



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE PATOLOJİK İNTERNET
KULLANIMI, SALDIRGANLIK VE SİBER
ZORBALIK İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. AHMET YASİN

DANIŞMANI

Doç. Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA

AYDIN-2018

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE PATOLOJİK İNTERNET
KULLANIMI, SALDIRGANLIK VE SİBER
ZORBALIK İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. AHMET YASİN

DANIŞMANI

Doç. Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA

AYDIN-2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimin başladığı günden bu güne çalışma enerjisi, motivasyonu, bilgi paylaşımı ile yanımda olan ve tez sürecimin planlanmasından bitimine kadar her zaman desteğini yanımda hissettiğim saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA'ya, asistanlık eğitimim boyunca gerek mesleği kimliğiyle gerekse de hayata dair her alanda bizlere ışık tutan deneyimini her zaman bizimle paylaşan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Hatice Aksu'ya, eğitime katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Sibelnur AVCİL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığa başladığım günden itibaren bizlere destek olan çalışma azimleri ile katkılarını esirgemeyen Uzm. Dr. Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR, Uzm. Dr. Zafer GÜLEŞ'e teşekkür ederim. Her zaman birlikte çalışmaktan keyif aldığım çalışma arkadaşlarım Uzm. Dr. Nevzat YILMAZ, Dr. Esra EREN ÖZDEMİR, Dr. Hacer Gizem GERÇEK, Dr. Kutay TAŞ, Dr. Kemal Can KARADIŞ, Dr. Süheyla TAĞCI, Dr. Berna GÜNDÜZ ÇITIR, Dr. Doğa SEVİNÇOK, Dr. Mutlu Muhammed ÖZBEK, Dr. Mustafa Tolga TUNAGÜR, Dr. Selin Ayşe İPEK, Dr. İsmet AŞIKHASAN, Dr. Sema SALİHOĞLU, Dr. Fatma ÖZER ARI, Dr. Hasan Can ÖZBAY, Dr. Aslı AYDIN'a sekreterlerimiz Pelin NAM AKDAĞ, Fatma ŞAHİN ve psikologlarımız Neslihan TURGUT ve Melodi Yüksel KARADIŞ'e içten teşekkürlerimi sunarım.

Çocuk nöroloji eğitimi sürecinde ve sonrasında her zaman enerjisi, güler güzü ile bizlere desteğini esirgemeyen ve hayranlık uyandıran saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşe Fahriye TOSUN'a ve Dr. Beste KIPÇAK YÜZBAŞI'ya, psikiyatri rotasyonum döneminde eğitime katkılarını esirgemeyen başta Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK olmak üzere diğer tüm psikiyatri bölümü öğretim üyeleri, asistan ve hemşirelerine teşekkür ederim.

Tüm tez sürecimde her türlü desteğini yanımda hissettiğim her alanda hayatımı güzelleştiren eşim Yağmur KÖKSAL YASİN'e çok teşekkür ederim.

Ve bugün buralara gelmemde ve bu süreçte her zaman yanımda olan anneme, babama, ablama, yeğenlerime ve kedilerime yürekten sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Ahmet YASİN

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖNSÖZ..... | i |
| TABLolar DİZİNİ..... | vi |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ..... | ix |
| EKLER DİZİNİ..... | xi |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu..... | 3 |
| 2.1.1. Tanım..... | 3 |
| 2.1.2. Tarihçe..... | 3 |
| 2.1.3. Epidemiyoloji..... | 4 |
| 2.1.4. Etiyoloji..... | 5 |
| 2.1.4.1. Genetik etkenler..... | 5 |
| 2.1.4.2. Çevresel etkenler..... | 6 |
| 2.1.4.3. Beyin görüntüleme..... | 7 |
| 2.1.4.4. Nörokimyasal etkenler..... | 8 |
| 2.1.5. Klinik Özellikler ve Tanı..... | 8 |
| 2.1.6. Kliniğine Eşlik Eden Diğer Sorunlar..... | 10 |
| 2.1.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar..... | 11 |
| 2.1.8. Ayırıcı Tanı..... | 12 |
| 2.1.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi..... | 12 |
| 2.2. Patolojik İnternet Kullanımı..... | 14 |
| 2.2.1. İnternetin Tanımı ve Tarihçesi..... | 14 |
| 2.2.2. Patolojik İnternet Kullanımı ve Değerlendirilmesi..... | 15 |

