T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ADOLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE SOSYAL FOBİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ramazan SAĞLAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2019

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ADOLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE SOSYAL FOBİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ramazan SAĞLAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Selma METİNTAŞ

ESKİŞEHİR
2019

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Ramazan SAĞLAN'a ait " Adolesanlarda İnternet Bağımlılığı ve Sosyal Fobi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi " adlı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 02.07.2019

Jüri Başkanı Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Burhanettin IŞIKLI
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. İnci Arıkan
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulunun …….....……Tarih ve.....……Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali ARSLANTAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen, bilimsel katkı, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Selma METİNTAŞ'a, tıpta uzmanlık eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım, Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL'a, Prof. Dr. Burhanettin IŞIKLI'ya, Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ'a ve Doç. Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ'e teşekkür ederim.

ÖZET

Sağlan, R. Adolesanlarda İnternet Bağımlılığı ve Sosyal Fobi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2019. Çalışmanın amacı, Eskişehir'de lise öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve sosyal fobi sıklığının saptanması ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışma, 2017-2018 eğitim öğretim döneminde Eskişehir ilinde öğrenim görmekte olan lise öğrencileri üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmada yerleşim birimleri ve okul türlerine göre çok aşamalı küme örneklem yöntemi kullanıldı. Örnekleme giren okullarda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 3353 öğrenci çalışma grubunu oluşturdu. Sosyal fobi, Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği, internet bağımlılığı ise Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği ile değerlendirildi. İnternet bağımlılığı ve sosyal fobi ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirlemek için çoklu lojistik regresyon analizi yapıldı. Çalışma grubunu oluşturanların %43.2'si (1447) erkek, %56.8'i (1906) kadındır. Yaşları 14-18 arasında değişmekte olup, ortalama(SD) 15.87(1.19) yıl idi. Çalışmada öğrenciler arasında internet bağımlılığı prevelans hızı (%95 GA) %13.8 (12.6-15.0), sosyal fobi prevelans hızı (%95 GA) %8.7 (7.8-9.7) olarak saptandı. Çalışmada anne ve babanın ayrı olması, bilgisayar aracılığı ile internete bağlanmak, ilk internet kullanmaya başlama yaşının 10 yaş ve daha küçük olması, sabah kalktıktan sonra ilk bir saat içinde internet kullanmak, internette bir günde ortalama 2 saat ve daha fazla zaman harcamak, internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırmamak ve sosyal fobi varlığı internet bağımlılığı için önemli risk faktörleri olarak saptandı. Kırsal alanda yaşamak, 14-15 yaş grubunda olmak, kadın cinsiyet, arkadaş ilişkilerinin iyi olmaması, kötü bir ebeveyn ilişkisine sahip olmak ve internet bağımlılığı varlığı ise sosyal fobi için önemli öngördürücüler olarak bulundu. Adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobinin birbirleriyle ilişkili önemli sağlık sorunları olduğu saptandı. İnternet bağımlılığının uluslararası tanı ölçütleri belirlenmeli ve tarama ölçekleri standartlaştırılmalıdır. Adolesanlarda, sosyal fobi ve internet bağımlılığı hakkında tarama programları yapılmalı, önleme ve müdahale çalışmaları planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, İnternet bağımlılığı, Sosyal fobi

ABSTRACT

Sağlan, R. Evaluation of the relationship between social phobia and internet addiction in adolescents. Eskişehir Osmangazi University, Medicine School, Public Health Department, Expertise Thesis, Eskişehir, 2019. The aim of the study was to determine the frequency of internet addiction and social phobia among high school students in Eskişehir and to evaluate the relationship between them. The study is a cross-sectional study conducted on high school students studying in Eskişehir during the 2017-2018 academic year. In the study, multi-stage cluster sampling method was used according to settlement units and school types. The study group consisted of 3353 students who are found in selected school for sampling and agreed to participate in the study. Social phobia was assessed by the Social Phobia Scale for Çapa Children and Adolescents, and internet addiction was assessed by the Young Internet Addiction Scale. Multiple logistic regression analysis was performed to determine the independent variables associated with social phobia and internet addiction. Of the study group, 43.2% (1447) were male and 56.8% (1906) were female. The age of the students ranged from 14 to 18 years, with a mean(SD) age of 15.87(1.19) years. In the study, the prevalence rates (95% CI) of internet addiction and social phobia among students was 13.8% (12.6-15.0) and 8.7% (7.8-9.7), respectively. In the study, who have parents divorced, connecting to the internet via computers who were 10 years old or younger at the age of first internet use, using the internet within the first hour after waking up in the morning, spend an average of 2 hours and more time each day on the internet, who couldn't limit themselves to using the internet and the presence of social phobia were important risk factors of internet addiction. Living in rural areas, being in the 14-15 age group, female gender, who haven't good friends relationship, who have a bad parents relationship and the presence of internet addiction were important predictors of social phobia. Internet addiction and social phobia are important health problems which found to be related to each other in adolescents. International diagnostic criteria of internet addiction should be determined and screening scales should be standardized. Screening programs about social phobia and internet addiction should be done in adolescents. Prevention and intervention studies should be planned about social phobia and internet addiction.

Key Words: Adolescent, Internet addiction, Social phobia

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
GRAFİKLER DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adolesan Dönemi	3
2.1.1. Adolesan Tanımı	3
2.1.2. Adolesan Dönemin Özellikleri	3
2.1.3. Adolesan Dönemin Sağlık Sorunları ve Çözümleri	3
2.1.4. Adolesan ve Ruh Sağlığı	9
2.2. İnternet Bağımlılığı	10
2.2.1. İnternet Bağımlılığı Tanımı ve Tarihçesi	11
2.2.2. İnternet Bağımlılığı Alt Tipleri	12
2.2.3. İnternet Bağımlılığı Etiyolojisi	12
2.2.4. İnternet Bağımlılığı Epidemiyolojisi	15
2.2.5. İnternet Bağımlılığı Değerlendirme Ölçekleri	20
2.2.6. İnternet Bağımlılığı ve Eşlik Eden Hastalıklar	22

Sayfa

2.2.7. İnternet Bağımlılığı Tedavisi 23

2.3. Sosyal Fobi 25

2.3.1. Sosyal Fobi Tanımı ve Tarihçesi 26

2.3.2. Sosyal Fobi Etiyolojisi 27

2.3.3. Sosyal Fobi Epidemiyolojisi 27

2.3.4. Sosyal Fobi Tanı Kriterleri ve Klinik Özellikler 29

2.3.5. Sosyal Fobi ve Eşlik Eden Hastalıklar 31

2.3.6. Sosyal Fobi ve Ayırıcı Tanı 32

2.3.7. Sosyal Fobi Tedavisi 35

2.4. İnternet Bağımlılığı ve Sosyal Fobi 36

3. GEREÇ VE YÖNTEM 40

3.1. Çalışma Evreni 40

3.2. Çalışma Örneklemi 40

3.3. Çalışma İzinleri 43

3.4. Çalışma Prosedürü 43

3.5. Çalışmada Kullanılan Anket Form ve Ölçekler 44

3.6. Çalışmada Kullanılan Diğer Tanımlar 46

3.7. Çalışmada İstatistiksel Değerlendirme 47

4. BULGULAR 49

5. TARTIŞMA 70

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 83

KAYNAKLAR 85

EKLER

EK 1: Adolesanlarda İnternet Bağımlılığı ve Sosyal Fobi Değerlendirme Anket Formu

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BAPINT-SV	The Addiction Profile Index Internet Addiction Form - Screening Version
BDT	Bilişsel Davranış Terapisi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CIAS	Chen's Internet Addiction Scale (Chen'in İnternet Bağımlılığı Ölçeği)
CIUS	Compulsive Internet Use Scale
ÇESFÖ	Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DQ	Diagnostic Questionnaire
DRM	DRM 52 Scale of Internet-use in Adolescents
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAT	Young Internet Addiction Test (Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği)
IAT*	Internet Addiction Test (Center for On-Line Addiction, 2001)
IAT**	Internet Addiction Test Canan et al
ICD	International Classification of Diseases
IRABI	İnternet Bağımlılık Davranış Envanteri
K-SADS PLT	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version
KS-scale	Korean self-reporting internet addiction scale short form
NHANES	National Health and Nutrition Examination Surveys
NSDUH	National Survey on Drug Use and Health
OR	Odd's Ratio

r	Korelasyon Katsayısı
ROC	Receiver Operating Characteristic
SD	Standard Deviation
SDG	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
SIAL	Scale for Internet Addiction of Lima
S-IAT	Short form internet addiction test
SPSS	Stastistical Package for Social Sciences
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
X^2	Ki-Kare Değeri
YIBTA	Young İnternet Bağımlılığı Tanı Anketi

ŞEKİLLER

Sayfa

3.1. Çalışma evreninden seçilen kümelerin harita gösterimi 41

3.2. Çalışma örnekleminin akış diyagramı 42

TABLOLAR

Sayfa

2.1. Literatürde, 2000-2018 yılları arasında yapılmış adolesanlarda internet bağımlılığı prevelans çalışmalarının sonuçları 15

2.2. Adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaların sonuçları (2005-2018) 37

3.1. İl merkezinden ve ilçelerden seçilen genel ve meslek liselerinin dağılımı 43

4.1. Çalışma örneklemi ile Eskişehir'de öğrenim görmekte olan lise öğrencilerinin yerleşim yerleri ve okul türlerine göre karşılaştırılmaları 49

4.2. Çalışma grubunda sosyodemografik özelliklere göre dağılım 50

4.3. Çalışma grubunda riskli davranışlara göre dağılım 51

4.4. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenlere göre dağılım 52

4.5. Çalışma grubunun internet kullanım amaçlarına göre dağılımı 53

4.6. Çalışma grubunda internet bağımlılığı durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı 55

4.7. Çalışma grubunda internet bağımlılığı durumunun riskli davranışlara göre dağılımı 56

4.8. Çalışma grubunda internet bağımlılığı durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı 57

4.9. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları 58

4.10. Çalışma grubunda sosyal fobi ile ilişkili olduğu düşünülen faktörlerin dağılımı 59

4.11. Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı 61

4.12. Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun riskli davranışlara göre dağılımı 62

4.13. Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı 63

4.14. Çalışma grubunda sosyal fobi ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları 64

4.15. Çalışma grubunun internet bağımlılığı ve sosyal fobi varlığına 65

Sayfa

göre dağılımı
4.16. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı 66
4.17. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı 67
4.18. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları 69

GRAFİKLER

Sayfa

2.1. Web of Science veri tabaninda "adolescent" ve "internet addiction" anahtar kelimeleriyle yapılan aramada çıkan yayın sayısının yıllara göre dağılımı 19

2.2. Web of Science veri tabaninda "adolescent", "social anxiety disorder" ve "internet addiction" anahtar kelimeleriyle yapılan aramada çıkan yayın sayısının yıllara göre dağılımı 39

3.1. Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği ROC analizi 46

4.1. Çalışma grubunda internet bağımlılığı görülme sıklığının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı 53

4.2. Çalışma grubunda sosyal fobi görülme sıklığının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı 60

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, 2015 yılında her gün 3000'in üzerinde olmak üzere tahmini 1,2 milyon adolesanın, çoğunlukla önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı öldüğünü, yetişkinlik dönemindeki tüm zihinsel sağlık bozukluklarının yarısının 14 yaşına kadar başladığını, buna karşılık çoğu vakanın farkedilmediğini ve tedavi edilmediğini bildirdi (1). Adolesanlar arasında görülen önemli ruh sağlığı problemlerinden birisinin de internet bağımlılığı olduğu bilinmektedir (2). Türkiye İstatistik Kurumu, 2004-2018 Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre, ülkemizde bilgisayar ve internet kullanım oranlarının en yüksek olduğu yaş grubu 16-24 yaş olarak bildirilmiştir (3). İnternet bağımlılığı, özellikle adolesanlar arasında büyük bir halk sağlığı sorunudur (4).

Günümüzde internet, insanlar için modern bilimin bir nimetidir. Son on yılda dünya çapında internet kullanımında çarpıcı bir artış olmuştur (4). Birleşmiş Milletler Nüfus Birimi verilerine dayananarak hazırlanan 2019 yılı İnternet Dünyası İstatistikleri'ne göre dünya nüfusunun %56.8'inin, Türkiye'de ise nüfusun %68.4'ünün internet kullanıcısı olduğu bildirilmektedir (5). Bu durum iletişim, eğitim, eğlence, bilgi alışverişi ve sosyal etkileşim alanında devrim yaratmıştır (4). İnternet kullanımının bilgiye erişmek, dünyadaki diğer insanlarla kolay ve hızlı iletişim kurabilmek gibi pek çok avantaj sunmasının yanında kontrolsüz kullanımının sosyal, psikolojik ve fiziksel açıdan olumsuz sonuçları da beraberinde getirdiği açıktır. Bu olumsuz sonuçlardan biri de internet bağımlılığıdır (2). Young'a göre internet bağımlılığı, genel olarak internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik hali, saldırganlık olması ve kişinin iş, sosyal aile hayatının giderek bozulması olarak tanımlanmaktadır (6). Adolesanların internet bağımlılığı gelişimine karşı özellikle savunmasız oldukları bilinmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar, dijital medya kullanımının adolesan gelişimi üzerinde biçimlendirici bir çevresel etki oluşturduğunu öne sürmektedir (7). Bilgisayar ve internet bağlantılarındaki hızlı büyümeye paralel olarak, adolesanlarda internet bağımlılığı, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, giderek daha ciddi bir problem haline gelmektedir (8).

İnternet bağımlılığı semptomları, diğer madde kullanım bozukluklarında yaşanan problemler dışında, potansiyel olarak geniş bir psikopatolojiye eşlik etmektedir. İnternet bağımlılığı; majör depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve sosyal fobi ile ilişkilendirilmiştir (9). Özellikle sosyal fobisi olanlar arasında, genellikle günlük ihtiyaçlarını karşılarken sosyal ortamlara girmek yerine kendilerini rahat hissedecekleri internet üzerinden işlerini halletmeyi daha düşük riskli bir alternatif olarak gördükleri için internet kullanımının fazla olduğu bildirilmektedir (10). Sosyal fobi, kişinin toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı ve başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını taşıdığı ve bu konuda belirgin olarak sürekli korku yaşadığı ve bu ortamlardan olabildiğince kaçındığı bir anksiyete bozukluğudur (11). Bu olumsuz psikolojik durum, bireylerin sosyal çevreye girmelerini ve kişilerarası ilişkiler kurmalarını engellemekte olup, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle adolesan dönemde gözlemlenen sosyal fobi, adolesanların sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkilemekte ve alternatif olarak internet kullanımına yönlendirmektedir. Literatürde bireylerin interneti, sosyal fobinin neden olduğu stresle başa çıkmak için kullanmayı tercih ettikleri de bildirilmektedir (12).

Adolesan dönem, internet bağımlılığı ve sosyal fobi için riskli bir dönemdir (12). Adolesanlarda sağlıklı bir büyüme için internet bağımlılığının önlenmesi ve bu konuda farkındalığın yaygınlaştırılması için stratejiler geliştirilmesine yoğun bir ihtiyaç vardır (4). İlaveten, internet bağımlılığının önlenmesi ve buna müdahale edilmesi için sosyal fobinin taranması ve tedavisi de önemlidir (13). Çalışma Eskişehir'de öğrenim görmekte olan lise öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve sosyal fobi sıklığının saptanması, aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Dönemi

2.1.1. Adolesan Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre; adolesanlar, 10 ila 19 yaş arasındaki gençler olarak tanımlanmaktadır (14). Adolesan dönem, insanların bağımsız bireyler haline geldiği, yeni ilişkiler kurduğu, sosyal becerileri geliştirdiği ve hayatlarının geri kalanı boyunca sürecek davranışları öğrenebileceği yaşamın kritik bir zamanıdır. Dünyada şimdiye kadar hiç olmadığı kadar çok genç insan bulunmaktadır. Dünya nüfusunu oluşturan 7,2 milyar insanın, 3 milyardan fazlası yani %42'si 25 yaşın altında yer almaktadır. Dünya nüfusunun 6'da biri, yaklaşık 1,2 milyar insan, 10 ila 19 yaş arasındaki adolesanlardır (15).

2.1.2. Adolesan Dönemin Özellikleri

Cinsel Kimliğini Kabullenme: Adolesan bedeninde meydana gelen fiziksel değişiklikleri psikolojik olarak da benimsemek zorundadır (16).

Kimlik Edinme: Çocuk olmaktan çıkıp yeni kimlik ve toplumsal işlevini belirleyen adolesan için gerçek kişiliğin oluşturulmaya başladığı bir dönemdir. Adolesan bu dönemde aile bağımlılığından kurtularak yeni oluşturmaya çalıştığı kimliğini aile ve yaşadığı topluma benimsetmeye çalışır (17).

Toplumsallaşma: Adolesan olgunlaşmaya başlayan kişiliği ışığında toplumun moral ölçülerini düşünür, tartışır, değerlendirir. Toplumsal değerlerin bazılarını benimser, bazılarına karşı çıkar (16).

Geleceğini Biçimlendirme: Sosyal statü ve rol arayışı içindeki adolesan, erişkin dönemine biçim vermek üzere, meslek seçme, evlilik, askere gitme, işe girme gibi konularda önceliklerini belirlemek, karar vermek zorunluluğu içindedir. Adolesan bu dönemde verdiği kararların çevresi tarafından desteklenip onaylanmasını ister (17).

2.1.3. Adolesan Dönemin Sağlık Sorunları ve Çözümleri

Adolesanlar genellikle sağlıklı bir grup olarak düşünülmekle birlikte, birçok adolesan, kaza, intihar, şiddet, hamilelikle ilgili komplikasyonlar ve önlenebilir veya

tedavi edilebilir özellikteki bazı hastalıklar nedeniyle erken yaşta ölmektedir. Ayrıca yetişkinlikte birçok ciddi hastalığın esas nedeni adolesan dönemde yatmaktadır (14). Adolesanlarda, alkol ya da tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, korunmasız cinsel ilişki ve şiddete maruz kalma; sadece mevcut sağlıklarını değil, aynı zamanda yetişkin olarak sağlıklarını ve hatta gelecekteki çocuklarının sağlığını tehlikeye atabilir (1).

Adolesan dönemde sağlıklı davranışların teşvik edilmesi, gençlerin sağlık risklerinden daha iyi korunması için adımlar atılması, yetişkinlikte sağlık sorunlarının önlenmesi ve ülkelerin gelecekteki sağlığı için kritik öneme sahiptir (1).

Adolesanlarda görülen başlıca sağlık sorunları şunlardır:

Erken Gebelik ve Doğum

Dünya çapında 15 ila 19 yaşındaki kadınların önde gelen ölüm sebebi hamilelik ve doğumdan kaynaklanan komplikasyonlardır. Dünyadaki tüm doğumların yaklaşık % 11'ini 15-19 yaşları arasındaki kadınlar oluşturmakta olup, bu doğumların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde oluşmaktadır (1). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından, 2018 yılı küresel adolesan doğum hızı 1000 kadında 44 doğum olarak bildirilmektedir (18). Bu hız 1990 yılından beri belirgin bir düşüş göstermektedir. Bu düşüş, 15–19 yaş grubundaki anne ölümlerinde de benzer bir düşüşe işaret etmektedir (1).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin (SDG 3.7) özel hedeflerinden biri, 2030'a kadar dünyanın aile planlaması, bilgi, eğitim ve üreme sağlığının ulusal stratejilere ve programlara entegrasyonu dahil olmak üzere, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasıdır. Küresel stratejide kadınların, çocukların, adolesanların sağlığı için önerilen gösterge, adolesan doğum hızı olarak kabul edilir (1).

Gebeliği önleyici bilgi ve hizmetlere daha iyi erişim, gebe kalan kadınların sayısını ve çok genç yaşta doğurma sayısını azaltabilir. Yasalar evlilik yaşını en az 18 olarak belirtip, uygulanmasını zorunlu tutarak bu konuda yardım edebilir. Gebe olan kadınların, kaliteli bir doğum öncesi bakıma ihtiyacı vardır. Yasaların izin verdiği yerlerde, hamileliklerini sonlandırmayı tercih eden adolesanların, güvenli kürtaj hizmetlerine erişebilmeleri gerekir (1).

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Adolesanların 2 milyondan fazlası HIV ile birlikte yaşıyor. HIV ile ilişkili ölümlerin toplam sayısı, 2006 yılında yaptığı en tepe noktasından beri % 30 azalmasına rağmen, tahminler, adolesanlar arasındaki HIV ölümlerinin arttığını öne sürmektedir. Ağırlıklı olarak DSÖ'nün Afrika Bölgesi'nde gerçekleşen bu artış, gerçeği yansıtabilir. Çünkü HIV ile daha fazla çocuk adolesan dönemde hayatta kalmasına rağmen, hepsi gerekli bakım ve desteği alamamaktadır. Adolesanların iyi sağlık durumunu sürdürmeye ve HIV ile bulaşı engellemeye ihitiyaçları bulunmaktadır. Sahra altı Afrika'da erkeklerin sadece %10'u ve 15-24 yaş arasındaki kadınların %15'i HIV durumlarının farkındadır.

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin (SDG 3.3) özel hedeflerinden biri, 2030 yılına kadar tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropikal hastalıklar, hepatit, suyla bulaşan hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıkların salgınlarının yanı sıra AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) salgınlarının da sona ermesidir (1).

Birleşik Devletler'de tüm yeni HIV teşhisinin yaklaşık %21'i, 13-24 yaş arası gençler arasındadır (19). Birleşik Devletler'de cinsel açıdan aktif olan öğrencilerin yaklaşık %40'ı son cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmamakta, 10 kadından üçü 20 yaşına gelmeden hamile kalmaktadır (20).

Gençlerin kendilerini nasıl koruyacaklarını bilmeleri gerekmektedir. Virüsün cinsel yolla bulaşmasını önlemek için prezervatif kullanılmalıdır. Ayrıca uyuşturucu enjekte eden adolesanlar, temiz iğne ve şırınga kullanımına özen göstermelidir. HIV testi ve danışmanlığına daha iyi erişim, HIV pozitiflerde ise tedavi etmek için daha güçlü bağlantılar gerekmektedir (1).

Diğer Bulaşıcı Hastalıklar

DSÖ'nün 2014 yılında yayınladığı "Health for the world's adolescents" raporuna göre, gelişmiş çocukluk dönemi aşılaması sayesinde, adolesan ölümleri ve kızamıktan kaynaklanan sakatlıklar, önemli bir azalma göstermiştir. Örneğin, 2000 ile 2012 yılları arasında Afrika Bölgesi'nde, çocukluk çağı aşılamasının başarılı bir sonucu olarak kızamıktan kaynaklanan adolesan ölümleri ve sakatlıklar % 90 oranında azalmıştır. İshal ve alt solunum yolu enfeksiyonları, 10-14 yaş arasındaki infeksiyon hastalıkları kaynaklı ölüm nedenleri arasında ikinci ve dördüncü sıradadır (21).

Menenjitle birlikte bu iki hastalık, 10-14 yaş grubunda 2000 yılında tüm ölümlerin %19'u iken, 2012 yılında çok az bir değişimle %18'e gerilemiştir (1).

Şiddet

Şiddet son yıllarda dikkat çeken önemli bir halk sağlığı sorunudur (22). Dünya çapında 10–29 yaş gençler arasında her yıl tahmini olarak 200,000 cinayet meydana gelmekte olup tüm cinayetlerin %43'ünü oluşturmaktadır (23). Küresel olarak, 20 yaşın altındaki 10 kadından biri cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmektedir (1).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedef'inin özel hedefleri arasında, "Her yerde tüm şiddet biçimleri ve ilgili ölüm hızlarını önemli ölçüde azaltmak (SDG 16.1) ile çocuk istismarının, sömürüsünün, ticaretinin ve çocuklara yönelik her türlü şiddetin sona erdirilmesi (SDG 16.2)" yer almaktadır (24).

Hayatın erken dönemlerinde ebeveynler ve çocuklar arasındaki ilişkileri geliştirmek, yaşam becerileri kazandırmak, alkol ve ateşli silahlara erişimi azaltmak şiddete bağlı yaralanma ve ölümleri önlemeye yardımcı olabilir (1). Adolesan şiddeti önlenebilir bir durumdur. Nihai amaç, adolesan dönemde şiddeti başlamadan önce durdurmaktır (25).

Alkol ve Uyuşturucu Maddeler

Adolesanlar arasında sağlık sorunlarına neden olacak düzeyde alkol tüketimi, birçok ülkede büyük bir endişe kaynağıdır (1). Birleşik Devletler'de, National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) ve Monitoring the Future Study çalışmalarının sonuçlarından elde edilen tahminlere göre, 17 yaşına kadar adolesanların %59-71'i alkol kullanmış olup, %31-44'ü esrar ve %4-6'sı kokain denemiştir (26). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde gençlerin % 19'u liseden mezun olana kadar, cinsel ilişkiden önce alkol ya da uyuşturucu kullandığını bildirmektedir (27).

Sağlık sorunlarına neden olacak düzeyde alkol tüketimi, kendini kontrolü azaltır ve güvenli olmayan seks ya da tehlikeli sürüş gibi riskli davranışları artırır. Bu bağlamda alkol tüketimi yaralanmalar (trafik kazalarına bağlı olanlar dahil), şiddet (özellikle bir partner tarafından) ve erken ölümlerin ana nedenidir. Ayrıca daha sonraki yaşamda sağlık sorunlarına yol açabilir ve yaşam beklentisini etkileyebilir (1).

Sağlık sorunlarına neden olacak düzeyde alkol tüketimini azaltma stratejileri arasında, alkolün satın alınması ve alkolün tüketilmesi için minimum yaşın belirlenmesi ve gençlere yönelik alkollü içeceklerin nasıl hedef alınacağının düzenlenmesi sayılabilir (1).

Uyuşturucu madde kullanımı, 15–19 yaş arasında olan gençlerdeki durumu önemli bir küresel kaygıdır. Uyuşturucu madde kullanımının kontrolü, taleb, arz veya her ikisini azaltmaya odaklanabilir ve başarılı programlar genellikle yapısal, toplumsal ve bireysel düzeyde müdahaleleri içerir (1).

Yaralanmalar

Yaralanmalar, dünyanın en önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Dünyada her altı saniyede bir kişi yaralanma sonucu ölür (28). İstenmeyen yaralanmalar, adolesanlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleridir (1). Yaşları 15 ile 29 yaş arasında olan bireyler arasında, ölümün ilk beş nedeninin üçü yaralanma ile ilişkilidir (28). Dünyada 2015 yılında, karayolu trafik kazaları sonucunda 115,000'den fazla adolesan ölmüştür. Alkol ve uyuşturucu etkisi altında sürüş yasaklayan yasalar sıkı bir şekilde uygulanırken, genç sürücülere güvenli sürüş konusunda tavsiyelerde bulunulmalıdır. Kan alkol düzeyleri, genç sürücüler için daha düşük doza ayarlanmalıdır.

Boğulma da, adolesanlar arasında majör bir ölüm sebebidir. 2015 yılında erkek çocukların üçte ikisinin (57,000) suda boğulduğu tahmin ediliyor. Çocuklara ve adolesanlara yüzmeyi öğretmek, bu ölümleri önlemek için önemli bir müdahaledir (1).

Birçok bulaşıcı hastalıktan ölümler, yaralanmaya bağlı ölümlerden daha hızlı azalmaktadır. Bu durum birçok yaralanmanın da önlenebilir nedenler arasında yer aldığı düşünüldüğünde özellikle endişe vericidir. Yaralanmaları azaltmada, etkili ve uygun maliyetli olduğu kanıtlanmış sağlam bilimsel kanıtlara dayanan çok çeşitli stratejiler vardır. Dünyada bu stratejilerin daha yaygın olarak uygulanmasına ihitiyaç vardır (28).

Malnutrisyon ve Obezite

Gelişmekte olan ülkelerdeki birçok erkek ve kız çocuk, adolesan döneme yetersiz beslenmeyle giriş yapıyor. Bu durum onları hastalık ve erken ölümlere karşı daha savunmasız hale getirmektedir (1). Adolesan, bebeklikten sonra en yüksek

büyüme hızına sahip yaş grubudur. Adolesan dönem, büyüme açıklarını düzeltmek için, stratejilerin uygulanacağı son fırsattır (29). Spektrumun diğer ucunda, düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde aşırı kilolu veya obez olan adolesanların sayısı artmaktadır (1). DSÖ tarafından 2016 yılında 5-19 yaş arasındaki 340 milyondan fazla çocuk ve adolesanın fazla kilolu veya obez olduğu bildirilmiştir (30). Obezite yaşam kalitesini düşürmekte olup diyabet, kalp hastalığı ve belirli kanserler gibi hastalıklara bireylerin yakalanma riskini artırır. ABD, her yıl obezite ile ilgili sağlık harcamalarına 147 milyar dolar harcamaktadır (31). Küresel beslenme bozukluğu yükünün gelişimsel, ekonomik, sosyal ve tıbbi etkileri, bireyler, aileler, toplumlar ve ülkeler için ciddi ve kalıcıdır (32).

Obezite önlenebilir bir hastalıktır. DSÖ'ye göre bireysel düzeyde, yağ ve şeker kaynaklı enerji alımını sınırlayarak, meyve ve sebzelerin yanı sıra baklagil, tam tahıl ve fındık tüketimini arttırarak ve düzenli fiziksel aktivite yaparak obezite azaltılabilir (30).

Egzersiz ve Beslenme

Demir eksikliği anemisi, 2015 yılında ölüm ve sakatlığa bağlı kaybedilen yılların önde gelen nedenidir. Demir ve folik asit takviyeleri, adolesanların birer ebeveyn olmadan önce sağlığın teşvik edilmesine yardımcı olan bir çözümdür. Kancalı kurt gibi barsak helmintlerinin yaygın olduğu alanlarda, parazit tedavisinin yaygınlaştırılması, demir dahil mikrobesin eksikliklerinin önlenmesi tavsiye edilir (1).

DSÖ, 5-17 yaş arası çocuklar ve adolesanlar için çoğu aerobik olmak üzere günde en az 60 dakika orta veya şiddetli yoğunlukta fiziksel aktiviteyle birlikte haftada en az 3 kez kas ve kemiği güçlendiren şiddetli yoğunlukta aktiviteler yapmayı tavsiye etmektedir (33). Dünya çapında, 11–17 yaş arası dört adolesandan üçü, şu anda DSÖ tarafından belirlenen fiziksel aktivite için küresel önerileri karşılamamaktadır (34). ABD, her yıl yetersiz fiziksel aktivite ile ilişkili sağlık harcamalarına 117 milyar dolar harcamaktadır (31). Dünya Sağlık Örgütü Üye Devletleri yetersiz fiziksel aktiviteyi 2025 yılına kadar %10 oranında azaltmayı kabul etmiştir (35).

Adolesan dönemde sağlıklı beslenme ve egzersiz alışkanlıklarını geliştirmek, yetişkinlikte iyi bir sağlık için temel teşkil etmektedir. Doymuş yağlar, trans yağ asitleri, serbest şekerler veya tuzdan zengin gıdaların pazarlamasının azaltılması,

sağlıklı gıdalara erişimin ve fiziksel aktivite yapma fırsatlarının sağlanması, özellikle çocuklar ve adolesanlar başta olmak üzere herkes için önemlidir (1).

Tütün Kullanımı

Tütün ürünleri, tütsülenmeye, emilmeye, çiğnemeye veya buruna çekmeye yönelik hammadde olarak tamamen veya kısmen yaprak tütünden yapılmış ürünlerdir. Hepsi son derece bağımlılık yapan psikoaktif madde, nikotin içerir (36).

Tütün insanı erken yaşta öldürür. Tütün kullanan insanlar hayatından ortalama 15 yıl kaybetmektedir. Tütün kullanımı her yıl 7 milyondan fazla insanı öldürmekte olup, bu ölümlerin %80'den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yer almaktadır (37, 38). Ayrıca tütün kullanımı, dünya üzerinde ağır bir ekonomik yük getirmektedir. Yalnız sigara içmenin maliyeti 1400 milyar dolardır (38). Günümüzde tütün kullanan insanların büyük çoğunluğu, adolesan dönemde başladı. Küresel olarak, 13 ile 15 yaş arasındaki 10 adolesandan en az biri tütün kullanmaktadır (1).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin (SDG 3.A) özel hedeflerinden biri, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin bütün ülkelerde, uygun görüldüğü şekilde uygulanmasının güçlendirilmesidir (39).

