



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
ÇOCUK HASTANESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

ERGENLERDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE
DİSSOSİYATİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Dr. Çisem ERDAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
ÇOCUK HASTANESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

ERGENLERDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE
DİSSOSİYATİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Dr. Çisem ERDAŞ

Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Gülser Şenses DİNÇ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2021

TEŞEKKÜR

İhtisasım süresince ve tezimin her aşamasında sevgi, sabır ve anlayış ile emek harcayan, hep yanımda olan, yardımını ve değerli bilgilerini benimle paylaşan, güler yüz ve samimiyetini benden esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ'e;

Asistanlık eğitimime kıymetli katkıları olan, bilgi ve tecrübeleriyle her zaman yanımda olan, tez hazırlama sürecimde de yardımlarını esirgemeyen sayın hocalarım Prof. Dr. Özden Şükran ÜNERİ ve Doç. Dr. Esra ÇÖP'e;

Yine tez hazırlama sürecimde tüm güler yüzlülüğü ve samimiyetiyle bana yardımcı olan ve yol gösteren Doç. Dr. Zeynep GÖKER'e;

Rotasyonlarımda eğitimime önemli katkılarda bulunan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Psikiyatri Bölümünün ve Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji Bölümünün saygıdeğer öğretim üyelerine ve uzmanlarına;

Asistanlık dönemim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve Ankara Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği çalışanlarına;

Tezimin uygulama aşamasında gösterdikleri anlayışla araştırmamıza katkıda bulunan tüm okul idaresi, öğretmen, öğrenci ve ailelerine;

Destegini ve sevgisini her daim kalbimde hissettiğim dostum Merve ÇETİN'e;

Yaşamım boyunca hiçbir zaman desteğini, ilgisini ve sevgisini esirgemeyen canım aileme,

Hayatımın her aşamasında desteğini benden bir an olsun eksik etmeyen, yol arkadaşım, kıymetli eşim Dr. Mehmed Burak ERDAŞ'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE...

Dr. Çisem ERDAŞ

ANKARA, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İNTERNET.....	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI	5
2.2.1. İnternet Bağımlılığı Tanımı	5
2.2.2. İnternet Bağımlılığı Tanı Kriterleri	6
2.2.3. Etiyoloji.....	8
2.2.3.1. Öğrenme teorisi	9
2.2.3.2. Bilişsel-davranışçı yaklaşım	9
2.2.3.3. Sosyal beceri eksikliği teorisi	9
2.2.3.4. Kavramsal internet bağımlılığı teorisi.....	10
2.2.3.5. Nörobiyolojik teori	10
2.2.3.6. Kültürel mekanizmalar teorisi	12
2.2.4. Epidemiyoloji	12
2.2.5. Komorbidite	12
2.2.6. Tedavi.....	14
2.3. DİSSOSİYASYON	16
2.3.1. Tanım	16
2.3.2. Tarihçe	18
2.3.3. Epidemiyoloji	19
2.3.4. Etiyoloji.....	19
2.3.5. Tanı Ölçütleri.....	22
2.3.5.1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu.....	22

2.3.5.2. Dissosiyatif amnezi	24
2.3.5.3. Depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu.....	25
2.3.5.4. Tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk	26
2.3.5.5. Tanımlanmamış diğer bir dissosiyatif bozukluk	27
2.3.6. Klinik Fenomoloji	27
2.3.7. Ayırıcı Tanı.....	30
2.3.7.1. Hayali arkadaşlık ile ayırıcı tanısı	30
2.3.7.2. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile ayırıcı tanısı...	31
2.3.7.3. Şizofreni ve psikotik durumlar ile ayırıcı tanısı	31
2.3.7.4. Duygudurum bozuklukları ile ayırıcı tanısı	31
2.3.7.5. Epilepsi ile ayırıcı tanısı.....	32
2.3.7.6. Borderline kişilik bozukluğu (BKB) ile ayırıcı tanısı	32
2.3.7.7. Davranım bozukluğu ile ayırıcı tanısı	32
2.3.8. Tedavi.....	33
2.3.8.1.Tedavi süresi ve seyri.....	33
2.3.8.2. Terapistin rolü.....	34
2.3.8.3. Dissosiyatif belirtilerin tedavisinde özellikle dikkat edilecek hususlar	34
2.3.8.4. Terapötik hedefler	34
2.3.8.5. Ek tedaviler	35
2.3.8.5.1. Aile terapisi	35
2.3.8.5.2. Farmakoterapi	35
2.3.8.5.3. Sanat terapisi	35
2.3.8.5.4. Grup terapisi	36
2.3.8.5.5. Eğitimsel müdahaleler.....	36
2.4. İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE DISSOSİYATİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ	36
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ	37
3.2. ARAŞTIRMA DESENİ.....	39
3.3. UYGULAMA.....	39
3.4. VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARAÇLARI	40
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	40

3.4.2. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)	40
3.4.3. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ).....	40
3.4.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	41
3.4.5. Hollingshead-Redlich Ölçeği	41
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	42
4. BULGULAR	43
4.1. ÖRNEKLEMİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ.....	43
4.2. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	45
4.2.1. Güçler Güçlükler Anketi (GGA) (Ergen-Ebeveyn)	45
4.2.2. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ).....	48
4.2.3. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)	48
4.2.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Puan Dağılımları	48
4.2.5. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ) Puan Dağılımları	53
4.2.6. Dissosiyatif Belirti Varlığı Durumuna Göre Dağılımlar	55
4.2.7. Dissosiyatif Belirti Varlığını Yordayan Faktörler	58
4.2.8. İnternet Bağımlılığı Ölçeği Puan Dağılımları	59
4.2.9. İnternet Bağımlılığı Ölçeği ile Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişki.....	62
4.2.10. İnternet Bağımlılığı Ölçeği ile Güçler ve Güçlükler Anketi Arasındaki İlişki	63
4.2.11. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile Güçler ve Güçlükler Anketi Arasındaki İlişki.....	65
4.2.12. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre Dağılımlar	66
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. ERGENLERDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI YAYGINLIĞI	70
5.2. YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEK PUANININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ	71
5.3. EDYÖ PUANININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	76
5.4. ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	79
5.4.1. İBÖ-GGA Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	79
5.4.2. EDYÖ-GGA Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	80
5.4.3. İBÖ-EDYÖ Puanları Arasındaki İlişki	81

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
7. KAYNAKLAR.....	87
8. EKLER	97



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- ARPA:** Advanced Research Projects Agency
- ARPANET:** Advanced Research Projects Agency Network
- BITNET:** Because It's There Network
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- BKB:** Borderline Kişilik Bozukluğu
- ÇDDÖ:** Çocuk Dissosiyasyon Değerlendirme Ölçeği
- DB:** Dissosiyatif Bozukluk
- DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DKB:** Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
- DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- DTI:** Diffusion Tensor Imaging
- DYÖ:** Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
- EDYÖ:** Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
- fMRI:** Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
- GGA:** Güçler ve Güçlükler Anketi
- IBM:** International Business Machines
- İBÖ:** İnternet Bağımlılığı Ölçeği
- MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı
- MIT:** Massachusetts Institute of Technology
- NASA:** Amerikan Uzay ve Havacılık Dairesi
- ODTÜ:** Ortadoğu Teknik Üniversitesi
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- PET:** Pozitron Emisyon Tomografi
- PİK:** Problemlı İnternet Kullanımı
- SPECT:** Single-Photon Emission Computed Tomography
- SPSS:** Statistical Package for Social Sciences
- SSRI:** Selektif Serotonin Reseptör İnhibitörü
- TÜBİTAK:** Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TÜVAKA: Türkiye Üniversiteler ve Araştırma Kurumları Ağı

ULAKNET: Ulusal Akademik Bilgi Merkezi

WWW: World Wide Web



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ergenlerin Demografik Özellikleri	43
Tablo 2. Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Özellikler	44
Tablo 3. Ergenlerin İnternet Kullanımına Ait Özellikler	45
Tablo 4. GGA Puanlarının Dağılımı	45
Tablo 5. GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Puanları Arasındaki Korelasyon Bulguları	47
Tablo 6. EDYÖ Puanlarının Dağılımı	48
Tablo 7. İnternet Bağımlılığı Ölçeğine Ait Bulgular.....	48
Tablo 8. Demografik Özelliklere Göre GGA-Ergen Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	50
Tablo 9. İnternet Kullanım Süresi ile GGA-Ergen Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	52
Tablo 10. Demografik Özelliklere Göre EDYÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	54
Tablo 11. İnternet Kullanımı Süresi ile EDYÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişki	55
Tablo 12. EDYÖ'ye Ait Bulgular.....	55
Tablo 13. Sosyodemografik Değişkenlerin Dissosiyatif Belirti Varlığına Göre Karşılaştırması	55
Tablo 14. İnternet Kullanımına Ait Özelliklerin Dissosiyatif Belirti Varlığına Göre Değerlendirilmesi	56
Tablo 15. Ölçek Puanlarının Dissosiyatif Belirti Varlığına Göre Karşılaştırması	58
Tablo 16. Dissosiyatif Belirti Varlığını Yordayan Değişkenlerin Analizi.....	58
Tablo 17. Demografik Özelliklere Göre İBÖ Puanlarının Dağılımı	59
Tablo 18. İnternete Bağlanma ve Bağlantı Cihazları ile İBÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 19. İnternete Girilen Yer ve İnternet Kullanım Süresi ile İBÖ Puanları Arasındaki İlişki	61
Tablo 20. İnternet Kullanımına Ait Özellikler ile İBÖ Puanı Arasındaki İlişki.....	62
Tablo 21. İBÖ Puanı ile EDYÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	63
Tablo 22. İBÖ Puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	64
Tablo 23. EDYÖ Toplam Puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam ve Tüm Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	65
Tablo 24. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı	66
Tablo 25. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre İnternete Bağlanma ve Bağlantı Cihazlarına Ait Dağılımlar	67
Tablo 26. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre İnternet Kullanımına Ait Özelliklerin Dağılımı	68

Tablo 27. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre GGA-Ergen ile GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	69
Tablo 28. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre EDYÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	70



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2009 ile 2020 Yılları Arasında İnternet Erişimi Olan Hane Oranı ile Bilgisayar ve İnternet Kullanım Oranları	5
Şekil 2. İBÖ Puanı ve EDYÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişki	63
Şekil 3. İBÖ Puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanları Arasındaki İlişki	64
Şekil 4. EDYÖ ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanları Arasındaki İlişki	65



ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; liseye devam eden 14-17 yaş aralığındaki ergenlerde internet bağımlılığı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma örneklemimiz 14-17 yaş arası, bu özellikler için Ankara ilini temsil gücü olan 1236 ergenden oluşmuştur. Çalışmaya katılan liselerde çalışan öğretmenlere çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir. Ergenlerin kendisi aracılığıyla ebeveyn formları ailelerine ulaştırılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ergenlerin Sosyodemografik Veri Formu, İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ), Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)-Ergen formunu doldurmaları, ebeveynlerinin ise Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)-Ebeveyn formunu doldurmaları istenmiştir. İstatistiksel analizlerde SPSS 20 programı kullanılmış, $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Örneklemenin yaş ortalaması 15 yıl 6 aydır. Çalışmamızda internet bağımlılığı oranı düşük olduğu için İBÖ'den 50 puan üzeri alanlar “belirti gösterenler”, 50 puan ve altı alanlar “belirti göstermeyenler” şeklinde olmak üzere örneklem 2 gruba ayrılmıştır. Buna göre internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerin oranı % 9,4, belirti göstermeyenlerin oranı %90,6 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde ergenin ve anne-babasının günlük internet kullanım süresi, sosyal paylaşım ve oyun oynama amaçlı internetin kullanım oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla hem GGA-Ergen hem de GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı ve alt boyut puanları, EDYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda dissosiyatif belirti varlığına göre oluşturulan 2 grup arasında karşılaştırma yapıldığında dissosiyatif belirti olan grupta olmayan gruba kıyasla düşük okul başarısı, ergenin ve anne-babasının günlük internet kullanım süreleri, İBÖ puan ortancası istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda; İBÖ puanı ve GGA-Ergen toplam güçlük puanının dissosiyatif belirti varlığını yordayan değişkenler olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışma sonuçlarımız ergenlerde internet bağımlılığı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde ocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine başvuran olguların internet bağımlılığı açısından risk faktörlerinin araştırılmasının, diğer birçok psikopatolojiyi taklit edebilen dissosiyatif belirtiler açısından dikkatli olunmasının, ebeveynlere ergenlik dönem özellikleri, olumlu ebeveynlik tutumlarına yönelik bilgilendirmeler yapılmasının ve danışmanlık verilmesinin yararlı olacağı düşünölmüştür.

Anahtar Kelimeler: Dissosiyasyon, internet, bağımlılık, internet bağımlılığı, ergen.



ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the relationship between internet addiction and dissociative symptoms in high school adolescents aged 14-17.

Materials and Methods: Our study sample consisted of 1236 adolescents aged 14-17 years which had the power to representing Ankara province characteristics. The teachers working in high schools participating in the study were informed about the study. Parental forms were delivered to their families through the adolescents themselves. Adolescents who accepted to participate in the study were asked to fill the Sociodemographic Data Form, the Internet Addiction Scale (IAS), the Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES), the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-Adolescent form, and their parents were asked to fill the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-Parent form. SPSS 20 program was used for statistical analysis, $p < 0,05$ was considered significant.

Results: The mean age of the sample is 15 years and 6 months. Since the rate of internet addiction is low in our study, the sample was divided into 2 groups: those who score above 50 points from IAS as “those with IA symptoms” and those who score 50 or less as “those without IA symptoms”. Accordingly, the rate of those who showed internet addiction symptoms was 9,4% and the rate of those who did not show symptoms was 90,6%.

In our study, daily internet usage time, internet usage rate in the adolescents and their parents’ who showed symptoms of internet addiction, for social sharing and playing games were found to be statistically significant higher. Both SDQ-Adolescent and SDQ-Parent total difficulty scores and sub-scale scores, ADES total score and sub-scale scores were found to be higher in those with internet addiction symptoms compared to those without symptoms.

In our study, among the two groups formed according to the presence of dissociative symptoms, the school success was found to be worse compared to the group without dissociation, the duration of daily internet use of the adolescents and their parents, and the median of the IAS score were found to be statistically significantly higher.

As a result of the logistic regression analysis; it was determined that IAS score and SDQ-Adolescent total difficulty score were variables that predicted the presence of dissociation.

Conclusion: Our study results show the relationship between internet addiction and dissociation in adolescents. When these results were evaluated, it was thought that it would be beneficial to investigate the risk factors in terms of internet addiction in patients who applied to child and adolescent psychiatry clinics, to be careful in terms of dissociative experiences that can mimic many other psychopathologies, to inform parents about adolescence characteristics, positive parenting attitudes, and to provide counseling.

Keywords: Dissociation, internet, addiction, internet addiction, adolescent.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnternet dünyanın farklı bölgelerinde birçok bilgisayarın birbirine bağlanarak oluşturduğu ve milyonlarca kullanıcının aynı veya değişik zamanlarda kullandığı sürekli büyüyen bir iletişim ağıdır [1].

İnternet bağımlılığı, internetin aşırı kullanılma isteğini engellemede zorluk yaşanması, giderek internette geçirilen zamanı arttırmaya ihtiyaç duyulması, internet olmadan geçirilen zamanın önemsizleşmesi, internetsiz kalındığında sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk yaşanması ve bu nedenle birçok alanda işlevselliğin bozulması olarak tanımlanabilir [2]. İnternet bağımlılığına ilişkin tanı kriterleri üzerinde ortak bir fikir birliği olmaması ve kullanılan tanısai araçların farklı olması nedeniyle internet bağımlılığı yaygınlığı ile ilgili sonuçlar farklılık göstermektedir. Bugüne kadar farklı tanısai araçların kullanımıyla yapılan çalışmalar problemli internet bağımlılığı yaygınlığının % 0,3-38 arasında değiştiğini göstermektedir [3].

Dissosiyasyon kelimesi; ayrılma, bölünme, kopma, çözülme gibi anlamlara gelmektedir. DSM-5'te dissosiyasyon, normalde bütünlük halinde bulunan bilinç, bellek, kimlik, duygu, beden algısı, motor kontrol ve davranış alanlarında ayrışma ve/ya da sürekliliğinde bozulma olarak tariflenir [4]. Türkiye'de 648 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, dissosiyatif bozukluğun toplumdaki sıklığı %18,3 olarak saptanmış ve en büyük grubun Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk olduğu belirtilmiştir [5]. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğinde yapılan bir araştırmada polikliniğe başvuran ergenlerin %16,4'ünde Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) ve %45,2'sinde de herhangi bir dissosiyatif bozukluk saptanmıştır [5].

Ergenlik dönemi diğer bağımlılık tiplerinde de olduğu gibi internet bağımlılığı için de risk faktörüdür. Bağımlılık psikopatolojisinde dissosiyasyonun önemi kanıtlanmıştır [6, 7]. Griffiths (2003), internet kullanımının zaman kavramını yitirme, başka biri gibi hissetme, kendini kaybetme ve trans benzeri bir durumda olma gibi dissosiyatif belirtilere yol açabileceğini ve internetin kullanıcılar arasında dissosiyatif duyguları harekete geçirerek olumsuz duygulardan kaçışı kolaylaştırabileceğini belirtmiştir [8].

Yazında internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Ergenlik döneminin internet bağımlılığı açısından en riskli grup olduğu göz önüne alındığında internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin de araştırmaya değer bir konu olduğu aşikârdır. Çalışmamızın amacı 14-17 yaş arası ergenlerde sosyo-demografik özellikler ile internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNTERNET

2.1.1. Tanım

İnternet dünyanın farklı bölgelerinde birçok bilgisayarın birbirine bağlanarak oluşturduğu ve milyonlarca kullanıcının aynı veya değişik zamanlarda kullandığı sürekli büyüyen bir iletişim ağıdır [1]. INTERNational ve NETwork kelimelerinin ingilizcesinden kısaltılmıştır.

2.1.2. Tarihçe

İnternet ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Sovyet Rusya arasındaki rekabete dayalı ortaya çıkmıştır. 1957’de Sovyetlerin ilk yapay dünya uydusu olan Sputnik’i fırlatmaları üzerine ABD Savunma Bakanlığı, ARPA (Advanced Research Projects Agency) projesini geliştirmiştir [9].

1962 yılında ABD’ye yapılabilecek olası bir nükleer saldırıdan sonra herhangi bir bilgisayar devre dışı kalsa dahi diğer bilgisayarların etkilenmeyeceği, iletişimin kesintisiz devam edeceği ARPA tarafından desteklenen ve ARPANET adı verilen askeri bir bilgisayar ağı tasarlanmıştır. İlk bilgisayar ağı 1969’da California’da kurulmuş olup, 1970’de MIT (Massachusetts Institute of Technology), Harvard, BBN ve SDC şirketleri, 1971’de Amerikan Uzay ve Havacılık Dairesi (NASA) gibi birçok kuruluş bu ağ kapsamına girmiştir. İlk bilgisayar haber gruplarının ortaya çıktığı 1979 yılında IBM (International Business Machines) şirketi, BITNET (Because It's There Network) sistemini oluşturmuştur. 1980’lerde soğuk savaşın etkisini yitirmesiyle akademik ve ticari çevrelerce bu bilgisayar sistemine ilgi artmıştır [9].

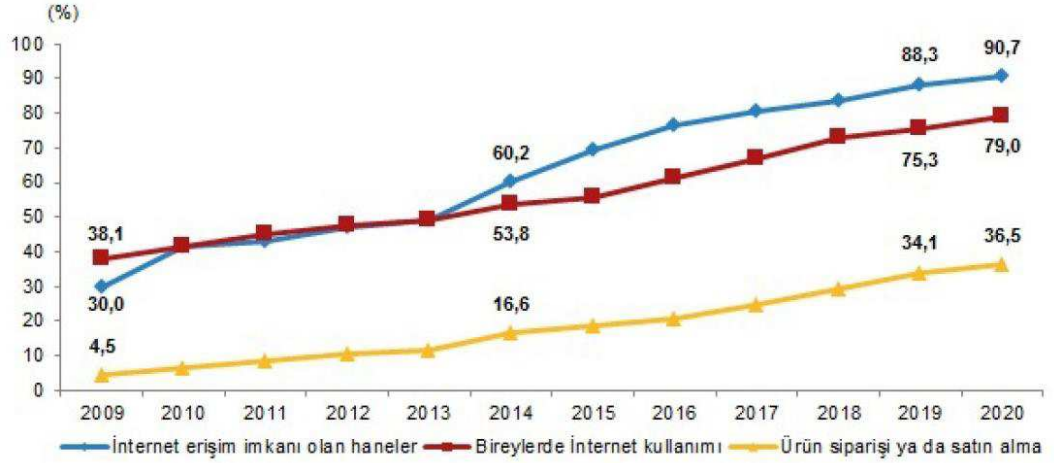
Başlarda internetin kullanımı kolay değildi ve yalnızca elektronik posta amacıyla kullanılıyordu. 1991’de Tim Barnes Lee, araştırmaların, bilgilerin paylaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla world wide web’i (www) icat etti. WWW’in ortaya çıkmasıyla kullanıcı sayısı artmış ve bilgisayar ağı bugünkü “internet” adını almıştır. Ticari kurumlar, üniversiteler, organizasyonlar ve devlet kurumları bu

gelişime ayak uydurmuş, 1994'te internet üzerinde ilk siber banka kurulmuş, iletişim firmaları internete yatırım yapmaya başlamışlardır [9].

Ülkemize internet ilk olarak 1987 yılında Ege Üniversitesi aracılığıyla kurulan; ancak yalnızca akademik tabanlı olan Araştırma Kurumları Ağı (TÜVAKA) ile gelmiştir. Ardından 1991 yılında Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) ve Ortadoğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) "TR-NET" adlı bir proje geliştirmiştir. Bu projede amaç, yalnızca akademik tabanlı olmayıp tüm sektörleri içinde bulunduran bir ağ geliştirmektir. Türkiye'de internete ilk bağlantı Ankara-Washington arasında kiralık hat ile Nisan 1993'te ODTÜ'de gerçekleştirilmiştir. Bu sayede Türkiye gerçek anlamda internet teknolojisiyle tanışmış ve internet halkın kullanımına açılmıştır [10]. Sonrasında sırasıyla Ege Üniversitesi, Bilkent Üniversitesi, Boğaziçi Üniversitesi ve İstanbul Teknik Üniversitesi bağlantıları gerçekleşmiştir. 1996 yılı Ağustos ayında Turnet, 1997 yılında akademik kuruluşların internet bağlantısını sağlayan ULAKNET çalışmaya başlamıştır. 1999 yılında TURNET'in yerini TTnet almıştır. 2000'lerin başında; ticari kullanıcılar TTnet omurgası üzerinden, akademik kuruluşlar ise ULAKNET omurgası üzerinden internet erişimine sahip olmuşlardır. TTnet ve ULAKNET arasında yüksek hızlı bağlantı mevcuttur [9].

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de hayatın her alanına yayılım gösteren internetin kullanıcı sayısında büyük oranda artış olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2019 yılında yapılan Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmalarına göre; internet kullanım oranının %75,3, internete erişimi olan hane oranının ise %88,3 olduğu tespit edilmiştir. Aynı kurum tarafından 2020 yılında yapılan araştırmada Türkiye'de 16-74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranının %79,0 olduğu, cinsiyete göre incelendiğinde; bu oranın erkeklerde %84,7, kadınlarda %73,3 olduğu görülmüştür. 2020 yılında internete erişimi olan hane oranı ise %90,7 olarak saptanmıştır [11]. (Şekil 1).

Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanımına ilişkin temel göstergeler, 2009-2020



Şekil 1. 2009 ile 2020 Yılları Arasında İnternet Erişimi Olan Hane Oranı ile Bilgisayar ve İnternet Kullanım Oranları

(Grafik www.tuik.gov.tr den alınmıştır).

2.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI

2.2.1. İnternet Bağımlılığı Tanımı

İnternet, tanıdığı imkânlarla gün geçtikçe daha çok insanın hayatına girerek günümüzde vazgeçilmez bir iletişim ve bilgi paylaşım aracı haline gelmiştir. İnsanların her türlü bilgiye kısa sürede ulaşmasını ve hızlı bir şekilde birbirleriyle iletişim kurmasını sağlamaktadır. İnternetin gelişmesinin insan hayatına olumlu katkılarının yanı sıra, bazı olumsuz yönleri de olmaktadır [12]. Bireylerin bir kısmı internet kullanımlarını ihtiyaçları doğrultusunda sınırlayabilirken, bir kısmı ise internet kullanımını kontrol edememekte ve bu nedenle bazı sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır.

İnternet kullanımı düşük seviyeden yüksek seviyeye doğru şu şekilde sıralanabilir: birinci seviye zorunlu ve gerekli hallerde internetin kullanıldığı “ihtiyaç için internetin kullanımı”, ikinci seviye eğlence ve boş vakitleri doldurmak amaçlı internetin kullanıldığı “sık ve düzenli internet kullanımı”, üçüncü seviye bağımlılık düzeyinde olmadan internet kullanımının yaşamı olumsuz etkileyecek şekilde internetin kullanıldığı “sorunlu internet kullanımı/internet kötüye kullanımı”, son seviye ise en yoğun miktarda internetin kullanıldığı “internet bağımlılığı/patolojik

internet kullanımı”, “kompulsif internet kullanımı” ve “siber bağımlılık” gibi kavramların da kullanıldığı seviyedir [13].

Bağımlılık denildiğinde alışlagelmiş olarak alkol, esrar, kokain gibi kimyasal bağımlılıkların yanında kumar, seks, alışveriş, televizyon izleme, bilgisayar oyunu oynama gibi davranışsal bağımlılıklar da akla gelmelidir [3]. İnternet bağımlılığı davranışsal bağımlılık kategorisinde yer almaktadır. İnternet bağımlılığı olan kişilerde, bağımlılıkta görülen tolerans gelişimi, yoksunluk, zihinsel meşguliyet, duygudurum değişkenliği, çatışma, tekrarlama gibi psikolojik ve fiziksel belirtiler görülmektedir [9]. İnternet bağımlılığı kavramı ilk olarak 1996 yılında Goldberg tarafından ortaya koyulmuştur [14].

İnternet bağımlılığı, internetin aşırı kullanılma isteğini engellemede zorluk yaşanması, giderek internette geçirilen zamanı arttırmaya ihtiyaç duyulması, internet olmadan geçirilen zamanın önemsizleşmesi, internetsiz kalındığında sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk yaşanması ve bu nedenle birçok alanda işlevselliğin bozulması olarak tanımlanabilir [2].

İnternetin bağımlılığı kolaylaştırıcı faktörleri; sürekli erişilebilir olması, görece hesaplı olması, haz bölgesini aktive etmesi, kontrolün kişinin elinde olması, kişinin kendisini istediği gibi tanıtabilmesi, hoş gitmeyen durumlarda rahatlıkla uzaklaşılabilmesi, yüz yüze iletişimin olmaması, yargılayıcı sosyal ortamlardan uzak olunması olarak belirtilebilir [13].

İnternet kullanımı davranışı sorun olarak tanımlanırken farklı araştırmacılar tarafından farklı şekilde adlandırılmıştır. Bunlar “internet bağımlılığı”, “patolojik internet kullanımı”, “problemli internet kullanımı”, “aşırı internet kullanımı”, “kompulsif internet kullanımı” ve hatta “internetomani” şeklinde sıralanabilir [3, 15]. Bu konuda halen net fikir birliği olmamakla birlikte biz çalışmamızda internet bağımlılığı kavramını kullandık.

2.2.2. İnternet Bağımlılığı Tanı Kriterleri

Goldberg, DSM-IV’teki madde bağımlılığı tanı kriterlerini temel alarak internet bağımlılığı tanısı için ölçütler oluşturmuştur [14].

Goldberg’in internet bağımlılığı için tanı kriterleri

12 aylık dönem içerisinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerin üçü veya daha fazlası ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz internet kullanımı.

1. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanan tolerans gelişimi

a. İstenen keyfin alınabilmesi için belirgin olarak artmış internet kullanım süresi

b. Sürekli olarak aynı sürelerde internet kullanımı ile alınan keyifte azalma olması

2. Aşağıda tanımlanan biçimde yoksunluk gelişmesi

Ağır ve uzun süreli internet kullanımı sonrasında aşağıdakilerden en az ikisinin günler içinde ortaya çıkması (1 ay içerisinde 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. İnternet hakkında fanteziler ve hayaller kurma

e. İsteyerek ya da istemeyerek tuşlara basma hareketi yapma

f. Bu sıkıntılı durumlardan kurtulmak için internete veya benzeri servislere bağlanma

3. İnternet kullanımı genellikle planlandığından daha uzun süreler alır.

4. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için sürekli bir istek veya boşa çıkan çabalar vardır.

5. İnternet ile ilgili eylemlere çok uzun süreler ayrılır (kitap almak, yeni web tarayıcıları ve programları denemek, dosyaları düzenlemek vb.).

6. İnternet kullanımı nedeniyle önemli toplumsal mesleki etkinlikler veya boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır veya azaltılır.

7. İnternet kullanımı, yol açtığı sorunlara (uykusuzluk, evlilik problemleri, işe ve randevulara geç kalma vb.) rağmen aşırı olarak devam eder.

DSM IV'te kimyasal maddeler için bağımlılık ölçütleri tanımlanmış olup davranışsal bağımlılıklar için tanı ölçütleri yer almamaktadır. Young, DSM IV'te internet bağımlılığına en yakın bozukluğun dürtü kontrol bozuklukları içinde yer alan "patolojik kumar oynama" olduğunu düşünerek tanı ölçütleri geliştirmiştir [16].

Young'ın internet bağımlılığı için tanı kriterleri

Aşağıdaki 8 kriterden 5'inin bulunması durumunda kişi bağımlı olarak nitelendirilmektedir.

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

İnternet bağımlılığı tanı ölçütleri DSM-5'te mevcut değildir [4]. DSM-5'te internetle ilgili yer verilen tek bozukluk 'İleri Araştırma Gerektiren Durumlar' başlığı altında 'İnternet Oyun Oynama Bozukluğu'dur. İnternet bağımlılığının toplumdaki sıklığının fazla olması nedeniyle halen DSM araştırma grubu konuyla ilgili araştırmaları sürdürmektedir.

2.2.3. Etiyoloji

İnternet bağımlılığının etiyolojisi multifaktöriyeldir. Tüm internet kullananlarda bağımlılık gelişmeyip neden sadece bir kısım kullanıcıda bağımlılık ortaya çıktığı araştırma konusudur. İnternet bağımlılığının etiyolojisine yönelik öne çıkan teoriler şu şekildedir:

2.2.3.1. Öğrenme teorisi

Öğrenme teorisi edimsel koşullanma ilkelerine dayanmaktadır ve bağımlı kişilerde internetin coşku, öfori gibi duyguların meydana gelmesine neden olan pozitif pekiştirici etkilerini ön plana çıkarmaktadır. Kişinin interneti deneyimlemesiyle elde ettiği olumlu yaşantılar, kişiyi ilk deneyimlemedekine benzer doyumunu alabilmesi için bu etkinliği daha sık yapmaya koşullar. Kişi benzer fizyolojik yanıt elde etmek için yeni teknolojiler buluncaya kadar bu edimsel koşullanma devam eder [3].

2.2.3.2. Bilişsel-davranışçı yaklaşım

Davis'e göre patolojik internet kullanımında işlevsel olmayan bilişler ön plandadır ve davranışların nedeni de bu bilişlerdir. Uyumsuz bilişler benlik hakkında ve dünya hakkında olmak üzere iki sınıfa ayrılır. Düşük öz-yeterlik, olumsuz öz-değerlendirme gibi uyumsuz bilişleri olan kişiler tehditkâr olmayan şekilde diğerlerinden olumlu yanıtlar almak amacıyla interneti kullanırlar ve internet bağımlılığına yol açan pekiştireçlerle karşı karşıya kalırlar. Olumsuz duygularını internet aracılığıyla gidermeye çalışan kişide yeni işlevsel olmayan bilişler gelişir. Bu bilişler “Sadece internette iyiyim”, “Çevrimdışıyken değersizim, ancak internette olduğumda değerli biriyim”, “Çevrimdışı olduğumda başarısızım”, “İnternet bana saygı duyulan tek yer”, “Beni çevrimdışıyken kimse sevmiyor”, “İnternet benim tek arkadaşım” şeklinde sıralanabilir ve bireyin internet bağımlılığını şiddetlendirdikleri kabul edilir. Sonuç olarak yeni bilişler internet bağımlılığının hem gelişmesinde hem de sürdürülmesinde rol oynar [17].