| | |
|---|----|
| 2.2.3. Epidemiyoloji | 17 |
| 2.2.4. Etiyoloji | 18 |
| 2.2.5. Eşlik Eden İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar | 20 |
| 2.2.6. Tedavi | 20 |
| 2.2.7. Patolojik İnternet Kullanımı ve DEHB | 21 |
| 2.3. Saldırganlık..... | 21 |
| 2.3.1. Tanımlama ve Sınıflandırma | 21 |
| 2.3.2. Etiyoloji | 22 |
| 2.3.3. Saldırganlık ve DEHB | 23 |
| 2.3.4. Saldırganlık Tedavisi..... | 24 |
| 2.4. Siber Zorbalık..... | 25 |
| 2.4.1. Tanımı..... | 25 |
| 2.4.2. Siber Zorbalık ve Mağduriyetin Sıklığı..... | 26 |
| 2.4.3. Siber Zorbalık ve Mağduriyetin Sonuçları | 27 |
| 2.4.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Siber Zorbalık | 27 |
| 3. ÇALIŞMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ..... | 29 |
| 3.1. Amacı | 29 |
| 3.2. Hipotezler | 29 |
| 4. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 30 |
| 4.1. Örneklem | 30 |
| 4.1.1. Çalışmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri..... | 30 |
| 4.2. Veri Toplama Araçları..... | 32 |
| 4.2.1. Kullanılan Klinik Değerlendirme Araçları | 32 |
| 4.2.1.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu | 32 |

| | |
|---|----|
| 4.2.1.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – şimdi ve yaşam boyu şekli (ÇDŞG – ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL] | 32 |
| 4.2.1.3. Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)..... | 33 |
| 4.2.1.4. Çocuklar için saldırganlık ölçeği anne-baba formu (ÇSÖ-ABF)..... | 33 |
| 4.2.1.5. Çocuk ve ergenlerde internet/bilgisayar kullanımı değerlendirme anketi (Çocuk-Ergen Formu) | 34 |
| 4.2.1.6. Çocuk ve ergenlerde internet/bilgisayar kullanımı değerlendirme anketi (Ebeveyn Formu) | 34 |
| 4.2.1.7. İnternet bağımlılığı ölçeği | 34 |
| 4.2.1.8. Siber zorbalık ve internet saldırganlığı tarama ölçeği | 35 |
| 4.3. Uygulama | 35 |
| 4.4. Etik | 35 |
| 4.5. İstatistiksel Analiz | 36 |
| 5. BULGULAR | 37 |
| 5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler | 37 |
| 5.2. DEHB Grubunun Alt Görünümlerine İlişkin Veriler | 37 |
| 5.3. Ailelerinin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler | 38 |
| 5.4. Çocuk ve Ergenlerin İnternet, Bilgisayar ile Tanışıklık Düzeyi ve İnternet Kullanımları ile ilgili Veriler | 40 |
| 5.5. Grupların Siber Zorbalık ve Mağduriyeti..... | 43 |
| 5.6. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Sonuçlar | 46 |
| 5.7. Gruplardaki Saldırganlık | 47 |
| 5.8. Gruplardaki İnternet Bağımlılığı | 47 |

| | |
|--|----|
| 5.9. İnternet Bağımlılığı ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi, Saldırganlık ve Bilgisayar/İnternet Kullanım Özellikleri Arasındaki İlişki..... | 48 |
| 5.10. Saldırganlık ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi Arasındaki İlişki | 50 |
| 6. TARTIŞMA..... | 51 |
| 7. SONUÇ VE ÖNERİLER | 61 |
| ÖZET | 62 |
| ABSTRACT | 64 |
| KAYNAKLAR..... | 66 |
| EKLER | 89 |