Tütün kullanımı öldürücüdür ve hayat kurtarmak için acil eylem gereklidir (37). Tütün ürünlerinin küçüklere satışının yasaklanması ve tütün ürünlerinin fiyatının daha yüksek vergilerle artırılması, tütün reklamlarının yasaklanması ve dumansız ortamların sağlanması hayati önem taşımaktadır (1).

2.1.4. Adolesan ve Ruh Sağlığı

Adolesan dönem, kişiliğin özgünleştirildiği ve biçimlendirildiği bir zamandır. Adolesanların çoğu iyi bir ruh sağlığına sahip olmakla birlikte, yoksulluk, istismar veya şiddet gibi birçok fiziksel, duygusal ve sosyal değişim, adolesanları ruh sağlığı sorunlarına karşı savunmasız hale getirebilir. Ruh sağlığı ile ilişkili bozukluklar, adolesanlardaki küresel hastalık ve yaralanma yükünün %16'sını oluşturmaktadır (40).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin (SDG 3.4) özel hedeflerinden biri, 2030 yılına kadar, bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma ve tedavi yoluyla üçte bir oranında erken ölüm hızını azaltmak ve ruh sağlığını ve iyiliğini teşvik etmektir (41).

Oysa, adolesan ruh sağlığı ve iyiliği, çoğu zaman göz ardı edilen bir durumdur (42). DSÖ bir insani krizin akut aciliyet safhasında odak nokta, genellikle yiyecek,

barınak, kıyafet, temel sağlık bakımı ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi akut ihtiyaçlar olsa bile, toplumsal ruh sağlığı müdahalelerini yürütmeyi tavsiye etmektedir (43). Dünya genelinde adolesanların %10-20'sinin ruh sağlığı ile ilgili bir problem yaşadığı tahmin edilmekle birlikte bunlara henüz tanı konulmamış ve tedavi edilmemiştir. Ruh sağlığı belirtileri bir dizi nedenden ötürü gözden kaçabilir. Bunlar arasında sağlık çalışanları arasında ruh sağlığı konusunda bilgi ya da farkındalık eksikliği, damgalanma hissinin insanların yardım aramasını engellemesi gibi nedenler sayılabilir (40).

Ruhsal bozukluklar sıklıkla bireyleri ve aileleri yoksulluğa sürükler. Yakın tarihli bir çalışmada, 2011-2030 yılları arasında, ruhsal bozuklukların, kaybedilen ekonomik çıktı açısından kümülatif küresel etkisinin 16.3 milyon dolar olacağı tahmin edilmektedir (44).

Adolesanları psikolojik yönden desteklemek, olumsuz deneyimlerden ve risk faktörlerinden korumak sadece, adolesan dönemdeki refahları için değil, aynı zamanda yetişkinlik dönemindeki fiziksel ve ruhsal sağlıkları için de önemlidir (40). Adolesanlarda yaşam becerileri oluşturmak, onlara okulda ve diğer toplum ortamlarında psikososyal destek sağlamak, iyi bir ruh sağlığı için yardımcı olabilir. Ayrıca adolesanlar ve aileleri arasındaki bağları güçlendirmeye yardımcı olacak programlar da önemlidir (1).

2.2. İnternet Bağımlılığı

Sayısız çalışma, alkol tüketimi ve sigara kullanımı gibi sağlık ile ilgili zararlı davranışların ve aşırı kilonun adolesanların sağlık sonuçları üzerindeki etkisini analiz etmiştir (45-47). Son çalışmalar, aşırı oyun ve internet bağımlılığının adolesanlar için yeni zararlı sağlık davranışının bir parçası olduğunu göstermiştir (48, 49). İnternet ve bilgisayar, bugün hayatın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (50).

Her kuşağın kendi değerleri, hobileri ve boş zaman aktiviteleri vardır. İnternet ve online bilgisayar oyunları son yıllarda çocukların zamanının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (50). Adolesanlar, düşük düzeyde ebeveyn izlemi, özellikle üniversite kampüslerinde internete ücretsiz erişim ve serbest zamanın yüksek oranda bulunmasının bir karışımı nedeniyle, internet bağımlılığı geliştirme açısından risk taşımaktadır (51).

İnternet bağımlılığı, yaş, cinsiyet, sosyal ve kişisel özelliklere göre değişiklik göstermektedir. İnternet bağımlılığı, aşırı kilo, fiziksel hareketsizlik, kas-iskelet sistemi ve görme bozuklukları ile yakından ilişkilidir. Bununla birlikte, internet bağımlılığı ile ilgili davranışlar hakkında çok az şey bilinmektedir (50).

2.2.1. İnternet Bağımlılığı Tanımı ve Tarihçesi

İnternet bağımlılığının doğal tarihi bilinmemekle birlikte (52), internet bağımlılığı, ilk kez 1995 yılında Ivan Goldberg tarafından ortaya atılan bir kavramdır (53-55). İnternet bağımlılığı ile ilgili tanı ölçütleriyle ilgili ilk ciddi öneri 1996'da Dr. Young tarafından patolojik kumar oynamaya yönelik DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ölçütleri modifiye edilerek yapılmıştır (56). 2010 yılında yayınlanan DSM-V için taslak tanı ölçütlerinde Amerikan Psikiyatri Birliği internet bağımlılığını "davranışsal bağımlılık" kategorisinin bir parçası olarak dikkate almış, ancak çalışma grubu üyeleri bunun için yeterli araştırma verisi bulunmadığına karar vermiştir (54).

O zamandan beri isim ve kriterlerdeki varyasyonlar, günümüzde internet bağımlılığı olarak bilinen problemi yakalamak için öne sürülmüştür (57). İnternet bağımlılığının, internetin kötü amaçlı/amaç dışı kullanımı, sanal bağımlılık, patolojik internet kullanımı, patolojik bilgisayar kullanımı ve kompulsif internet kullanımı gibi çeşitli isimleri de vardır (58).

İnternetle ilgili bağımlılık problemini tanımlamak çok zordur. Bazıları bunu bir dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlayıp, patolojik kumar oynamaya benzetirken (59), bazıları ise madde benzeri bağımlılık olarak düşünmektedirler (60). Ancak klinik pratikte gözlemlenen semptomlar, yaygın olarak (davranışsal) bağımlılıkla ilişkili semptomlarla büyük ölçüde örtüşmektedir. İnternet bağımlılığının alt tiplerinde, bağımlılık davranışından sorumlu olan mekanizmaların aynı olup olmadığı ise henüz açık değildir (57).

İnternet bağımlılığı, internet kullanımında bozulmaya veya sıkıntıya yol açan aşırı veya yetersiz kontrol altında olan meşguliyet, dürtüler veya davranışlarla karakterizedir (52). Young'a göre internet bağımlılığı**,** genel olarak internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik hali, saldırganlık olması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanmaktadır (6).

2.2.2. İnternet Bağımlılığı Alt Tipleri

Sanal Seks Bağımlılığı: Bağımlı insanlar, siber pornografik materyalleri indirir, kullanır ve ticaretini yaparlar. Ayrıca siber seks ve siber pornografik materyallere takıntısı olan yetişkin sohbet odalarına da sıklıkla katılırlar (53).

Sanal İlişki Bağımlılığı: Siber ilişki bağımlısı insanlar siber ilişkilerle çok fazla ilgilenmekte olup hatta siber zinaya karşı aşırı ilgi duyarlar. Çevrimiçi ilişkiler zamanla gerçek hayattan daha önemli hale gelmektedir. Bu durum evlilikte anlaşmazlık ve ailede istikrarsızlıkla sonuçlanabilir (52).

İnternet Kompülsiyonları: Kumar, video oyunları, alışveriş ve saplantı haline gelmiş e-ticaret gibi çok çeşitli davranışları içerir (61). Önemli maddi kayıplara yol açmakla birlikte iş aksamalarına da neden olur (52).

Aşırı Bilgi Yükleme: Aşırı bilgilenme bağımlılığı olarak da bilinir. İnternetteki bilginin bolluğu, internette gezinmek veya veri tabanlarını aramakla ilgili yeni bir zorlayıcı davranış yaratır. Bağımlı kişiler, verileri aramak ve düzenlemek için giderek daha fazla zaman harcamaktadırlar. Obsesif kompulsif eğilim ve iş verimliliğinde azalma bu tür bir bağımlılıkla bağlantılıdır (53).

Bilgisayar Bağımlılığı: Bilgisayarlara 1980'lerde, Solitaire ve Mayın Tarlası gibi bilgisayar oyunları programlandı. Araştırmacılar, kurumsal ortamlarda obsesif bilgisayar oyunu oynamanın sorunlu olduğunu tespit etti (53). İnsanlar iş performansı veya aile yükümlülükleri pahasına bu oyunları oynamaya bağımlı hale gelir (52).

2.2.3. İnternet Bağımlılığı Etiyolojisi

İnternet bağımlılığı etiyolojisi ile ilgili araştırmaların kanıt düzeyi yeterli olmayıp, kontrol grupları, randomizasyon kullanan az sayıda çalışma vardır (62). İnternet bağımlılığı etiyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle birlikte psikolojik, nörobiyolojik ve kültürel etkilere odaklanmış teoriler bulunmaktadır. Herhangi bir psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, etiyoloji genellikle çok faktörlüdür ve birçok mekanizmayı içermektedir (52).

Bilişsel Davranış Teorisi

Bilişsel Davranış Teorisi kurucusu Davis'e göre, bilişsel davranış kuramı patolojik internet kullanımının başlangıcını ve sürdürülmesini açıklayabilir. Bu model, spesifik ve genelleştirilmiş internet bağımlılığı arasında ayrım yapmaktadır. Davis, internetin mevcut olmaması durumunda bu özel davranışların başka bir yerde gösterilebileceğini iddia etmektedir (52). Spesifik internet bağımlılığı, bireyin interneti, çevrimiçi seks veya çevrimiçi kumar gibi belirli bir amaç için patolojik olarak kullandığı koşulu ifade ederken, genelleştirilmiş internet bağımlılığı daha genel bir dizi davranışa işaret etmektedir (63).

Sosyal Beceri Eksikliği Teorisi

Kaplan'nın geliştirdiği bu teoriye göre, yalnız ve depresif bireylerin kendilerini sosyal olarak yetersiz görmelerinden dolayı bilgisayar aracılı iletişimin cazip gelen birçok özelliği vardır. Bilgisayar aracılı iletişim etkileşimleri, kişilere yüz yüze iletişimden daha fazla esneklik sağlar. Ayrıca, kişinin benliğinin olumlu yönlerini üretmek, abartmak veya yoğunlaştırmak için daha büyük bir fırsat vardır. Bu nedenle, bazı kişiler için internet, başkalarının kendisi hakkında sahip olduğu izlenimler üzerinde kontrol uygulayabilecekleri bir yeri temsil eder. Bireylerin çevrimiçi sosyal etkileşimi tercih etmelerinin nedeni; bilgisayar aracılı iletişimin daha kolay, daha az riskli ve yüz yüze iletişimden daha heyecanlı olduğuna inandıklarından kaynaklanmaktadır (52).

Nörobiyolojik Teoriler

Bağımlılıkların, beynin "ödül merkezi" veya "haz yolu" olarak bilinen, zevkle ilgili beyindeki alanların bir kombinasyonunu harekete geçirdiği bilinmektedir. Aktive edildiğinde, opiyatlar ve diğer nörokimyasallarla birlikte dopamin salınımı artar (57). İnternet üzerinde yapılan aktivitelerin, bağımlılığın gelişmesinde önemli bir nörokimyasal değişiklik olduğu düşünülen Nucleus Accumbens'de dopamin salınımına yol açtığı düşünülmektedir (64). Dijital teknoloji kullanımının ödüllendirici niteliğinin bir örneği, internet bağımlılığı için tedavi gören 21 yaşındaki bir erkek tarafından yapılan aşağıdaki açıklamada görülebilir:

“Teknolojinin hayatıma çok fazla neşe kattığını hissediyorum. Başka hiçbir faaliyet beni teknoloji kadar rahatlatamaz. Bununla birlikte, depresyona girdiğimde, teknolojiyi geri çekilme ve izolasyon yöntemi olarak kullanmaya meyilliyim.” (57).

Ödül / Güçlendirme

Ödül / Güçlendirme teorisi, dijital teknoloji kullanıcılarının, çeşitli bilgisayar uygulamalarını kullandıklarında çok katmanlı ödül yaşadıklarını iddia etmektedir. Uygulamalar değişken olabilmekte ancak sonunda bu uygulamalar, öngörülemeyen ve değişken ödül yapılarını desteklemektedir. Yaşanan ödül, ruh halini arttırıcı içerikle birleştirildiğinde daha da yoğunlaşır. Bunun örnekleri pornografi (cinsel uyarılma), video oyunları (örneğin çeşitli sosyal ödüller, bir kahramanla özdeşleşme), tanışma siteleri (romantik fantazi), çevrimiçi poker (finansal) ve özel ilgi sohbet odaları olabilmektedir (57).

Biyolojik Yatkınlık

Bağımlılık yapan davranışlara genetik bir yatkınlık olabileceğine dair kanıtlar artmaktadır (57). Biyolojik görüş, bağımlılık yapan bir davranışta bulunan kişide biyolojik veya nörokimyasal değişikliklerin olabileceğini kabul etmektedir. Örneğin, bir kişiyi bağımlılık yaratan davranışlar geliştirmeye eğilimli kılan genlerin bir kombinasyonu olabilir. Diğer bir olasılık, kullanıcının, bağımlılık yapan davranışlara katkıda bulunabilecek yetersiz miktarda serotonin veya dopamine sahip olmasıdır (65). Bu nedenle çoğu insanın ödüllendirici bulacağı faaliyetlerde normal haz seviyelerinde zorluk yaşamaktadır. Hazzı arttırmak için, bu bireylerin dopamin artışını teşvik eden davranışlara ortalama katılımdan daha fazla ilgi göstermeleri muhtemeldir, bu da etkin bir şekilde daha fazla ödül verir, ancak bağımlılık için daha yüksek risk altında tutar (57).

Kültürel Mekanizmalar

Bilgisayar kullanımının olduğu her yerde internet bağımlılığının meydana geldiğini kabul etmek için kültürel mekanizmalar önerilmiştir. Bozuklukla ilgili raporlar ABD, Finlandiya, Macaristan, İtalya, Kore, Norveç, Güney Afrika, Tayvan, İngiltere ve Çin'den gelmiştir. İnternet bağımlılığının, akademik, iş dünyası, devlet dairesi veya seçkin insanlar dışında, toplumda bilgisayar ve internet erişiminin sınırlı olduğu az gelişmiş ülkelerde, ortaya çıkması muhtemel görünmemektedir (52).

2.2.4. İnternet Bağımlılığı Epidemiyolojisi

İnternetin ve modern teknolojilerin en aktif uygulayıcıları, iyi gelişmiş (yaygın olarak bulunabilen, yüksek hızlı) bir internet ile bir ortamda büyüdükleri gerçeğini yansıtan adolesanlar ve genç yetişkinlerdir. Bu durum muhtemelen, ergenler ve genç yetişkinler arasında internet bağımlılığı için yüksek prevelans tahminlerine katkıda bulunmuştur. DSÖ'nün yayınladığı bir rapora göre, Kore'de 2012 yılında internet bağımlılığının çocuklar arasında yaşanan en büyük sağlık sorunu olduğu, Çin'de 2009 yılında, internet kullanımıyla ilgili problemlerin en sık 18-23 yaşları arasında %15.6 olarak rapor edildiği ve İsviçre'de internet bağımlılığının genel nüfus içinde sadece %0.9 iken, 15-19 yaş grubu arasında %6.5'e ulaştığı bildirilmektedir (58). Norveç'te 1999 yılında 3237 adolesan üzerinde yapılmış bir çalışmada ise internet bağımlılığı prevelansı %1.98 olarak saptanmıştır (66).

Literatürde, 2000-2018 yılları arasında yapılmış adolesanlarda internet bağımlılığı prevelans çalışmaları taranmış ve Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Literatürde, 2000-2018 yılları arasında yapılmış adolesanlarda internet bağımlılığı prevelans çalışmalarının sonuçları

No	Referans No	Çalışma Yılı	Çalışma Yeri	Sayı (N)	Ölçek Kestirim Değeri	Prevelans Hızı (%)
1	(67)	2001	Finlandiya	7,292	IAT*, ≥4/7	E: 1.7 K: 1.4
2	(68)	2004	Kore	836	IAT, ≥80/100	20.3
3	(69)	2004	Tayvan	9,405	CIAS, ≥64/104	18.8
4	(70)	2004	Tayvan	8,941	CIAS, ≥64/104	≥15 yaş K:13.8, < 15 yaş K:12.2, ≥15 yaş E: 26.6 < 15 yaş E: 22.5
5	(71)	2005	Tayvan	2,293	CIAS, ≥64/104	10.8
6	(72)	2006	Güney Kore	1573	IAT, ≥80/100	1.6
7	(73)	2006	Tayvan	3,412	CIAS, ≥64/104	20.7
8	(8)	2007	Çin	5,122	DRM, ≥164/260	8.8
9	(74)	2007	Tayvan	1,890	CIAS, ≥64/104	17.9
10	(75)	2008	Tayvan	3,662	CIAS, ≥64/104	20.8
11	(76)	2008	Tayvan	2,114	CIAS, ≥64/104	18.3
12	(77)	2008	Yunanistan	2,200	YIBTA, ≥5/8	8.2
13	(78)	2008	Çin	3,254	YIBTA, ≥5/8	4.0
14	(79)	2008	Tayvan	1,289	YIBTA, ≥5/8	23.4
15	(80)	2008	Çin	3,018	YIBTA, ≥5/8	5.0
16	(81)	2008	Çin	1,618	IAT, B: 50-79/100 CB: ≥80/100	B: 10.2 CB: 0.6

Tablo 2.1. "Devam" Literatürde, 2000-2018 yılları arasında yapılmış adolesanlarda internet bağımlılığı prevelans çalışmalarının sonuçları

No	Referans No	Çalışma Yılı	Çalışma Yeri	Sayı (N)	Ölçek Kestirim Değeri	Prevelans Hızı (%)
17	(82)	2008	Güney Kore	2,336	IAT, B: 40-69/100 CB: ≥70/100	B: 47.4 CB: 2.3
18	(83)	2008	Çin	17,599	IAT, ≥50/100	8.1
19	(84)	2008	Tayvan	1,861	CIAS, ≥64/104	23.0
20	(85)	2009	Çin	10,988	DQ, ≥5/8	7.5
21	(86)	2009	Hindistan	987	IAT, OB: 40-69/100 B: ≥70/100	OB: 24.8 B: 0.7
22	(87)	2009	Tayvan	2,479	CIAS, ≥64/104	17.1
23	(88)	2010,	Yunanistan	2,017	YIBTA, ≥5/8	15.2
24	(54)	2010	Kore	73,238	KS-scale, ≥52/80	3.0
25	(89)	2010	Kore	56,086	KS scale, ≥53/80	2.8
26	(90)	2011	İtalya	2,533	IAT, B: 50-79/100 CB: ≥80/100	B: 0.79 CB: 5.01
27	(91)	2011	Çin	14,296	IAT, ≥50/100	12.2
28	(92)	2011	Hong Kong	3,580	YIBTA, ≥4/10	26.7
29	(93)	2011	Yunanistan	1,270	YIBTA, ≥5/8	11.0
30	(94)	2011	Hollanda	3,105	CIUS, ≥28	3.7
31	(95)	2012	Hong Kong	3,325	YIBTA, ≥4/10	26.4
32	(96)	2012	Hong Kong	844	IAT, B: 40-69/100 CB: ≥70/100	B: 31.6 CB: 3.0
33	(97)	2012	Türkiye	4,957	BAPINT-SV	15.96
34	(98)	2012	Finlandiya	475	IAT, ≥50/100	24.2
35	(99)	2012	Polonya	1,860	IAT, ≥70/100	1.83
36	(12)	2012	Türkiye	1,673	IAT**, ≥81/135	13.7
37	(100)	2012	Litvanya	1,730	YIBTA, ≥5/8	9.1
38	(101)	2012,	Türkiye	4,311	IAT, B: 40-59/100 CB: ≥60/100	B: 13.0 CB: 5.0
39	(102)	2013	Tayvan	9,510	CIAS, ≥64/100	18.7
40	(103)	2013	Yunanistan	2,090	IAT, ≥50/100	3.1
41	(104)	2013	İran	4,177	IAT, ≥50/100	21.1
42	(105)	2013	Türkiye	1,938	IAT, ≥50/100	12.4
43	(106)	2013	Nijerya	1,022	IAT, ≥70/100	3.3
44	(107)	2013	Güney Kore	525	IAT, B: 40-69/100 CB: ≥70/100	B: 52.8 CB: 3.4
45	(108)	2013	Kanada	1,948	IAT, B: 50-79/100 CB: ≥80/100	B: 13.0 CB: 1.2
46	(109)	2013	Çin	755	IAT, ≥50/100	6.0
47	(110)	2013	Hong Kong	9,518	CIAS, ≥64/104	15.8
48	(111)	2013	Türkiye	468	IAT, B: 40-69/100 CB: ≥70/100	B: 16.2 CB: 1.6
49	(112)	2013	Filipinler	999	CIAS, ≥64/100	21.1
50	(112)	2013	Malezya	969	CIAS, ≥64/100	14.1

Tablo 2.1. "Devam" Literatürde, 2000-2018 yılları arasında yapılmış adolesanlarda internet bağımlılığı prevelans çalışmalarının sonuçları

No	Referans No	Çalışma Yılı	Çalışma Yeri	Sayı (N)	Ölçek Kestirim Değeri	Prevelans Hızı (%)
51	(112)	2013	Güney Kore	936	CIAS, ≥64/100	9.7
52	(112)	2013	Japonya	744	CIAS, ≥64/100	6.2
53	(112)	2013	Hong Kong	839	CIAS, ≥64/100	16.4
54	(112)	2013	Çin	879	CIAS, ≥64/100	9.6
55	(112)	2013	Filipinler	999	IAT, ≥70/100	4.9
56	(112)	2013	Malezya	969	IAT, ≥70/100	2.4
57	(112)	2013	Güney Kore	936	IAT, ≥70/100	1.2
58	(112)	2013	Japonya	744	IAT, ≥70/100	3.1
59	(112)	2013	Hong Kong	839	IAT, ≥70/100	3.0
60	(112)	2013	Çin	879	IAT, ≥70/100	2.2
61	(113)	2013	Tayvan	1,867	CIAS, ≥64/100	15.8
62	(114)	2013	Hong Kong	920	IAT, ≥70/100	3.0
63	(115)	2013	Tayvan	1,153	CIAS, ≥64/100	11.4
64	(116)	2014	Güney Kore	714	IAT, ≥70/100	1.8
65	(117)	2014	Türkiye	328	CIAS, ≥58/100	15.9
66	(118)	2014	Hong Kong	1,098	IAT, ≥50/100	24.0
67	(119)	2014	Tayvan	1,253	CIAS, ≥64/100	12.1
68	(120)	2014	Japonya	853	IAT, B: 40-69/100 CB: ≥70/100	B: 21.7 CB: 2.0
69	(121)	2015	Çin	956	CIAS, ≥64/100	8.9
70	(122)	2015	Hindistan	1,914	IAT, Bağımlı: ≥70/100	5.9
71	(123)	2015	Tayvan	300	CIAS, ≥64/104	14.0
72	(124)	2015	Hindistan	1,020	IAT, ≥50/100	35.6
73	(125)	2015	Vietnam	589	s-IAT, ≥36/60	20.9
74	(126)	2016	Çin	747	YIBTA, ≥5/8	6.8
75	(127)	2016	Çin	5,249	IAT, ≥50/100	8.7
76	(128)	2016	Hong Kong	1,163	IAT, ≥50/100	25.3
77	(129)	2016	Çin	10,158	IAT, ≥50/100	10.4
78	(130)	2016	Polonya	376	YIBTA, ≥5/8	11.6
79	(131)	2016	İtalya	224	IAT, B: 50-79/100 CB: ≥80/100	B: 24.6 CB: 1.6
80	(132)	2017	Peru	179	SIAL, 27≥	12.9
81	(133)	2017	İtalya	240	IAT, ≥50/100	21.8
82	(134)	2018	Hong Kong	862	CIAS, ≥64/104	10.9
83	(135)	2018	İsrail	631	IAT, ≥40/100	30.2

E:Erkek, K: Kadın

B: Bağımlı, CB: Ciddi Bağımlı OB: Olası Bağımlı

IAT: Young İnternet Addiction Test

IAT* : Internet Addiction Test (Center for On-Line Addiction, 2001)

IAT**: : Internet Addiction Test, Canan et al

DRM: DRM 52 Scale of Internet-use in Adolescents

YIBTA: Young İnternet Bağımlılığı Tanı Anketi

DQ: Diagnostic Questionnaire

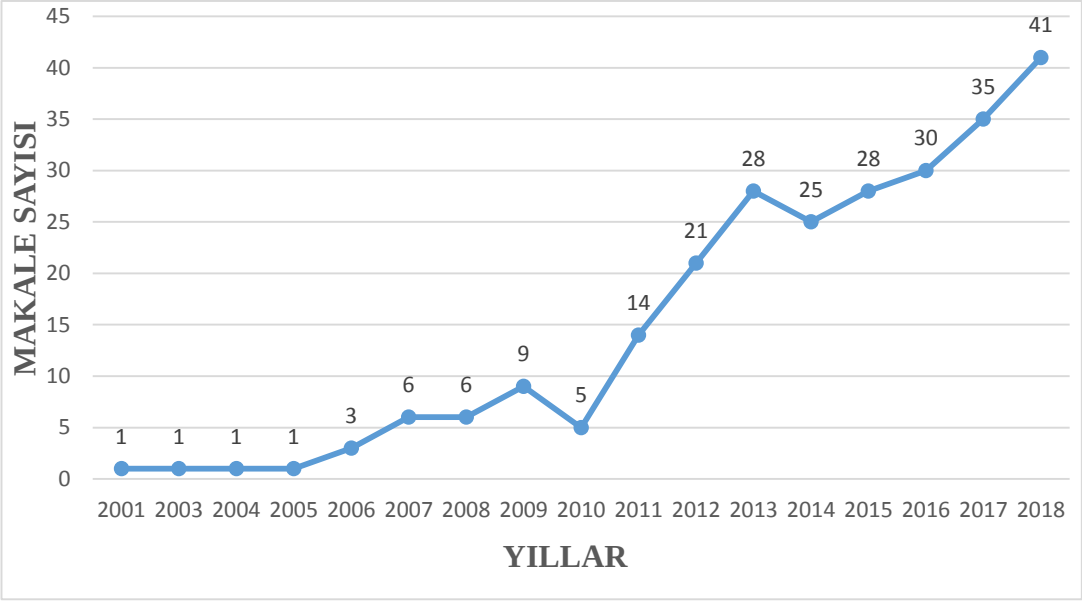
KS-scale: Korean self-reporting internet addiction scale short form
CIUS: Compulsive Internet Use Scale
CIAS: Chen's Internet Addiction Scale
BAPINT-SV: The Addiction Profile Index Internet Addiction Form - Screening Version
s-IAT: Short form internet addiction test
SIAL: Scale for internet addiction of Lima

Literatürde, 2000-2018 yılları arasında yapılmış adolesanlarda internet bağımlılığı prevelans çalışmalarına baktığımızda yaklaşık %73.0'ünün Asya kıtasında %22.0'sinin Avrupa kıtasında, çok az bir kısmının Amerika kıtasında yer alan ülkelerden geldiği saptandı. Ayrıca çalışmalarda internet bağımlılığının değerlendirilmesinde farklı ölçeklerin kullanıldığı görüldü. İnternet bağımlılığının değerlendirilmesinde en çok kullanılan ölçeğin IAT olduğu bulundu. Çalışmalarda aynı ölçek kullanılmasına rağmen bağımlı ya da ciddi bağımlı şeklinde internet bağımlılığını sınıflandırırken farklı kestirim değerlerinin kullanıldığı saptandı.

Tablo 2.1 incelendiğinde internet bağımlılığının prevelansının değerlendirilmesinde altın standart bir ölçeğin henüz olmadığı saptandı. İnternet bağımlılığı prevelans hızının; çalışmanın yapıldığı yere, kullanılan ölçeğe, kullanılan ölçeğin kestirim değerine göre değiştiği görüldü. İnternet bağımlılığının en kısa sürede DSM sınıflamasına dahil edilerek uluslararası tanı ölçütlerinin belirlenmesi ve tarama ölçeklerinin standartlaştırılması gerektiği kanaatine varıldı.

DSÖ'nün 27-29 Ağustos 2014 yılında yayınladığı aşırı internet kullanımının toplum sağlığı sonuçlarının incelendiği raporda da internet bağımlılığı prevalans tahminlerinin, sadece yaşa göre değil, aynı zamanda coğrafi bölgelere, kesme noktasına, tarama ve tanı araçlarına bağlı olarak da değiştiği ayrıca, internet kullanım bozuklukları hakkındaki mevcut epidemiyolojik verilerin orantısız bir miktarı Asya ve Avrupa'dan toplandığı rapor edilmiştir (58).

Web of Science veri tabaninda "adolescent" ve "internet addiction" anahtar kelimeleriyle yapılan aramada çıkan yayın sayısının yıllara göre dağılımı Grafik 2.1'de verilmiştir.



Grafik 2.1. Web of Science veri tabaninda "adolescent" ve "internet addiction" anahtar kelimeleriyle yapılan aramada çıkan yayın sayısının yıllara göre dağılımı

Adolesanlarda internet bağımlılığı ile ilgili yapılan yayınların yıllara göre dağılımına bakıldığında; 2018 yılında yapılan yayın sayısının 2001 yılına göre yaklaşık 40 kat arttığı gözlendi. Özellikle 2010 yılından sonra adolesanlarda internet bağımlılığı ile ilgili yayınların hızlı bir şekilde arttığı saptandı. Bu durum internet bağımlılığının toplum için giderek büyük bir problem haline geldiğini göstermektedir. Yıllar içinde internetin gelişmesi ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte internete ulaşımın kolaylaşması sonucu internet kullanımın aşırı artması, toplumu internet bağımlılığı gibi bir problem ile karşı karşıya bırakmış olabilir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak internet bağımlılığı ile ilgili yapılan yayın sayısı da önemli bir artış göstermiştir.

Sosyodemografik Değişkenler

Rapor edilen yaygınlık tahminlerine ek olarak, adolesanlarda yapılan araştırmalar; yüksek aile gelir düzeyine sahip olanlarda (83, 136), erkeklerde (8, 83, 90, 136), kırsal alanda yaşayanlarda (70), lise öğrencisi olanlarda ve aylık geliri yüksek olanlarda (8), anne babası ayrı olanlarda (137), internet bağımlılığının, daha yüksek saptandığını rapor etmiştir. Ayrıca, araştırılmamış kültürel farklılıklar tartışmalı sosyodemografik bulguların nedeni olabilir (138).

İnternet Kullanımı ile İlgili Değişkenler

Literatürde, adolesanlarda internet bağımlılığının; sigara kullanımı (139, 140), alkol kullanımı (76), ilk internet kullanma yaşı (85), internet kullanma sıklığı (83), evde internet erişimi (101) ve internette geçirilen süre (141, 142) ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Birçok araştırma, ekran uyku süresi ayarları ve çoklu ekran kullanımı gibi nedenlerle teknik olarak ölçülmesi zor olan ve gerçek kullanımı tam olarak göstermeyen, internette geçirilen süreyi ölçmektedir. Ayrıca, internette geçirilen süre alışkanlık, eğitim veya işle ilgili olabileceği gibi kültürel bir olaya da işaret edebilir. Bu nedenle, insanların "internette geçirdikleri süre boyunca yaptıklarını doğru bir şekilde yakalamak için nicel ölçümleri tamamlamak için nitel ve kültürel araştırma gereklidir (58). Düşük özgüven, içe dönüklük ve öz denetim gibi kişilik ve mizaçla ilgili faktörler internet bağımlılığı için bireysel risk faktörleri olarak bildirilmiştir (58).

2.2.5. İnternet Bağımlılığı Değerlendirme Ölçekleri

İnternet bağımlılığını değerlendirmek için pek çok tarama aracı geliştirilmiştir, ancak hiçbiri 'altın standart' olarak ortaya çıkmamıştır (52). Çoğu epidemiyolojik araştırma, gerçek prevalansı tanımlayacak kadar spesifik ölçekler kullanmamaktadır (58). İnternet bağımlılığı için 21 değerlendirme aracı listelenmiştir (143). Bunlar Young internet bağımlılığı ölçeği de dahil olmak üzere internet bağımlılığının varlığını ve ciddiyetini ölçmek için kullanılmaktadır. İnternet bağımlılığı tanı kriterleri konusunda uluslararası bir fikir birliği olmadığı için, kullanılan ölçekler tarama amaçlı olup kesin tanı koydurmaz. Bu nedenle, kullanılan ölçekler tarama prevalansı ile gerçek prevalansı ayırt etmek için yeterince spesifik değildir (58).