2.2.3.3. Sosyal beceri eksikliği teorisi

Caplan tarafından bilişsel davranışçı teori model alınarak geliştirilen bir teoridir. Sosyal beceri eksikliği teorisine göre kişide psikopatoloji varlığı, internet bağımlılığı riskini artırır ve depresyon, sosyal izolasyon gibi problemleri olan bireyler sosyal iletişim konusunda olumsuz bilişlere sahiptir. Bu nedenle internet üzerinden yüz yüze olmayan sosyal iletişimi tercih ederler. Sanal ortamda kendisini

daha rahat hissetmesi, birey için pekiştireç olur ve aşırı internet kullanımı ardından internet bağımlılığı gelişir [18].

2.2.3.4. Kavramsal internet bağımlılığı teorisi

Douglas ve arkadaşları tarafından 1996-2006 yılları arasında yayınlanan makalelerin meta-analizine dayanarak “kavramsal internet bağımlılığı modeli” önerilmiştir. Bu model, internetin aşırı kullanımının esas olarak bir bireyin içsel ihtiyaçları ve motivasyonu (itici faktörler) tarafından belirlendiğini varsaymaktadır. Ancak modele göre internet aşırı kullanımında bireysel yatkınlık da önemlidir. İtici faktörlere örnek olarak; kimliğin saklanabilmesi, bireyin kendisini farklı bir kimlikte tanıtabilmesi, özgüven eksikliği, internetin sosyalleşme sorunları olan kişilerin sosyal ortamlara girebilmesine izin vermesi gösterilebilir. Bireysel yatkınlığı etkileyen faktörler; öncüller (bireyin sosyal durumu, yalnızlık, can sıkıntısı, internet kullanımına imkân sağlayan çevre, uzun yıllardır internet kullanımı) ve internet bağımlılığı geliştirmeye aday profil (sosyal hayatın kısıtlı olduğu ve bunun bir sorun olduğunu reddeden, düşük özgüven sahibi) olarak sıralanabilir [19].

2.2.3.5. Nörobiyolojik teori

Kandel, hazzın olasılıkla beyindeki ödül ve öğrenilmiş davranışın pekiştirilmesi mekanizmalarıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Çok sayıda psikoaktif madde, ventral tegmental alandan mezolimbik ve mezokortikal alanlara uzanan dopaminerjik nöronları uyarabilmektedir. Bu durum da ödül-bağımlılık sistemlerinde orta beyin dopaminerjik nöronlarının görev aldığını destekler niteliktedir. Sinaptik aralığa salınan dopamin birçok dopaminerjik nöronu (D1,D5) uyararak kişide gerginliğin azalmasını ve kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlayabilmektedir. Psikoaktif maddelerin yanında birçok davranış da ventral-tegmental alanda dopamin salınımını uyarabilir [20]. Genetik olarak dopamin D2 reseptörü A1 alleleline sahip bireylerde D2 reseptör yoğunluğunun azalması madde bağımlılığı, patolojik kumar, seks bağımlılığı, antisosyal davranış örüntüleri için risk oluşturmaktadır [21]. Patolojik kumar ve madde bağımlılıklarının benzer nörobiyolojik düzeneklerinin olması kompulsif alışveriş, internet bağımlılığı ve kompulsif seksüel davranışların da benzer mekanizmalara sahip olabileceklerini düşündürmektedir [20, 22].

Yapılan bir genetik çalışmada, aşırı internet kullanımı olanlarda serotonin taşıyıcı genin homozigot kısa allelik varyantının (SS-5HTTLPR) daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda bu genotipin depresyon hastalarındakine benzer olduğu belirtilmiştir [23]. Bir görüntüleme çalışmasında internet bağımlısı ergenlerde sağlıklı kontrollere göre sol anterior ve posterior singulat korteks, sol lingual girus ve sol insula gri cevher hacimlerinde azalma olduğu saptanmıştır [24]. Başka bir voksele dayalı morfometri (voxel based morphometry) çalışmasında, ergen internet bağımlılarının sol ön singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, suplementer motor alan ve serebellum gri cevher hacimlerinde azalma saptanmıştır. Aynı çalışmada difüzyon tensor görüntüleme (diffusion tensor imaging-DTI) ile beyaz cevher alanlarının fraksiyonel anizotropisi açısından sol internal kapsülde artış, sağ parahipokampal girus bölgesinde azalma saptanmıştır [25]. Başka bir DTI çalışmasında ise ergen internet bağımlılarında beyaz cevher mikro-yapılarında bozulmayı işaret eden yaygın (kallozal, assosiasyon ve projeksiyon yollarında) azalmış fraksiyonel anizotropiye rastlanmıştır [26].

Bir fonksiyonel magnetik rezonans (fMRI) çalışmasında, internet bağımlılığı olan kişilerde dinlenme esnasında sağ frontal bölge, sol superior frontal girus, sağ singulat girus, bilateral parahipokampal alanda aktivite artışı saptanmıştır [27]. Online oyun bağımlılığı olan kişilere oyun resimleri ve eşleştirilmiş görüntülerin gösterildiği esnadaki fMRI analizinde, kontrol grubuna göre sağ orbitofrontal korteks, sağ nukleus accumbens, bilateral ön singulat ve medial frontal korteks, sağ dorsolateral prefrontal korteks ve sağ kaudat nukleusta aktivasyon gözlenmiştir [28]. Başka çalışmalarda da bu çalışmadakine benzer sonuçlar elde edilmiştir [29-31]. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar online oyun bağımlılığı olanlardaki aşırı oyun oynama isteğinin madde bağımlılığındaki aşırma ile aynı nörobiyolojik mekanizmaya sahip olabileceğini göstermektedir [3].

Kim ve arkadaşlarının internet bağımlılığı olan ve olmayan erişkin erkeklerde pozitron emisyon tomografi (PET) ile D2 reseptör bağlanma seviyelerini inceledikleri bir çalışmada, internet bağımlılığı olanlarda her iki taraf dorsal kaudat nukleus ve sağ putamen bölgelerini içeren striatumda D2 reseptör seviyelerinde azalma olduğu gözlenmiştir [32]. Başka bir tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmasında da internet bağımlılığı olan kişilerde striatumda

dopamin taşıyıcı seviyelerinin azaldığı gösterilmiştir [33]. Bu sonuçlar ödül eksikliği hipotezi ile örtüşmektedir.

2.2.3.6. Kültürel mekanizmalar teorisi

Bu modele göre internet bağımlılığı internetin olduğu her yerde gelişebilmektedir. Bilgisayar ve internete ulaşımın kısıtlı olduğu az gelişmiş ülkelerde internet bağımlılığı daha az görülürken; ABD, Çin, İtalya gibi internet kullanımının fazla olduğu ülkelerde internet bağımlılığı daha fazla görülmektedir [15].

2.2.4. Epidemiyoloji

İnternet bağımlılığına ilişkin tanı kriterleri üzerinde ortak bir fikir birliği olmaması ve kullanılan tanısal araçların farklı olması nedeniyle internet bağımlılığı yaygınlığı ile ilgili sonuçlar farklılık göstermektedir. Bugüne kadar farklı tanısal araçların kullanımıyla yapılan çalışmalar problemli internet bağımlılığı yaygınlığının %0,3-38 arasında değiştiğini göstermektedir [3].

Son yıllarda yapılan Young'ın geliştirdiği İnternet Bağımlılığı Ölçeğinin (İBÖ) kullanıldığı çalışmalarda ise yaygınlık %0,5-3,28 olarak bulunmuştur [34-37]. 2016 yılında Japonya'da 12-15 yaş arası 853 ergenin katıldığı bir çalışmada, internet bağımlılığı oranı %2 bulunmuşken sınırda belirtisi olanların oranı %21,7 bulunmuştur [38]. Yedi Avrupa ülkesinde 14-17 yaş aralığındaki 13.284 ergenin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, Avrupa'daki ergenlerde internet bağımlılığının yaygınlığı %1,2, internet bağımlılığı riski ise %12,7 bulunmuştur [39]. Türkiye'de 12-17 yaş arası 468 öğrenci ile yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı oranı %1,6, sınırda belirtisi olanların oranı ise %16,2 bulunmuştur [40]. Genel olarak erkeklerde kızlara oranla 2-3 kat daha sık görülmektedir ve internetin problemli kullanımına gençlerde daha çok rastlanmaktadır [3].

2.2.5. Komorbidite

Araştırmalar doğrultusunda internet bağımlılığına sıklıkla psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği bilinmektedir [41]. İnternet bağımlılığına en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar alkol kötüye kullanımı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite

bozukluğu (DEHB), duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklardır [9, 42, 43]. Aynı zamanda bu kişilerde daha az sıklıkta kompulsif satın alma, patolojik kumar, piromani ve kompulsif seks bağımlılığı gibi başka tür bağımlılıkların da görüldüğü saptanmıştır [9].

Shapira ve arkadaşları, problemlili internet kullanımı (PİK) olan kişilerin %70'inde duygudurum bozuklukları (depresyon %10, bipolar bozukluk %60), %60'ında anksiyete bozukluğu (en sık sosyal anksiyete bozukluğu %40), %10'unda madde kötüye kullanımı/bağımlılığı (yaşam boyu %55) saptamışlardır [44]. Yetişkin internet bağımlılıklarıyla yapılan bir başka çalışmada ise DEHB (%14), hipomani (%7), yaygın anksiyete bozukluğu (%15), sosyal anksiyete bozukluğu (%15), distimi (%7), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%7), borderline kişilik bozukluğu (%14) ve çekingen tip kişilik bozukluğu (%7) komorbid bozukluklar olarak gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada, dissosiyatif yaşantılar ölçeğindeki yüksek skorlar ile internet bağımlılığı şiddeti arasında ilişki olduğu belirtilmiştir [45].

Güney Koreli 535 ilköğretim öğrencisiyle yapılan bir çalışmada problemlili internet kullanımı olan 80 öğrencinin %30'unda eşlik eden DEHB belirtileri olduğu tespit edilmiştir [46]. Yine Kore'de 15-16 yaşındaki 1573 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %1,6'sında internet bağımlılığı saptanmış olup bu öğrencilerde depresyon ve intihar düşünce ölçekleri puanlarının, bağımlı olmayan ve muhtemel bağımlı olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur [34]. Başka bir çalışmada ise Lin ve arkadaşları, internet bağımlılığı olanlarda intihar düşünce ve girişimlerinin arttığını bildirmiştir [47]. İtalyan ergenlerle yapılan bir çalışmada aleksitimi, dissosiyatif deneyimler, düşük benlik saygısı ve dürtü kontrol güçlükleri gibi etkenlerin internet bağımlılığı riskini arttırabileceği belirtilmiştir [48].

Ülkemizdeki bir çalışmada ise internet bağımlılığı olan ergenlerde sırasıyla DEHB, sosyal fobi ve majör depresyon en fazla görülen psikiyatrik komorbiditeler olarak saptanmıştır [49]. Ülkemizde Ekinci ve arkadaşlarının 1212 ergen ile yaptığı diğer çalışmada, internet bağımlılığı olanlarda uykuya dalma ve sürdürme, uyanma güçlüğü gibi çok sayıda uyku probleminin daha sık olduğu saptanmıştır [50].

2.2.6. Tedavi

İnternet bağımlılığı olanlarda azımsanamayacak ölçüde komorbid psikiyatrik hastalıklar bulunduğu için tedavide öncelikli yaklaşım komorbid psikiyatrik hastalıkların tedavisi olmalıdır. Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların birçoğu internet bağımlılığına yatkınlık oluşturabilmenin yanı sıra internet bağımlılığının prognozunu da kötüleştirebilmektedir.

Kanıt dayalı olmamakla birlikte internet bağımlılığı tedavisinde hem farmakoterapi hem de psikoterapi yöntemleri (bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi, destek grupları, rehabilitasyon merkezleri) önerilmektedir [3]. Farmakoterapide kullanılan ajanlar antidepresanlar (serotonin geri alım inhibitörleri, venlafaksin, bupropion), duygudurum düzenleyiciler (lityum, gabapentin, valproat), anksiyolitikler, naltrekson, antidepresan ve duygudurum düzenleyici kombinasyonu şeklindedir [3].

Yapılan araştırmalar sonucu internet bağımlılığında belirtilerin daha çok impulsif-egosintonik olduğunun saptanmasından dolayı internet bağımlılığı tedavisi dürtü kontrol bozuklukları tanımına daha çok benzemektedir. Eğer internet bağımlılığı altta yatan başka bir psikiyatrik hastalık ile ilişkili değilse dürtü kontrol bozukluğuna daha çok benzemesi nedeniyle farmakoterapide öncelik serotonin geri alım inhibitörleri ve duygudurum düzenleyiciler olmalıdır [3]. Ancak şimdiye kadarki çalışmaların birçoğunda randomizasyon, karşılaştırma grupları, çalışmaya dahil etme, internet bağımlılığının tanımı ve tanısı, tedavi etki büyüklüğü konularında tutarsızlıklar vardır [51].

Essitalopram ile yapılan plasebo kontrollü bir araştırmada (19 olgu, 20 miligram/gün), essitalopram ile 19. hafta sonunda internet kullanım süresi büyük ölçüde düşmüş, ancak plasebo ile arasında anlamlı fark bulunmamıştır [3]. Sitalopram ve ketiyapinin birlikte kullanımına ilişkin vaka sunumunda bu kombinasyonun internet bağımlılığında etkili olduğu ve 4 aylık izlemde relaps görülmediği bildirilmiştir [52]. Bağımlılık etiyolojisinde ödül merkezi ve dopaminerjik sistemdeki işlev bozukluğu göz önüne alınarak opiyat antagonisti olan ve ödül merkezinde etkisi bulunan naltrekson, internet bağımlılığının tedavisinde önemli bir yaklaşım olarak yer almaktadır. İnternet pornografisi bağımlılığı olan bir

olguda, naltrekson tedavisiyle anlamlı bir iyileşme olduğu belirtilmiştir [53]. On bir Starcraft oyun bağımlısı ve 8 sağlıklı kontrol ile yapılan başka bir çalışmada, 6 haftalık bupropion tedavisi sonrası bağımlı grupta dorsolateral prefrontal kortekste oyun görüntüleri ile tetiklenen artmış beyin aktivasyonunda, oyun isteğinde ve toplam oyun oynama süresinde azalma gözlenmiştir [54]. İnternet oyun bağımlılığı olan 62 çocuğun katıldığı bir çalışmada ise 8 haftalık uzun salınımlı metilfenidat tedavisi ile internet oyun bağımlılığının gerilediği gözlenmiştir [55].

İnternet bağımlılığının tedavisinde tek başına ya da farmakoterapiye ek olarak bilişsel-davranışçı terapi (BDT) yöntemi kullanılabilir. Psikoterapi yöntemleri arasında en etkili yöntemin BDT olduğu bildirilmektedir [56]. Ayrıca motivasyonel görüşme tekniklerinin de yararlı olduğu bildirilmiştir [57]. Depresyonda olduğu gibi internet bağımlılığında da temelde bazı olumsuz bilişlerin olduğu ve hayatta başarısız olunan alanları telafi etme amacına yönelik olarak internet bağımlılığı geliştiği öne sürülmektedir. Bunun yanında araştırmacılar internetin ödüllendirici bir davranış olarak algılanıp öğrenme düzenekleri aracılığıyla bazı olumsuz duygularla baş etmeyi sağlayan yetersiz bir yöntem olarak kullanılabileceğini de belirtmişlerdir [9]. Tüm bu bilişsel özellikler göz önünde bulundurulduğunda, BDT'nin internet bağımlılığı tedavisindeki önemli rolü dikkat çekmektedir. Geliştirilen bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımları arasında en kapsamlı ve işlevsel olanlar Davis ve Young'ın önerdiği modellerdir.

Uyum bozucu bilişlerin internet bağımlılığına neden olduğunu öne süren Davis, internet bağımlılığı tedavisi için 11 haftalık Bilişsel Davranışçı Tedavi protokolü önermiştir [17]:

- 1- Kişinin internetten uzak kalıp kalamadığının belirlenmesi,
- 2- Bilgisayarın diğer kişilerin de bulunduğu bir yere taşınması,
- 3- İnternete diğer kişilerle beraber bağlanması,
- 4- İnternet kullanma zamanının düzenlenmesi,
- 5- İnternet kullanım defteri oluşturması,
- 6- Sanal/sahte kimlik kullanımının sonlandırılması,
- 7- İnternet ile ilgili sorunlarını yakın sosyal çevresinden saklamaması,
- 8- Sportif aktivitelere katılması,
- 9- İnternet tatilleri verilmesi,

- 10- İnternetle alakalı otomatik düşüncelerin ele alınması,
- 11- Gevşeme egzersizleri,
- 12- İnternet kullanırken hissedilen duyguların not alınması,
- 13- Yeni sosyal becerilerin kazandırılması.

Young, internet bağımlılığında diğer bağımlılıklardan farklı olarak bağımlı olan nesnenin yani internetin yasaklanmasını önermez. Çünkü internet doğru kullanıldığında yararlıdır ve hayatın vazgeçilmez parçası haline gelmiştir. Tedavi hedefinin interneti yasaklamak değil, kullanımının kontrol altına almak olması gerektiğini belirtmiştir [58].

Young'ın internet bağımlılığı için tedavi teknikleri şu şekildedir [58]:

- 1- İnternet kullanımını düzenleyerek zıt saatlere kaydırmak,
- 2- İnternette uzak kalmak için dış durdurucular kullanmak,
- 3- İnternet kullanımıyla ilgili hedefler belirlemek,
- 4- Özellikle çok kullanılan işlevlerinden uzak durmak,
- 5- Hatırlatıcı kartlar kullanmak,
- 6- İnternet yerine yapmak istediklerini not edeceği kişisel bir defter kullanmak,
- 7- Destek grubuna girmek,
- 8- Aile terapisi.

Young'ın internet bağımlısı 114 kişi ile yaptığı çalışmada, danışanın motivasyonu, zamanı yönetme becerisi, sosyal etkinliklerin düzenlenmesi, cinsel işlevlerin düzelmesi, sanal olmayan faaliyetlere katılma, sorun yaratan internet kullanımından uzak durma gibi alanlarda BDT'nin etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmanın başlangıcında uygulanan ölçek, BDT'nin 3., 8. ve 12. haftalarında tekrarlanmıştır. Danışanların büyük kısmının 8. hafta sonrasında başvuru esnasındaki sorunlarıyla baş etmeye başladıkları ve 6 aylık süreçte iyilik hallerini sürdürdükleri gösterilmiştir [59].

2.3. DISSOSİYASYON

2.3.1. Tanım

Dissosiyasyon kelimesi; ayrılma, bölünme, kopma, çözülme gibi anlamlara gelmektedir. DSM-5'te dissosiyasyon, normalde bütünlük halinde bulunan bilinç,

bellek, kimlik, duygu, beden algısı, motor kontrol ve davranış alanlarında ayrışma ve/ya da sürekliliğinde bozulma olarak tariflenir [4].

Nemiah (1981), dissosiyasyonu "anı, duygu, duygu, fantezi ya da davranış gibi çeşitli zihinsel işlevlerin, tek ya da küme halinde, istemli olarak hatırlanamaması ve bilinçten dışlanması" şeklinde tanımlamıştır. Nemiah, dissosiyasyonu karakterize eden iki temel ilkedен söz etmiştir: 1- Dissosiyatif reaksiyon sırasında kişinin kimlik algısında farklılaşma yaşaması (örn; kişinin kendi kimliğine amnezik olması ya da farklı kimliğe bürünmesi) 2- Kişinin dissosiyasyon esnasındaki olaylarla ilgili amneziden olayın bir rüya gibi algılanmasına kadar değişiklik gösterebilen bellek süreçlerindeki değişmedir [60]. Dissosiyatif bozuklukların (DB) DSM tanımlamalarında, bu ilkeler göz önünde bulundurulmuştur. Dissosiyasyonu, Spiegel ve Cardena "olağan şartlarda entegre olan düşünce, duygu, bellek, kimlik gibi zihinsel süreçlerin yapılandırılmış ayrılması", Braun "fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akışından ayrılması", Goff "kişinin kendilik ve çevre algısında devamsızlık", West ise "kişinin zihnine gelen ya da çıkan enformasyonun normalde olması gerektiği gibi bir işleme tabi tutulamaması, beklenen assosiyasyonlardan aktif olarak ayrı tutulmasını sağlayan psikobiyolojik bir süreç" olarak tanımlamışlardır [61-64].

Dissosiyasyon, günlük hayatta belirli durumlarda herkeste ortaya çıkabilecek olan ve uyumsal yönleri olan bir düzendir. Dissosiyatif yaşantılar geniş bir spektruma sahiptir ve dalgınlık, hayal kurma, dissosiyatif kimlik bozukluğu gibi pek çok farklı şekilde karşımıza çıkabilir [65]. Dissosiyasyon, gelişimsel dönemde tekrarlayan travmatik deneyimlerle baş etme biçiminde ortaya çıkar ancak süreç içerisinde uyumsal olmayan bir hale gelir [66]. Dissosiyasyon, travma anında acı, dehşet gibi duyguların deneyimlenmesini engelleyerek bireyin katastrofik yaşantılardan uzak kalmasına yardımcı olur [67]. Ancak travmatik durum ortadan kalktığında dissosiyatif mekanizmanın otomatik devreye girmesi ve kişilere kontrol kaybı yaşatmasının dissosiyasyonun olumsuz yönü olduğu belirtilmektedir [61]. Bireyin psikososyal işlevselliğinde bozulmaya neden olduğunda tanı konabilir bir dissosiyatif bozukluktan bahsedilebilir [65].

2.3.2. Tarihçe

Dissosiyasyon kavramını ilk ortaya atan 1845'te Fransız psikiyatrist Moreau De Tours'dur. Bu alanda önemli katkıları olan Fransız Pierre Janet (1859-1947) ise dissosiyasyon kavramını histerik nevrozlarda çeşitli etkenlere bağlı olarak duygu, inanç, istek ve anıların zayıflamış olan bilinçten ayrıştığı bir olay olarak tariflemiştir [68]. Janet, belleği zihnin asıl organize edici aracı olarak kabul etmiş ve belleğin temelde iki işlevi olduğunu belirtmiştir. Bunlardan birincisi, bireyin dünyaya gelişinden ölümüne kadar olan tüm yeni duyguları almak ve depolamak, ikincisi ise geçmişte entegre edilmiş anılarla birlikte yeni gelen verileri organize etmek ve sınıflamaktır [69]. Bu şekilde kişiler gelişip değişebilen anlam şemaları geliştirerek sonraki zorluklarla baş etmeye hazırlanıyorlardı. Janet'e göre travmatik yaşantılar esnasında bilinçaltı "sabit fikirler" (idees fixes) olarak tanımladığı yeni bellek tabakaları oluşuyordu. Böylece, travmatik belleğin bilişsel ve duygulanım elemanları organize ediliyor ve bilinçli farkındalığın dışında tutuluyordu. Bilinçaltı sabit fikirler; konversiyon, flashback ve kâbuslardan dissosiyatif kimlik bozukluğundaki alter kişiliklere kadar geniş bir spektrum gösterebiliyordu [70]. Briquet 1850'lerin sonunda histeri ile çocukluk çağı cinsel tacizleri arasında ilişkiyi kurmaya başlamıştır [71]. Josef Breuer ve Freud 1893'de histerik belirtiler ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasındaki ilişkiye dikkat çekmişlerdir [72]. 19. yüzyılda çocukluk ve ergenlikteki dissosiyatif vakalar detaylıca tanımlanmış, ancak sonraki yüzyılda bu konu üzerinde durulmamıştır [73]. İlk kez Fine, Despine'in 1840 yılında yayımladığı 11 yaşındaki bir dissosiyatif bozukluk olgusu "Estelle"nin önemine dikkat çekmiştir [74]. 20. yüzyılın ilk yıllarında konuya ilgi azalmakla birlikte 1970'li yıllardan sonra bu konudaki araştırmalarda artış gözlenmiştir [75]. Yapılan araştırmalar hastalığın oluşmasında travmanın önemli bir yeri olduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye'de dissosiyasyon ile ilgili çalışmalar, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda bir grup tarafından başlatılmıştır. Yine aynı yerde Dissosiyatif Bozukluklar Birimi kurulmuş ve erişkin yaş grubunda önemli çalışmalar yayınlanmıştır. Aynı birim çocuk ve ergen yaş gurubunda konuyla alakalı ilk araştırmaları yürütmüştür [5]. Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında

dissosiyatif bozukluklar ile ilgili çocuk vaka bildirimleri [76, 77], ergen vaka bildirimleri [78, 79] yayınlanmıştır.

2.3.3. Epidemiyoloji

Dissosiyasyon sıklığı, toplumdan topluma ve kültürlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Genel popülasyonda dissosiyatif yaşantıların yaygınlığının %75 kadar olduğu, dissosiyatif bozuklukların genel popülasyondaki yaygınlığının %2-3, klinik popülasyonda ise %10 civarında olduğu öngörülmektedir [68]. DKB'nin toplumdaki sıklığı %1-3 arasındadır. Kuzey Amerika, Avrupa ve Türkiye'de yataklı psikiyatri servislerinde yaklaşık %5 olup, dissosiyatif bozuklukların tümü alındığında sıklık toplumda yaklaşık %10'dur [5].

Türkiye'de 648 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, dissosiyatif bozukluğun toplumdaki sıklığı %18,3 olarak saptanmış ve en büyük grubun Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk olduğu belirtilmiştir [5]. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğinde yapılan bir araştırmada polikliniğe başvuran ergenlerin %16,4'ünde DKB ve %45,2'sinde de herhangi bir dissosiyatif bozukluk saptanmıştır [5]. Deneysel çalışmalarda kötü muamele görmüş çocuk ve ergenlerde %19-73, yatan ergen hastalarda yapılan çalışmalarda %25-45 oranında dissosiyatif belirti saptanmıştır [80].

Dissosiyatif bozukluklar %100 oranında çocukluk çağına başlamakla birlikte, ancak %3'ü 12 yaş altında ve ancak %8'i 12-19 yaşları arası ergenlik döneminde tanı alabilmektedir [81].

2.3.4. Etiyoloji

2.3.4.1. Çocukluk çağı travmaları

Literatürde dissosiyatif bozuklukların erken yaşta başlayan çocukluk çağı travmaları ile karakterize olduğu belirtilmektedir [82]. Fiziksel travma kavramını “Bir doku veya organ yapısının biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme” olarak tanımlamak mümkünken, tanımı bir çok aşamadan geçen ruhsal travma kavramı “sarsıntı” ve “yara” olarak ele alınabilir [83, 84]. Travmatik deneyimler kişinin bağ kurma, anlamlandırma, denetleme sistemlerini

devreye sokan baş etme mekanizmalarını ketleyerek ciddi derecede çaresizlik yaşamasına neden olur [85]. Sarafino baş etmeyi “İnsanların stresli olarak değerlendirdikleri durumda istekleri ve kaynakları arasında algıladıkları uyumsuzluğu yönetme çabaları olarak tanımlanan süreç” olarak ifade etmektedir [82]. Başa çıkma problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Dissosiyasyon duygu odaklı başa çıkma yöntemleri arasında yer almaktadır. Ancak bu noktada asıl sorun, en başında başa çıkma çabası ile ortaya çıkan dissosiyasyonun zamanla uyumsal olmayan bir bozukluk haline dönüşmesidir [82].

2.3.4.2. Aile ortamı

Dissosiyasyon gelişimine yalnızca aile ortamının katkısını, aile içindeki istismar yaşantısının katkısından ayırmak kolay değildir [86]. Ancak aile ortamının kötü muamele ve travma etkenlerinden bağımsız olarak dissosiyasyona katkıda bulunduğu gösterilmiştir [87]. Yapılan ikiz çalışmaları da bu bulguyu desteklemektedir [86].

2.3.4.3. Genetik faktörler

Dissosiyasyonun etiolojisinde genetik faktörlerin rolü konusunda bilgiler kısıtlıdır. Mann ve Sanders (1994) tarafından yapılan bir çalışmada dissosiyasyon puanları açısından baba-oğul arasında önemli derecede, anne-oğul arasında ise çok zayıf bir korelasyon bulunduğu saptanmıştır [88]. Başka bir çalışmada, annenin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) skoru ile kız çocuklarının Çocuk Dissosiyasyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) puanı arasında, suistimal olan aileler ve kontrollerde birbirine çok yakın oranda güçlü bir korelasyon saptanmıştır [86]. İkiz çocuklar ve evlat edinilmiş çocukların katıldığı, genetik ve çevrenin dissosiyasyon üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, çocukluk dönemi ve erken-orta ergenlik dönemi süresince dissosiyasyon oranlarında farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonucunda, dissosiyasyon üzerine genetik ve ihmal yaşantılarının yüksek oranda etkisi olduğu tespit edilmiştir [89]. Genetik etkenlerin patolojik olmayan dissosiyasyonda, çevresel faktörlerin ise dissosiyatif bozukluklarda etkisinin daha fazla olduğu ileri sürülmekle birlikte bu konuda daha çok sayıda araştırma yapılmalıdır [89].

2.3.4.4. Hipnotize olma kapasitesi

Geçmişten beri Dissosiyatif Bozukluğu olan ya da çocukluk travmasına uğrayan kişilerin hipnoza eğilimlerinin arttığı, Dissosiyatif Bozukluklu hastaların yanlış ve aşırı miktarda kendi kendilerini hipnotize ettiği iddia edilmiştir. Ancak günümüzdeki çalışmalar bu görüşü desteklememektedir [86].

2.3.4.5. Farklı emosyonel durumlar

Yapılan araştırmalar sonucunda bebeklerin dünyaya bütünleşmiş şekilde gelmediği sonucuna varılmıştır. Bebeğin her bir emosyonel durumunun; yüz ifadesi, solunum, tonlama ve emosyona eşlik eden duygularda oluşan bir bütüncük meydana getirdiği, bu bütüncüğün süreç içerisinde daha karmaşık bir yapı haline gelerek içeriğinin zenginleştiği ifade edilmektedir. Sonuçta, ayrı parçaların birleşerek tek bir kişilik ortaya çıktığı belirtilmektedir. Uygunsuz koşullarda bebekler bu gelişimi tamamlayamazlar ve bu durum dissosiyatif bozukluk gelişimine zemin hazırlar [86, 90].

2.3.4.6. Bağlanma bozukluğu

Dissosiyatif bozukluk gelişiminde önemli bir yer tutan diğer konu da çocuğun istismar edici bakım verenle erken dönemde kurduğu bağlanma öyküsüdür. Çocuk yaşamını sürdürebilmek için istismar eden bakım vericiden bakım almak ve ilişkisini sürdürmek mecburiyetindedir. İstismar edici bakım verenin olduğu bir ortamda büyüyen çocukta iyi ve kötü nesne temsilleri gelişir ve bellek, bilinçlilik ve kimliği birleştirici fonksiyonlar olumsuz yönde etkilenir. Gelişimin normal süreci olarak birleşmesi gereken nesne temsilleri birleşemez ve bu durumda farklı kendilik durumları veya alter kişiliklere dönüşebilir [91, 92].

Birincil bakım verene yönelik dezorganize bağlanma şekli olan “D tipi bağlanmanın” DB gelişimine zemin hazırlayabileceği belirtilmiştir [93]. Bebekte D tipi bağlanma gelişimi açısından annedeki yüksek dereceli dissosiyasyonun belirleyici bir faktör olduğu ve istismar öyküsü olan çocuklarda %80 oranında bu tip bağlanma görüldüğü belirtilmiştir [86].

