving skills were examined.

Results: The Internet addiction test scores of the patient group were higher than the control group but there was no significant difference between the groups in terms of internet addiction. The patient group's perception of problem solving skills was more negative and ego functions were more incompatible. In all three groups the use of 'social media' was the first usage aim of the internet. There was a positive correlation between daily internet usage time and problematic internet use. As the problematic internet usage level of the individuals increased, positive problem-solving ability perceptions and the adaptation of ego functions decreased.

Conclusion: The internet addiction test scores of the yab and pb groups were higher than the control group. There was a correlation between internet addiction test and problem solving inventory and ego function evaluation scale.

Key Words: Generalized anxiety disorder, panic disorder, internet addiction, problematic internet usage, problem solving skills, ego function

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
ÖZGEÇMİŞ.....	II
BEYAN.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
KISALTMALAR	VIII
TABLO LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	3
2.2. Panik Bozukluk.....	4
2.3. Problemlı İnternet Kullanımı	5
2.3.1. İnternetin Tanımı ve Tarihçesi	5
2.3.2. Türkiye’de İnternetin Durumu	5
2.3.3. Problemlı İnternet Kullanımı Tanı.....	6
2.3.4. Problemlı İnternet Kullanımı Epidemiyoloji.....	13
2.3.5 Problemlı İnternet Kullanımı Etiyoloji	13
2.3.6. Problemlı İnternet Kullanımı Tedavisi	16
2.4. Ego Fonksiyonları.....	17
2.5. Problem Çözme.....	21
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER	27
3.1. Amaç	27
3.2. Hipotezler	27
4. HASTALAR VE YÖNTEM.....	28

4.1. Örneklem	28
4.2. Veri toplama araçları	29
4.2.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-2)	29
4.2.2. İnternet Bağımlılığı Testi (Ek-3)	29
4.2.3. Problem Çözme Envanteri (Ek-4).....	29
4.2.4. Ego Fonksiyonları Değerlendirme Ölçeği (Ek-5)	30
4.2.5. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Ek-6)	30
4.2.6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Ek-7).....	31
4.3. İstatistiksel Değerlendirme	31
5. BULGULAR	32
6. TARTIŞMA	48
7. SONUÇLAR	59
8. KAYNAKLAR	60
8. EKLER.....	70

KISALTMALAR

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

PB: Panik Bozukluk

DSM: Diagnostik and Statistical Mental Of Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliğı)

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

İB: İnternet Bağımlılığı

PIK: Problemlı İnternet Kullanımı

EFDÖ: Ego Fonksiyonları Değerlendirme Ölçeğı

PÇE: Problem Çözme Envanteri

TABLO LİSTESİ

Tablo-1: Katılımcıların sosyodemografik verilerine ait veriler

Tablo-2: Katılımcıların internet kullanım durumu, internet kullanılan günler, internet kullanılan saatler ve internet ilk sırada kullanım amacı ile ilgili bilgiler

Tablo-3: Katılımcıların günlük iş amaçlı ve toplam internet kullanım süreleri

Tablo-4: Katılımcıların internet bağımlılığı testi puanları

Tablo-5: Katılımcıların problemlili internet kullanım bilgileri

Tablo-6: İnternet kullanan tüm hasta grubunun problemlili internet kullanım durumu ve ilişkili bilgiler

Tablo-7: Katılımcıların problem çözme becerileri algılarına dair bilgiler

Tablo-8: Katılımcıların ego fonksiyonları kullanımı ile ilişkili bilgiler

Tablo-9: Hasta gruplarında depresyon varlığının kişilerin problemlili internet kullanımı, kendilerinin problem çözme becerileri, ego fonksiyonlarını adaptif kullanımı ile ilişkisi

Tablo-10: Katılımcıların PÇE ve İBT puanları arasındaki ilişki

Tablo-11: Katılımcıların İBT puanları ve EFDÖ puanları arasındaki ilişki

1. GİRİŞ

İnternet günümüzde bireyin sosyal ihtiyaçlarını giderdiği, fatura ödeme ve başvuru gibi işlemlerini daha hızlı halledebildiği, günlük işlerle ilgili basit bilgilerden akademik alandaki bilgilere kadar kolayca aramalarını gerçekleştirebildiği, güncel haberleri istediği zaman takip edebildiği, birçok alanda eğlence amaçlı kullanabildiği bir araçtır. Akıllı telefonların kullanılmaya başlamasıyla internete ulaşım daha kolay hale gelmiştir. Yaklaşık son 20 yıldır birçok anlamda hayatı kolaylaştıran internet ile ilgili 'bağımlılık', 'problemlili kullanım' gibi terimlerden bahsedilmektedir. İnternet bağımlılığı bağımlı olan kişi için fiziksel, ruhsal ya da sosyolojik anlamda bozulmalara sebep olacak kadar internet kullanımı ile ilgili zihinsel meşguliyet, davranış ya da dürtülere sahip olma olarak tanımlanır (1). Kullanılan terimler konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda daha önce yapılmış çalışmalardan bahsedilirken, çalışmada 'internet bağımlılığı' ya da 'problemlili internet kullanımı (PIK) terimlerinden hangisi tercih edildiyse o şekilde kullanılmıştır. Kendi bulgularımızdan bahsedilirken 'problemlili internet kullanımı (PIK)' ibaresi kullanılmıştır.

PIK olan kişiler benlik saygıları daha düşük; kişiler arası ilişkilerde daha çok güçlük çeken; daha dürtüsel kişilerdir (2). Depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol bağımlılığı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi ruhsal hastalıklar sıklıkla internet bağımlılığına eşlik edebilir (3).

Problem çözme geçmişteki öğretilerle ve kişinin problem çözme becerisi ile yeni gelişen durumlara uyumlu cevap vermesi beklenen aktif bir süreçtir (4). Bağımlı kişilerin kişiler arası ya da içsel problemlerle baş etmede zorluk yaşadıkları, bu durumdan kaynaklanan negatif duygulardan kurtulmak için madde kullandıkları, madde kullanımını problemlerle başa çıkmada bir yol olarak gördükleri bilinmektedir (5). Baş etme mekanizması olarak olumlu problem çözme yöntemlerini kullanan kişilerde problemlili internet kullanımı daha az görülmekte olup, problemlili internet kullanımı olanların en çok kaçınan problem çözme stratejisini kullandıkları bilinmektedir. Stresli yaşam olaylarının da kendini suçlama, kuruntu yapma, geri

çekilme gibi kaçınan baş etme mekanizmaları aracılığı ile problemlili internet kullanmına yol açtığı düşünölmektedir (6).

Ego fonksiyonları, Bellak tarafından sistematize edilmiş 12 fonksiyondan oluşur. Ruhsal hastalıklarda ego fonksiyonlarının değeriendirildiğı çalışma sayısı oldukça azdır. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde olmayanlara göre bazı ego fonksiyonlarının daha az adaptif olduğu görölmüşür (7). Anksiyete bozukluklarında ego fonksiyonlarının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ego gücü daha yüksek olan kişilerin ego fonksiyonlarını daha adaptif kullandığı söylenebilir. Anksiyete seviyesi ile ego gücü arasında negatif bir ilişki olduğundan bahsedilir (8). Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin olmayan kişilere göre ego güçleri daha düşüktür ve problemlilerle baş etmekte güçlük çekerler (9).

PIK'nın birçok psikiyatrik hastalık ile birlikte olduğu bilinmektedir. Bu durum kişinin sosyal, ailevi ve mesleki yaşamı gibi birçok alanını olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hastalarında problemlili internet kullanımının, daha önce madde kullanım bozuklukları ile ilişkisi araştırılmış olan ego fonksiyonları ve problem çözme becerileri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), ilk kez DSM-III (Diagnostik Statistical Manual-III)'te yer almış ve daha önce serbest dalgalanan anksiyete ile birlikte epizodik anksiyete ataklarını ve otonomik düzensizliği tanımlayan bir terim olan "anksiyete nevrozunun" daha ileri bir değerlendirmesini içeren bir terim olarak karşımıza çıkmıştır, diğer anksiyete ve depresif bozuklukların olmadığı durumlarda kaygının rezidüel bir tanısı haline gelmiştir (10).

YAB, en az altı aylık bir dönem boyunca hemen her gün birçok olay veya etkinlik hakkında aşırı kaygı ve endişe duyma olarak tanımlanır. Endişenin kontrolü güçtür ve DSM-5'e göre kas gerginliği, irritabilite, uyuma güçlüğü, huzursuzluk, kolay yorulma, odaklanmada güçlük belirtilerinden en az üçünün olması gerekir (11).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında YAB'nin 12 aylık süre içinde yaygınlığı kadınlarda % 0.8, erkeklerde % 0.5 olarak bulunmuştur (12). YAB'ye ek ruhsal bir hastalığın eşlik etmesi sık gözlenen bir durumdur. Özcan ve ark. yaptıkları bir çalışmada 12 aylık dönemde herhangi bir depresif bozukluk veya diğer anksiyete bozukluğu ek tanısı oranı % 90.8 olarak bulunmuştur (13).

YAB'de korku ile ilişkili prefrontal korteks ve limbik yapıların, özellikle lateral amigdalanın oynadığı rol çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır. Ayrıca gama amino bütirik asid (GABA) / benzodiazepin (BZ) kompleksi, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), kolesistokinin (CCK), kortikotropin-salıverici etken (CRF), hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) eksen ve nörostereoidlerin de hastalığın patofizyolojisinde rol aldığı bilinmektedir (10).

Bunaltının psikodinamik açıklamasının, bilinçdışı bir çatışma durumunun benliğe yönelik bir tehlike olarak algılanması olduğundan bahsedilir (14). YAB'nin bilişsel ve davranışsal modellerinden birinden sorumlu olan beş faktör olumsuz yaşam olayları, biyolojik yatkınlık, yaygın stres cevabı, psikolojik yatkınlık ve baş etme becerilerinin ya da destek sisteminin olmaması şeklinde tanımlanmıştır (15).

YAB, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülür. Ortalama 20'li yaşlarda başlar ve dalgalanmalarla seyreder. Erken başlangıç yaşı, kadın cinsiyet, tedaviye uyumun olmaması kötü gidişatı gösterir (14).

2.2. Panik Bozukluk

Klein, "farmakolojik diseksiyon" adını verdiği bir yaklaşımla, anksiyetesi olan kişileri imipramine yanıt vermesi açısından ayırmış, imipramine yanıt verenleri YAB'den farklı olarak panik bozukluk (PB) olarak tanımlamıştır. PB'yi "anksiyete nevrozu"ndan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişidir (16).

Panik atakları bütün bunaltı bozukluklarında ya da başka ruhsal bozukluklarda ortaya çıkabilir. PB ise beklenmeyen panik atakları ile giden bir bunaltı bozukluğudur (14). Panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada, bedensel ve bilişsel 13 belirtiden, en az dördünün ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı durum olarak tanımlanmaktadır. DSM-5'te boyun ağrısı, kontrolsüz ağlama gibi kültüre özgü belirtilerden de bahsedilmiştir ancak tanı için gerekli dört belirti arasında sayılmaması önerilmiştir (11).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre genel toplumda PB yaygınlığı kadınlarda % 0.5, erkeklerde % 0.2'dir (12). Başlangıç genelde geç ergenlik ve erişkinlik döneminde olur. Hastaların yaklaşık % 30-40'ında tedavi sonrasında hastalık belirtisi kalmaz (17).

PB ile ilgili üzerinde en çok durulan erken yaşam olayı ebeveynlerden ayrılmadır. Cinsel ve fiziksel travmalar, stresli yaşam olayları da PB'ye yatkınlık yaratan nedenler arasında sayılmaktadır (18). Panik nöbetlerinin bilişsel açıklamasının temelinde, kişinin bedensel belirtilerini şiddetli bir tehdit, bir felaket gibi yorumlaması yatmaktadır (14).

YAB'ye benzer şekilde, korkunun merkezi olan amigdalanın PB'nin da nörobiyolojisinde temel rol oynadığı söylenmektedir (19). Gama amino bütirik asid, serotonin, norepinefrin, kolesistokinin yine YAB'ye benzer şekilde PB nörobiyolojisinde rol alan nörotransmitterlerdir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) panik bozukluğu uygulama kılavuzuna göre serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar (TCA), benzodiazepinler ya da bilişsel davranışçı terapiler ilk sıra tedavi seçenekleri arasında sunulmuştur (20).

2.3. Problemlili İnternet Kullanımı

2.3.1. İnternetin Tanımı ve Tarihçesi

İnternet sözcüğü bilindiği gibi “international network” sözcüklerinden üretilmiştir. Birçok bilgisayar sisteminin birbirine bağlı olduğu, dünya çapında yaygın olan ve sürekli büyüyen bir iletişim ağıdır. Aynı zamanda, insanların gittikçe artan “üretilen bilgiyi saklama, paylaşma ve ona kolayca ulaşma” istekleri sonrasında ortaya çıkmış bir teknolojidir (21). Scilelds (1996) internetin, “insanların rolü olmaksızın birbiri ile iletişim kuran bir grup bilgisayar ya da nesne olmadığını, yer ve zamanın ötesinde insanları birbirine bağlayan bir ağ olduğunu” belirterek internetin tanımını yapmıştır (22).

2.3.2. Türkiye’de İnternetin Durumu

1992 yılında “İnternet” adını alan iletişim ağının temelleri ilk olarak 1960’lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ile sovyetler birliği arasındaki rekabete dayalı, olası bir nükleer savaş sonrası mevcut haberleşme yollarının kesilmesi durumunda kesilmeyecek bir iletişim ağı oluşturmak adına “Arpanet” (Advanced Reseach Project Agency Network- İleri Araştırma Projesi Ajansı Bilgi Ağı) adıyla atılmıştır(23). İlk bilgisayar ağı, 1969 yılında California Üniversitesi’nin Los Angeles Kampüsü’nde kurulmuştur. ABD’de 1972 yılında “Bilgisayar İletişimi” adlı, bilim adamlarının gazetecilerin katıldığı bir konferans gerçekleşmiş, halkın internetten haberi bu şekilde olmuştur. Farklı bilgisayar ve ağların ortak bir dilde buluşmasını sağlamak amacı ile 1973 yılında TIP/IP (Transmission Control Protocol/Internet Protocol) geliştirilmiştir (24). 1991’de Tim Barnes Lee araştırmaların, bilgilerin paylaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla World Wide Web’i (www) icat etmiştir. Bununla beraber ticari anlamda da internetin kullanımı artmıştır.

Türkiye ilk internet bağlantısını 1993 yılında ODTÜ’de gerçekleştirmiştir. Daha sonra Ege Üniversitesi ve birçok üniversitede kullanılmaya başlanmıştır. 1996 yılında TURNET çalışmaya başlamış, 1997 yılında akademik camianın daha çok kullandığı ULAKNET’e geçilmiştir. 1999 yılında ticari anlamda da kullanım çok hızlı artmış, TTNET oluşumu ortaya çıkmıştır. 2000’li yıllarda akademik kullanım ULAKNET, ticari kullanım TTNET üzerinden yapılmış (25)

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre 2017 yılında Türkiye’de evden bilgisayar kullanım oranları erkek ve kadınlarda sırasıyla %65.7 ve %47.7 iken 2018 yılında bu oran erkek ve kadınlarda %68.6 ve %50.6’dır. Ev içerisinde internet kullanımı erkek ve kadınlarda sırasıyla 2017 yılı için %75,1 ve %58,7 iken, 2018 yılında %80.4 ve %65.5’e yükselmiştir. Bilgisayar ve internet kullanım oranlarının en yüksek olduğu yaş grubu 16-24 yaş grubudur ve tüm yaş gruplarında kullanım oranları erkeklerde yüksektir. Son üç ay içerisinde internet kullanım amacı olarak en çok % 79.5 ile sosyal medya üzerinde profil oluşturma, mesaj gönderme veya fotoğraf vb. içerik paylaşma tercih edilirken onu % 75.1 oranla sağlıkla ilgili bilgi arama (yaralanma, hastalık, beslenme vb.) takip etmektedir (26), (27).

2.3.3. Problemlı İnternet Kullanımı Tanı

İnternet kullanımının hızlı bir şekilde artması birçok olumlu sonuçla birlikte olumsuz sonuçlar da ortaya çıkarabilmektedir. İnternetin herkes tarafından kullanılabililiyor olması, kullanıcılar için istenilen her türlü bilgiye sınırsız erişimi herhangi bir denetim olmadan sağlanabilmesi kişinin sosyal, mesleki, ailevi hayatını birçok ölçüde etkileyebilmektedir (28).

DSM-5’te “bağımlılık” sözcüğü, tanısal terim olarak tercih edilmemiş. Terim olarak kullanılmamasına gerekçe olarak “belirsiz bir tanım olması ve olumsuz bir yan anlamı olması” gösterilmiştir (29). DSM-5’te mevcut olan “madde kullanım bozuklukları” nı, DSM-5 öncesinde “madde kötüye kullanımı” ve “madde bağımlılığı” kategorileri karşılıyordu. Bu kategorilerin eşğinde bağımlılık, “bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen

kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur” şeklinde tanımlanmıştır (30).

Kimyasal bağımlılıktan farklı olarak bilgisayar ve teknoloji bağımlılığının tanımlanmasının ardından, internet bağımlılığından (İB) ilk kez 1996 yılında APA’nın yıllık toplantısında Young bahsetmiştir (31). İnternet bağımlılığı terimi üzerinde çok tartışılmıştır ancak son 10 yıldır araştırmacılar tarafından “internet bağımlılığı” , “internet bağımlılığı bozukluğu” terimleri kullanılmaktadır. İnternet bağımlılığı yerine ‘bilgisayar bağımlılığı’, ‘online bağımlılık’, ‘siber bağımlılık’, ‘patolojik internet kullanımı’, ‘aşırı internet kullanımı’, ‘internet bağımlılığı bozukluğu’, ‘net bağımlılığı’ gibi tanımlamalar da kullanılmıştır (32).

Davis “bağımlılık” teriminin kişi ile uyaran arasında, özellikle fizyolojik kökenli bağımlılık için kullanılması ve özellikle madde kullanımı için literatürde yer almasından dolayı İB yerine patolojik internet kullanımı (PIK) terimini tercih etmiştir. PIK’ yi de spesifik ve genel patolojik internet kullanımı şeklinde ayırmıştır. Spesifik patolojik internet kullanımı; çevrimiçi cinsel material/servislerin kullanımı, çevrimiçi bahis servislerinin kullanımı, çevrimiçi alışveriş yapma, çevrimiçi kumar oynama gibi içeriğe özgü internet kullanımı olarak tanımlamıştır. Genel patolojik internet kullanımı ise internetin genel, çok yönlü kullanımı olarak tanımladığından, özellikle e-posta ve çevrimiçi sohbet içerikli kullanım için tercih edildiğinden, genelde sosyal bağlantı beklentisi için kullanıldığından bahsetmiştir (33).

Goldberg (1995) İB’yi “bir patoloji, bir hastalık, teknolojinin aşırı kullanımı, bir dizi dürtü kontrol ve davranış kalıpları” şeklinde tanımlamış ve İB tanı kriterlerini ilk tanımlayan kişi olmuştur (34). DSM-IV’ deki madde bağımlılığı kriterlerini internet kullanımına uyarlamıştır.

Goldberg'in İB için önerdiği tanı kriterleri şu şekildedir:

On iki aylık bir dönem içinde her hangi bir zamanda aşağıdaki kriterlerin en az üçü ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bozulmaya veya sıkıntıya yol açan internet kullanımının olması;

1. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanan tolerans gelişimi

a- İstenilen keyfi alabilmesi için belirgin olarak artmış internet kullanım süresi

b- Sürekli olarak aynı saatlerde internet kullanımı ile alınan keyifte azalma olması

2. Ağır ve uzun süreli internet kullanımı sonunda aşağıdakilerden en az ikisinin günler içinde ortaya çıkması (bir ay içinde ortaya çıkabilir) ve kişilerin bundan dolayı iş, sosyal ve önemli işlevsel alanlarda sıkıntı yaşamaları

a- Psikomotor ajitasyon

b- Bunaltı

c- İnternette neler olduğu hakkında takıntılı düşünceler

d- İsteyerek ya da istemeyerek tuşlara basma hareketi yapmak

e- İnternet hakkında fanteziler ve hayal kurmak

f- Bu sıkıntılı durumdan kurtulmak için internete veya benzeri servislere bağlanmak

3. İnternette genellikle planladığından daha uzun süre kalmak,

4. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için sürekli istek veya boşa çıkan çabalarda bulunmak,

5. İnternet kullanımı ile ilgili eylemlere çok uzun süreler ayırmak (kitap okumak, yeni web tarayıcıları ve programlar denemek, dosyaları düzenlemek)
6. İnternet kullanımı nedeniyle önemli olan toplumsal, mesleki etkinlik veya boş zamanları değerlendirme etkinliklerini bırakmak veya azaltmak
7. İnternet kullanımının, yol açtığı sorunlara (uykusuzluk, evlilik problemleri, işe ve randevulara geç kalma vb.) rağmen aşırı olarak devam etmek (35).

Young ise, DSM-IV'te kimyasal olmayan bağımlılığın dürtü kontrol bozuklukları içerisinde olmasından yola çıkarak, o zaman dürtü kontrol bozuklukları içerisinde yer alan DSM-5 ile birlikte madde kullanım bozuklukları içerisine alınan patolojik kumar oynama bozukluğunun tanı kriterleri üzerinden İB için tanı kriterleri oluşturmuştur (36). En az beş ya da daha fazlasının karşılanmasını İB için yeterli görmüştür.