İnternet bağımlılığı ile ilgili en eski çalışmalardan birinde, Egger ve Rauterberg, internet kullanımı ile ilgili duygu ve deneyimlerle birlikte kullanım şekillerini değerlendirmek için 46 maddelik bir ölçek geliştirmişlerdir (52, 144). Ancak, ölçeğin psikometrik özellikleri hakkında rapor vermemişlerdir (52). Egger ve Rauterberg tarafından, internet davranış ve bağımlılık yönlerini incelemek için online bir anket hazırlanmıştır (145). Ölçek internet üzerinden e-posta ile gönderilmiş olup, 454 kişiden cevap gelmiştir (144). Araştırmacılar, e-postalara gelen cevapların çoğunun İsviçre'den geldiğini, çalışmayı oluşturanların %16'sının kadın, % 84'ünün

erkek olup, yaşlarının yaklaşık 30 yaş civarında olduğunu bildirmişlerdir (145). Egger ve Rauterberg, cevap veren kişilerin %10'unun kendilerini bağımlı olarak tanımladığını, ölçeğe göre kendini bağımlı olarak kabul eden bireylerin, internette çok daha fazla zaman harcadığını ve kullanımlarının giderek arttığını, interneti kullanmak için güçlü bir şekilde kendilerini yönlendirdiklerini, internet kullanımının kısıtlanması durumunda kendilerini endişeli hissetmekte olup, internette uzun zaman geçirdiklerinde ise kendilerini suçlu ya da sıkıntılı hissettiklerini rapor etmişlerdir (144).

Brenner, bir kişinin DSM-IV'teki madde kötüye kullanımına benzer olarak kurgulayan 32 maddelik bir anket olan İnternet Bağımlılık Davranış Envanteri'ni (IRABI) geliştirmiştir. Ölçeğin iyi bir iç tutarlılık gösterdiği bildirilmiştir (Cronbach's alpha = 0.87) (146).

Petrie ve Gunn, 455 geçerli yanıt veren başka bir çevrimiçi çalışma yürütmüştür. Petrie ve Gunn, katılımcılara internet kullanımı, tutumları ve inançları hakkında 27 soru sormuş olup, bu sorulara katılımcıların kendilerini internet "bağımlıları" olarak tanımlayıp tanımlamadıkları anahtar sorusu da dahil edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %46.1'inin kendilerini internete bağımlı olarak sınıflandırdığı bildirilmiştir (144).

İnternet bağımlılığı ölçeğinin standartlaştırılması ile ilgili en önemli çalışma Young tarafından yapılmıştır. Young, internet bağımlılığının değerlendirmesi için birbiriyle ilişkili ancak farklılıklar gösteren iki araç geliştirmiştir (Young İnternet Bağımlılığı Tanı Anketi ve Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği). Young İnternet Bağımlılığı Tanı Anketi, aşırı internet kullanımını DSM-IV'te bir dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanan patolojik kumar oynamaya benzeterek kurgulanmıştır. Patolojik kumar oynama bozukluğunun DSM-IV kriterlerini, internet kullanımıyla ilgili olarak uyarlamıştır. Patolojik kumar oynamadaki kesme noktasıyla tutarlı olarak, beş veya daha fazla tanısal soruya "evet" cevabı veren katılımcılar, internet bağımlıları olarak kabul edilmişlerdir (56).

Young tarafından internet bağımlılığının değerlendirilmesi için geliştirilen İnternet Bağımlılığı Testi, madde bağımlılığı ve patolojik kumar oynama kriterlerine dayanarak internet bağımlılığını değerlendiren 20 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir

(138). Ölçekten alınabilecek puan ≤49 normal, 50–79 problemli ve 80–100 önemli ölçüde problemli olarak sınıflandırılmaktadır (147). İnternet Bağımlılığı Testi, tatmin edici bir iç tutarlılığa sahip, geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Cronbach's alpha = 0.84) (148).

Chen'in İnternet Bağımlılığı Ölçeği (CIAS), araştırma raporlarında, internet bağımlılığını değerlendirmek için en sık kullanılan ölçektir (138). CIAS, sosyal aktiviteler, kişilerarası ilişkiler, fiziksel durum ve zaman yönetimi üzerindeki olumsuz etkileri açısından ilgili problemlerin yanı sıra, internet bağımlılığı, tolerans, zorunlu kullanım ve geri çekilmenin temel semptomlarını değerlendiren 26 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Buna ek olarak, ölçek haftalık çevrimiçi saatler ve internet kullanımı deneyimini de sorgular. Ölçeğin iç tutarlılığı iyi bulunmuş olup, ilgili alt boyutları için Cronbach's alpha değerleri 0,79 ile 0,93 arasında değişmiştir (149). Psikiyatristlerin sistematik tanısal görüşmelerinin sonuçlarına dayanarak, bir özbildirim ölçeği olan CIAS'ın tarama için kesme noktası 57/58 kabul edildiğinde, %85.6 duyarlılığa sahip olduğu ve tanı amaçlı kesme noktası 63/64 alındığında ise duyarlılığın %87.6 olduğu gösterilmiştir. CIAS'ın tanı amaçlı kesme noktasına göre, ROC eğrisi altındaki alan 0.896 olarak hesaplanmış ve iyi bir teşhis doğruluğuna sahip olduğu gösterilmiştir (150).

Sonuç olarak, bu alandaki epidemiyolojik araştırma sınırlı ve sıklıkla güvenilmez verilerle karşı karşıya kalmaktadır. Dolayısıyla; prevalansı, kaliteyi ve bozukluğu temsil eden davranışlardaki niteliği ölçmek için standart sorular veya ölçekler tasarlayarak, uluslararası düzeyde yeni araştırmalar üretmeye ihtiyaç vardır (58).

2.2.6. İnternet Bağımlılığı ve Eşlik Eden Hastalıklar

Çok sayıda psikososyal bozukluğun aşırı internet kullanımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (62). Eşlik eden hastalıklar arasında alkol ve madde kullanımı, problem davranış eğilimi, depresyon, intihar düşüncesi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), sosyal fobi ve fobik kaygı, şizofreni, obsesif-kompulsif bozukluk, psikotizm ve antisosyal / agresif davranışlar yer almaktadır (138). Bununla birlikte, longitudinal çalışma sonuçları bulunmaması nedeniyle nedensel ilişkiler kurulmamıştır. İnternet bağımlılığına özellikle DEHB ve majör depresyonun eşlik eden en sık durumlar olduğu görülmektedir. Buna karşılık, internet bağımlılığı ile

kaygı, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve düşmanlık / saldırganlık ilişkilerinin önemli ölçüde zayıf olduğu görülmektedir. Diğer sağlık koşullarıyla (madde kullanım bozuklukları, intihar düşüncesi, şizofreni ve uykusuzluk) eş tanı, daha az oranda incelenmiştir (58).

Psikiyatrik koşullar ile eşlik eden hastalıklar yanında bazı psikosomatik problemler de (kötü sağlık durumu, aşırı gündüz uykululuğu, enerji eksikliği, fizyolojik işlev bozukluğu, zayıf bağışıklık, obezite ve görme bozukluğu gibi) internet bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (138).

İnternet bağımlılığına eşlik eden hastalıklar, internet bağımlılığının taranması, teşhisi ve yönetimini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, daha fazla prospektif çalışmaya ihtiyaç vardır (58).

2.2.7. İnternet Bağımlılığı Tedavisi

İnternet bağımlılığı, 2010 yılında yayınlanan DSM-V için taslak tanı ölçütlerine dayanarak Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından, "davranışsal bağımlılık" kategorisi başlığında yer almış, ancak çalışma grubu üyeleri bunun için yeterli araştırma verisi bulunmadığına karar vermişlerdir (54). DSM-V internet bağımlılığının bir ruhsal bozukluk olup olmadığını tartışmaya devam ederken, internet bağımlılığından muzdarip insanlar tedavi aramaktadır (57).

İnternet bağımlılığı olan hastaları tedavi etme konusunda gerçek bir fikir birliği yoktur. Bununla birlikte, klinisyenler, internet bağımlılığı olan hastaları, psikoterapi (başta bilişsel davranış terapi olmak üzere) ve farmakoterapi konusundaki bilgilerine göre tedavi etmektedir (143).

İnternet bağımlılığı ile ilgili psikososyal sorunları azaltmayı da amaçlayan tedavi müdahaleleri, Bilişsel Davranış Terapisi (BDT), grup terapisi, aile terapisi ve farmakoterapiyi içerir. İnternet bağımlılığında uygulanan bu tedavi yöntemleri genellikle DEHB, anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi eşlik eden hastalıkları hedef alır (58).

Bilişsel Davranış Terapisi (BDT)

İnternet bağımlılığının öncelikle bilişsel olarak sürdürüldüğünü iddia edenler bilişsel davranışçı terapinin olası bir çözüm olabileceğine inanmaktadır (62). Genel olarak BDT, internet bağımlılığı tedavisinde kapsamlı ve benzersiz bir yaklaşımdır.

BDT'de, üç fazlı bir yaklaşım uygulanır. İlk aşamada, davranış değişikliği, bağımlıların çevrimiçi olarak harcadığı süreyi kademeli olarak azaltmayı hedefler. İkinci aşamada, bilişsel yeniden yapılandırma aşaması olup, kişideki bilişsel çarpıtmalar ve internetin bağımlılık kullanımına yol açan uyumsuz bilişleri tanımlanır. Özellikle, internet kullanımını haklı kılan ve bağımlılık yapan internet kullanımını en aza indiren akla yatkın olan şeyler tanımlanır, sorgulanır ve değiştirilir. Üçüncü aşamada, internet bağımlılığını ikili tanı sendromunun bir parçası olarak gören eşlik eden durumlar tanımlanır, ele alınır ve tedavi edilir. Üçüncü aşamada, zorunlu internet kullanımının geliştirilmesinde yer alan ortak sorunları belirlemek ve tedavi etmek için Zararı Azaltma Terapileri (Harm Reduction Therapy) uygulanır (151). İnternet bağımlılığının bilişsel-davranışçı tedavisinde, internete girmeyi yasaklamanın pek uygun bir çözüm yolu olmadığı ve internet kullanımının bir ihtiyaç olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. İnternet bağımlılığının bilişsel-davranışçı tedavisinde hedef, interneti tamamen yasaklamak yerine internet kullanımının kontrol altına alınması olmalıdır (152).

Grup Terapisi

Klinisyen, hastanın durumunu en iyi şekilde karşılayacak uygun bir destek grubu bulmasına yardım etmelidir. Hastanın özel yaşam durumuna göre uyarlanmış destek grupları, hastanın arkadaş edinme yeteneğini geliştirir. Bir hasta "yalnız yaşam tarzına sahipse, hastanın yerel bir kişisel gelişim grubuna, sosyal aktivite grubuna girmesi yeni insanlarla tanışmasına yardım edebilir. İnternet bağımlısı bireyler bir kere gerçek yaşam ilişkilerini bulduktan sonra, eksiklerini gidermek için internete daha az gireceklerdir. Grup terapisi yöntemi, internet bağımlılarının zorlu geçiş süreçlerinde, toparlanmaları için gerçek yaşam desteği bulmalarına yardımcı olabilirler (153).

Aile Terapisi

Aile terapisi, internet bağımlılığına bağlı olarak evlilik ve aile ilişkileri bozulan bağımlılılar arasında gerekli olabilir. Aile müdahalesi, birkaç ana alana odaklanmalıdır:

(a) Aile internetin nasıl bağımlılık yapabileceği konusunda eğitilmeli,

(b) Davranış bağımlılığı suçu azaltılmalı,

(c) Ailede, çevrimiçi olan duygusal ihtiyaçları psikolojik olarak yerine getirme arayışını sağlayan açık iletişim geliştirilmeli.

(d) Aile, bağımlı bireylere yeni hobiler bulmak, uzun süreli tatil yapmak ya da bağımlıların duygularını dinlemek gibi iyileşmelerine yardımcı olacak uygulamalara teşvik edilmelidir. Aile desteğinin güçlü olması, hastanın internet bağımlılığından kurtulmasını sağlayacak önemli bir güç olarak kabul edilmektedir (153).

Farmakoterapi

İnternet bağımlılığında, bazı farmakolojik tedavilerin de etkili olduğu düşünülmektedir (62). Yapılan bir çalışma, internet bağımlılığını tedavi etmek için Essitalopram'ın bir ilaç olarak kullanılabileceğini ortaya koymuştur. Essitalopram'ın internet bağımlılığı tedavisinde güvenli ve etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bir faz IV çalışmasında yaşları 18 ile 65 yaşları arasındaki 31 internet bağımlısı kontrolsüz, tek grup olarak Essitalopram tedavisine alınmıştır. İki yıl sonunda internet bağımlılığı tedavisinde Essitalopram'ın (10 mg / gün) güvenli ve etkili olarak kullanabileceği rapor edilmiştir (154).

Dell'Osso ve arkadaşlarının 19 internet bağımlısı üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastalar 10 haftalık sürede Essitalopram ile internet bağımlılığı semptomlarında belirgin bir iyileşme göstermiş olup, 10 haftadan sonra olguların bir kısmı Essitalopram ile devam ederken bir kısmına plasebo verilmiştir. Dokuz haftalık izlem sürecinde plasebo alan grup ile Essitalopram alan grup arasında ilk 10 haftadaki kazanımlar açısından bir fark bulunmamıştır. Her iki grubunda 10 haftalık sürede elde edilen kazancı korudukları rapor edilmiştir (155).

İnternet bağımlılığının tedavisinde herhangi bir ilaç tedavisine ek olarak, davranışsal yöntemlerin de uygulanması ve bir doktor kontrolünde uygulamaların yapılması önerilmektedir (154).

2.3. Sosyal Fobi

Sosyal fobi olarak da bilinen sosyal anksiyete bozukluğu, önemli miktarda hastalık yükü ile birlikte oldukça yaygın görülen bir hastalıktır (156). Sosyal fobi, refah düzeyi, istihdam, işyeri verimliliği, sosyoekonomik statü ve yaşam kalitesinin azalmasıyla ve okul terkinin artması ile yakından ilişkilidir (157). Sosyal fobi kişilerarası ilişkilerin oluşumunu engelleyerek, yaşam kalitesini azaltarak ve iş veya

okul performansını olumsuz yönde etkileyerek kişinin günlük işleyişinin ciddi bir şekilde bozulmasına yol açabilir (158). Sosyal fobi genellikle bekar, evlenmemiş veya boşanmış kişilerde ve özellikle de erkeklerde, çocuk sahibi olmayanlar arasında daha sıktır (157).

Sosyal fobinin**,** ABD ve Avrupa çalışmalarında bazen çocukluk çağında sosyal engelleme veya utangaçlık öyküsünden ortaya çıktığı rapor edilmiştir. Genellikle erken çocukluk döneminde de ortaya çıkabilir. Sosyal fobinin başlaması, stresli veya incitici bir deneyimi takip edebilir, ya da yavaş yavaş gelişerek, sinsi olabilir. Yetişkinlik döneminde ilk ortaya çıkış nispeten nadirdir. Özellikle stresli veya incitici bir olaydan sonra veya yeni sosyal roller gerektiren yaşam değişiklikleri sonrasında ortaya çıkma ihtimali daha yüksektir (157).

2.3.1. Sosyal Fobi Tanımı ve Tarihçesi

İlk defa Janet tarafından 1903 yılında, "Sosyal fobi" kavramı, başkası tarafından izlenirken konuşma, yazı yazma ya da bir piyano çalma sırasında korku duyan kişileri tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (159). 1966 yılında ise Marks ve Gelder, agorafobi, sosyal fobi, hayvan fobisi ve özgül fobi olarak fobileri dörde ayırmış olup sosyal fobinin ayrı bir fobik bozukluk olarak DSM sistemine girmesi yönünde önemli bir adım atmışlardır (160). İlk iki DSM sınıflandırmasında "sosyal fobi" tanısına yer verilmemiş, ancak ilk kez 1980'de DSM III'de "Anksiyete Bozukluları" bölümünde yer almıştır. DSM III'de sosyal fobinin temel özelliği, bireyin başkaları tarafından incelemeye maruz kalabileceği durumlardan yersiz bir korku ve kaçınma isteğinin olması şeklinde bildirilmiştir (161). Sosyal fobi, sosyal durumlardan korkma ve kaçınma ile karakterizedir (162).

Sosyal fobi, kişinin toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı ve başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını taşıdığı ve bu konuda belirgin olarak sürekli korku yaşadığı ve bu ortamlardan olabildiğince kaçındığı bir anksiyete bozukluğudur (11). DSM IV'e göre, sosyal fobi başkaları tarafından aşağılanacağı, utandırılacağı veya olumsuz biçimde yargılanacağına ilişkin korku ile karakterize bir bozukluktur. Hastalar uygunsuz biçimde davranmaktan veya diğerleri tarafından dikkatlice incelenmekten korkabilirler. Ayrıca yanlış yapmaktan, bir şekilde sakarlık yapmaktan veya diğerlerinin kendi huzursuzluklarını ve huzursuzluğa ilişkin fiziksel belirtilerini fark etmelerinden de korkmaktadırlar. Bir sohbeti başlatmak veya

sürdürmek; toplum önünde konuşmak, yemek, içmek veya yazı yazmak; yeni insanlarla tanışmak; sosyal buluşmalara katılmak ve telefonda konuşmak sıkıntıyla katlanılan veya kaçınılan durumlara örnek olarak verilebilir. Bu tür sosyal ortamlara maruz kalındığı zaman panik ataklara da yol açabilecek ölçüde bir takım fiziksel belirtiler gözlenebilir. Bunlar kas seğirmesi, yüz kızarması, çarpıntı ve titreme gibi genel korku tepkileri olmakla beraber "sosyal fobi" tanısı için bu bulgu ve belirtilerin sosyal durumlarda ortaya çıkması gerekmektedir (163).

2.3.2. Sosyal Fobi Etiyolojisi

Sosyal fobi etyopatogenezi, diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi tam olarak bilinmemektedir (11). Bireyleri sosyal fobiye yatkın hale getiren temel nitelikler arasında davranışsal inhibisyon ve olumsuz değerlendirilme korkusu sayılabilir (157). Mizacın genel olarak anksiyete bozukluklarının gelişimine katkıda bulunan önemli bir faktör olduğunun ortaya çıkmasıyla birlikte, araştırmalar davranışsal inhibisyon ile karakterize mizacın özellikle adolesanlarda sosyal fobi gelişimi için belirgin bir risk olduğunu ortaya koymuştur (164).

Sosyal fobinin gelişiminde çocuklukta kötü muamele oranlarının veya diğer erken başlangıçlı psikososyal sıkıntıların nedensel bir rolü olmamakla birlikte, çocuklukta kötü muamele ve olumsuzluk, sosyal fobi için birer risk faktörüdür (157). Ayrıca, mizaç, ebeveynlik stili/aile çevresi, sosyal beceri bozuklukları, yaşıt ilişkileri ve erken dönemdeki yaşam deneyimleri sosyal fobinin gelişimine katkıda bulunan faktörler olarak tanımlanmıştır (164). Sosyal fobi kalıtsaldır. Birinci derece akrabaların sosyal kaygı bozukluğu yaşama olasılıkları iki ile altı kat daha fazladır. Genetik etki gen-çevre etkileşimine tabidir (157).

2.3.3. Sosyal Fobi Epidemiyolojisi

Sosyal fobi son yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (165, 166). Sosyal fobide yüksek prevalans oranları, affektif bozuklukların aksine, genellikle adolesan dönemde daha belirgindir (167). Literatürde, 1999-2009 yılları arasında sosyal fobi prevelansı ile ilgili çalışmaların "PubMed" ve "Medline Centrale" veri tabanında taranıp, toplum tabanlı 22 çalışmanın değerlendirildiği bir araştırmada, prevelans hızının ülkeler arasında belirgin farklılık gösterdiği, yaşam boyu prevelans hızının %4.0 ile %13.7 arasında, 12 aylık prevelans

hızının ise %1.3 ile %7.9 arasında değiştiği rapor edilmiştir (166). Dünyanın çeşitli coğrafik bölgelerinde aynı yöntem kullanılarak yapılan çalışmalarda 12 ayın altındaki sosyal fobi prevalans hızı yaklaşık %0.5 - %2.0 arasında kümelenmektedir. Birleşik Devletler de sosyal fobinin 12 aylık tahmini prevalans hızı yaklaşık %7.0' dı (157). Sosyal fobi, Avrupa'da kapsamlı bir literatür taramasına dayanan bir çalışmada, DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre yaşam boyu prevalans hızı % 6.7 ve 12 aylık sosyal fobi prevalans hızı % 2.0 olarak rapor edilmiştir (168). Literatürde uluslararası düzeyde yapılan bir çalışmada, sosyal fobi prevelans hızının 30 günlük, 12 aylık ve ömür boyu prevelans tahminleri sırasıyla % 1.3, %2.4 ve % 4.0 olarak bildirilmiştir (169).

ABD'de sosyal fobinin başlangıcındaki medyan yaş 13 olmakla birlikte bireylerin %75'inde başlangıç 8 ile 15 yaş arasındadır (157). Essau ve arkadaşlarının Almanya'da, 12-17 yaş arasındaki adolesanlarda yaptıkları bir çalışmada yaş ile birlikte sosyal fobi prevelans hızının arttığı, en fazla artışın ise 12-13 ile 14-15 yaş grupları arasında olduğu bildirilmiştir (170). Sosyal fobi ile ilgili toplum tabanlı 22 çalışmanın değerlendirildiği bir araştırmada, sosyal fobi prevelans hızlarının 18 yaşın altında %1.6, 18 yaşın üstünde %0.4-%17.0 arasında olduğu rapor edilmiştir (166). Faravelli ve arkadaşlarının İtalya'da 2500 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi belirtilerinin ilk başladığı yaş ortalamasının 15.5 yaş, sosyal fobi tanısı alma yaş ortalamasının ise 28.8 yaş olduğu bildirilmiştir (171). Çocuklarda ve adolesanlarda 12 aylık prevalans hızları, erişkinlerde görülenlerle karşılaştırılabilir düzeyde olup, yaşla birlikte azalmaktadır (157).

Literatürde sosyal fobi prevelans hızının, kadınlarda %1.3-17.2 arasında, erkeklerde ise %0.4-10.0 arasında değiştiği ve kültürler arası sosyal fobi prevelansının belirgin farklılık gösterdiği bildirilmiştir (166). Düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeleri kapsayan, uluslararası düzeyde 142,405 kişinin katıldığı bir çalışmada, sosyal fobi görülme sıklığının genç yaş, kadın cinsiyet, eşiyle birlikte yaşamamak (hiç evlenmemiş/ /boşanmış /dul), düşük öğrenim durumu, düşük aile gelir durumu gibi spesifik sosyodemografik değişkenlerle ilişkili olduğu rapor edilmiştir (169).

Kıtalar arası çalışmalar karşılaştırıldığında yaşam boyu prevelans hızlarının Avrupa'da %1.6 ile %17.0, ABD'de %5.0 ile %12.1, Asya'da %0.4 ile %0.82, Güney Amerika'da %10.2 ile %11.7 arasında olduğu, Avustralya'da ise bir yıllık prevelans

hızının %1.3 ile %2.7 arasında değiştiği görülmektedir(166). Sosyal fobi prevalans hızlarının düşük ve orta gelirli ülkelerde, Afrika ve Doğu Akdeniz bölgelerinde en düşük, yüksek gelirli ülkelerde, Amerika ve Batı Pasifik bölgelerinde ise en yüksek olduğu bildirilmiştir (169).

Sosyal fobi prevalans hızı; kullanılan tanı ölçütleri, tanı eşiği, değerlendirme yöntemi ve araştırmacı tarafından seçilen prevalans süresi gibi metodolojik değişkenlere göre önemli ölçüde değişmektedir (165).

2.3.4. Sosyal Fobi Tanı Kriterleri ve Klinik Özellikler

Sosyal fobisi olan bireyler, yeterince iddialı ya da aşırı itaatkar olabilir. Daha az yaygın olarak konuşmayı kontrol edebilirler. Aşırı sert vücut duruşu veya yetersiz göz teması gösterebilir ya da aşırı yumuşak bir sesle konuşabilirler. Bu kişiler utangaç, içe dönük olup, kendileri hakkında çok az açıklama yaparlar. Sosyal kaygı gerektirmeyen işlerde iş arayabilirler. Maddelerle kendi kendine ilaç tedavisi (örneğin, bir partiye gitmeden önce içmek) yaygındır. Yaşlı yetişkinler arasındaki sosyal anksiyete ayrıca artan tremor veya taşikardi gibi tıbbi hastalık semptomlarının alevlenmesini de içerebilir. Ayrıca, yüz kızarması, sosyal fobinin belirgin bir fiziksel belirtisidir (157).

Sosyal fobisi olan bireyler, başkalarının yanında yemek yemekten, yazı yazmaktan, telefon konuşmaları yapmaktan, genel tuvaletleri kullanmaktan kaygılanır ve kaçınırlar. Yazı yazarken veya başkalarının yanında yemek yerken ellerinin titreyeceği, konuşurken seslerinin titreyeceği, konuşacakları konuyu unutacakları, anlamsız kelimeler söyleyecekleri ve yüzlerinin kızaracağından; bu nedenle diğer insanların onları zayıf, beceriksiz, korkak olarak düşünerek aşağılayacakları ve küçük duruma düşeceklerinden korkarlar. Bu yüzden, sosyal fobisi olan bireyler başkalarıyla etkileşimde bulunmalarını gerektiren ya da bir eylemi başkalarının yanında yerine getirmeleri gereken durumlardan korkmakta olup, bunlardan olabildiğince kaçınmaya çalışırlar. Ayrıca, toplumsal bir olaya katılmadan birkaç hafta önce her an kaygılanma gibi yaklaşmakta olan toplumsal ya da başkalarının da katılımının olduğu durumlarla ilgili olarak, çok önceden belirgin bir beklenti anksiyetesi yaşayabilirler (11).

Sosyal fobinin uluslararası düzeyde kabul görmüş birbiri ile çelişmeyen DSM-V ve ICD (International Classification of Diseases) 11 olmak üzere iki farklı tanı kriteri vardır. Bu tanı kriterleri şu şekildedir:

Sosyal Fobi Tanı Kriterleri (DSM-V)

A- Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşıtlarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşmeler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

B- Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde, başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C- Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.

D- Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E- Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F- Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G- Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H- Korku, kaygı ya da kaçınma maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

I- Korku, kaygı ya da kaçınma panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J- Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklı biçimsel bozukluk) korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (157).

Sosyal Fobi Tanı Ölçütleri (ICD 11)

2018 yılında çıkan ICD 11'e göre sosyal fobi tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Sosyal etkileşimler (örneğin, sohbet etmek), gözlemlenmek (örneğin, yemek yemek veya içmek) veya başkalarının önünde sahne almak (örneğin bir konuşma yapmak) gibi bir veya daha fazla sosyal durumda, sürekli olarak ortaya çıkan belirgin ve aşırı korku veya endişe ile karakterizedir.

B. Birey, başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirilecek bir şekilde davranması veya endişe belirtileri göstermesi ile ilgilenir.

C. Sosyal durumlardan sürekli olarak kaçınılmakta ya da yoğun korku veya endişe ile bu duruma katlanılmaktadır.

D. Belirtiler en az birkaç ay devam etmelidir.

E. Belirtiler kişisel, aile, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında önemli bir sıkıntı ile sonuçlanacak kadar şiddetlidir (172).

2.3.5. Sosyal Fobi ve Eşlik Eden Hastalıklar

Sosyal fobi tipik olarak erken ergenlik döneminde başlamakta olup, diğer anksiyete bozukluklarının yanı sıra sekonder depresyon ve madde kötüye kullanım bozuklukları ile yüksek derecede birliktelik gösterir (167). Sosyal fobi, sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, bipolar bozukluk ya da beden dismorfik bozukluğuna eşlik etmektedir (157, 158). Sosyal fobiye, majör depresif bozukluk eşlik etmekte olup, sosyal fobinin başlangıcı genellikle öncedir. Bu durum, sosyal fobi sürecinde görülen kronik sosyal izolasyonun majör depresif bozukluk ile sonuçlanmasındandır (157). Sosyal fobinin erken tanınması, teşhis ve tedavi edilmesi, hastaların yaşam boyu sonuçlarını iyileştirebilir, bir ihtimal eşlik eden hastalıkların gelişimini de önleyebilir (167).

2.3.6. Sosyal Fobi ve Ayırıcı Tanı

Normal Utangaçlık

Utangaçlık geniş ölçüde sosyal fobi ile bir çakışma göstermesine karşın utangaçlığın kabul görmüş tam bir tanımının yapılmamış olması nedeniyle kesin sınırları tam olarak belirlenememiştir (173). Utangaçlık (yani sosyal suskunluk) sıradan bir kişilik özelliğidir ve kendi başına patolojik değildir. Bazı toplumlarda utangaçlık olumlu olarak değerlendirilir. Bununla birlikte, sosyal, mesleki ve diğer önemli fonksiyonel alanlar üzerinde önemli bir olumsuz etkisi olduğunda, sosyal fobi tanısı göz önünde bulundurulmalı ve sosyal fobi için tam tanı kriterleri karşılandığında, teşhis edilmelidir (157).

Agorafobi

Agorafobi, bireyin panik atak olabileceğinden korktuğu ve kaçışının zor olacağı durumlardan kaçınmasıdır. Agorafobisi olan bireyler iyi bir açıklaması olmayan fiziksel olarak korkutucu beklenmeyen semptomlar yaşarlar. Sosyal fobi olan bir kişi ise, anksiyete kaynağının (yani başkaları tarafından yapılan inceleme) bilincindedir (174). Dahası, sosyal fobisi olan bireylerin, tamamen yalnız bırakıldıklarında sakin olmaları muhtemeldir. Fakat agorafobili bireylerde durumlar genellikle böyle değildir (157).

Panik Atak

Panik ataklar, sıklıkla taşikardi ve nefes darlığı gibi yoğun fiziksel semptomlarla karakterize ani, beklenmedik şiddetli anksiyete nöbetleridir (174). Sosyal fobi olan kişilerde panik atak olabilir, ancak buradaki endişe olumsuz değerlendirme korkusuyla ilgilidir. Panik bozukluğunda ise endişe panik atakların kendileri ile ilgilidir (157).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Genel kaygı bozukluğunda sosyal kaygılar yaygındır ama odak, olumsuz değerlendirilme korkusundan ziyade devam eden ilişkilerin doğasına odaklanmaktadır (157). Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireyler, özellikle de çocuklar, sosyal performanslarının kalitesi konusunda aşırı endişe duyabilir. Ancak bu endişeler sosyal olmayan performans ve bireyin başkaları tarafından değerlendirilmediği zamanlar için

de geçerlidir. Sosyal fobide ise endişeler, sosyal performansa ve diğerlerinin değerlendirmesine odaklanır (164).

Özgül Fobi

Özgül fobileri olan bireyler utanma veya küçük düşürme korkusu yaşayabilir (örneğin, kanlarını aldıkları zaman bayılma konusunda utanma gibi). Ancak diğer sosyal durumlarda genel olarak olumsuz değerlendirmeden korkmazlar (157).

Seçici Mutizm

Seçici mutizmi olan kişiler, olumsuz değerlendirme korkusuyla konuşmakta başarısız olabilirler, ancak konuşmanın gerekmediği sosyal durumlarda olumsuz değerlendirmelerden korkmazlar (157). Ebeveynlerin ve evde tanıdık bireylerin varlığında normal dil becerilerine sahip olan ancak yabancılarla konuşamayan bir sendrom olan selektif mutizm, sosyal fobi tanısı ile neredeyse her zaman ilişkilidir. Bu gibi durumlarda, seçici mutizm, sosyal fobinin ciddi bir değişkeni olarak kabul edilebilir (174).

Majör Depresif Bozukluk

Majör depresif bozukluğu olan kişiler, kötü olduklarını veya beğenilmeye değer olmadıklarını düşündükleri için başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirilmekten endişe duyabilirler. Buna karşılık, sosyal fobisi olan bireyler, bazı sosyal davranışlar veya fiziksel semptomlar nedeniyle olumsuz olarak değerlendirilmekten endişe duymaktadır (157). Ayrıca depresif hastalarda ilgi kaybı ve zevk alamamayla birlikte görülen dış dünyadaki etkinliklerden uzaklaşma şeklinde görülen sosyal çekilme, sosyal fobi olarak değerlendirilmemelidir (175).