2.3.4.7. Hayal gücü ve fantezi kapasitesi

Acı veren gerçek karşısında, alternatif bir dünyaya açılmaya olanak sağlayan hayal gücü ve fantezi kurma kapasitesinin, iki açıdan gelişimsel olarak dissosiyasyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Birincisi, travmanın devam ettiği ve gelişimsel devamlılığın bozulduğu durumlarda normal hayali arkadaşların, farklı işlevleri olan "alter" kişiliklere dönüşeceği ve dissosiyatif bozukluğun gelişeceği, ikincisi ise “fantezi kurma eğilim ve kapasitesinin” dissosiyasyonla ilişkili olduğu iddiasıdır. Yapılan çalışmalarda çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile aşırı fantezi eğiliminin istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi tespit edilmiştir [86].

2.3.5. Tanı Ölçütleri

DSM-V’te tanı başlıkları ve tanı kriterlerinde birtakım değişiklikler yapılmıştır. Depersonalizasyon bozukluğu, içinde derealizasyon belirtilerini de içerdiğinden ayrı bir tanı olmaktan çıkmış, ismi “Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu” olarak değiştirilmiştir. Dissosiyatif füğ tanı başlığı kaldırılarak amnezi ile birlikte görülmesi gerektiğinden dissosiyatif amnezi tanısının bir belirleyicisi yapılmıştır. DKB, A tanı ölçütü işlevsel nörolojik belirtileri de içerecek biçimde genişletilmiş ve “kimlikler arasındaki geçişin kendisi tarafından beyan edilmesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi” koşulu eklenmiştir. Bozukluğun B tanı ölçütünde de anımsanan olaylardaki boşluklar vurgulanmıştır. Yapılan değişiklikler ile tanı gerçekliği ve güvenilirliğinin artırılması amaçlanmıştır. Buna göre DSM-V’te dissosiyatif bozukluklar, DKB, dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon (kendine yabancılaşma)/derealizasyon (gerçek dışılık) bozukluğu, tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk ve tanımlanmamış diğer bir dissosiyatif bozukluk olmak üzere 5 ana başlık altında incelenebilir [4].

2.3.5.1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu

DKB’de temel belirtiler kimlik ve bellek ile ilgilidir. Aynı bireyde kendi içinde sürekliliği olan ve birbirinin yerini alabilen farklı kişilik durumları varlığını sürdürmekte ve tekrarlayıcı amneziler görülmektedir [66]. Alter kişilikler arasındaki kaymalar birdenbire olur ve bireyin yaşamına kısa ya da uzun süre hakim olabilirler. Bu kaymalar sonucunda affektif, bilişsel ve davranışsal değişiklikler ortaya çıkar

[68]. Tekrarlayıcı şekilde denetimi alan alter kişilikler algıladıkları kendilik kavramı ve temsili doğrultusunda hareket ederler [66].

DKB’de hasta çoğu zaman belirtilerini utanma veya iç korkular nedeniyle saklama eğilimindedir bu nedenle kliniği daha çok örtülü bir tablo şeklindedir. Hasta birincil belirtilerden (amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik konfüzyonu ve kimlik alterasyonu) çekince duymasından dolayı kliniğe daha çok ikincil belirtiler ve eş tanılar ile başvurur [66].

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda Sık Görülen Başvuru Biçimleri [66]:

1. Kronik, dirençli depresyon (“dissosiyatif depresyon”)
2. Dirençli fonksiyonel nörolojik (konversiyon) belirtiler (somatik görünüm)
3. Borderline kişilik bozukluğu görünümü (bağlanma sorunları)
4. Eşik altı bipolar bozukluk görünümü (affekt disregülasyonu)
5. Yineleyici intihar girişimleri, kendi bedenine zarar verme (impulsif görünüm)
6. Flashbackten dissosiyatif psikoza kriz durumları (akut görünüm)

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

A. İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, kimi kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duygusunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duyuşal-devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.

B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması.

C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.

Not: Çocuklarda bu belirtiler imgesel oyun arkadaşları ya da başka düşlemsel oyunlarla daha iyi açıklanamaz.

E. Bu belirtiler, bir maddenin (örneğin, alkol esrikliği sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin, kompleks parsiyel nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.3.5.2. Dissosiyatif amnezi

Dissosiyatif amnezide belleğe kaydedilen ve normalde hemen hatırlanması gereken önemli otobiyografik bilgileri hatırlayamama durumu söz konusudur ve normal bir unutkanlıkla açıklanamaz. Unutulan yaşam dönemlerinin kişi için ağır travmatik deneyimleri içermesi, dissosiyatif amnezinin önemli bir özelliğidir. Genellikle akut seyirlidir, ani başlar ve biter. Amnezi genelde global olarak başlar ancak devamında lokalize ve sınırlı hale gelerek sıklıkla kendiliğinden sonlanır. Amneziye yol açan stres faktörleri devam ediyorsa tekrarlamalar meydana gelebilir. Dissosiyatif amnezi epizodu esnasında ortaya çıkan füğlerde kişi olduğu yeri aniden terk eder, bu sırada organize gibi görünüp seyahat edebilir veya dezorganize davranışlar sergileyebilir. Bu olgularda ayırıcı tanıda temporal lob patolojisi araştırılmalıdır [66].

Dissosiyatif Amnezi DSM-V Tanı Ölçütleri

- A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, özyaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.
- B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu belirtiler, bir maddenin (örneğin; alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin; kompleks parsiyel nöbetler, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması/çarpma ile baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, dissosiyatif kimlik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, majör ya da hafif nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Dissosiyatif füğ ile birlikte: Kimliğini ya da diğerk önemli özyaşam öyküsel bilgilerini unutmanın eşlik ettiğı, görünüşte amaçlı gezinti ya da şaşkın bir biçimde dolaşma.

2.3.5.3. Depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu

Bu iki durum psikopatoloji ile ilişkili olmaksızın aşırı uykusuzluk, yorgunluk, kaygı, fazla çay-kahve tüketimine bağılı olarak gündelik yaşamda deneyimlenebilir. Depersonalizasyon “kişinin kendi benliği, yüzü, bedeninin tümü ya da parçalarını, hareketlerini, duygularını değışmiş ve kendisini yabancı, farklı bir varlık olarak, dışarıdan izliyormuş gibi algılaması”, derealizasyon ise “kişinin kendi çevresinden ayrılması veya gerçek olmama duygusu” olarak ifade edilebilir. Ancak bu yaşantılar sırasında gerçeğı değıerlendirme yetisi bozulmaz [68].

Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Sürekli ya da yineleyici olarak, kendine yabancılaşma, gerçek dışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğı yaşantıların varlığı:

1- Depersonalizasyon: Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçek dışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğı yaşantıları (örneğin; algısal değışiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğın gerçek dışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma).

2- Derealizasyon: Çevredekilerle ilgili olarak gerçek dışılık ya da kopukluk yaşantıları (örneğin; insanlar ya da nesneler gerçek dışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır).

B. Bu kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık yaşantıları sırasında gerçeğı değıerlendirme bozulmamıştır.

C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğerk işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağıık durumunun (örneğin, nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E. Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluk, majör depresif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ya da başka bir dissosiyatif bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

2.3.5.4. Tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, dissosiyatif bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dissosiyatif bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluk kategorisi, dissosiyatif bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, “tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluklar” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örneğin, “dissosiyatif trans”).

“Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünümüler için örnekler şunlardır:

1. Karışık dissosiyatif belirtilerle giden süregelen ve yineleyen sendromlar:

Bu kategori, kendilik duygusunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin çok belirgin olmadan bozulduğu kimlik bozukluğunu ya da dissosiyatif amnezinin olmadığını bildiren bir kişide ortaya çıkan kimlik değişikliklerini ya da cin çarpması yaşantısı dönemlerini kapsar.

2. Uzun süreli ve yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya

bağlı kimlik bozukluğu: Yoğun bir biçimde, baskı altında inandırılmaya çalışılan kişiler (örneğin; beyin yıkama, zihin denetimi, tutsakken görüş aşılama, işkence, uzun bir süre siyasal olarak tutuklu kalma, tarikatlar/mezhepler ya da terör örgütlerine girme), uzun süreli kimlik değişiklikleri ya da bilinçli bir biçimde kimliğini sorgulama durumu gösterebilirler.

3. Stres yaratan olaylara bağlı akut dissosiyatif tepkiler:

Bu kategori, kimi zaman yalnızca birkaç saat ya da gün süren, bir aydan daha kısa süreli, gelip geçici, akut durumlar içindir. Bu durumlar, bilinçlilik durumunun kısıtlı olması ile belirlidir; kendine yabancılaşma; gerçek dışılık; algısal bozukluklar

(örneğin; zamanın yavaşlaması, makropsi); kısa unutkanlıklar; gelip geçici stupor ve/ya da duyusal-devinsel işlevsellikte değişiklikler (örneğin; analjezi, paralizi).

4. **Dissosiyatif trans:** Bu durum, çevresel uyaranlara karşı derin bir tepkisizlik ya da duyarsızlık ile kendini gösteren, yakın çevreyi, birden, tam olarak ya da bir ölçüde ayımsayamama ile belirlidir. Söz konusu tepkisizliğe, kişinin ayırımında olmadığı ve/ya da denetim altında tutamadığı küçük basmakalıp devinimler (örneğin, parmak devinimleri) eşlik edebileceği gibi, gelip geçici paralizi ya da bilinç yitimi de eşlik edebilir. Dissosiyatif trans, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.

2.3.5.5. Tanımlanmamış diğer bir dissosiyatif bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, dissosiyatif bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dissosiyatif bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmamış diğer dissosiyatif bozukluk kategorisi, dissosiyatif bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örneğin, acil servis koşullarında) kullanılır.

2.3.6. Klinik Fenomoloji

Yayınlanan çocuk ve ergen vakaları incelendiğinde, bu çocuklarda birtakım belirtilerin oldukça tutarlı bir şekilde bulunduğu görülmüştür. Aşağıda klinik belirtiler özetlenmiştir [5]:

a) Primer Dissosiyatif Belirtiler

Amneziler ve Hafıza Bozukluğu Belirtileri

- Amneziler, geçici bilinç kayıpları, kompleks bir davranışın hatırlanamaması (örneğin, duygusal coşkulu davranışlar ve öfke patlamaları, aniden ortaya çıkan kaçmalar, sosyal aktivitelerin hatırlanamaması)
- Bilinmesi gerekli olan temel şeylerin alışılmadık ve şaşırtıcı bir şekilde unutulması (örneğin; iyi arkadaşların ya da öğretmenlerin isimlerinin, sahip olduğu şeylerin, ev adresinin unutulması vb)
- Yetenek ve becerilerinde dalgalanmalar ve tutarsızlıklar görülmesi (örneğin; akademik, atletik, artistik, müzikal ve sosyal yeteneklerde değişimler)
- Tutarsız ve belirgin bir şekilde değişen alışkanlık ve tercihler (örneğin; farklı favori renk, yiyecek ve giyim zevklerindeki değişimler)
- Füg epizodları (genel olarak kısa mesafeli yolculuklardan oluşur)
- Travmatik flashbackler ve zorla zihni kaplayan düşünceler (aniden ortaya çıkan somatik belirtiler de olabilir)
- Otobiyografik bilgi verememe (açık kişisel bilgilerin ya da önceki hayat öyküsünün hatırlanamaması)

Dissosiyatif Süreç Belirtileri

- Dalgınlıklar (trans benzeri davranışlar, gözlerin bir noktaya takılması ve dalıp gitmeler)
- İşitsel halüsinasyonlar (farklı yaş, cins ve karakter özelliklerine ait sesler duyma, bu sesler genellikle kafa içinden gelir bazen kafa dışından da duyulabilir)
- Hızla ortaya çıkan regresif davranışlar (örneğin bir bebek gibi konuşma ya da davranma, küçük bir çocuk gibi çizgi çizme)
- Pasif etkilenme yaşantıları (örneğin; davranışlarının kontrolünü yitirme, kendi davranışlarının kontrolünü sağlamak için fiziksel bir güç harcama, önlemek istese bile engelleyemediği kompulsif mastürbasyon ya da kendine fiziksel zarar verme)
- Farklı alter kişilik durumlarının varlığı (ortaya çıkan kişilikler, pasif etkilenmeye yol açan kalıcı, canlı hayali arkadaşlar ve kişilik değişimi gözlenmesi vb)

İlişkili Travma Sonrası Stres Belirtileri

- Tekrar yaşantılama belirtileri (zorla akla gelen imajlar/yeniden canlanmalar/flashbackler, dissosiyatif flashbackler ile birliktelik gösterebilir, travmatik oyunlar, tanınabilir bir içeriği olmayan kötü rüyalar, gece korkuları)
- Kaçınan özelliklerin ortaya çıkışı (oyun aktivitelerinde kısıtlılık, sosyal geri çekilme, afeksiyonda azalma, davranışsal regresyon gösterme ya da gelişimsel olarak elde ettiği yetilerin kaybı)
- Aşırı uyarılma belirtileri (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu benzeri davranışların ortaya çıkışı, yeni korkuların ortaya çıkışı, anksiyete ve agresyon)

b) İkincil Belirtiler

- Depresyon
- Duygusal labilite
- Anksiyete
- Öz güvende azalma
- Somatoform belirtiler (Hızla kaybolan ya da ortaya çıkan fiziksel şikâyetler, baş ağrıları, mide ve karın ağrısı, vücudun çeşitli bölgelerinde ortaya çıkan organik bir sebebin olmadığı gösterilen ağrı ve işlevsel bozukluklar, konversiyon belirtileri, yalancı nöbetler)

c) Üçüncül Belirtiler

- İntihar düşünceleri ya da girişimleri
- Kendine zarar verme davranışları
- Davranım sorunları (agresyon, karşıt gelme ve başkaldırma davranışları, yıkıcı ve zarar verici davranışlar, suça yönelik davranışlar)
- Cinsellikle ilgili davranışsal sorunlar
- Akademik problemler (öğrenme problemleri, odaklanamama ya da dikkatin kolay çelinebilmesi, daha önceden elde edilmiş bilgiyi kullanarak problem çözümünde zorluklar, çabuk unutma)

2.3.7. Ayırıcı Tanı

Dissosiyatif bozukluk tanılı çocuklar, çocukluk çağında görülen diğer önemli psikiyatrik bozukluklar ve bazı nörolojik hastalıklara özgü olan bulgu, belirti ve davranışlar gösterirler. Bir çocukta çok sayıda farklı bozukluğa ait belirti ve geçmişte farklı tanı ve yöntemlerle tedavi öyküsü bulunuyorsa dissosiyatif bozukluk tanısı akla gelmelidir [5].

2.3.7.1. Hayali arkadaşlık ile ayırıcı tanısı

Hayali arkadaş “çocuğun bir süre için oynadığı, konuşmaları esnasında bahsettiği, isimlendirilmiş görünmez bir karakter” şeklinde tanımlanmıştır. Çocuğun öznel olarak gerçeği algılamasına kadar devam eder. Hayali arkadaşlığın normal gelişimin bir parçası olduğu yaygın görüşüne rağmen bazı araştırmalara göre hayali arkadaşların ortaya çıkmasında ihmal ve düşmanlığın önemli etkisi vardır ve ilk olarak stresli durumda ortaya çıkmışlardır [5].

Ayrım yapmak oldukça zor olmasına rağmen normal çocuklardaki hayali arkadaşlar ile DB olan çocuklardaki hayali arkadaşlar arasında klinik olarak önemli farklar vardır [5]:

- Normal çocuklardaki hayali arkadaşlar genellikle yedi yaş civarında ortadan kalkarken dissosiyatif çocuklarda çok daha uzun süre kalır, sıklıkla ergenlik dönemine kadar birlikte olurlar.
- Normal çocuklardaki hayali arkadaşlar yardımcı, sevecen iken dissosiyatif çocuklarda bazı hayali arkadaşlar oldukça kötüdür.
- Normal çocuklardaki hayali arkadaşlar çocuk tarafından yönlendirilirken dissosiyatif çocuklarda pasif etkilenme yaşantılarının yanı sıra bazen bu çocuklar doğrudan hayali arkadaş tarafından yönetilirler.
- Normal çocuklar hayali arkadaşların hayali olduğunun farkındadır ancak dissosiyatif çocuklar ve ergenler gerçek olarak algılarlar.
- Normal çocuklarda hayali arkadaşlar sosyal ve akademik alanlarda işlev bozukluğuna yol açmazken dissosiyatif çocuklarda önemli ölçüde işlev bozukluğuna neden olurlar.

2.3.7.2. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile ayırıcı tanısı

Dissosiyatif bozukluk ile en sık karışan bozukluklardan birisidir. Dissosiyatif bozukluğu olan çocuklarda amnezi ve dalgınlıkları nedeni ile dikkat eksikliği olduğu düşünülebilir. Yine bazı alter kişiliklerin etkisiyle aşırı hareketli ve dürtüsel olabilirler. Davranış, duygulanım ve algılama açısından DEHB'ye benzer belirtiler gösterebilirler. Dissosiyatif çocuklar oyun alanında ve sınıfta aniden saldırganlaşabilir ve dürtüsel öfke patlamaları görülebilir [5].

2.3.7.3. Şizofreni ve psikotik durumlar ile ayırıcı tanısı

Şizofreni hastalarının değişik kimliklere sahip olduklarıyla ilgili sanrıları olabilmesi ve diğer kişiliklerin seslerini duyduklarını aktarabilmesi nedeniyle şizofreninin dissosiyatif bozukluk ile karışması olasıdır [94]. Dissosiyatif bozukluğu olan çocukların neredeyse tümü işitsel varsanılar yaşarlar ve kafalarının içinde değişik kişiliklerin sesini duyarlar. Bu sesler kimi zaman dostça, faydalı olmakla birlikte çoğu zaman olumsuzdur. Seslerin intihar girişimini tavsiye etmeleri oldukça sık rastlanılan bir durumdur. Şizofreni hastalarında işitsel varsanıların genellikle dışarıdan geldiği, dissosiyatif bozukluklu hastalarda ise kafanın içinden geldiği şeklinde ifade edilir [94].

Schneider'in birinci sıra şizofreni belirtilerinin birçoğu çocuk ve ergenlerdeki DB'de de izlenmektedir. İçindeki ses tarafından yönetildiği, düşüncelerinin çalındığı ya da dışarıdan bir güç tarafından içine sokulduğunu hissetme gibi yaşantılar oldukça sıktır. Bu konuda iç görü sahibidirler ancak çoğu zaman bu durumdan kimseye bahsetmezler. Çok hızlı kişilik değişimi nedeniyle çağrışımların dağıldığı izlenimi oluşabilir [5].

2.3.7.4. Duygudurum bozuklukları ile ayırıcı tanısı

Dissosiyatif bozukluğu olan çocuklarda aktif olan alter kişiliklere göre duygudurumlarında belirgin dalgalanmalar olabilir ve sıklıkla bu çocuklar duygudurum bozukluğu tanısı alırlar. Farklı kişilikler, farklı yaşantıları ve farklı hayat öyküleri vardır [5]. DKB'da depresif bozukluktan farklı olarak depresif belirtiler kısa sürelidir ve ara dönemlerde kişi kendini iyi hisseder [95].

Yoğun ve uzun süreli travma kronik disforik duyguduruma, kendine zarar verme davranışlarına, intihar girişimlerine, distimi ve depresyon gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle bu kişilerde travma sonucu oluşan gerçekten bir depresif bozukluk bulunabileceği göz ardı edilmemelidir [5].

2.3.7.5. Epilepsi ile ayırıcı tanısı

Dissosiyatif bozuklukta ortaya çıkan bazı bulgular farklı türlerde epilepsi tanısı düşünülmesine yol açabilir. Dalgınlıklar, trans benzeri davranışlar, gözün kısa süreli bir noktaya sabitlenmesi ile çocuğun çevreden koptuğu, yanıt vermediği durumlar nedeniyle akla absans tipi epilepsi gelebilir. Çocuğun sonrasında hatırlamakta zorlandığı veya hiç hatırlamadığı otomatizma gibi kompleks davranışları olduğunda kompleks parsiyel epilepsiyi düşündürebilir. Yine bazen tam bir grand mal epilepsiyi taklit eden nöbetler de oluşabilir. Birçok araştırmada epileptik nöbeti taklit eden epizodik yaşantıların çocukluk çağı travmaları ve ensest ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [5].

2.3.7.6. Borderline kişilik bozukluğu (BKB) ile ayırıcı tanısı

Dissosiyatif bozukluk çocukların stabil bir psişik durumu sürdürebilmelerini, kişiler arası ilişkileri düzenlemelerini ve gerçeği değerlendirme yetilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Etiyolojide sıkça rastlanan yineleyen cinsel tacizler sonucunda bu çocuklarda organik olarak açıklanamayan çok sayıda fiziksel şikâyet bulunur. Duygulanım dalgalanmaları, öfke nöbetleri, intihar girişimleri, kendine zarar verici davranışlar, psikotik belirtiler, tutarsız ilişkiler ve somatik şikâyetler nedeniyle sınırda bir durum tanısına yol açar [5]. Ayırıcı tanıda BKB’de dissosiyasyonun geçici olması, amnezinin olmaması göz önünde bulundurulabilir [96].

2.3.7.7. Davranım bozukluğu ile ayırıcı tanısı

Dissosiyatif bozukluğu olan çocukların sergileyeceği hareketler çoğu zaman kestirilemez. Sakin tavırları bir anda öfke dolu hareketlere dönüşebilir. Aktif olan alter kişiliğe göre başkalarına ait olan eşyaları alıp hırsızlıkla itham edilebilirler. Cinsel istismara uğramış bir alter kişilik kendisine yapılanları bir saldırgan olarak

başkalarına yapmaya kalkışabilir. Dissosiyatif bozukluğu olan çocuklar çoğu zaman bu davranışının farkında olmaz ve bu davranışları hatırlamadıkları için reddederler, bu nedenle de yalancılıkla suçlanırlar. Hatalı davranışlarından dolayı suçluluk hissetmiyor gibi görünürler [5].

2.3.8. Tedavi

Son 20 yıldır DKB dahil karmaşık travma ilişkili hastalıklar sıralı basamaklar halinde tedavi edilmiştir. 19.yy'da Pierre Janet dissosiyatif hastaların benzer faz oryantasyonlu tedavi yöntemini savunmuştur [5]:

1. Güvenliği sağlamak, stabilizasyon ve belirti azaltımı
2. Yüzleştirmek, working through (çözüm çalışması) ve travmatik anıları birleştirmek
3. Kimlik bütünleştirilmesi (integrasyonu) ve yeniden iyileştirme (rehabilitasyon)

2.3.8.1. Tedavi süresi ve seyri

Çocuk ve ergenlerde görülen dissosiyasyon vakalarının çoğu, yetişkin vakaları kadar zor ve uzun seyirli değildir [97]. Genel olarak, çocuk ve ergenlerde tedavi erişkinlerin tedavisine benzese de bazı önemli farklılıklar da bulunmaktadır. En önemli farklılık, çocuk ve ergenlerde çevresel ve gelişimsel faktörlerin hastalık ve tedavi sürecini aktif olarak etkiliyor olmasıdır. Travma ve psikopatolojinin gelişimi ileriye dönüktür. Çocuğun ailesi ve çevresi incelenmeli, travmanın kaynağı araştırılmalı, gerekiyorsa çocuk ortamdan uzaklaştırılmalı ve güvenli bir ortama yerleştirilmelidir. Tedavi girişimi yapılmassa dahi çocuk travmatik ortamdan uzaklaştırıldığında DB'nin tüm belirtileri hızla kaybolabilir. İkinci farklılık, adli konulardır. Dissosiyatif bozukluğu olan çocukla ilgili her ayrıntı araştırılmalı ve çocuğun anlattığı her şey kaydedilmelidir. Üçüncü farklılık ise tedavi hedefidir. Bu yaş grubunda tedavi hedefi "birleşme" iken erişkinlerde her zaman böyle olmayabilir. Çocukta eğer bu hedefe ulaşılamazsa travma etkeni ortadan kaldırılrsa bile travmaya bağlı oluşan psikopatoloji devam eder [5].

2.3.8.2. Terapistin rolü

Terapistler çocuğun yaşadığı dissosiyatif belirtiler de dahil tümüyle empatik bir yaklaşım sergilemelidir. Terapistin sürekliliği tedavi açısından önemlidir. Çocukların ciddiyet ile tedavi edilmesi için ekip çalışması gereklidir. Bu ekip içerisinde; ebeveyn, terapist, öğretmen ve çocuk için önemli olan diğer kişiler yer almalıdır. Tüm ekip üyeleri çocukla tutarlı bir ilişki kurmalıdır. Bu durum çocuğun çevreyle olan entegrasyonuna ve dissosiyatif belirtilerin yıkıcı etkilerini engellemeye yardımcı olur [97].

2.3.8.3. Dissosiyatif belirtilerin tedavisinde özellikle dikkat edilecek hususlar

Fiziksel güvenliğin sağlanması birincil önceliktir. Çocuğa kötü muameleden şüphelenildiği zaman, koruma hizmetlerine bildirme gerekliliği vardır. Terapinin önemli bir amacı çocuğun geçmiş, şimdiki ve gelecek deneyimlere uyum ve esneklik kazanmasını sağlamaktır. Sosyal aktivitelere katılım teşvik edilmelidir. Terapist, ailenin ya da bakım verenlerin hastalığa katkıda bulunmaya devam eden mevcut sorunlara çözümler bulmasına yardımcı olmalıdır [97].

2.3.8.4. Terapötik hedefler

Terapi hedefleri şu şekilde sıralanabilir [97]:

- Çocuğun dissosiyatif belirtileri ve bununla ilişkili davranışlarına yönelik bir tutarlılık duygusu edinmesine yardımcı olmak
- Gelecek başarıları için çocuğun motivasyonunu arttırmak
- Kabul edilemez olarak görülen duygularla ilgili davranışlar hakkında bilgilendirmek ve bu konuda çocuk ya da ergenin kabulünü teşvik etmek
- Duyguların doğrudan ifade edilmesi yoluyla sağlıklı bağlanmayı teşvik etmek
- Çocuğun tutarsız duygularını, isteklerini, ayrılmış kimliklerini çözümlemesine yardımcı olmak
- Travmatik anıların duyarsızlaştırılması ve travmatik olaylardan kaynaklanan hayata karşı öğrenilmiş yanlış tutumların düzenlenmesine yardımcı olmak

- Özerkliği destekleyerek çocuğu duygularını ifade etme ve düzenlemeye, durum değışikliklerinde self regölasyonu sağlamaya teşvik etmek

2.3.8.5. Ek tedaviler

2.3.8.5.1. Aile terapisi

Birincil bakım verenlere dissosiyasyon hakkında eğitim verilmelidir. Tedaviyi kolaylaştıran ebeveynlik stratejileri hakkında rehberlik edilerek ailenin çocuğu tüm yönleriyle kabul etmesi için aile görüşmeleri yapılmalıdır. Ebeveynlere işlevsiz dissosiyatif stratejileri pekiştirmeden çocuğun doğrudan düşünce ve duygularını ifade etmesini desteklemeleri öğretilmelidir [97].

2.3.8.5.2. Farmakoterapi

Dissosiyatif bozukluklardan herhangi birisi için onaylanmış ilaç tedavisi yoktur. Opioid antagonistlerinden özellikle naltrekson, tekrarlayan kendine zarar verici davranışların, depersonalizasyon bozukluğu belirtilerinin giderilmesinde kullanılabilir. Prazosin kâbusların, karbamazepin ise saldırganlığın azaltılmasında kullanılmıştır. Yapılan kontrollü çalışmada depersonalizasyon tedavisinde seçici serotonin gerilim inhibitörlerinin etkinliği gösterilememiştir [98].

İlaçların belirtiler üzerinden etkinlikleri söz konusu olabilmektedir. En sık kullanımı gereken anksiyolitikler, özellikle travma sonrasında stres belirtilerinin ve anksiyetenin arttığı dönemlerde kullanılabilir. Ancak benzodiazepinlerin dissosiyasyonu arttırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Antidepresanlar hem anksiyete hem de depresyon durumlarında fayda gösterebilir. Özellikle yeni atipik antipsikotikler daha düşük dozlarda, DKB'de düşünce dezorganizasyonu, intruziv travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, kronik anksiyete, uykusuzluk ve irritabilite için faydalıdır [98].

2.3.8.5.3. Sanat terapisi

Duygu dışavurumuna yardımcı olur ve bu şekilde duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi yoluyla dissosiyatif belirtilerin sıklığını azaltmaktadır. Bazı

klinisyenler tarafından dissosiyasyon bozukluğunda sanat terapisinin kullanılması önerilmektedir [97].

2.3.8.5.4. Grup terapisi

Grup terapisi, çocuk ve ergenleri olumlu akran etkileşimine teşvik ederek onların yaşam olaylarına karşı esneklik sağlamalarına yardımcı olabilir [97].

2.3.8.5.5. Eğitimsel müdahaleler

Okul personeli çocuğun belirtilerine karşı anlayışlı olmalı, güven aşılmalı, hedeflere ulaştıkça ödül yöntemini kullanmalı, aileyle iletişim halinde bulunmalıdır. Okulda çocuğun kiminle stabil bir ilişkisi olduğu, kiminle sık iletişim kurduğu gözlenmeli ve bu kişilerin de tedavinin bir parçası olması konusunda girişimde bulunulmalıdır [97].

2.4. İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE DISSOSİYATİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ergenlik dönemi, diğer bağımlılık tiplerinde de olduğu gibi internet bağımlılığı için de risk faktörüdür. İnternet, ergenlik dönemindeki bireylere ilgi çekici gelen birçok seçenek sunmaktadır. Kendini gerçekleştirme alanı bulamamış ergenler, internetle istediği ortamlara ulaşabilmekte, internet üzerinden edindiği arkadaşlıklarla ve ortamlarla yeni bir dünya algısı oluşmaktadır. İnternet aracılığıyla edinilen arkadaşlıkların, ergenin gerçek hayattaki arkadaşlarının ve ailesinin yerini alması ayrıca kişinin her şeyi silip yeni bir düzen kurması ve bu yeni düzenle “oyuna” başlayabilmesi internet bağımlılığına neden olabilmektedir [99]. Bağımlılığa yol açan kullanım nedenlerinin araştırılması sonucunda ulaşılan sonuçlar; internete erişimin kolay olması, internette yapılanların gizlenebilmesi ve farklı kimlik oluşturabilme, erişimin aile tarafından kontrol edilmemesi, diğer faaliyetleri unutup interneti düşünme şeklinde sıralanabilir [2].

Bağımlılık psikopatolojisinde dissosiyasyonun önemi kanıtlanmıştır [6, 7]. Griffiths (2003), internet kullanımının zaman kavramını yitirme, başka biri gibi hissetme, kendini kaybetme ve trans benzeri bir durumda olma gibi dissosiyatif belirtilere yol açabileceğini ve internetin kullanıcılar arasında dissosiyatif duyguları

harekete geçirerek olumsuz duygulardan kaçışı kolaylaştırabileceğini belirtmiştir [8]. Dissosiyatif belirtilerin, internet bağımlısı olmayan katılımcılarda mevcut olsa bile, internet bağımlısı olan bireylerde klinik olarak anlamlı olabileceği ifade edilmiştir [48]. Araştırmacılar, bağımlılık davranışlarının (alışveriş yapma, video oyunları oynama, sosyal medya kullanımı, internet bağımlılığı vb) bireylerin olumsuz ve kontrolsüz duygularını yönetmesine izin veren dissosiyatif bir doğaya sahip olduğunu ve dissosiyasyonun bağımlılığın bir göstergesi olabileceğini bildirmişlerdir [6]. Greenfield (1999), yoğun yakınlık, disinhibisyon, sınırların kaybı, zamansızlık ve kontrol kaybı hissi gibi interneti kullanıcılar için çekici kılan birkaç etken belirterek bu değişkenlerin fenomenolojik olarak dissosiyasyon durumlarıyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür [100]. Yapılan bir başka araştırmada ise dissosiyatif belirtilerin patolojik internet kullanımının şiddeti ile ilişkili olduğu ve dissosiyasyonun patolojik internet kullanımının temel bir özelliği olduğu belirtilmiştir [45].