Young'ın İB için oluşturduğu tanı ölçütleri:

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

7. Başkalarına (aile, arkadaşlar, terapist, vb) internette kalma süresi ile ilgili yalan söyleme

8. İnterneti sorunlardan kaçmak veya olumsuz duygulardan (örneğin, çaresizlik, suçluluk, çökkünlük, kaygı) uzaklaşmak için kullanma

Beard ve Wolf, Young'ın tanımladığı kriterlerin ilk beşine ek olarak işlevsellikle doğrudan ilgili olan son üç ölçütten en az birinin daha karşılanması gerektiğini önermişlerdir. İlk beş ölçütün işlevsellik bozulmadan da karşılanabileceğini savunmuşlardır (37).

Anderson (2001) üniversite öğrencileri arasında yaptığı çalışmada, DSM-IV madde bağımlılığı kriterlerinden esinlenip evet/hayır şeklinde yedi soruluk liste geliştirmiştir.

Anderson'ın İB için oluşturduğu liste aşağıda belirtildiği şekildedir:

1. İnternette geçirdiğim vakit sebebi ile diğer işlerime birden çok kez geç kalmışımdır.

2. İnternet kullanmam sebebi ile birden çok kez gecede dört saatten az uyumuşumdur.

3. Bir kereden fazla olmak üzere, internet kullanımına ara vermektense yemek yemediğim olmuştur.

4. Okuldan uzakta olduğumda genelde internete girmenin başka yollarını arardım.

5. İnternette daha çok vakit geçirmek için sosyal planlar yapmaktan kaçınırdım.

6. İnternetle ilişkili aktivitelerde daha fazla vakit geçirdiğim için notlarım düşerdi.

7. İnternette daha az vakit geçirmeyi denedim fakat kullanımı kesmek zor gelirdi.

Anderson en az üç ve daha fazlasına evet yanıtı verildiği takdirde kişinin İB olduğunu kabul etmiştir (38).

Shapira oluşturduğu tanı kriterleri içerisinde ekartasyon kriterine yer vermiştir. Shapira'nın İB tanı kriterleri aşağıda belirtildiği şekildedir:

1. Aşağıdakilerden en azından biri tarafından belirtildiği üzere internet kullanımı ile uygunsuz meşguliyet vardır:
 - a) Karşı konulmaz olarak deneyimlenen internet kullanımı ile ilgili aşırı zihinsel uğraşı duyma
 - b) Planlandığından çok uzun ve aşırı internet kullanımı
2. İnternet kullanımı ya da kullanımı ile ilgili kaygı sosyal, mesleki ve işlevselliğin diğer önemli alanlarında klinik açıdan önemli sıkıntı ya da bozulmaya sebep olur.
3. Aşırı internet kullanımı mani ya da hipomanide olmamıştır ya da diğer bir eksen-1 bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (39).

Tao ve arkadaşları tanımladıkları kriterlere diğer araştırmacılardan farklı olarak internet kullanım zamanı ile ilgili madde eklemişlerdir. Tao'nun İB için tanımladığı tanı kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir:

- a) Semptom kriteri

Aşağıdakilerin tümü karşılanıyor olmalıdır;

- İnternet ile ilgili kaygılanma (Bir önceki çevrim içi aktivite ile ilgili düşünme veya bir sonraki çevrim içi bölümü bekleme)
- Disforik duygulanım, anksiyete, irritabilite, internet aktivitesiz geçen birçok günden sonra bunaltı ile açığa çıkan yoksunluk

Aşağıdakilerin en az biri (veya daha fazlası);

- İstenen memnuniyeti elde etmek için daha fazla internet kullanımı ile belirli tolerans
- İnternet kullanımını kontrol etmek, kesmek veya durdurmak için sürekli istek veya başarısız girişimler
- İnternet kullanımı ile artmış veya artmış olması muhtemel sürekli veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik bir soruna sahip olduğunun farkında olmasına rağmen aşırı internet kullanımı
- İnternet kullanımı hariç tutulduğunda, bunun direk bir sonucu olarak; eğlence, önceki hobiler ve uğraşların kaybı
- Disforik duygulanımdan kaçmak ya da disforik duygulanımı azaltmak için internet kullanımı (çaresizlik, suçluluk, kaygınlık duyguları vb.)

b) Dışlama kriteri

Aşırı internet kullanımı psikotik bozukluk ya da bipolar-I bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

c) Klinik olarak önemli bozulma kriteri

İşlevsellikte bozulma (azalmış sosyal, mesleki, akademik yetenek); önemli iş, ilişki, meslek, kariyer fırsatlarının kaybını içerir.

d) Süre kriteri

İnternet bağımlılığının süresi üç aylık sürenin çoğu zamanında olmalı, her gün en az altı saat internet kullanımı olmalı (işle ilgili ve akademik kullanım hariç) (40).

İB için birçok araştırmacı tarafından tanı kriterleri tanımlanmasına rağmen, henüz yeterli kadar kanıt olmaması ve tanı ölçütleri üzerinde uzlaşma olmaması nedeniyle DSM-5 sınıflama sisteminde yer almamıştır (41).

2.3.4. Problemlı İnternet Kullanımı Epidemiyoloji

Toplamda 68 çalışmanın dahil edildiği bir gözden geçirmeye İB yaygınlığı adolösan ve yetişkinler arasında ayrı ayrı incelenmiştir. Yetişkinler arasında yapılan çalışmalar incelendiğinde; Young'ın İnternet Bağımlılığı Ölçeği'nin kullanıldığı altı çalışma değerlendirilmiş; Birleşmiş Krallık'ta İB yaygınlığı %1.2, Türkiye'de ise %9.7 olarak belirtilmiştir. İnternet Bağımlılığı Tanı Anketi ise üç yetişkin örneklemede kullanılmış, Norveç'te İB yaygınlığı %1.0, İran'da ise bu oran %20.8 olarak değerlendirilmiştir. Chan'ın İnternet Bağımlılığı Ölçeği tüm katılımcıların üniversite öğrencisi olduğu yedi çalışmada kullanılmış, sonuçlar daha önceki çalışmalarda Yen ve arkadaşlarının bulduğuna benzer şekilde % 12.3 - 12.9 olarak bulunmuştur. Çeşitli sınıflandırma kriterlerinin kullanıldığı diğer çalışmalarda İB yaygınlığının İsveç'te %1.8, Hırvatistan'da %4.3 olduğundan bahsedilmiştir (42). Bozkurt ve arkadaşları İB üzerine yaptıkları bir gözden geçirmeye İB yaygınlığının % 0.3 - 38 arasında değiştiğini söylemişlerdir (43) .

Asya ölkelerinde İB yaygınlığının %2.4 - 37.9, Avrupa ölkelerinde ise %3.1 - 18.3 olduğu bildirilmiştir. Ölkemizde yapılan çalışmalarda İB oranı %7.2 ile %12.2 arasında bulunmuştur (41). Türkiye'de 12-18 yaş arası ergenlerle yapılan bir çalışmada, ocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran kişilerde İB yaygınlığı kontrol grubuna göre daha yüksek, bu oran anksiyete bozukluklarında %25.5 olarak bulunmuştur (44). Ruhsal hastalık grubunda İB araştırıldığı çalışma sayısı oldukça azdır. Yapılan çalışmalarda internet kullanım durumunu değerlendirmek için farklı ölçekler veya daha az olarak da araştırmacıların İB için tanımladığı tanı kriterleri kullanılmıştır. Tanı kriterleri konusunda fikir birliği olmaması ve farklı değerlendirme yöntemlerinin kullanılması sebebiyle İB yaygınlığı ile ilgili veriler oldukça geniş aralıktadır.

2.3.5 Problemlı İnternet Kullanımı Etiyoloji

İnternet bağımlılığın etiyojisinde diğer çoğu psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi multifaktöriyel etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (43).Yapılan bir gözden geçirmeye internet ile tanışma yaşının, internetin eğlence amaçlı kullanımının,

internet kullanımının sıklığının ve süresinin, evde internet erişiminin olmasının, internet kafede internet kullanımının, çevrimiçi oyun oynamanın, sosyal içerikli uygulamaların kullanımının adolösanlarda İB ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yetişkinlerde ise adolösanlarla benzer şekilde internetle tanışma yaşı, sosyal uygulamaların kullanımı, çevrimiçi oyun oynama İB ile ilişkili bulunurken, ek olarak olumlu sonuç beklentisi, internet kullanımına dair reddedici öz yeterliliğin düşük olması, çevrim içi vakit öldürme gibi faktörler de İB ile ilişkili bulunmuştur (42).

Problemlili internet kullanımı (PIK) bazı psikiyatrik hastalıkların dışavurum aracı olarak düşünülmüş, PIK olan küçük bir grupta yüzyüze yapılan çalışmalarda, PIK ile duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasında yüksek oranda komorbidite olduğu gösterilmiştir (39)

Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada da internet bağımlılığı ile kısa semptom envanterinin somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişiler arası alınganlık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm alt boyutları ilişkili bulunmuştur (45).

Küçük örnekleme yapılan bir çalışmada internet aşırı kullanımı olduğunu kendisi dile getiren 50 kişide ek olarak %14 oranında erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (ADHD), %7 oranında hipomani, %15 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %15 oranında sosyal anksiyete bozukluğu, %7 oranında distimi, %7 oranında obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, %14 borderline kişilik bozukluğu, %7 çekingen kişilik bozukluğu ve %2 oranında tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır (46).

İB etiyojisinin açıklanmasında öğrenme teorisi, yetersiz sosyal beceriler teorisi, ödül eksikliği hipotezi öne sürülmüştür. Öğrenme teorisi kısaca, internetin bir özelliği denendiğinde ortaya çıkan sonuç olumlu ise, aynı aktiviteyi sürdürme konusunda kişide pekiştirme oluşturduğu, kişi ilk deneyimindekine benzer bir doyumunu alabilmek için aktiviteyi daha sık yapmaya koşullandığı şeklinde açıklanmaktadır. Yetersiz sosyal beceriler teorisi, düşük kendilik değerine sahip olan insanların yüz yüze iletişim kurma yerine internet üzerinden sosyal ilişkiler

kurmayı tercih etmesi üzerine kurulmuştur. İmpulsivitenin bir risk faktörü olarak görüldüğü ödül eksikliği hipotezinde, doğal ödüller (su, yiyecek, cinsellik) ile yeterince doyum sağlamayan bireylerin ödül yolağını uyaran maddelere ve davranışlara yöneldiğinden bahsedilmektedir (43).

Davis PIK' nin bilişsel davranışçı modelinin merkezinde uyumsuz bilişlerin yer aldığını söylemiştir ve bunları kişinin kendi hakkında ve dünya hakkında uyumsuz bilişleri olarak iki ana gruba ayırmıştır. Kendi hakkındaki uyumsuz bilişler, kişinin zihninin hayatındaki diğer olaylarla meşgul olmasındansa internet kullanımı ile ilgili problemler hakkındaki ruminatif düşüncelerinin yoğun olmasıyla karakterizedir. “Sadece internette iyiyim”, “Çevrim içi olmadıgımda değersiz biriyim, fakat çevrim içi iken bir bireyim”, “Çevrim içi olmadıgımda başarısız biriyim” gibi uyumsuz bilişler kişinin kendi hakkındaki uyumsuz bilişlerinden birkaçıdır. Kişinin dünya hakkındaki uyumsuz bilişlerinden bazıları ise; “İnternet saygı gördüğüm tek yerdir”, “Çevrim içi olmadığım zamanlarda beni kimse sevmez”, “İnternet benim tek arkadaşımdır”, “Çevrim içi olmadıgımda insanlar bana kötü davranıyorlar” şeklindedir (33).

Bireyin seçilmiş değerleri ve eylemleri üzerinde kişinin ruhsal tepkilerinin katı hakimiyeti anlamına gelen “psikolojik katılık” ile kişinin değerlerini ve hedeflerini sürdürürken gizemli ya da kaçınılan olayları deneyimlemeye karşı olan isteksizliği tanımlayan “deneyimsel kaçınma”; yapılan çalışmalarda madde bağımlılığı, patolojik kumar oynama gibi davranışsal problemlerle ilişkili bulunmuştur. Beş yüz üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada da psikolojik katılık ve deneyimsel kaçınma, İB'nin ağırlığı ile pozitif ilişkili bulunmuştur (47).

Yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında, internetin bağımlılık yapıcı düzeyde kullanımının prefrontal korteksin bazı bölümlerinde fonksiyonel değişiklikler ile ilişkili olduğu, diğer kortikal (temporal) ve subkortikal (ventral striatum) bölgelerde değişikliklerin de eşlik ettiğinden bahsedilmiştir. Nöropsikolojik çalışmalar kişinin internet kullanımı üzerindeki denetiminin kaybının prefrontal kontrol sürecinde azalma ile ilişkili olduğunu desteklemiştir (48).

İB ile ilgili yapılan genetik çalışmalar çok olmamakla birlikte serotonin transporter geninin kısa alelinin homozigot varyantına, aşırı internet kullanımı olan grupta sağlıklı kontrollere göre daha sık rastlanmıştır (49).

2.3.6. Problemlı İnternet Kullanımı Tedavisi

Problemlı internet kullanımına birçok psikiyatrik tablo eşlik edebilmektedir. Bu sebeple öncelikli olan eğer saptanabilmişse altta yatan psikiyatrik hastalığın tedavi edilmesidir. Literatürde İB tedavisi için hem farmakoterapi hem de psikoterapiden bahsedilmektedir. Tedavide sitalopram, ketiapin, essitalopram, bupropion, metamfetamin gibi psikotrop ilaçlar kullanılmıştır (42). Çalışmaların bazılarında Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOCS) kullanılmış ve YBOCS puanlarında düşüş gözlenmiş, diğer çalışmalarda ise internet kullanım süresinde azalma saptanmıştır.

Kullanıldığı her alanda olduğu gibi İB'nin BDT'sinde de öncelikle problem ortaya konulmalıdır. Dikkatli bir davranış analizi yapılmalı, diğer bağımlılık türlerinde olduğu gibi kişilerin yakınmalarını saklama ve azaltma olasılığı da göz önünde bulundurularak internet kullanım davranışı tüm unsurlarıyla, tam olarak belirlenmelidir. İnternet kullanımının haftanın günlerine, günün içinde saatlere yayılımı, günlük toplam kullanım süresi, internetin kullanıldığı yer, kullanma amacı, kullanılan ortamın özellikleri, internet kullanma isteğini etkileyen durumlar ve koşullar öğrenilerek kişiye özel formülasyonlar yapılmalıdır. Ortalama 12 oturumluk ve üç aylık bir tedavi süresi hedef olarak belirlenir (32). Young da kendi çalışmasında İB için BDT teknikleri önermiştir. Kullanılmasını önerdiği teknikler şu şekildedir (36):

- internet kullanımını tam zıt saatlere kaydırmak
- dış durdurucular (external stoppers) kullanmak
- internet kullanımıyla ilgili hedefler belirlemek
- özellikle belli bir işlevden uzak durmaya çalışmak

- hatırlatıcı kartlar kullanmak
- internet yerine yapmak istediklerini not edebileceği kişisel bir defter kullanmak
- bir destek grubuna girmek
- aile terapisi

Hastaların başvuru şikayetlerinden bağımsız olarak internet bağımlılığının mevcut olması, mevcut şikayetlerinin nedeni ya da sonucu olmasına bakılmaksızın işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Başvuru sürecinde internet bağımlılığının sorgulanması ve internet bağımlılığı mevcutsa uygun müdahalelerin yapılması önem taşımaktadır.

2.4. Ego Fonksiyonları

Bilinçdışı zihinsel aktivite üzerine olan yaklaşım bilindiği üzere Freud'un ilk yazılarından köken alır. Freud çalışmalarında önce topoğrafik modeli tanımlamış, daha sonra yapısal modelden bahsetmiştir. Topoğrafik model bilinç, bilinç öncesi ve bilinçdışı kavramlarını açıklar. Bilinçlilik, gerçeklere uyumu önde tutan mantıksal düşüncenin egemen olduğu bölme olarak tanımlanırken, gerçeği değerlendirme yetisi ile dış gerçekte olanla zihinde olan birbirinden ayırt edilir. Bilinçlilikte düşünce, duygu, anılardaki neden sonuç, zaman, yer bağlantıları gerçeğe uygun olarak kurulur. Kişinin belli bir çaba ile bilinç düzeyine çağırabildiği düşüncelerinin, anılarının, isteklerinin, duygularının bilinçöncesi nitelik taşıdığı söylenebilir. Bilinçdışı ise kişinin özel bir çabası ile bilince çağrılanmayan, ayırımına varılamayan yaşantıların saklı olduğu ruhsal bölmedir (50).

Freud'un modeli 1923'ten sonra giderek daha da gelişerek benlik, altbenlik, üstbenlikten oluşan yapısal modele ulaşır. Altbenlik tamamen bilinçdışıdır. Altbenlik, benlik ve üstbenliğin bilinçdışı yönleri tarafından denetlenir. Üstbenlik ve benliğin, bilinçli ve bilinçdışı olan kısımları vardır. Bu yapısal model bilinçdışı çatışma kuramına dayanır ve bu çatışma ile dürtü boşalımı sağlanmaya çalışılır.

Kaygı bu çatışmalar sırasında oluşur ve benliğin (egonun) savunma düzeneklerini harekete geçirir (51). Anna Freud'a göre danışanın kliniğinde karşılaştığımız semptom örüntüsü belli dürtülere karşı belli savunma yöntemlerinin saplantılı olarak kullanılmasıdır (52). Ben, gelişimi içinde, idden fazla farklılaşmamış olduğu sürece dürtülere dostça davranır. Birincil süreçten ikincil sürece, haz ilkesinden gerçeklik ilkesine geçişi tamamladığı zaman dürtülere yabancı bir bölge haline gelir.

Egonun gerçekliği algılama ve gerçekliğe uyum sağlamadaki temel rolü, yararlı bir psikanalitik terim olan “ego gücü”nün kaynağıdır. Bu terim, kişinin gerçekliği en nahoş hallerinde bile inkar gibi ilkel savunmalarla engellenmeden görüp kabul etme kapasitesi anlamına gelmektedir (53). Hartmann bireyin mevcut koşullara uyum süreci ile ilgili şöyle söyler: “Birey bir yandan dürtüleri ile doyuma ulaşmaya çalışırken diğer yandan dışa yönelik davranmayı da öğrenmek durumundadır. Ancak ne dışa yönelik eylem her zaman uyuma yöneliktir, ne de kendine yönelik eylem her zaman uyumu bozar. Belli bir durumda dışa yönelik bir eylemin mi, yoksa kendine yönelik bir eylemin mi uygun olacağına ve her iki durumda da, hangi özgül dönüşümlülüğün gerektiğine karar veren genellikle daha yüksek bir ego işlevidir” (54).

Birçok ego psikologu benliğin tipik çalışma şeklini temsil eden bir dizi temel benlik işlevini belirlemiştir. Ancak Bellak, sistematik bir şekilde ego fonksiyonlarını değerlendiren bir ölçek hazırlamıştır. Değerlendirilen ego işlevleri aşağıda belirtildiği gibidir (55), (56), (57).

1) *Gerçekliğin Test Edilmesi*: Egonun dış dünya ile ilişki kurma kapasitesi, içsel fantazileri dış gerçeklikten ayırt edebilme yeteneği, kişinin dış ve iç olaylara karşı çarpıklıkları algılayabilme düzeyi olarak tanımlanabilir. Bu işlev psikotik kişilerde belirgin olarak bozulmuştur. Egonun bu alanında zayıflık gösteren kişilerde birincil süreç düşünce yapısının hakim olduğu söylenebilir.

2) *Yargı*: Eylemlerin sonuçlarını önceden tahmin etme, duyguları ve davranışları ile tahminlerini ortaya koyma yeteneği olarak tanımlanır. İçgüdüsel dürtülerin

kontrol ve düzenlenmesinde olduğu gibi yargı ikincil süreç düşüncesinin gelişimine paralel olarak gelişir.

3) *Gerçekliğin Hissi*: Bedenin dışında olanları içindkilerden ayırt etme yeteneği, kendisi ve dünya arasındaki sınırların netliği ile değerdendirilen bir ego işlevidir. Klinikte daha çok depersonalizasyon ve derealizasyon varlığı ile gözlemlenir.

4) *İçgüdüsel Dürtülerin Kontrol ve Düzenlenmesi*: Dürtülerin ifade biçiminin doğruluğu, dürtüleri erteleme mekanizmalarının etkililiği ile ilişkilidir. İçgüdüsel boşalmanın ertelenmesi ya da geciktirilmesi kapasitesinin geliştirilmesi, gerçeği test etme kapasitesinde olduğu gibi, erken çocukluk çağında haz ilkesinden gerçeklik prensibine gelişmeyle yakından ilgilidir.

5) *Nesne İlişkileri*: Nesne sürekliliği, ilişkilerin yakınlık derecesi ve çeşitliliği, değerdlerinin kendinden bağımsız olarak algılanma derecesi olarak tanımlanır. Karşılıklı tatmin edici ilişkiler kurabilme kapasitesi, kısmen ebeveyn ve diğer önemli kişilerle küçük yaşta başlanan etkileşimlerden köken alan içselleştirme örüntüleriyle ilişkilidir. Egonun nesne ilişkileri fonksiyonunda, nesne ilişkisi sürdürmede gösterilen tercihler ve esneklik derecesinin yanı sıra bireyin diğerlerine yakınlık derecesi de incelenir.