Vücut Dismorfik Bozukluğu

Vücut dismorfik bozukluğu olan kişiler, görünüşlerindeki bozukluk ile ilgili aşırı uğraş içinde olmaları nedeniyle sosyal, iş ve aile yaşamlarında belirgin bir zorlanma yaşarlar (173). Bu durum genellikle sosyal kaygı ve kaçınmaya neden olur. Sosyal korkuları ve bunlardan kaçınma, yalnızca görünüşleriyle ilgili inançlarından kaynaklanıyorsa, ayrı bir sosyal fobi tanısı garanti edilmemektedir (157).

Sanrısal Bozukluk

Sanrısal bozukluğu olan bireyler, başkaları tarafından reddedilmeye veya rahatsız edilmeye odaklanan sanrısal temaya ilişkin tuhaf olmayan halüsinasyonlara sahip olabilir. Her ne kadar sosyal durumlar hakkındaki inançlara ilişkin içgörü kapsamı değişebilse de, sosyal fobi olan birçok kişi, inançlarının sosyal durumun ortaya koyduğu gerçek tehditle orantılı olmadığı konusunda iyi bir fikir sahibidir (157).

Otizm Spektrum Bozukluğu

Sosyal kaygı ve sosyal iletişim eksikliği otizm spektrum bozukluğunun belirleyici özellikleridir. Otizm spektrum bozukluğundan farklı olarak sosyal fobi olan bireyler, genellikle tanıdık olmayan akranlar veya yetişkinlerle ilk kez etkileşime girdiğinde bu alanlarda bozulma göstermiş gibi görünse de, yaşa uygun sosyal ilişkilere ve sosyal iletişim kapasitesine sahiptir (174).

Kişilik Bozuklukları

En belirgin örtüşme, çekingen kişilik bozukluğuyla ilgilidir. Çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler, sosyal fobisi olanlara göre daha geniş bir kaçınma biçimine sahiptir. Bununla birlikte, sosyal fobi tipik olarak, çekingen kişilik bozukluğuna diğer kişilik bozukluklarından daha fazla eşlik eder. Çekingen kişilik bozukluğu da, sosyal fobiye diğer kaygı bozukluklarından daha fazla eşlik eder (157).

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete ile ilişkili olabilir, ancak sosyal fobi ek tanısı, yalnızca sosyal korkuların ve kaçınmaların, obsesif kompulsif odaklardan bağımsız olduğu durumlarda konulur (174).

Diğer Tıbbi Durumlar

Kişinin utanç duyabileceği başka bir tıbbi veya psikiyatrik durumun varlığında (kekemelik, obesite, yanıklara bağlı belirgin deformiteler, benign tremor veya Parkinson hastalığı gibi) bu duruma ikincil olarak sosyal fobi belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bu tür hastalarda standart sosyal fobi tedavisine yanıt alındığını bildiren sınırlı veriler olmasına rağmen, birincil sosyal fobi ile bu durumun benzerliği konusunda ampirik sonuçlar olmaması nedeniyle başka bir utanç duyulabilecek

duruma bağlı gelişen bu tür durumlarda sosyal fobi tanısının dışlanması önerilmiştir (173).

Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

Yıkıcı, Dürtü Kontrol ve Davranım Bozuklukları adı altında sınıflandırılan Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu olan bireyler anksiyete bozukluklar açısından risk altındadır, bu durum sinirlilik hali semptomlarının varlığına atfedilebilir. Ayrıca, sosyal fobisi olan bireylerin olumsuz değerlendirme korkusu nedeniyle agresif yaklaşımlar sergileyebileceği için Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu'nda otoriteye karşı muhalefet nedeniyle konuşmayı reddetmek, sosyal fobide bulunan olumsuz değerlendirme korkusu nedeniyle konuşamamaktan ayırt edilmelidir (157).

2.3.7. Sosyal Fobi Tedavisi

Sosyal fobi, önemli fonksiyonel bozulmalara neden olan yaygın, az tedavi gören bir hastalıktır (176). Sistematik derleme ve meta-analiz çalışmalarına dayalı olarak adolesanlarda ve çocuklarda sosyal fobi tedavisi için, sosyal kaygıya odaklanmış bireysel veya grup BDT önerilmelidir. Özellikle küçük çocuklarda müdahalenin etkili bir şekilde yerine getirilebilmesi için ebeveynler veya bakıcılar da dahil edilmelidir. Çocuklarda ve adolesanlarda sosyal fobiyi tedavi etmek için rutin olarak ilaç müdahaleleri önerilmemelidir (158).

Bilişsel Davranış Terapisi; sosyal beceri deneyimleri, artmış sosyal fırsatlar, gevşeme deneyimleri, düzenlenmiş iç konuşma (bilişsel yeniden yapılandırma), maruz kalma ve tekrarlanmasından korunma gibi bir dizi elemandan oluşur. Çalışmalar bireysel (12 seans), grup (16 seans), ve okul temelli (14 seans) müdahalelerin etkinliğini göstermiştir (164).

Sosyal fobi ile ilişkili sıkıntı ve sosyal bozulma derecesine rağmen, batı toplumlarında bozukluğu olan bireylerin yalnızca yarısı tedavi görmektedir (157). Çocukluk veya adolesan dönemde sosyal fobi tanısı konulan kişilerin yaklaşık % 40'ı yetişkinlik dönemine geçmeden önce iyileşmektedir. Fakat birçok kişi de kendiliğinden iyileşme şansı, diğer ruh sağlığı problemleriyle karşılaştırıldığında daha sınırlı olan bu bozukluk ile yetişkinlik döneminde de yaşamaya devam etmektedir (158).

2.4. İnternet Bağımlılığı ve Sosyal Fobi

Adolesan dönem, internet bağımlılığı ve sosyal fobi için riskli bir dönemdir (12). İnternet, adolesanlar için en önemli bilgi kaynaklarından biri haline gelmiştir. Ancak, internete bağımlılık, adolesanlarda akademik performans, aile ilişkileri ve sosyal hayatları üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilir (12, 13). Uluslararası literatür, adolesanların kişisel ilişki alanındaki problemler ile potansiyel internet bağımlılığı arasında stabil bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Kişilerarası ilişkilerin zayıf olduğu ve bunlardan kaçınmak için başa çıkma stratejisini benimseme eğilimi olan adolesanlar internet bağımlılığı geliştirme açısından risk altındadır. Bu süreç, sosyal ilişkilerin kalitesinin düşüklüğü ile stresin kaynağından kaçınarak psikolojik stres durumlarına tepki verme eğilimi arasındaki karşılıklı etki olarak açıklanabilir (51).

Araştırmalar, sosyal açıdan endişeli bireylerin, başkaları tarafından gözlemlenmenin olumsuz bir değerlendirme korkusu yaratabileceği yüz yüze etkileşimde bulunmak yerine, anonimliğin korunabileceği yerlerde çevrimiçi olarak etkileşime geçmenin daha kolay olduğunu ortaya koymaktadır. İnternet, sosyal ilişkiler kurmakta zorluk çeken kişilerin sosyal ihtiyaçlarını iyi karşılayarak, toplumsal bağlantıya yardımcı da olarak bir aidiyet duygusu sağlamaktadır. İnternet anonimlik sağlayarak, daha az çekingenlik ve korkutulmanın mümkün olduğu bir forum sunar. Bu bağlamda, siber iletişim sosyal dışlanmışlığı azaltabilir (177).

İnternet, yüz yüze olmayan etkileşim sağlayarak kaygıları azaltmakla birlikte, internet iletişiminin sosyal fobili ergenlere fayda sağlayıp sağlamadığı henüz kesin değildir. Sosyal fobisi olan ergenler başkalarıyla yüz yüze iletişimin neden olduğu stresi önlenmek için interneti kullanarak kendilerine sosyal destek sağlayabilir. Ancak, gerçek dünyadaki sosyal zorluklarla başedemeği takdirde, sosyal destek sağlamak amacıyla internet kullanımının artması bireyin internet bağımlılığı olma riskini artıracaktır (178).

İnterneti kontrolsüz bir şekilde kullanma eğilimi, yalnız faaliyetler ve düşük sosyal açıklık tercihi veya depresif özelliklerin varlığı gibi belirli kişisel özelliklerle bağlantılıdır. İnternet bağımlılığı belirtileri daha yüksek olan adolesanlar kendilerini belirtileri olmayanlara göre daha izole olarak algılamaktadırlar. Bazı bilim insanlarına göre, kesinlikle, medyaya olan bağımlılığı açıklayabilecek olan, internetin toplumsal işlevidir. İnterneti sosyalleşme amacıyla kullanan adolesanlar, internet bağımlılığının

gelişmesine daha fazla maruz kalanlardır. Bu açıklayıcı hipotez, literatürdeki çeşitli çalışmalarda doğrulanmıştır; özellikle, iyi kişisel ilişkilerin olmayışı, yeni iletişim teknolojileriyle etkileşim halinde sorunlu bir davranış geliştirme olasılığı ile tutarlı bir şekilde ilişkili görünmektedir (51).

İnternet bağımlılığı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiler, internet bağımlılığı için tedavi ve önleme konusunda önemli bilgiler sağlamaktadır. Özellikle adolesanlar arasında DEHB, depresyon, sosyal fobi ve madde kullanım bozukluğu tedavi edilirken internet bağımlılığı varlığının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Her durumda, sosyal fobi, internet bağımlılığı tedavisinde daha fazla dikkat edilmesi gereken önemli bir psikiyatrik problemdir (178).

Adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar taranmış ve Tablo 2.2'de verilmiştir.

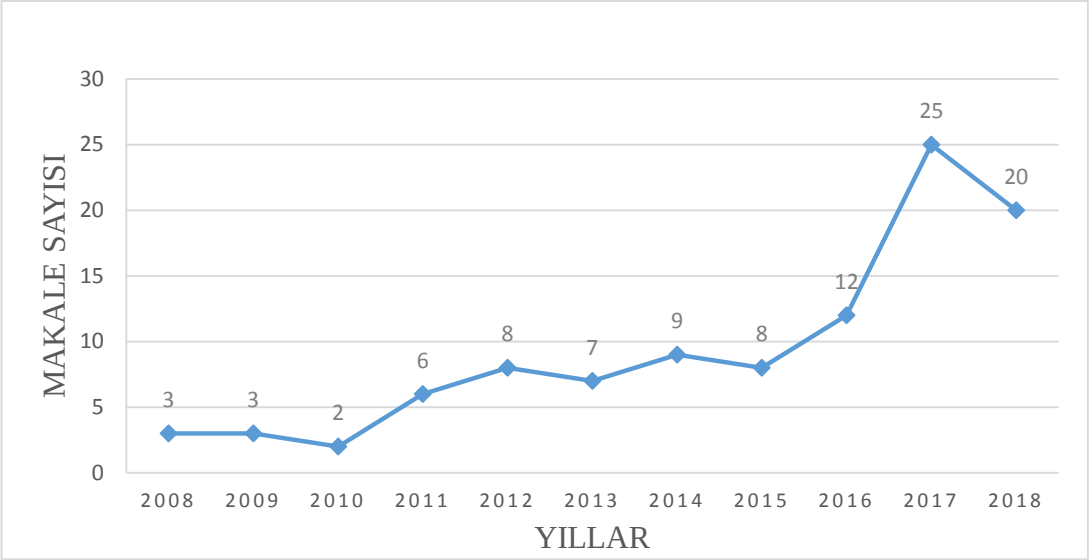
Tablo 2.2. Adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaların sonuçları (2005-2018)

No	Referans No	Çalışma Yılı	Çalışma Yeri	Sayı (N)	İnternet Bağımlılığı ve Sosyal Fobi Arasındaki İlişki
1	(13)	2005	Tayvan	2,293	Univariate analiz erkek: $p > 0.05$ Univariate analiz kadın: $p < 0.05$ Multivariate analiz: $p > 0.05$
2	(179)	2006	Tayvan	216	$p > 0.05$
3	(74)	2006	Tayvan	2,114	Univariate analiz : $p < 0.05$ Multivariate analiz: $p > 0.05$
4	(180)	2009	Singapur	3,034	$p < 0.001$
5	(181)	2010	Tayvan	722	$p < 0.001$
6	(182)	2010	Çin	20	$p < 0.05$
7	(183)	2011	Amerika	425	Multivariate analiz erkek: $p < 0.05$ Multivariate analiz kadın: $p > 0.05$
8	(184)	2011	İran	114	$p < 0.05$
9	(185)	2011	Avustralya	338	$p < 0.001$
10	(186)	2011	Türkiye	1,235	$r = 0.14$, $p < 0.05$
11	(7)	2012	Avustralya	1,287	$p < 0.05$
12	(12)	2012	Türkiye	1,673	$r = 0.389$, $p < 0.001$
13	(187)	2012	Tayvan	2,348	$p < 0.001$
14	(188)	2013	Amerika	330	$p < 0.001$
15	(189)	2014	İtalya	551	$p < 0.0007$
16	(190)	2014	İspanya	446	$r = 0.25$, $p < 0.01$
17	(9)	2014	Avustralya	2,059	$r = 0.09$, $p < 0.05$
18	(191)	2015	İtalya	402	$p < 0.05$
19	(4)	2017	Hindistan	1,312	$r = 0.411$, $p < 0.0001$

Literatürde, adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalara baktığımızda yaklaşık %47.0'si Asya kıtasında, %26.0'sı Avrupa kıtasında, çok az bir kısmının Amerika kıtasında yer alan ülkelerden ve Avustralya'dan geldiği saptandı. Tablo 2.2'de adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili 2005 ve 2006 yıllarında Tayvan'da yapılan 3 çalışma dışında bütün çalışmalarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasında ilişki saptandığı görüldü.

İnternet bağımlılığı ve psikiyatrik bozuklukları inceleyen bir çalışmada, sosyal fobisi olan adolesanların internet kullanımının sağladığı sosyal destek sayesinde başkalarıyla yüz yüze etkileşimin neden olduğu stresi önlemekten fayda gördüğü ancak gerçek dünyadaki sosyal zorlukları iyileşmediyse, sosyal fobisi olan adolesanların ağırlıklı olarak internet'ten sosyal destek almaya devam edeceği ve bu durumun daha sonra, adolesanlarda internet bağımlılığı olma riskini arttıracağı rapor edilmiştir (178). Tablo 2.2 incelendiğinde yapılan çalışmaların yaklaşık %84'ünde, adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasında bir ilişkinin olduğu görüldü. Adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasında ilişki bulamayan çalışmalarda, kişi sayısı ve çok değişkenli analizlerde daha güçlü öngördürücülerin bulunması gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Web of Science veri tabaninda "adolescent", "social anxiety disorder" ve "internet addiction" anahtar kelimeleriyle yapılan aramada çıkan yayın sayısının yıllara göre dağılımı Grafik 2.2'de verilmiştir.



Grafik 2.2. Web of Science veri tabaninda "adolescent", "social anxiety disorder" ve "internet addiction" anahtar kelimeleriyle yapılan aramada çıkan yayın sayısının yıllara göre dağılımı

Adolesanlarda internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili yapılan yayınların yıllara göre dağılımına bakıldığında; 2018 yılında yapılan yayın sayısının 2008 yılına göre yaklaşık 7 kat arttığı gözlendi. Özellikle 2015 yılından sonra internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili yayınların hızlı bir şekilde arttığı gözlendi.

Özellikle adolesan dönemde görülen sosyal fobi, adolesanların sosyal çevreye girmelerini ve kişilerarası ilişkiler kurmalarını engellemekte ve alternatif olarak internet kullanımına yönlendirmektedir. Literatürde de bireylerin interneti, sosyal fobinin neden olduğu stresle başa çıkmak için kullanmayı tercih ettikleri bildirilmektedir (12). Bu durumun doğal bir sonucu olarak internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili yapılan yayın sayısı da önemli bir artış göstermiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, 2017-2018 eğitim öğretim döneminde Eskişehir ilinde öğrenim görmekte olan lise öğrencileri üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.1. Çalışma Evreni

Eskişehir, İç Anadolu Bölgesi'nde yer alan, Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2018 verilerine göre 434,112 (%49,8) erkek ve 437,075 (%50,2) kadın olmak üzere toplam nüfusu 871,187 olan bir ildir. Eskişehir'de 10-19 yaş grubu adolesan sayısı, 57,380 (%51.5) erkek ve 53,910 (%48.5) kadın olmak üzere toplam 111,290 olup toplam nüfusun %12.8'ini oluşturmaktadır (192).

Eskişehir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden elde edilen Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2016-2017 Yılı (1. Dönem) verilerine göre, Eskişehir'de öğrenim görmekte olan il merkezinde 46,280 (%91.2) ve ilçelerde 4,452 (%8.8) olmak üzere toplam 50,732 lise öğrencisi bulunmaktadır (193).

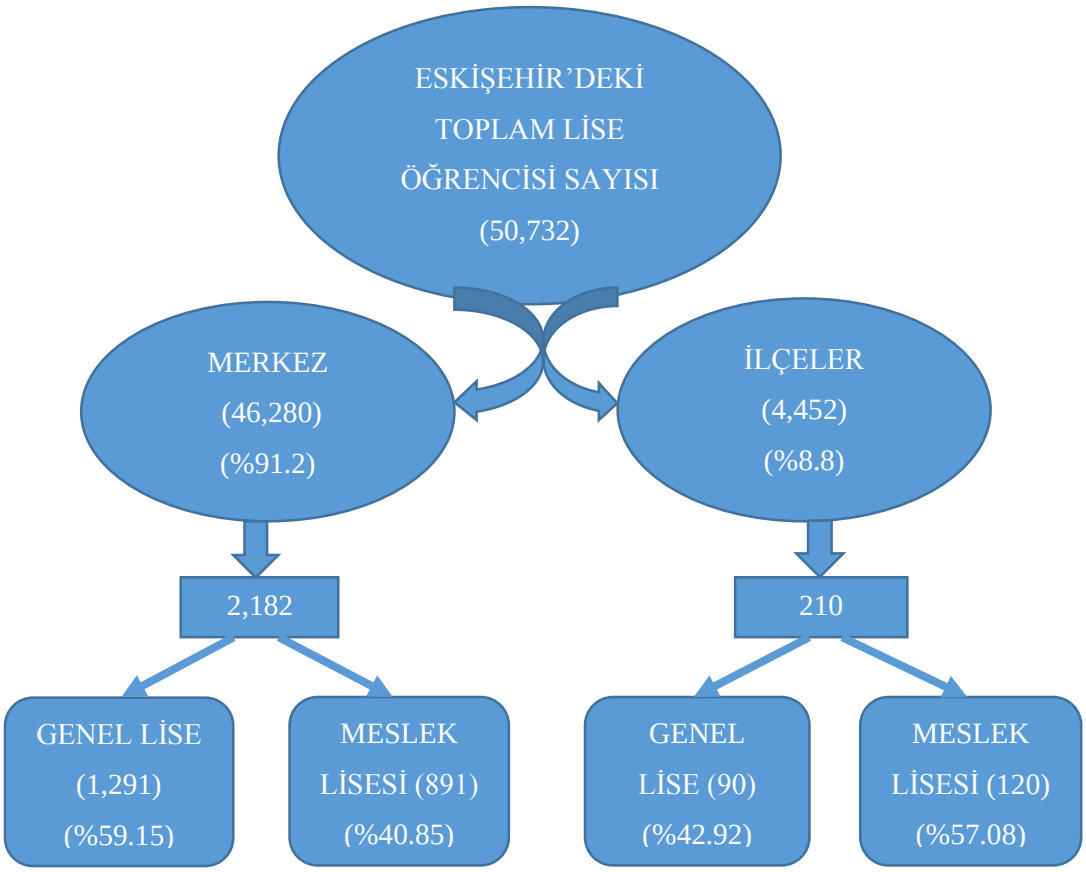
3.2. Çalışma Örneklemi

Çalışmada evreni belli örnekleme formülü kullanılarak internet bağımlılığı görülme sıklığı %15 kabul edilerek, hata payı %2, güven aralığı %95 alınarak, örneklem hacmi en az 1,196 olarak hesaplandı.

Çalışmada çok aşamalı küme örneklem yöntemi kullanıldı. Çalışma evreni ilçelere göre kümelere ayrıldı. Buna göre iki merkez ilçe ve 12 ilçe olarak 14 kümeye ayrılan evrenimizden iki merkez ilçe (Odunpazarı, Tepebaşı) ve basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak, Beylikova ve Mahmudiye ilçeleri seçildi. Çalışma evreninden basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak, seçilen ilçelerin harita gösterimi Şekil 3.1'de verildi.

Şekil 3.1. Çalışma evreninden seçilen kümelerin harita gösterimi

Çalışmada, küme örnekleme yönteminde kümeler arası homojenliğin önlenmesi için desen etkisi iki kabul edildi. Bu nedenle örneklem büyüklüğünün iki katı alınarak 2,392 adolesana ulaşılması planlandı. İlçelerdeki okullar Genel Lise ve Meslek Lisesi olarak tabakalara ayrıldı. Tabakalardan basit rastgele örneklem yöntemiyle okullar seçildi. Öğrencileri seçerken, her kümeden lise türündeki öğrenci sayılarına göre orantılı olarak alınması gereken lise öğrencisi sayısı hesaplandı. Çalışmada il merkezinde %59.15'i (1,291) Genel Lise'den, %40.85'i (891) Meslek Lisesi'nden olmak üzere toplam 2,182 ve ilçelerde ise %42.92'si (90) Genel Lise'den, %57.08'i (120) Meslek Lisesi'nden olmak üzere toplam 210 öğrencinin çalışma kapsamına alınması planlandı. Çalışma örnekleminin akış diyagramı Şekil 3.2'de gösterildi.



Şekil 3.2. Çalışma örnekleminin akış diyagramı

Öğrencilere ulaşılmaması/katılmayı kabul etmemesi gibi nedenler göz önünde bulundurularak seçilecek öğrenci sayısı arttırılarak il merkezinden 3 genel lise, 3 meslek lisesi olmak üzere 6 lise ve ilçelerden 2 genel lise, 2 meslek lisesi olmak üzere 4 lise seçilmiş olup, toplamda 10 lise çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmada il merkezinden ve ilçelerden seçilen genel ve meslek liselerinin dağılımı Tablo 3.1'de gösterildi.

Tablo 3.1. İl merkezinden ve ilçelerden seçilen genel ve meslek liselerinin dağılımı

İl Merkezinden Seçilen Meslek Liseleri	**İlçe**	**N**
Devlet Malzeme Ofisi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	Tepebaşı	271
Şehit İlker Karter Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	Tepebaşı	354
Gazi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	Odunpazarı	1537
İl Merkezinden Seçilen Genel Liseler		
Süleyman Şah Anadolu Lisesi	Odunpazarı	830
Ahmet Kanatlı Anadolu Lisesi	Odunpazarı	556
Toki Şehit İkram Cirit Anadolu Lisesi	Tepebaşı	960
İlçelerden Seçilen Meslek Liseleri		
Müberra Mehmet Güleç Anadolu İmam Hatip Lisesi	Beylikova	95
Anadolu İmam Hatip Lisesi	Mahmudiye	154
İlçelerden Seçilen Genel Liseler		
Çok Programlı Anadolu Lisesi	Beylikova	85
Çok Programlı Anadolu Lisesi	Mahmudiye	89

3.3 Çalışma İzinleri

Çalışmanın yapılabilmesi için, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28 Kasım 2017 tarih ve 80558721/G-312 sayılı Etik Kurul onayı alındı. Çalışmada veri toplama işlemi, Eskişehir İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinin izinleri doğrultusunda gerçekleştirildi.

3.4. Çalışma Prosedürü

Çalışma kapsamına alınan okulların yöneticileri ile görüşülerek uygun gün ve saatler için randevular alınmış olup randevu gün ve saatlerinde okullara gidilerek öğrencilerin kendi sınıflarında toplanmaları sağlandı. Çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirilen öğrencilerden çalışmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü onam alındı. Anketin girişinde çalışmanın amacı ve katılımcıların araştırmaya katılma ile ilgili hakları hakkında bilgilendirme notuyla da yazılı onam alındı. Önceden

hazırlanan anket formlar, öğrencilere dağıtılarak gözlem altında kendileri tarafından yaklaşık 30 dakikada doldurulmaları sağlandı**.** Çalışma süresince okullarda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 3,353 öğrenci çalışma grubunu oluşturdu.

3.5. Çalışmada Kullanılan Anket Form ve Ölçekler

Çalışmanın amacına uygun literatürden de faydalanılarak bir anket form hazırlandı (12, 51, 194-199). Hazırlanan anket form 3 bölümden oluşmaktaydı. Birinci bölümde öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (sınıf, yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, aile tipi, aile gelir durumu, anne ve baba öğrenim durumu, anne ve baba çalışma durumu, kardeş sayısı), alışkanlıkları (sigara içme durumu, alkol kullanma durumu) ve boy, kilo ölçüm değerleri bulunmaktaydı. Ayrıca, internet bağımlılığı ile literatürde ilişkili olduğu bildirilen değişkenler (internete erişim yeri, internete bağlanmak için en çok hangi aracı tercih ettiği, kendine ait bilgisayar varlığı, kaldığı yerde internete erişim durumu, ilk internet kullanma yaşı, interneti kullanırken kimden izin aldığı, internet kullanma amaçları, internet kullanma sıklığı, internete sabah kalktıktan kaç dakika sonra ulaştığı, bir günde internet başında geçirilen ortalama süre ve internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma durumu), sosyal fobi ile literatürde ilişkili olduğu bildirilen değişkenler (arkadaşlarıyla ilişki durumu, ebeveynle iletişim durumu, boş zamanlarda herhangi bir aktivite durumu) bulunmaktaydı. Anketin ikinci bölümünde İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve üçüncü bölümde ise Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği (ÇESFÖ) yer aldı.

Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği

İnternet bağımlılığının değerlendirilmesi için Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği kullanıldı. Bu ölçek, 1998 yılında Young tarafından geliştirilmiş olup (56), Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği 2001 yılında Bayraktar tarafından yapılmıştır (200). Ölçek 6'lı Likert tipi 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 - 100 arasında değişmekte olup, alınan puanlar arttıkça internet bağımlılığı düzeyi artmaktadır. Bu ölçekten 50 ve üzeri puan alanlar internet bağımlılığı var olarak kabul edildi (51, 194, 201).

Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği (ÇESFÖ)

Öğrencilerde sosyal fobiyi değerlendirmek için, ÇESFÖ kullanıldı. Bu ölçek, 1997 yılında Demir ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye'de geçerlilik

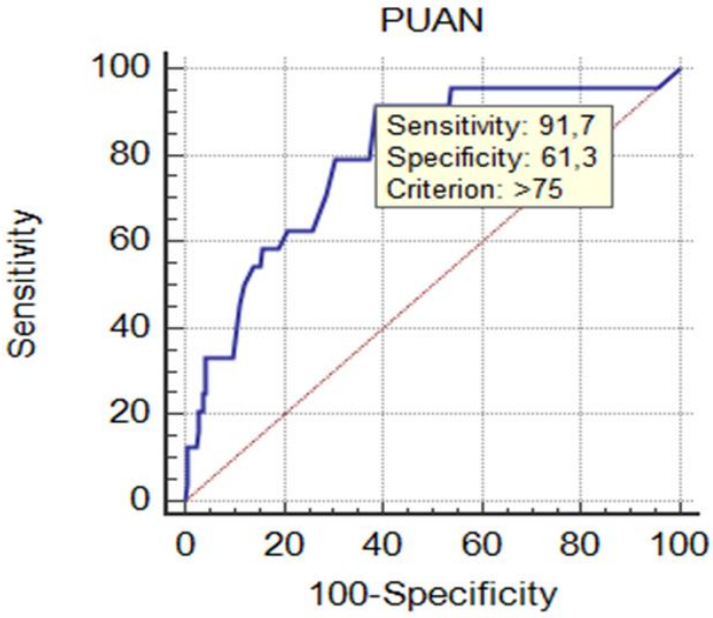
ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanınında test tekrar-test korelasyonu yüksektir (r=0.82). Tek tek maddelerin test tekrar test korelasyonları 0.35 - 0.66 arasındadır. Madde toplam puan korelasyonları 0.26 - 0.52 arasında değişmektedir. Ölçeğin sosyal fobi olgularını normal kontrollerden ayırt etmekte başarılı olduğu bildirilmiştir (202).

Çocuk ve ergenlerin sosyal fobisini değerlendirmek için geliştirilmiş olan ölçek, 5'li Likert tipi 25 sorudan oluşmakta olup, her bir soru 1 - 5 arasında puanlanmaktadır. Sorulara verilen yanıt "hiçbir zaman" ise 1 puan, "daima" ise 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak puanlar 25 - 125 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği sosyal fobi belirtilerinin fazlalığına işaret etmektedir. ÇESFÖ'nün kabul edilen kesin bir kestirim değeri bulunmamasından dolayı, Sağlan ve arkadaşları tarafından "Adolesanlarda Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği'nin Tanı Değerinin Belirlenmesi" isimli toplum tabanlı bir ön çalışma yapıldı (203). Çalışma, 2016 - 2017 öğrenim yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yer alan Sivrihisar ilçesinde öğrenim görmekte olan lise öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen metadolojik tipte bir araştırmadır. Sivrihisar ilçe merkezinde 9, 10 ve 11'inci sınıflarda, 7 lisede toplam 872 öğrenci öğrenim görmektedir. Ön çalışmanın birinci aşamasında çalışma süresince okullarda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 793 (%91.0) öğrenci çalışma grubunu oluşturdu. Ön çalışmada veriler analiz edildikten sonra ÇESFÖ'den alınan puanlardan 90'ıncı yüzdelik sıraya karşılık gelen kesme puanına göre, sosyal fobi şüphesi olan 87 öğrenci saptandı. Çalışmada sosyal fobi şüphesi olan iki öğrenciye ise ulaşılamadı.

Çalışmanın ikinci aşamasına geçilerek ÇESFÖ'ye göre sosyal fobi şüphesi olan 85 öğrenci ve kontrol grubu olarak 102 öğrenci olmak üzere toplam 187 öğrenci çalışma kapsamına alındı. Psikiyatri Anabilim Dalı araştırma görevlisi tarafından çalışma kapsamına alınan öğrenciler ile klinik görüşme yapıldı. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PLT)'a göre konulan tanılar "altın standart" olarak belirlendi.

ÇESFÖ'nün kestirim değerinin 76 alınması halinde, sosyal fobide tarama amacıyla kullanılabileceğini göstermektedir. Taranan gruplarda ÇESFÖ'nün pozitif

olması, sosyal fobi tanısı anlamına gelmese de bu kişilerin sosyal fobi riski nedeniyle daha detaylı değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgular. Ayrıca, ÇESFÖ'nün klinisyen tarafından uygulanan bir ölçek olmaması, öz bildirim bir ölçek olarak kullanılabilmesi toplum tabanlı yapılacak sosyal fobi taramalarında kullanımının uygun olduğunu düşündürmektedir. ÇESFÖ'nün, sosyal fobi saptanması için hesaplanan optimum kesim noktası 76 alındığında duyarlılığı %91.7, özgüllüğü %61.3 olarak saptandı (203). ÇESFÖ'nün kestirim değerini belirlemek için yapılan, ROC analizi Grafik 3.1'de gösterildi.



Grafik 3.1. Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği ROC analizi

Eğri Altında Kalan Alan	Standart Hata	p Değeri	%95 Güven Aralığı
0.795	0.0489	<0.0001	0.730 – 0.851

3.6. Çalışmada Kullanılan Diğer Tanımlar

Çalışma sırasında öğrencilerin boy uzunluğu sert zemin üzerinde, ayakkabısız, duvara yaslanarak, mezura ile vücut ağırlığı ise öğrencilerin üzerinde tek kat elbise varken, banyo tipi baskül ile sert zemin üzerinde ölçüldü. Ağırlık ve boyun birlikte ele alındığı Beden Kitle İndeksi (BKİ), ağırlık(kg) / boy(m^2) formülüyle hesaplandı.

DSÖ'ye göre BKİ değeri <18.5 olanlar "düşük ağırlıklı", 18.5-24.9 olanlar "normal ağırlıklı", 25.0-29.9 olanlar "fazla kilolu" ve ≥30 olanlar "obez" olarak tanımlandı (204).

Günde en az 1 tane düzenli olarak sigara içenler "sigara içiyor" olarak kabul edildi (205).

Alkol kullanma durumu, hiç içmeyenler ve içenler olarak sınıflandırıldı.