Literatürde internet bağımlılığı ve dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Ergenlik döneminin internet bağımlılığı açısından en riskli dönem olduğu dikkate alındığında amacımız; geniş bir ergen örnekleminde internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtilerin yaygınlığını araştırmak, ilişkili sosyodemografik verileri ortaya koymak ve ayrıca internet bağımlılığının dissosiyasyonu tetiklediği hipotezimizi göz önüne alarak internet bağımlılığı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırmaya Ekim 2019 – Nisan 2020 tarihlerinde, Ankara ilini temsil edecek şekilde belirlenen örnekleimde, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, liseye devam eden 14-17 yaş 1236 ergen ve 888 ebeveyn alınmıştır. Çalışmamızda katılma ölçütlerini taşıyan ergenlere çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ergenler ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır. Buna göre çalışmamıza katılan ergenlerden 463'ü (%37,5) 9. sınıfa, 400'ü (%32,4) 10. sınıfa, 373'ü (%30,2) 11. sınıfa gitmektedir. Liseler açısından gruplandırıldığında anadolu lisesine devam

eden 442 (%35,8), anadolu imamhatip lisesine giden 505 (%40,9), mesleki ve teknik anadolu lisesine devam eden 289 (%23,4) ergen mevcuttur. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip 462 ergenden anadolu lisesine giden 239 (% 51,7), anadolu imamhatip lisesine giden 75 (%16,2), mesleki ve teknik anadolu lisesine giden 148 (%32,0) ergen; 9. sınıfa devam eden 151 (%32,7), 10. sınıfa devam eden 175 (37,9), 11. sınıfa devam eden 136 (29,4) ergen mevcuttur. Orta sosyoekonomik düzeye sahip anadolu lisesine giden 84 (%17,8), anadolu imamhatip lisesine giden 287 (%60,9), mesleki ve teknik anadolu lisesine giden 100 (%21,2) ergen; 9. sınıfa devam eden 214 (%45,4), 10. sınıfa devam eden 135 (%28,7), 11. sınıfa devam eden 122 (%25,9) ergen mevcuttur. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip anadolu lisesine giden 119 (%39,3), anadolu imamhatip lisesine giden 143 (%47,2), mesleki ve teknik anadolu lisesine giden 41 (%13,5) ergen; 9. sınıfa devam eden 98 (%32,3), 10. sınıfa devam eden 90 (%29,7), 11. sınıfa devam eden 115 (%38,0) ergen mevcuttur.

Örneklem grubunun seçimi:

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. 14-17 yaş arasında olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
3. Normal zekâ düzeyine sahip olmak
4. Herhangi bir nörolojik hastalığı, serebral tümör ya da serebrovasküler hastalığı, ciddi bir medikal hastalığı olmaması, bilinç yitimine yol açmış kafa travması geçirmiş olmamak,
5. Otizm spektrum bozukluğu tanısı olmaması
6. Psikotik hastalığının olmaması

Çalışmadan dışlama kriterleri:

1. 14 yaşından küçük, 17 yaşından büyük olması
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
3. Mental retardasyonu olması

4. Herhangi bir nörolojik hastalığı, serebral tümör ya da serebrovasküler hastalığı, ciddi bir medikal hastalığı olması, bilinç yitimine yol açmış kafa travması geçirmiş olmak,
5. Otizm spektrum bozukluğu tanısı olması
6. Psikotik hastalığının olması

Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç:

Çalışmanın güç analizi;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q} \quad \text{formülüne göre yapılmış olup } N \text{ (evrendeki birey sayısı) değeri}$$

Ankara ilindeki toplam 14-17 yaş ergen sayısını temsil etmektedir. Türkiye istatistik kurumu 2018 yılı nüfus sayımı verilerine göre Ankara ili 14-17 yaş grubu toplam nüfus sayısı 300.719'dur. Çalışmamızda d (olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma) değeri 0,05 alındığında t (belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyi) değeri 1,96 olarak alınmaktadır. Toplumumuzda ergenlik döneminde dissosiyatif belirti yaygınlığı bilinmediğinden p (İncelenecek olayın görülüş sıklığı) değeri çalışmamız için 0,5 olarak alınacak, q (İncelenecek olayın görülme-yiş sıklığı) değeri buna göre 0,5 olacaktır. Sonuçta; $n = 300719 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5 = 383,511$ olarak bulunmuştur. $0.0025 \times 300718 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5$

Çalışmanın gücünü arttırmak amacıyla örneklem büyüklüğünün 400 katılımcıdan oluşması hedeflenmiştir.

3.2. ARAŞTIRMA DESENİ

Araştırma kesitsel bir saha çalışması olarak tasarlanmıştır.

3.3. UYGULAMA

Çalışmamıza Ekim 2019 – Nisan 2020 tarihlerinde, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan liseye devam eden 14-17 yaş arası ergenler ve aileleri alınmıştır. Çalışma için Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alındıktan sonra milli eğitim müdürlüğünden edinilen bilgiler doğrultusunda düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye göre liseler seçilmiş ve üç farklı ilçeden 29 liseye gidilmiştir. Çalışmaya katılan liselerde çalışan öğretmenlere çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir. Ergenlerin kendisi aracılığıyla ebeveyn formları ailelerine ulaştırılmıştır. Formlar

dağıtıldıktan 3 gün sonra okullara gidilerek çalışmaya katılmayı kabul eden ergenlerin ve ebeveynlerinin doldurdıkları formlar toplanmıştır. Katılımcıların sosyoekonomik düzeyi Hollingshead-Redlich Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcı ergenin yaşı, cinsiyeti, anne ve babanın yaşı, eğitim ve çalışma durumları gibi demografik veriler ile; güncel tedaviler, eşlik eden tıbbi durum, ilaç kullanımı gibi klinik özelliklerin kaydedildiği bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.4.2. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)

Young (1998) tarafından, DSM-IV'ün “Patalojik Kumar Oynama” ölçütlerinden uyarlanarak oluşturulan “Tanı Anketi” daha sonra geliştirilmiş ve 20 soruluk bir “İnternet Bağımlılığı Ölçeği” oluşturulmuştur [16]. Likert tipi bir ölçek olan İnternet Bağımlılığı Ölçeğinde katılımcıdan “Hiçbir zaman” “Nadiren” “Arada sırada” “Çoğunlukla” “Çok sık” ve “Devamlı” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Bu seçeneklere sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 ve 5 puan verilmektedir. 80 ve üzeri puan alanlar “internet bağımlısı” olarak tanımlanmaktadır. 50-79 puan arası alanlar “sınırlı belirti gösterenler”, 50 puan ve altı alanlar “belirti göstermeyenler” olarak tanımlanmıştır. Bayraktar (2001) tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçek, 12 - 17 yaş grubu ergenlerin internet bağımlılık düzeylerini değerlendirebilecek özelliktedir [101]. Testin standardize edilmiş Alpha değeri açısından güvenilirliği 0,91 Spearman – Brown değeri açısından da 0,87’dir.

3.4.3. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ)

Armstrong ve arkadaşları tarafından 11-17 yaşları arasındaki çocuklarda dissosiyatif belirtileri sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir [102]. Ölçek Zoroğlu ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır [103]. Ölçek, dissosiyatif yaşantıları değerlendirmeye yönelik 30 maddeden oluşmaktadır. Katılımcının kendisi tarafından doldurulur. Her bir madde için 0 ile 10 arasındaki değerlendirme puanlarından birisi

işaretlenir. Ölçek toplam puanı 30 maddeden alınan puanların toplanıp madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Ölçekte dissosiyatif yaşantılar dissosiyatif amnezi, absorpsiyon, depersonalizasyon/derealizasyon ve etki altında kalma (influence) olmak üzere dört temel alanda kategorize edilmektedir. Her bir alt boyut için o alt boyutu oluşturan maddelere verilen yanıtların toplamının ortalamasını alınır. Ölçekte 3.0 veya üzerinde puan alan kişinin ölçeği anlamlı olarak kabul edilmektedir.

3.4.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Çocuk ve ergenlerin ruhsal ve davranışsal sorunlarını taramak için uluslararası alanda yaygın olarak kullanılan GGA, Goodman tarafından geliştirilmiştir [104, 105]. GGA'nın duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği/ aşırı hareketlilik, akran sorunları ve sosyal davranış olmak üzere beş alt boyutu vardır. Her alt boyut üçlü Likert tipi derecelendirilen beş soru içermektedir ve yanıtlar sorunun doğruluk derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak puanlanır. İlk dört alt boyuttan elde edilen puanlar toplam sorun puanını oluşturmaktadır, sosyal davranış alt boyutu ise olumlu davranışları ölçmektedir ve toplam sorun puanına katılmamaktadır. Ölçeğin Türkiye örnekleminde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [106]. Cronbach alfa katsayısı öz bildirim formu için 0,73, anne baba formu için 0,84 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin 11 ile 17 yaş arası ergenler tarafından doldurulan öz bildirim formu ve anne baba formu kullanılmıştır.

3.4.5. Hollingshead-Redlich Ölçeği

Ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyini belirlemek amacıyla Hollingshead Redlich ölçeği CASH' den (Comprehensive Assessment of Symptoms And History) Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır [107]. Ölçek anne ve babanın meslek ve eğitim durumlarını esas alarak, belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan genel bir ölçüm yapar. Ölçekte beş ayrı sosyoekonomik-sosyokültürel düzey tanımlanmıştır. “Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile” “1” olarak, “Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba” “2” olarak, “Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba” “3” olarak, “Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba” “4” olarak, “Yarı vasıflı işçi,

eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba” “5” olarak kodlanır. Ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi belirlenirken anne ya da babadan en yüksek düzeyde olanın durumu esas alınmıştır. Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumdaki aileler “Yüksek Sosyoekonomik Düzey”; küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu aileler “Orta Sosyoekonomik Düzey”; yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş aileler “Düşük Sosyoekonomik Düzey” olarak sınıflanır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel değerlendirme Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama±standart sapma olarak, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler ortanca (minimum, maksimum) olarak gösterildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtildi. Kategorik verilerin kıyaslanmasında Ki-Kare ve Fisher’in Kesin Ki-Kare testi kullanıldı. İki grup arasında normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerin kıyaslanmasında student T testi, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin kıyaslanmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve daha fazla gruplar arasında normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerin kıyaslanmasında ANOVA testi (posthoc: Bonferroni düzeltmesi), normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin kıyaslanmasında Kruskal Wallis H testi (posthoc: Dun’s düzeltmesi) kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı (r) 0,2-0,4 arasında ise zayıf korelasyon, 0,4-0,6 arasında ise orta şiddette korelasyon, 0,6-0,8 arasında ise yüksek korelasyon ve 0,8> ise çok yüksek korelasyon olarak yorumlandı [108]. Dissosiyatif belirti varlığını yordayan değişkenlerin (yaş, cinsiyet, İBÖ, GGA-Ergen toplam güçlük puanı ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı, ergenin ortalama günlük internet kullanım süresi, ebeveyn eğitim süresi) belirlenmesi amacıyla lojistik regresyon analizi kullanıldı.

İstatistiksel analizlerde $p < 0,05$ (*) değeri anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ

Çalışmanın başlangıcında araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 1352 ergen ve ebeveyninden veriler toplandı. Araştırmada ölçeklerini eksik dolduran, yaşı 17’den büyük olan toplam 116 ergene ait veriler çıkarıldı. Sonuçta analizler 1236 ergen ve 888 ebeveyninden alınan veriler temel alınarak gerçekleştirildi.

Başarı düzeyi, not ortalaması 75 ve üzeri olan ergenler için “iyi”, not ortalaması 50 ile 74 arasında olan ergenler için “orta” ve not ortalaması 49 ve altı olan ergenler için ise “düşük” olarak sınıflandırıldı ve analizler bu sınıflara göre gerçekleştirildi.

Çalışmaya katılan ergenlerin demografik özellikleri Tablo 1’de özetlendi. Buna göre, ergenlerin %61,7’si (n=763) kız ve %38,1’i (n=471) erkekti. Örneklemin yaş ortalaması $15,6 \pm 0,9$ yıl idi. Ergenlerin %49,6’sının (n:613) başarı düzeyi iyi, %36,4’ünün (n:450) orta ve %4,8’inin (n:59) düşük idi. Katılımcıların %10,7’sinde (n:132) geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalık mevcuttu. Psikiyatrik hastalığı olanların oranı ise %2 (n:25)’ydi.

Tablo 1. Ergenlerin Demografik Özellikleri

	Tüm popülasyon n=1236
Cinsiyet, n(%)	
Erkek	471(38,1)
Kız	763(61,7)
Bilinmeyen	2(0,2)
Yaş, ortalama$\pm$ss	15,6 $\pm$ 0,9
Başarı, n(%)	
İyi	613(49,6)
Orta	450(36,4)
Düşük	59(4,8)
Bilinmeyen	114(9,2)
Geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalık, n(%)	
Yok	1097(88,8)
Var	132(10,7)
Bilinmeyen	7(0,6)
Psikiyatrik hastalık, n(%)	
Yok	1204(97,4)
Var	25(2,0)
Bilinmeyen	7(0,6)

ss: standart sapma

Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de özetlenmiştir. Buna göre, annelerin yaş ortalaması $41,2\pm5,1$ yıl, babaların yaş ortalaması $45,2\pm5,8$ yıldır. Annelerin eğitim süresi ortalama $8,8\pm3,9$ yıl, babaların eğitim süresi ortalamaları ise $10,6\pm3,9$ yıldır.

Tablo 2. Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Özellikler

	Tüm popülasyon n=1236
Yaş, ortalama$\pm$ss	
Anne	41,2 $\pm$ 5,1
Baba	45,2 $\pm$ 5,8
Eğitim süresi (yıl), ortalama$\pm$ss	
Anne	8,8 $\pm$ 3,9
Baba	10,6 $\pm$ 3,9
Sosyoekonomik düzey, n(%)	
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda a-b	397(32,2)
Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu a-b	462(37,5)
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş a-b	208(16,9)
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş a-b	156(12,7)
Bilinmeyen	10(0,8)

a-b: anne-baba, ss: standart sapma

Ergenlerin internet kullanımına ait özellikleri Tablo 3’te özetlenmiştir. Buna göre ergenlerin %75,9’u (n:938) evinde bilgisayar olduğunu ve %47,9’u (n:592) odasında bilgisayar bulunduğunu belirtti. Evinde internet bağlantısı olanların oranı %83 (n:1026); internet bağlantısı sınırsız olanların oranı ise %74,7 (n:923) idi. Ergenlerin %98,2’sinin internet kullandığı ve internete bağlanılan cihaz tipinin büyük çoğunlukla akıllı telefon (%87,1; n:1076) olduğu saptandı.

İnternete girilen yer çoğunlukla (%95,1; n:1176) ev ortamı idi. Günde ortalama internet kullanım süresi ergenlerde ortalama 2 saat, annelerde ortalama 1 saat ve babalarda ortalama 2 saat olarak saptandı (Tablo 3).

Bilgi amaçlı internet kullanım oranı %41,8, sosyal amaçlı internet kullanım oranı %37,1, iletişim amaçlı internet kullanım oranı %37,8, eğlence amaçlı internet kullanım oranı %47,2, oyun amaçlı internet kullanım oranı %27,1 ve ödev amaçlı internet kullanım oranı ise %13,6 olarak belirlendi (Tablo 3).

Ergenlerin büyük çoğunluğunun (%72,8) internet kullanım süresini kendilerinin kontrol ettiği saptanırken, anne tarafından internet kullanım süresinin kontrol edilme oranı %26,7 ve baba tarafından internet kullanım süresinin kontrol edilme oranı %15,5 olarak saptandı.

Tablo 3. Ergenlerin İnternet Kullanımına Ait Özellikler

	Tüm popülasyon n=1236
Evde bilgisayar varlığı, n(%)	
Yok	291(23,5)
Var	938(75,9)
Bilinmeyen	7(0,6)
Odada bilgisayar varlığı, n(%)	
Yok	351(28,4)
Var	592(47,9)
Bilinmeyen	293(23,7)
Evde internet bağlantısı varlığı, n(%)	
Yok	200(16,2)
Var	1026(83,0)
Bilinmeyen	10(0,8)
Sınırsız internet bağlantısı varlığı, n(%)	
Yok	101(8,2)
Var	923(74,7)
Bilinmeyen	212(17,2)
İnternet kullanımının varlığı, n(%)	
Yok	15(1,2)
Var	1214(98,2)
Bilinmeyen	7(0,6)
İnternete bağlanılan cihaz, n(%)	
Masaüstü bilgisayar	114(9,2)
Tablet	41(3,3)
Akıllı telefon	1076(87,1)
Dizüstü bilgisayar	122(9,9)
İnternete girilen yer, n(%)	
Ev	1176(95,1)
İnternet kafe	37(3,0)
Arkadaşın evi	28(2,3)
Okul	53(4,3)
Diğer	37(3,0)
Ortalama internet kullanım süresi (saat/gün), ortalanca (min-maks)	
Ergen	2(1-20)
Anne	1(1-20)
Baba	2(1-20)
İnternet kullanım amacı, n(%)	
Bilgi	517(41,8)
Sosyal	459(37,1)
İletişim	467(37,8)
Eğlence	583(47,2)
Oyun	335(27,1)
Ödev	168(13,6)
Diğer	1(0,1)
İnternet kullanım süresini kontrol eden kişi, n(%)	
Kendisi	900(72,8)
Anne	330(26,7)
Baba	191(15,5)
Diğer	25(2,0)

4.2. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Güçler Güçlükler Anketi (GGA) (Ergen-Ebeveyn)

Ergenlerde ve ebeveynlerde GGA puanlarının dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. GGA Puanlarının Dağılımı

GGA	Tüm popülasyon n=1236	
	Ergen	Ebeveyn
Duygusal sorunlar	3(0-10)	2(0-10)
Davranış sorunları	2(0-8)	1(0-11)
Dikkat eksikliği hiperaktivite	4(0-10)	3(0-10)
Akran sorunları	2(0-10)	2(0-10)
Sosyal davranışlar	8(0-16)	9(0-10)
Dışsallaştırma (Eksternalizasyon)	6(0-16)	4(0-18)
İçselleştirme (İnternalizasyon)	5(0-18)	5(0-17)
Toplam Güçlük Puanı	12(0-32)	9(0-34)

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, GGA puanları ortanca (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

Öğrencilerin ve ebeveynlerin GGA puanları arasında pozitif yönde orta şiddette korelasyon saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Puanları Arasındaki Korelasyon Bulguları

Ergen	GGA	Spearman Korelasyon	Ebeveyn							
			Duygusal sorunlar	Davranış sorunları	DE hiperaktivite	AS	SD	Dışsallaştırma	İçselleştirme	Toplam
	Duygusal sorunlar	r	0,547	-	-	-	-	-	-	-
		p	<0,001*	-	-	-	-	-	-	-
	Davranış sorunları	r	-	0,400	-	-	-	-	-	-
		p	-	<0,001*	-	-	-	-	-	-
	DE-Hiperaktivite	r	-	-	0,512	-	-	-	-	-
		p	-	-	<0,001*	-	-	-	-	-
	Akran sorunları	r	-	-	-	0,491	-	-	-	-
		p	-	-	-	<0,001*	-	-	-	-
	Sosyal davranışlar	r	-	-	-	-	0,463	-	-	-
		p	-	-	-	-	<0,001*	-	-	-
	Dışsallaştırma	r	-	-	-	-	-	0,516	-	-
		p	-	-	-	-	-	<0,001*	-	-
	İçselleştirme	r	-	-	-	-	-	-	0,573	-
		p	-	-	-	-	-	-	<0,001*	-
	Toplam	r	-	-	-	-	-	-	-	0,573
		p	-	-	-	-	-	-	-	<0,001*

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, DE: dikkat eksikliği, AS: akran sorunları, SD: sosyal davranışlar

*: p<0,05

4.2.2. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ)

Ergenlerin EDYÖ toplam ortanca puanı 49 (min-maks: 0-272), EDYÖ alt boyutlarına ait ölçek puanları ise; dissosiyatif amnezi boyut ortancası 10 (min-maks: 0-65), absorbsiyon boyut ortancası 15 (min-maks: 0-95), depersonalizasyon-derealizasyon boyut ortancası 15 (min-maks: 0-107) ve pasif etkilenme boyut ortancası 7 (min-maks: 0-50) olarak belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. EDYÖ Puanlarının Dağılımı

EDYÖ	Tüm popülasyon n=1236
Toplam puan, ortanca (min-maks)	49(0-272)
Dissosiyatif amnezi	10(0-65)
Absorbsiyon	15(0-95)
Depersonalizasyon-derealizasyon	15(0-107)
Pasif etkilenme	7(0-50)
EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	

4.2.3. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)

Ergenlerin İBÖ ortanca puanı 26 (min-maks:0-85) olup internet bağımlısı olanların oranı %0,6 (n:7), sınırlı belirti gösterenler oranı %8,8 (n:109) ve belirti göstermeyenlerin oranı %90,6 (n:1120) olarak belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7. İnternet Bağımlılığı Ölçeğine Ait Bulgular

İBÖ	Tüm popülasyon n=1236
Toplam puan, ortanca (min-maks)	26(0-85)
İnternet bağımlısı, n(%)	7(0,6)
Sınırlı belirti gösterenler, n(%)	109(8,8)
Belirti göstermeyenler, n(%)	1120(90,6)
İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği	

4.2.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Puan Dağılımları

Bu bölümde demografik özelliklere (cinsiyet, yaş, anne yaşı ve eğitim düzeyi, baba yaşı ve eğitim süresi) göre GGA-Ergen toplam güçlük puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı değerlendirilmiştir.

Yapılan değerlendirme sonucunda, kızlarda erkeklere kıyasla duygusal sorunlar puanı ortancası (3'e karşılık 2; $p<0,001$), dikkat eksikliği hiperaktivite puanı

ortancası (4'e karşılık 3; $p=0,045$), sosyal davranışlar puanı ortancası (8'e karşılık 7; $p=0,001$), içselleştirme puanı ortancası (6'ya karşılık 5; $p<0,001$) ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı ortancası (12'ye karşılık 11; $p<0,001$) yüksek saptandı. Yaşla GGA-Ergen toplam ve alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Anne ve baba yaşı ile GGA-Ergen toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Anne ve baba eğitim süreleri ile GGA-Ergen toplam güçlük puanı arasında zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon varlığı saptandı (sırasıyla; $r = -0,061$, $p = 0,033$ ve $r = -0,062$, $p = 0,033$).

Geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla duygusal sorunlar puanı (4'e karşılık 3; $p<0,001$), davranış sorunları puanı (3'e karşılık 2; $p=0,046$), dikkat eksikliği hiperaktivite puanı (5'e karşılık 4; $p=0,011$), akran sorunları puanı (3'e karşılık 2; $p=0,043$), dışsallaştırma puanı (7'ye karşılık 6; $p=0,008$), içselleştirme puanı (7'ye karşılık 5; $p<0,001$) ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı ortancaları (13'e karşılık 11; $p<0,001$) yüksek saptandı.

Psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla duygusal sorunlar puanı (5'e karşılık 3; $p<0,001$), davranış sorunları puanı (3'e karşılık 2; $p=0,037$), dikkat eksikliği hiperaktivite puanı (6'ya karşılık 4; $p=0,001$), akran sorunları puanı (3'e karşılık 2; $p=0,001$), dışsallaştırma puanı (8'e karşılık 6; $p=0,003$), içselleştirme puanı (8'e karşılık 5; $p<0,001$) ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı ortancaları (18'e karşılık 12; $p<0,001$) yüksek saptandı. Yapılan değerlendirmeler Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. Demografik Özelliklere Göre GGA-Ergen Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

	Duygusal Sorunlar	p	Davranış Sorunları	p	DE-Hiperaktivite	p	AS	p	SD	p	Dışsallaştırma	p	İçselleştirme	p	GGA Toplam	p
Cinsiyet																
Erkek	2(0-9)	<0,001*	2(0-8)	0,612	3(0-9)	0,045*	2(0-10)	0,712	7(1-10)	0,001*	6(0-16)	0,255	5(0-17)	<0,001*	11(1-28)	<0,001*
Kız	3(0-10)		2(0-8)		4(0-10)		2(0-10)		8(0-16)		6(0-16)		6(0-18)		12(0-32)	
Yaş	r=0,058	0,083	r=0,043	0,137	r=0,002	0,954	r=0,002	0,950	r=0,015	0,608	r=0,032	0,264	r=0,046	0,109	r=0,048	0,093
Geçirilmiş/mevcut fiziksel hastalık																
Yok	3(0-10)	<0,001*	2(0-8)	0,046*	4(0-10)	0,011*	2(0-10)	0,043*	8(0-16)	0,454	6(0-16)	0,008*	5(0-18)	<0,001*	11(0-31)	<0,001*
Var	4(0-10)		3(0-8)		5(0-9)		3(0-10)		8(2-10)		7(0-16)		7(0-18)		13(1-32)	
Psikiyatrik hastalık																
Yok	3(0-10)	<0,001*	2(0-8)	0,037*	4(0-10)	0,001*	2(0-10)	0,001*	8(0-16)	0,080	6(0-16)	0,003*	5(0-17)	<0,001*	12(0-31)	<0,001*
Var	5(1-10)		3(0-8)		6(0-9)		3(1-9)		8(4-10)		8(0-16)		8(4-18)		18(5-32)	
Anne																
Yaş	r=-0,023	0,435	r=-0,07	0,116	r=-0,082	0,105	r=0,029	0,325	r=0,002	0,951	r=-0,085	0,104	r=-0,005	0,863	r=-0,052	0,075
Eğitim süresi (yıl)															r=-0,061*	0,033
Baba																
Yaş	r=0,019	0,524	r=-0,034	0,239	r=-0,03	0,308	r=0,055	0,158	r=-0,038	0,193	r=-0,033	0,255	r=0,037	0,201	r=0,006	0,833
Eğitim süresi (yıl)															r=-0,062*	0,033

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, DE: dikkat eksikliği, AS: akran sorunları SD: sosyal davranışlar
GGA puanları ortanca (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: p<0,05, r = korelasyon katsayısı

İnternet kullanım süresi ile GGA-Ergen toplam güçlük puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Günlük ortalama internet kullanım süresi ile duygusal sorunlar puanı ($r=0,131$; $p=0,005$), davranış sorunları puanı ($r=0,217$; $p<0,001$), dikkat eksikliği hiperaktivite puanı ($r=0,114$; $p<0,001$), akran sorunları puanı ($r=0,127$; $p=0,015$), dışsallaştırma puanı ($r=0,193$; $p<0,001$), içselleştirme puanı ($r=0,129$; $p=0,002$) ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı ($r=0,159$; $p<0,001$) arasında pozitif korelasyon saptanırken, sosyal davranışlar puanı ($r=-0,118$; $p<0,001$) ile negatif korelasyon saptandı.

Annenin günlük ortalama internet kullanım süresi ile duygusal sorunlar puanı ($r=0,151$; $p=0,002$), davranış sorunları puanı ($r=0,102$; $p=0,033$), dikkat eksikliği hiperaktivite puanı ($r=0,103$; $p<0,001$), dışsallaştırma puanı ($r=0,127$; $p<0,001$), içselleştirme puanı ($r=0,131$; $p=0,002$) ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı ($r=0,112$; $p<0,001$) arasında pozitif korelasyon saptandı.

Babanın günlük ortalama internet kullanım süresi ile duygusal sorunlar puanı ($r=0,110$; $p<0,002$), davranış sorunları puanı ($r=0,115$; $p=0,010$), dışsallaştırma puanı ($r=0,116$; $p=0,037$), içselleştirme puanı ($r=0,110$; $p=0,001$) ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı ($r=0,113$; $p=0,001$) arasında pozitif korelasyon saptandı.

Tablo 9. İnternet Kullanım Süresi ile GGA-Ergen Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

	Duygusal Sorunlar	p	Davranış Sorunları	p	DE- Hiperaktivite	p	AS	p	SD	p	Dışsallaştırma	p	İçselleştirme	p	GGA Toplam	p
Ortalama internet kullanım süresi (saat/gün)																
Ergen	r=0,131	0,005*	r=0,217	<0,001*	r=0,114	<0,001*	r=0,127	0,015*	r=- 0,118	<0,001*	r=0,193	<0,001*	r=0,129	0,002*	r=0,159	<0,001*
Anne	r=0,151	0,002*	r=0,102	0,033*	r=0,103	<0,001*	r=0,053	0,067	r=- 0,053	0,088	r=0,127	<0,001*	r=0,131	0,002*	r=0,112	<0,001*
Baba	r=0,110	<0,001*	r=0,115	0,010*	r=0,040	0,168	r=0,045	0,126	r=- 0,052	0,075	r=0,116	0,037*	r=0,110	0,001*	r=0,113	0,001*

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, DE: dikkat eksikliği, AS: ekran sorunları, SD: sosyal davranışlar

*: p<0,05, r = korelasyon katsayısı

4.2.5. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ) Puan Dağılımları

Bu bölümde yaş, cinsiyet, başarı düzeyi, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim süresi, sosyoekonomik düzey, geçirilmiş veya mevcut fiziksel hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı değişkenlerine göre EDYÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının dağılımı değerlendirilmiştir.

Değerlendirme sonuçlarına göre kız ve erkek ergenlerde EDYÖ toplam puan ve alt boyut puan ortancaları benzerdi. Ergenin yaşı, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim süresi ile EDYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı. Sosyoekonomik düzeyler arasında EDYÖ toplam puan ve alt boyut puan ortancaları açısından anlamlı farklılık görülmedi.

Başarı düzeyi iyi olan öğrencilerde, orta ve düşük başarı düzeyindeki öğrencilere kıyasla EDYÖ toplam puan ve alt boyut puan ortancaları yüksek saptandı. Başarı düzeyi düşük ve orta olan ergenler arasında ise EDYÖ toplam puan ve alt boyut puan ortancaları açısından anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 10).

Geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalığı olan ergenlerde olmayanlara kıyasla absorpsiyon puan ortancası (17'ye karşılık 15; $p=0,029$) yüksek saptanırken, EDYÖ toplam puan ile diğer alt boyut puan ortancaları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 10).

Psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla depersonalizasyon-derealizasyon puan ortancası (32'ye karşılık 15; $p=0,007$) yüksek saptanırken, EDYÖ toplam puan ile diğer alt boyut puan ortancaları benzerdi (Tablo 10).