6) *Düşünce Süreçleri*: Dikkat, konsantrasyon, kavram formasyonu, dil ve bellek düşünce süreçlerinin komponentleridir ve birbirleriyle ilişkilidir. Düşünce sürecinde bozukluk olan hastalar genelde psikotik olarak değerdendirilir.

7) *Ego Hizmetinde Regresyon / Yaratıcılık*: Bilişsel keskinlikte gerileyici yumuşama ve yeni kurulumlarla ilişkilidir. İşlevdeki zayıflıklar psikotik hastalarda olduğu üzere, bireyin regresyonunun kontrol edilememesi şeklinde görüldüğu gibi, yeni yapılandırılmalara uyumu güçleştirecek şekilde gerilemenin aşırı kontrol edilmesi şeklinde de ortaya çıkmaktadır. Bu fonksiyondaki zayıflıklar, hastanın yaratıcılığını ve yeni birlikteliklere uyumunu engellemektedir.

8) *Egonun Savunma İşlevleri*: Libidinal gelişimin her evresinde dürtülerin belirli unsurları tipik benlik savunmalarını tetikler. Yapısal kuramın açıklanmasından sonra savunma işlevi egoya atfedilmiştir. Herkes normal ya da nevrotik, değişik derecelerde savunma mekanizmalarını kullanır. Bireyin çevre ile uyum zorluğu başladığında, savunma mekanizmaları yetersiz kaldığında ya da aşırı kullanıldığında ego işlevinde bir bozulmadan bahsedilir.

9) *Uyarım Bariyeri*: Aşırı uyaran varlığının etkin yönetimi, uyaranlar için eşik değeri olarak tanımlanır. Uyaranlarla başa çıkmadaki yetersizlikle birlikte aşırı uyaran olduğunda organizasyon bozukluğu ve geri çekilme meydana gelir. Uyaran eşiği ve yönetimi bireyin davranışlarında, duygulanımda, bilişsel durumunda gözlemlenebilir.

10) *Otonom Fonksiyonlar*: Algı, öğrenme, zeka, sezgi, dil, düşünme, anlama, hareketlilik gibi birincil otonomik işlevlerin doğumda tam gelişmemiş halde var olduğu düşünülür. Gelişim sırasında benliğin çatışmasız alanı dışında kalan bu işlevler zaman zaman çatışma alanına da girebilir. Birincil otonom işlevlerin geliştiği düzlem çatışma ortamlarına girmeye başladığında dürtülere savunma olarak ikincil otonom benlik işlevleri ortaya çıkmaktadır. İkincil ego fonksiyonlarına örnek olarak bireyin alışkanlıkları, yetenekleri, davranışları vb. verilebilir.

11) *Sentetik-İntegratif Fonksiyon*: Aykırılıkların uzlaşma derecesi, olayların birbiri ile olan aktif bağlantı derecesi olarak açıklanır. Bireyin düşünmesini, hissetmesini ve organize ve yönelmiş biçimde hareket etmesini sağlamak üzere, egonun kişilikteki değişik dürtüleri, eğilimleri ve fonksiyonları birleştirme, organize etme ve birbirine bağlama kapasitesine işaret eder.

12) *Hüküm-Yetki (Yeterlilik)(Hakim Olma/Başarma)*: Bireyin çevreyi etkileme ve aktif olarak hakim olma ile ilişkili varolan kapasitesi ile ne derece performans gösterdiği; hakim olma ve çevreyi etkileme ile ilgili yeterlilik hissinin oluşması; gerçek beceri ve beceri hissi arasındaki tutarsızlıkların derecesi bu fonksiyonun çalışma alanlarındandır.

Daha önce depresif olan ve olmayan grupların ego fonksiyonlarını kullanımı açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada depresif hastaların hakim olma, dürtü kontrol, nesne ilişkileri, düşünce süreci, adaptif regresyon (yaratıcılık), savunma mekanizmaları, uyarıcı eşiği, otonom fonksiyonlar ve sentez yeteneği alanlarında daha az adaptif kullanımları olduğu görülmüştür (58). Atipik depresyon ile melankolik depresyonu olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada atipik depresyonu olan hastaların savunma fonksiyonları işlevlerinin daha adaptif olduğundan bahsedilmiştir. Atipik depresyonu olan kişilerin melankolik depresyonu olanlara göre, ego gücünü çatışmalarından daha çok korumaya çalıştığı söylenmiştir (59). Borderline ve yeme bozukluğu hastaları ego fonksiyonları açısından karşılaştırıldığında borderline hastaların gerçeği değerlendirme, yargılama, nesne ilişkileri, düşünce süreci, uyarıcı eşiği, sentez işlevi ve hakim olma alanlarında yeme bozukluğu hastalarına göre ego fonksiyonu puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (60). Yab ve pb grubunda ego fonksiyonlarının kullanımını araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ego fonksiyonlarının değerlendirilmesi hastanın analize alınmasında, terapi süreci ve sonunda sistematik olarak değerlendirilmesi ve diğer hastalarla karşılaştırılmasında önemli bir araç olarak kullanılabilir.

2.5. Problem Çözme

Problem, uyum sağlayıcı işleyiş için bir yanıt gerektiren herhangi bir yaşam olayı olarak tanımlanır. Ancak bir ya da daha fazla engelden dolayı etkin yanıt birey için henüz hazır değildir . Sorun tek seferlik durum (işe giderken treni kaçırmak, akut bir hastalık geçirmek vb.), benzer veya ilişkili olayların tekrarları (bir patron ile ilgili tekrarlayan problemler, bir ergene ebeveynleri tarafından uygulanan yasaklar vb.) ya da kronik süregiden bir durum (sürekli devam eden bir ağrı, yalnızlık hissi vb.) olabilir (61).

Bireyde problem algısının oluşması için, herhangi bir konu hakkında bir şeylerin yanlış gittiğine ve bu sorunu çözmek üzere hemen uygulanabilecek bir çözümün bulunmayışına ilişkin düşüncesinin olması ve bunla ilgili kaygı duyması gerekmektedir. Problemin farkına varan ancak problemin çözümü konusunda sonuç verecek uygulanabilir bir çözüm bulmada yetersiz kaldığını hisseden bir kişi

problemli bir duruma girmiş olur ve bunun sonucunda probleme çözüm bulmak için bir çözüm yolu arar (62).

Bireyin problem çözmede kullandığı kaynaklar kişinin kendi deneyimleri, otorite figürleri, geçmiş uygulamalar ve bilimdir. Problemle karşılaşıldığında kişinin hangisini tercih edeceği çevresel faktörler, bireyin kişisel özellikleri gibi faktörlere bağlıdır. Genellikle kişinin deneyimleri ve geçmiş uygulamalar tercih edilir. Geçmiş uygulamalarda birey, karşılaştığı durumla daha önce karşılaştığı, kendisi ile benzer özellikler taşıdığını düşündüğü kişilerin yöneldiği tarzda bir çözüm arayışına gider (63). Problemi çözme yolunda bilim kullanılacaksa, dört aşamalı bir yol izlenir. Birinci aşamada önce problemin farkına varılır. Birisi için problem olan birşey başkası için problem oluşturmayabilir. Problemin kişiyi rahatsız etmesi ve çözüm aramaya sevk etmesi gerekir. İkinci aşamada problemin tanımı yapılır ve problemle ilgili kaynaklar ortaya koyulur. Üçüncü aşamada ise problemin çözümü için değişik çözüm yolları üretilmeye çalışılır. Son aşamada alternative çözüm yollarından uygun olanına karar verilerek problem ortadan kaldırılmaya çalışılır (64).

Problem çözme, etkili ve yararlı olan araç ve gereçleri, davranış ve tutumları özellikle seçip kullanarak amacına ulaşma olarak tanımlanır. Problem çözme becerisi, belirli bir durumla başa çıkabilme için etkili seçenekleri oluşturmayı, birini seçmeyi ve uygulamayı içeren bilişsel ve davranışsal bir süreçtir ve bireyin, birey olma ve çevresiyle başetme sürecinde en belirleyici rollerinden birisidir (65).

Problem çözme süreci “problem yönelimi” ve “problem çözme tarzları” olmak üzere iki temel bileşenden oluşur. Problem yönelimi kişinin hayatındaki problemlere karşı tutumunu, duygularını, inanışlarını içerir. Olumlu ve olumsuz problem yönelimi olmak üzere ikiye ayrılır:

Olumlu problem yönelimi;

- 1) Problemin değişim için bir fırsat olarak algılanmasını,
- 2) Problemlerin çözülebileceğine dair olumlu inancı,
- 3) Problemleri çözme konusunda bireyin kendisini yeterli algılamasını,

- 4) Etkin problem çözmenin zaman ve çaba gerektirdiğine dair inancı,
- 5) Problemden kaçınmak yerine problem çözmeye yönelik istekliliği içerir.

Olumsuz problem yönelimi ise;

- 1) Problemin birer tehdit olarak algılanmasını,
- 2) Problemlerin çözülemez olduklarına dair beklentileri,
- 3) Bireyin problem çözme yeteneğine olan güvensizliğini,
- 4) Bir problemle veya olumsuz bir duyguyla karşı karşıya gelindiğinde engellenme ve sıkıntı hissetmeyi içerir (66).

Problem çözmeye olumlu ve olumsuz yönelimi olan kişilerin bazı belirgin özellikleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (17).

Problem Çözmeye Olumlu Yönelimi Olan Kişiler	Problem Çözmeye Olumsuz Yönelimi Olan Kişiler
Sorunları genelde olağan, sıradan ve yaşamın kaçınılmaz olayları olarak görürler.	Soruna neden oldukları için kendilerini suçlama eğiliminde olurlar.
Sorunu, öncelikle kaçınılması gereken göz korkutucu bir durum olarak görmektense, kendilerini geliştirmeleri için bir fırsat olarak görürler.	Sorunu genel iyilik durumları için önemli bir gözdağı olarak algılama eğiliminde olurlar.
Sorunun bir çözümü olduğuna ve bunu kendi başlarına bulabilecek yeterlilikte olduklarına inanırlar.	Sorunu başarıyla çözmenin olası yararlarından ziyade, sorunu çözemezlerse görecekları zararları gözlerinde büyütürler.
Sorun çözmenin çoğu kez zaman alacağını ve bunun için çok çaba harcanması gerektiğini bilirler.	Sorunun üstesinden gelme beklentileri düşüktür.
Çaba harcanan sorun çözme girişimine değer verirler ve hızlı bir çözüm bulunamaması karşısında direnmeye hazırırlar.	Sorunu, yeterli birinin, çok çaba harcamadan hemen çözmesi gerektiğini düşünürler.

Problem çözme tarzı ise, bireyin problemlerle baş edebilmek için göstermiş olduğu bilişsel ve davranışsal yanıtlardır. İşlevsel olan *rasyonel problem çözme tarzı*, uyumsuz problem çözme tarzı olarak nitelendirilen *dürtüsel-dikkatsiz problem çözme tarzı* ve *kaçıngan problem çözme tarzı* olmak üzere üç adet problem çözme tarzı tanımlanmıştır. *Rasyonel problem çözme tarzı*; problemin tanımlanmasını ve formüle edilmesini, alternatif çözüm yollarının üretilmesini, karar verme süreci ve kararın uygulanmasını içerir. *Dürtüsel-dikkatsiz problem çözme tarzı*; problemin çözümüne yönelik dürtüsel, dikkatsiz ve aceleci girişimlerle karakterizedir ve sonuç olarak girişimler sınırlı, telaşlı ve eksik niteliktedir. *Kaçıngan problem çözme tarzı*; erteleme, hareketsizlik, problemlerin çözümünde başkalarına aşırı derecede bağımlı olma ile karakterizedir.

Problem çözme becerisi yaş, eğitim durumu gibi bireysel faktörler yetiştirilme tarzı gibi çevresel faktörler olmak üzere birçok faktörden etkilenir. Problem çözme becerilerinde cinsiyet farklılığı için tam bir görüş birliği yoktur. Bazı çalışmalarda cinsiyet açısından fark görülmediği söylenirken, bazı çalışmalarda erkekler bazı çalışmalarda kadınların problem çözme becerilerinin daha iyi olduğu söylenmektedir. Ancak genel olarak kadınların herhangi bir problemle karşılaştıklarında kendilerini daha “güvensiz” algıladıkları, problemlere karşı daha “içe dönük” ve kaygılı tepkiler verdikleri; erkeklerin ise daha “saldırgan” tutumlar sergiledikleri bilinmektedir (67).

Yurt çocuklarının problem çözme tutumlarının incelendiği, 71 çocuğun çalışmaya alındığı bir araştırmada yurt çocuklarının problem çözme tutumu olarak en çok “aceleci yaklaşım” sergiledikleri gözlenmiştir. Annenin hayatta olup olmamasına göre incelendiklerinde problem çözme beceri puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmezken, babası hayatta olmayan çocukların babası hayatta olan çocuklara göre problem çözme davranışı olarak “değerlendirici yaklaşım ve planlı yaklaşım” alt puanlarının daha az olduğu görülmüştür (68).

Sosyal anksiyete ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelendiği ergenler arasında yapılan bir çalışmada, sosyal kaygının olumsuz değerlendirilme korkusu, genel durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma, yeni durumlarda

sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma alt boyutlarının kişilerarası problem çözmenin probleme olumsuz yönelim, kendine güvenmeme, sorumluluk almama alt boyutları ile pozitif ilişkili ve yapıcı problem çözme ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (69).

Ego dayanıklılığı, bireyin beklenmeyen olaylar karşısında kendini kontrol ederek duygusal ya da davranışsal sorunlar yaşanmadan problemin üstesinden başarıyla gelebileceği algısıdır. Hemşirelik öğrencilerinin sosyal anksiyete, ego sağlamlığı ve problem çözme becerileri üzerine yapılan bir çalışmada, ego dayanıklılığı yüksek olan öğrencilerin problem çözme sürecinde duygu kontrollerinin daha iyi olduğu, yüksek ego sağlamlılığının problem çözme becerilerini artırdığı bulunmuştur (70).

Problem çözme terapisinde iki hedef kişinin probleme yönelik olumsuz algısını yenmek, problem karşısında uyumsuz davranışlarını en aza indirmek ve uyumlu davranışları artırmaktır. Kurgulanmış bir problem çözme terapi seansı, sekiz basamaktan oluşmaktadır. İlki değerlendirme görüşmesi, ikincisi problem yönelimi eğitiminin verilmesi diğerleri, problem çözme basamaklarının kazanıldığı basamaklardan oluşmaktadır (71), (72).

1. *Değerlendirme ve Bilgilendirme Görüşmesi:* Kişinin şikayetleri üzerinde konuşulur ve problem çözme düzeyi değerlendirilir, terapi hakkında bilgi verilir.
2. *Probleme Yönelim Eğilimi:* Kişinin var olan problemlerin farkında olup olmadığı değerlendirilir, problemlerden kaçmama, problemleri hayatın bir parçası olarak görme, problemleri çözebileceğine dair inanca sahip olma gibi olumlu problem çözme eğilimleri kazandırılmaya çalışılır.
3. *Problemlerin Tanımlanması:* Kişinin var olan şikayetleri ve problemlerinin ayrıntıları, altta yatan nedenleri aydınlatılmaya çalışılır.
4. *Hedeflerin Belirlenmesi:* Kişinin problemin çözümünden sonar kendisini nerede gördüğü, nereye varmak istediği konusunda konuşulur.
5. *Olası Çözüm Seçeneklerinin Üretilmesi:* Akla gelen çözüm seçenekleri uygunluğu tartışılmadan not edilir.

6. *Uygun Çözüm Seçeneğinin Belirlenmesi:* Tüm çözüm seçeneklerinin problem çözebilme ve hedefe ulaştırabilme gücü, kabul edilebilirliği, uygulanabilirliği en yüksek olanı belirlenmeye çalışılır.
7. *Seçilen Çözümün Uygulanması:* Seçilen çözümün artıları eksileri, uygulama gerçekleşmezse olabilecek olumlu ve olumsuz sonuçlar üzerinde konuşulur.
8. *Uygulamanın Değerlendirilmesi:* Uygulamanın sonuçları değerlendirilir, problemin devam edip etmediği hedefe ulaşıp ulaşılmadığı konuşulur. Hedef gerçekleşmemişse diğer basamaklar üzerinde tekrar konuşulur.



3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

3.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunda problemlili internet kullanımını araştırmak, problemlili internet kullanımı olan ve olmayan bireyleri ego fonksiyonları ve problem çözme becerileri açısından karşılaştırmaktır.

3.2. Hipotezler

1. Panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde sağlıklı kontrollere göre problemlili internet kullanımı daha çok görülür.
2. Gruplarda problemlili internet kullanımı olan kişilerin, problemlili internet kullanımı olmayan kişilere göre kendileri ile ilgili problem çözme becerisi algıları daha olumsuzdur.
3. Gruplarda problemlili internet kullanımı olan kişilerin, problemlili internet kullanımı olmayan kişilere göre ego fonksiyonlarını daha az adaptiftir.

4. HASTALAR VE YÖNTEM

Bu araştırmaya, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na 01.01.2018-01.01.2019 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 78 yaygın anksiyete bozukluğu, 53 panik bozukluk hastası dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan, daha önce psikiyatri başvurusu olmayan, psikotrop kullanım öyküsü olmayan, hasta grubu ile yaş, cinsiyet ve çalışma durumu yönünden eşleştirilen 50 sağlıklı birey alınmıştır.

Araştırma projesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2017/347 karar numarası ile onay almıştır.

4.1. Örneklem

Çalışma dönemi boyunca Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne muayene için başvuran bütün hastalar dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir.

Hasta grubunun çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18-65 yaş arasında olmak,
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu ya da yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak
- Okuma yazma biliyor olmak

Hasta grubu için dışlama kriterleri;

- Ağır kronik komorbid hastalığı olanlar (kanser gibi) ve doğru bilgi veremeyecek durumda olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)

4.2. Veri toplama araçları

4.2.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-2)

Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim süresi, çalışma durumu, medeni durum, psikiyatri başvuru öyküsü, psikiyatri ilaç kullanım öyküsü, günlük internet kullanım süresi, hangi günler internet kullanıldığı, internetin hangi amaçla kullanıldığı, iş amaçlı internet kullanımı olup olmadığı, sigara, alkol, madde kullanımına ilişkin sorular bulunmaktadır.

4.2.2. İnternet Bağımlılığı Testi (Ek-3)

Young tarafından 20 soruluk internet bağımlılığı testi geliştirilmiştir. Ancak testin orijinalinde geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamış, araştırmacılar tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapıldıktan sonra kullanılmıştır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Balta ve Horzum tarafından yapılmıştır (73). Testin 10. maddesinin geçerlik güvenirliliği bozması sebebiyle testten çıkarılmış, 19 madde üzerinden uygulanmıştır. ‘Çevrim içi olmayı günlük hayata tercih etme’, ‘çevrim içi olma süresini artırmak isteme’ ve ‘çevrim içi olmaktan kaynaklanan sorunlar’ olmak üzere üç alt ölçeği oluşturulmuştur. Testten en az 19, en fazla 95 puan alınabilmektedir. Testte 5’li likert tipi derecelendirme kullanılır. 19-49 puan: Normal bir internet kullanıcısı, 50-79 puan: Nadiren problem yaşayan internet kullanıcısı (riskli kullanım), 80-95 puan: Çoğunlukla problem yaşayan internet kullanıcısı (bağımlı kullanım) olarak değerlendirilmektedir.

4.2.3. Problem Çözme Envanteri (Ek-4)

Bu envanter kişinin gerçek problem çözme becerilerini değil, problem çözme ile ilgili davranış ve tutumlarını nasıl algıladığını değerlendirmektedir. Heppner ve Peterson tarafından 35 maddeden oluşan, 6’lı likert tipi şeklinde geliştirilmiştir (74). Ölçekte problem çözme güveni, yaklaşım-kaçınma, bilişsel kontrol olmak üzere üç alt ölçek çalışılmıştır.

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Taylan tarafından yapılmıştır (75). Ölçeğin toplam puanının Türkçe çevirisi ile iyi eşleştiği ancak alt ölçeklerde eşleşmenin iyi olmadığı

bulunmuştur. Şahin ve arkadaşları tarafından envanterin Türkçe geçerliliği tekrar çalışılmış; ‘aceleci yaklaşım’, ‘düşünen yaklaşım’, ‘kaçıngan yaklaşım’, ‘değerlendirici yaklaşım’, ‘kendine güvenli yaklaşım’ ve ‘planlı yaklaşım’ olmak üzere altı alt faktör tanımlanmıştır (76). Ölçekte 9.,22. ve 29. maddeler test dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Toplam puan 32-192 olarak hesaplanır. Ölçekten alınan daha yüksek puanlar, bireyin kendini problem çözme konusunda daha yetersiz gördüğü anlamına gelir.