Çalışmada gelir getirici herhangi bir işte aktif olarak çalışanlar "çalışıyor", olarak kabul edildi.

Bu çalışmada öğrencilerin aile gelir durumu kendi algılarına göre "kötü, orta ve iyi" olarak değerlendirildi.

3.7. Çalışmada İstatistiksel Değerlendirme

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Stastistical Package for Social Sciences) 15.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin sunumu sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve uç (min-max) değerleriyle yapıldı. Tek değişkenli analizler için Ki-Kare testi, çok değişkenli analizlerde, internet bağımlılığı, sosyal fobi ve internet bağımlığı sosyal fobi birlikteliği ile ilişkili bağımsız risk faktörlerini belirlemek için çoklu lojistik regresyon analizi enter metodu ile kullanıldı. Çok değişkenli lojistik regresyon modeline, tek değişkenli analizlerde $p<0.10$ düzeyinde anlamlılık veren değişkenler alındı. Bağımlı değişken internet bağımlılığı alındığında, bağımsız olarak alınan değişkenler; cinsiyet, aile tipi, anne öğrenim durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, internete bağlanma aracı, kendine ait bilgisayar varlığı, kalınan yerde internet erişimi varlığı, ilk kez internet kullanmaya başlama yaşı, internet kullanırken izin alma durumu, internet kullanma sıklığı, internete sabah kalktıktan sonra ulaşma süresi, internette bir günde geçirilen ortalama süre, internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma, sosyal fobi (her biri için $p<0.05$) ve baba öğrenim durumu, anne çalışma durumu idi (her biri için $p<0.10$). Bağımlı değişken sosyal fobi alındığında, bağımsız olarak alınan değişkenler; yaşanan yer, okul, yaş, cinsiyet, aile gelir durumu, baba öğrenim durumu, alkol kullanımı, arkadaş ilişkisi, ebeveyn ilişkisi, boş zaman aktivitesi, internet bağımlılığı (her biri için $p<0.05$) ve kardeş sayısı, anne öğrenim durumu idi (her biri için $p<0.10$).

Çalışmada veriler analiz edildikten sonra Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve ÇESFÖ'den alınan puanlara göre 92 adolesanda hem internet bağımlılığı hem de sosyal fobi bulundu. Çalışmada internet bağımlılığı ve sosyal fobi ile ilişkili faktörleri daha iyi saptayabilmek için internet bağımlılığı ve sosyal fobisi olmayan 2691 adolesan içersinden önce cinsiyet sonra yaşa göre tabakalandırma yapılarak sistematik örnekleme yöntemi ile 184 adolesan kontrol grubu olarak seçildi. Toplam 276 kişilik bir veri tabanında internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliğini etkileyen faktörleri belirlemek için tek değişkenli analizde Ki-Kare testi ve çok değişkenli analizde çoklu lojistik regresyon analizi enter metodu ile kullanıldı. Bağımlı değişken internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği alındığında, bağımsız olarak alınan değişkenler; yaşanan yer, anne çalışma durumu, internete sabah kalktıktan sonra ulaşma süresi, internette bir günde geçirilen ortalama süre, internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma, arkadaş ilişkisi, ebeveyn ilişkisi, boş zaman aktivitesi (her biri için $p<0.05$) ve okul türü, kardeş sayısı idi (her biri için $p<0.10$).

Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p\leq0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan 3,353 öğrencinin %3.1'i (101) Eskişehir yarı kırsal genel lise, %4.7'si (159) Eskişehir yarı kırsal meslek lisesi, %55.1'i (1848) Eskişehir kent merkezi genel lise, %37.1'i (1245) ise Eskişehir kent merkezi meslek lisesinde öğrenim görmekteydi. Eskişehir genelinde ise bu dağılım, 50,732 lise öğrencisinde %3.8 (1911) Eskişehir yarı kırsal genel lise, %5.0 (2541) Eskişehir yarı kırsal meslek lisesi, %55.4 (28099) Eskişehir kent merkezi genel lise, %35.8 (18181) Eskişehir kent merkezi meslek lisesinde öğrenim görmesi şeklindeydi.

Çalışma örneklemi ile Eskişehir genelinde öğrenim görmekte olan lise öğrencilerinin yarı kırsal / kent merkezi veya genel lise / meslek liseleri dağılım yüzdeleri arasında fark bulunmadı (p=0.08). Çalışma örneklemi ile Eskişehir'de öğrenim görmekte olan lise öğrencilerinin yerleşim yerleri ve okul türlerine göre karşılaştırılmaları Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1. Çalışma örneklemi ile Eskişehir'de öğrenim görmekte olan lise öğrencilerinin yerleşim yerleri ve okul türlerine göre karşılaştırılmaları

		Örneklem n(%)*	Eskişehir n(%)*	X^2; p
Eskişehir Yarı Kırsal	**Genel Lise**	101 (3.1)	1911 (3.8)	6.770; 0.08
	Meslek Lisesi	159 (4.7)	2541 (5.0)	
Eskişehir Kent Merkezi	**Genel Lise**	1848 (55.1)	28099 (55.4)	
	Meslek Lisesi	1245 (37.1)	18181 (35.8)	
Toplam		3353 (100.0)	50732 (100.0)	

*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunu oluşturanların %43.2'si (1447) erkek, %56.8'i (1906) kadındır. Yaşları 14-18 arasında değişmekte olup, ortalama(SD) 15.87(1.19) yıl idi. Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin %7.8'i (260) kırsal bölgede yaşadığını, %91.9'u (3082) ailesiyle birlikte kaldığını, %7.8'i (260) anne ve babasının ayrı yaşadığını, %3.2'si (107) aile gelir durumunun kötü düzeyde olduğunu ve %69.7'si (2337) anne öğrenim düzeyinin, %49.4'ü (1655) ise baba öğrenim düzeyinin ilköğretim ve altı olduğunu bildirdi. Öğrencilerin %61.7'si (2069) kendisi dışında en fazla 2 kardeşe sahip olduğunu ve %29.2'si (978) annesinin, %85.5'i (2867) ise

babasının gelir getirici herhangi bir işte aktif olarak çalıştığını bildirdi. Çalışma grubunda sosyodemografik özelliklere göre dağılım Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4.2. Çalışma grubunda sosyodemografik özelliklere göre dağılım

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaşadığı yer		
Kırsal	260	7.8
Merkez	3093	92.2
Okul		
Meslek Lisesi	1404	41.9
Genel Lise	1949	58.1
Yaş		
≤15	1373	40.9
16	813	24.3
≥17	1167	34.8
Cinsiyet		
Kadın	1906	56.8
Erkek	1447	43.2
Kaldığı yer		
Ailesi ile birlikte	3082	91.9
Diğer	271	8.1
Aile tipi		
Çekirdek aile	2872	85.7
Geniş aile	221	6.5
Anne ve baba ayrı	260	7.8
Aile gelir durumu		
İyi	1140	34.0
Orta	2106	62.8
Kötü	107	3.2
Anne öğrenim durumu		
≤ 8 yıl	2337	69.7
> 8 yıl	1016	30.3
Baba öğrenim durumu		
≤ 8 yıl	1655	49.4
> 8 yıl	1698	50.6
Anne çalışma durumu		
Çalışmıyor	2375	70.8
Çalışıyor	978	29.2
Baba çalışma durumu		
Çalışmıyor	486	14.5
Çalışıyor	2867	85.5
Kardeş sayısı		
≤ 2	2069	61.7
> 2	1284	38.3

Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin %20.2'si (676) sigara içtiğini, %12.3'ü (414) alkol kullandığını bildirdi. Öğrencilerin %10.4'ü (349) ise fazla kilolu olarak saptandı. Çalışma grubunda riskli davranışlara göre dağılım Tablo 4.3'de verildi

Tablo 4.3. Çalışma grubunda riskli davranışlara göre dağılım

Riskli Davranışlar	n	%
Sigara içme durumu		
İçmiyor	2677	79.8
İçiyor	676	20.2
Alkol kullanma durumu		
Hiç içmiyor	2939	87.7
İçiyor	414	12.3
BKİ (kg/m^2)		
< 25.0	3004	89.6
≥ 25.0	349	10.4

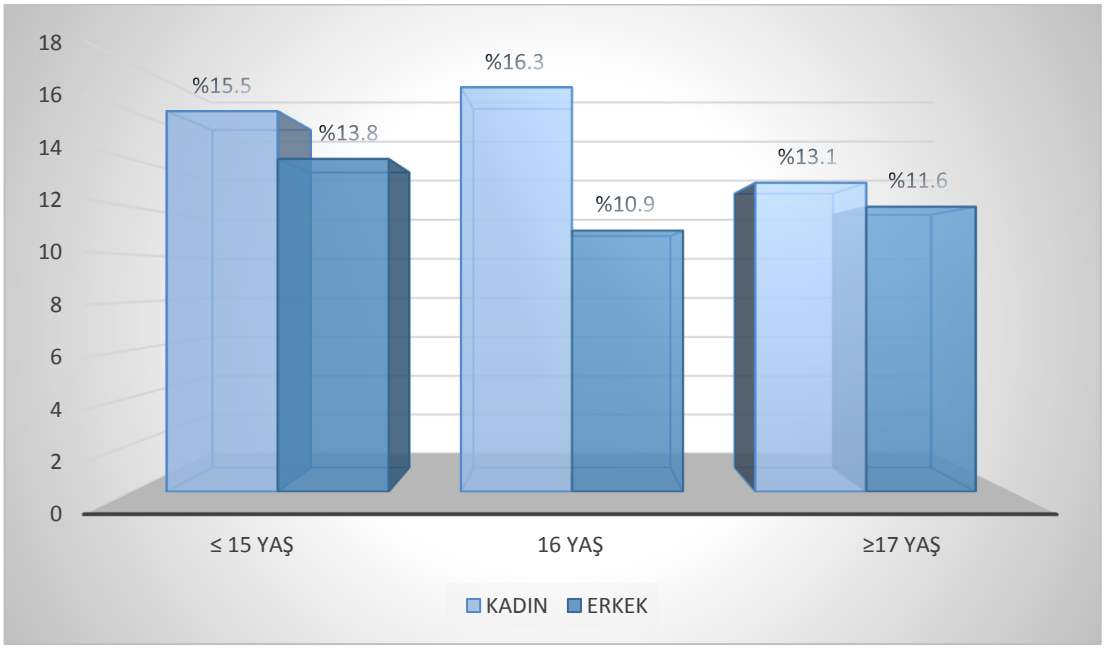
Öğrencilerin %83.9'u (2814) internet erişimi yeri olarak evi tercih ettiğini, %87.8'i (2945) internete bağlanma aracı olarak cep telefonu kullandığını, %62.7'si (2101) kendine ait bilgisayarı olduğunu, %81.0'i (2715) kaldığı yerde internet erişimi olduğunu, %64.9'u (2175) ilk kez internet kullanmaya başlama yaşının 10 yaş ve altında olduğunu, %89.0'u (2983) internet kullanırken hiç kimseden izin almadığını, %83.4'ü (2798) günde birkaç kez internete girdiklerini, %83.0'ü (2782) internete sabah kalktıktan sonra 1 saat ve daha kısa sürede ulaştıklarını, %46.5'i (1560) bir günde internette ortalama 2 saat ve üzerinde zaman geçirdiklerini, %35.5'i (1190) internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırmadığını bildirdi. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenlere göre dağılım Tablo 4.4'de verildi.

Tablo 4.4. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenlere göre dağılım

İnternet Bağımlılığı ile İlişkili Faktörler	n	%
İnternet erişim yeri		
Ev	2814	83.9
Diğer	539	16.1
İnternete bağlanma aracı		
Cep telefonu	2945	87.8
Bilgisayar	408	12.2
Kendine ait bilgisayar		
Yok	1252	37.3
Var	2101	62.7
Kaldığınız yerde internet erişimi		
Yok	638	19.0
Var	2715	81.0
İnternet kullanmaya başlama yaşı		
≤10	2175	64.9
>10	1178	35.1
İnternet kullanırken izin alma durumu		
Hayır	2983	89.0
Evet	370	11.0
İnternet kullanma sıklığı		
Günde birkaç kez	2798	83.4
Daha az	555	16.6
İnternete sabah kalktıktan sonra ulaşma süresi		
≤1 saat	2782	83.0
>1 saat	571	17.0
İnternette bir günde geçirilen ortalama süre		
<2 saat	1793	53.5
≥ 2 saat	1560	46.5
İnternet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma		
Evet	2163	64.5
Hayır	1190	35.5

Çalışmada öğrenciler arasında internet bağımlılığı 462 kişide saptandı, internet bağımlılığı prevelans hızı (%95 GA) %13.8 (12.6-15.0) olarak hesaplandı. Çalışma grubunda internet bağımlılığı görülme sıklığı kadınlarda; 15 yaş ve altı yaş grubunda %15.5, 16 yaş grubunda %16.3, 17 yaş ve üzeri yaş grubunda %13.1 iken erkeklerde; 15 yaş ve altı yaş grubunda %13.8, 16 yaş grubunda %10.9, 17 yaş ve üzeri yaş grubunda %11.6 olarak saptandı. İnternet bağımlılığının, kadınlarda (X^2 =2,679; p=0.262) ve erkeklerde (X^2 =2,166; p=0.339) yaş ile değişimi görülmedi. Çalışma

grubunda internet bağımlılığı görülme sıklığının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Grafik 4.1'de verildi.



Grafik 4.1. Çalışma grubunda internet bağımlılığı görülme sıklığının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

Çalışma grubundaki öğrencilerin internet kullanım amaçlarından %85.2'si (2858) müzik dinlemek, film, video izlemek, %80.3'ü (2693) sosyal medyayı (facebook, twitter vb.) takip etmek ve %79.2'si (2656) ödev yapmak, ders çalışmak idi. Çalışma grubunun internet kullanım amaçlarına göre dağılımı Tablo 4.5'de verildi.

Tablo 4.5. Çalışma grubunun internet kullanım amaçlarına göre dağılımı

İnterneti Kullanma Amaçları*	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Ödev yapmak, ders çalışmak	2656	79.2
E-postayı kontrol etmek	583	17.4
Oyun oynamak	1636	48.8
Sosyal medyayı (facebook, twitter vb.) takip etmek	2693	80.3
Sanal sohbet etmek	1402	41.8
Müzik dinlemek, film ve video izlemek	2858	85.2
Diğer	114	3.4

*Yüzdeler öğrenci sayısı (n=3353) üzerinden hesaplanmıştır.

Öğrenciler arasında internet bağımlılığı kadınlarda (p=0.039), anne ve babası ayrı olarak yaşayanlarda (p=0.017), anne öğrenim durumu lise ve üzeri olanlarda (p=0.006) daha yüksek saptandı. Çalışmada, yaşadığı yer, okul türü, yaş, kaldığı yer, aile gelir durumu, baba öğrenim durumu, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu ve kardeş sayısı ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Çalışma grubunda internet bağımlığı durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.6'da verildi.

Tablo 4.6. Çalışma grubunda internet bağımlılığı durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	İnternet Bağımlılığı			Test Değeri X^2; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
Yaşadığı yer				
Kırsal	224 (86.2)	36 (13.8)	260 (7.8)	0.001; 0.974
Merkez	2667 (86.2)	426 (13.8)	3093 (92.2)	
Okul				
Meslek Lisesi	1196 (85.2)	208 (14.8)	1404 (41.9)	2,183; 0.140
Genel Lise	1695 (87.0)	254 (13.0)	1949 (58.1)	
Yaş				
14-15	1170 (85.2)	203 (14.8)	1373 (41.0)	2,760; 0.252
16	700 (86.1)	113 (13.9)	813 (24.2)	
17-18	1021 (87.5)	146 (12.5)	1167 (34.8)	
Cinsiyet				
Kadın	1623 (85.2)	283 (14.8)	1906 (56.8)	**4,249; 0.039**
Erkek	1268 (87.6)	179 (12.4)	1447 (43.2)	
Kaldığı yer				
Ailesi ile birlikte	2650 (86.0)	432 (14.0)	3082 (91.9)	1,821; 0.177
Diğer	241 (88.9)	30 (11.1)	271 (8.1)	
Aile tipi				
Çekirdek aile	2492 (86.8)	380 (13.2)	2872 (85.6)	**8,192; 0.017**
Geniş aile	190 (86.0)	31 (14.0)	221 (6.6)	
Anne ve baba ayrı	209 (80.4)	51 (19.6)	260 (7.8)	
Aile gelir durumu				
İyi	986 (86.5)	154 (13.5)	1140 (34.0)	0,473; 0.789
Orta	1815 (86.2)	291 (13.8)	2106 (62.8)	
Kötü	90 (84.1)	17 (15.9)	107 (3.2)	
Anne öğrenim durumu				
İlköğretim ve altı	2040 (87.3)	297 (12.7)	2337 (69.7)	**7,434; 0.006**
Lise ve üzeri	851 (83.8)	165 (16.2)	1016 (30.3)	
Baba öğrenim durumu				
İlköğretim ve altı	1446 (87.4)	209 (12.6)	1655 (49.4)	3,640; 0.056
Lise ve üzeri	1445 (85.1)	253 (14.9)	1698 (50.6)	
Anne çalışma durumu				
Çalışmıyor	2064 (86.9)	311 (13.1)	2375 (70.8)	3,206; 0.073
Çalışıyor	827 (84.6)	151 (15.4)	978 (29.2)	
Baba çalışma durumu				
Çalışmıyor	419 (86.2)	67 (13.8)	486 (14.5)	0.000; 0.996
Çalışıyor	2472 (86.2)	395 (13.8)	2867 (85.5)	
Kardeş sayısı				
≤ 2	1780 (86.0)	289 (14.0)	2069 (61.7)	0.163; 0.686
> 2	1111 (86.5)	173 (13.5)	1284 (38.3)	

*Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışmada, sigara içenlerde (p=0.004), alkol kullananlarda (p=0.001), internet bağımlılığı daha yüksek saptandı. Öğrenciler arasında BKİ sınıflaması ve internet bağımlılığı arasında bir ilişki bulunamadı (p=0.633). Çalışma grubunda internet bağımlılığı varlığı durumunun riskli davranışlara göre dağılımı Tablo 4.7'de verildi.

Tablo 4.7. Çalışma grubunda internet bağımlılığı durumunun riskli davranışlara göre dağılımı

Riskli Davranışlar	**İnternet Bağımlılığı**			**Test Değeri** X^2; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
Sigara içme durumu				
İçmiyor	2331 (87.1)	346 (12.9)	2677 (79.8)	**8,147; 0.004**
İçiyor	560 (82.8)	116 (17.2)	676 (20.2)	
Alkol kullanma durumu				
Hiç içmiyor	2555 (86.9)	384 (13.1)	2939 (87.7)	**10,187; 0.001**
İçiyor	336 (81.2)	78 (18.8)	414 (12.3)	
BKİ (kg/m²)				
< 25.0	2593 (86.3)	411 (13.7)	3004 (89.6)	0.228; 0.633
≥ 25.0	298 (85.4)	51 (14.6)	349 (10.4)	

Çalışmada, internete bilgisayar aracılığı ile bağlananlarda (p=0.035), kendine ait bilgisayarı olanlarda (p=0.004), kaldığı yerde internet erişimi olanlarda (p=0.005), ilk kez internet kullanmaya 10 yaş ve daha küçükken başlayanlarda (p<0.001), internet kullanırken izin almayanlarda (p<0.001), günde birkaç kez internete girenlerde (p<0.001), internete sabah kalktıktan sonra bir saat ve altı sürede erişenlerde (p<0.001), internette bir günde ortalama 2 saat ve üzerinde zaman geçirenlerde (p<0.001), internet kullanma konusunda kendini sınırlandırmayanlarda (p<0.001) internet bağımlılığı daha yüksek saptandı. Öğrenciler arasında internet erişim yeri ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki bulunamadı (p=0.206). Çalışma grubunda internet bağımlılığı durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı Tablo 4.8'de verildi.

Tablo 4.8. Çalışma grubunda internet bağımlılığı durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı

İnternet Bağımlılığı ile İlişkili Faktörler	**İnternet Bağımlılığı**			**Test Değeri** X^2; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
İnternet erişim yeri				
Ev	2417 (85.9)	397 (14.1)	2814 (83.9)	1,598; 0.206
Diğer	474 (87.9)	65 (12.1)	539 (16.1)	
İnternete bağlanma aracı				
Cep telefonu	2553 (86.7)	392 (13.3)	2945 (87.8)	**4,462; 0.035**
Bilgisayar	338 (82.8)	70 (17.2)	408 (12.2)	
Kendine ait bilgisayar				
Yok	1107 (88.4)	145 (11.6)	1252 (37.3)	**8,120; 0.004**
Var	1784 (84.9)	317 (15.1)	2101 (62.7)	
Kaldığınız yerde internet erişimi				
Yok	572 (89.7)	66 (10.3)	638 (19.0)	**7,820; 0.005**
Var	2319 (85.4)	396 (14.6)	2715 (81.0)	
İlk kez internet kullanmaya başlama yaşı				
≤10	1822 (83.8)	353 (16.2)	2175 (64.9)	**31,309; <0.001**
>10	1069 (90.7)	109 (9.3)	1178 (35.1)	
İnternet kullanırken izin alma durumu				
Hayır	2549 (85.5)	434 (14.5)	2983 (89.0)	**13,505; <0.001**
Evet	342 (92.4)	28 (7.6)	370 (11.0)	
İnternet kullanma sıklığı				
Günde birkaç kez	2372 (84.8)	426 (15.2)	2798 (83.4)	**29,770; <0.001**
Daha az	519 (93.5)	36 (6.5)	555 (16.6)	
İnternete sabah kalktıktan sonra ulaşma süresi				
≤1 saat	2340 (84.1)	442 (15.9)	2782 (83.0)	**61,171; <0.001**
>1 saat	551 (96.5)	20 (3.5)	571 (17.0)	
İnternette bir günde geçirilen ortalama süre				
<2 saat	1646 (91.8)	147 (8.2)	1793 (53.5)	**101,009; <0.001**
≥2 saat	1245 (79.8)	315 (20.2)	1560 (46.5)	
İnternet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma				
Evet	2038 (94.2)	125 (5.8)	2163 (64.5)	**328,297; <0.001**
Hayır	853 (71.7)	337 (28.3)	1190 (35.5)	

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çok değişkenli analizde internet bağımlılığı riski; anne ve babası ayrı olarak yaşayanlarda 1.47 (1.01-2.13), bilgisayar aracılığı ile internete bağlananlarda 1.49 (1.07-2.08), ilk internet kullanmaya başlama yaşı ≤10 yaş olanlarda 1.31 (1.01-1.70), sabah uyandıktan sonra ilk bir saat içinde internete ulaşanlarda 3.00 (1.84-4.90), internette bir günde ortalama ≥2 saat süre geçirenlerde 1.70 (1.34-2.17), internet

kullanımı konusunda kendini sınırlandıramadığını bildirenlerde 4.71 (3.72-5.96) ve sosyal fobisi olanlarda 3.81 (2.80-5.20) kat daha yüksek saptandı. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları Tablo 4.9'da verildi.

Tablo 4.9. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları

Degişkenler		OR (%95 GA)*	p
Cinsiyet	Erkek	1	0.083
	Kadın	1.24 (0.97-1.57)	
Aile tipi	Çekirdek aile	1	
	Geniş aile	1.16 (0.75-1.80)	0.511
	Anne ve baba ayrı	1.47 (1.01-2.13)	**0.042**
Anne öğrenim durumu	İlköğretim ve altı	1	0.178
	Lise ve üzeri	1.19 (0.92-1.54)	
Baba öğrenim durumu	İlköğretim ve altı	1	0.825
	Lise ve üzeri	0.97 (0.76-1.24)	
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor	1	0.606
	Çalışıyor	0.94 (0.74-1.19)	
Sigara içme durumu	İçmiyor	1	0.109
	İçiyor	1.25 (0.95-1.66)	
Alkol kullanma durumu	Hiç içmiyor	1	0.446
	İçiyor	1.14 (0.82-1.57)	
İnternete bağlanma aracı	Cep telefonu	1	**0.019**
	Bilgisayar	1.49 (1.07-2.08)	
Kendine ait bilgisayar	Yok	1	0.577
	Var	1.073 (0.84-1,38)	
Kaldığınız yerde internet erişimi	Yok	1	0.744
	Var	0.95 (0.68-1.32)	
İlk kez internet kullanmaya başlama yaşı	>10	1	**0.041**
	≤10	1.31 (1.01-1.70)	
İnternet kullanırken izin alma durumu	Evet	1	0.446
	Hayır	1.19 (0.76-1.84)	
İnternet kullanma sıklığı	Daha az	1	0.439
	Günde birkaç kez	1.17 (0.79-1.74)	
İnternete sabah kalktıktan sonra ulaşma süresi	>1 saat	1	**< 0.001**
	≤1 saat	3.00 (1.84-4.90)	
İnternette bir günde geçirilen ortalama süre	<2 saat	1	**< 0.001**
	≥2 saat	1.70 (1.34-2.17)	
İnternet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma	Evet	1	**< 0.001**
	Hayır	4.71 (3.72-5.96)	
Sosyal fobi	Yok	1	**< 0.001**
	Var	3.81 (2.80-5.20)	

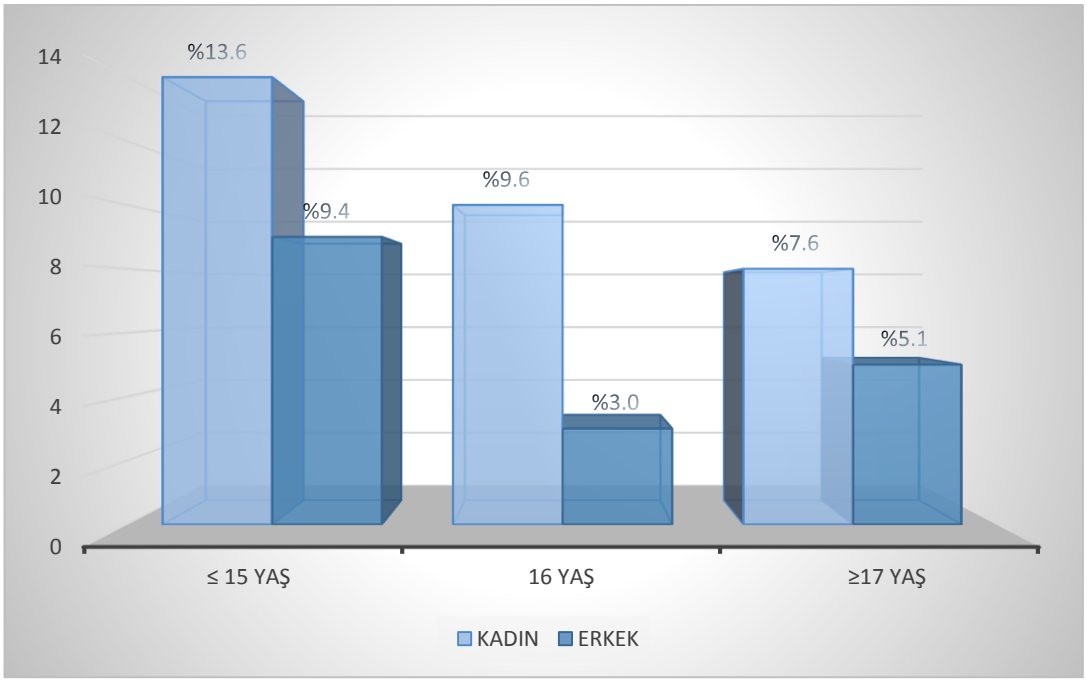
*OR : Odd's Ratio, GA: Güven Aralığı

Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin %14.5'i (486) arkadaş ilişkilerinin iyi olmadığını, %16.1'i (540) ebeveyn ilişkilerinin kötü olduğunu, %76.4'ü (2562) herhangi bir boş zaman aktivitesi olduğunu bildirdi. Çalışma grubunda sosyal fobi ile ilişkili olduğu düşünülen faktörlerin dağılımı Tablo 4.10'da verildi.

Tablo 4.10. Çalışma grubunda sosyal fobi ile ilişkili olduğu düşünülen faktörlerin dağılımı

Sosyal fobi ile İlişkili Faktörler	n	%
Arkadaş İlişkisi		
İyi	2867	85.5
İyi değil	486	14.5
Ebeveyn İlişkisi		
İyi	1681	50.1
Orta	1132	33.8
Kötü	540	16.1
Boş Zaman Aktivitesi		
Var	2562	76.4
Yok	791	23.6

Çalışmada öğrenciler arasında sosyal fobi 292 kişide saptandı, sosyal fobi prevelans hızı (%95 GA) %8.7 (7.8-9.7) olarak hesaplandı. Çalışma grubunda sosyal fobi görülme sıklığı kadınlarda; 15 yaş ve altı yaş grubunda %13.6, 16 yaş grubunda %9.6, 17 yaş ve üzeri yaş grubunda %7.6 iken erkeklerde; 15 yaş ve altı yaş grubunda %9.4, 16 yaş grubunda %3.0, 17 yaş ve üzeri yaş grubunda %5.1 olarak saptandı. Kadınlarda yaş azaldıkça sosyal fobi görülme sıklığı artmaktaydı (X^2 =14,093 p=0.01). Erkeklerde ise, 15 ve altı yaş grubunda sosyal fobi görülme sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek saptandı (X^2 =17,619; p<0.001). Çalışma grubunda sosyal fobi görülme sıklığının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Grafik 4.2'de verildi.



Grafik 4.2. Çalışma grubunda sosyal fobi görülme sıklığının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

Öğrenciler arasında kırsal alanda yaşayanlarda ($p<0.001$), meslek lisesinde öğrenim görenlerde ($p=0.010$), 14-15 yaş grubunda ($p<0.001$), kadınlarda ($p<0.001$), baba öğrenim durumu ilköğretim ve altı olanlarda ($p=0.039$), sosyal fobi görülme sıklığı daha yüksek saptandı. Çalışmada aile gelir durumu kötüleştikçe sosyal fobi görülme sıklığı artmaktadır ($p=0.033$). Çalışmada kaldığı yer, aile tipi, anne öğrenim durumu, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu ve kardeş sayısı ile sosyal fobi görülme sıklığı arasında bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.11'de verildi.

Tablo 4.11. Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sosyal Fobi			Test Değeri X^2; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
Yaşadığı yer				
Kırsal	220 (84.6)	40 (15.4)	260 (7.8)	**14,904; <0.001**
Merkez	2841 (91.9)	252 (8.1)	3093 (92.2)	
Okul				
Meslek Lisesi	1261 (89.8)	143 (10.2)	1404 (41.9)	**6,624; 0.010**
Genel Lise	1800 (92.4)	149 (7.6)	1949 (58.1)	
Yaş				
14-15	1212 (88.3)	161 (11.7)	1373 (41.0)	**26,631; <0.001**
16	759 (93.4)	54 (6.6)	813 (24.2)	
17-18	1090 (93.4)	77 (6.6)	1167 (34.8)	
Cinsiyet				
Kadın	1706 (89.5)	200 (10.5)	1906 (56.8)	**17,692; <0.001**
Erkek	1355 (93.6)	92 (6.4)	1447 (43.2)	
Kaldığı yer				
Ailesi ile birlikte	2816 (91.4)	266 (8.6)	3082 (91.9)	0,182; 0.669
Diğer	245 (90.4)	26 (9.6)	271 (8.1)	
Aile tipi				
Çekirdek aile	2633 (91.7)	239 (8.3)	2872 (85.6)	3,962; 0.138
Geniş aile	198 (89.6)	23 (10.4)	221 (6.6)	
Anne ve baba ayrı	230 (88.5)	30 (11.5)	260 (7.8)	
Aile gelir durumu				
İyi	1058 (92.8)	82 (7.2)	1140 (34.0)	**6,818; 0.033**
Orta	1910 (90.7)	196 (9.3)	2106 (62.8)	
Kötü	93 (86.9)	14 (13.1)	107 (3.2)	
Anne öğrenim durumu				
İlköğretim ve altı	2121 (90.8)	216 (9.2)	2337 (69.7)	2,766; 0.096
Lise ve üzeri	940 (92.5)	76 (7.5)	1016 (30.3)	
Baba öğrenim durumu				
İlköğretim ve altı	1494 (90.3)	161 (9.7)	1655 (49.4)	**4,272; 0.039**
Lise ve üzeri	1567 (92.3)	131 (7.7)	1698 (50.6)	
Anne çalışma durumu				
Çalışmıyor	2179 (91.7)	196 (8.3)	2375 (70.8)	2,130; 0.144
Çalışıyor	882 (90.2)	96 (9.8)	978 (29.2)	
Baba çalışma durumu				
Çalışmıyor	439 (90.3)	47 (9.7)	486 (14.5)	0.662; 0.416
Çalışıyor	2622 (91.5)	245 (8.5)	2867 (85.5)	
Kardeş sayısı				
≤ 2	1890 (91.3)	179 (8.7)	2069 (61.7)	0.022; 0882
> 2	1171 (91.2)	113 (8.8)	1284 (38.3)	

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerde alkol hiç içmeyenlerde (p=0.015) sosyal fobi daha yüksek saptandı Çalışmada sigara kullanımı ve BKİ sınıflaması ile sosyal fobi arasında bir ilişki bulunamadı (p>0.05). Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun riskli davranışlara göre dağılımı Tablo 4.12'de verildi.