Tablo 10. Demografik Özelliklere Göre EDYÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

	EDYÖ Toplam	p	Dissosiyatif Amnezi	p	Absorbsiyon	p	Depersonalizasyon Derealizasyon	p	Pasif Etkilenme	p
Cinsiyet										
Erkek	48(0-254)	0,681	10(0-65)	0,672	15(0-95)	0,330	14(0-96)	0,982	7(0-50)	0,073
Kız	50(0-272)		9(0-65)		15(0-60)		16(0-107)		8(0-50)	
Yaş	r=0,024	0,415	r=0,008	0,788	r=0,003	0,927	r=0,027	0,352	r=0,033	0,257
Başarı										
İyi	79(6-200)	0,005*	21(0-59)	0,033*	24(3-52)	0,079	23(0-81)	0,002*	12(2-28)	0,017*
Orta	55(0-254)		10(0-65)		16(0-60)		18(0-96)		9(0-50)	
Düşük	55(0-272)		14(0-62)		17(0-60)		20(0-105)		10(0-50)	
Geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalık										
Yok	49(0-272)	0,091	9(0-65)	0,090	15(0-95)	0,029*	15(0-107)	0,186	7(0-50)	0,072
Var	56,5(0-263)		10,5(0-65)		17(0-54)		15(0-98)		10(0-46)	
Psikiyatrik hastalık										
Yok	49(0-272)	0,072	9(0-65)	0,338	15(0-95)	0,793	15(0-105)	0,007*	7(0-50)	0,215
Var	64(3-254)		14(0-62)		13,5(0-51)		32(0-107)		9(0-47)	
Anne										
Yaş	r=0,038	0,192	r=0,032	0,275	r=0,032	0,272	r=0,025	0,388	r=0,058	0,088
Eğitim süresi (yıl)	r=0,015	0,598								
Baba										
Yaş	r=0,027	0,362	r=0,019	0,529	r=0,013	0,650	r=0,031	0,285	r=0,023	0,428
Eğitim süresi (yıl)	r=0,010	0,735								
SED										
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi yada yüksek idari konumda anne-baba	47(0-263)	0,980	9(0-65)	0,886	15(0-54)	0,925	15(0-107)	0,922	7(0-48)	0,879
Küçük iş adamı, memur yada vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	49(0-249)		9(0-63)		15(0-60)		15(0-105)		7(0-47)	
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba	50(0-254)		10(0-62)		15(0-52)		16(0-96)		7(0-47)	
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba	52(0-272)		11(0-62)		15(0-57)		14(0-105)		9(0-50)	

EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, SED: sosyoekonomik düzey

EDYÖ puanları ortanca (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: p<0,05, r = korelasyon katsayısı

Ergenlerin günlük ortalama internet kullanım süresi ile EDYÖ toplam puanı ($r=0,148$; $p<001$) arasında pozitif korelasyon saptandı. Benzer şekilde, anne ve babanın günlük ortalama internet kullanım süresi ile EDYÖ toplam puanı (sırasıyla; $r=0,153$; $p<001$; $r=0,139$; $p<001$) arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. İnternet Kullanımı Süresi ile EDYÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişki

	EDYÖ Toplam Puan	p
Ortalama internet kullanım süresi (saat/gün)		
Ergen	$r=0,148$	$<0,001^*$
Anne	$r=0,153$	$<0,001^*$
Baba	$r=0,139$	$<0,001^*$

EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

*: $p<0,05$, r = korelasyon katsayısı

Çalışmamızda ergenlerde dissosiyatif belirti varlığı, EDYÖ toplam puan ortalaması 3'ten küçük olanlar için "Dissosiyatif belirti yok", EDYÖ toplam puan ortalaması 3 ve üzeri olanlar için "Dissosiyatif belirti var" olarak sınıflandırılmıştır ve analizler bu sınıflamalara göre gerçekleştirilmiştir.

Tablo 12. EDYÖ'ye Ait Bulgular

Dissosiyatif Belirti Varlığı	n (%)
Yok (<3 puan)	911 (73,7)
Var (3 ve üzeri puan)	307 (24,8)
Belirtilmemiş	18 (1,5)
Toplam	1236 (100,0)

EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

4.2.6. Dissosiyatif Belirti Varlığı Durumuna Göre Dağılımlar

Dissosiyatif belirti olan ve olmayan grupta cinsiyet, yaş, ebeveyn yaşı, ebeveyn eğitim süresi ve sosyoekonomik düzey değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 13).

Dissosiyatif belirti grubunda okul başarısının düşük düzeyde olması anlamlı yüksek bulundu (%8,3'e karşılık %4,2; $\chi^2(2) = 0,008$) (Tablo 13).

Tablo 13. Sosyodemografik Değişkenlerin Dissosiyatif Belirti Varlığına Göre Karşılaştırması

Toplam	Dissosiyatif belirti yok	Dissosiyatif belirti var	İstatistik	
n = 1218	n = 911	n = 307	t ya da χ^2	p

Yaş^a	15,5 (0,9)	15,5 (0,9)	15,5 (0,8)	0,109	0,913
Cinsiyet, n (%)					
Kız	750 (61,7)	556 (61,2)	194 (63,2)	0,399	0,528
Erkek	466 (38,3)	353 (38,8)	113 (36,8)		
Okul başarısı, n (%)				9,703	0,008*
İyi (75 ve üzeri)	604 (54,7)	469 (56,6)	135 (48,7)		
Orta (50-74)	443 (40,1)	324 (39,1)	119 (43,0)		
Düşük (<50)	58 (5,2)	35 (4,2)	23 (8,3)		
Anne yaş^a	41,2 (5,0)	41,1 (5,1)	41,4 (4,9)	-0,873	0,383
Baba yaş^a	45,2 (5,6)	45,2 (5,5)	45,2 (5,9)	0,036	0,971
Anne eğitim (yıl)^a	8,8 (3,9)	8,8 (3,8)	8,9 (4,1)	-0,569	0,569
Baba eğitim (yıl)^a	10,6 (3,9)	10,6 (3,8)	10,6 (4,1)	-0,091	0,928
SED, n (%)				3,732**	0,579
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi yada yüksek idari konumda anne-baba	390 (32,0)	293 (32,2)	97 (31,6)		
Küçük iş adamı, memur yada vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	455 (37,4)	339 (37,2)	116 (37,8)		
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba	205 (16,8)	155 (17,0)	50 (16,3)		
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba	155 (12,7)	117 (12,8)	38 (12,4)		
Bilinmiyor	13 (1,0)	7 (0,7)	6 (1,9)		

^a : ortalama, SED: sosyoekonomik düzey

*: p<0,05, **: Fisher's exact test

İnternet kullanımına ait özelliklerin dissosiyatif belirti varlığı ile ilişkisi Tablo 14'te özetlenmiştir. Buna göre internete arkadaşının evinden ve okuldan giriş yapanların oranı dissosiyatif belirti grubunda, dissosiyatif belirti bulunmayanlara göre anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla; %5'e karşılık %1,4; $\chi^2(1) = 12,306$, $p<0,001$; %6,6'ya karşılık %3,3; $\chi^2(1) = 6,115$, $p=0,013$).

İnternete sosyal paylaşım amacıyla giriş oranı dissosiyatif belirti grubunda, dissosiyatif belirti bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (%43,8'e karşılık %35,6; $\chi^2(1) = 6,466$, $p=0,011$).

Hem ergenin hem de anne ve babanın günlük ortalama internet kullanım süreleri, dissosiyatif belirti grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. İnternet Kullanımına Ait Özelliklerin Dissosiyatif Belirti Varlığına Göre Değerlendirilmesi

	Toplam	Dissosiyatif belirti yok	Dissosiyatif belirti var	İstatistik	
	n = 1218	n = 911	n = 307	t ya da χ^2	p
Evde internet bağlantısı varlığı, n (%)				0,089	0,766
Yok	200 (16,6)	148 (16,4)	52 (17,1)		
Var	1008 (83,4)	756 (83,6)	252 (82,9)		
Sınırsız internet bağlantısı varlığı,				2,374	0,123

n (%)					
Yok	99 (9,8)	68 (9,0)	31 (12,4)		
Var	907 (90,2)	687 (91,0)	220 (87,6)		
İnternet kullanımının varlığı, n (%)				0,018**	1,00
Yok	15 (1,2)	11 (1,2)	4 (1,3)		
Var	1196 (98,8)	895 (98,8)	301 (98,7)		
İnternete girilen yer, n (%)					
Ev	1158 (96,1)	871 (96,6)	287 (94,7)	2,057	0,152
İnternet Kafe	37 (3,1)	24 (2,7)	13 (4,3)	2,024	0,155
Arkadaşının evi	28 (2,3)	13 (1,4)	15 (5,0)	12,306	0,000*
Okul	50 (4,1)	30 (3,3)	20 (6,6)	6,115	0,013*
Diğer	37 (3,1)	24 (2,7)	13 (4,3)	2,024	0,155
İnternet kullanım amacı, n (%)					
Bilgi	511 (42,7)	389 (43,5)	122 (40,1)	1,060	0,303
Sosyal paylaşım	451 (37,6)	318 (35,6)	133 (43,8)	6,466	0,011*
İletişim	464 (38,7)	341 (38,1)	123 (40,5)	0,513	0,474
Eğlence	577 (48,2)	425 (47,5)	152 (50,0)	0,550	0,458
Oyun	330 (27,5)	242 (27,1)	88 (28,9)	0,401	0,527
Ortalama internet kullanım süresi (saat/gün)^a					
Ergen	2,3 (0,8)	2,2 (0,8)	2,5 (0,9)	-4,645	0,000*
Anne	1,6 (0,9)	1,5 (0,7)	1,8 (1,4)	-5,123	0,000*
Baba	1,8 (0,8)	1,7 (0,8)	2,0 (0,9)	-4,722	0,000*
İnternet kullanım süresini kontrol eden kişi, n (%)					
Kendisi	885 (73,7)	666 (74,1)	219 (72,5)	0,286	0,593
Anne	327 (27,2)	248 (27,6)	79 (26,2)	0,232	0,630
Baba	190 (15,8)	145 (16,1)	45 (14,9)	0,256	0,613
Diğer	25 (2,1)	17 (1,9)	8 (2,6)	0,637	0,425

*: p<0,05, **: Fisher's exact test, ^a: Ortalama (standart sapma)

Ölçek puanlarının dissosiyatif belirti varlığına göre karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 15'te gösterilmiştir. Buna göre dissosiyatif belirti grubunda GGA-Ergen toplam güçlük puanı, duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite ve akran sorunları puan ortancaları dissosiyatif belirti olmayan gruptakinden anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 15). GGA-Ergen sosyal davranışlar alt boyut puan ortancası ise dissosiyatif belirti bulunmayan gruptan anlamlı düzeyde düşük bulundu (7,4'e karşılık 81; t(1215) = 5,621, p<0,001).

Benzer şekilde, dissosiyatif belirti grubunda GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı, duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite, akran sorunları puan ortancaları dissosiyatif belirti olmayan gruptakinden anlamlı düzeyde yüksek bulundu (tümü için p<0,001). GGA-Ebeveyn sosyal davranışlar alt boyut puan ortancası ise dissosiyatif belirti bulunmayan gruptan anlamlı düzeyde düşük saptandı (7,6'ya karşılık 8,3; t(1215) = 5,621, p<0,001).

Yine dissosiyatif belirti bulunan grubun İBÖ puan ortancası, dissosiyatif belirti bulunmayan grubun ortancasından anlamlı olarak yüksek bulundu (37'ye karşılık 22; $z = -13,277$, $p < 0,001$).

Tablo 15. Ölçek Puanlarının Dissosiyatif Belirti Varlığına Göre Karşılaştırması

	Toplam	Dissosiyatif belirti yok	Dissosiyatif belirti var	İstatistik	
	n = 1218	n = 911	n = 307	z	p
GGA-Ergen^a					
Duygusal sorunlar	3 (0-10)	2 (0-9)	4 (0-10)	-11,272	<0,001*
Davranış sorunları	2 (0-8)	2 (0-7)	3 (0-8)	-11,514	<0,001*
DE-Hiperaktivite	4 (0-10)	4 (0-10)	5 (0-10)	-9,635	<0,001*
Akran sorunları	2 (0-10)	2 (0-10)	3 (0-9)	-8,422	<0,001*
Sosyal davranışlar	8 (0-10)	9 (1-10)	8 (0-10)	-5,444	<0,001*
Dışsallaştırma	6 (0-15)	5 (0-15)	8 (0-15)	-12,624	<0,001*
İçselleştirme	5 (0-18)	5 (0-17)	8 (0-18)	-12,512	<0,001*
GGA-Ergen- Toplam	11 (0-32)	10 (0-28)	16 (0-32)	-15,313	<0,001*
GGA-Ebeveyn^a					
Duygusal sorunlar	2 (0-10)	2 (0-10)	3 (0-10)	-5,910	<0,001*
Davranış sorunları	1 (0-11)	1 (0-11)	2 (0-8)	-6,108	<0,001*
DE-Hiperaktivite	3 (0-10)	2 (0-10)	4 (0-10)	-6,281	<0,001*
Akran sorunları	2 (0-10)	2 (0-10)	3 (0-8)	-5,268	<0,001*
Sosyal davranışlar	9 (0-10)	9 (1-10)	8 (0-10)	-4,498	<0,001*
Dışsallaştırma	4 (0-18)	4 (0-16)	6 (0-18)	-7,159	<0,001*
İçselleştirme	5 (0-17)	4 (0-17)	6 (0-17)	-6,949	<0,001*
GGA-Ebeveyn- Toplam	9 (0-34)	8 (0-28)	12 (0-34)	-7,984	<0,001*
İBÖ^a	25.5 (0-85)	22 (0-85)	37 (0-85)	-13,277	<0,001*

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği, DE: dikkat eksikliği

*: $p < 0,05$, ^a: Ortanca (minimum-maksimum)

4.2.7. Dissosiyatif Belirti Varlığını Yordayan Faktörler

Lojistik regresyon analizi uygulanarak regresyon modeline yaş, cinsiyet, İBÖ, GGA-Ergen toplam güçlük puanı ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı, ergenin ortalama günlük internet kullanım süresi, ebeveyn eğitim süresi değişkenleri eklendi. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($\chi^2(8) = 205,3$, $p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0,330$). Buna göre dissosiyatif belirti varlığını yordayan değişkenlerin İBÖ puanı ($B=0,047$, $p < 0,001$, 95%CI [1,033 – 1,064]) ile GGA-Ergen toplam güçlük puanı ($B=0,149$, $p < 0,001$, 95%CI [1,110 – 1,215]) olduğu saptandı.

Tablo 16. Dissosiyatif Belirti Varlığını Yordayan Değişkenlerin Analizi

B	S.E.	Wald	p value	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper

Yaş	-0,113	0,104	1,191	0,275	0,893	0,729	1,094
Cinsiyet	0,034	0,199	0,029	0,866	1,034	0,700	1,528
Anne eğitim süresi (yıl)	0,020	0,028	0,518	0,472	1,020	0,966	1,078
Baba eğitim süresi (yıl)	-0,007	0,029	0,063	0,802	0,993	0,939	1,050
Ortalama internet kullanım süresi (saat/gün)	-0,097	0,124	0,615	0,433	0,908	0,712	1,157
İBÖ puanı	0,047	0,008	38,725	0,000*	1,048	1,033	1,064
GGA-Ergen toplam güçlük puanı	0,149	0,023	41,405	0,000*	1,161	1,110	1,215
GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı	0,028	0,021	1,785	0,182	1,028	0,987	1,070

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği, GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

*: p<0,05

4.2.8. İnternet Bağımlılığı Ölçeği Puan Dağılımları

Ergenlerin yaşları ile İBÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptanmış olup ($r=0,131$; $p<0,001$), ebeveyn yaşları ve eğitim süreleri ile İBÖ puanları arasında korelasyon saptanmadı. Ergenin cinsiyeti, başarı düzeyi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ergenin fiziksel ve psikiyatrik hastalık durumuna göre gruplandırıldığında, gruplar arasında İBÖ puan ortancaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Demografik Özelliklere Göre İBÖ Puanlarının Dağılımı

	İBÖ Puanı	p
Cinsiyet, n(%)		
Erkek	27(0-85)	0,187
Kız	24,5(0-85)	
Yaş	$r=0,131$	$<0,001^*$
Başarı, n(%)		
İyi	28(19-71)	0,132
Orta	27(0-85)	
Düşük	27(0-66)	
Geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalık, n(%)		
Yok	25(0-85)	0,184
Var	26,5(3-85)	
Psikiyatrik hastalık, n(%)		
Yok	25(0-85)	0,328
Var	28(4-77)	
Anne		
Yaş	$r=0,031$	0,288
Eğitim süresi (yıl)	$r=0,053$	0,067
Baba		
Yaş	$r=0,038$	0,199
Eğitim süresi (yıl)	$r=0,043$	0,137
Sosyoekonomik düzey, n(%)		
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	26(1-85)	0,157
Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	25(0-85)	
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba	26,5(0-78)	
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba	24(0-85)	

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği, İBÖ puanları ortanca (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: $p<0,05$, r =korelasyon katsayısı

İnternete bağlanmaya ait özellikler ile İBÖ puanları arasındaki ilişki Tablo 18’de gösterilmiştir. Buna göre evde bilgisayar olup olmama durumuna göre ergenlerde İBÖ puan ortancası anlamlı farklılık göstermezken, odasında bilgisayar olan ergenlerde olmayan ergenlere kıyasla ortalama İBÖ puanı (27’ye karşılık 23; $p=0,018$) yüksek saptandı.

Evde internet bağlantısı olan ergenlerde olmayanlara kıyasla İBÖ puan ortancası (26’ya karşılık 22; $p<0,001$) yüksek bulundu. İnternet bağlantısı sınırsız olanlarda olmayanlara kıyasla ortalama İBÖ puanı (27’ye karşılık 23; $p=0,004$) yüksek saptandı.

İnternet kullanan ergenlerde kullanmayanlara kıyasla ortalama İBÖ puanı (26’ya karşılık 15; $p<0,001$) yüksek saptandı. Masaüstü bilgisayar ile internet kullanımı olan ergenlerde diğer cihazlarla internet kullanımı olan ergenlere kıyasla ortalama İBÖ puanı (32’ye karşılık 25; $p=0,001$) yüksek bulundu.

Tablo 18. İnternete Bağlanma ve Bağlantı Cihazları ile İBÖ Puanları Arasındaki İlişki

	İBÖ Puanı	p
Evde bilgisayar varlığı, n(%)		
Yok	25(0-85)	0,062
Var	26(0-85)	
Odada bilgisayar varlığı, n(%)		
Yok	23(0-79)	0,018*
Var	27(0-85)	
Evde internet bağlantısı varlığı, n(%)		
Yok	22(0-85)	<0,001*
Var	26(0-85)	
Sınırsız internet bağlantısı varlığı, n(%)		
Yok	23(0-71)	0,004*
Var	27(0-85)	
İnternet kullanımının varlığı, n(%)		
Yok	15(0-42)	<0,001*
Var	26(0-85)	
İnternete bağlanılan cihaz, n(%)		
Masaüstü bilgisayar		
Yok	25(0-85)	0,001*
Var	32(0-85)	
Tablet		
Yok	26(0-85)	0,273
Var	28(0-68)	
Akıllı telefon		
Yok	27(0-85)	0,380
Var	25(0-85)	
Dizüstü bilgisayar		
Yok	25(0-85)	0,068
Var	31(0-65)	

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği, İBÖ puanları ortalama (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: $p<0,05$

Okulda internete giren ergenlerde, diğer yerlerde internete giren ergenlere kıyasla ortalama İBÖ puanı (33'ye karşılık 25; $p=0,028$) yüksek saptandı. Ergenin günlük ortalama internet kullanım süresi, anne ve babanın günlük ortalama internet kullanım süreleri ile İBÖ puanı arasında pozitif korelasyon bulundu (sırasıyla; $r=0,433$; $p<0,001$; $r=0,163$; $p<0,001$; $r=0,132$; $p<0,001$).

Sonuçlar Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. İnternete Girilen Yer ve İnternet Kullanım Süresi ile İBÖ Puanları Arasındaki İlişki

	İBÖ Toplam puan	P
İnternete girilen yer		
Ev		
Yok	23(0-63)	0,290
Var	26(0-85)	
İnternet kafe		
Yok	25(0-85)	0,488
Var	29(3-73)	
Arkadaşının evi		
Yok	25(0-85)	0,097
Var	33,5(0-80)	
Okul		
Yok	25(0-85)	0,028*
Var	33(3-70)	
Diğer		
Yok	25,5(0-85)	0,990
Var	26(0-63)	
Ortalama internet kullanım süresi (saat/gün)		
Ergen	$r=0,433$	$<0,001^*$
Anne	$r=0,163$	$<0,001^*$
Baba	$r=0,132$	$<0,001^*$

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği, İBÖ puanları ortalama (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: $p<0,05$, r =korelasyon katsayısı

İnternet kullanımına ait özellikler ile İBÖ puanı arasındaki ilişki Tablo 20'de gösterilmiştir. Buna göre bilgi amaçlı internete girenlerde diğer amaçlarla internete giren ergenlere kıyasla ortalama İBÖ puanı (22'ye karşılık 29; $p<0,001$) düşük saptandı. Sosyal paylaşım, eğlence, ödev ve oyun oynama amaçlı internete girenlerde diğer amaçlarla internete giren ergenlere kıyasla ortalama İBÖ puanı (sırasıyla; 28'e karşılık 24; $p<0,00$; 28'e karşılık 23; $p<0,001$; 30'a karşılık 24; $p<0,001$) yüksek bulundu.

Kendisi veya annesi tarafından internet kullanım süresi kontrol edilen ergenlerde İBÖ puanı anlamlı farklılık göstermezken, babası tarafından internet

kullanım süresi kontrol edilen ergenlerde ortalama İBÖ puanı (29'a karşılık 25; $p=0,027$) yüksek saptandı (Tablo 20).

Tablo 20. İnternet Kullanımına Ait Özellikler ile İBÖ Puanı Arasındaki İlişki

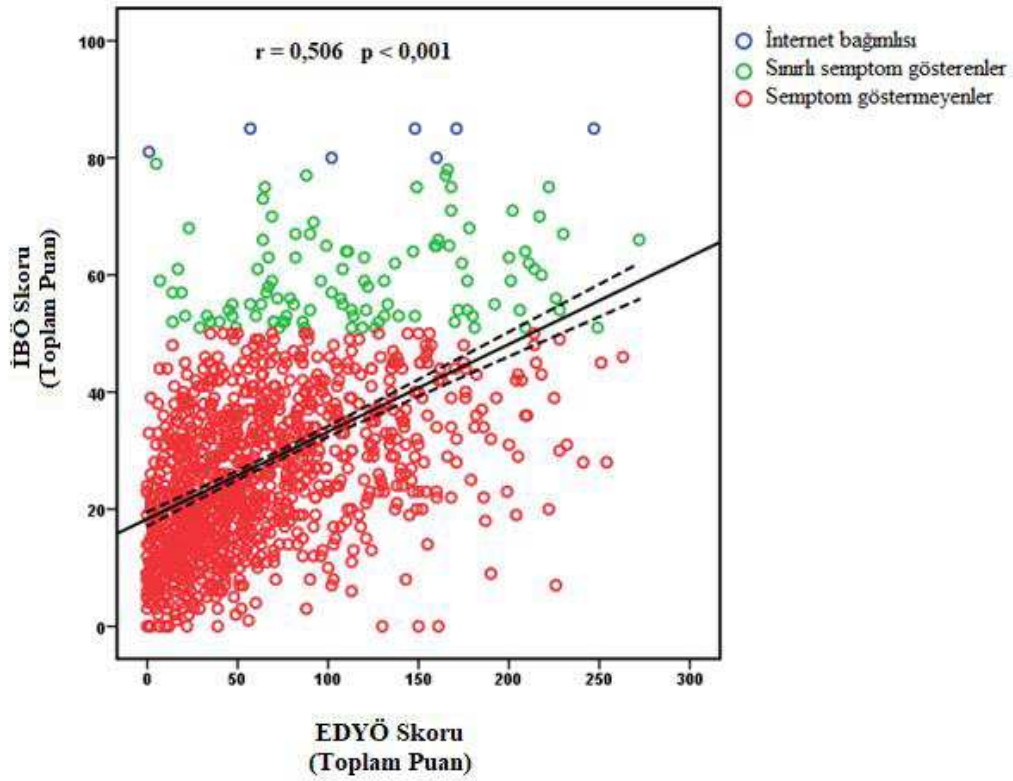
	İBÖ Puanı	P
İnternet kullanım amacı		
Bilgi		
Yok	29(0-85)	
Var	22(0-85)	<0,001*
Sosyal Paylaşım		
Yok	24(0-85)	
Var	28(0-85)	<0,001*
İletişim		
Yok	26(0-85)	
Var	25(0-85)	0,160
Eğlence		
Yok	23(0-85)	
Var	28(0-85)	<0,001*
Oyun		
Yok	24(0-85)	
Var	30(0-85)	<0,001*
Ödev		
Yok	25(0-85)	
Var	28(0-80)	0,004*
Diğer		
Yok	26(0-85)	
Var	20(20-20)	0,602
İnternet kullanım süresini kontrol eden kişi		
Kendisi		
Yok	26,5(0-81)	
Var	25(0-85)	0,215
Anne		
Yok	26(0-85)	
Var	24(0-80)	0,295
Baba		
Yok	25(0-85)	
Var	29(0-81)	0,037*
Diğer		
Yok	25(0-85)	
Var	26(5-63)	0,831

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği, İBÖ puanları ortalama (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: $p<0,05$

4.2.9. İnternet Bağımlılığı Ölçeği ile Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişki

İBÖ puanı ile EDYÖ toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0,506$; $p<0,001$) (Şekil 2). Benzer şekilde, İBÖ ve EDYÖ alt boyut puanları arasında da pozitif korelasyon saptandı (Tablo 21).



Şekil 2. İBÖ Puanı ve EDYÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişki

Tablo 21. İBÖ Puanı ile EDYÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

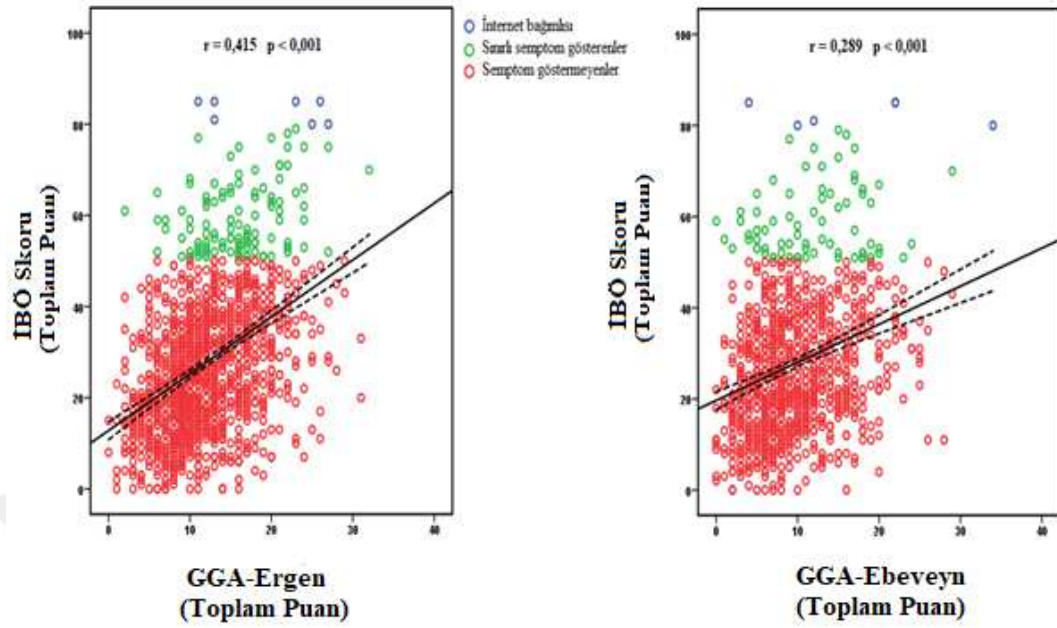
EDYÖ	İBÖ Puanı	
	r	p
Toplam puan	0,506	<0,001*
Dissosiyatif amnezi	0,453	<0,001*
Absorbsiyon	0,462	<0,001*
Depersonalizasyon-Derealizasyon	0,466	<0,001*
Pasif etkilenme	0,486	<0,001*

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği, EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

*: p<0,05, r = korelasyon katsayısı

4.2.10. İnternet Bağımlılığı Ölçeği ile Güçler ve Güçlükler Anketi Arasındaki İlişki

İBÖ puanı ile GGA-Ergen toplam güçlük puanı ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı arasında pozitif korelasyon bulundu (Şekil 3). İBÖ puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı ve sosyal davranışlar hariç tüm alt boyut puanları arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 22).



Şekil 3. İBÖ Puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 22. İBÖ Puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

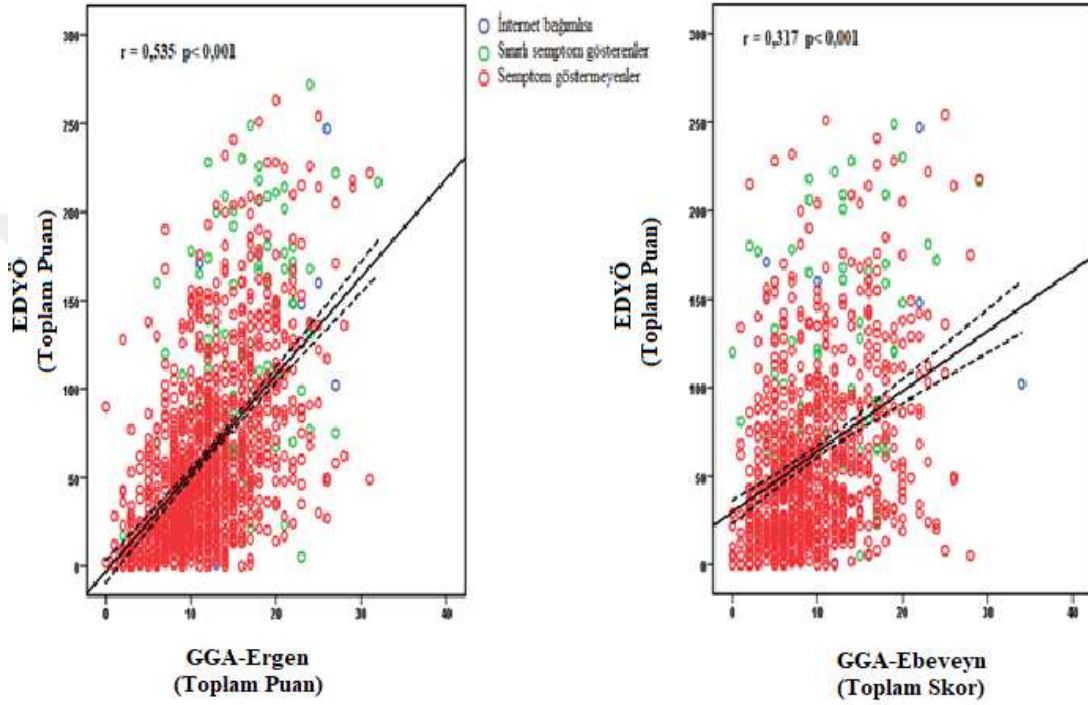
GGA	İBÖ toplam puan	
	r	p
Ergen		
Duygusal sorunlar	0,270	<0,001*
Davranış sorunları	0,330	<0,001*
Dikkat eksikliği hiperaktivite	0,315	<0,001*
Akran sorunları	0,198	<0,001*
Sosyal davranışlar	-0,183	<0,001*
Dışsallaştırma	0,387	<0,001*
İçselleştirme	0,292	<0,001*
Toplam güçlük puanı	0,415	<0,001*
Ebeveyn		
Duygusal sorunlar	0,208	<0,001*
Davranış sorunları	0,272	<0,001*
Dikkat eksikliği hiperaktivite	0,229	<0,001*
Akran sorunları	0,147	<0,001*
Sosyal davranışlar	-0,190	<0,001*
Dışsallaştırma	0,280	<0,001*
İçselleştirme	0,218	<0,001*
Toplam güçlük puanı	0,289	<0,001*

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği, GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

*: p<0,05, r = korelasyon katsayısı

4.2.11. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile Güçler ve Güçlükler Anketi Arasındaki İlişki

EDYÖ toplam puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanları arasında pozitif korelasyon saptandı (Şekil 4). EDYÖ toplam puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı ve sosyal davranışlar hariç tüm alt boyut puanları arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 23).