4.2.4. Ego Fonksiyonları Değerlendirme Ölçeği (Ek-5)

Ölçek Bellak tarafından ilk olarak ‘Global Ego Strength Scale’ olarak geliştirilmiş, daha sonra 1973 yılında şizofreni hastası, nevrotik ve sağlıklı bireylerle çalışılarak son hali oluşturulmuştur. Ölçekte ‘gerçeği değerlendirme’, ‘yargılama’, ‘düşünce süreci’, ‘yaratıcılık’, ‘gerçeklik duygusu’, ‘nesne ilişkileri’, ‘duygu, dürtü ve içgüdülerin denetimi ve düzenlenmesi’, ‘savunmaların işleyişi’, ‘otonom fonksiyonlar’, ‘uyarıcı eşiği’, ‘sentez yeteneği’ ve ‘hakim olma’ şeklinde 12 ego fonksiyonu çalışılmıştır. Her fonksiyonu değerlendirmek için 10 soru önerilmiştir. Hastanın verdiği yanıtlar ve klinisyenin kanaati ile birlikte ‘0-7’ veya ‘0-13’ puan skalalarından birisi ile değerlendirme yapılır. Bu iki skala birbirine çevrilebilir (56).

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Çevik tarafından yapılmıştır (57). Her bir ego fonksiyonu için önerilen 10 soru, öz bildirim ölçeği şeklinde geliştirilmiştir. Bazı sorular ters puanlanacak şekilde 4’lü likert sistemi oluşturulmuştur. Katılımcılar ‘hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘çoğu zaman’, ‘her zaman’ seçeneklerinden birini tercih etmektedir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Daha yüksek puanlar değerlendirilen ego fonksiyonunun daha adaptif şekilde kullanıldığı anlamına gelmektedir.

4.2.5. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Ek-6)

Ölçek 1967’de Hamilton tarafından geliştirilmiş olup, depresyonun şiddetini belirlemeye yardımcı olur (77). Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (78). Ölçekte 17 madde bulunmaktadır. Bazı maddeler 0-4, bazıları 0-2 arası puanlanır. Toplam puan 0-7 için depresyonun

olmadığı, 8-15 için bireyde hafif seviyede depresyon olduğu, 16-28 için orta seviyede depresyon olduğu, 29 ve üzeri şiddetli depresyon varlığını gösterir (79).

4.2.6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Ek-7)

Ölçek 1959'da Hamilton tarafından geliştirilmiş olup, anksiyete belirtilerinin dağılım alanları ve anksiyete şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80). Ölçekte 14 soru yer alır, sorular 0-4 arası puanlanır. 0-4 puan arası anksiyetenin olmadığı, 5-17 hafif derecede anksiyete varlığı, 18-24 orta derecede anksiyete varlığı, 25 ve üstü puanlar şiddetli derecede anksiyete varlığı şeklinde yorumlanır.

4.3. İstatistiksel Değerlendirme

Katılımcılardan elde edilen verinin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) istatistik paket programı (Sürüm 22.0; SPSS, Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapılmıştır. Ölçümle elde edilen veri ortalama $\pm$ standart sapma olarak, gruplandırılmış veri ise sayı (yüzde) olarak ifade edilmiştir. Ölçümle elde edilen verinin normal dağılıma uygunluğu 'Kolmogrov-Smirnov' testi ile sınanmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerde nonparametrik testler uygulanmıştır. Üçlü gruplarda ölçümle elde edilen verinin karşılaştırılmasında 'Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova)', gruplandırılmış verinin karşılaştırılmasında ise 'Ki Kare' testi kullanılmıştır. Üçlü gruplarda ölçümle elde edilen verilerde fark saptandığında farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için ikili gruplarda 'Student T Testi' uygulanmıştır. Ölçümle elde edilen normal dağılım gösteren iki verinin birbirleri ile ilişkisinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi testi, normal dağılım göstermeyen verilerinde Spearman Korelasyon Analizi testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı $r > 0,2$ anlamlı olarak kabul edilmiştir. Gruplar problemlili internet kullanımı olan ve olmayan şeklinde ayrıldıktan sonra, değişkenlerin problemlili internet kullanımı üzerine etkisi lojistik regresyon analizi (Enter yöntemi) ile belirlenmiştir. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği tarafından takip edilen DSM-5'e göre YAB (n=78) veya PB (n=53) tanısı konulan toplam 131 hasta ve 50 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Hastaların 86'sı (% 65.6) kadındı, 72'si (% 54.9) evliydi, 99'u (% 75.5) ailesi ile yaşıyordu, 45'i (% 34.3) çalışıyordu. Kontrol grubunun ise 30'u (% 60) kadındı, 26'sı (% 52) evliydi, 36'sı (% 72) ailesi ile yaşıyordu, 18'i (% 36) çalışıyordu. YAB grubunda bir kişi boşanmış, kontrol grubunda bir kişinin eşi ölmüş olduğu için veriler boşanmış, eşi ölmüş, bekar grup birleştirilerek karşılaştırıldı. Kontrol grubunda köyde ikamet eden olmadığı, PB grubunda üç kişi köyde ikamet ettiği için veriler ilçe, köy grubu birleştirilerek karşılaştırıldı. Yalnız yaşayan kişi sayısı kontrol grubunda beş, PB grubunda dört olduğu için veriler yalnız ve diğer (arkadaş-yurt) grubu birleştirilerek karşılaştırıldı. İşsiz kişi sayısı YAB grubunda dört, PB grubunda dört, kontrol grubunda bir, emekli kişi sayısı PB grubunda bir olduğu için veriler emekli, işsiz, ev kadını şeklinde birleştirilerek karşılaştırıldı. Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşam yeri, yaşam şekli açısından anlamlı fark saptanmadı. Katılımcıların sosyodemografik bulguları tablo-1'de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik verilerine ait veriler

	YAB n (%) (n=78)	PB n (%) (n=53)	Kontrol n (%) (n=50)	Ki kare	p
Cinsiyet					
Kadın	55(% 70.5)	31 (% 58.5)	30 (% 60)	2,48	0,289
Erkek	23(% 29.5)	22 (% 41.5)	20 (% 40)		
Yaşam Yeri					
İl	27 (% 34.6)	12 (% 22.6)	20 (% 40)	1,37	0,502
İlçe-Köy	51 (% 65,4)	41 (% 77,4)	30 (% 60)		
Medeni Durum					
Bekar-Eşi Ölmüş-Dul	32 (% 41)	27 (% 50,9)	24 (% 48)	3,78	0,151
Evli	46 (% 59)	26 (% 49,1)	26 (% 52)		
Yaşam Şekli					
Aile ile	61 (% 78,2)	38 (% 71,7)	36 (% 72)	1,33	0,856
Yalnız-Diğer (Arkadaş-Yurt)	17 (% 21,8)	15 (% 28,3)	14 (% 28)		
Çalışma Durumu					
Öğrenci	24 (% 30,8)	18 (% 34)	16 (% 32)	4,07	0,667
Çalışıyor	23 (% 29,5)	22 (%41,5)	18 (% 36)		
İşsiz-Emekli	13 (% 16,7)	5 (% 9,4)	8 (% 16)		
Ev Hanımı	18 (% 23,1)	8 (% 15,1)	8 (% 16)		

Örneklemin hasta grubunun yaş ortalaması YAB için $34,91 \pm 12,90$ yıl, eğitim süresi $12 \pm 4,36$ yıl; PB için yaş ortalaması $32,79 \pm 11,59$ yıl, eğitim süresi $12,47 \pm 3,82$ yıl idi. Kontrol grubunun yaş ortalaması $34,74 \pm 12,77$ yıl, eğitim süresi $12,82 \pm 4,21$ yıl idi. Gruplar arasında yaş ve eğitim süresi açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Hasta grubunun 28'inin (% 21.3) daha önce psikiyatri başvurusu yoktu, 34' ü (% 26) halen psikiyatrik ilaç kullanmıyordu. YAB grubunda 16 kişi (% 20.5), PB grubunda 12 kişi (% 22.6) çalışma sırasında tanı aldı.

Hasta grubunun 48'i (% 36.6) sigara kullanıyordu, 15'i (% 11.4) alkol kullanmaktaydı. Kontrol grubunda ise 15 kişi (% 30) sigara ve 4 kişi (% 8) alkol kullanmaktaydı. Gruplar arasında sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Katılımcıların hiçbirinde alkol kullanım bozukluğu ve madde kullanımı mevcut değildi.

Çalışmanın hasta grubunda 125 kişi (% 95.4) internet kullanıyordu, 97 kişi (% 74) her gün internet kullanmaktaydı, 80 kişi (% 64) günün 16.00-24.00 saatleri arasında internet kullanmaktaydı. Kontrol grubunda her katılımcı internet kullanmaktaydı, 42 kişi (% 84) her gün internet kullanmaktaydı, 30 kişi (% 60) günün 16.00-24.00 saatleri arasında internet kullanmaktaydı. Gruplar arasında internet kullanımı, internet kullanılan günler, internet kullanılan saatler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. İnternet kullanım amacı olarak ilk sırada, hasta grubunda 50 kişi ile (% 38) kontrol grubunda 22 kişi (% 44) ile 'sosyal medya' kullanımı vardı. YAB'da 'sağlıkla ilgili bilgi edinmek' 7 kişi (% 9.6), PB'da 5 kişi (% 9,61) tarafından ilk sırada kullanım amacı olarak tercih edilirken, kontrol grubunda ilk sırada kullanım amacı olarak tercih edilmemişti. Bu, çalışmamızın önemli bulgularından biridir. Bazı gruplarda oyun, alışveriş, mail kontrolü, sağlıkla ilgili bilgi edinmek amaçlı kullanıcı sayısı çok az olduğu için kullanım amaçları birleştirilerek analiz edildi. Örneklem grupları arasında interneti ilk sırada kullanım amacı açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($X^2= 6$; $p= 0,249$). Çalışma grubunun internet kullanımı, internet kullanılan günler ve internet kullanılan saatler ile ilgili veriler tablo-2' de verilmiştir.

Tablo-2: Katılımcıların internet kullanım durumu, internet kullanılan günler ve internet kullanılan saatler ile ilgili bilgiler (n: 175)

	YAB n (%) (73/78)	PB n (%) (52/53)	Kontrol n (%) (50/50)	Ki Kare	p
İnternet Kullanımı	73 (% 93.5)	52 (% 98.1)	50 (%100)	4,38	0,112
İnternet Kullanılan Günler					
Hafta içi	13 (% 17.9)	8 (% 15.4)	6 (% 12)	1.77	0,777
Hafta sonu	3 (% 4.1)	4 (% 7.7)	2 (% 4)		
Her gün	57 (% 78)	40 (% 76.9)	42 (%84)		
İnternet Kullanılan Saatler					
8.00-16.00	17 (% 23.3)	12 (% 23)	18 (% 36)	5,00	0,287
16.00-24.00	47 (% 64.4)	33 (% 63.5)	30 (% 60)		
24.00-8.00	9 (% 12.3)	7 (% 13.5)	2 (% 4)		

Çalışma grubu günlük internet kullanım süresi açısından karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($f=3,16$; $p=0,045$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için ikili karşılaştırmalar yapıldı. PB olanlarda kontrol grubuna göre günlük internet kullanımı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=2,32$; $p=0,022$). Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmadı. İş amaçlı günlük internet kullanım süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. İnternet kullanım süreleri ile ilgili bilgiler tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo-3: Katılımcıların günlük iş amaçlı ve toplam internet kullanım süreleri

	YAB (a) (saat/gün)	PB (b) (saat/gün)	Kontrol (c) (saat/gün)	f	p	
Günlük internet kullanımı						
Ortalama	3,32	4,24	3,07	3,16	0,045	b>c
Satandard Sapma	2,46	3,03	1,98			
Günlük internet kullanımı (iş amaçlı)						
Ortalama	0,53	0,88	0,51	0,90	0,407	
Standart Sapma	1,48	2,21	1,26			

Çalışma grubunun internet bağımlılığı testi (İBT) puan ortalamaları YAB grubunda $31,87 \pm 11,99$; PB grubunda $33,26 \pm 13,05$ ve kontrol grubunda $29,58 \pm 11,47$ idi. Gruplar problemlili internet kullanımı açısından incelendiğinde her üç grup arasında İBT toplam puanı ve testin alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmadı (Kruskal Wallis $X^2=4,92$; $p=0,085$). Katılımcılar, İBT puanları 19-49 olanlar ‘normal internet kullanıcısı’; 50-79 olanlar ‘nadiren problemlili internet kullanıcısı’; 80-95 olanlar ‘problemlili internet kullanıcısı’ olarak gruplandırılarak incelendi. YAB grubunda 67 kişi (% 91,8), PB grubunda 47 kişi (% 90,4) ve kontrol grubunda 49 kişi (% 98) normal internet kullanıcısıydı. Çoğunlukla problemlili internet kullanımı olan kişi sayısı örneklem içinde PB grubunda sadece bir kişiydi. Grupların İBT puanları tablo-4’te, problemlili internet kullanımı ile ilgili bilgiler tablo-5’te gösterilmiştir.

Tablo-4: Katılımcıların internet bağımlılığı testi puanları

	YAB (ort ± ss)	PB (ort ± ss)	Kontrol (ort ± ss)	KW X²	p
İBT Toplam	31,87 ± 11,99	33,26 ± 13,05	29,58 ± 11,47	4,92	0,085
ÇİÖ Günlük Hayata Tercih	12,23 ± 4,99	12,15 ± 5,42	11,32 ± 5,36	4,676	0,096
ÇİÖ Süresini Arttırma İsteği	12,95 ± 5,71	14,09 ± 6,20	11,96 ± 4,69	3,282	0,194
ÇİÖ Kaynaklanan Sorunlar	6,54 ± 3,05	7,01 ± 3,04	6,32 ± 3,11	3,078	0,215

ÇİÖ: Çevrim İçi Olma

Tablo-5: Katılımcıların problemlili internet kullanım bilgileri

	YAB n (%) (73/78)	PB n (%) (52/53)	Kontrol n (%) (50/50)	Ki Kare	p
Normal internet kullanıcısı ^a	67 (%91,8)	47 (%90,4)	49 (%98,0)	4,608	0,330
Nadiren problem yaşayan internet kullanıcısı ^b	6 (%8,2)	4 (%7,7)	1 (%2,0)		
Çoğunlukla problem yaşayan internet kullanıcısı ^c	0 (%0,0)	1 (%1,9)	0 (%0,0)		
TOPLAM	73 (%100,0)	52 (%100,0)	50 (%100,0)		

a: 19-49 puan; b: 50-79 puan; c: 80-95 puan

Çalışma grubunda çoğunlukla problemlili internet kullanıcısı ‘1’ olduğu için, araştırma grupları internet bağımlısı olan ve olmayan şeklinde ayıramadı. Gruplar kendi aralarında İBT puanına göre ‘19-49’ arası ‘problemlili internet kullanımı yok’; ‘50’ ve üzeri puan alanlar ‘problemlili internet kullanımı var’ olarak ayrılıp internet bağımlılığı yerine problemlili internet kullanımı üzerinden analiz yapıldı. Oluşturulan bu gruplar cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşam şekli, sigara kullanımı, alkol kullanımı, internet kullanım günleri, internet ilk sırada kullanım amacı, internet kullanılan saatler, daha önce psikiyatri başvurusu olma ve halen psikiyatrik tedavi

alma açısından karşılaştırıldı. Tüm gruplarda PIK olan ve olmayan gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı .YAB grubunda PIK olan grupta, medeni durumu bekar-dul-boşanmış' olan kişiler PIK olmayan gruba göre istatistiksel olarak daha fazlaydı (fisher's $X^2= 8,857$; $p=0,004$). Kontrol grubu ve PB grubunda PIK olan ve olmayanlar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmadı. YAB grubunda PIK olan grubun yaş ortalaması PIK olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü ($z=-2,503$; $p=0,012$). PB ve kontrol grubunda PIK olan ve olmayan gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmadı. YAB ve PB gruplarında PIK olma durumuna göre, daha önce psikiyatri başvurusu olma (YAB ve PB için sırasıyla $X^2= 1,691$, $p=0,335$; $X^2= 1,990$, $p=0,202$) ve halen psikiyatrik tedavi alma (YAB ve PB için sırasıyla $X^2= 1,835$, $p=0,328$; $X^2= 3,344$, $p=0,129$) açısından anlamlı fark saptanmadı. İnternet kullanılan günler ve internet kullanılan saatler YAB (sırasıyla günler ve saatler için $X^2=1,835$, $p= 0,400$; $X^2=1,987$, $p=0,370$), PB (sırasıyla günler ve saatler için $X^2= 1,188$, $p=0,756$; $X^2=1,524$, $p=0,677$) ve kontrol gruplarında (sırasıyla günler ve saatler için $X^2= 0,199$, $p=0,978$; $X^2=4,537$, $p=0,209$) PIK durumu olmasına göre incelendiğinde hiçbir grupta anlamlı fark saptanmadı. Her bir grup interneti birinci sırada kullanım amacı olarak incelendiğinde PIK olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Hasta grubu (YAB ve PB grubu birlikte) PIK olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılıp aynı değişkenler açısından incelendiğinde, PIK olan grupta olmayan gruba göre; bekar-dul-boşanmış kişi sayısı YAB grubuna benzer şekilde istatistiksel olarak daha yüksekti (Fisher's Ki Kare= $6,084$; $p=0,014$). PIK olan grubun yaş ortalaması olmayan gruba göre anlamlı derecede daha düşük bulundu ($z=-2,451$; $p=0,014$). PIK olan ve olmayan grup arasında daha önce psikiyatri başvurusu olma (Fisher's $X^2= 0,083$; $p=0,773$) ve halen psikiyatrik tedavi alma (Fisher's $X^2=0,005$; $p=0,945$) durumuna göre anlamlı fark saptanmadı. Günlük internet kullanım süresi PIK olan grupta olmayan gruba göre anlamlı derecede daha fazlaydı ($z=-2,623$; $p=0,009$). PÇE toplam ($z=-2,384$; $p=0,017$) puanı PIK olan grupta olmayan gruba göre daha yüksek, EFDÖ toplam ($z= -2,358$; $p=0,018$) puanı PIK olan grupta olmayan gruba göre daha

düşüktü. PIK olan grubun HADÖ ($z=-2,638$; $p=0,008$) ve HDDÖ ($z=-2,316$; $p=0,021$) puanları PIK olmayan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksekti. İnternet kullanımı olan tüm hasta grubunun problemlı internet kullanımı ile ilişkili veriler tablo-6’da verilmiştir.

Tablo-6: İnternet kullanan tüm hasta grubunun ($n=125$) problemlı internet kullanım durumu ve ilişkili bilgiler

	Hasta grubu (PIK olan) (n / ort $\pm$ ss)	Hasta grubu (PIK olmayan) (n / ort $\pm$ ss)	X ² /Fisher’s X ² / z	P
Cinsiyet				
Kadın	7	75	0,021	0,886
Erkek	4	39		
Medeni Durum				
Bekar/Dul/Boşanmış	9	49	6,084	0,014
Evli	2	65		
Yaş	25 $\pm$ 8,5	33,8 $\pm$ 11,61	-2,451	0,014
Günlük internet kullanım süresi	5,90 $\pm$ 2,87	3,67 $\pm$ 2,58	-2,623	0,009
EFDÖ toplam puanı	196,81 $\pm$ 53,06	233,23 $\pm$ 34,72	-2,358	0,018
PÇE toplam puanı	112,36 $\pm$ 29,52	90,35 $\pm$ 23,22	-2,384	0,017
HDDÖ	24,54 $\pm$ 10,64	14,03 $\pm$ 8,56	-2,316	0,021
HADÖ	24,81 $\pm$ 11,72	21,54 $\pm$ 10,64	-2,638	0,008

Katılımcıların, kendilerinin problem çözme becerileri ile ilgili algıları problem çözme envanteri (PÇE) ile incelendi. Grup ortalamaları YAB grubunda 95,51 $\pm$ 23,23; PB grubunda 88,33 $\pm$ 28,90 ve kontrol grubunda 82,76 $\pm$ 18,96 idi. Problem çözme becerileri açısından ‘toplam’ puanda; ‘kendine güvenen’, ‘kaçıngan’, ‘aceleci’, ‘düşünen’ alt gruplarında YAB grubu diğer iki gruba göre kendisi ile ilgili daha olumsuz algıya sahipti. ‘Planlı’ alt grubunda ise YAB ve PB grubu eşit algıya sahipti. Kontrol grubunun problem çözme becerileri açısından kendini

değerlendirmesi her iki gruptan daha olumluydu. Gruplar arasında PÇE ‘toplam’ puanı ($f=4,99$; $p=0,008$), ‘aceleci’ ($f=4,33$; $p=0,015$), ‘düşünen’ ($f=5,2$; $p=0,006$), ‘kaçıngan’ ($f=3,42$; $p=0,035$), ‘planlı’ ($f=4,58$; $p=0,011$) alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Farkın nereden kaynaklandığına bakmak için ikili karşılaştırmalar yapıldı. ‘Toplam’ puan ($t=3,39$; $p=0,001$), ‘aceleci’ ($t=2,87$; $p=0,005$), ‘düşünen’ ($t=3,33$; $p=0,001$), ‘kaçıngan’ ($t=2,17$; $p=0,031$) alt gruplarında yab ve kontrol grubu arasında; ‘planlı’ alt grubunda hem YAB ile kontrol ($t=3,36$; $p=0,001$) hem PB ile kontrol ($t=2,61$; $p=0,011$) grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Grupların problem çözme becerileri algılarına dair bilgiler tablo-7’de gösterilmiştir.