Tablo 4.12. Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun riskli davranışlara göre dağılımı

Riskli Davranışlar	**Sosyal Fobi**			**Test Değeri** X^2 ; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
Sigara içme durumu				
İçmiyor	2434 (90.9)	243 (9.1)	2677 (79.8)	2,270; 0.132
İçiyor	627 (92.8)	49 (7.2)	676 (20.2)	
Alkol kullanma durumu				
Hiç içmiyor	2670 (90.8)	269 (9.2)	2939 (87.7)	**5,906; 0.015**
İçiyor	391 (94.4)	23 (5.6)	414 (12.3)	
BKİ (kg/m²)				
<25	2737 (91.1)	267 (8.9)	3004 (89.6)	1.170; 0.279
≥25	324 (92.8)	25 (7.2)	349 (10.4)	

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerde arkadaş ilişkileri iyi olmayanlarda (p<0.001) ve herhangi bir boş zaman aktivitesi olmayanlarda (p=0.004) sosyal fobi daha yüksek saptandı. Çalışmada ebeveyn ilişkileri kötüleştikçe sosyal fobi görülme sıklığının arttığı bulundu (p<0.001). Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı Tablo 4.13'de verildi.

Tablo 4.13. Çalışma grubunda sosyal fobi durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı

Sosyal Fobi ile İlişkili Faktörler	Sosyal Fobi			Test Değeri X^2 ; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
Arkadaş İlişkisi				
İyi	2676 (93.3)	191 (6.7)	2867 (85.5)	**104,211; <0.001**
İyi değil	385 (79.2)	101 (20.8)	486 (14.5)	
Ebeveyn İlişkisi				
İyi	1570 (93.4)	111 (6.6)	1681 (50.1)	**30,626; <0.001**
Orta	1028 (90.8)	104 (9.2)	1132 (33.8)	
Kötü	463 (85.7)	77 (14.3)	540 (16.1)	
Boş Zaman Aktivitesi				
Var	2359 (92.1)	203 (7.9)	2562 (76.4)	**8,420; 0.004**
Yok	702 (88.7)	89 (11.3)	791 (23.6)	

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çok değişkenli analizde sosyal fobi riski; kırsal alanda yaşayanlarda 2.19 (1.46-3.30), 14-15 yaş grubunda 2.18 (1.61-2.96), kadınlarda 1.69 (1.27-2.23), arkadaş ilişkisi iyi olmayanlarda 3.31 (2.48-4.41), kötü bir ebeveyn ilişkisine sahip olanlarda 1.51 (1.07-2.14) ve internet bağımlılığı olanlarda 3.02 (2.26-4.03) kat daha yüksek saptandı. Çalışma grubunda sosyal fobi ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları Tablo 4.14'de verildi.

Tablo 4.14. Çalışma grubunda sosyal fobi ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları

Degişkenler		OR (%95 GA)*	p
Yaşadığı yer	Merkez	1	**<0.001**
	Kırsal	2.19 (1.46-3.30)	
Okul	Genel lise	1	0.161
	Meslek lisesi	1.21 (0.93-1.58)	
Yaş	17-18	1	
	16	1.04 (0.71-1.52)	0.842
	14-15	2.18 (1.61-2.96)	**<0.001**
Cinsiyet	Erkek	1	**<0.001**
	Kadın	1.69 (1.27-2.23)	
Aile gelir durumu	İyi	1	
	Orta	1.08 (0.81-1.43)	0.615
	Kötü	1.17 (0.60-2.28)	0.634
Anne öğrenim durumu	Lise ve üzeri	1	0.555
	İlköğretim ve altı	1.10 (0.80-1.52)	
Baba öğrenim durumu	Lise ve üzeri	1	0.337
	İlköğretim ve altı	1.15 (0.86-1.54)	
Kardeş sayısı	≤ 2	1	0.131
	> 2	0.810 (0.62-1.06)	
Alkol	İçiyor	1	0.107
	Hiç içmiyor	1.48 (0.92-2.38)	
Arkadaş ilişkisi	İyi	1	**<0.001**
	İyi değil	3.31 (2.48-4.41)	
Ebeveyn ilişkisi	İyi	1	
	Orta	1.17 (0.87-1.58)	0.291
	Kötü	1.51 (1.07-2.14)	**0.020**
Boş zaman aktivitesi	Var	1	0.763
	Yok	1.04 (0.78-1.39)	
İnternet bağımlılığı	Yok	1	**<0.001**
	Var	3.02 (2.26-4.03)	

*OR : Odd's Ratio, GA: Güven Aralığı

Çalışmada internet bağımlılığı olanlarda sosyal fobi görülme sıklığı olmayanlara göre daha yüksek saptandı ($p<0.01$). Çalışma grubunun internet bağımlılığı ve sosyal fobi varlığına göre dağılımı Tablo 4.15'de verildi.

Tablo 4.15. Çalışma grubunun internet bağımlılığı ve sosyal fobi varlığına göre dağılımı

Sosyal Fobi	İnternet Bağımlılığı			Test Değeri X^2 ; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)*	
Yok	2691 (80.2)	370 (11.0)	3061 (91.3)	84,617; **<0.001**
Var	200 (6.0)	92 (2.7)	292 (8.7)	
Toplam	2891 (86.2)	462 (13.8)	3353 (100.0)	

*: Yüzdeler genel toplama göre alınmıştır.

Çalışmada, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve ÇESFÖ'den alınan puanlara göre 92 adolesanda hem internet bağımlılığı hem de sosyal fobi saptandı, internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği prevelans hızı (%95 GA) %2.7 (0.08-4.6) olarak hesaplandı. Çalışmada internet bağımlılığı ve sosyal fobi ile ilişkili faktörleri daha iyi saptayabilmek için internet bağımlılığı ve sosyal fobisi olmayan 2691 adolesan içersinden önce cinsiyet sonra yaşa göre tabakalandırma yapılarak sistematik örnekleme yöntemi ile 184 adolesan kontrol grubu olarak seçildi. Toplam 276 kişilik bir veri tabanında internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliğini etkileyen faktörler incelendi.

Çalışmada öğrenciler arasında internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği; kırsal alanda yaşayanlarda (p=0.020) ve annesi gelir getirici bir işte çalışanlarda (p=0.024) daha yüksek saptandı. Çalışmada, okul türü, kaldığı yer, aile tipi, aile gelir durumu, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, baba çalışma durumu ve kardeş sayısı ile internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği arasında bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.16'da verildi.

Tablo 4.16. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	İnternet Bağımlılığı ve Sosyal fobi			Test Değeri X^2; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
Yaşadığı yer				
Kırsal	7 (38.9)	11 (61.1)	18 (6.5)	**5.416; 0.020**
Merkez	177 (68.6)	81 (31.4)	258 (93.5)	
Okul				
Meslek Lisesi	69 (60.5)	45 (39.5)	114 (41.3)	3.295; 0.069
Genel Lise	115 (71.0)	47 (29.0)	162 (58.7)	
Kaldığı yer				
Ailesi ile birlikte	168 (66.9)	83 (33.1)	251 (90.9)	0.005; 0.941
Diğer	16 (64.0)	9 (36.0)	25 (9.1)	
Aile tipi				
Çekirdek aile	156 (68.7)	71 (31.3)	227 (82.2)	2,937; 0.230
Geniş aile	12 (63.2)	7 (36.8)	19 (6.9)	
Anne ve baba ayrı	16 (53.3)	14 (46.7)	30 (10.9)	
Aile gelir durumu				
İyi	73 (68.9)	33 (31.1)	106 (38.4)	3.294; 0.193
Orta	108 (66.7)	54 (33.3)	162 (58.7)	
Kötü	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (2.9)	
Anne öğrenim durumu				
İlköğretim ve altı	127 (66.8)	63 (33.2)	190 (68.8)	0.008; 0.927
Lise ve üzeri	57 (66.3)	29 (33.7)	86 (31.2)	
Baba öğrenim durumu				
İlköğretim ve altı	75 (63.0)	44 (37.0)	119 (43.1)	1,248; 0.264
Lise ve üzeri	109 (69.4)	48 (30.6)	157 (56.9)	
Anne çalışma durumu				
Çalışmıyor	131 (71.2)	53 (28.8)	184 (66.7)	**5.095; 0.024**
Çalışıyor	53 (57.6)	39 (42.4)	92 (33.3)	
Baba çalışma durumu				
Çalışmıyor	22 (73.3)	8 (26.7)	30 (10.9)	0.379; 0.538
Çalışıyor	162 (65.9)	84 (34.1)	246 (89.1)	
Kardeş sayısı				
≤ 2	111 (63.1)	65 (36.9)	176 (63.8)	2,831; 0.092
> 2	73 (73.0)	27 (27.0)	100 (36.2)	

*Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışmada, internete sabah kalktıktan sonra bir saat ve daha kısa sürede erişenlerde (p=0.002), internette bir günde ortalama 2 saat ve daha fazla zaman geçirenlerde (p=0.041), internet kullanma konusunda kendini sınırlandırmayanlarda (p<0.001), arkadaş ilişkileri iyi olmayanlarda (p<0.001) ve herhangi bir boş zaman

aktivitesi olmayanlarda (p=0.035) internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği daha yüksek saptandı. Çalışmada ebeveyn ilişkileri kötüleştikçe internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği görülme sıklığının arttığı bulundu (p<0.001). Öğrenciler arasında sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, BKİ sınıflaması, internet erişim yeri, internete bağlanma aracı, kendine ait bilgisayar varlığı, kaldığı yerde internet erişimi, ilk kez internet kullanmaya başlama yaşı, internet kullanırken izin alma durumu ve internet kullanma sıklığı ile internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği arasında bir ilişki bulunamadı (p>0.05). Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı Tablo 4.17'de verildi.

Tablo 4.17. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı

İnternet Bağımlılığı ve Sosyal fobi ile İlişkili Faktörler	**İnternet Bağımlılığı ve Sosyal fobi**			**Test Değeri** X^2; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
Sigara içme durumu				
İçmiyor	159 (67.7)	76 (32.3)	235 (85.1)	0,433; 0.510
İçiyor	25 (61.0)	16 (39.0)	41 (14.9)	
Alkol kullanma durumu				
Hiç içmiyor	167 (68.2)	78 (31.8)	245 (88.8)	1,640; 0.200
İçiyor	17 (54.8)	14 (45.2)	31 (11.2)	
BKİ (kg/m²)				
< 25.0	165 (67.1)	81 (32.9)	246 (89.1)	0,042; 0.837
≥ 25.0	19 (63.3)	11 (36.7)	30 (10.9)	
İnternet erişim yeri				
Ev	158 (67.5)	76 (32.5)	234 (84.8)	0,284; 0.594
Diğer	26 (61.9)	16 (38.1)	42 (15.2)	
İnternete bağlanma aracı				
Cep telefonu	165 (67.9)	78 (32.1)	243 (88.0)	0,968; 0.325
Bilgisayar	19 (57.6)	14 (42.4)	33 (12.0)	
Kendine ait bilgisayar				
Yok	68 (64.8)	37 (35.2)	105 (38.0)	0,277; 0.599
Var	116 (67.8)	55 (32.2)	171 (62.0)	
Kaldığınız yerde internet erişimi				
Yok	37 (64.9)	20 (35.1)	57 (20.7)	0,025; 0.875
Var	147 (67.1)	72 (32.9)	219 (79.3)	

Tablo 4.17. “ Devam” Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği durumunun ilişkili faktörlere göre dağılımı

İnternet Bağımlılığı ve Sosyal fobi ile İlişkili Faktörler	İnternet Bağımlılığı ve Sosyal fobi			Test Değeri X^2; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
İlk kez internet kullanmaya başlama yaşı				
≤10	122 (65.6)	64 (34.4)	186 (67.4)	0,297; 0.586
>10	62 (68.9)	28 (31.1)	90 (32.6)	
İnternet kullanırken izin alma durumu				
Hayır	165 (66.0)	85 (34.0)	250 (90.6)	0,260; 0.610
Evet	19 (73.1)	7 (26.9)	26 (9.4)	
İnternet kullanma sıklığı				
Günde birkaç kez	153 (65.1)	82 (34.9)	235 (85.1)	1,293; 0.256
Daha az	31 (75.6)	10 (24.4)	41 (14.9)	
İnternete sabah kalktıktan sonra ulaşma süresi				
≤1 saat	152 (63.1)	89 (36.9)	241 (87.3)	**9,820; 0.002**
>1 saat	32 (91.4)	3 (8.6)	35 (12.7)	
İnternette bir günde geçirilen ortalama süre				
<2 saat	104 (72.2)	40 (27.8)	144 (52.2)	**4,182; 0.041**
≥2 saat	80 (60.6)	52 (39.4)	132 (47.8)	
İnternet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma				
Evet	131 (82.4)	28 (17.6)	159 (57.6)	**41,727; <0.001**
Hayır	53 (45.3)	64 (54.7)	117 (42.4)	
Arkadaş ilişkisi				
İyi	162 (71.7)	64 (28.3)	226 (81.9)	**12,899; <0.001**
İyi değil	22 (44.0)	28 (56.0)	50 (18.1)	
Ebeveyn ilişkisi				
İyi	99 (75.6)	32 (24.4)	131 (47.5)	**19,876; <0.001**
Orta	60 (69.8)	26 (30.2)	86 (31.2)	
Kötü	25 (42.4)	34 (57.6)	59 (21.4)	
Boş zaman aktivitesi				
Var	145 (70.4)	61 (29.6)	206 (74.6)	**4,424; 0.035**
Yok	39 (55.7)	31 (44.3)	70 (25.4)	

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çok değişkenli analizde internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği riski; kırsal alanda yaşayanlarda 4.98 (1.57-15.75), sabah uyandıktan sonra ilk bir saat içinde internete ulaşanlarda 4.55 (1.15-17.98), internet kullanımı konusunda kendini sınırlandıramadığını bildirenlerde 3.86 (2.08-7.18), arkadaş ilişkisi iyi olmayanlarda 2.25 (1.05-4.85) ve kötü bir ebeveyn ilişkisine sahip olanlarda 2.97 (1.40-6.30) daha

yüksek saptandı. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları Tablo 4.18'de verildi.

Tablo 4.18. Çalışma grubunda internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği ile ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon sonuçları

Degişkenler		OR (%95 GA)*	p
Yaşadığı yer	Merkez	1	**0.006**
	Kırsal	4.98 (1.57-15.75)	
Okul	Genel lise	1	0.169
	Meslek lisesi	1.58 (0.82-3,02)	
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor	1	0.324
	Çalışıyor	1.38 (0.73-2.62)	
Kardeş sayısı	>2	1	0.067
	≤2	1.91 (0.95-3.83)	
İnternete sabah kalktıktan sonra ulaşma süresi	>1 saat	1	**0.030**
	≤1 saat	4.55 (1.15-17.98)	
İnternette bir günde geçirilen ortalama süre	<2 saat	1	0.384
	≥2 saat	1.34 (0.69-2.58)	
İnternet kullanımı konusunda kendini sınırlandırma	Evet	1	**<0.001**
	Hayır	3.86 (2.08-7.18)	
Arkadaş ilişkisi	İyi	1	**0.038**
	İyi değil	2.25 (1.05-4.85)	
Ebeveyn ilişkisi	İyi	1	
	Orta	1.48 (0.73-3.00)	0.277
	Kötü	2.97 (1.40-6.30)	**0.005**
Boş zaman aktivitesi	Var	1	0.620
	Yok	1.19 (0.60-2.38)	

*OR: Odd's Ratio, GA: Güven Aralığı

5. TARTIŞMA

Günümüzde internet, gençler ve yetişkinler için eğlence ve bilgiye erişimde önemli araçlardan biri haline gelmiştir. İnternet; bilgiye erişmek, dünyadaki diğer insanlarla kolay ve hızlı iletişim kurabilmek gibi pek çok avantaj sunmasının yanında kontrolsüz kullanımının sosyal, psikolojik ve fiziksel açıdan olumsuz sonuçları da beraberinde getirdiği açıktır. Bu olumsuz sonuçlardan biri de internet bağımlılığıdır (2). DSÖ'nün yayınladığı bir rapora göre Kore'de 2012 yılında internet bağımlılığı çocuklar arasında yaşanan en büyük sağlık sorunu olarak bildirilmiştir (58). Çalışmada öğrenciler arasında internet bağımlılığı 462 kişide saptandı, internet bağımlılığı prevelans hızı (%95 GA) %13.8 (12.6-15.0) olarak hesaplandı. Dünyanın yedi bölgesindeki 31 ülkeden 89,281 katılımcı dahil olmak üzere 80 rapordan elde edilen 164 prevelans değeri içeren bir meta-analiz çalışmasında internet bağımlılığı küresel prevalans tahmini %6.0 olarak rapor edilmiştir (206). Çeşitli ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda adolesanlar arasında internet bağımlılığı sıklığının %0.7 - %52.8 arasında değiştiği bildirilmiştir (Bkz. Tablo 2.1). Türkiye'de ise adolesanlar arasında internet bağımlılığı sıklığı, %5.0 - %16.2 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 2.1). İnternet bağımlılığı sıklığını değerlendirmek için kullanılan metotların, incelenen popülasyondaki kültürlerin, araştırmanın yapıldığı tarih ve kullanılan ölçeklerin kestirim değerlerindeki farklılıklar, bildirilen sonuçların arasındaki aykırılıkların nedenleri arasında gösterilebilir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin internet kullanım amaçları %85.2'sinde (2858) müzik dinlemek, film, video izlemek, %80.3'ünde (2693) sosyal medyayı (facebook, twitter vb.) takip etmek, %79.2'sinde (2656) ödev yapmak, ders çalışmak, %48.8'inde (1636) oyun oynamak, %41.8'inde (1402) sanal sohbet etmek ve %17.4'ünde (583) e-posta kontrol etmek içindi. Cao ve arkadaşlarının 2008 yılında 17,599 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada internetin en sık eğlence amaçlı kullanıldığı rapor edilmiştir (83). Çin'de 2014 yılında 10,158 adolesan üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise internetin en sık kullanım amacının sanal sohbet olduğu saptanmıştır (129). Literatürde yapılan bir başka çalışmada internetin en sık amaçsızca çevrimiçi dolaşmak, en az gerçek zamanlı sohbet amacıyla kullanıldığı bildirilmiştir (8). Çalışmalar arasında çıkan bu farklı sonuçların nedenleri arasında

çalışmaların farklı yıllarda yapılmalarıyla beraber internet kullanım amaçlarının zamanla çeşitlilik kazanması ve gruplar arasındaki kültürel farklılıklar gösterilebilir.

Erkeklerin bağımlılık yaratan internet kullanımıyla ilişkili olan çevrimiçi oyun ve kumar oynama olasılıklarının daha yüksek olması ayrıca, pornografinin siber alanda artmış olması, erkeklerde internet bağımlılığı sıklığının yüksek görülme nedenlerinden biri olabilir (83, 207). Çalışmada internet bağımlılığı ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunamadı (p=0.083). Genel olarak literatürde internet bağımlılığının erkeklerde daha sık olduğunu bildiren çalışmalar rapor edilmekle birlikte, (74, 81, 83, 208, 209) internet bağımlılığı ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (51, 210). Bu nedenle, cinsiyet etkisini netleştirmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. İnternet bağımlılığında cinsiyet farkı olmadığı, ancak farklı cinsiyetlerin farklı türdeki elektronik cihazlara daha kolay bağımlı hale gelebileceği varsayılmaktadır (128).

Kötü aile ortamı ve ebeveynlerden gelen sevgi eksikliği, internet bağımlılığının öngördürücüleridir (208). Boşanmış bir ailede, tek bir ebeveynin bütün aileyi desteklemesi gerekir. Bu durum çocuklarla ilişki kurmak için ayrılan zamanın sınırlı olduğu anlamına gelir. Ayrıca, boşanmış ailelerdeki adolesanlar, tek ebeveynli bir aile ortamında gelişen psikolojik güvensizlikleri gidermek için internete erişimine başvurabilirler (128). Çünkü internet, sosyal rahatsızlık duygularının teskin edildiği güvenli bir sığınak sağlar (208). Çalışmada anne babası ayrı olan adolesanlarda internet bağımlılığı, çekirdek ailede yaşayan adolesanlara göre 1.47 kat daha yüksek saptandı (OR: 1.47; 1.01-2.13). Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (137, 211). Ni ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada tek ebeveynli bir aileden gelmek, internet bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (212). Wu ve arkadaşlarının Hong Kong'ta adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada boşanmış ebeveyne sahip bir adolesan olmak, internet bağımlılığının güçlü bir öngördürücüsü olarak rapor edilmiştir (128).

Çalışmada, internet bağımlılığı ile anne öğrenim düzeyi arasında bir ilişki bulunamadı (p=0.178). Yapılan çeşitli çalışmalarda da internet bağımlılığı ile anne öğrenim durumu arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir (213, 214). Wu ve arkadaşlarının 2014 yılında 10,158 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada, üniversite ve üzerinde öğrenim düzeyine sahip olmayan annelerin çocuklarında

internet bağımlılığı görülme sıklığı daha yüksek saptanmıştır. Ancak yapılan çok değişkenli analizde anne öğrenim düzeyinin internet bağımlılığı açısından bir risk faktörü olmadığı rapor edilmiştir (129). Benzer şekilde, Koyuncu ve arkadaşlarının 2012 yılında adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada anne öğrenim düzeyi arttıkça internet bağımlılığı görülme sıklığı arttığı, fakat yapılan çok değişkenli analizde anne öğrenim düzeyinin internet bağımlılığı açısından bir risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (194). Çevik ve Çelikkaleli'nin yaptıkları bir çalışmada ise anne öğrenim düzeyi arttıkça internet bağımlılığı görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir. Yazarlar bu sonucu annelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe bilgisayar ve internet ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve buna bağlı olarak çocuğun eğitimsel gelişimine katkı sunmak istemelerinden dolayı internet erişimine izin vermelerinden kaynaklı olabileceği şeklinde yorumlamışlardır (215). Araştırmacılar, çalışmada tek değişkenli analiz kullandıkları için anne öğrenim düzeyi ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki bulmuşlardır. Oysaki, çok değişkenli analiz kullandıklarında anne öğrenim düzeyi ile internet bağımlılığı arasında buldukları sonuç değişebilirdi.

İnternet bağımlılığının sigara bağımlılığı ile altta yatan benzer nörobiyolojik düzenekleri paylaşması ve hem internet bağımlılığının hem de nikotin bağımlılığının aynı beyin bölgelerinin aktivasyonunu içermesi nedeniyle sigara içenlerde internet bağımlılığı görülme sıklığının daha yüksek olması beklenmektedir (2, 216). Çalışmada sigara kullanımı ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki bulunamadı (p=0.109). Yapılan bazı çalışmaların sonuçları çalışmamızı destekler nitelikte iken (91, 213, 217) literatürde bazı çalışmalarda ise sigara içenlerde internet bağımlılığının içmeyenlere göre daha yüksek saptandığı rapor edilmiştir (139, 140, 218). Çalışmanın okul ortamında yapılması adolesanların sigara kullanımı ile ilgili soruya verdiği cevapları etkilemiş olabilir.

Çalışmada alkol kullanımı ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki saptanmadı (p=0.446). Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir (140, 219). Choi ve arkadaşlarının Güney Kore'de 2336 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada alkol kullananlarda internet bağımlılığının kullanmayanlara göre daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (217). Ko ve arkadaşlarının Tayvan'da adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada da internet bağımlılığının problemli alkol kullanımı ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (76). Literatürde farklı sonuçların olması, internet ile

ilgili bağımlılık yolunun, alkolün yaptığı bağımlılıktan farklı olup olmadığı konusunu düşündürmektedir.

Çalışmada internete bilgisayar aracılığı ile bağlananlarda internet bağımlılığı cep telefonu ile bağlananlara göre daha yüksek saptandı (OR: 1.49; 1.07-2.08). Wu ve arkadaşlarının Çin'de 10,158 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada, internet kafedeki bilgisayar aracılığı ile internete ulaşanlarda internet bağımlılığı görülme sıklığı, kişisel bilgisayar aracılığı ile internete ulaşanlara göre 1.65 kat daha yüksek saptandığı ancak, cep telefonu ve kişisel bilgisayar aracılığı ile internete bağlananlar arasında internet bağımlılığı açısından bir fark olmadığı rapor edilmiştir (129). Wu ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışma, adolesanlarda bilgisayar aracılığı ile internete bağlananlarda internet bağımlılığını değerlendirirken, bilgisayarın konumunun (ev veya internet kafe) göz önünde bulundurulması gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Wang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da internet kafedeki bilgisayar aracılığı ile internete bağlananlarda internet bağımlılığı görülme sıklığı cep telefonu aracılığı ile bağlananlara göre daha yüksek saptanmıştır (91). İnternet kafelerin, ebeveyn kontrolü olmadan adolesanların internette serbestçe gezinmelerine izin verdiği göz önünde bulundurulmalıdır (129). Ayrıca henüz bir gelire sahip olmayan adolesan yaş grubunda, cep telefonu ile internete ulaşımın masrafı da bu duruma neden olmuş olabilir.

İnternet'e kolay erişim nedeniyle, kaldığı yerde internet erişimi olan bireylerin olmayanlara göre internet bağımlılığı görülme sıklığının daha yüksek saptanması şaşırtıcı bir sonuç değildir (194). Çalışmada, kaldığı yerde internet erişimi olanlarda internet bağımlılığı olmayanlara göre daha yüksek bulundu. Ancak yapılan çok değişkenli analizde kaldığı yerde internet erişimi olmasının internet bağımlılığı için bir risk faktörü olmadığı saptandı (p=0.744). Literatürde adolesanlarda yapılan çalışmalarda evde internet erişimi olanlarda internet bağımlılığının olmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak evde internet erişimi varlığının internet bağımlılığı için bir risk faktörü olmadığı rapor edilmiştir (194, 220). Ak ve arkadaşlarının 4,311 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada evde internet erişimi olmasının adolesanlarda internet bağımlılığının önemli bir belirleyicisi olduğunu bildirmişlerdir (101).

İnternete ve iyi gelişmiş internete sahip bir çevreye erken maruz kalmanın, internet bağımlılığı için önemli ilişkili faktörler olduğu öne sürülmekte olup, internet bağımlılığının, interneti erken yaşlarda kullanmaya başlayan çocuklar arasında daha yaygın olması beklenmektedir (178). Çalışmada ilk kez internet kullanmaya başlama yaşı (10 yaş ve altı) internet bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olarak saptanmıştır (OR: 1.31; 1.01-1.70). Ni ve arkadaşlarının 3,557 kişide yaptıkları bir çalışmada ilk kez internet kullanma yaşı (8-12 yaş) internet bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (212). Sağlan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ilk kez internet kullanmaya başlama yaşı küçüldükçe internet bağımlılığının arttığı fakat ilk kez internet kullanmaya başlama yaşının internet bağımlığı için bir risk faktörü olmadığı rapor edilmiştir (2). Koyuncu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise ilk kez internet kullanmaya başlama yaşı (12 yaş ve altı) internet bağımlığı için bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (194). Wang ve arkadaşlarının 2009 yılında, Çin' de 9 farklı ilden toplam 10,988 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmayla, ilk internet kullanım yaşının, internet bağımlılığının önemli öngördürücüsü olduğunu belirtmişlerdir (85). Sağlan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın (2), yarı kırsal bir bölgede yapılmış olması dolayısıyla, internet dahil her yönden olanakların şehir merkezine göre kısıtlı olması, ilk internet kullanmaya başlama yaşının, internet bağımlılığı için bir risk faktörü olarak saptanamamasında etkili olmuş olabilir.

Adolesanlar, bilişsel kontrol ve sınır belirleme becerilerinin geliştirilmesindeki yüksek değişkenlik nedeniyle internet bağımlılığı geliştirme riski yüksek bir grup olarak tanımlanmıştır (221). İnternete erişimde herhangi bir kontrol ve sınırlılığın bulunmayışı bağımlılığın oluşmasında tetikleyici bir rol üstlenebilmektedir (222). Çalışmamızda internet kullanırken hiç kimseden izin almayanlarda internet bağımlılığı izin alanlara göre daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen internet kullanırken izin almamanın, internet bağımlılığının bir öngördürücüsü olmadığı saptandı (p=0.446). Li ve arkadaşlarının 2013 yılında adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada bir çeşit davranış kontrolü olarak ebeveyn kısıtlamasının internet bağımlılığı ile negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir (223). Literatürde yapılan bir başka çalışmada da, internet bağımlılığı olan adolesanların, internet bağımlılığı olmayanlara göre daha olumsuz ebeveyn davranışları yaşadıkları belirtilmiştir (224). Şimşek ve arkadaşları tarafından 2011 yılında adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada da internet kullanımını

kendileri kontrol eden ergenlerde bağımlılık oranı yüksekken, ebeveynleri tarafından kontrol edilen ergenlerin hiçbiri interneti bağımlılık düzeyinde kullanmadığı rapor edilmiştir (222). Çin'de 2014 yılında yapılan bir çalışmada, çok değişkenli analize göre genel ebeveyn kontrolü olan adolesanlarda internet bağımlılığı görülme sıklığı ebeveyn kontrolü az olan adolesanlara göre 0.6 kat daha düşük bildirilmiştir (129).

İnternet kullanma sıklığı, internet bağımlılığının nedeni olduğu kadar semptomlarından biri olarak da değerlendirilebilir (83). Çalışmada günde birkaç kez internete girenlerde internet bağımlılığı diğerlerine göre daha yüksek saptandı. Ancak, internet kullanma sıklığının internet bağımlılığı için bir öngördürücü olmadığı bulundu (p=0.439). Cao ve arkadaşlarının 2008 yılında, Çin'de, 17,599 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada internet kullanım sıklığı haftada 5 ve üzerinde olanlarda internet bağımlılığı görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (83). Literatürde yapılan bazı çalışmalarda internet kullanma sıklığı internet bağımlılığı için bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (2, 194, 208). Çalışmada yapılan çok değişkenli analizde internet bağımlılığı ile ilgili çok daha güçlü değişkenler olduğu için internet kullanma sıklığı bir öngördürücü olarak saptanmamış olabilir.

İlk sigara içme zamanı'nın nikotin bağımlılığının kilit belirleyicisi olduğu ve en iyi tek göstergesi olduğu öne sürülmüştür (225). Benzer şekilde çalışmada sabah kalktıktan sonra ilk bir saat içinde internet erişimi olan adolesanlarda internet bağımlığı daha yüksek bulundu (OR: 3.00; 1.84-4.90). Çalışmada, adolesanlar uyudukları süre zarfında internete giremedikleri için bir şey kaçırmış hissine kapılmalarından dolayı sabah kalktıktan sonra ilk bir saat içinde internete giriyor olabilirler.

Bağımlılık kavramı, geleneksel olarak bir maddenin fiziksel bağımlılığını tanımlamak için kullanılmış olsa da, internetin aşırı kullanımı için de uygulanmıştır (62). Çevrimiçi olarak harcanan zaman internet kullanımına karşı artan toleransın bir göstergesi olabilir (226). Çalışmada bir günde internet başında 2 saat üzerinde süre geçirmek internet bağımlılığı için bir risk faktörü olarak saptandı (OR: 1.70; 1.34-2.17). Xu ve arkadaşlarının 2007 yılında 5,122 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada haftalık 7 saat ve üzerinde çevrimiçi olarak internette zaman harcamak önemli bir risk faktörü olarak rapor edilmiştir (8). Çevrimiçi olarak harcanan saatler

ile internet bağımlılığı arasında bir ilişki olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (74, 141, 142, 194).