Şekil 4. EDYÖ ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 23. EDYÖ Toplam Puanı ile GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn Toplam ve Tüm Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

GGA	EDYÖ									
	Toplam Puan		DA		Absorbsiyon		D-D		PE	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Ergen										
Duyusal sorunlar	0,405	<0,001*	0,385	<0,001*	0,342	<0,001*	0,382	<0,001*	0,405	<0,001*
Davranış sorunları	0,390	<0,001*	0,328	<0,001*	0,328	<0,001*	0,414	<0,001*	0,352	<0,001*
DE-Hiperaktivite	0,349	<0,001*	0,355	<0,001*	0,320	<0,001*	0,312	<0,001*	0,364	<0,001*
Akran sorunları	0,288	<0,001*	0,255	<0,001*	0,200	<0,001*	0,325	<0,001*	0,244	<0,001*
Sosyal davranışlar	-0,171	<0,001*	-0,155	<0,001*	-0,154	<0,001*	-0,171	<0,001*	-0,133	<0,001*

Dışsallaştırma	0,437	<0,001*	0,408	<0,001*	0,387	<0,001*	0,423	<0,001*	0,430	<0,001*
İçselleştirme	0,438	<0,001*	0,405	<0,001*	0,348	<0,001*	0,441	<0,001*	0,412	<0,001*
Toplam	0,535	<0,001*	0,499	<0,001*	0,445	<0,001*	0,528	<0,001*	0,512	<0,001*
Ebeveyn										
Duyusal sorunlar	0,245	<0,001*	0,220	<0,001*	0,192	<0,001*	0,236	<0,001*	0,256	<0,001*
Davranış sorunları	0,234	<0,001*	0,193	<0,001*	0,196	<0,001*	0,265	<0,001*	0,213	<0,001*
DE-Hiperaktivite	0,252	<0,001*	0,243	<0,001*	0,213	<0,001*	0,248	<0,001*	0,244	<0,001*
Akran sorunları	0,176	<0,001*	0,155	<0,001*	0,134	<0,001*	0,191	<0,001*	0,179	<0,001*
Sosyal davranışlar	-0,162	<0,001*	-0,124	<0,001*	-0,155	<0,001*	-0,170	<0,001*	-0,143	<0,001*
Dışsallaştırma	0,283	<0,001*	0,259	<0,001*	0,240	<0,001*	0,292	<0,001*	0,270	<0,001*
İçselleştirme	0,270	<0,001*	0,243	<0,001*	0,212	<0,001*	0,272	<0,001*	0,272	<0,001*
Toplam	0,317	<0,001*	0,285	<0,001*	0,258	<0,001*	0,325	<0,001*	0,313	<0,001*

EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, DA: dissosiyatif amnezi, D-D: depersonalizasyon-derealizasyon, PE: pasif etkilenme, DE: dikkat eksikliği

*: $p < 0,05$, r = korelasyon katsayısı

4.2.12. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre Dağılımlar

Çalışmamızda internet bağımlılığı oranı düşük olduğu için İBÖ'den >50 puan alanlar “belirti gösterenler”, 50 puan ve altı alanlar “belirti göstermeyenler” şeklinde olmak üzere örneklem 2 gruba ayrıldı. İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla demografik özellikler, geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalık ve psikiyatrik hastalık dağılımları anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 24).

İnternet bağımlılığı belirtisi olan grupta ($n = 116$) İBÖ puanı ile yaş arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Spearman $\rho = -0,073$, $p = 0,444$).

Tablo 24. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı

	İnternet Bağımlılığı Belirti Varlığı		p
	Var n=116	Yok n=1120	
Cinsiyet, n(%)			
Erkek	39(33,6)	432(38,6)	0,289
Kız	77(66,4)	686(61,4)	
Yaş	15,5±0,9	15,6±0,9	0,54
Başarı, n(%)			
İyi	48(47,5)	565(55,3)	0,298
Orta	47(46,5)	403(39,5)	
Düşük	6(5,9)	53(5,2)	
Geçirilmiş ya da mevcut fiziksel hastalık, n(%)			
Yok	99(86,1)	998(89,6)	0,267
Var	16(13,9)	116(10,4)	
Psikiyatrik hastalık, n(%)			
Yok	111(98,2)	1093(97,9)	0,999

Var	2(1,8)	23(2,1)	
Anne			
Yaş	41,3±5	41,2±5,1	0,884
Eğitim Süresi (yıl)	9,0±3,5	8,8±3,9	0,637
Baba			
Yaş	45,2±5	45,2±5,9	0,912
Eğitim Süresi (yıl)	10,7±3,7	10,6±3,9	0,765
Sosyoekonomik düzey, n(%)			
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda a-b	36(31,6)	361(32,6)	0,068
Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu a-b	53(46,5)	409(36,9)	
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş a-b	18(15,8)	190(17,1)	
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş a-b	7(6,1)	149(13,4)	

a-b: anne-baba, ss: standart sapma

İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla evde ve ergenin odasında bilgisayar varlığı anlamlı farklılık göstermedi.

İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla evde internet bağlantısı olanların oranı (%90,4'e karşılık 83; p=0,046), masaüstü ile internete bağlananların oranı (%17,2'ye karşılık %8,4; p=0,004) ve tablet ile internete bağlananların oranı (%6,9'a karşılık %3,0; p=0,048) anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 25).

Tablo 25. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre İnternete Bağlanma ve Bağlantı Cihazlarına Ait Dağılımlar

	İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığı		P
	Var n=116	Yok n=1120	
Evde bilgisayar varlığı, n(%)			
Yok	26(22,6)	265(23,8)	0,777
Var	89(77,4)	849(76,2)	
Odada bilgisayar varlığı, n(%)			
Yok	25(27,8)	326(38,2)	0,055
Var	65(72,2)	527(61,8)	
Evde internet bağlantısı varlığı, n(%)			
Yok	11(9,6)	189(17,0)	0,046*
Var	104(90,4)	922(83,0)	
Sınırsız internet bağlantısı varlığı, n(%)			
Yok	6(5,9)	95(10,3)	0,218
Var	96(94,1)	827(89,7)	
İnternet kullanımının varlığı, n(%)			
Yok	0(0,0)	15(1,3)	0,420
Var	115(100,0)	1099(98,7)	
İnternete bağlanılan cihaz, n(%)			
Masaüstü bilgisayar	20(17,2)	94(8,4)	0,004*
Tablet	8(6,9)	33(3,0)	0,048*
Akıllı telefon	97(83,6)	979(87,9)	0,186
Dizüstü bilgisayar	11(9,5)	111(10,0)	0,999

*: p<0,05

İnternet bağımlılığı belirtisi varlığına göre internet kullanımına ait özelliklerin dağılımı Tablo 26’da gösterilmiştir.

Buna göre internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla internete girilen yerlerin dağılımları anlamlı farklılık göstermedi. İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla ergenin günlük ortalama internet kullanım süresi (3’e karşılık 2; $p<0,001$) ile anne ve babanın günlük ortalama internet kullanım süreleri (sırasıyla; 2’ye karşılık 1; $p=0,038$; 2’ye karşılık 1; $p=0,003$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptandı.

İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla bilgi ve iletişim amaçlı interneti kullananların oranı (sırasıyla; %24,3’e karşılık %44,5; $p<0,001$; %29,6’a karşılık %39,4; $p=0,040$) düşük saptanırken, sosyal paylaşım ve oyun oynama amaçlı interneti kullananların oranı (sırasıyla; %53,0’a karşılık %36,2; $p<0,001$; %38,3’e karşılık %26,5; $p=0,007$) yüksek bulundu.

İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla internet kullanım süresinin baba tarafından kontrol edilme oranı yüksek saptandı (%22,8’e karşılık %14,9; $p=0,039$).

Tablo 26. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre İnternet Kullanımına Ait Özelliklerin Dağılımı

	İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığı		P
	Var n=116	Yok n=1120	
İnternete girilen yer, n(%)			
Ev	111(97,4)	1065(96,0)	0,652
İnternet kafe	4(3,5)	33(3,0)	0,977
Arkadaşın evi	5(4,4)	23(2,1)	0,214
Okul	7(6,1)	46(4,1)	0,451
Diğer	3(2,6)	34(3,1)	0,999
Ortalama internet kullanım süresi (saat/gün)**			
Ergen	3(1-4)	2(1-4)	<0,001*
Anne	2(1-4)	1(1-4)	0,038*
Baba	2(1-4)	1(1-4)	0,003*
İnternet kullanım amacı, n(%)			
Bilgi	28(24,3)	489(44,5)	<0,001*
Sosyal	61(53,0)	398(36,2)	<0,001*
İletişim	34(29,6)	433(39,4)	0,040*
Eğlence	58(50,4)	525(47,7)	0,580
Oyun	44(38,3)	291(26,5)	0,007*
Ödev	16(13,9)	152(13,8)	0,999
Diğer	-	1(0,1)	0,746
İnternet kullanım süresini kontrol eden kişi, n(%)			

Kendisi	79(69,3)	821(74,3)	0,296
Anne	29(25,4)	301(27,2)	0,680
Baba	26(22,8)	165(14,9)	0,039*
Diğer	1(0,9)	24(2,2)	0,561

*: p<0,05, **: ortalanca (minimum-maksimum)

İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla hem GGA-Ergen hem de GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı ve alt boyut puanları yüksek saptandı (Tablo 27).

Tablo 27. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre GGA-Ergen ile GGA-Ebeveyn Toplam Güçlük Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

GGA	İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığı		p
	Var n=116	Yok n=1120	
Ergen			
Duygusal sorunlar	4(0-10)	3(0-10)	<0,001*
Davranış sorunları	3(0-8)	2(0-8)	<0,001*
Dikkat eksikliği hiperaktivite	5(0-10)	4(0-10)	<0,001*
Akran sorunları	3(0-8)	2(0-10)	<0,001*
Sosyal davranışlar	8(2-16)	7(0-10)	<0,001*
Dışsallaştırma	9(1-16)	6(0-16)	<0,001*
İçselleştirme	7(0-18)	5(0-18)	<0,001*
Toplam Güçlük Puanı	16(2-32)	11(0-31)	<0,001*
Ebeveyn			
Duygusal sorunlar	3(0-10)	2(0-10)	0,006*
Davranış sorunları	2(0-8)	1(0-11)	<0,001*
Dikkat eksikliği hiperaktivite	4(0-10)	3(0-10)	0,002*
Akran sorunları	3(0-7)	2(0-10)	0,010*
Sosyal davranışlar	9(1-10)	8(0-10)	0,022*
Dışsallaştırma	6(0-18)	4(0-16)	<0,001*
İçselleştirme	6(0-17)	5(0-17)	0,003*
Toplam Güçlük Puanı	12(0-34)	8(0-29)	<0,001*

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, GGA puanları ortalanca (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: p<0,05

İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla EDYÖ toplam ve alt boyut puanları yüksek saptandı (Tablo 28).

Tablo 28. İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığına Göre EDYÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

EDYÖ	İnternet Bağımlılığı Belirtisi Varlığı		p
	Var n=116	Yok n=1118	
Toplam puan	108(0-272)	44(0-263)	<0,001*
Dissosiyatif amnezi	24(0-65)	9(0-65)	<0,001*
Absorbsiyon	30(0-60)	14(0-95)	<0,001*
Depersonalizasyon-derealizasyon	37(0-105)	13(0-107)	<0,001*
Pasif etkilenme	20(0-50)	7(0-48)	<0,001*

EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, EDYÖ puanları ortanca (minimum-maksimum) olarak gösterildi.

*: p<0,05

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, 14-17 yaş grubunda liseye devam eden Ankara ili temsil gücü olan bir toplum örnekleminde, internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki kesitsel olarak araştırılmıştır. Bununla birlikte çalışmaya katılan 14-17 yaş arası ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirti düzeyi arasındaki ilişki de incelenmiştir. Bu bölümde literatür ışığında, analiz ve incelemelerden elde edilen sonuçlar tartışılmaktadır.

5.1. ERGENLERDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI YAYGINLIĞI

Çalışmamızda liseye devam eden ergenlerden %90,6'sının internet bağımlılığı belirtisi göstermediği, %8,8'inin sınırlı belirti gösterdiği ve %0,6'sının ise internet bağımlılığı olduğu görülmektedir. İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan araştırmalarda bağımlılıkla ilgili farklı oranlar elde edilmiştir. Öner (2015)'in lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada katılımcıların %97,5'inin belirti göstermediği, %2,1'inin sınırlı belirti gösterdiği ve %0,4'ünün ise internet bağımlısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır [109]. Bayhan (2011) ergenlerde yaptığı çalışmada, katılımcıların %2'sinin en yüksek (80-100 puan) bağımlılık düzeyinde olup ortalamanın üstü itibarıyla örneklemin %14'ünün internet bağımlısı olduğunu belirtmiştir [110]. Özgün (2011)'ün araştırmasında internet bağımlılığı oranı %6,6 olarak belirlenmiştir [111]. Şimşek ve arkadaşlarının (2015) ergenlerle yaptığı bir çalışmada internet bağımlılığı oranı %3,6 olarak bildirilmiştir [112]. Yurtdışında

2015 yılında 14-17 yaş arası 13.284 ergenle yapılan bir çalışmada, Yunanistan, Almanya, Hollanda, İzlanda, Polonya, Romanya ve İspanya'da gerçekleştirmiş internet bağımlılığı oranını toplam örnekleme %1,2 olarak saptanmıştır [113]. Örneklemimizdeki internet bağımlılığı oranı literatürdeki çalışmaların çoğunun altında bulunmuştur. Bağımlılığı olan ergenler, kendilerini internet bağımlısı olarak görmeyebilmektedir. Çalışmamızda internet bağımlılığına ilişkin veriler sadece ergenlerin öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Bu nedenle bu oran düşük bulunmuş olabilir. Ayrıca çalışmalarda bu farklılığın kültürel farklardan, örneklem seçiminden, araştırmada kullanılan ölçeklerden kaynaklanabileceği de düşünülmektedir.

5.2. YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEK PUANININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ

Araştırmamızda ergenlerde cinsiyetler arasında İBÖ puanları benzerdi. Ayrıca internet bağımlılığı belirtisi gösterenler ve göstermeyenler arasında da cinsiyet dağılımında farklılık saptanmadı. Literatürde ergenlerde internet bağımlılığı ve cinsiyete ilişkin farklı bulgulara rastlanmaktadır. Araştırmamızın sonucuna benzer şekilde, cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur [114-118]. Buna karşın ergenlerde internet bağımlılık düzeylerinin erkek öğrenciler lehine anlamlı düzeyde farklılaştığını ortaya koyan araştırmalar da bulunmaktadır [119-122]. Araştırmamızda cinsiyetler arasında internet bağımlılığının benzer olmasının, son yıllarda internete ulaşımın hızla yaygınlaşmasıyla birlikte her iki cinsiyette de internet kullanımının artması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Bulgularımıza göre internet bağımlılığı belirtisi gösteren ve göstermeyen ergenlerin yaşları benzerdir. İnternet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde de İBÖ puanlarının yaş ile farklılık göstermediği saptanmıştır. Ancak tüm örnekleme bakıldığında, ergenlerin yaşı arttıkça İBÖ puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Literatürde internet bağımlılığı ve yaş arasındaki ilişkiye dair sonuçlar tutarsızdır. Sıgırlı (2017), 1377 ortaöğretim öğrencisi üzerinde internet bağımlılığı ile bağlanma biçimleri arasında ilişkiyi incelemiş olup İBÖ puanları ile yaş arasında ilişki saptamamıştır [121]. Yine Şahin (2014), Ünver ve Koç (2016)'un çalışmalarında yaş ile internet bağımlılığı arasında ilişki olmadığı görülmektedir [114, 123]. Bu

çalışmaların aksine Öner (2015), lisede öğrenim gören ergenlerin internet bağımlılık düzeylerinin yaşa göre farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre 18-20 yaş grubunda olan ergenlerin, diğer yaş grupları olan 14-15, 16 ve 17 yaş grubundaki ergenlere göre internet bağımlılık düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte 14-15, 16 ve 17 yaş grubunda olan ergenlerin internet bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır [109]. Yaşları arttıkça ergenlerin ailelerinden bağımsız davranma olasılığının arttığı göz önünde bulundurulursa teknolojik cihazlara daha kolay ulaşım ve internet başında geçirilen sürenin ergenin kontrolünde olma oranı yükselmektedir. Bu nedenle ergenlerin yaşları arttıkça İBÖ puanlarının artış göstermesi şaşırtıcı değildir. Ancak internet kullanımı bağımlılık düzeyine gelerek belirti göstermeye başladığında bağımlılık ile ilişkili faktörler yaş etkenini devre dışı bırakıyor olabilir.

Çalışmamızda, Tarı Cömert ve Ögel (2009), İnan (2010) ve Ceyhan'ın (2011) çalışmalarına benzer olarak akademik başarı ile internet bağımlılığı ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [124-126]. Esen ve Siyez (2011), Gençler (2011) ve Taçyıldız'ın (2010) araştırmalarının sonucunda ise akademik başarı düzeyi azaldıkça internet bağımlılığı olasılığının arttığı görülmüştür [127-129]. Akademik başarı ile internet bağımlılığı arasında belirgin bir ilişkinin saptanmaması, internet bağımlılığı olan ergenlerde akademik başarının başka etkenlere de bağlı olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca ulaşılan farklı sonuçların bir sebebi de akademik başarı ölçütünün çalışmalarda farklılık göstermesi, ergenler tarafından başarının subjektif yorumlanması olabilir.

Araştırma bulgularımız internet bağımlılığı düzeyi ile ailenin sosyoekonomik düzeyi arasında ilişki olmadığını göstermektedir. Bu bulgular, Ferlibaş (2019), Demirli ve Arslan'ın (2018) araştırmaları ile paralellik göstermekte iken, Sonkur (2014) ve Çetinkaya'nın (2013) araştırmaları ile farklılık göstermektedir [36, 130-132]. Geçmiş yıllardaki literatür sonuçlarının aksine son yıllardaki çalışmalarda sosyoekonomik düzeyler arasında farklılık bulunmaması, günümüzde internetin hemen her kesimin ulaşabileceği bir ücrete sahip olması ve artık bir gereklilik haline gelmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda anne-baba eğitim süresi ile İBÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yine internet bağımlılığı belirtisi gösteren ve göstermeyen ergenlerin

anne-baba eğitim süresi arasında farklılık bulunmadı. Birçok çalışmada da çalışmamızdakine benzer şekilde anne-baba eğitim düzeyi ile internet bağımlılığı arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır [117, 133-136]. Bu sonuçlardan farklı olarak Öner (2015), 669 lise öğrencisi üzerinde depresyon, internet bağımlılığı ve ilişkili faktörleri kesitsel yöntemle incelediği çalışmasında, anne-baba eğitim durumu üniversite ve üstü olan ergenlerin internet bağımlılık düzeylerinin diğer eğitim düzeyine sahip olan ergenlerden daha yüksek olduğu sonucunu elde etmiştir [109]. Ülgen (2014) ise 12-18 yaş arası ergenlerle yaptığı çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarında daha yüksek oranda internet bağımlılığı geliştiğini bildirmiştir [137]. Anne-baba eğitim düzeyi ile internet bağımlılığı arasında literatürde farklı sonuçlar yer almaktadır. Jackson ve arkadaşları (2003) bu durum ile ilgili olarak, önceki araştırmalarda gelir ve eğitim durumunun ilişkili bulunduğunu fakat artan yaygınlaştırma politikaları ile bu ilişkinin artık pek geçerli olmadığını belirtmiştir [138].

Çalışmamızda geçirilmiş veya mevcut fiziksel hastalık varlığının internet bağımlılığı açısından farklılık yaratmadığı bulunmuştur. Trabzon il merkezinde lisede eğitim gören 669 ergen ile yapılan bir çalışmada, internet bağımlılık düzeylerinin kronik hastalığı olma durumundan etkilenmediği ancak herhangi bir sağlık sorunu (engeli) olma durumundan etkilendiği bulunmuştur. Buna göre sağlık sorunu bulunan ergenlerin herhangi bir sağlık sorunu ya da engeli bulunmayan ergenlere göre internet bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [109]. İnan'ın (2010) ilköğretim II. kademe ve ortaöğretim öğrencileri ile yaptığı araştırmada, öğrencilerin bedensel özür veya hastalıklarına göre internet bağımlılığı açısından fark olmadığı görülmüştür. Gelişen teknolojinin, internet kullanım olanaklarını genişletmesi ve internet kullanımını yaygınlaştırması ile kronik hastalık ya da bedensel engeli olan bireyler ile benzer sorunu olmayan bireyler arasında internet erişimi ve kullanımı açısından farkı ortadan kaldırdığı düşünülebilir.

Evde bilgisayarın bulunup bulunmaması durumuna göre İBÖ puanı farklılık göstermezken, odasında bilgisayar bulunan ergenlerde İBÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Sıgırlı'nın (2017) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada evde internet bağlantısı olanlarda, kendine ait bilgisayarı bulunanlarda, kendi odasında bilgisayarı olanlarda, okulda internete bağlananlarda, interneti sörf ya da chat yapma amacıyla

kullananlarda patolojik internet kullanımının yüksek olduğu ve günlük internet kullanım süresi arttıkça internet bağımlılığı riskinin arttığı saptanmıştır [121]. Alanyazında evinde bilgisayar bulunan ergenlerde internet bağımlılığını daha yüksek bulan çalışmalar da mevcuttur [111, 112]. Ülgen (2014) ergenlerle yaptığı çalışmasında evde ve çocuğun odasında bilgisayar varlığı açısından PİK grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulamamıştır [137]. İnternete erişimin günümüzde yalnızca bilgisayar ile sınırlı kalmaması internet bağımlılığı açısından evde bilgisayar olup olmaması ile ilişkili olmamasının nedeni olarak yorumlanabilir. Ancak ergenin odasında bilgisayar bulunması; dönem özellikleri gereği daha çok odasında yalnız vakit geçirmek isteyen ergen için internet bağımlılığı açısından risk teşkil etmekle birlikte ebeveynin ergen üzerindeki kontrolünü de sınırlı kılmaktadır.

Bulgularımıza göre evde internet bağlantısı olanlarda ve internet bağlantısı sınırsız olanlarda internet bağımlılığı puanları yüksektir. Ülgen (2014), bulgularımızla benzer şekilde evde internet bağlantısının olması ve bağlantının sınırsız olmasıyla ile PİK arasında ilişki bulmuştur [137]. İlköğretim okulu öğrencilerindeki internet bağımlılığının incelendiği başka bir çalışmada, evlerinde internet bağlantısı olan öğrencilerin internet bağımlılığına daha fazla yatkınlık gösterdiği saptanmıştır [139]. Evde internet bağlantısı olmasının, günün her saatinde ve hemen her koşulda internete girmeyi kolaylaştırdığından daha fazla internet bağımlılığına yol açabileceği düşünülebilir. Benzer şekilde bağlantının sınırsız olması, ergenlere interneti daha özgürce ve zaman sınırlaması olmadan kullanma imkânı sunduğu için bağımlılık riskini arttırabilir.

İnternet bağımlılığı ile internete girmek için kullanılan araç arasındaki ilişki incelendiğinde, internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde masaüstü bilgisayar ve tablet ile internete bağlanma oranı daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca masaüstü bilgisayar ile internet kullanımı olan öğrencilerde diğer cihazlarla internet kullanımı olan öğrencilere kıyasla İBÖ puanı da yüksek bulunmuştur. Topçu'nun (2020), 14-16 yaş arası ergenlerde internet bağımlılığı ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, çalışmamızın sonucu ile benzer şekilde masaüstü bilgisayar kullananların diğer araçları kullananlara göre internet bağımlılık ölçeğinin tüm alt boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır [140]. İnternet oyun bağımlılığı, internet bağımlılığı için önemli risk teşkil etmektedir. Bu oyunların masaüstü

bilgisayarlar üzerinden daha ergonomik şekilde oynanabilmesi göz önünde bulundurulduğunda elde edilen sonuç şaşırtıcı değildir.

Bulgularımıza göre ergenlerin günlük internet kullanım süresi ve anne-babanın günlük internet kullanım süresi arttıkça ergenlerin internet bağımlılığı puanları artmaktadır. Ayrıca internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde hem ergenin günlük internet kullanım süresi hem de anne ve babasının günlük internet kullanım süresi yüksektir. Literatürdeki pek çok çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Döner (2018), interneti günlük altı saatten fazla kullanan ergenlerde internet bağımlılık düzeyinin, altı saat ve daha az kullanan ergenlerden daha yüksek olduğunu saptamıştır [122]. Ergenlerde internet bağımlılığı ve psikolojik belirtilerin çeşitli değişkenler açısından incelendiği çalışmada, internette kalma süresi arttıkça internet bağımlılığı puanlarının arttığı tespit edilmiştir [141]. Yurt dışındaki çalışmalara bakıldığında, Wu ve arkadaşları (2016) altı saat ve üzeri internet kullanan ergenlerin internet bağımlılık düzeylerini, altı saatten az kullanan ergenlerden daha yüksek olduğunu göstermiştir [142]. Yadav ve arkadaşlarının (2013) lise öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda da benzer şekilde, internette çevrimiçi olma süreleri yüksek olan öğrencilerin lehine internet bağımlılık düzeyinin farklılaştığı sonucuna ulaşmışlardır [143]. Anne ve babaların günlük internet kullanım sürelerinin artması, gün içinde çocuklarına ayırdıkları zamanın azalarak aile içi ilişkilerde uzaklaşmaya ve sonucunda ergenleri daha uzun süre internet başında zaman geçirmeye itiyor olabilir.

Çalışmamızda bilgi edinmek amacıyla internet kullananların İBÖ puanları düşük bulunurken, sosyal paylaşım, eğlence ve oyun oynama amacıyla internet kullanımı olanlarda ise İBÖ puanları yüksek bulunmuştur. Ayrıca internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde bilgi ve iletişim amaçlı internet kullananların oranı düşük saptanırken, oyun oynama ve sosyal paylaşım amaçlı internet kullananların oranı yüksek saptanmıştır. Ferlibaş (2019) araştırmasında, internette sosyal paylaşım sitelerini tercih eden ergenlerin internet bağımlılık düzeylerinin diğer siteleri tercih edenlerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır [130]. Taş (2018), ergenlerde internet bağımlılığı ve psikolojik belirtileri çeşitli değişkenler açısından incelediği çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde eğlence amaçlı, sohbet amaçlı ve oyun amaçlı internete bağlananların internet bağımlılığı düzeylerini araştırma amaçlı

internete bağlananlara oranla daha yüksek bulmuştur [141]. Şimşek'in yaptığı çalışmada da (2015) interneti ödev yapma amacıyla kullananlarda internet bağımlılığı oranı düşük iken, sohbet etmek veya oyun oynamak amaçlı kullananlarda bağımlılık oranı daha yüksek saptanmıştır [112]. Young (1997) yaptığı çalışmada internet bağımlılarının interneti sosyalleşmek, yeni insanlar tanımak, sohbet odalarında sohbet etmek gibi işlevleri için kullandıkları, bağımlı olmayanların ise interneti daha çok bilgi arama amaçlı kullandıkları sonucuna ulaşmıştır [144].

Alanyazında internet kullanım kontrolünün kimde olduğu ile internet bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Şimşek (2015) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmasında, internet kullanımını kendisi kontrol eden ergenlerde bağımlılık oranını yüksek saptarken, ebeveynleri tarafından kontrol edilen ergenlerin hiçbirinin interneti bağımlılık düzeyinde kullanmadıklarını saptamıştır [112]. Özgün'ün (2011) internet bağımlısı olan ve olmayan ergenlerde mizaç özellikleri ve psikiyatrik belirtileri karşılaştırdığı çalışmasında, kontrolün babalarda olduğu olgularda internet bağımlılığı puanları, kendi kendilerini kontrol eden ergenlerin bağımlılık puanlarından daha yüksek olarak gösterilmiştir [111]. Çalışmamızda internet kullanımını babası kontrol edenlerde İBÖ puan düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde baba tarafından internet kullanımı kontrol edilenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Elde ettiğimiz bu bulgu, internet kullanımının belirti gösterecek düzeye gelmesi ile toplumumuzda otoriter rolü üstlenen babanın ergenin internet kullanımının kontrolünü ele almasıyla ilgili olabilir.

5.3. EDYÖ PUANININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Çalışmamızda cinsiyete göre EDYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları benzerdi. Yine EDYÖ'ye göre dissosiyatif belirti olan ve olmayan gruplarda, cinsiyet dağılımı benzerdi. Şimdiye dek yapılan araştırmalarda, dissosiyatif belirtiler ve cinsiyet arasındaki ilişkiye dair bulgular farklılık göstermektedir. Kaşıkçı'nın (2019) ergenlerde sosyal medya kullanımı ile dissosiyasyon ve duygu ifadesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) puanları

kadınlar ve erkekler arasında farklılık göstermemiştir [145]. İşler (2020) ve Keleş'in (2018) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmalarında benzer şekilde katılımcıların cinsiyetlerine göre DYÖ puanları arasında fark bulunmamıştır [146, 147]. Çalışmamız sonucundan farklı olarak Kılıç (2006)'ın ergenlerle yürüttüğü çalışmasında dissosiyatif bozukluk grubunda kız hasta oranı daha yüksek saptanmıştır [148]. Yılmaz (2014)'in klinik olmayan bir örnekleme yeme tutumu, beden algısı ve benlik saygısı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmasında erkek öğrencilerin DYÖ puanı, kadın öğrencilerin DYÖ puanından yüksek bulunmuştur [149].

Çalışmamızda yaş ile EDYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde EDYÖ'ye göre dissosiyatif belirti olan ve olmayan grupta yaş açısından farklılık gösterilmemiştir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında, erkeklerde yaş ile DYÖ'den elde edilen dissosiyasyon puanı arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır [150]. Kara'nın çalışmasında (2005) da yaş ortalaması yükseldikçe dissosiyasyonun anlamlı düzeyde gerilediği sonucuna ulaşılmıştır [151]. Yaş ilerledikçe dissosiyasyon daha seyrek kullanılır ve ileri yaşlarda daha az görülür. Çalışmamızda yaş açısından farklılık bulunmamasının sebebi örneklemimizin yaş aralığının birbirine çok yakın olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda EDYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile anne-baba eğitim süresi arasında ilişki saptanmadı. Benzer şekilde dissosiyatif belirti grubunda da anne-baba eğitim süresi dissosiyatif belirti olmayan gruba benzerdi. Birçok çalışmada da çalışmamızdakine benzer sonuçlar elde edilmiştir [145, 147, 149]

Çalışma bulgularımıza bakıldığında dissosiyatif belirti olan grupta olmayan gruba göre okul başarısı düşük olanlar daha fazladır. Bulgularımızla benzer şekilde Perzow ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, çocuklarda artan dissosiyatif belirti şiddeti ile zayıf akademik başarı ilişkili bulunmuştur [152]. Ayrıca akademik başarıda düşme, dissosiyatif bozukluklarda üçüncül belirtiler olarak görülebilmektedir.

Yılmaz (2014), klinik olmayan bir örnekleme, üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, beden algısı ve benlik saygısı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmasında, ailenin geliri ile dissosiyatif yaşantılar arasında

ilişki olmadığını saptamıştır [149]. Bizim çalışmamızda da sosyoekonomik düzeyler arasında EDYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları farklılık göstermedi. Ayrıca dissosiyatif belirti olan ve olmayan grupta sosyoekonomik düzey benzer bulundu. Bizim sonucumuzun aksine Özbaşaran Tan (2018) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, aylık gelir düzeyi ile DYÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulmuştur. Çalışma sonucunda, aylık ortalama geliri 1000 tl ve altı olan katılımcıların DYÖ puanlarının, aylık ortalama geliri 3000 – 4000 tl, 4000 tl ve üzeri olan katılımcılardan; aylık ortalama geliri 1000-2000 tl ve altı olan katılımcıların DYÖ puanlarının ise aylık ortalama geliri 4000 tl ve üzeri olan katılımcıların DYÖ puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir [153]. Keleş (2018) ise çalışmada, aylık geliri 1000 tl ve altında olanların, aylık geliri 1001 ve 3000 tl arası ile 5000 tl ve üzeri olanlara göre DYÖ puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır [147]. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında sosyoekonomik düzeyin dissosiyatif belirtilere etkisini inceleyen başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda psikiyatrik hastalığı olduğunu bildirenlerde depersonalizasyon-derealizasyon alt boyut puanı yüksek saptanmıştır. Dissosiyatif belirti grubunda ise GGA-Ergen ile GGA-Ebeveyn toplam güçlük, davranış sorunları, duygusal sorunlar, dikkat eksikliği hiperaktivite ve akran sorunları alt boyut puanları dissosiyatif belirti olmayan gruptan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn sosyal davranışlar alt boyut puanı ise dissosiyatif belirti grubunda düşük bulunmuştur. Özbaşaran Tan'ın (2018) araştırmasında, psikolojik rahatsızlık yaşayan katılımcıların DYÖ puanları, yaşamadığını belirten katılımcılardan daha yüksek saptanmıştır [153]. Dissosiyatif bozukluklara eşlik eden komorbid psikiyatrik hastalıkların sıklığı göz önüne alındığında çalışma bulgularımız literatür ile uyumludur.