TABLolar DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo I. DSM 5'e Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)..... | 9 |
| Tablo II. Young'un İnternet Bağımlılığı için Önerdiği Tanı Ölçütleri | 16 |
| Tablo III. DSM 5'e Göre İnternette Oyun Oynama Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)..... | 17 |
| Tablo IV. Çocukların Yaş Dağılımları, Kardeş Sayısı ve Doğum Sırasının Karşılaştırılması..... | 37 |
| Tablo V. Ebeveynlerin Güncel Yaşlarının Karşılaştırılması | 38 |
| Tablo VI. Ebeveynlerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo VII. Çocukların İnternet Kullanmaya Başlama Yaşlarının Karşılaştırılması..... | 40 |
| Tablo VIII. Katılımcıların Haftalık Bilgisayar Kullanım Sürelerinin Karşılaştırılması | 41 |
| Tablo IX. DEHB ve Kontrol Gruplarının Evdeki Bilgisayar ve Tablet'in Odaya Göre ve İnterneti Kullanım Amacına Göre Karşılaştırılması..... | 42 |
| Tablo X. DEHB ve Kontrol Gruplarında Ebeveynlerin İnternet Kullanımı ve Evde İnternetle İlişkili Kural Olmasına Göre Karşılaştırılması..... | 42 |
| Tablo XI. Siber Zorbalık/Mağdurluk Puanlarının Karşılaştırılması..... | 43 |
| Tablo XII. DEHB Alt Tiplerinin Siber Zorbalık/Mağdurluk Puanlarının Karşılaştırılması..... | 43 |
| Tablo XIII. Katılımcıların Siber Zorba/Mağdur Olma Özellikleri | 44 |
| Tablo XIV. Çocuk Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması | 47 |
| Tablo XV. Katılımcıların İnternet Bağımlılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması..... | 48 |
| Tablo XVI. DEHB Alt Görünümlerinin İnternet Bağımlılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması..... | 48 |
| Tablo XVII. İnternet Bağımlılık Düzeyi ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi Arasındaki İlişki..... | 49 |
| Tablo XVIII. İnternet Bağımlılık Düzeyi ile Saldırganlık Ölçeği Arasındaki İlişki..... | 49 |

Tablo XIX. İnternet Bağımlılık Düzeyi ile İnternet Kullanım Özellikleri Arasındaki İlişki 50

Tablo XX. Saldırganlık ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi Arasındaki İlişki 50



ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1. DEHB Grubundaki Katılımcıların Alt Tiplere Göre Dağılımı | 38 |
| Şekil 2. DEHB ve Kontrol Gruplarına Göre Siber Zorbalığa Uğrayan Katılımcıların Uğrama Biçimi..... | 44 |
| Şekil 3. DEHB ve Kontrol Gruplarına Göre Siber Zorbalığa Maruz Kalan Katılımcıların Siber Zorbalığa Uğradıkları Yerler..... | 45 |
| Şekil 4. Siber Zorbalık Uygulayan Katılımcıların Siber Zorbalığı Uygulama Biçimleri ... | 45 |
| Şekil 5. Siber Zorbalık Uygulayan Katılımcıların Siber Zorbalığı Uygulama Yerleri | 46 |



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- APA** : Amerikan Psikiyatri Birliği
- BDT** : Bilişsel-Davranışçı Terapi
- ÇDŞG-ŞY-T** : Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması
- ÇSÖ-ABF** : Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği Anne-Baba Formu
- DB** : Davranım Bozukluğu
- DEHB** : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM** : Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıkların İstatistiksel ve Tanısal Sınıflandırması El Kitabı
- DSM-5** : Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
- DSM-II** : Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-II
- DSM-III** : Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-III
- DSM-III-R** : Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-III- Düzenlenmiş
- DSM-IV** : Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-IV
- DSM-IV-TR** : Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-IV- Düzenlenmiş
- EEG** : Elektroensefalografi
- EPICAT-T** : Türkiye Çocuk Ruh Sağlığı Epidemiyoloji Çalışması
- FDA** : Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
- fMRI** : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
- GABA** : Gama-aminobütirik asit
- İBÖ** : İnternet Bağımlılığı Ölçeği
- KOKGB** : Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
- OKB** : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- OSB** : Otizm Spektrum Bozukluğu

- PET** : Pozitron emisyon tomografi
PIK : Patolojik İnternet Kullanımı
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
SSGİ : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü



EKLER DİZİNİ

| | |
|--|-----|
| Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu | 89 |
| Ek 2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY)..... | 91 |
| Ek 3. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)..... | 95 |
| Ek 4. Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği Anne-Baba Formu (ÇSÖ-ABF) | 97 |
| Ek 5. Çocuk ve Ergenlerde İnternet/Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Çocuk-Ergen Formu)..... | 100 |
| Ek 6. Çocuk ve Ergenlerde İnternet/Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Ebeveyn Formu) | 102 |
| Ek 7. İnternet Bağımlılığı Ölçeği | 104 |
| Ek 8. Siber Zorbalık ve İnternet Saldırganlığı Tarama Ölçeği | 105 |
| Ek 9. Etik Kurul Onayı | 108 |
| Ek 10. Bilgilendirilmiş Onam Formu..... | 109 |

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkati odaklama ve sürdürmede güçlükler, hiperaktivite ve impulsivite gibi semptomlarla karakterizedir ve okul dönemi çocuklarda %3-5 oranlarında görülmektedir (1,2). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu çocukluk çağında en sık karşılaşılan nörogelişimsel bozukluk olup davranış, duygu, biliş, ders başarısı ve sosyal alanlarda bozulmalarla gitmektedir (3).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda dürtüsellik ve hiperaktivite kaynaklı sosyal sorun çözebilme becerilerindeki eksiklikler ileri yaşlarda daha sık saldırganlık, davranım sorunları ile ilişkili bulunmuştur (4,5). Bu uygunsuz sosyal davranışlar, akranlarında DEHB olan bireylere karşı olumsuz duygular uyandırır ve DEHB tanılı çocuklarda akran izolasyonu ve reddi gibi olumsuz deneyimlere yol açabilir (6).

Patolojik internet kullanımı (PİK); internet kullanma isteğini engelleyememe, internette uzak kalındığında irritabilite ve agresyon gibi yoksunluk belirtilerinin gözlenmesi, yaşanan bu sıkıntıların sosyal yaşamda aile ve mesleki süreçlerde işlevselliğin bozulması şeklinde tarif edilebilir (7). Ülkemizde yapılan bir çalışmada PİK yaygınlığı % 7,6 bulunmuştur (8). Cinsiyet olarak bakıldığında erkek grubunda riskin 2-3 kat daha fazla olduğu ve genç yaşlarda daha da sık olduğu bildirilmiştir (9).

Patolojik internet kullanımı olan kişilerde yapılan bir çalışmada komorbid bozukluk 3,8 kat daha yüksek bulunmuştur (10). Ek DEHB eşlik eden bireylerde ise ilişkinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (11). Ayrıca 2 yıl boyunca izlem sonucunda DEHB'in internet bağımlılığını öngördüğü gözlenmiştir (12).

Saldırganlık; kişinin kendisine, başkalarına, nesnelere veya çevreye ani zarar verme niyetiyle olan davranışlarını içerir (13). Birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik eden saldırganlık, çocukların psikiyatrik değerlendirilmeye yönlendirilme nedenlerinin başında gelmektedir (14). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarda iyi tanımlandığı şekilde impulsif saldırganlık klinik olarak belirgin ve yaygın davranıştır (15).

Zorbalık, bir bireyin vurma dövme gibi doğrudan veya kızdırma, korkutma, lakap takma gibi dolaylı şekilde sürekli fiziksel ve ruhsal olarak zarar görmesidir (16,17).

Çocuklar ve ergenler arasında yaygın bir sorun olmakla birlikte siber zorbalık biçiminde de olabilir. Günümüzde çocukların siber ortamlarda daha çok vakit geçirdiği için siber zorbalık giderek önem kazanmaktadır (18). Bu durum zorbalık yapanın ve kurbanın fiziksel olarak uzaklığı nedeniyle daha da kolaydır (19). Ülkemizde ilköğretim öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %32,6 oranında siber zorbalık maruziyeti yaşadığı ve %22,5 oranında da bir ya da daha fazla olacak şekilde başkalarına siber zorbalık sergiledikleri bildirilmiştir (20). Lise öğrencileri ile yapılan bir araştırmada ise bu oranlar sırasıyla %17,4 ve %15,5 olarak bulunmuştur (21). Siber zorbalık da dahil olmak üzere, zorbalık kurbanı olmak, kısa ve uzun süreli zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarıyla ve akademik başarısızlık ile ilişkili bulunmuştur (22).

Klinik olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan ergenlerde siber zorbalık prevalansı ve korelasyonları tam olarak araştırılmamıştır (23). Eşlik eden DEHB varlığında çocuk ve ergenlerin patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık ve siber mağduriyet ilişkisini içeren bilgiler kısıtlıdır.