Tablo-7: Katılımcıların problem çözme becerileri algılarına dair bilgiler

	YAB (a) (ort ± ss)	PB (b) (ort ± ss)	Kontrol (c) (ort ± ss)	f	p	
PÇE Toplam	95,51 ± 23,23	88,33 ± 24,9	82,7 ± 18,96	4,99	0,008	a > c
PÇE Aceleci	31,17 ± 7,76	29,3 ± 7,94	26,9 ± 8,49	4,33	0,015	a > c
PÇE Düşünen	12,8 ± 5,83	10,9 ± 4,42	10,1 ± 3,22	5,2	0,006	a > c
PÇE Kaçıngan	11,8 ± 4,59	10,05 ± 4,65	10,16 ± 4,16	3,42	0,035	a > c
PÇE Değerlendirici	7,57 ± 3,82	9,01 ± 10,68	8,30 ± 8,35	0,56	0,57	AD
PÇE Kendine Güvenen	21,37 ± 7,33	19,84 ± 7,99	18,50 ± 6,23	2,44	0,09	AD
PÇE Planlı	10,80 ± 4,53	10,45 ± 4,13	8,70 ± 2,53	4,58	0,011	a=b> c

AD: Anlamlı değil

Katılımcılar ego fonksiyonları değerlendirme ölçeği (EFDÖ) ile 12 ego işlevini adaptif kullanım yönünden incelendi. Ölçeğin toplam puan ortalamaları YAB grubunda $226,24 \pm 35,84$; PB grubunda $236,3 \pm 38,63$; kontrol grubunda $254,8 \pm 35,64$ idi. Gruplar arasında EFDÖ ‘toplam’ puanı ($f=9,28$; $p=0<001$), ‘gerçeği değerlendirme’ ($f=3,76$; $p=0,025$), ‘düşünce süreci’ ($f=5,51$; $p=0,005$), ‘gerçeklik duygusu’ ($f=3,43$; $p=0,034$), ‘nesne ilişkileri’ ($f=4,36$; $p=0,014$), ‘duygu-dürtü

denetimi' ($f=10,1$; $p=0<001$), 'savunmaların işleyişi' ($f=12,36$; $p=0<001$), 'otonom fonksiyonlar' ($f=11,26$; $p=0<001$) ve 'uyarıcı eşiği' ($f=5,15$; $p=0,007$) alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

İkili grup karşılaştırmalarında YAB grubu kontrol grubuna göre 'toplam' puan ($t= -4,41$; $p=0<001$), 'gerçeği değerlendirme' ($t= -2,59$; $p=0,011$), 'düşünce süreci' ($t= -3,27$; $p=0,001$), 'gerçeklik duygusu' ($t= -2,56$; $p=0,012$), 'nesne ilişkileri' ($t=-2,8$; $p=0,006$), 'duygu-dürtü denetimi' ($t=-4,34$; $p<0,001$), 'savunmaların işleyişi' ($t= -5$, $p=0,001$), 'otonom fonksiyonlar' ($t= -5,04$; $p=0,001$) ve 'uyarıcı eşiği' ($t= -3,29$; $p=0,001$) alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük puanlar aldı. PB grubu ise kontrol grubuna göre 'toplam' puan ($t= -2,53$; $p=0,013$), 'gerçeği değerlendirme' ($t= -2,1$; $p=0,031$), 'duygu-dürtü denetimi' ($t= -2,86$; $p=0,005$), 'savunmaların işleyişi' ($t= -3,01$; $p=0,003$), 'otonom fonksiyonlar' ($t= -3,38$; $p=0,001$) ve 'uyarıcı eşiği' ($t= -2,5$; $p=0,014$) alt gruplarında istatistiki olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük puanlar aldı. YAB ve PB grubu arasında ego işlevlerinin adaptif kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı. Ego fonksiyonlarının adaptif kullanımı ile ilgili verileri tablo-8'de gösterilmiştir.

Tablo-8: Katılımcıların ego fonksiyonları kullanımı ile ilişkili bilgiler

	YAB (n=78) (a) (ort ± ss)	PB (n=53) (b) (ort ± ss)	Kontrol (n=50) (c) (ort ± ss)	f	p	
EFDÖ T	226,24 ± 35,84	236,30 ± 38,63	254,82 ± 35,64	9,28	<0,001	a=b<c
EFDÖ GD	24,14 ± 4,40	24,35 ± 4,64	26,30 ± 4,71	3,76	0,025	a=b<c
EFDÖ Y	21,23 ± 4,41	21,39 ± 3,74	22,78 ± 3,75	2,44	0,089	AD*
EFDÖ DS	19,79 ± 5,16	21,01 ± 4,53	22,74 ± 4,82	5,51	0,005	a<c
EFDÖ YA	13,1 ± 4,90	14,69 ± 4,64	14,56 ± 4,49	2,34	0,099	AD
EFDÖ GDU	22,69 ± 5,19	23,5 ± 4,71	25,08 ± 5,09	3,43	0,034	a<c
EFDÖ Nİ	20,82 ± 4,48	21,01 ± 4,19	23,02 ± 4,24	4,36	0,014	a<c
EFDÖ DDD	20,35 ± 4,57	21,5 ± 4,19	24,04 ± 4,74	10,18	<0,001	a=b<c
EFDÖ Sİ	17,53 ± 5,15	19,16 ± 4,68	21,94 ± 4,65	12,36	<0,001	a=b<c
EFDÖ OF	18,08 ± 4,97	19,05 ± 5,19	22,18 ± 4,12	11,26	<0,001	a=b<c
EFDÖ UE	16,91 ± 5,37	17,49 ± 4,77	19,70 ± 4,16	5,15	0,007	a=b<c
EFDÖ SY	16,32 ± 4,28	15,92 ± 4,95	17,22 ± 4,23	1,13	0,32	AD
EFDÖ HOB	16,44 ± 4,88	16,62 ± 4,84	17,18 ± 5,08	0,34	0,708	AD

AD: Anlamlı değil. T: Toplam, GD:Gerçeği Değerlendirme, Y: Yargılama, DS:Düşünce Süreci, YA:Yaratıcılık, GDU:Gerçeklik Duygusu, Nİ: Nesne İlişkileri, DDD: Duygu-Dürtü Denetimi, Sİ: Savunmaların İşleyişi, OF: Otonom Fonksiyonlar, UE: Uyarıcı Eşiği, SY: Sentez Yeteneği, HOB:Hakim Olma-Başarma

Hasta grubu anksiyete durumları açısından Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) ile değerlendirildi. YAB grubunda 10 kişinin (% 12,8), PB grubunda 5 kişinin (% 9,4) skorları '0-4' arasında idi. YAB grup ortalaması 16,01 ± 9,62, PB grup ortalaması 15,45 ± 9,30 idi. İki grup arasında anksiyete puanları açısından anlamlı fark saptanmadı (z=-0,244; p=0,807). Gruplar depresyon durumları

açısından Hamilton Depresyon Değerlendirme leği (HDDÖ) ile değerlendirildi. YAB grubunda 20 kişinin (% 25,6), PB grubunda 16 kişinin (% 30,2) skorları ‘0-7’ arasında idi. YAB grup ortalaması $14,84 \pm 9$, PB grup ortalaması $14,16 \pm 8,80$ idi. İki grup arasında depresyon puanları açısından anlamlı fark saptanmadı ($z=-0,530$; $p=0,596$).

YAB ve PB grubu HDDÖ puanları ‘0-7’ depresyon yok’, ‘8 ve üzeri’ ‘depresyon var’ olarak iki gruba ayrılıp problemlı internet kullanımı açısından, kendilerinin problem çözme becerilerini algılamaları açısından ve ego fonksiyonlarının adaptif kullanımı açısından karşılaştırıldı. YAB grubunda depresyon olan grup ile olmayan grup arasında ego fonksiyonlarını adaptif kullanım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($z=-2,816$; $p=0,005$); kendilerinin problem çözme becerisi algısı açısından ($z=-1,929$; $p=0,054$) ve problemlı internet kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı ($z=-1,014$; $p=0,311$). PB grubunda ise depresyon olan ve olmayan grupta problemlı internet kullanımı, kendilerinin problem çözme becerisi algısı ve ego fonksiyonlarının adaptifliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. YAB ve PB birlikte değerlendirildiğinde, depresyonu olmayan grupta olan gruba göre ego fonksiyonları anlamlı derecede daha adaptifti ($z=-3,96$; $p<0,001$), İBT puanları ve PE toplam puanları arasında anlamlı fark yoktu. Gruplarda depresyon varlığı ile internet kullanımı, problem çözme becerisi algısı, ego fonksiyonları adaptif kullanımı ilişkisi tablo-9’da verilmiştir.

Tablo-9: Hasta gruplarında depresyon varlığının kişilerin problemleri internet kullanımı, kendilerinin problem çözme becerileri, ego fonksiyonlarını adaptif kullanımı ile ilişkisi

	İBT (ort ± ss)	z/p	PÇE (ort ± ss)	z/p	EFDÖ (ort ± ss)	z/p
YAB						
HDDÖ < 8	29,31 ± 9,48	-1,01 /	88,25 ± 15,74	-1,92/	247,05 ± 28,85	-2,81/
HDDÖ ≥ 8	32,77 ± 12,71	0,31	98,01 ± 24,93	0,05	219,06 ± 35,40	0,005
PB						
HDDÖ < 8	32,07 ± 14,91	-0,93/	105,87 ± 27,87	-1,37/	232,81 ± 38,41	-1,23/
HDDÖ ≥ 8	34,22 ± 12,20	0,35	91,86 ± 20,50	0,16	221,81 ± 32,41	0,21
YAB+PB						
HDDÖ <8	30,31 ± 12,08	-1,38/	85,72 ± 20,26	-1,88/	251,66 ± 26,89	-3,96/
HDDÖ ≥8	33,28 ± 12,17	0,165	95,22 ± 24,99	0,06	222,22 ± 37,44	<0,001

Hasta grupları HADÖ puanlarına göre ‘0-4’ puan ‘anksiyete yok’, ‘5 ve üzeri’ ‘anksiyete var’ olarak değerlendirildiğinde her iki grubun, anksiyete olan ve olmayan alt gruplarında internet problemleri kullanımı (YAB grubu için $z = -0,159$; $p = 0,874$; PB grubu için $z = -1,107$; $p = 0,268$), kendilerinin problem çözme becerilerini algılaması (YAB grubu için $z = -0,321$; $p = 0,748$; PB grubu için $z = -0,137$; $p = 0,891$), ego fonksiyonlarının adaptifliği açısından (YAB grubu için $z = -1,076$; $p = 0,282$; PB grubu için $z = -0,301$; $p = 0,318$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hasta grubu birlikte değerlendirildiğinde anksiyetesi olup olmamasına göre İBT toplam puanı ($z = -0,287$; $p = 0,774$), EFDÖ toplam puanı ($z = -0,904$; $p = 0,366$), PÇE toplam puanı ($z = -0,195$; $p = 0,845$) açısından fark saptanmadı.

Grupların günlük internet kullanım süreleri ile yaş, eğitim süresi, ruhsal hastalık süresi, iş amaçlı internet kullanım süresi gibi değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaş ($r = -0,367$; $p < 0,001$) ile günlük internet kullanım süresi arasında negatif yönde; eğitim süresi ($r = 0,288$; $p < 0,001$) ve iş amaçlı internet kullanım süresi ($r = 0,483$; $p < 0,001$) ile günlük internet kullanım süresi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı.

Hasta grubunun İBT, problem çözme envanteri ve ego fonksiyonları derecelendirme ölçeği puanları arasında ilişki olup olmadığına bakıldı. İBT puanları ile problem çözme envanteri puanları arasında pozitif yönde ($r=0,275$; $p=0,002$); ego fonksiyonları değerlendirme ölçeği puanları arasında negatif yönde ($r=-0,422$; $p<0,001$) anlamlı bir ilişki saptandı. Problem çözme envanteri ‘değerlendirici’ ($r=-0,017$; $p=0,85$), ‘kendine güvenen’ ($r=0,138$; $p=0,126$) ve ‘kaçıngan’ ($r=0,167$; $p=0,062$) alt grubu ile İBT toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Problem çözme envanteri toplam puanı ile İBT ‘çevrim içi olmaktan kaynaklanan sorun’ alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($r=0,137$; $p=0,127$). Ego fonksiyonları toplam puanı ile İBT alt gruplarının tümünde ve İBT toplam puanı ile ego fonksiyonları değerlendirme ölçeği alt gruplarının tümünde negatif yönde anlamlı ilişki saptandı. Hasta grubunun problem çözme envanteri ile internet bağımlılığı testi puanları arasındaki ilişki tablo-10’da, internet bağımlılığı testi puanları ile ego fonksiyonları değerlendirme ölçeği puanları arasındaki ilişki tablo-11’de özetlenmiştir.

Tablo-10: Hasta grubunun PÇE ve İBT puanları arasındaki ilişki

	İBT Toplam	ÇİÖ Tercih	ÇİÖ Süre	ÇİÖ Sorun
PÇE Toplam	$r=0,275$ $p=0,002$	$r=0,345$ $p<0,001$	$r=0,207$ $p=0,02$	$r=0,137$ $p=0,127$
PÇE Aceleci	$r=0,210$ $p=0,019$	$r=0,314$ $p<0,001$	$r=0,127$ $p=0,158$	$r=0,107$ $p=0,237$
PÇE Düşünen	$r=0,271$ $p=0,002$	$r=0,333$ $p<0,001$	$r=0,181$ $p=0,044$	$r=0,176$ $p=0,048$
PÇE Kaçıngan	$r=0,167$ $p=0,062$	$r=0,216$ $p=0,016$	$r=0,125$ $p=0,165$	$r=0,113$ $p=0,211$
PÇE Değerlendirici	$r=0,017$ $p=0,850$	$r=0,058$ $p=0,519$	$r=0,028$ $p=0,757$	$r=0,042$ $p=0,644$
PÇE Kendine Güvenen	$r=0,138$ $p=0,126$	$r=0,093$ $p=0,304$	$r=0,14$ $p=0,12$	$r=0,072$ $p=0,424$
PÇE Planlı	$r=0,281$ $p=0,002$	$r=0,204$ $p=0,023$	$r=0,301$ $p=0,001$	$r=0,208$ $p=0,020$

Tablo-11: Hasta grubunun İBT puanları ve EFDÖ puanları arasındaki ilişki

	İnternet Bağımlılığı Ölçeği Toplam	Çevrimiçi Olmayı Hayata Tercih	Çevrimiçi Süreyi Artırmak	Çevrimiçi Olmaktan Sorun
EFDÖ T	r=-0,422 p<0,001	r=-0,442 p<0,001	r=-0,337 p<0,001	r=-0,287 p=0,001
EFDÖ GD	r=-0,367 p<0,001	r=-0,436 p<0,001	r=-0,283 p=0,001	r=-0,282 p=0,001
EFDÖ Y	r=-0,414 p<0,001	r=-0,447 p<0,001	r=-0,290 p=0,001	r=-0,363 p<0,001
EFDÖ DS	r=-0,404 p<0,001	r=-0,448 p<0,001	r=-0,300 p=0,001	r=-0,310 p<0,001
EFDÖ YA	r=0,210 p=0,019	r=0,242 p=0,007	r=0,121 p=0,182	r=0,299 p=0,001
EFDÖ GDU	r=-0,339 p<0,001	r=-0,402 p<0,001	r=-0,255 p=0,004	r=-0,236 p=0,008
EFDÖ Nİ	r=-0,416 p<0,001	r=-0,477 p<0,001	r=-0,293 p=0,001	r=-0,249 p=0,005
EFDÖ DDD	r=-0,356 p<0,001	r=-0,417 p<0,001	r=-0,258 p=0,004	r=-0,214 p=0,017
EFDÖ Sİ	r=-0,346 p<0,001	r=-0,340 p<0,001	r=-0,319 p<0,001	r=-0,134 p=0,137
EFDÖ OF	r=-0,438 p<0,001	r=-0,414 p<0,001	r=-0,374 p<0,001	r=-0,295 p=0,001
EFDÖ UE	r=-0,272 p=0,002	r=-0,239 p=0,007	r=-0,212 p=0,018	r=-0,157 p=0,080
EFDÖ SY	r=-0,233 p=0,009	r=-0,243 p=0,006	r=-0,228 p=0,011	r=-0,187 p=0,037
EFDÖ HOB	r=-0,186 p=0,037	r=-0,134 p=-0,135	r=-0,222 p=0,013	r=-0,166 p=0,065

T:Toplam, GD:Gerçeği Değerlendirme, Y: Yargılama, DS:Düşünce Süreci, YA:Yaratıcılık, GDU:Gerçeklik Duygusu, Nİ: Nesne İlişkileri, DDD: Duygu-Dürtü Denetimi, Sİ: Savunmaların İşleyişi, OF: Otonom Fonksiyonlar, UE: Uyarıcı Eşiği, SY: Sentez Yeteneği, HOB:Hakim Olma-Başarma

Kontrol grubunun PÇE toplam ve alt ölçek puanları ile İBT toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Kontrol grubunun EFDÖ toplam puanı ile İBT toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanırken ($r=0,422$; $p<0,001$); ‘yargılama’ ($r=-0,153$; $p=0,289$), ‘nesne ilişkileri’ ($r=0,215$; $p=0,134$), ‘savunmaların işleyişi’ ($r=-0,271$; $p=0,057$), ‘sentez yeteneği’ ($r=-0,147$; $p=0,309$) ve ‘hakim olma başarıma’ ($r=-0,096$; $p=0,506$) alt ölçek puanları ile İBT toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Problemlili internet kullanımı olan ve olmayan hasta grubu medeni durum ($p=0,453$; $OR=1,079$); yaş ($p=0,566$; $OR=0,958$); günlük internet kullanım süresi ($p=0,122$; $OR=1,243$); EFDÖ toplam puanı ($p=0,138$; $OR=0,983$) ve PÇE toplam puanı ($p=0,172$; $OR=1,021$), HDDÖ puanı ($p=0,904$; $OR=0,992$) ve HADÖ puanı ($p=0,126$; $OR=1,090$) bağımsız değişken olarak alınarak yapılan lojistik regresyon analizinde değişkenlerin PIK olma durumu üzerinde prediktif olmadığı görüldü.

6. TARTIŞMA

Bu çalışmada YAB, PB ve kontrol grubunda problemli internet kullanımı ve bunun problem çözme becerileri ve ego fonksiyonları ile ilişkisi araştırılmıştır. İBT ile PIK'nın araştırıldığı prevelans çalışmalarında genellikle adolösan ve genç erişkin grup üzerinde araştırma yapılmış ve yaygınlığı %1,6 ile %36,7 arasında bulunmuştur. Bu geniş prevelans aralığının bir sebebi olarak farklı çalışmalarda problemli kullanım tanımı için farklı kesme puanları alınmasının olabileceği düşünülmüştür (81). Türkiye'de ise genç erişkinlerde yapılan çalışmalarda PIK prevalansı %1,1 - %18,9 olarak bulunmuştur (82). Erişkin yaş grubunda herhangi bir psikiyatrik hastalıkta PIK'nın araştırıldığı çalışma sayısı oldukça azdır. Bipeta ve arkadaşlarının obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) internet bağımlılığını araştırdığı bir çalışmada kontrol grubu ile OKB grubunda İBT puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ancak, Young'ın internet bağımlılığı görüşmesi için önerdiği sorulara göre OKB'de internet bağımlılığı görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuş (83). Bizim çalışmamızda da YAB, PB ve kontrol grupları arasında İBT puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Çalışmamızda İBT puanına göre çoğunlukla PIK olan kişi sayısı sadece panik bozukluk grubunda '1' kişi olduğundan ve analiz için yetersiz olduğundan çalışmamızda İBT puanına göre '50' ve üzeri puan alanlar 'problemli internet kullanımı olan kişiler' olarak değerlendirildi ve o şekilde analiz yapıldı. PIK olan kişi oranı YAB grubunda % 8,21; PB grubunda % 9,61; kontrol grubunda ise %2,04 olarak bulundu. PIK'nın genç erişkin ve adolösan yaş grubunda daha sık görüldüğü bilinmektedir ve yapılan çalışmalar genelde bu yaş grubunda yapılmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamız daha geniş yaş grubundaki katılımcılarla gerçekleşmiştir.

PIK ile cinsiyet ilişkisine bakılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Akdağ ve ark. üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığını araştırdığı bir çalışmada erkeklerde internet bağımlılığının daha çok olduğu (84), akademisyenler üzerinde yapılan bir tez çalışmasında yine erkeklerde internet bağımlılığının daha çok görüldüğü bulunmuştur (35). Japonya'da yetişkin yaş grubunda (42.4 ± 10.4 yıl) internet bağımlılığının araştırıldığı bir çalışmada cinsiyetler arasında internet

bağımlılığı açısından fark bulunmazken (85), Morrison ve arkadaşlarının 16-51 yaş arasında yaptığı başka bir çalışmada diğer çalışmalara benzer şekilde erkeklerde PIK'nın daha fazla olduğu görülmüştür (86). Bizim çalışmamızda ise hasta grubunda PIK açısından cinsiyetler açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

YAB grubunda tek başına ve PB ile birlikte değerlendirildiğinde, bekar-dul-boşanmış grup ile evli grup arasında PIK açısından anlamlı farklılık vardı. Evli grubun İBT puanları diğer gruba göre daha düşüktü. Bakken ve arkadaşlarının yetişkinlerde yapılan bir çalışmada (87) ve Aslan'ın çalışmasında medeni durum ile internet bağımlılığı arasında ilişki bulunmazken (35) üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada medeni durum ile internet bağımlılığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İnternet bağımlısı kişi sayısı bekar grupta en fazladır (88). Bakken'in çalışmasının yapıldığı Norveç'in yaşam koşulları açısından ortalamanın üzerinde bir ülke olarak sayılması ve Aslan'ın çalışmasının akademisyenler arasında yapılmış olması, medeni durumun belli bir refah düzeyine sahip olunması durumunda PIK durumunu etkileyebileceğini düşündürülebilir. Hasta grubunda evli olmayan grubun PIK, interneti yalnızlığın paylaşım amacı olarak kullanmasının bir sonucu olabilir.