Ergenlerin ve anne-babalarının günlük internet kullanım süresi arttıkça EDYÖ toplam puanı artmaktadır. Bunun yanı sıra, hem ergenin hem de anne-babasının günlük internet kullanım süreleri, dissosiyatif belirti grubunda daha yüksek bulunmuştur. İnternet kullanımının zaman kavramını yitirme, başka biri gibi hissetme, kendini kaybetme ve trans benzeri bir durumda olma gibi dissosiyatif belirtilere yol açabileceği ve internetin kullanıcılar arasında dissosiyatif duyguları

harekete geçirebileceği literatürde yer almaktadır. Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

5.4. ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

5.4.1. İBÖ-GGA Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Machado ve arkadaşları (2018) ergenlik dönemindeki kişilerde internet kullanımı ve bağımlılığında risk teşkil eden davranışları incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında internet bağımlılığı ve davranış sorunları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur [154]. Ülgen (2014), 12-18 yaş arası ergenlerde internet bağımlılığında sosyal karşılıklılık ve yordayıcı faktörleri değerlendirdiği araştırmasında, İBÖ puanları arttıkça GGA'daki dikkat eksikliği hiperaktivite, akran sorunları, duygusal sorunlar alt boyutları ve toplam güçlük puanlarında artış gözlemlenmiştir [137]. Özgün (2011) internet bağımlısı olan ve olmayan ergenlerde mizaç özellikleri ve psikiyatrik belirtileri karşılaştırdığı çalışmasında, GGA puanlarını karşılaştırmış olup, toplam güçlük puanı ve davranış sorunları puanını internet bağımlılarında daha yüksek bulmuştur. Yine aynı çalışmada internet bağımlılığı ölçek puanları ile dikkat eksikliği hiperaktivite puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur [111]. Çalışmamızda İBÖ puanı arttıkça GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı ve duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, akran sorunları (dışsallaştırma ve içselleştirme) puanlarının arttığı, sosyal davranışlar alt boyut puanının ise azaldığı saptanmıştır. Ayrıca İBÖ'ye göre belirti gösterenlerde belirti göstermeyenlere kıyasla hem ebeveyn hem de ergen GGA toplam güçlük puanı ve tüm alt boyut puanları yüksek saptanmıştır. Bu bulgular, internet bağımlılığında sıklıkla komorbid psikopatolojilerin görüldüğü literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir. Ayrıca ergenlerin günlük hayatlarında yaşadıkları duygusal sorunlar, davranış sorunları ve akran sorunları internet bağımlılığı riskini daha çok arttırmaktadır. Günümüzde internet teknolojisi, yüz yüze gerçekleştirilen iletişimi azımsanmayacak oranda daraltarak her geçen gün insanları sosyal olarak daha da izole hale getirmektedir. Çalışmamızdaki İBÖ puanı ile sosyal davranışlar arasındaki negatif korelasyon bu bilgiyi destekler niteliktedir. Ancak çalışmamızda, internet bağımlılığı düzeyleri yüksek olup belirti gösteren ergenlerin

sosyal davranışlar puanlarının da yüksek olduğu yani kendilerini sosyal olarak algıladıkları görülmüştür. Bu durum, günümüzde internet üzerinden oynanan online oyunların, sosyal medya kullanımının sosyallik olarak algılanması ya da internet bağımlılığı belirtisi gösteren ergenler tarafından sosyal olduklarının bir savunma mekanizması olarak öne sürülmesi ile ilişkili olabilir.

5.4.2. EDYÖ-GGA Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Literatürde farklı psikiyatrik patolojilere eşlik eden dissosiyatif belirtilerin ve bozuklukların araştırıldığı çalışmaların yanı sıra; dissosiyatif bozukluklar ile komorbidite gösteren diğer psikiyatrik patolojileri araştıran çalışmalar da mevcuttur [95].

Çoğu psikiyatrik bozukluğa eşlik eden dissosiyatif özellikler olduğu gibi; dissosiyatif bozukluklarla eş zamanlı psikiyatrik bozuklukların görülmesi de oldukça sıktır [95]. Dissosiyasyonun epidemiyolojisi ile ilgili bir gözden geçirme çalışmasında dissosiyatif belirtilerin agorafobi, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yeme bozuklukları, depresif bozukluk, bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar ve kişilik bozukluklarına eşlik etmekte olduğu saptanmıştır [155]. Çalışmamızda EDYÖ toplam puanı ile ergen ve ebeveyn GGA toplam güçlük puanı ve duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, akran sorunları (dışsallaştırma ve içselleştirme) puanları arasında pozitif yönde, sosyal davranışlar puanı ile ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatür bilgisini destekler şekilde, dissosiyatif belirti grubunda GGA-Ebeveyn ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı ve duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite, akran sorunları alt boyut puanları, dissosiyatif belirti olmayan gruptan yüksek bulunmuştur. GGA-Ebeveyn ve GGA-Ergen sosyal davranışlar alt boyut puanı ise dissosiyatif belirti bulunmayan gruba göre düşük saptanmıştır. Özbaşaran Tan'ın (2018) üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada psikolojik rahatsızlık yaşayan katılımcıların dissosiyatif yaşantıları daha yüksek olarak bildirdikleri gözlenmiştir [153].

5.4.3. İBÖ-EDYÖ Puanları Arasındaki İlişki

Literatürde ergen yaş grubunda, internet bağımlılığı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi gösteren, geniş örneklemli çalışma göze çarpmamaktadır. Wildt ve arkadaşları (2007), 23 internet bağımlısı ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında internet bağımlılığı olanlarda DYÖ skorlarının bağımlı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [156]. De Berardis ve arkadaşları (2009), 312 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada internet bağımlısı olan bireylerin olmayanlara göre daha fazla dissosiyatif yaşantıya sahip olduğunu ve ayrıca bunun aleksitimi ile de ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [48]. Canan'ın (2012) üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı, dissosiyatif belirtiler ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, İBÖ'ye göre internet bağımlısı olan öğrencilerde DYÖ puanları internet bağımlısı olmayan öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur [157]. Lee ve arkadaşları (2016), 20-49 yaş aralığında Kuzey Koreli katılımcılar ile yaptıkları araştırmada dissosiyasyonu olan patolojik internet kullanıcılarının Young İnternet Bağımlılığı Ölçeğinden dissosiyasyonu olmayanlardan daha yüksek puanlar aldığını saptamışlardır [158]. Çalışmamızda, bu alanda kısıtlı sayıdaki çalışmaya benzer şekilde, İBÖ puanı ile EDYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla EDYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları yüksektir. Araştırma sonuçlarımız önemli klinik sonuçlara sahip olup, erişkinlerde olduğu gibi ergenlik döneminde de internet bağımlılığıyla dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Çalışmamızdaki bir diğer bulgu ise dissosiyatif belirti grubunda İBÖ puanının, dissosiyatif belirti bulunmayan gruba göre daha yüksek olmasıdır. Ayrıca lojistik regresyon modeliyle, İBÖ puanı ve GGA-Ergen toplam güçlük puanı, dissosiyatif belirtileri yordayan faktörler olarak tanımlanmıştır. İnternet kullanımının dissosiyatif belirtilere yol açabileceği ve internetin kullanıcılar arasında dissosiyatif duyguları harekete geçirebileceği belirtilmiştir [8]. Bunun yanı sıra, dissosiyatif belirtiler birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik eder ve bu belirtiler ruhsal bozuklukların şiddetini artırır. Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda internet bağımlılığı ve

psikopatolojilerin ergenler için dissosiyatif belirtiler yönünden bir risk faktörü olabileceği söylenebilir.

Son çeyrek asırda dijital dünya, insan hayatının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. İnternet ve sosyal medya kullanımının yaygınlaşmasıyla internet başında geçirilen zaman giderek artmaktadır. Gerçek yaşamdaki iletişimin büyük kısmının çevrimiçi alanda sürdürülmesi ile kimliğin kendini tanımlama, toplumda tanınma, aidiyet gibi bileşenleri de dissosiyeye olmaya başlamıştır [85].

Bireylerin büyük kısmı çevrimiçi platformda siber kimlik kullanmakta ve bu sayede kendilerini genellikle farklı yaş, sosyoekonomik düzey, cinsiyet, politik görüş, inanç ya da tamamen farklı bir kimlikte tanıtarak diğer insanlarla iletişimi sürdürmektedirler. Bireylerin çevrimiçi hayatlarında sergiledikleri kimlikleri ile çevrimdışı dünyadaki kimliklerinin uyum ve adaptasyonu kimi zaman bağımlılığa varan yoğun internet kullanımı yüzünden olumsuz etkilenmektedir. Siber kimliklerin bireyin kontrolünü ele geçirmesi, siber travma ve siber dissosiyasyon başta olmak üzere yeni psikopatolojilere zemin hazırlar. Birey dijital yaşamını gerçek yaşamına entegre etmek en azından birlikte yürütmek durumundadır. Bunu başaramazsa dissosiyatif sürece girer ve kimliğinde bölünmeler yaşar. Bu bölünme bireyin uyanık olduğu zamanını ne kadar bu dijital iletişimde geçirdiği süre ile doğru orantılıdır [85].

Bulgularımız internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi desteklemekle birlikte bu ilişkinin nedensellik yönü net değildir. Canan'ın (2012) çalışmasında da belirttiği üzere nedensellik 2 önerme ile açıklanabilir. Birincisi, internetin aşırı kullanımı, bireyin dissosiyatif bulgular yaşamasına, internetin doğasında bulunan dissosiyatif süreci, çevrim-dışı olduğu anlarda da devam ettirmesine neden oluyor olabilir. İkincisi ise dissosiyatif belirti yoğunluğu daha fazla olan bireyler, interneti daha fazla kullanmaya ve bu dissosiyatif belirtileri konusunda bir çeşit kendi kendine tedavi yöntemi olarak internete yönelmeye eğilimli olabilirler [157]. Bu konuda neden sonuç ilişkisinin değerlendirildiği, daha geniş örnekleme boyamsal çalışmalar gerekmektedir.

Ergenlik, kimlik gelişimi açısından en önemli dönemdir. Bu dönemde internetin yaygın olarak kullanımı göz önünde tutulduğunda, ergenlik döneminde internet bağımlılığının dissosiyatif belirtiler açısından önemli risk teşkil ettiği

aşikârdır. Birçok hastalığı taklit edebilen ve tanıda sıklıkla atlanabilen dissosiyatif bozuklukların tedavi edilmezse ciddi ruhsal sağlık sorunlarına yol açtığı, düşük işlevsellik ve zayıf tedavi yanıtı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Spitzer ve arkadaşları (2007), dissosiyatif yaşantı öyküsü olanların, psikoterapide ortaya çıkan olumsuz duygulara yanıt olarak dissosiyasyon sergileyerek tedaviye daha az yanıt verdiklerini ve terapötik ilişkiyi olumsuz yönde etkileyen güvensiz bir bağlanma modeline sahip olduklarını belirtmektedir [158]. Bu da hem hastalığa sahip olan bireyleri ve onların sosyal çevrelerini birçok alanda olumsuz yönde etkiler hem de toplumda önemli boyutta işgücü kaybına yol açar. Bu durum klinik perspektiften bakıldığında dissosiyatif belirtilerin dikkatli değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu açıdan öncelikle koruyucu sağlık hizmetleri olarak internet bağımlılığı risk faktörlerinin farkında olmak ve önleme çalışmalarında bulunmak önem arz etmektedir. Ayrıca internet bağımlılığı ile dissosiyatif belirti arasındaki ilişki göz önüne alındığında, internet bağımlılığı tedavi programları dissosiyasyonun meydana gelmesini önlemeye odaklanmalıdır. Örneğin Young (1999), problematik internet kullanımına sahip olan bireylerin, önceden kurup bilgisayarlarının yakınına koyabilecekleri bir saatin veya zamanlayıcının problematik internet kullanımının tedavisinde yararlı olduğunu belirtmektedir [158]. Benzer şekilde, problematik internet kullanımının yönetimi için farkındalığa dayalı terapiler de yararlı tedavi stratejileri olabilir. Araştırmacılar, dikkat ve konsantrasyonun iyileştirilmesi, şu ana odaklanma becerilerinin geliştirilmesi gibi farkındalık temelli klinik müdahalelerin dissosiyasyonu tedavi etmede etkili olduğunu belirtmişlerdir [158].

Çalışmamızdan elde edilen sonuçların, internet bağımlılığı açısından riskli ergenlerin tanınmasına, bu alanda uzman kişilerin eşlik edebilecek dissosiyatif belirtiler ve ruhsal bozukluklar açısından farkındalığının artmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde teknolojinin hızla gelişim göstermesi ile birlikte internet kullanımı belirgin olarak artmıştır. Bununla ilişkili olarak internet bağımlılığı yaygınlığında da giderek artış görülmektedir. İnternet bağımlılığı açısından en

önemli risk grubu ergen popülasyonudur. Bu nedenle çalışmamız, Ankara ilinde liseye devam eden 14-17 yaş aralığındaki ergenlerden oluşan bir örnekleme internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasında ilişki olup olmadığını incelemeye yönelik kesitsel bir çalışmadır. Bu amaca yönelik elde edilen bulgular ışığında çalışmamız ile ilgili sonuçlar ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

1. Çalışma bulgularımıza bakıldığında, Ankara ilini temsil gücü olan bir örnekleme liseye devam eden 14-17 yaş grubu ergenlerin %0,6'sının internet bağımlılığı olduğu görülmektedir. Örnekleminizdeki internet bağımlılığı oranı literatürdeki çalışmaların çoğunun altında bulunmuştur. Bağımlılığı olan ergenler, kendilerini internet bağımlısı olarak görmeyebilmektedir. Çalışmamızda internet bağımlılığına ilişkin veriler sadece ergenlerin öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Bu nedenle bu oran düşük bulunmuş olabilir. Ayrıca çalışmalardaki bu farklılığın kültürel farklılardan, örneklem seçiminden, araştırmada kullanılan ölçeklerden kaynaklanabileceği de düşünülmektedir.
2. Çalışma bulgularımıza göre odasında bilgisayar bulunan ergenlerde bulunmayanlara kıyasla İBÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Çalışma sonucu göz önünde bulundurulduğunda bilgisayarın ergenin odasında durmasından ziyade ortak kullanım alanında bulunması internet bağımlılığı gelişim riskini azaltmak adına yararlı olabilir.
3. Çalışmamızda ergenlerin günlük internet kullanım süresi ve anne-babanın günlük internet kullanım süresi ile İBÖ puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. İnternet kullanım süresinin artmasıyla artan bağımlılık bulgumuz önceki bulgularla uyumludur. Ebeveynlerin çocuklarına örnek olmaları adına internet başında geçirdikleri süreye dikkat etmeleri büyük önem arz etmektedir. Ayrıca ailece yapılan faaliyetleri arttırmanın, bu faaliyetleri rutin haline getirmenin, ergenlerin sosyal aktivitelere katılımını teşvik etmenin, ergenin internette geçirdiği süreyi azaltarak internet bağımlılığı gelişme riskinin de azaltılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.
4. Çalışmamızda İBÖ puanı ile ergen ve ebeveyn GGA toplam güçlük puanı ve duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, akran

sorunları (dışsallaştırma ve içselleştirme) puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde belirtili göstermeyenlere kıyasla hem ebeveyn hem de ergen GGA toplam güçlük puanı ve alt boyut puanları yüksektir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında özellikle çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran internet bağımlılığı olan ya da bağımlılık açısından riskli görülen ergenlerde mutlaka komorbid psikopatolojiler araştırılmalıdır. İnternet bağımlılığı ile diğer psikopatolojilerin yüksek sıklıkla komorbidite gösterdiği göz önüne alındığında herhangi bir psikopatolojiye sahip olan ergende internet bağımlılığı da araştırılmalıdır.

5. Çalışmamızda EDYÖ'ye göre dissosiyatif belirtili grubunda GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn toplam güçlük puanı ve davranış sorunları, duygusal sorunlar, dikkat eksikliği hiperaktivite ve akran sorunları alt boyut puan ortancaları, dissosiyatif belirtili olmayan gruptakinden yüksek bulunmuştur. Ayrıca GGA-Ergen ve GGA-Ebeveyn sosyal davranışlar alt boyut puan ortancası ise dissosiyatif belirtili bulunmayan gruptan düşük bulunmuştur. Buna göre dissosiyatif belirtileri olan ergenlerde komorbid psikiyatrik bozuklukların araştırılması önemlidir.
6. Çalışmamızda İBÖ puanı ile EDYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca internet bağımlılığı belirtisi gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla dissosiyatif belirtiler daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara bakıldığında internet bağımlılığının dissosiyatif belirtiler açısından önemli risk teşkil edebileceği söylenebilir. Bu konuda neden sonuç ilişkisinin değerlendirildiği, daha geniş örnekleme boyamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak ergenler, özellikle bireyselleşmenin yaşandığı bu dönemde internet bağımlılığı sorunu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum bireyselleşme de dahil kimlik sorunları, psikopatolojiler, akademik kayıplar, aile ve arkadaşlarla sorunlara neden olabilmektedir. Çalışma sonuçlarımız değerlendirildiğinde çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine başvuran olguların internet bağımlılığı açısından risk faktörlerinin araştırılmasının, diğer birçok psikopatolojiyi taklit edebilen dissosiyatif belirtiler açısından dikkatli olunmasının, ebeveynlere ergenlik dönem özellikleri,

olumlu ebeveynlik tutumlarına yönelik bilgilendirmeler yapılmasının ve danışmanlık verilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Örneklemimizin yalnızca liseye devam eden 14-17 yaş grubu ergenlerden oluşması, liseye devam etmeyen ergenlerin çalışmada yer almaması, kesitsel bir çalışma deseninin olması, öz bildirim dayalı ölçeklerin kullanılması, internet bağımlılığını değerlendirmek için klinik görüşmeden yararlanmamak ve dissosiyatif bozuklukların nedeni olarak önemli bir rol oynayabilecek travma varlığı açısından katılımcıların taranmaması çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Çalışmanın Güçlü Yanları

Çalışmamızın temsil gücü yüksek olan geniş bir örneklemde yapılmış olması, Ankara ilinde tüm sosyoekonomik düzeyleri temsil etmesi amacına yönelik bölgelerin seçilmesi, örneklem oluşturulurken çocuklarda nörolojik bozukluklar, otizm spektrum bozuklukları ve mental retardasyonu olanların dışlanması çalışmamızın güçlü yanlarıdır.

Çalışmamız bilindiği kadarıyla ülkemizde yapılan ve 14-17 yaş ergen grubunda internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiyi değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızdan elde edilen bulguların, liseye devam eden öğrencilerde internet bağımlılığı ile ilgili özelliklerin ve risk faktörlerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. İnternet bağımlılığı riski yüksek olan ergenlerde dissosiyatif belirtiler ve olası diğer psikopatolojiler hakkında ileride yapılacak yeni çalışmalara gereksinim olduğu aşikârdır. Bu çalışmaların, çalışmamızın kısıtlılıklarını dikkate alarak tasarlanması, prospektif tasarımı, görüşme ve takip temelli olmasının yanı sıra önleyici ve iyileştirici müdahaleleri de değerlendirmesi, ebeveyn tutumları ve ergene ait özellikler ile internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki neden-sonuç ilişkisini araştırmaya yönelik olması ve gerekli sağlık politikalarının düzenlenmesi için bilgi sağlaması açısından yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Yalçın, C., *Sosyolojik bir bakış açısıyla internet*. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2003. **27**(1): p. 77-89.
2. Young, K.S., *Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences*. American behavioral scientist, 2004. **48**(4): p. 402-415.
3. Bozkurt, H., Şahin S., ve Zoroğlu S., *İnternet bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme*. Journal Of Contemporary Medicine, 2016. **6**(3): p. 235-247.
4. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013, Washington, D.C. : American Psychiatric Pub.
5. Zoroğlu, S.S., *Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluklar*, in *Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*, E.S.E. Aynur Pekcanlar Akay, Editor. April 2016, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara. p. 346-366.
6. Craparo, G., ve ark., *The relationships between early trauma, dissociation, and alexithymia in alcohol addiction*. Psychiatry investigation, 2014. **11**(3): p. 330.
7. Jacobs, D.F., *Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts*. Journal of gambling behavior, 1988. **4**(1): p. 27-37.
8. Griffiths, M., *Internet gambling: issues, concerns, and recommendations*. Cyberpsychol Behav, 2003. **6**(6): p. 557-68.
9. Arısoy, Ö., *İnternet bağımlılığı ve tedavisi*. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 2009. **1**(1): p. 55-67.
10. Gönenç, E.Ö., *İnternet ve Türkiye'deki Gelişimi*. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2003. **0**(16): p. 87-98.
11. TÜİK. 25 Ağustos 2020 09.11.2020]; Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679).
12. Ceyhan, E., *Ergen ruh sağlığı açısından bir risk faktörü: İnternet bağımlılığı*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2008. **15**(2): 109-116.
13. Yalçın, Ö. ve Karaçetin, G., *İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar* in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, E.S.E. Aynur Pekcanlar Akay, Editor. April 2016, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
14. Goldberg, I., *Internet addiction disorder*. 1996.
15. Shaw, M. ve Black, D.W., *Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management*. CNS Drugs, 2008. **22**(5): p. 353-65.
16. Young, K.S., *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder*. Cyberpsychology & Behavior, 1998. **1**(3): p. 237-244.
17. Davis, R.A., *A cognitive-behavioral model of pathological Internet use*. Computers in human behavior, 2001. **17**(2): p. 187-195.

18. Caplan, S.E., *Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument*. Computers in human behavior, 2002. **18**(5): p. 553-575.
19. Douglas, A.C., ve ark., *Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996–2006*. Computers in human behavior, 2008. **24**(6): p. 3027-3044.
20. Öztürk, Ö., ve ark., *İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi*. Bağımlılık Dergisi, 2007. **8**(1): p. 36-41.
21. Blum, K., ve ark., *The reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors*. Journal of psychoactive drugs, 2000. **32**(sup1): p. 1-112.
22. Johansson, A. ve Götestam, K.G., *Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling*. Psychological reports, 2004. **95**(2): p. 641-650.
23. Lee, Y.S., ve ark., *Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users*. Journal of affective disorders, 2008. **109**(1-2): p. 165-169.
24. Zhou, Y., ve ark., *Gray matter abnormalities in Internet addiction: a voxel-based morphometry study*. European journal of radiology, 2011. **79**(1): p. 92-95.
25. Yuan, K., ve ark., *Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder*. PloS one, 2011. **6**(6): p. e20708.
26. Lin, F., ve ark., *Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: a tract-based spatial statistics study*. PloS one, 2012. **7**(1): p. e30253.
27. Jun, L., ve ark., *Increased regional homogeneity in internet addiction disorder: a resting state functional magnetic resonance imaging study*. Chinese Medical Journal (Engl.), 2010. **123**(14): p. 1904-1908.
28. Ko, C.-H., ve ark., *Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction*. Journal of psychiatric research, 2009. **43**(7): p. 739-747.
29. Han, D.H., ve ark., *Changes in cue-induced, prefrontal cortex activity with video-game play*. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 2010. **13**(6): p. 655-661.
30. Ko, C.H., ve ark., *Brain correlates of craving for online gaming under cue exposure in subjects with Internet gaming addiction and in remitted subjects*. Addiction biology, 2013. **18**(3): p. 559-569.
31. Lorenz, R.C., ve ark., *Cue reactivity and its inhibition in pathological computer game players*. Addiction biology, 2013. **18**(1): p. 134-146.
32. Kim, S.H., ve ark., *Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction*. Neuroreport, 2011. **22**(8): p. 407-411.
33. Hou, H., ve ark., *Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder*. Journal of Biomedicine and Biotechnology, 2012.

34. Kim, K., ve ark., *Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey*. International journal of nursing studies, 2006. **43**(2): p. 185-192.
35. Eldeliklioğlu, J. ve Vural, M., *Predictive effects of academic achievement, internet use duration, loneliness and shyness on internet addiction*. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2013. **28**(28-1): p. 141-152.
36. Çetinkaya, M., *İlköğretim öğrencilerinde internet bağımlılığının incelenmesi*. 2013, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
37. Sinkkonen, H.M., Puhakka, H., ve Meriläinen, M., *Internet use and addiction among Finnish Adolescents (15–19 years)*. Journal of adolescence, 2014. **37**(2): p. 123-131.
38. Kawabe, K., ve ark., *Internet addiction: Prevalence and relation with mental states in adolescents*. Psychiatry clinical neurosciences, 2016. **70**(9): p. 405-412.
39. Tsitsika, A., ve ark., *Internet addictive behavior in adolescence: a cross-sectional study in seven European countries*. Cyberpsychology, Behavior, Social Networking, 2014. **17**(8): p. 528-535. ve ark.ture. European Psychiatry, 2012. **27**(1): p. 1-8.
42. Lee, B.W. ve Stapinski, L.A., *Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic internet use*. Journal of anxiety disorders, 2012. **26**(1): p. 197-205.
43. Ho, R.C., ve ark., *The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis*. BMC psychiatry, 2014. **14**(1): p. 1-10.
44. Shapira, N.A., ve ark., *Psychiatric features of individuals with problematic internet use*. Journal of affective disorders, 2000. **57**(1-3): p. 267-272.
45. Bernardi, S. ve Pallanti S., *Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms*. Comprehensive psychiatry, 2009. **50**(6): p. 510-516.
46. Yoo, H.J., ve ark., *Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction*. Psychiatry clinical neurosciences, 2004. **58**(5): p. 487-494.
47. Lin, I.H., ve ark., *The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents*. Comprehensive psychiatry, 2014. **55**(3): p. 504-510.
48. De Berardis, D., ve ark., *Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in a nonclinical sample*. CyberPsychology Behavior, 2009. **12**(1): p. 67-69.
49. Bozkurt, H., ve ark., *Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction*. Psychiatry clinical neurosciences 2013. **67**(5): p. 352-359.
50. Ekinci, Ö., ve ark., *Association between Internet use and sleep problems in adolescents*. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2014. **51**(2): p. 122.
51. King, D.L., ve ark., *Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation*. Clinical psychology review, 2011. **31**(7): p. 1110-1116.

52. Atmaca, M., *A case of problematic internet use successfully treated with an SSRI-antipsychotic combination*. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 2007. **4**(31): p. 961-962.
53. Bostwick, J.M. ve J.A. Bucci. *Internet sex addiction treated with naltrexone*. in *Mayo Clinic Proceedings*. 2008. Elsevier.
54. Han, D.H., J.W. Hwang, ve P.F. Renshaw, *Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction*. Psychology of Popular Media Culture, 2011. **1**(S): p. 108–117.
55. Han, D.H., ve., *The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Comprehensive psychiatry, 2009. **50**(3): p. 251-256.
56. Young, K.S., *Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients*. Journal of behavioral addictions, 2013. **2**(4): p. 209-215.
57. Orzack, M.H., ve ark., *An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior*. CyberPsychology Behavior, 2006. **9**(3): p. 348-360.
58. Young, K.S., *Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment*. Innovations in clinical practice: A source book, 1999. **17**(17): p. 351-352.
59. Young, K., *Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications*. Cyberpsychology behavior, 2007. **10**(5): p. 671-679.
60. Nemiah, J.C., *Dissociative disorders*, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, H.I.K. Alfred M. Freedman, Editor. 1981. p. 456-471.
61. Spiegel, D., T. Hunt, ve H.E. Dondershine, *Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder*. The American Journal of Psychiatry, 1988.
62. Braun, B.G., *The BASK model of dissociation*. Dissociation, 1988. **1**(1): p. 4-23.
63. Goff, D.C., ve ark., *Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder*. Journal of Nervous Mental Disease, 1992.
64. West, L.J., *Dissociative reaction*, in *Comprehensive textbook of psychiatry* H.I.K. Alfred M. Freedman, Editor. 1967. p. 885-98.
65. Altıntaş, M., *Dissosiyatif Bozuklukların Klinik Görünümü*. Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular, 2017. **10**(3): p. 161-169.
66. Şar, V., *Dissosiyatif Bozukluklar*, in *Temel ve Klinik Psikiyatri*, O. Karamustafaloğlu, Editor. 2018, Güneş Tıp Kitabevi: Ankara. p. 453-460.
67. Akcan, G. ve E. Öztürk, *Dissosiyatif Temel Belirtiler ve Temel Psikoterapötik Yaklaşımlar*. Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular 2018. **3**: p. 20-30.
68. Balcıoğlu, Y.H. ve İ. Balcıoğlu, *Dissosiyatif Bozuklukların Tanımı ve Tanı Ölçütleri*. Türkiye Klinikleri 2018. **3**(3): p. 8-13.
69. Van der Hart, O. ve B. Friedman, *A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage*. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 1989. **2**(1): p. 3-16.

70. Van der Kolk, B.A. ve O. Van der Hart, *Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma*. American Journal of Psychiatry, 1989. **146**(12): p. 1530-1540.
71. Van der Kolk, B.A., N. Herron, ve A. Hostetler, *The history of trauma in psychiatry*. Psychiatr Clin North Am, 1994. **17**(3): p. 583-600.
72. Breuer, J. ve S. Freud, *Studies on hysteria (J. Strachey, trans.)*. 1957, New York: Basic Books.(Original work published 1895).
73. Putnam, F.W., *A brief history of multiple personality disorder*. Child Adolescent Psychiatric Clinics, 1996. **5**(2): p. 263-272.
74. Fine, C.G., *The work of Antoine Despine: the first scientific report on the diagnosis and treatment of a child with multiple personality disorder*. Am J Clin Hypn, 1988. **31**(1): p. 33-9.
75. Fahy, T.A., *The diagnosis of multiple personality disorder. A critical review*. Br J Psychiatry, 1988. **153**(5): p. 597-606.
76. Zoroglu, S., ve ark., *Cocuk yasta cogul kisilik bozuklugu: Bir olgu sunumu (Multiple personality disorder in childhood: a case presentation)*. Cocuk Ve Genclik Ruh Sagligi Dergisi, 1996. **3**: p. 98-113.
77. Miral, S., ve ark., *Bir disosiyatif amnezi olgusu*. Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi, 1996. **3**(1): p. 33-36.
78. Tutkun, H., L. Yargıç, ve V. Şar, *Adölesans döneminde bir çoğul kişilik bozukluğu vakası (A case of multiple personality disorder in adolescence)*. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1994. **2**: p. 261-266.
79. Zoroğlu S, Şar V, ve Y. L.İ., *Adölesan yaşta iki disosiyatif kimlik bozukluğu olgusu*. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1997. **5**(1): p. 43-52.
80. Silberg, J.L., *Fifteen years of dissociation in maltreated children: Where do we go from here?* Child maltreatment, 2000. **5**(2): p. 119-136.
81. Zoroğlu, S.S., ve ark., *Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000. **1**(4): p. 197-206.
82. Bayraktar, S., *Ruhsal Travma, Dissosiyasyon ve Posttravmatik Stres Bozukluğu*. Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics, 2018. **3**: p. 1-7.
83. Nijenhuis, E.R. ve O. van der Hart, *Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations*. J Trauma Dissociation, 2011. **12**(4): p. 416-45.
84. Akalın, Ş.H., ve ark., *Türkçe Sözlük*. 2011, Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
85. Öztürk, E., *Travma ve Dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı (2. Baskı)*. 2020, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. p. 381-398.
86. Putnam, F.W., *Child development and dissociation*. Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1996. **5**(2): p. 285-302.
87. Nash, M.R., ve ark., *Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation*. J Consult Clin Psychol, 1993. **61**(2): p. 276-83.