Bu tez çalışmasının amacı; DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık ilişkisinin değerlendirilmesidir. Bu çalışma sonucunda elde edilecek veriler, DEHB tanılı ve sağlıklı bireylerdeki mağduriyet oluşturabilecek risklerin belirlenebilmesi ve sonrasında koruyucu ruh sağlığı önlemlerinin alınabilmesi için önemli olacaktır. Ayrıca DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, siber zorbalık ve saldırganlık ilişkisi yönünden hem ruh sağlığı çalışanları için hem de ebeveynler için farkındalık oluşturulması ve sonraki çalışmalara altyapı sağlanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), ders çalışmama, unutkanlık, planlama yapmada veya yerine getirmede zorlanma, dikkatini odaklama veya devam ettirmede güçlük yaşama gibi dikkat problemleri; sürekli koşturma, fazla konuşma, yerinde duramama, hareketli olma gibi aşırı hareketlilik sorunları; bekleyememe, araya girip söz bölme, tehlikeli işlere sık girme, sabredememe gibi impulsivite belirtileri ile ortaya çıkmaktadır (24,25).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu çocukluk çağında en sık karşılaşılan nörogelişimsel bozukluk olmakla birlikte davranış, duygu, biliş, ders başarısı ve sosyal alanlarda bozulmalarla gitmektedir ve ileri yaşlarda devam eden sorunlara yol açmaktadır (3).

2.1.2. Tarihçe

Alman psikiyatrist Dr. Henrich Hoffman 19.yüzyılın ortalarında yayınlanan “*The Story of Fidgety Philip (Kıvrak Philip)*” öyküsünde ilk kez kendisinin “dürtüsel delilik, kusurlu inhibisyon” olarak nitelediği dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik bulguları olan bir çocuğu ve bu çocuğun ailesi ile olan ilişkilerini anlatmıştır (26).

Bugün ifade edilmesine benzer olarak George Still (1902) Lancet’te yayımlanan makalesinde ilk kez hiperaktivite, dikkatsizlik, öğrenme sorunları ve eşlik eden davranış sorunları olan çocuklara yer vermiştir ve “ahlaki kontrolde bozukluk” kavramını kullanmıştır. Buna sebep olarak da çevresel faktörleri ve organik sorunların olabileceğini ifade etmiştir (27).

Bu tanımlamaya benzer şekilde 1.Dünya Savaşı sırasında yaşanan pandemiden hayatta kalanlarda görülen hiperaktivite, saldırganlık, dürtü kontrol sorunları gibi davranışsal sorunlar “postensefalitik davranışsal sendrom” şeklinde adlandırılmıştır. 1947 yılında ise Strauss bu duruma “minimal beyin zedelenmesi sendromu” demiştir. Daha

sonraları ise nörolojik olarak bir bozukluk belirlenemeyince “minimal beyin disfonksiyonu” ifadesi tercih edilmiştir (28).

Tanı sınıflaması olarak ilk kez Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 2. sürümünde (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-II) (APA, 1968) yer verilmiş ve “Çocukluktaki Hiperkinetik Reaksiyon” ifadesi ile tanımlanmıştır (29). 1980 yılında yayımlanan DSM-III’te ise “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” yer almış olup hiperaktivitenin eşlik ettiği ve hiperaktivitenin eşlik etmediği şeklinde ayrılmıştır. Bu tanımlamada dikkat eksikliği ve dürtüsellik vurgulanmıştır. DSM-III-R’de (APA, 1987) ise “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak tekrardan tanımlanmıştır (30). 2000 yılında DSM-IV’te ise dikkat eksikliğin baskın olduğu, aşırı hareketlilik dürtüsellüğün baskın olduğu ve birleşik tip olmak üzere 3 alt başlıkla DEHB yeniden adlandırılmıştır(31). En son tanı sınıflaması kitabı olan DSM-5’te (APA,2013) ise DEHB, DSM-IV-TR’deki belirtileri aynı kalmakla birlikte “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında tanımlanmıştır. İsim olarak üç “alt tip” yerine “görünüm” ifadesi tercih edilmiştir. Semptomların başlama kriterleri 7 yaş öncesinden 12 yaş öncesine çekilmiştir. Yetişkinlerde semptom eşiği azaltılmış ayrıca “yaygın gelişimsel bozukluklar” dışlama kriterlerinden çıkarılmıştır (24).