İnternet bağımlılığı, bir bireyin internetin kullanımını kontrol edememesi olarak tanımlanmaktadır. İnternet bağımlısı olan bireyler, internet kullanımı konusunda kendini sınırlandıramama, zamanı etkili kullanamama gibi zayıf zaman yönetim anlayışına sahiptirler (141). Çalışmada internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırmamak, internet bağımlılığının bir öngördürücüsü olarak saptandı (OR: 4.71; 3.72-5.96). Li ve arkadaşlarının Çin'de adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada artan öz kontrolün, azalmış internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (223). Literatürde yapılan bir başka çalışmada internet bağımlılığı olan adolesanların, internet bağımlılığı olmayanlara göre daha düşük öz kontrol kapasitesine sahip olduğu belirtilmiştir (224). Batıgün ve Kılıç'ın yaptıkları bir çalışmada, özdenetim eksikliği internet bağımlılığı için bir risk faktörü olarak rapor edilmiştir (227). İnternet bağımlılığı bireyin internet kullanımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesiyle ilişkili olduğu için (219), internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırmayanlarda internet bağımlılığının daha yüksek saptanması olağan bir sonuçtur.

Erken ve geç ergenlik dönemleri arasında başlayan sosyal fobi, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (165). Çalışmada öğrenciler arasında sosyal fobi 292 kişide saptandı, sosyal fobi prevelans hızı (%95 GA) %8.7 (7.8-9.7) olarak hesaplandı. Birleşik Devletler için sosyal fobi 12 aylık tahmini prevalans hızı yaklaşık %7.0' dır. Dünyanın çeşitli coğrafik bölgelerinde aynı yöntem kullanılarak yapılan çalışmalarda 12 ayın altındaki sosyal fobi prevalans hızı yaklaşık %0.5 - %2.0 arasında kümelenmektedir (157). Literatürde uluslararası düzeyde yapılan bir çalışmada, sosyal fobi prevelans hızının 30 günlük, 12 aylık ve ömür boyu prevelans tahminleri sırasıyla %1.3, %2.4 ve %4.0 olarak bildirilmiştir (169). Avrupa'da kapsamlı bir literatür taramasına dayanan bir çalışmada, DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre, sosyal fobinin yaşam boyu prevalans hızı % 6.7 ve 12 aylık prevalans hızı %2.0 olarak rapor edilmiştir (168). Son araştırmalar batı ülkelerinde sosyal fobi'nin yaşam boyu yaygınlığını %7.0 ile %13.0 arasında tahmin etmektedir (165). Ghazwani ve arkadaşlarının 2013 yılında Suudi Arabistan'da erkek adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi prevalansı hızı %11.7 olarak bildirilmiştir (228). Demir ve

arkadaşlarının Türkiye'de 2011 yılında adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi görülme sıklığı %3.9 olarak rapor edilmiştir (198). Ancak, prevalans hızı; kullanılan tanı ölçütleri, tanı eşiği, değerlendirme yöntemi ve araştırmacı tarafından seçilen prevalans süresi gibi metodolojik değişkenlere göre önemli ölçüde değişebilir.

Çalışmada kırsal bölgede yaşayan adolesanlarda sosyal fobi görülme sıklığı kent merkezinde yaşayan adolesanlara göre 2.19 kat daha yüksek saptandı (OR: 2.19; 1.46-3.30). Türkiye'de 2008 yılında yapılan bir çalışmada, sosyal fobi görülme sıklığının, son 15 yılda en uzun süre şehirlerde yaşayanlara göre ilçelerde yaşayanlarda 1.5 kat, köyde yaşayanlarda 1.9 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (229). Literatürde, son yirmi yılda sosyal fobi ile ilgili yapılan tüm epidemiyolojik araştırmaları göz önünde bulunduran bir çalışmada sosyal fobi ile ilgili kentselliğin göreceli olarak az bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (165). Vega ve arkadaşları tarafından, 3012 kişi üzerinde Kaliforniya'da yapılan bir çalışmada, çok değişkenli analizde herhangi bir anksiyete bozukluğu ile yaşanılan yer arasında bir ilişki bulunamadığı rapor edilmiştir (230). Araştırmada yapılan çok değişkenli analizde, anksiyete bozukluklarının birleştirilerek tek bir grup olarak değerlendirilmesi böyle bir sonuç çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Adolesan dönemde birey kendisini özerk bir kimlik olarak kabul ettirme ve kendini gösterme çabası içine girer. Bu nedenle adolesan için sosyal ilişkilerde etkin olmak ve başkaları üzerinde bırakılan izlenimlerin niteliği çok önemlidir. Bundan dolayı birey kendisi ile ilgili büyük bir beklenti içine girer. Birey bu beklentilere cevap veremezse sosyal kaygı düzeyi artar ve sosyal fobi kendini göstermeye başlar. Bu nedenle adolesan dönemde sosyal fobi düzeyinin ileriki yaşlara göre daha yüksek olması beklenebilir (231). Çalışmada 14-15 yaş grubunda yer alan adolesanlarda sosyal fobi görülme sıklığı, 17-18 yaş grubundaki adolesanlara göre 2.18 kat daha yüksek saptandı (OR: 2.18; 1.61-2.96). ABD'de sosyal fobinin başlama medyan yaş 13 olmakla birlikte bireylerin %75'inde başlangıcın 8 ile 15 yaş arasında olduğu bildirilmektedir (157). DSÖ tarafından da yetişkinlik dönemindeki tüm zihinsel sağlık bozukluklarının yarısının, 14 yaşına kadar başladığı, ancak çoğu vakanın farkedilmediği rapor edilmiştir (1). Literatürde veri tabanı araştırmasına (Web of Science, Medline) dayanarak 21'i toplum tabanlı toplam 23 araştırmanın incelendiği bir çalışmada, sosyal fobinin başlangıç yaşının 12 ile 16,6 arasında değiştiği

belirtilmiştir (168). Literatürde adolesanlarda yapılan bir çalışmada da sosyal fobinin erken adolesan dönemde başladığı bildirilmiştir (231).

Genel olarak, kadınlarda sosyal fobi oranları genel popülasyondaki erkeklerden daha yüksek olup, bu durum adolesanlarda daha belirgindir. Cinsiyet oranları klinik örneklerde erkekler için eşdeğer veya biraz daha yüksektir. Erkeklerde cinsiyet rollerinin ve sosyal beklentilerin artan yardım arama davranışını açıklamada önemli bir rol oynadığı varsayılmaktadır (157). Çalışmada kadınlarda sosyal fobi erkeklere göre daha yüksek saptandı (OR: 1.69; 1.27-2.23). Literatürde yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir (170, 232). Düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeleri kapsayan, uluslararası düzeyde yapılan bir çalışmada, sosyal fobi görülme sıklığının kadın cinsiyetle ilişkili olduğu rapor edilmiştir (169). Fehm ve arkadaşlarının kapsamlı bir literatür veri tabanı araştırmasına (Web of Science, Medline) dayanarak 21'i toplum tabanlı toplam 23 araştırmayı incelendikleri bir çalışmada, Avrupa'da, dünyanın diğer bölgelerinden yapılan çalışmalarla tutarlı olarak, kadınların sosyal fobiden erkeklerden daha fazla etkilenmesi ile cinsiyet farklılıklarının belgelendiği rapor edilmiştir (168). Literatürde, son yirmi yılda yapılan sosyal fobi ile ilgili tüm epidemiyolojik araştırmaları göz önünde bulunduran bir çalışmada sosyal fobinin kadınlarda daha yaygın olduğu bildirilmiştir (165). Memik ve arkadaşları Türkiye'de 2009 yılında 1,713 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi semptomlarının erkek çocuklarda daha şiddetli olduğunu rapor etmişlerdir. Yazarlar çıkan bu sonuç hakkında, Türk ebeveynlerin, erkek çocuklara sosyal fonksiyon açısından daha fazla yüklenerek, sosyal durumlara kızlardan daha sık katılmalarını teşvik ettiğini, beklentiler yüksek olduğu için erkeklerin sosyal kaygısının buna bağlı olarak arttığını, ayrıca ülkemizde utangaçlık ve çekingen davranışların kızlara atfedilerek olumlu geri bildirimlerle güçlendirildiğini düşünmektedirler (233). Adolesanın içinde bulunduğu toplumun kültürel özelliklerinin yanı sıra adolesan dönemde kadınların kendilerinin görünüşü ve davranışları hakkında başkalarının yapmış olduğu değerlendirmelere erkeklere göre daha fazla önem vermeleri bu sonuca neden olmuş olabilir.

Sosyal fobi günlük işleyişte sadece sosyal olarak değil, aynı zamanda eğitim ve meslek alanlarında da ciddi bir şekilde bozulmaya yol açar (168). Sosyal fobisi olan kişilerde sosyal ortamlarda bulunmakla ortaya çıkan zorluklar, kişinin özel ve iş

yaşamlarını etkilemekte ve çok sayıda insanın iş bulma ve hayatını kazanma imkanını sınırlamaktadır (234). Çalışmada aile gelir durumu kötüleştikçe sosyal fobi görülme sıklığı artmaktadır. Ancak yapılan çok değişkenli analizde aile gelir durumunun sosyal fobi için bir risk faktörü olmadığı saptandı (p=0.834). Uluslararası düzeyde yapılan bir çalışmada, sosyal fobi görülme sıklığının düşük aile gelir durumuyla ilişkili olduğu rapor edilmiştir (169). Demir ve arkadaşlarının adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada düşük sosyoekonomik seviyeye sahip ailelerden gelen adolesanların artmış sosyal kaygı riski altında olduğu bildirilmiştir (198). Literatürde, son yirmi yılda sosyal fobi ile ilgili yapılan tüm epidemiyolojik araştırmaları göz önünde bulunduran bir çalışmada sosyal fobinin daha düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip olanlar arasında daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (165). Memik ve arkadaşları Türkiye'de 2009 yılında 1,713 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan adolesanların sosyal fobi ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (233). Memik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ve bizim çalışmamızda aile gelir durumunun adolesanların kendi algılarına göre değerlendirmeleri sonuçları etkilemiş olabilir**.** Bella ve Omigbodun'un Nijerya'da yaptıkları bir çalışmada sosyal sınıf ile sosyal fobi arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (235). Bu çalışmanın toplum tabanlı bir çalışma olmaması ve çalışma grubunun farklı dinlere mensup öğrencilerden oluşması çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Noyan ve Sertel Berk'in adolesanlarda yaptıkları bir çalışmada da sosyal fobi ile aile gelir durumu arasında bir ilişki saptanamadığı bildirilmiştir (236). Ancak bu çalışmanın sonuçlarını değerlendirirken, her şeyden önce bir devlet okulunda değil, bir kolejde yürütüldüğü ve çalışmaya katılan kişi sayısının çok az olması göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada öğrencilerin arkadaş ilişkisinin iyi olmaması, sosyal fobi için bir risk faktörü olarak saptandı (OR: 3.31; 2.48-4.41). Literatürde adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, "arkadaşım yok" ve "bazen arkadaş sahibi olmadığımı düşünüyorum" diyen adolesanların sosyal fobi ölçeğinden aldıkları puanların "arkadaşım var" diyen adolesanlara göre daha yüksek saptandığı rapor edilmiştir (233). Greca ve Lopez'in adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada spesifik olarak, daha yüksek sosyal anksiyete düzeyi olan adolesanların sınıf arkadaşlarından daha az

destek görme ve daha az sosyal kabul gibi sosyal işlevselliklerinin kötü olduğu bildirilmiştir (237).

Çalışmada adolesanlarda ebeveyn ilişkisinin kötü olması sosyal fobi için bir risk faktörü olarak saptandı (OR: 1.51; 1.07-2.14). Lieb ve arkadaşlarının prospektif toplum tabanlı, adolesanlarda yaptıkları bir çalışmada, özellikle ebeveynlerde aşırı koruma ve reddetme gibi davranışların, sosyal fobiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (238). Bögels ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada çocuklarda anne tarafından aşırı korunma algısının, regresyon analizinde sosyal kaygıyı öngördüğü belirtilmiştir (239). Ghazwani ve arkadaşlarının 2013 yılında Suudi Arabistan'da erkek adolesanlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ebeveyn öfkesi, özellikle başkalarının önünde eleştiri, abartılı koruma, kötü muamele ve aile provokasyonu gibi ebeveynlik stilleri sosyal fobi için önemli bir risk faktörü olarak bildirilmiştir. Ayrıca ebeveyn provokasyonu ve ebeveyn tarafından uygulanan fiziksel veya duygusal kötü muamele sosyal fobinin bağımsız belirleyicileri olarak rapor edilmiştir (228). Çalışmada ebeveyn ilişki durumu çalışmaya katılan adolesanların kendi beyanları olup diğer aile üyeleri tarafından doğrulanmadı. Kötü muamele görmüş veya kötü muamele gördüğünü düşünen adolesanlar genellikle ebeveynlerine karşı olumsuz duygular taşıdığından beyan ettikleri ebeveyn ilişki durumlarında ön yargılı davranmış olabilirler.

Adolesan dönem, internet bağımlılığı ve sosyal fobi için riskli bir dönemdir. Adolesanlarda internetin aşırı kullanımı, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulmalara neden olmakta ve sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Sanal bir platformda sosyal iletişim kurabilen bir adolesan, yüz yüze iletişim ile karşılaştırıldığında kendini tanıtmaktan daha az korku duymaktadır. Sosyal fobisi olan adolesanlar için bu durum alternatif bir çözüm yöntemi olarak tercih edilebilir (12). Çalışmada sosyal fobisi olan adolesanlarda internet bağımlılığı görülme sıklığı, olmayanlara göre 3.81 kat daha yüksek saptanırken (OR: 3.81; 2.80-5.20), internet bağımlılığı olan adolesanlarda sosyal fobi görülme sıklığı, olmayanlara göre 3.02 kat daha yüksek saptandı (OR: 3.02; 2.26-4.03). Çalışmada, internet bağımlılığı ve sosyal fobi birbirlerinin öngördürücüsü olarak bulundu. Vadher ve arkadaşlarının Hindistan'da 2016 yılında 1,312 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyal fobinin internet bağımlılığının bir öngördürücüsü olduğu rapor edilmiştir (4). Yayan

ve arkadaşları 2012 yılında, Türkiye'de adolesanlarda yaptıkları bir çalışmayla internet bağımlılığı ile sosyal fobi arasında pozitif bir ilişki saptadıklarını belirtmişlerdir (12). Yen ve arkadaşlarının Tayvan'da 2,114 adolesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada internet bağımlılığı olan adolesanlarda sosyal fobinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak, DEHB belirtileri, depresyon ve düşmanlığın regresyon modeline girmesinden sonra sosyal fobinin internet bağımlılığını öngörmediği bulunmuştur. Yazarlar tarafından bu sonuç, DEHB belirtilerinin, depresyonun ve düşmanlığın sosyal fobiden daha fazla proksimal öngörücü olduğu şeklinde rapor edilmiştir (74). PubMed veri tabanında 3 Kasım 2009 tarihinden itibaren internet bağımlılığı ve ilgili psikiyatrik bozuklukların varlığından bahseden yayınları tarayan bir derleme makaleye göre, internet bağımlılığının sosyal fobi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (178). Ko ve arkadaşlarının 2006 yılında, 216 adolesan üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada ise, yapılan tek değişkenli analizde sosyal fobisi olan adolesanlarda internet bağımlılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan çok değişkenli analizde sosyal fobinin, internet bağımlılığı için bir risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (179). İnternet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin tam olarak ortaya konulamamış olması, bu çalışmada yeterli kişi sayısına ulaşılamamasından kaynaklanmış olabilir. Literatürde 2,293 adolesan üzerinde yapılan 2 yıllık prospektif bir çalışmada yapılan tek değişkenli analizde erkek adolesanlarda, internet bağımlılığı ile sosyal fobi arasında bir ilişki bulunmazken, sosyal fobisi olan kadın adolesanlarda internet bağımlılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan çok değişkenli analizde sosyal fobinin, internet bağımlılığı için bir öngördürücü olmadığı rapor edilmiştir (13). Bu durum, diğer psikiyatrik semptomların, sosyal fobiye göre internet bağımlılığının daha önemli öngördürücüleri olduğunu gösterebilir. Her durumda, sosyal fobi, internet bağımlılığı tedavisinde daha fazla dikkat edilmesi gereken önemli bir psikiyatrik problemdir (178). Önceki araştırmalar, sosyal açıdan endişeli bireylerin internet bağımlılığına özellikle duyarlı olduklarını göstermektedir. Bu hassasiyet; çevrimiçi iletişimin daha güvenli bir etkileşim aracı olarak algılanması, kendini sunum esnasında daha fazla kontrolün olması, olumsuz değerlendirilme riskinin azaltılması ve iyileştirilmiş ilişki kalitesi ile ilgili olabilir (185).

Çalışmada, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve ÇESFÖ'den alınan puanlara göre 92 adolesanda hem internet bağımlılığı hem de sosyal fobi saptandı, internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği prevelans hızı (%95 GA) %2.7 (0.08-4.6) olarak hesaplandı. Çalışmada internet bağımlılığı ve sosyal fobi ile ilişkili faktörleri daha iyi saptayabilmek için internet bağımlılığı ve sosyal fobisi olmayan 2691 adolesan içersinden önce cinsiyet sonra yaşa göre tabakalandırma yapılarak sistematik örnekleme yöntemi ile 184 adolesan kontrol grubu olarak seçildi. Toplam 276 kişilik bir veri tabanında internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliğini etkileyen faktörler incelendi. Çok değişkenli analizde internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği riski; kırsal alanda yaşayanlarda 4.98 (1.57-15.75), sabah uyandıktan sonra ilk bir saat içinde internete ulaşanlarda 4.55 (1.15-17.98), internet kullanımı konusunda kendini sınırlandıramadığını bildirenlerde 3.86 (2.08-7.18), arkadaş ilişkisi iyi olmayanlarda 2.25 (1.05-4.85) ve kötü bir ebeveyn ilişkisine sahip olanlarda 2.97 (1.40-6.30) kat daha yüksek saptandı.

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında, kesitsel tipte bir araştırma olmasından dolayı intenet bağımlılığı ve sosyal fobi hakkında neden sonuç ilişkisinin kurulamaması, kesin tanı için psikiyatrik muayenenin yapılmamış olması, araştırmada kullanılan anket formun, ölçeklerde dahil edildiğinde çok fazla sorudan oluşması, araştırma sonuçlarının güvenilirliğinin öğrencilerin verdiği yanıtlar ile sınırlı olması sayılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Eskişehir'de çalışma evrenini temsil yeteneği olan bir örneklemde adolesanlar üzerinde internet bağımlılığı ve sosyal fobi arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup, sosyal fobi ve internet bağımlılığının birbirleriyle ilişkili önemli sağlık sorunları olduğu saptandı.

Çalışmada öğrenciler arasında internet bağımlılığı 462 kişide saptandı, internet bağımlılığı prevelans hızı (%95 GA) %13.8 (12.6-15.0) olarak hesaplandı. Anne ve babanın ayrı olması, bilgisayar aracılığı ile internete bağlanmak, ilk kez internet kullanmaya başlama yaşının ≤10 yaş olması, sabah kalktıktan sonra ilk bir saat içinde internete ulaşmak, internette bir günde ortalama ≥2 saat süre geçirmek, internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırmamak ve sosyal fobi varlığı internet bağımlılığı için önemli risk faktörleri olarak saptandı.

Çalışmada öğrenciler arasında sosyal fobi 292 kişide saptandı, sosyal fobi prevelans hızı (%95 GA) %8.7 (7.8-9.7) olarak hesaplandı. Kırsal alanda yaşamak, 14-15 yaş grubunda olmak, kadın cinsiyet, arkadaş ilişkilerinin iyi olmaması, kötü bir ebeveyn ilişkisine sahip olmak ve internet bağımlılığının varlığı, sosyal fobi için önemli öngördürücüler olarak bulundu.

Çalışmada, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve ÇESFÖ'den alınan puanlara göre 92 adolesanda hem internet bağımlılığı hem de sosyal fobi saptandı, internet bağımlılığı ve sosyal fobi birlikteliği prevelans hızı (%95 GA) %2.7 (0.08-4.6) olarak hesaplandı. Kırsal alanda yaşamak, sabah uyandıktan sonra ilk bir saat içinde internete ulaşmak, internet kullanımı konusunda kendini sınırlandırmamak, arkadaş ilişkilerinin iyi olmaması ve kötü bir ebeveyn ilişkisine sahip olmak internet bağımlılığı ve sosyal fobiye sahip olan adolesanları diğer adolesanlardan ayıran önemli özellikler olarak saptandı.

Çalışma grubundaki öğrencilerin internet kullanım amaçları incelendiğinde birinci sırada müzik dinlemek, film, video izlemek, ikinci sırada sosyal medyayı (facebook, twitter vb.) takip etmek ve üçüncü sırada ödev yapmak, ders çalışmak yer almaktadır. Adolesanların internette özellikle eğlence amaçlı geçirdikleri zamanı mümkün olduğunca azaltılmalı, sosyal ağlar konusunda bilinçlendirilmeli, ağırlıklı olarak interneti bilgi edinme ve ders amaçlı kullanmaları sağlanmalıdır.

Erken çocukluk yaş grubunda (10 yaş ve öncesi), internet kullanımına izin verilmemelidir. Ebeveynlerin çocukların erken yaşta internet kullanımını engellemesi ile internet bağımlılığının önlenebileceği düşünülmektedir.

Adolesanlarda internet kullanım süresini sınırlamakta yetersizliği görülenler internet bağımlılığı açısından izlenmelidir. Adolesanlara, aşırı internet kullanımının, sağlık ve sosyal gelişim üzerindeki etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca adolesanlara internetin kontrollü kullanımı konusunda eğitimler düzenlenmelidir.

İnternet bağımlılığının en kısa sürede, DSM sınıflamasına dahil edilerek uluslararası tanı ölçütlerinin belirlenmesi ve tarama ölçeklerinin standartlaştırılması gerektiği kanaatine varıldı. Çalışma, internet bağımlılığında önemli bir risk faktörü olarak saptanan sosyal fobinin güçlü etkisine işaret etmektedir. Adolesanların toplumdan uzaklaşarak sosyalleşme ihtiyaçlarını internetten karşılamalarını önlemek için sosyal ve sportif faaliyetlere yönlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sosyal fobinin erken saptanması ve tedavisi, adolesanlar arasında, internet bağımlılığının önlenmesi ve müdahale edilmesi için çok önemlidir.

Çalışma, arkadaş ilişkilerinin ve ebeveyn ilişkilerinin iyi olmasının, sosyal fobiye karşı koruma sağlayabileceğini göstermektedir. Bu durum sosyal fobi için sağlıklı yüz yüze ilişkilerin geliştirilmesinin ve korunmasının önemine işaret etmektedir. Sağlıklı nesiller için ebeveynlerin de dahil edildiği sosyal fobiyi önlenmeye yönelik müdahale programları yapılmalı ve eğitimler düzenlenmelidir.

Çalışma, internet bağımlılığı ve sosyal fobinin özellikle adolesanlar arasında büyük bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Adolesanlarda, sosyal fobi ve internet bağımlılığı hakkında tarama programları yapılmalı, önleme ve müdahale çalışmaları planlanması gerektiği kanaatine varıldı.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization, Adolescents: Health Risks and Solutions 2018 [Available from: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions.
2. Sağlan R, Atay E, Demirtaş Z, Öcal EE, Arslantaş D, Ünsal A. Evaluation of Internet Addiction and Dry Eye Disease Among Secondary and High School Students. Euras J Fam Med. 2017; 6(3):117-26.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028. 2004-2018.
4. Vadher SB, Panchal BN, Vala AU, Ratnani IJ, Vasava KJ, Desai RS, et al. Predictors of Problematic Internet Use in School Going Adolescents of Bhavnagar, India. Int J Soc Psychiatr. 2019;65(2):151-7.
5. Internet World Statistics. http://www.internetworldstats.com/stats.htm. 2019.
6. Young KS. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. American Behavioral Scientist. 2004;48(4):402-15.
7. King DL, Delfabbro PH, Zwaans T, Kaptsis D. Clinical Features and Axis I Comorbidity of Australian Adolescent Pathological Internet and Video Game Users. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2013;47(11):1058-67.
8. Xu J, Shen L-x, Yan C-h, Hu H, Yang F, Wang L, et al. Personal Characteristics Related to the Risk of Adolescent Internet Addiction: A Survey in Shanghai, China. BMC Public Health. 2012;12(1):1106.
9. Long EC, Verhulst B, Neale MC, Lind PA, Hickie IB, Martin NG, et al. The Genetic and Environmental Contributions to Internet Use and Associations with Psychopathology: A Twin Study. Twin Research and Human Genetics. 2016;19(1):1-9.
10. Chen J-T, Lin C-C, Wang S-C, Liao S-C, Chen J-Y, Liu C-Y, et al. Finding Social Phobia Patients From the Internet. Psychiat Res. 2011;190(1):121-5.
11. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri Temel Kitabı. Baskı Ankara: HYB Basım Yayın. 2007;273.

12. Yayan EH, Arikan D, Saban F, Gürarslan Baş N, Özel Özcan Ö. Examination of the Correlation Between Internet Addiction And Social Phobia in Adolescents. Western J Nurs Res. 2017;39(9):1240-54.

13. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-S, Yeh Y-C, Yen C-F. Predictive Values of Psychiatric Symptoms for Internet Addiction in Adolescents: A 2-Year Prospective Study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2009;163(10):937-43.

14. World Health Organization, Adolescent Health 2018 [Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

15. World Health Organization, Coming of Age: Adolescent Health 2018 [Available from: http://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health.

16. Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Halk Sağlığı. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları. 2011;Yayın No: 92.

17. Güler Ç, Akın L. Adolesan Sağlığı Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2015:486-537.

18. John Bongaarts SC, Gavin Jones, Gretchen Luchsinger, Peter McDonald, Cheikh Mbacke, Tomas Sobotka. The Power of Choice: Reproductive Rights and the Demographic Transition. UNFPA State of World Population; 2018.

19. Hess KL, Johnson AS, Hu X, Li J, Wu B, Yu C, et al. Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas, 2017.

20. Center for Disease Control and Prevention. Bringing High-Quality HIV and STD Prevention to Youth in Schools: tlanta, GA: Department of Health and Human Services. 2010.

21. World Health Organization, Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade: Summary. 2014.

22. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. Preventing Youth Violence and Delinquency Through A Universal School-Based Prevention Approach. Prevention Science. 2006;7(4):403-8.

23. Butchart A, Mikton C. Global Status Report on Violence Prevention, 2014.

24. World Health Organization. Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. 2015.

25. Centers for Disease Control and Prevention, Violence Prevention, Youth Violence 2018 [Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/index.html.

26. Swendsen J, Burstein M, Case B, Conway KP, Dierker L, He J, et al. Use and Abuse of Alcohol and Illicit Drugs in US Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry. 2012;69(4):390-8.

27. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2017. MMWR Surveillance Summaries. 2018;67(8):1.

28. World Health Organization. Injuries and Violence: The Facts 2014. Geneva; 2014.

29. Leenstra T, Petersen L, Kariuki S, Oloo A, Kager P, Ter Kuile F. Prevalence and Severity of Malnutrition and Age At Menarche; Cross-Sectional Studies in Adolescent School Girls in Western Kenya. European Journal of Clinical Nutrition. 2005;59(1):41.

30. World Health Organization, Obesity and Overweight 2018 [Available from: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

31. Facts F. At A Glance 2016 Nutrition, Physical Activity, and Obesity.

32. World Health Organization, Malnutrition 2018 [Available from: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition.

33. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health; 2010.

34. World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for A Healthier World. 2018.

35. World Health Organization, Physical Activity 2018 [Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity.

36. World Health Organization, Tobacco 2018 [Available from: http://www.who.int/topics/tobacco/en/.

37. World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic: Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies. 2017.

38. World Health Organization Tobacco Threatens Us All; 2017.

39. World Health Organization. World Health Statistics: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals. 2018.

40. World Health Organization, Adolescent Mental Health 2018 [Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

41. Le Blanc D. Towards Integration At Last? The Sustainable Development Goals As A Network Of Targets. 2015;23(3):176-87.

42. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation: Summary. 2017.

43. World Health Organization. Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors. Geneva. 2003.

44. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013 – 2020. Geneva. 2013.

45. Garcia-Moya I, Jimenez-Iglesias A, Moreno C. Sense of Coherence and Substance Use in Spanish Adolescents. Does the Effect of SOC Depend On Patterns of Substance Use in Their Peer Group? Adicciones. 2013;25(2).

46. Mattila ML, Rautava P, Honkinen PL, Ojanlatva A, Jaakkola S, Aromaa M, et al. Sense of Coherence and Health Behaviour in Adolescence. Acta Paediatrica. 2011;100(12):1590-5.

47. Casiano H, Kinley DJ, Katz LY, Chartier MJ, Sareen J. Media Use and Health Outcomes in Adolescents: Findings From A Nationally Representative Survey. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012;21(4):296.

48. Tam P, Walter G. Problematic Internet Use in Childhood and Youth: Evolution of A 21st Century Affliction. Australasian Psychiatry. 2013;21(6):533-6.

49. Aboujaoude E. Problematic Internet Use: An Overview. World Psychiatry. 2010;9(2):85-90.

50. Ustinaviciene R, Skemiene L, Luksiene D, Radisauskas R, Kaliniene G, Vasilavicius P. Problematic Computer Game Use As Expression of Internet Addiction and Its Association with Self-Rated Health in the Lithuanian Adolescent Population. Medicina (Kaunas). 2016;52(3):199-204.

51. Milani L, Osualdella D, Di Blasio P. Quality of Interpersonal Relationships and Problematic Internet Use in Adolescence. CyberPsychology & Behavior. 2009;12(6):681-4.

52. Shaw M, Black DW. Internet Addiction. CNS drugs. 2008;22(5):353-65.

53. Salicetia F. Internet Addiction Disorder. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;191:1372-6.

54. Sung J, Lee J, Noh H-M, Park YS, Ahn EJ. Associations Between the Risk of Internet Addiction and Problem Behaviors Among Korean Adolescents. Korean Journal of Family Medicine. 2013;34(2):115.

55. The American Psychiatric Association, New Research Press Briefing: Internet Addiction: Review of Neuroimaging Studies 2014 [Available from: https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/internet-addiction-review-of-neuroimaging-studies.

56. Young KS. Internet Addiction: The emergence of A New Clinical Disorder. Cyberpsychology & Behavior. 1998;1(3):237-44.

57. Cash H, D Rae C, H Steel A, Winkler A. Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. Current Psychiatry Reviews. 2012;8(4):292-8.

58. World Health Organization.. Public Health Implications of Excessive Use of the Internet, Computers, Smartphones and Similar Electronic Devices: Meeting Report, Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research,

National Cancer Research Centre, Tokyo, Japan, 27-29 August 2014: World Health Organization; 2015.

59. Young K, Pistner M, O'mara J, Buchanan J. Cyber disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium. CyberPsychology & Behavior. 1999;2(5):475-9.

60. Griffiths M. Internet Addiction: Fact or Fiction? The Psychologist. 1999.

61. Griffiths M. Internet Addiction Time to Be Taken Seriously? Addiction Research. 2000;8(5):413-8.

62. Yellowlees PM, Marks S. Problematic Internet Use or Internet Addiction? Computers in Human Behavior. 2007;23(3):1447-53.

63. Davis RA. A Cognitive-Behavioral Model of Pathological Internet Use. Computers in Human Behavior. 2001;17(2):187-95.

64. Bai Y-M, Lin C-C, Chen J-Y. Internet Addiction Disorder Among Clients of A Virtual Clinic. Psychiat Serv. 2001;52(10):1397.

65. Beard KW. Internet Addiction: A Review of Current Assessment Techniques and Potential Assessment Questions. Cyberpsychology & Behavior. 2005;8(1):7-14.

66. Johansson A, Götestam KG. Internet Addiction: Characteristics of A Questionnaire and Prevalence in Norwegian Youth (12–18 Years). Scandinavian Journal of Psychology. 2004;45(3):223-9.

67. Kaltiala-Heino R, Lintonen T, Rimpela A. Internet Addiction? Potentially Problematic Use of the Internet in A Population of 12–18 Year-Old Adolescents. Addiction Research & Theory. 2004;12(1):89-96.

68. Ha JH, Yoo HJ, Cho IH, Chin B, Shin D, Kim JH. Psychiatric Comorbidity Assessed in Korean Children and Adolescents Who Screen Positive for Internet Addiction. The Journal Of Clinical Psychiatry. 2006.

69. Ko CH, Yen JY, Liu SC, Huang CF, Yen CF. The Associations Between Aggressive Behaviors and Internet Addiction and Online Activities in Adolescents. J Adolescent Health. 2009;44(6):598-605.