88. Mann, B.J. ve S. Sanders, *Child dissociation and the family context*. J Abnorm Child Psychol, 1994. **22**(3): p. 373-88.
89. Becker-Blease, K.A., ve ark., *A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence*. J Child Psychol Psychiatry, 2004. **45**(3): p. 522-32.
90. Wolff, P.H., *The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy: New proposals for investigation*. 1987: University of Chicago Press.
91. Liotti, G., *Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid*. Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 2004. **41**(4): p. 472.
92. Blizard, R.A., *Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment*. Journal of Trauma Dissociation, 2003. **4**(3): p. 27-50.
93. Liotti, G., *Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders*. Dissociation, 1992. **5**(4): p. 196-204.
94. Ross, C.A., ve ark., *Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia*. Compr Psychiatry, 1990. **31**(2): p. 111-8.
95. İnanç, L. ve Ü.B. Semiz, *Dissosiyatif Bozukluklar ve Psikiyatrik Eşşamı*. Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular, 2017. **10**(3): p. 209-216.
96. Marmer, S.S. ve D. Fink, *Rethinking the comparison of borderline personality disorder and multiple personality disorder*. Psychiatr Clin North Am, 1994. **17**(4): p. 743-71.
97. Silberg, J., *Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescents*. Journal of Trauma Dissociation, 2004. **5**(3): p. 119-150.
98. Karamustafaloğlu, K.O., *Dissosiyatif Bozukluklarda İlaç Tedavileri*. Türkiye Klinikleri Psikoloji-Özel Konular, 2018. **3**(3): p. 53-54.
99. Doğan, H., A. Işıklar, ve S.E. Eroğlu, *Ergenlerin Problemli İnternet Kullanımının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008(18): p. 106-124.
100. Greenfield, D.N.J.C. and behavior, *Psychological characteristics of compulsive Internet use: A preliminary analysis*. 1999. **2**(5): p. 403-412.
101. Bayraktar, F., *İnternet kullanımının ergen gelişimindeki rolü*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü*. 2001, Ege Üniversitesi: İzmir.
102. Armstrong, J.G., ve ark., *Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale*. J Nerv Ment Dis, 1997. **185**(8): p. 491-7.
103. Zoroglu, S.S., ve ark., *Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale*. Psychiatry Clin Neurosci, 2002. **56**(5): p. 551-6.
104. Goodman, R., *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. J Child Psychol Psychiatry, 1997. **38**(5): p. 581-6.
105. Goodman, R., *Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001. **40**(11): p. 1337-45.

106. Güvenir, T., ve ark., *Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri*. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 2008. **15**: p. 65-74.
107. Kültür, S.E.Ç., M.F. Ünal, ve P.Ş. Özusta, *Alkol bağımlılığı olan babaların çocuklarında psikopatoloji*. Turk Psikiyatri Derg, 2006. **17**(1): p. 3-11.
108. Karagöz, Y., *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik*. 2014: Nobel Akademik Yayıncılık. 748.
109. Öner, K., *Lise öğrencisi ergenlerde depresyon, internet bağımlılığı ve ilişkili faktörler*. 2015, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Aydın.
110. Bayhan, V. *Lise öğrencilerinde internet kullanma alışkanlığı ve internet bağımlılığı (Malatya Örneği)*. 13. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri 2011. İnönü Üniversitesi, Malatya.
111. Özgün, F., *İnternet bağımlısı olan ve olmayan ergenlerde mizaç özellikleri ve psikiyatrik semptomların karşılaştırılması*, in Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2011, Atatürk Üniversitesi.
112. Şimşek, N., N.K. Akça, ve M. Şimşek, *Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve internet bağımlılığı*. TAF preventive medicine bulletin, 2015. **14**(1).
113. Flora, K., *Internet addiction disorder among adolescents and young adults: the picture in Europe and prevention strategies*. 2015; Available from: http://hephaestus.nup.ac.cy/bitstream/handle/11728/82/chapter_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
114. Şahin, N., *Ergenlik problemleri ve baş etme yöntemleri ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki*, in Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. 2014, Haliç Üniversitesi
115. Eftekin, P., *Ergenlik dönemindeki öğrencilerin internet bağımlılığı ve anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*, in Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Programları ve Öğretim Bilim Dalı. 2015, Erciyes Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Kayseri.
116. Moral, R. ve H. Kumcağız, *Ergenlerdeki İnternet Bağımlılığı: Anne, Baba Ve Akran İlişkileri Açısından Bir Değerlendirme*. ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2019. **9**(2): p. 335-346.
117. Yüksel, R., ve ark., *Ergenlerde İnternet Bağımlılığını Etkileyen Faktörler*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020. **9**(1): p. 19-28.
118. Kağnıcı, E., *Ergenlerde internet bağımlılığı ile algılanan duygusal istismar ve iyi oluş arasındaki yordayıcı ilişkiler*, in Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2020, Necmettin Erbakan Üniversitesi Konya.
119. Derin, S. ve F. Bilge, *Ergenlerde internet bağımlılığı ve öznel iyi oluş düzeyi*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016. **6**(46): p. 35-51.
120. Cao, H., ve ark., *Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction*. BMC public health, 2011. **11**(1): p. 802.
121. Sıgırlı, H., *Lise öğrencilerinde internet bağımlılığı ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*, in Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı. 2017, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul

122. Döner, M., *Özel Lise Öğrencilerinin Yalnızlık ve Umutsuzluk Düzeyleriyle İnternet Bağımlılığı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, in *Psikoloji Anabilim Dalı*. 2018, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
123. Ünver, H. ve K. Zihni, *Siber zorbalık ile problemli internet kullanımı ve riskli internet davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 2017. **15**(2): p. 117-140.
124. Cömert, I.T. ve K. Ögel, *İstanbul örnekleminde internet ve bilgisayar bağımlılığının yaygınlığı ve farklı etkenlerle ilişkisi*. Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 2009. **6**(1): p. 9-16.
125. İnan, A., *İlköğretim II. kademe ve ortaöğretim öğrencilerinde internet bağımlılığı*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı*. 2010, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
126. Ceyhan, A.A., *Ergenlerin problemli internet kullanım düzeylerinin yordayıcıları*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2011. **18** (2).
127. Esen, E. ve D.M. Siyez, *Ergenlerde internet bağımlılığını yordayan psiko-sosyal değişkenlerin incelenmesi*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2011. **4** (36): p. 127-138.
128. Gençer, S.L., *Ortaöğretim Öğrencilerinin İnternet Bağımlılık Durumlarının İnternet Kullanım Profilleri ve Demografik Özelliklere Göre Farklılıklarının İncelenmesi*, in *Fen Bilimleri Enstitüsü*. 2011, Süleyman Demirel Üniversitesi: Isparta.
129. Taçyıldız, Ö., *Lise öğrencilerinin internet bağımlılığı düzeylerinin bazı değişkenlere göre yordanması*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü*. 2010, Ege Üniversitesi İzmir.
130. Ferlibaş, S., *Ergenlerde Görülen İnternet Bağımlılığının Ruminasyon Düzeyi, Problem Çözme Becerileri ve Bazı Psikolojik Problemler Açısından İncelenmesi* in *Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikoloji Danışmanlık Bilim Dalı*. 2019, Necmettin Erbakan Üniversitesi: Konya.
131. Demirli, C. ve G. Arslan, *Ergenlerin internet bağımlılığı düzeylerinin incelenmesi*. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2018. **33**: p. 49-64.
132. Sonkur, A., *İnternet bağımlılığının depresyon, tepki biçimleri, düşünce baskılama, endişe ve üst bilişle ilişkisi*, in *Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı* 2014, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü: Van.
133. Lam, L., ve ark., *Factors associated with Internet addiction among adolescents*. CyberPsychology and Behaviour, 2009. **12**: p. 551–555.
134. Üneri, Ö.Ş. ve C. Tanıdır, *Evaluation of internet addiction in a group of high school students: a cross-sectional study*. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2011. **24**(4): p. 265-272.
135. Ayas, T. ve M.B. Horzum, *İlköğretim öğrencilerinin internet bağımlılığı ve aile internet tutumu*. Turkish Psychological Counseling Guidance Journal, 2016. **4**(39).

136. Metin, Ö., ve ark., *Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının DEHB ve Tütün-Alkol Kullanma ile İlişkisi*. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry Neurological Sciences, 2015. **28**: p. 204-212.
137. Ülgen, V., *12-18 Yaş Arası Ergenlerde İnternet Bağımlılığında Sosyal Karşılıklılık ve Yordayıcı Faktörlerin Değerlendirilmesi*, in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı*. 2014, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi: İstanbul.
138. Batıgün, A.D. ve D. Hasta, *İnternet bağımlılığı: Yalnızlık ve kişilerarası ilişki tarzları açısından bir değerlendirme*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2010. **11**(3): p. 213-219.
139. Şahin, M., *İlköğretim Okulu Öğrencilerindeki İnternet Bağımlılığı* in *Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Denetimi Ana Bilim Dalı*. 2011, Yeditepe Üniversitesi: İstanbul.
140. Topçu, E., *14-16 yaş arası ergenlerde internet bağımlılığı ile yalnızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2020, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
141. Taş, İ., *Ergenlerde internet bağımlılığı ve psikolojik belirtilerin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2018. **6**(1) p. 31-41.
142. Wu, C.S.T., ve ark., *Parenting approaches, family functionality, and internet addiction among Hong Kong adolescents*. BMC pediatrics, 2016. **16**(1): p. 1-10.
143. Yadav, P., ve ark., *Internet addiction and its correlates among high school students: A preliminary study from Ahmedabad, India*. Asian journal of psychiatry, 2013. **6**(6): p. 500-505.
144. Young, K.S. *What makes the Internet addictive: Potential explanations for pathological Internet use*. in *105th annual conference of the American Psychological Association*. 1997. Chicago.
145. Kaşıkçı, B.N., *Ergenlerde Sosyal Medya Kullanımı ile Dissosiyasyon ve Duygu İfadesi Arasındaki İlişki*, in *Klinik Psikoloji Anabilim Dalı*. 2019, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul
146. İşler, E.M., *Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Alkol/Madde Kullanımının İlişkisi ve Bunların Dissosiyatif Belirtilere Etkisi*, in *Psikoloji Ana Bilim Dalı*. 2020, İstanbul Gelişim Üniversitesi: İstanbul.
147. Keleş, D., *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları ile Dissosiyatif Yaşantılar ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İlişkisi*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı*. 2018, Üsküdar Üniversitesi: İstanbul
148. Kılıç, F., *Dissosiyatif Bozukluklu Ergenlerde Polisemptomatik Klinik Özellikler ve Dissosiyasyonun İntihar ve Self Mutilasyon Oluşumundaki Rolü*, in *Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*. 2006, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi: Gaziantep.
149. Yılmaz, İ., *Klinik Olmayan Bir Örneklemde Yeme Tutumu, Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı* 2014, Üsküdar Üniversitesi İstanbul.

150. Zoroğlu, S.S., ve ark., *Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001. **2**(2): p. 69-78.
151. Boysan, M., *Üniversite Öğrencilerinde Disosiyatif Yaşantılar, Travma ve Ölüm Anksiyetesi: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Çalışma.*, in *Psikiyatri Anabilim Dalı*. 2005, Yüzüncü Yıl Üniversitesi: Van.
152. Perzow, S.E., ve ark., *Dissociative symptoms and academic functioning in maltreated children: A preliminary study*. Journal of trauma dissociation, 2013. **14**(3): p. 302-311.
153. Tan, C.Ö., *Zorbalığa Maruz Kalmış Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Dissosiyasyon*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü*. 2018, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü: İstanbul
154. Machado, M.d.R., ve ark., *Internet addiction and its correlation with behavioral problems and functional impairments—A cross-sectional study*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2018. **67**(1): p. 34-38.
155. Holmes, E.A., ve ark., *Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications*. 2005. **25**(1): p. 1-23.
156. te Wildt, B.T., ve ark., *Internet dependency as a symptom of depressive mood disorders*. Psychiatrische Praxis, 2007. **34**: p. S318-22.
157. Canan, F., ve ark., *The association between Internet addiction and dissociation among Turkish college students*. Comprehensive psychiatry, 2012. **53**(5): p. 422-426.
158. Lee, T.K., ve ark., *The relationship of problematic internet use with dissociation among South Korean internet users*. Psychiatry research, 2016. **241**: p. 66-71.

8. EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(ERGENLER İÇİN HAZIRLANMIŞTIR)

Araştırmanın Adı: Ergenlerde internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Araştırmanın Yürütücüsü: Uzm Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Ankara Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan uzmanlık tezi kapsamında hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, liseye devam eden ergenlerde internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışma sırasında sizden, Sosyodemografik Veri Formu, Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, İnternet Bağımlılığı Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi olmak üzere toplam 2 ölçek, 1 anket ve 1 formu doldurmanız istenmektedir. Tüm ölçek ve formları doldurmanın ortalama 20 dakika sürmesi beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz, herhangi bir yaptırım, herhangi bir avantajdan faydalanamama ya da tıbbi bakım kalitesinde azalma gibi bir durum kesinlikle söz konusu değildir. Bu çalışmadan, istediğiniz zaman neden göstermeksizin ayrılabilirsiniz. Araştırmacı, sizin çalışmadan ayrılmanızı gerekli gördüğünde ya da araştırmanın gerekenlerini yerine getirmediğinizde, isteğinize bağlı kalmaksızın sizi çalışma dışına alabilir. Bu çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler, kişisel bilgiler ve araştırma verileri tamamen gizli tutulacaktır.

Sorulara cevap verirken size en çok uyan seçeneği işaretlemeye özen gösteriniz. Sorularda doğru ya da yanlış cevap bulunmamakta, dolayısıyla her sorunun cevabı kişiden kişiye göre değişebilmektedir. Her ölçeğin başında ölçekleri nasıl dolduracağınız konusunda bir açıklama vardır. Bu açıklamalara uygun bir şekilde ölçekleri doldurmanız ve dürüst yanıtlar vermeniz çalışmanın hedefine ulaşabilmesi açısından önemlidir.

Eğer çalışma ile ilgili daha detaylı bilgi almak isterseniz veya çalışma süresince aklınıza takılan bir soru olursa çalışmanın koordinatörü olan **Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ'e** veya araştırmacı olan **Dr. Çisem ÇELEN'e** numaralı telefon aracılığı ile danışabilirsiniz.

Çalışmaya yaptığınız katkılardan ötürü teşekkürler...

Adres: Ankara Şehir Hastanesi; Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
Üniversiteler Mahallesi Bilkent Cad. No:1 Çankaya/ANKARA

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM FORMU

Ankara Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak sunulmak üzere hazırlanan bu araştırma hakkında bilgilendirildim. Bu çalışmanın amacının, liseye devam eden ergenlerde internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi olduğu bana söylendi.

Eğer bu araştırmaya katılımcı olmayı kabul edersem benden 2 tane ölçek, 1 anket ve 1 tane de sosyodemografik bilgi formu doldurmam istenecek. Araştırmaya katılmanın özgür irademe bağlı olduğunu ve soruları yanıtlarken kendimi rahatsız hissedersen herhangi bir ceza ya da zarara maruz kalmaksızın geri çekilebileceğimi biliyorum. Bu çalışmadan çıkacak sonuçların araştırmacı tarafından gizli tutulacağı hakkında bilgilendirildim.

Ayrıca çalışma ile ilgili bir sıkıntı ve sorum olduğunda çalışmanın koordinatörü olan Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ'e veya araştırmacı olan Dr. Çisem ÇELEN'e numaralı telefon aracılığı ile ulaşabileceğim konusunda bilgilendirildim.

Çalışmaya Katılanın Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Araştırmacının / Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(EBEVEYNLER İÇİN HAZIRLANMIŞTIR)

Araştırmanın Adı: Ergenlerde internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Araştırmanın Yürütücüsü: Uzm. Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ

Sayın Veli,

Bu bilgilendirilmiş olur formu çocuklarınızın bu araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilmeniz amacıyla size bilgi vermek üzere hazırlanmıştır. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılması ya da katılmaması çocuğunuzda hiçbir olumsuz etki yaratmayacaktır.

Bu çalışma Ankara Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan uzmanlık tezi kapsamında hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, liseye devam eden ergenlerde internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışma sırasında çocuğunuzdan, Sosyodemografik Veri Formu, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, İnternet Bağımlılığı Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi olmak üzere toplam 2 ölçek, 1 anket ve 1 form doldurması istenecektir. Çocuğunuz tarafından tüm ölçek ve formların doldurulması ortalama 20 dakika sürecektir.

Çalışma kapsamında çocuğunuza verilecek herhangi bir tıbbi tedavi ya da girişim bulunmamaktadır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Çocuğunuzun çalışmaya katılmasından vazgeçmeniz durumunda hiçbir mazeret bildirmeden olurunuzu geri alma hakkına sahipsiniz. Çocuğunuza sunulacak anket ve ölçeklerden elde edilen veriler sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacak olup, gizlilik kurallarına uygun olarak saklanacak ve çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Eğer çalışma ile ilgili daha detaylı bilgi almak isterseniz veya çalışma süresince aklınıza takılan bir soru olursa çalışmanın koordinatörü olan **Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ'e** veya araştırmacı olan **Dr. Çisem ÇELEN'e** numaralı telefon aracılığı ile danışabilirsiniz.

Çalışmaya yaptığınız katkılardan ötürü teşekkürler...

Adres: Ankara Şehir Hastanesi; Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Üniversiteler Mahallesi Bilkent Cad. No:1 Çankaya/ANKARA

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Bu araştırmaya çocuğumun hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın katılabileceğini beyan ederim. “Ergenlerde internet bağımlılığı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi” araştırması kapsamında alınan bilgilerin yukarıda bahsi geçen araştırmada ve diğer araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Velinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

(Faint watermark text: "YXK" repeated diagonally)

EK-3

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kız

2. Yaşınız: _____

3. Sınıfınız: 1. Lise 1 2. Lise 2 3. Lise 3 4. Lise 4

4. Genel not ortalamanız (100 üzerinden): _____

5. Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz? _____

6. Varsa kız kardeşlerinizin sayısı: _____

7. Varsa erkek kardeşlerinizin sayısı: _____

8. Kardeşleriniz arasında kendiniz de dahil olmak üzere üveylik var mı? 0. Hayır

1. Evet

9. Annenizin yaşı: _____

10. Babanızın yaşı: _____

11. Annenizin eğitim durumu:

- a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar fakat herhangi bir okul bitirmemiş c) İlkokul mezunu
d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite terk g) Üniversite mezunu h) Yüksek lisans
i) Doktora mezunu j) Diğer : (lütfen açıklayın) _____

12. Babanızın eğitim durumu:

- a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar fakat herhangi bir okul bitirmemiş c) İlkokul mezunu
d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite terk g) Üniversite mezunu h) Yüksek lisans
i) Doktora mezunu j) Diğer: (lütfen açıklayın) _____

13. Annenizin mesleği: _____

14. Babanızın mesleği: _____

15. Anneniz: Sağ _____ Sağ değil _____ Öz _____ Öz değil _____

16. Babanız: Sağ _____ Sağ değil _____ Öz _____ Öz değil _____

17. Anne ve babanız:

- a) Evli b) Boşanmış c) Ayrı yaşıyorlar

18. Şu an kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz?

- a) Anne ve babanızla b) Annenizle c) Babanızla d) Akrabaların yanında e) Evde tek başına
f) Evde arkadaşlarla g) Yurtta h) Diğer: (lütfen açıklayın) _____

19. Ailenizin ortalama aylık geliri: _____ TL.

20. Sizce ailenizin genel ekonomik durumu:

- a) Alt b) Ortanın altı c) Orta d) Ortanın üstü e) Üst

21. Herhangi bir geçirilmiş veya tedavisi devam eden önemli rahatsızlığınız var mı?

0. Hayır 1. Evet

22. Cevabınız evet ise rahatsızlığınız nedir?

1.Epilepsi 2. Seker Hastalığı 3. Kalp Hastalıkları 4.Astım 5.Diğer:

23. Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? 0. Hayır 1. Evet

Varsa nedir?

24. Herhangi bir ilaç tedavisi alıyor musunuz? 0. Hayır 1. Evet

25. Cevabınız evet ise ne kadar süredir tedavi alıyorsunuz? **Adımı yazınız:....**

26. Evde bilgisayar var mı? 0. Hayır 1.Evet

27. Cevabınız evet ise odanızda bilgisayar var mı? 0. Hayır 1.Evet

28. Günde kaç saatinizi bilgisayar karşısında geçirirsiniz?

29. Evde internet bağlantısı var mı? 0. Hayır 1.Evet

30. Cevabınız evet ise internet bağlantısı sınırsız mı? 0. Hayır 1.Evet

31. İnternet kullanıyor musunuz? 0. Hayır 1.Evet

32. Cevabınız evet ise hangi cihazla internete girmeyi tercih edersiniz?

1. Masaüstü Bilgisayar 2. Tablet Bilgisayar 3. Akıllı telefon 4. Dizüstü bilgisayar

33. İnternete nerede giriyorsunuz?

1.Ev 2. İnternet Kafe 3. Arkadaşın evinde 4. Okulda 5. Diğer

34. Günde ortalama kaç saat internette vakit geçirirsiniz?

1) 1 saatten az 2) 1-3 saat 3) 3-5 saat 4) 5 saatten fazla

35. Anneniniz günde ortalama kaç saat internette vakit geçirir?

1) 1 saatten az 2) 1-3 saat 3) 3-5 saat 4) 5 saatten fazla

36. Babanız günde ortalama kaç saat internette vakit geçirir?

1) 1 saatten az 2) 1-3 saat 3) 3-5 saat 4) 5 saatten fazla

37. İnternete ne amaçla girersiniz?

1) Bilgi edinme 2) Sosyal paylaşım 3) İletişim 4) Eğlence 5) Oyun 6) Diğer

38. Online oyun oynuyorsanız ortalama haftada kaç saat vakit geçirirsiniz?

39. Kaç yaşınızdan beri internet kullanıyorsunuz?

40. Haftada kaç gün internete girersiniz?

Dönem içi :

Tatilde:

Hafta içi:.....gün

Hafta içi:.....gün

Hafta sonu:.....gün

Hafta sonu:.....gün

41. İnternet kullanma sürenizi kim kontrol eder?

1. Kendim 2. Annem 3. Babam 4. Diğer

EK-4

İNTERNET BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorularda, size en uygun düşen şıkkı işaretleyiniz:

1. Ne sıklıkla planladığınızdan daha fazla süre internette kalıyorsunuz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
2. Ne sıklıkla internette kalmak için günlük ev işlerini ihmal edersiniz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
3. Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olmak yerine interneti tercih edersiniz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
4. Ne sıklıkla internet kullanan kişilerle yeni ilişkiler kurarsınız?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
5. Ne sıklıkla bir işe başlamadan önce e-postanızı (e-mail) denetlersiniz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
6. Ne sıklıkla okula devamınız internetten dolayı olumsuz etkilenir?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
7. Herhangi biri internette ne yaptığınızı sorduğunda ne sıklıkla kendinizi savunur ve ne yaptığınızı gizlersiniz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
8. Çevrenizdekiler ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın fazlalığından şikayet eder?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
9. Ne sıklıkla okuldaki ders notlarınız ve ödevleriniz internette kalma sürenizden olumsuz yönde etkilenir?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
10. Hayatınız hakkında sizi rahatsız eden düşünceleri dağıtmak için ne sıklıkla internete girersiniz? 1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
11. Ne sıklıkla internete girmek için sabırsızlanırsınız?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
12. Ne sıklıkla internetsiz hayatın, sıkıcı, boş ve eğlencesiz olacağını düşünürsünüz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
13. Biri sizi internetteyken rahatsız ettiğinde ne sıklıkla kırıncı konuşur, bağırır veya kızgın davranışlar gösterirsiniz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı
14. Gece geç saatlerde internet kullanmaktan ötürü ne sıklıkla uykunuz kaçır?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı

15. İnternette olmadığınız zamanlarda ne sıklıkla interneti düşünür veya internete girmeyi hayal edersiniz?

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı

16. Kendinizi ne sıklıkla internetteyken “yalnızca birkaç dakika daha” derken bulursunuz?

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı

17. Ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın miktarını azaltmaya çalışır ve başarısız olursunuz?

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı

18. İnternette kaldığınız süreyi ne sıklıkla saklamaya çalışırsınız?

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı

19. Ne sıklıkla başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman geçirmeyi yeğlersiniz?

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı

20. Ne sıklıkla internette olmadığınızda kendinizi çökmüş, aksi veya sinirli hissedip, internete girince rahatlırsınız?

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Arada sırada 4) Çoğunlukla 5) Çok sık 6) Devamlı

EK-5

ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (EDYÖ)

Açıklama: Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 30 sorudan oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Her soruda anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 10 üzerinden değerlendiriniz. Soruda anlatılan durum sizde hiçbir zaman olmuyorsa 0'ı sürekli oluyorsa 10'u daire içine alınız. Zaman zaman oluyorsa 0 ile 10 arasından size en çok uyan sayıyı daire içine alınız.

1. Televizyon seyrederken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kaptırırım ve çevremde olan bitenleri farketmem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

2. Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

3. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

4. Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

5. Çevremdekilerin konuştuğunu ya da yaptığını söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

6. Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissedirim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünürler.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

7. Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

8. Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı fark ederim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

9. Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

10. İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

11. O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara bazen kendim de inanırım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

12. Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

13. Aynada kendimi tanımam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

14. Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

15. Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

16. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen düşüncelerim olur.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

17. Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

18. Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırtedemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

19. Kendimi yanlış olduğunu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

20. Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığımı sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

21. Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

22. Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

23. İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptıran bir şeyin var olduğunu hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

24. Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırırım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

25. Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

26. Ailem ve arkadaşarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

27. Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur. (kafamdan silinmiştir)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

28. Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırım ki onlar bana canlıymış gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

29. İçimde başka insanların var olduğunu hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

30. Bazen vücudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiçbir zaman) (her zaman)

EK-6

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB ⁴⁻¹⁷

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncakını, kalemını v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçüklere iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımanız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK-7

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başıyım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Yardıminiz için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

ETİK KURUL ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2019-226

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji SUAM Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	İrfan Baştuğ Cad. Ziraat Mah. Kurtdereli Sok. No:10 Dışkapı/Altındağ - ANKARA
	TELEFON	312 596 98 59
	FAKS	312 347 23 30
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji SUAM			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Meltem ÖZGÜNER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2019-226

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☒		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-226	Tarih: 30.07.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. H. Meltem ÖZGÜNER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Meltem ÖZGÜNER	Histoloji ve Embriyoloji	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hasta. Hem. Onk. EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H	
Prof. Dr. N. Yaşar ÖZBEK	Çocuk Hematoloji	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hasta. Hem. Onk. EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H	
Prof. Dr. H. Tuğrul TIRYAKI	Çocuk Cerrahi ve Çocuk Üroloji	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hasta. Hem. Onk. EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H	
Prof. Dr. Emine DİBEK MISIRLIOĞLU	Çocuk Alerji	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hasta. Hem. Onk. EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H	
Prof. Dr. Umut Selda BAYRAKÇI	Çocuk Nefroloji	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hasta. Hem. Onk. EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H	
Prof. Dr. Saliha ŞENEL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Dr. Sami Ulus Kadın ve Çocuk Sağlığı ve Hast. EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H	
Doç. Dr. Aslınur ÖZKAYA PARLAKAY	Çocuk Enfeksiyon	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hasta. Hem. Onk. EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H	
Doç. Dr. Kemal SAYAR	Farmakoloji	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H	
Uzm. Dr. Dilşat YILDIRIM BİNGÜL	Fizyoloji	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Meltem ÖZGÜNER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2019-226

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Uzm. Dr. Mine YENİCE	Halk Sağlığı Uzmanı	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Av. Gökçen Bilge ŞENTÜRK	Avukat	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Müd. Yrd. Talip KESKİN	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hasta. Hem. Onk. EAh	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Meltem ÖZGÜNER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

TUEK KARARI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu



KARAR TARİHİ : 18.07.2019
KARAR NO : 17

KARAR

1. Dr. Mustafa Sabri SEZGİN'in "Yeni Tanı Epilepsi Hastalarında Antiepileptik Tedavinin Thiol/Disulfid Hemostazı Üzerine Etkisini Sağlıklı Kontrol Grubu İle Karşılaştırarak İncelemek" başlıklı tezi uygun görülmüştür.
2. Dr. Esmâ Büşra GACAL'ın "Migren Hastalarında Migrenin Thiol/Disulfid Hemostazı Üzerine Etkisi Nasıldır?" başlıklı tezi uygun görülmüştür.
3. Dr. Nagihan ÇİFTÇİ PINAR'ın "Çölyak Hastalarında Glutensiz Diyetin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tezi uygun görülmüştür.
4. Dr. Müge ŞAHİN'in "Okul Öncesi Dönemi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Sıklığı ve DEHB Belirtileri ile Yürütücü İşlevler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezi uygun görülmüştür.
5. Dr. Duygu BİLGİLİ CAN'ın "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanılı 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Duygu Düzenleme Güçlüğü Sıklığının, Bu Güçlüğü Gelişimine Etki Eden Olası Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması" başlıklı tezi uygun görülmüştür.
6. Dr. Çisem ÇELEN'in "Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezi uygun görülmüştür.
7. Dr. Pelin ÇELİK'in "Gelişimsel Pediatri Polikliniği'nde Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Demir, B12 Vitamini ve D Vitamini Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı bireysel araştırma projesini hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
8. Dr. Pelin ÇELİK'in "Prematüre Retinopatisi Tedavisinde Kullanılan Bevacizumab ve Lazer Tedavisinin Nörogelişim Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması" başlıklı bireysel araştırma projesini hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
9. Dr. Pelin ÇELİK'in "Gelişimsel Pediatri Polikliniği'nde Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı ile İzlenen Çocukların Gelişimsel, Klinik ve Demografik Özelliklerinin Retrospektif Değerlendirilmesi" başlıklı bireysel araştırma projesini hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
10. Dr. Pelin ÇELİK'in "Gelişimsel Pediatri Polikliniği'nde İşitme Kaybı Nedeniyle İzlenen Çocukların Klinik, Demografik Özellikleri ve Erken Tanı ve Tedavinin Nörogelişim Üzerindeki Etkileri" başlıklı bireysel araştırma projesini hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Emrah SENEY

Doc. Dr. Müiden/Nur AZILI

Prof. Dr. Emine DİBEK MISIRLIOĞLU

Prof. Dr. Umut Selda BAYRAKÇI
Üye

Prof. Dr. Emrah SENEY

Şehit Ömer Halisdemir Cad. Kurtdereli Sok. Altındağ/ANKARA Tel.: 0312 596 96 00 (Eğitim Koordinatörlüğü: 9859)
Fax: 0312 347 23 30 Mail: info@ankaracocuk.gov.tr

ARAŞTIRMA İZNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
ANKARA İL EYİPAK KAYIT KİMLİK - 15.11.2019 10:51
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Gözetim Birim Kayıt

Sayı : 14588481-605.99-E.22279371
Konu : Araştırma izni

11.11.2019

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
(Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü)

İlgi a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2017/25 nolu Genelgesi.
b) 01.10.2019 Tarihli ve 18873 sayılı yazınız.

Hastaneniz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde uzmanlık öğrencisi Çisem ÇELEN'in "Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında liselerde ekteki uygulanacak olan veri toplama araçları ilgi (b) Genelge çerçevesinde incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda, söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüzde muhafaza edilen ölçme araçlarının; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Millî Eğitim Temel Kanunu ile Türk Millî Eğitiminin genel amaçlarına uygun olarak, ilgili yasal düzenlemelerde belirtilen ilke, esas ve amaçlara aykırılık teşkil etmeyecek, eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde okul ve kurum yöneticilerinin sorumluluğunda gönüllülük esasına göre uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Turan AKPINAR
Vali a.
Millî Eğitim Müdürü

Ek:
Uygulama araçları (11 sayfa)
Dağıtım:
Gereği:
Ankara Şehir Hastanesi
(Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü)

Bilgi:
Yenimahalle-Sincan
Çankaya İlçe MEM

Adres: Alparslan Türkeş cad. Emniyet Mah.4/A
Yenimahalle/ANKARA
Elektronik Ağı: ankarameb.gov.tr
e-posta: istatistik06@meb.gov.tr

Bilgi için: Ayşe ARDA
Tel: 0 (312) 212 36 00
Faks: 0 (312) 221 02 16

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden f1f7-cd88-3d75-a9e0-21fb kodu ile teyit edilebilir.