Çalışma gruplarımızda PIK olma durumuna göre, çalışma durumu ve yaşam şekli açısından fark saptanmadı. Katılımcılara doğrudan gelir durumu sorusu yöneltilmedi. Çalışma durumları soruldu. Çalışan kişilerin öğrenci, işsiz, emekli, ev hanımı grubuna göre gelir düzeylerinin kısmen yüksek olduğu düşünülebilir. Önceki çalışmalarda da yaşam şekli ve gelir durumu ile internet bağımlılığı arasında ilişki bulunmamıştır (88), (89). Günüç'ün ortaöğretim öğrencilerinde yaptığı tez çalışmasında yüksek gelir düzeyine sahip kişilerde internet bağımlılığı yüksek bulunmuştur (90). Daha erken yaşlarda ailenin gelir durumunun internete ulaşım kolaylığına etkisi olduğu, yaş ilerledikçe kişilerin üniversite öğrenimine başlaması ya da çalışma hayatı ile gelir durumundan bağımsız olarak bir şekilde internetle temasının olduğu düşünülebilir.

PIK'nın yaş azaldıkça daha çok görüldüğünden birçok çalışmada bahsedilmiştir. Ancak yaş ile PIK arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Bizim

çalışmamızda YAB ve PB birlikte değerlendirildiğinde PIK olmayan grupta yaş ortalaması anlamlı derecede daha fazlayken, PB ve kontrol grubunda yaş ile problemli internet kullanımı arasında anlamlı fark saptanmadı. Hem adolesan hem yetişkin yaş grubunun alındığı bir çalışmada adolesan yaş grubunda yaş ile internet bağımlılığı arasında ilişki bulunmazken, yetişkin yaş grubunda yaş ile internet bağımlılığı arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (91). Akademisyenler arasında yapılan bir çalışmada yaş ile İBT puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (35). PIK ile yaş arasındaki ilişki belli bir yaş grubundan sonra anlamlı olabilir ancak çalışan kişilerde sosyokültürel faktörlerle de ilişkili olarak problemli internet kullanımının yaştan bağımsız olduğu düşünülebilir. Ayrıca YAB grubundaki PIK olan kişilerin çoğunluğu alışveriş-oyun-eğlence amaçlı kullanım için interneti kullanırken PB grubundakilerde bu oran sosyal medya-sohbet amaçlı kullanım grubu ile eşitti. İnternet kullanım amacının farklılığına bağlı olarak yaş ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişki değişebilir.

Çalışmamızda PB grubunun kontrol grubuna göre günlük internet kullanım süresi istatistiksel olarak fazlaydı, diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Hasta grubunda PIK olanların olmayanlara göre günlük internet kullanım süreleri daha fazlaydı. Akdağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada günlük internet kullanım süresi bir saatten az olan kişilerin bir saatten fazla olan kişilere göre İBT puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (84). Bizim çalışmamızda günlük internet kullanım süresi belirlenirken belli bir sürenin altında ya da üstünde vakit geçirme gibi bir ayırım yapılmamıştır. Topal ve arkadaşlarının çalışmasında bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça internette geçirilen toplam günlük sürenin arttığı ancak PIK olan ve olmayan grupta eğitim seviyeleri açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (92). Çalışmamızda eğitim seviyesi ile günlük internet kullanım süresi arasında pozitif yönlü ilişki bulundu. Eğitim seviyesi arttıkça günlük internette geçirilen vakit iş amaçlı kullanım için gerekli olabilir. Günlük internet kullanım süresinin, iş amaçlı kullanım göz önüne alındığında PIK üzerinde etkili olmayabileceği düşünülebilir. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, İBT içerisinde sorgulanmayan günlük internet kullanım süresi PIK'ı etkileyen bir faktör olmakla birlikte birçok değişkenle birlikte ele alınması gerektiği sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızda hafta sonu, hafta içi ya da hem hafta sonu hem hafta içi internet kullanımında gruplar arasında fark saptanmadı. PIK olan ve olmayan grupta da internetin kullanıldığı günler açısından istatistiksel olarak fark bulunmadı. Aslan'ın çalışmasında akşam ve gece saatlerinde internete bağlanan kişilerde akşam ve gece saatlerinde internete bağlanmayan kişilere göre İBT puanları daha yüksek bulunmuş (35). Aslan'ın çalışmasının çalışan grupta yapılmasından yola çıkarak, gündüz çalışan kişilerin oyun, alışveriş, kumar, cinsel içerikli kullanım gibi spesifik PIK alanlarıyla ilgili uğraşı saatlerinin akşam gece saatlerine kayabileceği düşünülebilir.

OKB hastalarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir tez çalışmasında hastalar interneti en çok sosyal medya amaçlı kullanırken, hasta olan ve olmayan grup arasında sadece cinsel amaçlı internet kullanım açısından anlamlı fark bulunmuştur (93). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada İB olan kişilerde sosyal paylaşım siteleri ve sohbet amaçlı kullanılan siteler en çok tercih edilmiştir (88). Yetişkin popülasyonda yapılan bir çalışmada eğlence amaçlı kullanım, internette gezinme (sörf), oyun oynama İB olan grupta İB olmayan gruba göre daha çok tercih edilmiştir (87). Topal ve arkadaşlarının çalışmasında oyun, film izlemek ve sosyal medya amaçlı internet kullanımı olanlarda İB oranı daha yüksek bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda daha önceki çalışmalara benzer şekilde YAB, PB ve kontrol grubunda interneti ilk sırada sosyal medya amacı ile kullanım mevcuttu. Gruplar arasında internet kullanım amaçları açısından anlamlı fark saptanmadı. YAB ve PB grubunda beklendiği gibi kontrol grubuna göre sağlıkla ilgili bilgi edinmek amaçlı kullanım oranları daha yüksekti. Sağlıkla ilgili araştırmalar için internette vakit geçirmek PB grubu için güvenlik sağlayıcı davranış, YAB grubu için anksiyeteyi azaltmaya yardımcı bir araç olarak görev yapıyor olabilir.

Depresyonun İB üzerinde etkili olduğunu söyleyen çalışmalar olduğu gibi, İB sonucunda depresyon geliştiğini söyleyen çalışmalar da mevcuttur. Bu iki yönlü ilişkiyi inceleyen, 8286 adolösanın çalışmaya katıldığı 12 aylık bir takip çalışmasında, çalışmanın başında İB olmayan bir grup ile depresyonu olmayan bir grup takip edilmiş. Takipte İB olmayan grupta yeni gelişen İB üzerinde başlangıçtaki depresyon durumunun önemli belirleyici etkisi olduğu bulunmuş. Başlangıçta depresyonu olmayıp daha sonra depresyon gelişenlerde, başlangıç İB durumunun

depresyon oluşumu üzerinde yine önemli bir belirleyici olduğundan bahsedilmiştir (94). Depresyon ve İB arasında pozitif ilişki olduğunu belirten başka çalışmalar da mevcuttur (2), (95), (96), (97). Oyun oynama bozukluğu olan 20-30 yaş aralığında 87 kişinin kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, oyun oynama bozukluğu olan kişilerin depresyon ve anksiyete seviyeleri daha yüksekken, oyun oynama bozukluğunda YAB görülme oranı daha fazla saptanmış (98). Shapira'nın PIK olan kişilerde komorbiditeyi araştırdığı bir çalışmada, her katılımcının DSM-IV'e göre en az bir tane eksen-1 tanısını karşıladığı saptanmış, komorbid major depresif bozukluk oranının % 10, YAB oranının % 10, PB oranının % 10, bipolar-1 bozukluk oranının %55 kişi olduğu ileri sürülmüştür (99). Bizim çalışmamızda YAB ve PB grubu arasında depresyon ve anksiyete durumları açısından fark yoktu. Hasta grubu anksiyete ve depresyon durumu olup olmamasına göre İBT puanları açısından değerlendirildiğinde, anksiyete ve depresyon olan ve olmayan gruplar arasında fark bulunmadı. Ancak HADÖ ve HDDÖ puanlarının PIK olan grupta olmayan gruba göre daha yüksek olduğu görüldü. Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında yapılan bir çalışmada PIK olan ve olmayan gruplar arasında depresyon durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır (100). Sevelko ve arkadaşlarının çalışmasında İB olan grupta olmayan gruba göre duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları komorbiditesinin görülmesi daha muhtemelken, yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişki saptanmamış (101). Prevelans çalışmalarından farklı olarak herhangi bir ruhsal hastalık grubunda, hastaların depresyon ve anksiyete durumlarının PIK üzerindeki etkileri mevcut ruhsal hastalığın durumuna bağlı olarak da değişebilir.

Bireylerin problem çözme becerilerini yetiştirilme biçimleri, ebeveyn tutumları, karakter özellikleri, benlik saygısı, üst bilişleri gibi birçok etken belirler. Problem karşısında, anksiyete bozukluklarında kontrol grubuna göre daha olumsuz baş etme stillerinin olduğu bilinmektedir. Panik bozukluğu olan ve panik bozukluğu olmadan sadece panik atak tarifleyen kişilerin problemlerle baş etme becerileri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, sadece panik atağı olanların daha olumlu baş etme becerilerinin olduğundan bahsedilmiştir. PB olan kişiler en çok kaçınan baş etme mekanizmasını kullanmıştır (102). Yine PB hastaları ve kontrol grubunun baş etme

becerileri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada PB hastalarının daha inefektif baş etme mekanizmalarını kullandığı söylenmiştir (103). DSM-IV'e göre anksiyete bozukluklarında baş etme mekanizmalarının araştırıldığı bir çalışmada 'destek arama' ve 'kaçınma' faktörleri ile psikopatoloji arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (104). Orta dereceli anksiyete gösteren kişiler, klinik görünümü olan YAB ve klinik görünümü olmayan sadece görüşme sırasında varlığı anlaşılan YAB olan kişilerin problem çözme becerileri açısından karşılaştırıldığı çalışmada, kişilerin problem çözme yeteneklerinin klinik durum ve semptom ağırlığı ile ilişkili olmadığı bulunmuş (105). Bizim çalışmamızda da YAB, PB ve kontrol grubu arasında kendilerinin problem çözme becerileri algıları açısından anlamlı fark bulundu. İkili karşılaştırmalarda YAB grubu kontrol grubuna göre kendilerini problem çözme becerileri açısından daha yetersiz algılıyordu. YAB grubu problem çözme stilleri açısından aceleci, kaçınan ve düşünmeden yaklaşım gösterdiğini düşünüyordu. Hem YAB hem PB grubu kontrol grubuna göre problemlere daha az planlı yaklaştığını düşünüyordu. Anksiyete bozukluğu olan kişilerin daha impulsif davrandığı bilinmekle birlikte (106) problemler karşısında da düşünmeden, planlamadan daha aceleci bir yaklaşım sergileyeceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların PIK durumları arttıkça kendilerini problem çözme becerileri açısından daha olumsuz algıladıkları; problemler karşısında aceleci, kaçınan, düşünmeyen ve planlı olmayan bir yaklaşım sergilediklerini düşündükleri görülmüştür. Bu ilişki, özellikle İBT'nin 'çevrim içi olmayı hayata tercih' alt boyutundadır. Çevrim içi olmayı hayata tercih etmek, yaşamın getirdiği problemler üzerinde düşünmekten kaçmak, aceleci bir yaklaşımla planlı olmayan çözümler üretmek, olumsuz bir problem çözme becerisinin göstergesi olabilirken, problemlerin getirdiği ruhsal gerginliklikten kaçışın bir yolu olarak görülebilir. Bulgularımız Şahin ve arkadaşlarının öğretmenler üzerinde internet bağımlılığı ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışması ile benzerlik göstermektedir (107). Herhangi bir ruhsal hastalık olmaması durumunda ise PIK olma durumu ile kişilerin problem çözme algıları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcılar ego fonksiyonlarının kullanımı açısından EFDÖ skorlarıyla karşılaştırıldı. YAB ve PB grubunun toplam skorları kontrol grubuna göre

daha düşüktü. Hasta grubu ‘gerçeği değerlendirme’, ‘duygu-dürtü denetimi’, ‘savunmaların işleyişi’, ‘otonom fonksiyonlar’ ve ‘uyarıcı eşiği’ ego fonksiyonlarını kontrol grubuna göre daha az adaptif kullanıyordu. Ayrıca YAB grubunun kontrol grubuna göre ‘düşünce süreci’, ‘gerçeklik duygusu’, ‘nesne ilişkileri’ alt ölçekleri puanları anlamlı derecede daha düşük bulundu. *Gerçeği değerlendirme fonksiyonu*, temel olarak dış gerçeklik ile içsel gerçekliğin ayrımının farkında olma olarak tanımlanır. Fonksiyon bozukluğunda psikotik hastalarda görülen halüsinasyonlar, illüzyonlar ortaya çıkabilir. Dış uyaranlara verilen yanıtın çocukluk fantazileri ve nesne temsilleri tarafından belirlendiği zaman da gerçeği değerlendirmede çarpıklıktan bahsedilir. Gerçeği değerlendirme fonksiyonunu adaptif kullanan bireyden, dışsal algılamalarının içsel uyaranlardan nasıl etkilendiğinin farkında olması beklenir. Bu durum psikolojik farkındalık olarak da tanımlanır. Anksiyete seviyesi ile psikolojik farkındalığın negatif ilişkili olduğundan Owens ve Prout’un çalışmasında bahsedilmiştir (108). *Duygu-dürtü denetimi fonksiyonu*; egonun dürtülerle baş etme kapasitesi ve engellenmeye toleransını içerir. Fonksiyonun adaptif olmayan kullanımında ‘eyleme koyma’ görülür. Egonun bu fonksiyonu, savunma fonksiyonu ile de yakından ilişkilidir. Çalışmamızda YAB ve PB grubu, duygu-dürtü denetimi fonksiyonlarını kontrol grubuna göre daha az adaptif kullanıyordu. Daha önce yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu olan hastaların negatif duygulanım, belirsizliğe tahammülsüzlük gibi özellikle negatif içsel uyaranlar oluştuğunda daha impulsif davrandıkları belirtilmiştir (109). *Savunmaların işleyişi* fonksiyonunun, birincisi hangi savunmanın anksiyete ve depresyon gibi disforik duygudurumu azaltmaya yönelik kullanılacağını belirlemek, ikincisi savunmanın kendisinin düşünce ve duygu üzerindeki uyumlu ya da uyumsuz etkisinin derecesini belirlemek olmak üzere iki işlevi olduğu düşünülür (110). Egonun savunma düzeneklerini daha adaptif kullananların daha olgun savunmaları kullandığı söylenebilir. Bizim çalışmamızda hem YAB hem PB grubu kontrol grubuna göre savunmaların işleyişi fonksiyonunu daha az adaptif kullanıyordu. Waqas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete seviyesi ile matür savunmalar arasında negatif yönlü, nörotik ve immatür savunmalar arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (111). PB olan hastaların ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada PB hastalarının da sağlıklı kontrollere göre YAB’a benzer şekilde immatür ve nörotik savunmaları daha

çok kullandıkları görülmüştür (112). *Otonom fonksiyonlar*, birincil ve ikincil otonom fonksiyonlar olarak ayrılır. Birincil fonksiyonlar dikkat, algı, hafıza, dil, zeka gibi bileşenleri; ikincil fonksiyonlar ise bireyin alışkanlıkları, davranış paterni, yetenekleri gibi bileşenleri içerir. Otonom fonksiyonlarını adaptif olarak kullanan birey, fonksiyonun bileşenlerini duygu, çatışma, fikir ve dürtülerinin izinsiz girişinden uzak tutar. Çalışmamızda YAB ve PB hastaları ego fonksiyonlarının otonom fonksiyonlar alt bileşenini kontrol grubuna göre daha az adaptif kullanıyorlardı. YAB ve PB olan kişilerin artan anksiyete ile birlikte birincil otonom fonksiyonlardaki bileşenlerini belli bir düzen ve uyum içerisinde bir arada tutması güç olabilir. Bunun sonucu olarak bireyin kendine has alışkanlıklarını ve yeteneklerini oluşturması, dolayısıyla ikincil otonomi kazanması zorlaşabilir. *Uyarıcı eşiği* fonksiyonunun da alıcı ve sunucu olmak üzere iki bileşeni vardır. Alıcı bileşen duysal uyaranların farkında olunması, sunucu bileşen ise farklı derecelerdeki uyaranlara uyumlu ya da uyumsuz nasıl cevap verildiği ile ilgilidir (110). Çalışmamızda YAB ve PB grubunda kontrol grubuna göre uyarıcı eşiği fonksiyonu daha az adaptif kullanılmaktadır. Kullandığımız EFDÖ’de uyarıcı eşiğinin alıcı ve verici fonksiyonlarını ölçen bir bölüm mevcut değildir. Bu sebeple ayrı olarak değerlendirilmemiştir. YAB’de yaşam olaylarına karşı, PB’de bedensel uyaranlara karşı uyarılabilirlik artmıştır. Uyaranlarla baş etme mekanizmalarından birisi seçici dikkattir. Dikkat uyumlu bir şekilde, bireyin dengesini bozan uyarandan başka bir uyarana yönlendirilebilirse uyarana verilecek tepki daha sağlıklı olacaktır.

YAB ve PB hastaları, HDDÖ’ye göre ‘8 ve üzerinde puan alanlar’ depresyon olan grup, ‘8’in altında puan alanlar’ depresyon olmayan grup olarak belirlendiğinde, YAB grubunda depresyon olan grubun EFDÖ toplam puanları depresyon olmayan gruba göre istatistiksel olarak daha düşüktü. Depresyon olmayan grup ego fonksiyonlarını daha adaptif kullanıyordu. Bu bulgular depresif hastalarda ego fonksiyonlarını değerlendiren çalışmayla benzerdir (113).

Hastaların ego fonksiyonlarını adaptif kullanımı ve PIK durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; savunmaların işleyişi, hakim olma başarma ve yaratıcılık dışındaki ego fonksiyonları alt ölçek puanları, ego fonksiyonları toplam puanı ile İBT toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında ilişki vardı. Yaratıcılık ve savunmaların işleyişi alt

ölçek puanlarında İBT toplam puanı ile ‘çevrim içi olmayı hayata tercih’ alt boyutlarında anlamlı ilişki vardı ($r>0,2$). Hakim olma başarma alt ölçeğinde İBT toplam ve tüm alt ölçek puanlarında anlamlı ilişki yoktu ($r<0,2$). Yaratıcılık fonksiyonu egonun yeni şeyler üretme ve yeni etkileşimler oluşturma amacı ile ilişkilidir. İlk aşamada egonun o an içinde bulunduğu ikincil süreç düşüncelerin ve bilişsel süreçlerin gevşemesi ve bilinç dışını serbest bırakacak şekilde regresyonuna izin vermesi, daha sonra ise tekrar ikincil sürece geri dönmesi beklenir. Madde bağımlılığı olan kişilerde ego fonksiyonlarının araştırıldığı bir metaanaliz çalışmasında madde bağımlısı olanlarda; yargılama, yaratıcılık, nesne ilişkileri, duygu-dürtü denetimi, savunmaların işleyişi, otonom fonksiyonlar, sentez yeteneği fonksiyonlarının uyumsuz kullanımı olduğu görülmüş (7). Bizim çalışmamızda farklı olarak yaratıcılık fonksiyonu ile PIK arasında pozitif yönlü ilişki bulundu. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin madde kullanımı ile bilişsel yetilerinde gerileme olması bir nevi ego işlevlerindeki regresyona benzer. Bu regresyonun kişide oluşturduğu rahatlama hissinin madde kullanımının devam etmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülür. Bireyin, yeni bir şey üretme sürecinde, yenilik arayışının işlevselliğini bozmayacak derecede olup, regresyon sürecini sağlıklı geçirmesi yaratıcılık fonksiyonun adaptifliğini belirler. PIK olan kişiler olmayan kişilere göre, madde kullanım bozukluğunda olduğu gibi daha çok yenilik arayışında olup regresyon aşamasını madde kullanım bozukluğu olmayan grup gibi sağlıklı geçiriyor olabilir. Böyle bir durumda PIK olan kişilerin olmayanlara göre yaratıcılık fonksiyonu daha uyumlu olarak gözlenebilir. Madde kullanım bozukluğu olan kişiler, olmayan kişilere kıyasla daha çok yenilik arayışında olup, regresyon aşamasından ikincil sürece geçiş aşamasında daha başarısız olabilir. Bu durumda yaratıcılık fonksiyonu uyumsuz olarak yorumlanacaktır. Bu nedenle yaratıcılık fonksiyonunun ‘regresyon’ ve ‘yeni etkileşimler’ olarak iki başlıkta incelenmesi daha sağlıklı bilgiler sağlayabilir. PIK olan kişilerde dürtü kontrol problemleri varlığından, gerçeği değerlendirme fonksiyonunun bileşeni olan psikolojik farkındalık ile ilişkisinden, savunma stillerinden daha önceki çalışmalarda bahsedilmiştir ve çalışmalardaki bulgular bizim bulgularımıza benzerdir (114), (115), (116). *Hakim olma başarma fonksiyonu*; kişinin ortaya koyduğu nesnel performansı, başarı beklentisi ve kendisi ile ilgili yeterlilik duygusu ile gerçek performansı ve

beklentisi arasındaki uyumu içerir (110). Salwa ve arkadaşlarının çalışmasında madde kötüye kullanımı olan kişilerde hakim olma başarıma fonksiyonunda yetersizlik bulunmuştur (7). Bizim çalışmamızda İBT puanları ile hakim olma başarıma alt ölçeğinde anlamlı ilişki saptanmamıştır. PIK olanlarda yapılmış bir çalışma bizim bilgimize göre henüz mevcut değildir. PIK olanlarda öz yeterlilik duygusu, uyum sürecinde kendinden beklentisi ile gerçek sonuçlar arasındaki tutarlılık madde kullanım bozukluğu olan kişiler kadar etkilenmemiş olabilir. Hasta olmayan grupta EFDÖ yargılama, nesne ilişkileri, savunmaların işleyişi, sentez yeteneği fonksiyonları ile İBT toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu fonksiyonların dengeli ve adaptif kullanımının kişide anksiyete bozukluğu varlığından etkilendiği düşünülebilir.

EFDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ile İBT ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında en yüksek ilişkinin İBT toplam puanı ile ‘çevrim içi olmayı hayata tercih’ alt ölçeğinde olduğu görüldü. Yaşamın gündelik sorunlarıyla ve öznel huzursuzluklarla baş etmede kişinin ego gücünün önemi büyüktür. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin, olumsuzluklarla yüzleşmektense kötüye kullanımı olan madde ya da davranışla olan uğraşısının artması beklenebilir. İçsel ya da dışsal olumsuz bir uyararla başetmede ego fonksiyonlarını uyumsuz kullanabilir. Ego fonksiyonlarının adaptifliği, PIK’nın getirdiği sorunlardan en çok yaşamın getirdikleri ile karşılaşmaktan kaçış alanı ile ilgili görülmektedir. Daha az ilişkili görülen ‘çevrim içi geçirilen süreyi artırmak isteme’; daha çok bağımlılık davranışının pozitif pekiştirileçle ilgili nörobiyolojik bölümü ile ilgili olabilir. Yapılan regresyon analizinde. Bireyin hayata uyum sürecinin her alanında etkisi olan ego fonksiyonlarının adaptif kullanımının internet kullanımı üzerindeki etkileri dolaylı yoldan olabilir.

Çalışmamızda 78 yab, 53 pb ve 50 kontrol ile çalışılmıştır. Grupların görece küçük olması çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir. İBT kullanılarak yapılan çalışmalarda ‘çoğunlukla problemli internet kullanımı’ olan kişiler ‘internet bağımlılığı’ olan kişiler olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre bizim çalışmamızda İB kişi sayısı PB grubunda ‘bir’ kişi olarak bulunmuş, diğer iki grupta rastlanmamıştır. Bu sebeple İB olan ve olmayan grup olarak karşılaştırma

yapılamamış, PIK olan ve olmayan grup şeklinde karşılaştırılmıştır. PIK olan kişi sayısı da toplamda 12 kişi olarak bulunmuştur. Bu sebeple bazı verilerin analizi yapılamamıştır. Daha önce PIK ile ilgili çok geniş katılımcılarla prevelans çalışmaları yapılmıştır. Ancak herhangi bir ruhsal hastalık grubunda yapılan çalışma sayısı azdır. Ruhsal hastalık gruplarında yapılacak çalışmaların daha geniş katılımcılarla yapılması grupların karşılaştırılmasında kolaylık sağlayabilir.



7. SONUÇLAR

Hipotezlerimizi çalışmadaki bulgularla karşılaştırdığımızda;

1. YAB ve PB grubunun kontrol grubuna göre İBT puanları daha yüksek saptandı. Bu durum hipotezimizi destekler nitelikteydi.
2. PIK olan grubun kendileri ile ilgili problem çözme becerileri algısı PIK olmayan gruba göre daha olumsuzdu. Bu durum hipotezimizi desteklemektedir.
3. PIK olan grup ego fonksiyonlarını daha uyumsuz şekilde kullanıyordu. Bu durum da hipotezimizi destekler niteliktedir.

Öneri: Herhangi bir şikayetle ruhsal yardım talebi olan kişilerde problemleri internet kullanımının sorgulanması, problemleri internet kullanımı olan kişilerin internet kullanımı dışında hangi alanlarda da zorluk çektiğinin bilinmesiyle kişilerin daha verimli yardım alacağı düşünülebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*. 2008;22(5):353-65.
2. Kumar M, Mondal A. A study on Internet addiction and its relation to psychopathology and self-esteem among college students. *Ind Psychiatry J*. 2018;27(1):61-6.
3. Byun S, Ruffini C, Mills JE, Douglas AC, Niang M, Stepchenkova S, et al. Internet addiction: Metasynthesis of 1996–2006 quantitative research. *CyberPsychology & Behavior*. 2009;12(2):203-7.
4. Ceylan MS. Kişilerin Sosyal Açıdan Kendilik Algısı ve Problem Çözme Becerileri ile İnternet Bağımlılığı İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.
5. Eslami-Saaraab S, Eslami-Shahrbabaki H, Eslami-Shahrbabaki M, Motaghyan S. Temperamental Characteristics and Problem-Solving Skills among Patients on Opioid Agonists 2018. 24-31 p.
6. Li H, Wang J, Wang L. A survey on the generalized problematic Internet use in Chinese college students and its relations to stressful life events and coping style. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2009;7(2):333-46.
7. Salwa E, Amany E, Rakhawy ME, Nahed K. What Type of Ego Are We Dealing With, Here? Ego Functions in a Group of Substanc Abusers: A Metanalysis. *Egypt J Psychiatry*. 2010;30(1):39-45.
8. Chhansiya BM, Jogsan YA. Ego Strength and Anxiety among Working and Non-working Women. *The International Journal of Indian Psychology*, 2, 16. 2015;23.
9. Behbahani ZR, Kakavand AR. Comparison of ego strength between addicted and non addicted people from Karaj and Tehran cities of Iran. *American Journal of Applied Psychology*. 2014;3(1):1-3.
10. Sevinçok L. Yaygın anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10:3-12.
11. APB. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.

12. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998.
13. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):276-85.
14. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
15. Leahy RL, Holland SJ, Aslan S, Türkçapar H, Köroğlu E. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri: HYB; 2009.
16. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacology. 1964;5(6):397-408.
17. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2015.
18. Tükel R. Panik bozukluğu. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002;5(Supp: 3):5-13.
19. Kim J, Gorman J. The psychobiology of anxiety. Clinical Neuroscience Research. 2005;4(5-6):335-47.
20. Erkmen H, Talu BS. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Kılavuzları ve Klinik İlaç Uygulamaları. Psikiyatride Güncel. 2015;5(1):31-47.
21. Bölükbaş K, Yıdız MC. İnternet Kullanımında Kadın Erkek Eşitsizliği. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi: 2005 1302-1842.
22. Aktaş C. Türkiye'de bilgisayar ve internet kullanımının yaygınlaştırılmasında internet kafelerin rolü. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. 2006;27:5-15.
23. Gönenç EÖ. İnternet ve Türkiye'deki gelişimi. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| Istanbul University Faculty of Communication Journal. 2003(16):87-97.
24. Altınbaşak İ, Karaca ES. İnternet reklamcılığı ve internet reklamı ölçümlenmesi üzerine bir uygulama. Ege Akademik Bakış Dergisi. 2009;9(2):463-87.
25. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2009;1(1):55-67.
26. TUIK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması: <http://www.tuik.gov.tr>; [05.11.2017].
27. TUIK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması: <http://www.tuik.gov.tr>; [18.01.2019].

28. Karaman MK, Kurtoğlu M. Öğretmen adaylarının internet bağımlılığı hakkındaki görüşleri. Akademik Bilişim. 2009;11(13):641-50.
29. APB. DSM-5: Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı Hekimler Yayın Birliği; 2013.
30. Ugurlu TT, Sengül CB, Sengül C. Bağımlılık Psikofarmakolojisi/Psychopharmacology of Addiction. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(1):37.
31. Young KS. Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. American Behavioral Scientist. 2004;48(4):402-15.
32. Şenormancı Ö, Konkan R, Sungur MZ. İnternet bağımlılığı ve bilişsel davranışçı terapisi. Psychiatry. 2010;11:261-8.
33. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological internet use. Computers in Human Behavior. 2001;17(2):187-95.
34. Salicetia F. Internet addiction disorder (IAD). Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;191:1372-6.
35. Aslan S. Akademisyenlerde İnternet Bağımlılık Düzeyleri ve Buna Bağlı Oluşabilecek Sağlık Sorunları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tipi]. 2011: İnönü Üniversitesi; 2011.
36. Young KS. Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, And Treatment: <http://netaddiction.com/articles/symptoms.pdf>; 1998 [22.11.2017].
37. Beard KW, Wolf EM. Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. Cyberpsychology & behavior. 2001;4(3):377-83.
38. Anderson KJ. Internet use among college students: An exploratory study. Journal of American College Health. 2001;50(1):21-6.
39. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold MS, et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. Depression and Anxiety. 2003;17(4):207-16.
40. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. Addiction. 2010;105(3):556-64.
41. Dalbudak E. İnternet bağımlılığında tanı ve tedavi. Psikiyatride Güncel. 2016;6(3):183-91.

42. J Kuss D, D Griffiths M, Karila L, Billieux J. Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*. 2014;20(25):4026-52.
43. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(3):235-47.
44. Yar A. Ruhsal Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde İnternet Bağımlılığı Yaygınlığı [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
45. Adalier A, Balkan E. The relationship between internet addiction and psychological symptoms. *International Journal of Global Education*. 2012;1(2):42-9.
46. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(6):510-6.
47. Chou W-P, Lee K-H, Ko C-H, Liu T-L, Hsiao RC, Lin H-F, et al. Relationship between psychological inflexibility and experiential avoidance and internet addiction: Mediating effects of mental health problems. *Psychiatry Research*. 2017;257:40-4.
48. Brand M, Young KS, Laier C. Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014;8:1-13.
49. Lee YS, Han DH, Yang KC, Daniels MA, Na C, Kee BS, et al. Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *Journal of Affective Disorders*. 2008;109(1-2):165-9.
50. Öztürk O. Psikanaliz ve Psikoterapi. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2016.
51. Köşkdere AA, Küey AG, Özmen M, Parman T, Tuna NT, Tükel R. Psikanalitik Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Kuramlar, Yöntemler. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2011.
52. Freud A. Ben ve Savunma Mekanizmaları. İstanbul: Metis Yayınları Ötekini Dinlemek; 2004.
53. McWilliams N, Kalem E. Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2010.

54. Hartmann H. Ben Psikolojisi ve Uyum Sorunu. İstanbul: Metis Yayınları ötekini Dinlemek; 2000.
55. Sadock B. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri 2016.
56. Bellak L. Ego Function Assessment (EFA): A manual: CPS, Incorporated; 1988.
57. Çevik Y. Ego fonksiyonları değerlendirme ölçeği'nin Türkiye koşullarına uygun geçerlik, güvenirlik çalışması [Doktora Tezi]: Marmara Üniversitesi; 2013.
58. Acharyya A, Mukherjee H. The status of ego-functions, locus of control and cognitive style of the tribal depressive patients of Tripura state Indian Journal of Health and Wellbeing 2012;3(3):617-21.
59. Hayashi H, Takei Y, Fujimori A, Takeuchi I, Hono T. Differences in Ego Functions between Those with Tendency to Atypical Depression and Those with Tendency to Melancholic Depression. Psychology. 2017;8(11):1657.
60. Smith TE, Burkey NA, Nawn J, Reif MC. A comparison of demographic, behavioral, and ego function data in borderline and eating disorder patients. Psychiatric quarterly. 1991;62(1):19-33.
61. Chang EC, D'Zurilla TJ, Sanna LJ. Social problem solving: Theory, research, and training: American Psychological Association http://www.ub.edu/gdne/documents/sps_chapter_in_APA_book.pdf; 2004 [06.02.2018].
62. Kim J-N, Grunig JE. Problem solving and communicative action: A situational theory of problem solving. Journal of Communication. 2011;61(1):120-49.
63. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayınevi; 2004.
64. Gelbal S. Problem çözme. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1991;6(6):167-73.
65. Şahin Ç. Problem çözme becerisinin temel felsefesi. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004(10):160-71.
66. Neziroğlu G. Ruminasyon, yaşantısal kaçınma ve problem çözme becerileri ile depresif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Unpublished Master's Thesis, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2010.

67. Batıgün AD, Şahin NH. Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir mi? Türk Psikoloji Dergisi. 2003;18(51):37-52.
68. Karabulut EO, Ulucan H. Yetiştirme yurdunda kalan öğrencilerin problem çözme becerilerinin çeşitli değişkenler bakımından incelenmesi (Kırşehir ili örneği). Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011;12(1):227-38.
69. Hamarta E. Examining the social anxiety of adolescents with regards to interpersonal problem solving and perfectionism. Elementary Education Online. 2009;8(3):729-40.
70. Jun W-H, Lee G. The role of ego-resiliency in the relationship between social anxiety and problem solving ability among South Korean nursing students. Nurse education today. 2017;49:17-21.
71. Demirbağ E. Depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiği [Uzmanlık Tezi]: Adnan Menderes Üniversitesi; 2013.
72. Eskin M. Sorun çözme terapisi: kuram, araştırma, uygulama: HYB Basım Yayın; 2009.
73. Balta ÖÇ, Horzum MB. İnternet Bağımlılığı Testi. Eğitim Bilimleri ve Uygulama. 2008;7(13):88-102.
74. Heppner PP, Petersen CH. The development and implications of a personal problem-solving inventory. Journal of Counseling Psychology. 1982;29(1):66.
75. Taylan S. Heppner'in problem çözme envanterinin uyarlama, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara. 1990.
76. Şahin N, Şahin NH, Heppner PP. Psychometric properties of the problem solving inventory in a group of Turkish university students. Cognitive Therapy and Research. 1993;17(4):379-96.
77. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62.
78. Akdemir A, Örs S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Hasan Özbay(1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği gvkk. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(4):251-9.

79. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Archives of general psychiatry. 1988;45(8):742-7.
80. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998;9(2):114-7.
81. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. Eur Psychiatry. 2012;27(1):1-8.
82. Örsal Ö, Örsal Ö, ünsal A, Özalp SS. Evaluation of Internet Addiction and Depression Among University Students. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2013;82:445-54.
83. Bipeta R, Yerramilli SS, Karredla AR, Gopinath S. Diagnostic Stability of Internet Addiction in Obsessive-compulsive Disorder: Data from a Naturalistic One-year Treatment Study. Innov Clin Neurosci. 2015;12(3-4):14-23.
84. Akdağ M, Yılmaz BŞ, Özhan U, Şan İ. Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılıklarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (İnönü Üniversitesi Örneği) İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014;15(1):73-96.
85. Lu X, Watanabe J, Liu Q, Uji M, Shono M, Kitamura T. Internet and mobile phone text-messaging dependency: Factor structure and correlation with dysphoric mood among Japanese adults. Computers in Human Behavior. 2011;27:1702-9.
86. Morrison CM, Gore H. The relationship between excessive Internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults. Psychopathology. 2010;43(2):121-6.
87. Bakken IJ, Wenzel HG, Gotestam KG, Johansson A, Oren A. Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. Scand J Psychol. 2009;50(2):121-7.
88. Aslan E, Yazıcı A. Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve İlişkili Sosyodemografik Faktörler. Klinik Psikiyatri 2016;19(3):109-17.
89. Balcı Ş, Gülnar B. Üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve internet bağımlılarının profili Selçuk İletişim. 2009;9:5-22.

90. Günüç S. İnternet Bağımlılık Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Bazı Demografik Değişkenler ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi; 2009.
91. McNicol ML, Thorsteinsson EB. Internet Addiction, Psychological Distress, and Coping Responses Among Adolescents and Adults. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2017;20(5):296-304.
92. Topal B, Şahin H, Topal B. İnternet Bağımlılığı Üzerine Sakarya İlinde Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Metinleri*. 2018;2:118-36.
93. Sereyim S. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar Tanısı Almış Bireylerin İnternet Bağımlılığı Açısından Sağlıklı Gönüllülerle Karşılaştırılması [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2018.
94. Lau JTF, Walden DL, Wu AMS, Cheng KM, Lau MCM, Mo PKH. Bidirectional predictions between Internet addiction and probable depression among Chinese adolescents. *J Behav Addict*. 2018;7(3):633-43.
95. Przepiorka A, Blachnio A, Cudo A. The role of depression, personality, and future time perspective in internet addiction in adolescents and emerging adults. *Psychiatry Res*. 2019;272:340-8.
96. Yücens B, Üzer A. The Relationship Between Internet Addiction, Social Anxiety, Impulsivity, Self-Esteem, and Depression in a Sample of Turkish Undergraduate Medical Students. *Psychiatry Research*. 2018;267:313-8.
97. Özdemir G. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2016.
98. Wang CY, Wu YC, Su CH, Lin PC, Ko CH, Yen JY. Association between Internet gaming disorder and generalized anxiety disorder. *J Behav Addict*. 2017;6(4):564-71.
99. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Jr., Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord*. 2000;57(1-3):267-72.

100. Lee JY, Chung YC, Song JH, Lee YH, Kim JM, Shin IS, et al. Contribution of stress and coping strategies to problematic Internet use in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2018;87:89-94.
101. Sevelko K, Bischof G, Bischof A, Besser B, John U, Meyer C, et al. The role of self-esteem in Internet addiction within the context of comorbid mental disorders: Findings from a general population-based sample. *J Behav Addict*. 2018;7(4):976-84.
102. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP, Norton GR. Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behav Res Ther*. 1992;30(1):67-9.
103. Savoia MG, Bernik M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Rev hosp clín fac med s paulo*. 2004;59(6):337-40.
104. Pozzi G, Frustaci A, Tedeschi D, Solaroli S, Grandinetti P, Di Nicola M, et al. Coping strategies in a sample of anxiety patients: factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain Behav*. 2015;5(8):e00351.
105. Ladouceur R, Blais F, Freeston MH, Dugas MJ. Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 1998;12(2):139-52.
106. Peters EM, Bowen R, Balbuena L. Mood instability contributes to impulsivity, non-suicidal self-injury, and binge eating/purging in people with anxiety disorders. *Psychol Psychother*. 2018:1-17.
107. Şahin S, İbili E, Uluyol Ç. Öğretmen Adaylarında Problem Çözme Eğilimi ve İnternet Bağımlılığı İlişkisinin İncelenmesi Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;19(1):1-21.
108. Owens K, Prout TA. Predicting psychological mindedness: anxiety and attachment styles. *Modern Psychological Studies*. 2012;18(1):75-84.
109. Jakuszkowiak-Wojten K, Landowski J, Wiglusz MS, Cubala WJ. Impulsivity in anxiety disorders. A critical review. *Psychiatr Danub*. 2015;27 Suppl 1:S452-5.
110. Bellak L, Meyers B. Ego Function Assessment and Analysability. *International Review of Psycho-Analysis*. 1975;2:413-27.

111. Waqas A, Rehman A, Malik A, Muhammad U, Khan S, Mahmood N. Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. *Cureus*. 2015;7(9):1-16.
112. Fario M, Aprile S, Cabrino C, Maggini C, Marchesi C. Defense mechanisms and symptom severity in panic disorder. *Acta Biomed*. 2010;81(1):30-4.
113. Mahfouz R, Rashidi AE-, Askar M, Balay AE-, Hatem R. Ego Function Assessment in Major Depressive Patients: An Egyptian Sample. *Egypt J Psychiat*. 1993;16(1-2):29-36.
114. 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. *Addict Behav*. 2014;39(12):1839-45.
115. Cao F, Su L, Liu T, Gao X. The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *Eur Psychiatry*. 2007;22(7):466-71.
116. Baek HG, Yun JW. A Study on the Relation Between Adolescent's Smartphone Addiction and Psychological Mindedness. *Journal of Digital Convergence*. 2014;12(7):389-400.

8. EKLER

EK-1: HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI : Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunda İnternet Bağımlılığının Araştırılması, Bunların Problem Çözme Becerileri ve Ego Fonksiyonları ile İlişkisi

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar vererseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde internet bağımlılığının ve bunun kişinin problem çözme becerileri ve benlik fonksiyonları ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

CALIşMA İşLEMLERİ:

Çalışmaya katılmayı Kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı ölçekler uygulanacaktır. Sizden benlik fonksiyonlarını, internet bağımlılığı durumunu ve problem çözme becerilerini değerlendiren üç ölçek doldurmanız istenecektir. Bu testler sizden ve sağlık güvencenizden hiçbir ücret talep edilmeden yapılacaktır. Kişisel bilgileriniz ve değerlendirme sonuçlarınız tarafımızca saklı tutulacak, sizin onayınız olmadan hiçbir şekilde kurum ve kuruluşlara ileilmeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizden onay formunu imzalamanız istenecektir. Bu bilgilendirme formu ile size çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilecektir. Bu formda yanıtını bulamadığınız sorular olursa bunlar araştırma ekibi tarafından yanıtlanacaktır.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız yeterlidir.

ÇALIşMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

GEBELİK VE DOğUM KONTROLÜ

Çalışmamız Ankettir.

ÇALIşMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma ile panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda internet bağımlılığı ve bazı değişkenler ile ilişkisi incelenecektir. Böylece hastalığa eşlik eden bazı durumlar varsa araştırılabilecek, birbirleri ile ilişkisi değerlendirilebilecektir.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğimin veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilceğimin bilincindeyim.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek yada sizden para talep edilmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dâhil, hiçbir aşamada sizin isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, çalışma verilerinizi artık kullanılmayacak ya da diğer kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Dr. Nadire ÇENGEL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tel: 0362 312 19 19 - 2422

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde bu tedavi kurumunda göreceğiniz bakım ve tedaviler etkilenmeyecek, herhangi bir aksama olmayacaktır.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- **Adı Soyadı:**
- **Adres ve Tel:**
- **Yaş:** **Cinsiyet:** (1) Erkek (2) Kadın
- **Medeni durum:** (1) Bekar (2) Evli (3) Eşi ölmüş (4) Boşanmış
- **Eğitim Süresi:**
- **Yaşam şekli:** (1) yalnız yaşıyor (2) aile ile (3) diğer (arkadaş-yurt)
- **Çalışma durumu:** (1) Öğrenci (2) Çalışıyor (3) İşsiz (4) Emekli (5) ev kadını
- **Daha önce psikiyatri başvurusu var mı:** (1) yok (2) var
- **Halen bir psikiyatrik tedavi alıyor mu:** (1) hayır (2) evet
- **Ruhsal hastalık süresi:**
- **Sigara kullanımı:** (1) yok (2) var **Varsa günde kaç tane:**
- **Alkol-Madde kullanımı :** (1) yok (2) var **Varsa ne, ne kadar sıklıkla:**
 - (1) haftada 1'den az
 - (2) haftada 1
 - (3) haftada 1'den çok
- **Günlük internet kullanım süresi:**
- **Günde kaç saat iş amaçlı internet kullanım oluyor:**
- **İnterneti kullandığı günler :** (1) hafta içi (2) hafta sonu (3) her zaman
- **İnterneti günün hangi saatinde kullanıyor:** (1) 08.00-16.00 (2) 16.00-24.00 (3) 24.00-08.00

İnterneti hergün en çok ne amaçla kullanıyor:

(Lütfen interneti en çok kullanım amacınızın karşısına '1', ikinci kullanım amacınızın karşısına '2', üçüncü kullanım amacınızın karşısına '3' yazınız).

- Alışveriş
- Sosyal medya
- Sohbet (chat)
- Kumar
- Oyun
- Hastalıkla, mevcut şikayetlerle ilgili bilgi edinmek (sağlıkla ilgili bilgi edinmek)
- Genel amaçlı bilgi edinmek
- Başvuru işlemleri (sınav, randevu..vb), banka işlemleri, ödeme işlemleri (fatura, kira, borç, ceza..vb)
- Mail
- Cinsel içerikli kullanım
- Eğlence amaçlı (video seyretmek, film seyretmek, müzik dinlemek gibi)

EK-3: İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ

Elinizde bulunan ölçek ile internet kullanımına yönelik durumunuzu belirlemek amaçlanmaktadır. Aşağıdaki soruları katılım düzeyiniz hangi gruba giriyorsa ona göre işaretleyiniz. Bu ifadelerden her birisi için “Nadiren (1)”, “Ara sıra (2)”, “Sıklıkla (3)”, “Çoğu zaman (4)” ve “Her zaman (5)” seçeneklerden birini işaretleyiniz. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın geçerli ve güvenilir olması açısından oldukça önemlidir. Şimdiden yaptığınız katkılar için teşekkür ederiz.

No	Madde	1	2	3	4	5
ÇEVİRİM-İÇİ OLMAYI GÜNLÜK HAYATA TERCİH ETME						
1	Hangi sıklıkla interneti samimi bir arkadaşınıza tercih ediyorsunuz?	()	()	()	()	()
2	Hangi sıklıkla herhangi birisi çevrim-içi olarak ne yaptığınızı sorduğunda sır gibi saklar veya savunmaya geçersiniz?					
3	Hangi sıklıkla kendinizi tekrar çevrim-içi olarak görürsünüz?					
4	Hangi sıklıkla eğer birileri siz çevrim-içi iken sizi üzerlerse kızgın davranır, bağırır, sağa sola vurursunuz?					
5	Hangi sıklıkla çevrim-içi değilken internetle avunur veya çevrimiçi olduğunuz hayalini kurarsınız?					
6	Hangi sıklıkla çevrim-içi olduğunuzda birçok zaman kendi kendinize bir şeyler söylerken bulursunuz?					
7	Hangi sıklıkla ne kadar süre ile çevrim-içi olduğunuzu saklamaya çalışırsınız?					
8	Hangi sıklıkla başkalarıyla dışarı çıkmak yerine çevrim-içi daha fazla zaman harcamayı tercih edersiniz?					

ÇEVİRİM-İÇİ OLMA SÜRESİNİ ARTIRMAK İSTEME						
9	Hangi sıklıkla niyetlendiğinizden daha fazla çevrim-içi ortamda kalıyorsunuz?					
10	Hangi sıklıkla ailenizle ilgili işleri ihmal ederek çevrim-içi ortamda daha fazla zaman harcıyorsunuz?					
11	Hangi sıklıkla yapman gereken bir işi yapmadan önce e-postanızı kontrol edersiniz?					
12	Hangi sıklıkla iş performansınız veya üretkenliğiniz internet yüzünden zarar görmektedir?					
13	Hangi sıklıkla internetsiz hayatın sıkıcı, boş ve zevksiz bir hayat olacağından korkarsınız?					
14	Hangi sıklıkla çevrimiçi harcadığınız zamanı kesmek için uğraşırsınız?					
15	Hangi sıklıkla çevrim dışı olduğunuzda kendinizi sinirli, huysuz ve kederli hissedip, internete bağlandığınızda bunların geçtiğini görürsünüz?					
ÇEVİRİM-İÇİ OLMAKTAN KAYNAKLANAN SORUNLAR						
16	Hangi sıklıkla çevrim-içi kullanıcı olan arkadaşlarla yeni ilişkiler şekillendiriyorsunuz?					
17	Hangi sıklıkla hayatınızdaki diğer kişiler çevrim- içi olarak harcadığınız zaman süresi hakkında şikayet etmektedir?					
18	Hangi sıklıkla okul veya sertifika çalışmalarınız çevrim-içi olarak harcadığınız zaman süresi yüzünden zarar görmektedir?					
19	Hangi sıklıkla önceki gece internete bağlanma yüzünden uykusuz kalmış olursunuz?					

EK-4: PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinmeme, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: “ Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?”

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Her zaman böyle davranırım | 4. Arada sırada böyle davranırım |
| 2. Çoğunlukla böyle davranırım | 5. Ender olarak böyle davranırım |
| 3. Sık sık böyle davranırım | 6. Hiçbir zaman böyle davranmam |

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

1. Bir sorunumu çözmek için kullandığım

çözüm yolları başarısız ise bunların

neden başarısız olduğunu araştırmam. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu

tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi (1) (2) (3) (4) (5) (6)

toplayacağımı uzun boylu düşünmem.

3. Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk

çabalar başarısız olursa o sorun ile

başakabileceğimden şüpheye düşerim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

4. Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken

çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını (1) (2) (3) (4) (5) (6)

ayrıntılı olarak düşünmem.

5. Sorunlarımı çözmeye konusunda genellikle

yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

6. Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten

sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini

düşündüğüm sonucu karşılaştırırım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

7. Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için

başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye (1) (2) (3) (4) (5) (6)

çalışırım.

8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi

anlamak için duygularımı incelerim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi

somut ve açık-seçik terimlerle ifade (1) (2) (3) (4) (5) (6)

etmeye uğraşmam.

10. Başlangıçta çözümünü farketmesem de

sorunlarımın çoğunu çözmeye yeteneğim vardır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden

daha zor ve karmaşıktır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim

ve bu kararlardan hoşnut olurum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek

için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

14. Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek

yerine gelişigüzel sürüklenip giderim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde

karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı

olasılığını tek tek değerlendirmem. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden

önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

17. Genellikle aklıma il gelen fikir doğrultusunda

hareket ederim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin

sonuçlarını ölçer, tarar, birbirleriyle karşılaştırır, (1) (2) (3) (4) (5) (6)

sonra karar veririm.

19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken

o planı yürütebileceğime güvenirim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan

önce nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye (1) (2) (3) (4) (5) (6)

çalışırım.

21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını

düşünürken çok fazla seçenek üretmem. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım

bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer (1) (2) (3) (4) (5) (6)

sorunları düşünmektir.

23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem

karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime (1) (2) (3) (4) (5) (6)

inaniyorum.

24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek

sorunları çözebileceğime inancım vardır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde,

bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz (1) (2) (3) (4) (5) (6)

ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.

26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime (1) (2) (3) (4) (5) (6)

güveniyorum.

28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar (1) (2) (3) (4) (5) (6)

verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.

29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken

çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında

katkısı olabilecek benim dışımdaki etmenleri (1) (2) (3) (4) (5) (6)

genellikle dikkate almam.

31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk şeylerden biri,

durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek

her türlü bilgiyi dikkate yaptığım almaktır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki,
sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu (1) (2) (3) (4) (5) (6)
dikkate bile almam

**33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç
genellikle benim beklediğim sonuca uyar. (1) (2) (3) (4) (5) (6)**

34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa
çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

**35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım
şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu (1) (2)(3) (4) (5) (6)
anlamaya çalışmaktır.**

EK-5: EGO FONKSİYONLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
1. Bir şey gerçek mi, yoksa hayal veya rüya mı olduğunu ayırt etmekte güçlük çekerim.				
2. Tehlikeli şeyler yaparım.				
3. Aklıma takılan olaylar ya da düşünceler konsantre olmamı engeller.				
4. Tedirgin olmadan, rahatça kendimi tuhaf düşüncelere bırakabilirim.				
5. Bedenimin bazı bölümleri sanki bana ait değilmiş gibi hissediyorum.				
6. “Benin hiç gerçek dostum yok” diye hissettiğim olur.				
7. İçimde beni sürekli hareke etmeye zorlayan bir güç var.				
8. Olaylar beni çabuk etkiler.				
9. Dilimin tutulup, konuşamadığım zamanlar olur.				
10. Işık, ses ve ısı değişikliklerine karşı aşırı duyarlıyım.				
11. Günlük rutin işlerdeki değişikliklere çabuk ayak uydururum.				
12. Yapabileceğimin en iyisini yaparım.				
13. Başka insanların tehlikeli bulduğu şeyleri yaparım.				
14. Başkalarının görmediği şeyler görürüm.				
15. En basit şeyleri bile hatırlamakta güçlük çekerim.				

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
16. Sanatsal bir etkinliğe veya üretime dönüştürülebilecek hayallerim, fantezilerim vardır.				
17. Bazen çevremdeki tanıdık şeyler bana yabancı gelir.				
18. Kimseye ihtiyacım olmadığını düşünürüm.				
19. Her an hareket halinde olmam gerekir.				
20. Hiçbir nedeni olmadığı halde kendimi sinirli ve huzursuz hissederim.				
21. Utandığımda konuşacaklarımı şaşırırım.				
22. Çok gürültülü bir ortamda sinirli ve huzursuz olurum.				
23. Canım istemese de, yapmam gereken şeyleri yapabilirim.				
24. Sorumluluk almaktan hoşlanırım.				
25. Başkalarının işitmediği şeyler işitirim.				
26. Kurduğum arkadaşlıklarda hayal kırıklığı yaşarım.				
27. Duygusal bir sarsıntı geçirdiğimde, bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çekerim.				
28. Önemli bir şeyler yapma kaygısı taşımadan da gevşeyip hoşça vakit geçirebilirim.				
29. Bazen içimde birden fazla kişi varmış gibi gelir.				
30. Biriyle yakınlaştığımda o kişi ile ilişkim bozulur.				
31. Olaylar beni aşırı heyecanlandırır.				
32. Endişeli bir insanım				

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
33. Kendimi her zaman yaptığım işleri yapamayacak kadar bitkin hissederim.				
34. Olaylar çok fazla üzerime geldiğinde patlayacak gibi olurum.				
35. Düşüncelerim ve insanlar hakkındaki duygularım sık sık değişir.				
36. Hayatımı kendi istediğim şekilde yaşarım.				
37. Nerede olduğum konusunda kafamın karıştığını söylerler.				
38. Olaylar beklemediğim şekle gelişir.				
39. Dikkatimi olup bitenlere vermekte güçlük çekerim				
40. Hayal kurmayı severim.				
41. Dünyanın yok olacağı ya da parçalanacağı duygusunda kapılırım.				
42. İnsanların bana duygusal yakınlık göstermelerinden rahatsız olurum.				
43. Ruh halim sık sık değişir.				
44. Kendimi dağınımış hissediyorum.				
45. Yapmak istediğim bir işe başlamak bana zor gelir.				
46. Tenim aşırı duyarlıdır.				
47. Davranışlarımda ve söylediklerimde tutarlıyım.				
48. İşleri, çoğu insanlar kadar iyi yapabilirim.				
49. Kim olduğum konusunda kafamın karıştığını söylerler.				

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
50. Kendimi tehlikeli durumlar içerisinde bulurum.				
51. Bazen başkalarınca anlaşılmayan sözcükler kullandığım olur.				
52. İçimden geldiği gibi hareket ederim.				
53. Bazen yaşadığım bir olayı daha önceden de yaşamış olduğum hissine kapılırım.				
54. Daha önceden sorunlu ilişkiler yaşadığım kişilere benzer kişiler bana çekici gelir.				
55. Sabırsız bir insanım.				
56. Yapılan esprileri anlamakta güçlük çekerim.				
57. Tembel olduğumu düşünürüm.				
58. En küçük bir ses veya ışık tüm geceyi uykusuz geçirmeme yol açar.				
59. Günlük yaşamımda planlı ve programlı bir insanım.				
60. Hoşuma gitmeyen şeyleri değiştirebilirim.				
61. Kim olduğum konusunda kafam karışır.				
62. İnsanlar yaptığım şeyleri yanlış anlarlar.				
63. Konuşurken bir konudan diğerine atladığımı fark ederim.				
64. Hobi olarak yaptığım işlerde (yemek yapmak, el işi, doğramacılık vs.) farklı yöntemlerle yeni bir şeyler yaratmaktan zevk alırım.				

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
65. Bedenimin bazı bölümleri bana tuhaf veya yabancı gelir.				
66. Kendimi başkalarının yerine koyup, onların neler hissettiklerini anlayabilirim.				
67. Birini öldürmeyi isteyecek kadar öfkelenebilirim.				
68. Kâbus dolu rüyalar görürüm.				
69. Başkalarının kendilerini kaybettikleri durumlarda kendime hâkim olabilirim.				
70. Ufak tefek bedensel ağrı ve yakınmalarım olur.				
71. Gelecek hakkında planlar yapmak hoşuma gider.				
72. Karar vermede fazla zorlanmam.				
73. Nerede olduğum konusunda kafam karışır.				
74. Olaylarla başa çıkmada kendimi diğer insanlardan daha başarılı bulurum.				
75. Düşüncelerim sanki kontrolsüz olarak akıp gider.				
76. Yaratıcı şeyler yapmaktan hoşlanırım (resim yapmak, heykel çalışmak, edebi şeyler yazmak vb.)				
77. Başım ve bedenimin bazı bölümleri bana büyümüş ya da küçülmüş gibi gelir.				
78. Benim için önemli olan birinden bir süre uzak kalırsam onu bir daha göremeyeceğim hissine kapılırım.				
79. İçimde beni intihar etmeye zorlayan güçlü bir istek var.				
80. Başkalarının hakkımda söylediklerini kendime dert ederim.				

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
81. Sık sık etrafımdaki eşyalara çarparım.				
82. Baş ağrılarım olur.				
83. Birçok işi bir arada yürütebilirim.				
84. Şansım kötüye gittiğinde bunu değiştirebilmek için bir şeyler yapabileceğime inanırım.				
85. İnsanlara bir şey anlatmaya çalıştığımda beni yanlış anlarlar.				
86. Çok fazla riske girdiğimi düşünürüm.				
87. Bazı düşüncelerin kafama dışarıdan yerleştirildiği duygusuna kapılırım.				
88. Olaylarda esprili veya komik yönler bulabilirim.				
89. Bedenimin içini boşmuş gibi hissederim.				
90. İlişkilerimde karşımdaki insana aşırı bağımlı olur ve yapışırım.				
91. İçimde, yanlış bulduğum bazı cinsel eylemleri yapma isteği olur.				
92. Aklımdan tuhaf ve ürkütücü düşünceler geçer.				
93. Başladığım işi bitirmekte zorluk çekerim.				
94. Aynı anda yapılacak bir sürü şey olduğunda, elim ayağıma dolaşır.				
95. Hayatımı hiçbir işi yarım bırakmayacak şekilde planlayabilirim.				
96. İşlerimi iyi yaptığım için takdir edilirim.				
97. Bana, anlattıklarımın saçma olduğunu söyleyenler oldu.				

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
98. İnsanları yanılttığımı fark edip şaşırđığım olur.				
99. Başkalarının anlamayacaklarını sandığım düşüncelerim vardır.				
100. Oyun oynamaktan hoşlanırım				
101. Hayatım bana bir rüya veya filmmiş gibi gelir.				
102. Önem verdiğim kişi bana tüm dikkatini ve ilgisini vermiyorsa kendimi reddedilmiş hissederim.				
103. Dürtü ve isteklerimi kontrol etmekte güçlük çekerim.				
104. Günlük sorunlarla baş edemediğim duygusuna kapılırım.				
105. Dikkatimi bir şeye vermekte güçlük çekerim. (televizyon seyretmek, kitap okumak, birisini dinlemek gibi)				
106. Tatilden sonra yeniden kendimi işe vermem uzun zaman alır.				
107. Geçmişteki hatalarımdan ders alırım.				
108. Hayatımda, ulaşmaya çalıştığım belirli hedefler vardır.				
109. Sorunlarımla gerçek olmadığını, bunları benim uydurduğumu söyleyenler oldu.				
110. İnsanlara aşırı güvendiğimi düşünürüm.				
111. Konuşurken cümlemi tamamlamakta güçlük çektiğim olur.				
112. Komik bir şeyler anlatıldığında kolayca gülebilirim.				
113. Kendimi bir önceki güne göre değişmiş, sanki aynı kişi değilmiş gibi hissederim.				

YÖNERGE	HİÇBİR	BAZEN	ÇOĞU	HER
Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	ZAMAN		ZAMAN	ZAMAN
114. Başkalarına yardımcı olmaktan kişisel bir haz alırım.				
115. Kontrol edemediğim öfke nöbetlerim olur.				
116. Sorunlar üzerinde düşünmezsem bunların kendiliğinden geçeceğine inanırım.				
117. Kişilerin ya da yerlerin isimlerini unutuyorum.				
118. Uykularım hafiftir.				
119. Yaptığım planlarımı gerçekleştirebilirim.				
120. İnsanın kendi kaderini kendisinin tayin ettiğine inanırım.				

EK-6: HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(0-4)	
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(0-4)	
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(0-2)	
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(0-2)	
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(0-2)	
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(0-2)	
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(0-2)	
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(0-2)	
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(0-2)	
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(0-2)	
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(0-4)	
11. İNTİHAR	(0-4)	
12. PSİŞİK KAYGI	(0-4)	
13. SOMATİK KAYGI	(0-4)	
14. HİPOKONDİRİ	(0-4)	
15. İÇGÖRÜ	(0-2)	
16. YAVAŞLAMA	(0-4)	
17. AJİTASYON	(0-4)	
TOPLAM		

EK-7: HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

1. **ANKSİYETELİ MİZAÇ:** Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş. 0-1-2-3-4

2. **GERİLİM:** Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. 0-1-2-3-4

3. **KORKULAR:** Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. 0-1-2-3-4

4. **UYKUSUZLUK:** Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. 0-1-2-3-4

5. **ENTELLEKTÜEL (kognitif):** Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. 0-1-2-3-4

6. **DEPRESİF MİZAÇ:** İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. 0-1-2-3-4

7. **BEDENSEL(Musküler):** Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonu. 0-1-2-3-4

8. SOMATİK (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. 0-1-2-3-4

9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. 0-1-2-3-4

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne. 0-1-2-3-4

11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon. 0-1-2-3-4

12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans. 0-1-2-3-4

13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması. 0-1-2-3-4

14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kışıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus. 0-1-2-3-4

TOPLAM:

PSİŞİK(1,2,3,5,6):

SOMATİK(4,7,8,9,10,11,12,13):

EK-8: TIBBİ ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1190-1224-478

31 .05.2019

Sayın Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda problemleri internet kullanımının problem çözme becerileri ve ego fonksiyonları ile ilişkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2017/347 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 28.09.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-9: TURNİTİN ORJİNALLİK RAPORU

internet bağımlılığı

ORJİNALLİK RAPORU

% **10**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **11**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **6**

YAYINLAR

% **10**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 3
2	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
3	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	% 1
4	angora.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
7	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	egitimvaktim.com İnternet Kaynağı	% 1
9	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1

Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞALIN
Şalin

Dr. Naciye ŞENGEL
Şengel

10

Submitted to Konya Necmettin Erbakan
University
Öğrenci Ödevi

%1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< %1

Bibliyografayı Çıkart

Kapat

Prof. Dr. Ahmet Rifat SAHİN



Dr. Nadire SENGEL