70. Yen CF, Ko CH, Yen JY, Chang YP, Cheng CP. Multi-dimensional Discriminative Factors for Internet Addiction Among Adolescents Regarding Gender and Age. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2009;63(3):357-64.

71. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive Values of Psychiatric Symptoms for Internet Addiction in Adolescents: A 2-Year Prospective Study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(10):937-43.

72. Kim K, Ryu E, Chon M-Y, Yeun E-J, Choi S-Y, Seo J-S, et al. Internet Addiction in Korean Adolescents and Its Relation to Depression and Suicidal Ideation: A Questionnaire Survey. International Journal of Nursing Studies. 2006;43(2):185-92.

73. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-C, Chen S-H, Wu K, Yen C-F. Tridimensional Personality of Adolescents with Internet Addiction and Substance Use Experience. The Canadian Journal of Psychiatry. 2006;51(14):887-94.

74. Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Wu H-Y, Yang M-J. The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Depression, Social Phobia, and Hostility. J Adolescent Health. 2007;41(1):93-8.

75. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric Symptoms in Adolescents with Internet Addiction: Comparison with Substance Use. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2008;62(1):9-16.

76. Ko CH, Yen J-Y, Yen CF, Chen CS, Weng CC, Chen CC. The Association Between Internet Addiction and Problematic Alcohol Use in Adolescents: The Problem Behavior Model. Cyberpsychology & Behavior. 2008;11(5):571-6.

77. Siomos KE, Dafouli ED, Braimiotis DA, Mouzas OD, Angelopoulos NV. Internet Addiction Among Greek Adolescent Students. CyberPsychology & Behavior. 2008;11(6):653-7.

78. Guo J, Chen L, Wang X, Liu Y, Chui CHK, He H, et al. The Relationship Between Internet Addiction and Depression Among Migrant Children and Left-Behind Children in China. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2012;15(11):585-90.

79. Lin C-H, Lin S-L, Wu C-P. The Effects of Parental Monitoring and Leisure Boredom on Adolescents' Internet Addiction. Adolescence. 2009;44(176):993-1005.

80. Gong J, Chen X, Zeng J, Li F, Zhou D, Wang Z. Adolescent Addictive Internet Use and Drug Abuse in Wuhan, China. Addiction Research & Theory. 2009;17(3):291-305.

81. Lam LT, Peng Z-w, Mai J-c, Jing J. Factors Associated with Internet Addiction Among Adolescents. Cyberpsychology & Behavior. 2009;12(5):551-5.

82. Choi K, Son H, Park M, Han J, Kim K, Lee B, et al. Internet Overuse and Excessive Daytime Sleepiness in Adolescents. Psychiatry And Clinical Neurosciences. 2009;63(4):455-62.

83. Cao H, Sun Y, Wan Y, Hao J, Tao F. Problematic Internet Use in Chinese Adolescents and Its Relation to Psychosomatic Symptoms and Life Satisfaction. BMC Public Health. 2011;11(1):802.

84. Pan P-Y, Yeh C-B. Internet Addiction Among Adolescents May Predict Self-Harm/Suicidal Behavior: A Prospective Study. The Journal of Pediatrics. 2018;197:262-7.

85. Wang L, Luo J, Bai Y, Kong J, Luo J, Gao W, et al. Internet Addiction of Adolescents in China: Prevalence, Predictors, and Association with Well-Being. Addiction Research & Theory. 2013;21(1):62-9.

86. Goel D, Subramanyam A, Kamath R. A Study on the Prevalence of Internet Addiction and Its Association with Psychopathology in Indian Adolescents. Indian J Psychiat. 2013;55(2):140.

87. Liu H-C, Liu S-I, Tjung J-J, Sun F-J, Huang H-C, Fang C-K. Self-Harm and Its Association with Internet Addiction and Internet Exposure to Suicidal Thought in Adolescents. Journal of the Formosan Medical Association. 2017;116(3):153-60.

88. Siomos K, Floros G, Fisoun V, Evaggelia D, Farkonas N, Sergentani E, et al. Evolution of Internet Addiction in Greek Adolescent Students Over A Two-Year

Period: The Impact of Parental Bonding. European Child & Adolescent Psychiatry. 2012;21(4):211-9.

89. Ha Y-M, Hwang WJ. Gender Differences in Internet Addiction Associated with Psychological Health Indicators Among Adolescents Using A National Web-Based Survey. International Journal of Mental Health and Addiction. 2014;12(5):660-9.

90. Poli R, Agrimi E. Internet Addiction Disorder: Prevalence in An Italian Student Population. Nord J Psychiat. 2012;66(1):55-9.

91. Wang H, Zhou X, Lu C, Wu J, Deng X, Hong L. Problematic Internet Use in High School Students in Guangdong Province, China. Plos One. 2011;6(5):E19660.

92. Shek DT, Yu L. Internet Addiction Phenomenon in Early Adolescents in Hong Kong. The Scientific World Journal.2012.

93. Fisoun V, Floros G, Geroukalis D, Ioannidi N, Farkonas N, Sergentani E, et al. Internet Addiction in the Island of Hippocrates: The Associations Between Internet Abuse and Adolescent Off-Line Behaviours. Child and Adolescent Mental Health. 2012;17(1):37-44.

94. Kuss DJ, Van Rooij AJ, Shorter GW, Griffiths MD, Van de Mheen D. Internet Addiction in Adolescents: Prevalence and Risk Factors. Comput Hum Behav. 2013;29(5):1987-96.

95. Yu L, Shek DTL. Internet Addiction in Hong Kong Adolescents: A Three-Year Longitudinal Study. J Pediatr Adol Gynec. 2013;26(3):S10-S7.

96. Lai C-M, Mak K-K, Watanabe H, Ang RP, Pang JS, Ho RC. Psychometric Properties of the Internet Addiction Test in Chinese Adolescents. J Pediatr Psychol. 2013;38(7):794-807.

97. Evren C, Dalbudak E, Evren B, Ciftci Demirci A. High Risk of Internet Addiction and Its Relationship with Lifetime Substance Use, Psychological and Behavioral Problems Among 10th Grade Adolescents. Psychiat Danub. 2014;26(4):0-339.

98. Sinkkonen H-M, Puhakka H, Meriläinen M. Internet Use and Addiction Among Finnish Adolescents (15–19 years). J Adolescence. 2014;37(2):123-31.

99. Pawlowska B, Zygo M, Potembska E, Kapka-Skrzypczak L, Dreher P, Kedzierski Z. Prevalence of Internet Addiction and Risk of Developing Addiction As Exemplified by A Group of Polish Adolescents From Urban and Rural Areas. Ann Agr Env Med. 2015;22(1).

100. Ustinavičienė R, Škėmienė L, Lukšienė D, Radišauskas R, Kalinienė G, Vasilavičius P. Problematic Computer Game Use As Expression of Internet Addiction and Its Association with Self-Rated Health in the Lithuanian Adolescent Population. Medicina. 2016;52(3):199-204.

101. Ak Ş, Koruklu N, Yılmaz Y. A Study on Turkish Adolescent's Internet Use: Possible Predictors of Internet Addiction. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2013;16(3):205-9.

102. Lin I-H, Ko C-H, Chang Y-P, Liu T-L, Wang P-W, Lin H-C, et al. The Association Between Suicidality and Internet Addiction and Activities in Taiwanese Adolescents. Compr Psychiat. 2014;55(3):504-10.

103. Stavropoulos V, Alexandraki K, Motti-Stefanidi F. Recognizing Internet Addiction: Prevalence and Relationship to Academic Achievement in Adolescents Enrolled in Urban and Rural Greek High Schools. J Adolescence. 2013;36(3):565-76.

104. Ahmadi K, Saghafi A. Psychosocial Profile of Iranian Adolescents' Internet Addiction. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2013;16(7):543-8.

105. Canan F, Yildirim O, Ustunel TY, Sinani G, Kaleli AH, Gunes C, et al. The Relationship Between Internet Addiction and Body Mass Index in Turkish Adolescents. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2014;17(1):40-5.

106. Adiele I, Olatokun W. Prevalence and Determinants of Internet Addiction Among Adolescents. Comput Hum Behav. 2014;31:100-10.

107. Yu JJ, Kim H, Hay I. Understanding Adolescents' Problematic Internet Use From A Social/Cognitive and Addiction Research Framework. Comput Hum Behav. 2013;29(6):2682-9.

108. Watters CA, Keefer KV, Kloosterman PH, Summerfeldt LJ, Parker JD. Examining the Structure of the Internet Addiction Test in Adolescents: A Bifactor Approach. Comput Hum Behav. 2013;29(6):2294-302.

109. Tang J, Yu Y, Du Y, Ma Y, Zhang D, Wang J. Prevalence of Internet Addiction and Its Association with Stressful Life Events and Psychological Symptoms Among Adolescent Internet Users. Addict Behav. 2014;39(3):744-7.

110. Wu AM, Li J, Lau JT, Mo PK, Lau MM. Potential Impact of Internet Addiction and Protective Psychosocial Factors on to Depression Among Hong Kong Chinese Adolescents–Direct, Mediation and Moderation Effects. Compr Psychiat. 2016;70:41-52.

111. Seyrek S, Cop E, Sinir H, Ugurlu M, Şenel S. Factors Associated with Internet Addiction: Cross-Sectional Study of Turkish Adolescents. Pediatrics International. 2017;59(2):218-22.

112. Mak K-K, Lai C-M, Watanabe H, Kim D-I, Bahar N, Ramos M, et al. Epidemiology of Internet Behaviors and Addiction Among Adolescents In Six Asian Countries. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2014;17(11):720-8.

113. Chang F-C, Chiu C-H, Miao N-F, Chen P-H, Lee C-M, Chiang J-T, et al. The Relationship Between Parental Mediation and Internet Addiction Among Adolescents, and the Association with Cyberbullying and Depression. Compr Psychiat. 2015;57:21-8.

114. Wang C-W, Ho RT, Chan CL, Tse S. Exploring Personality Characteristics of Chinese Adolescents with Internet-Related Addictive Behaviors: Trait Differences for Gaming Addiction and Social Networking Addiction. Addict Behav. 2015;42:32-5.

115. Chen Y-L, Chen S-H, Gau SS-F. ADHD and Autistic Traits, Family Function, Parenting Style, and Social Adjustment for Internet Addiction Among Children

and Adolescents in Taiwan: A Longitudinal Study. Research in Developmental Disabilities. 2015;39:20-31.

116. Lim J-A, Gwak AR, Park SM, Kwon J-G, Lee J-Y, Jung HY, et al. Are Adolescents with Internet Addiction Prone to Aggressive Behavior? The Mediating Effect of Clinical Comorbidities on the Predictability of Aggression in Adolescents with Internet Addiction. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2015;18(5):260-7.

117. Öztürk C, Bektas M, Ayar D, Öztornacı BÖ, Yağcı D. Association of Personality Traits and Risk of Internet Addiction in Adolescents. Asian Nursing Research. 2015;9(2):120-4.

118. Lam LT. Parental Mental Health and Internet Addiction in Adolescents. Addict Behav. 2015;42:20-3.

119. Chen YL, Gau SSF. Sleep Problems and Internet Addiction Among Children and Adolescents: A Longitudinal Study. Journal of Sleep Research. 2016;25(4):458-65.

120. Kawabe K, Horiuchi F, Ochi M, Oka Y, Ueno Si. Internet Addiction: Prevalence and Relation with Mental States in Adolescents. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2016;70(9):405-12.

121. Zhou N, Fang X-y. Beyond Peer Contagion: Unique and Interactive Effects of Multiple Peer Influences on Internet Addiction Among Chinese Adolescents. Comput Hum Behav. 2015;50:231-8.

122. Dhir A, Chen S, Nieminen M. Predicting Adolescent Internet Addiction: The Roles of Demographics, Technology Accessibility, Unwillingness to Communicate and Sought Internet Gratifications. Comput Hum Behav. 2015;51:24-33.

123. Chou W-J, Chang Y-P, Yen C-F. Boredom Proneness and Its Correlation with Internet Addiction and Internet Activities in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2018;34(8):467-74.

124. Arthanari S, Khalique N, Ansari MA, Faizi N. Prevalence & Determinants of Internet Addiction Among Indian Adolescents. Indan J Community He. 2017;29(1):89-95.

125. Dang AK, Nathan N, Le QNH, Nguyen LH, Nguyen HLT, Nguyen CT, et al. Associations Between Internet Addiction and Physical Activity Among Vietnamese Youths and Adolescents. Children and Youth Services Review. 2018;93:36-40.

126. Jia J, Li D, Li X, Zhou Y, Wang Y, Sun W. Psychological Security and Deviant Peer Affiliation As Mediators Between Teacher-Student Relationship and Adolescent Internet Addiction. Comput Hum Behav. 2017;73:345-52.

127. Chen Y, Kang Y, Gong W, He L, Jin Y, Zhu X, et al. Investigation on Internet Addiction Disorder in Adolescents in Anhui, People's Republic of China. Neuropsych Dis Treat. 2016;12:2233.

128. Wu CST, Wong HT, Yu KF, Fok KW, Yeung SM, Lam CH, et al. Parenting Approaches, Family Functionality, and Internet Addiction Among Hong Kong Adolescents. BMC Pediatrics. 2016;16(1):130.

129. Wu X-S, Zhang Z-H, Zhao F, Wang W-J, Li Y-F, Bi L, et al. Prevalence of Internet Addiction and Its Association with Social Support and Other Related Factors Among Adolescents in China. J Adolescence. 2016;52:103-11.

130. Tabak I, Zawadzka D. Loneliness and Internet Addiction of Polish Adolescents. Psychiatria I Psychologia Kliniczna. 2017;17(2).

131. Munno D, Cappellin F, Saroldi M, Bechon E, Guglielmucci F, Passera R, et al. Internet Addiction Disorder: Personality Characteristics and Risk of Pathological Overuse in Adolescents. Psychiat Res. 2017;248:1-5.

132. Zegarra CZ, Cuba MF. Frequency of Internet Addiction and Development of Social Skills in Adolescents in An Urban Area of Lima. Medwave. 2017;17(1):e6857-e.

133. Cerruti R, Spensieri V, Presaghi F, Valastro C, Fontana A, Guidetti V. An Exploratory Study on Internet Addiction, Somatic Symptoms and Emotional and

Behavioral Functioning in School-Aged Adolescents. Clinical Neuropsychiatry. 2017(6).

134. Mo PK, Chan VW, Chan SW, Lau JT. The Role of Social Support on Emotion Dysregulation and Internet Addiction Among Chinese Adolescents: A Structural Equation Model. Addict Behav. 2018;82:86-93.

135. Sami H, Dannielle L, Lihi D, Elena S. The Effect of Sleep Disturbances and Internet Addiction on Suicidal Ideation Among Adolescents in the Presence of Depressive Symptoms. Psychiat Res. 2018.

136. Ak S, Koruklu N, Yilmaz Y. A Study on Turkish Adolescent's Internet Use: Possible Predictors of Internet Addiction. Cyberpsych Beh Soc N. 2013;16(3):205-9.

137. Zhang X, Huang, Y., & Luo, X. A Cross-Sectional Study of Internet Addiction Disorder in High School Students in Beijing. Chinese Mental Health Journal 2002;10.

138. J Kuss D, D Griffiths M, Karila L, Billieux J. Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade. Current Pharmaceutical Design. 2014;20(25):4026-52.

139. Morioka H, Itani O, Osaki Y, Higuchi S, Jike M, Kaneita Y, et al. Association Between Smoking and Problematic Internet Use Among Japanese Adolescents: Large-Scale Nationwide Epidemiological Study. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2016;19(9):557-61.

140. Lee YS, Han DH, Kim SM, Renshaw PF. Substance Abuse Precedes Internet Addiction. Addict Behav. 2013;38(4):2022-5.

141. Cao F, Su L. Internet Addiction Among Chinese Adolescents: Prevalence and Psychological Features. Child: Care, Health and Development. 2007;33(3):275-81.

142. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet Addiction and Psychiatric Symptoms Among Korean Adolescents. Journal of School Health. 2008;78(3):165-71.

143. Achab S, Meuli V, Deluze J, Thorens G, Rothern S, Khazaal Y, et al. Challenges and Trends of Identification and Treatment of Disorders Associated with Problematic Use of Internet. Public Health Implications of Excessive Use of the Internet, Computers, Smartphones and Similar Electronic Devices. 2015.

144. Widyanto L, McMurran M. The Psychometric Properties of the Internet Addiction Test. Cyberpsychology & Behavior. 2004;7(4):443-50.

145. Egger O, Rauterberg M. Internet Behaviour and Addiction. Semester Thesis.Swiss Federal Institute of Technology, Zurich, 1996.

146. Brenner V. Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet Use, Abuse and Addiction: The First 90 Days of the Internet Usage Survey. Psychological Reports. 1997;80(3):879-82.

147. Morrison CM, Gore H. The Relationship Between Excessive Internet Use and Depression: A Questionnaire-Based Study of 1,319 Young People and Adults. Psychopathology. 2010;43(2):121-6.

148. Poli R. Internet Addiction Update: Diagnostic Criteria, Assessment and Prevalence. Neuropsychiatry. 2017;7(1):04-8.

149. Chen S-H, Weng L-J, Su Y-J, Wu H-M, Yang P-F. Development of A Chinese Internet Addiction Scale and Its Psychometric Study. Chinese Journal of Psychology. 2003.

150. Ko C-H, Yen C-F, Yen C-N, Yen J-Y, Chen C-C, Chen S-H. Screening for Internet Addiction: An Empirical Study on Cut-Off Points for the Chen Internet Addiction Scale. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2005;21(12):545-51.

151. Young KS. CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2011;25(4):304.

152. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. Journal Of Contemporary Medicine. 2016;6(3):235-47.

153. Young KS. Internet Addiction: Symptoms, Evaluation and Treatment. Innovations in Clinical Practice: A Source Book. 1999;17:19-31.

154. Young DK. Drug Treatment for Internet Addiction. 2007.

155. Dell'Osso B, Hadley S, Allen A, Baker B, Chaplin WF, Hollander E. Escitalopram in the Treatment of Impulsive-Compulsive Internet Usage Disorder: An Open-Label Trial Followed By A Double-Blind Discontinuation Phase. J Clin Psychiatry. 2008;69(3):452-6.

156. Batterham PJ, Mackinnon AJ, Christensen H. Community-Based Validation of the Social Phobia Screener. Assessment. 2017;24(7):958-69.

157. American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

158. Pilling S, Mayo-Wilson E, Mavranezouli I, Kew K, Taylor C, Clark DM. Recognition, Assessment and Treatment of Social Anxiety Disorder: Summary of NICE Guidance. BMJ. 2013;346:F2541.

159. Heimberg RG. Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment: Guilford Press; 1995.

160. Marks IM, Gelder M. Different Ages of Onset in Varieties of Phobia. Am J Psychiat. 1966;123(2):218-21.

161. American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition). 1980.

162. Freitas-Ferrari MC, Hallak JE, Trzesniak C, Santos Filho A, Machado-de-Sousa JP, Chagas MHN, et al. Neuroimaging in Social Anxiety Disorder: A Systematic Review of the Literature. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2010;34(4):565-80.

163. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, 4. baskı (DSM–IV–TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007:267-418.

164. Benjamin J. Sadock VAS. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.2007.

165. Furmark T. Social Phobia: Overview of Community Surveys. Acta Psychiat Scand. 2002;105(2):84-93.

166. Memik NÇ, Yıldız Ö, Tural Ü, Ağaoğlu B. Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme. Archives of Neuropsychiatry. 2011;48(1).

167. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and Natural Course of Social Fears and Social Phobia. Acta Psychiat Scand. 2003;108:4-18.

168. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T, Wittchen H-U. Size and Burden of Social Phobia in Europe. Eur Neuropsychopharm. 2005;15(4):453-62.

169. Stein DJ, Lim CC, Roest AM, De Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The Cross-National Epidemiology of Social Anxiety Disorder: Data From the World Mental Health Survey Initiative. BMC Med. 2017;15(1):143.

170. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency and Comorbidity of Social Phobia and Social Fears in Adolescents. Behav Res Ther. 1999;37(9):831-43.

171. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A, et al. Epidemiology of Social Phobia: A Clinical Approach. Eur Psychiat. 2000;15(1):17-24.

172. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Social Anxiety Disorder. 2018.

173. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2000;3(Supp: 2):3-21.

174. Stein MB, Stein DJ. Social Anxiety Disorder. The Lancet. 2008;371(9618):1115-25.

175. Kulaksizoglu Ib TR, Uçok A, Yargic I, Yazici O. Psikiyatri. İstanbul Üniversitesi. Basım ve Yayınevi-İstanbul. 2009.

176. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social Fears and Social Phobia in the USA: Results From the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med. 2008;38(1):15-28.

177. Shepherd R-M, Edelmann RJ. Reasons for Internet Use and Social Anxiety. Pers Indiv Differ. 2005;39(5):949-58.

178. Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Chen C-C. The Association Between Internet Addiction and Psychiatric Disorder: A Review of the Literature. Eur Psychiat. 2012;27(1):1-8.

179. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-S, Chen C-C, Yen C-F. Psychiatric Comorbidity of Internet Addiction in College Students: An Interview Study. Cns Spectrums. 2008;13(2):147-53.

180. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, et al. Pathological Video Game Use Among Youths: A Two-Year Longitudinal Study. Pediatrics. 2011;127(2):e319-e29.

181. Wei H-T, Chen M-H, Huang P-C, Bai Y-M. The Association Between Online Gaming, Social Phobia, and Depression: An Internet Survey. BMC Psychiatry. 2012;12(1):92.

182. Zhang H-X, Jiang W-Q, Lin Z-G, Du Y-S, Vance A. Comparison of Psychological Symptoms and Serum Levels of Neurotransmitters in Shanghai Adolescents with and without Internet Addiction Disorder: A Case-Control Study. Plos One. 2013;8(5):E63089.

183. Hetzel-Riggin MD, Pritchard JR. Predicting Problematic Internet Use in Men and Women: The Contributions of Psychological Distress, Coping Style, and Body Esteem. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2011;14(9):519-25.

184. Ebrahimi A, Sadeghi Z. Comparison of Mental Health in Male Adolescents with and without Internet Addiction. Life Science Journal. 2011;8(4):609-12.

185. Lee BW, Stapinski LA. Seeking Safety on the Internet: Relationship Between Social Anxiety and Problematic Internet Use. J Anxiety Disord. 2012;26(1):197-205.

186. Çuhadar C. Exploration of Problematic Internet Use and Social Interaction Anxiety Among Turkish Pre-Service Teachers. Computers & Education. 2012;59(2):173-81.

187. Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Wang P-W, Chang Y-H, Ko C-H. Social Anxiety in Online and Real-Life Interaction and Their Associated Factors. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2012;15(1):7-12.

188. Jelenchick LA, Eickhoff J, Zhang C, Kraninger K, Christakis DA, Moreno MA. Screening for Adolescent Problematic Internet Use: Validation of the Problematic and Risky Internet Use Screening Scale. Academic Pediatrics. 2015;15(6):658-65.

189. Romano M, Signorelli M, Concerto C, Sinatra S, Crea L, Aguglia E, et al. Internet Use and Its Relationship with Loneliness and Social Phobia in A Sample of Southern Italian High School Students From A Rural Area. Eur Neuropsychopharm. 2016;2(26):S702.

190. Torrente E, Piqueras AJ, Orgilés M, Espada JP. Association of Internet Addiction with Social Anxiety and Lack of Social Skills in Spanish Adolescents. Ter Psicol. 2014;32(3):175-84.

191. Fagiolini A. Internet Addiction Disorder in A Sample of 402 High School Students. Psychiatr Pol. 2015;49(2):255-63.

192. Türkiye İstatistik Kurumu. 2018. https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr.

193. Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2016-2017 Yılı (1. Dönem). http://sgb.meb.gov.tr/www/resmi-istatistikler/icerik/64.

194. Koyuncu T, Unsal A, Arslantas D. Assessment of Internet Addiction and Loneliness in Secondary and High School Students. J Pak Med Assoc. 2014;64(9):998-1002.

195. Moreno MA, Jelenchick LA, Christakis DA. Problematic Internet Use Among Older Adolescents: A Conceptual Framework. Comput Hum Behav. 2013;29(4):1879-87.

196. Lee J-I, Yen C-F. Associations Between Body Weight and Depression, Social Phobia, Insomnia, and Self-Esteem Among Taiwanese Adolescents. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2014;30(12):625-30.

197. Ghazwani JY, Khalil SN, Ahmed RA. Social Anxiety Disorder in Saudi Adolescent Boys: Prevalence, Subtypes, and Parenting Style as A Risk Factor. Journal of Family & Community Medicine. 2016;23(1):25.

198. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O. Prevalence and Some Psychosocial Characteristics of Social Anxiety Disorder in An Urban Population of Turkish Children and Adolescents. Eur Psychiat. 2013;28(1):64-9.

199. Cakin Memik N, Sismanlar SG, Yildiz O, Karakaya I, Isik C, Agaoglu B. Social Anxiety Level İn Turkish Adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2010;19(10):765-72.

200. Bayraktar F. İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İzmir. 2001.

201. Internet Addiction Test. [Available from: http://netaddiction.com/internet-addiction-test/.

202. Demir T, Eralp-Demir D, Ozmen E, Uysal O. The Reliability and Validity of Capa Social Phobia Scale for Children and Adolescents. Dusunen Adam-J Psychiatry Neurol Sci. 1999;12:23-30.

203. Sağlan R, Fidan ST, Kilit N, Soysal A, Metintaş S. Adolesanlarda Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği'nin Tanı Değerinin Belirlenmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(3):47-54

204. Consultation WHOE. Appropriate Body-Mass Index for Asian Populations and Its Implications for Policy and Intervention Strategies. Lancet. 2004;363(9403):157-63.

205. Tolonen H, Wolf H, Jakovljevic D, Kuulasmaa K. Review of Surveys for Risk Factors of Major Chronic Diseases and Comparability of the Results. European Health Risk Monitoring Project[text on the Internet] Oslo. 2002.

206. Cheng C, Li AYL. Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real) Life: A Meta-Analysis of 31 Nations Across Seven World Regions. Cyberpsych Beh Soc N. 2014;17(12):755-60.

207. Tsai HF, Cheng SH, Yeh TL, Shih C-C, Chen KC, Yang YC, et al. The Risk Factors of Internet Addiction—A Survey of University Freshmen. Psychiat Res. 2009;167(3):294-9.

208. Huang RL, Lu Z, Liu JJ, You YM, Pan ZQ, Wei Z, et al. Features and Predictors of Problematic Internet Use in Chinese College Students. Behav Inform Technol. 2009;28(5):485-90.

209. Sasmaz T, Oner S, Kurt AO, Yapici G, Yazici AE, Bugdayci R, et al. Prevalence and Risk Factors of Internet Addiction in High School Students. Eur J Public Health. 2014;24(1):15-20.

210. Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, Seo JS, et al. Internet Addiction in Korean Adolescents and Its Relation to Depression and Suicidal Ideation: A Questionnaire Survey. Int J Nurs Stud. 2006;43(2):185-92.

211. Domokos L, Cretu C, Nagy H, Mihai A. The Role of Parents' Divorce in Adolescents' Internet Addiction. Eur Psychiat. 2011;26.

212. Ni X, Yan H, Chen S, Liu Z. Factors Influencing Internet Addiction in A Sample of Freshmen University Students in China. Cyberpsychol Behav. 2009;12(3):327-30.

213. Üneri ÖS, Tanidir C. Evaluation of Internet Addiction in A Group of High School Students: A Cross-Sectional Study. Dusunen Adam. 2011;24(4):265.

214. Çelik A, Çelen FK, Seferoğlu SS. Ortaokul Öğrencilerinin İnternet Bağımlılık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi.

215. Çevik G, Çelikkaleli Ö. Adolescent'friends Attachment and Internet Addiction According to Gender, Perception Parents Attitudes and Parents Educational Levels. J Çukurova Univ Inst Soc Sci. 2010;19:225-40.

216. Ko CH, Liu GC, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Lin WC. The Brain Activations for Both Cue-Induced Gaming Urge and Smoking Craving Among Subjects Comorbid with Internet Gaming Addiction and Nicotine Dependence. J Psychiatr Res. 2013;47(4):486-93.

217. Choi K, Son H, Park M, Han J, Kim K, Lee B, et al. Internet Overuse and Excessive Daytime Sleepiness in Adolescents. Psychiatry Clin Neurosci. 2009;63(4):455-62.

218. Alaçam H, Ateşçi FÇ, Şengül AC, Tümkaya S. The Relationship Between Smoking & Alcohol Use and Internet Addiction Among the University Students. Anatolian Journal of Psychiatry. 2015;16(6):383-8.

219. Yucens B, Uzer A. The Relationship Between Internet Addiction, Social Anxiety, Impulsivity, Self-Esteem, and Depression in A Sample of Turkish Undergraduate Medical Students. Psychiat Res. 2018;267:313-8.

220. Şaşmaz T, Öner S, Kurt AÖ, Yapıcı G, Yazıcı AE, Buğdaycı R, et al. Prevalence and Risk Factors of Internet Addiction in High School Students. The European Journal of Public Health. 2013;24(1):15-20.

221. Kaye S, Farrell M, editors. Disorders Associated with Excessive Use of Internet, Computers, Smartphones and Similar Electronic Devices. Proceedings From the First Act of the World Health Organization Congress: Public Health Implications of Behavioral Addictions Associated with Excessive Use of Internet, Computers, Smart Phones and Similar Electronic Devices, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland; 2014.

222. Şimşek N, Akça NK, Şimşek M. Lise Öğrencilerinde Umutsuzluk ve İnternet Bağımlılığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015;14(1):7-14.

223. Li X, Li D, Newman J. Parental Behavioral and Psychological Control and Problematic Internet Use Among Chinese Adolescents: The Mediating Role of Self-Control. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2013;16(6):442-7.

224. Li CN, Dang JN, Zhang XL, Zhang QQ, Guo JJ. Internet Addiction Among Chinese Adolescents: The Effect of Parental Behavior and Self-Control. Comput Hum Behav. 2014;41:1-7.

225. Fagerstrom K. Time to First Cigarette; The Best Single Indicator of Tobacco Dependence? Monaldi Archives for Chest Disease. 2003;59(1):91-4.

226. Kuss DJ, Griffiths MD, Karila L, Billieux J. Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade. Curr Pharm Des. 2014;20(25):4026-52.

227. Batigun AD, Kilic N. The Relationships Between Internet Addiction, Social Support, Psychological Symptoms and Some Socio-Demographical Variables. Turk Psikol Derg. 2011;26(67):1-13.

228. Ghazwani JY, Khalil SN, Ahmed RA. Social Anxiety Disorder in Saudi Adolescent Boys: Prevalence, Subtypes, and Parenting Style as A Risk Factor. J Family Community Med. 2016;23(1):25-31.

229. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. Turk Psikiyatr Derg. 2011;22(3).

230. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Urban and Rural Mexican Americans in California. Arch Gen Psychiat. 1998;55(9):771-8.

231. Bayramkaya E, Toros F, Özge C. Ergenlerde Sosyal Fobi ile Depresyon, Öz Kavram, Sigara Alışkanlığı Arasındaki İlişki. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2005;15(4).

232. Wittchen H-U, Stein MB, Kessler RC. Social Fears and Social Phobia in A Community Sample of Adolescents and Young Adults: Prevalence, Risk Factors and Co-Morbidity. Psychol Med. 1999;29(2):309-23.

233. Memik NC, Sismanlar SG, Yildiz O, Karakaya I, Isik C, Agaoglu B. Social Anxiety Level in Turkish Adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. 2010;19(10):765-72.

234. Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Kaya N, Kucur R. Sosyal Fobinin Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2000;3:170-5.

235. Bella TT, Omigbodun OO. Social Phobia in Nigerian University Students: Prevalence, Correlates and Co-Morbidity. Soc Psych Psych Epid. 2009;44(6):458-63.

236. Noyan H, Sertel-Berk Ö. Ergenlerde Sosyal Fobi, İçe ve Dışa Dönük Kişilik Özellikleri ve Okul Başarı Durumu. Psikoloji Çalışmaları Dergisi. 2007;27:31-50.

237. La Greca AM, Lopez N. Social Anxiety Among Adolescents: Linkages with Peer Relations and Friendships. J Abnorm Child Psych. 1998;26(2):83-94.

238. Lieb R, Wittchen H-U, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. Arch Gen Psychiat. 2000;57(9):859-66.

239. Bögels SM, van Oosten A, Muris P, Smulders D. Familial Correlates of Social Anxiety in Children and Adolescents. Behav Res Ther. 2001;39(3):273-87.