2.1.3. Epidemiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu en sık görülen çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarından ancak DEHB’nin sıklığı bu alanda yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde yapılan çalışmaların yöntem/metot farklılıkları, tanımlama alanında yaşanan farklar nedeniyle bir birliğin oluşmadığı görülmektedir (32,33).

Polanczyk ve arkadaşları tarafından yapılan derlemede, 1978-2005 yılları arasındaki 102 çalışma incelenmiş ve dünya çapında DEHB prevalansı 18 yaş altında %5,2 ve okul çağı çocuklarında %6 olarak tespit edilmiştir (1). Yine Polanczyk ve arkadaşlarının 1997-2007 yılları arasında yapılan 71 çalışmayı derledikleri bir gözden geçirmede çocukluk çağında DEHB sıklığı %0,2-%27 gibi değişen oranlarda bildirilmiştir (34).

Türkiye’de yapılan prevalans çalışmalarında ise farklı bulgular yer almaktadır. 2004 yılında Sivas’ta yapılan bir çalışmada %8,1 bulunmuştur. İzmir ilinde 2013 yılında 8-

12 yaşları arasında 16 farklı okuldan 1455 çocuğun katıldığı 4 yıllık boylamsal geniş tabanlı bir prevalans çalışmasında DEHB oranı %12 bulunmuştur (35). Ülkemizde 30 farklı şehirde ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarda 5830 çocuğun katıldığı Türkiye Çocuk Ruh Sağlığı epidemiyoloji çalışmasında (EPICTAT-T) ise DEHB oranı %12,8 olarak bulunmuştur (36).

Cinsiyet temelli yapılan araştırmalarda DEHB'nin kızlara oranla erkeklerde daha yaygın olduğu görülmektedir. Toplumsal bazlı değerlendirmelerde E/K:1/1 ile 3/1 aralığında iken klinik bazlı değerlendirmelerde bu oran 9/1'e kadar artabilmektedir (37). Polanczyk ve arkadaşları derlemelerinde bu oranı 2,4/1 bulmuşlardır (1). Ülkemizde ise okul dönemi çocuklarda bu oran 3,2/1 olarak bildirilmiştir (38).

2.1.4. Etiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiopatogenezinde birçok farklı etken üzerinde durulmakla birlikte bunların ortak noktasında genetik, doğum ve sonrasındaki süreçlerin beyin fonksiyonlarında meydana getirdiği değişikliklerin yer aldığı nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir (39,40).

2.1.4.1. Genetik etkenler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu içeren aile, evlat edinme, ikiz ve moleküler genetik alanındaki yapılan çalışmalar DEHB'nin temel nedeninin genetik olduğunu göstermiştir. Tek yumurta ikizlerinde yapılan bir araştırmada DEHB'nin kalıtsallığı bütün ruhsal hastalıklar arasında en yüksek olacak şekilde %76 olarak belirlenmiştir (41).

Genetik temele yönelik yapılan ilk araştırmalarda; DEHB tanılı olgular anne-baba ve kardeşlerindeki DEHB riski yönünden sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında 2-8 kat daha fazla risk artışı bulunmuştur (42,43).

Bir çalışmada DEHB belirtileri için konkordans tek yumurta ikizlerinde %59-92 iken, çift yumurta ikizlerine bakıldığında ise %29-42'dir (43).

Moleküler genetik alanında yapılan araştırmalarda Dopamin Taşıyıcı Protein 1 (DAT1) ve Dopamin Reseptör 4 (DRD4)'ün kodlandığı genler ile DEHB arasında bir bağ

bulunmuştur. DRD4, reseptör bağlanmasını ve düzenlenmesi ile ilişkili iken; DAT, psikostimülan tedavide ilaçların hedefi olan alan ile ilişkilidir (44). Dopamin D5 Reseptör (DRD5) ile ilgili çalışmalar olmakla birlikte görevi net değildir (45).

Serotonin rolünü inceleyen araştırmalarda ise veriler tutarlı değildir. Bazılarında DEHB serotonin geni ile ilişkili iken HTR-1B ve HTR-2A gibi serotonin reseptör genlerinin de önemli olduğuna dair veriler mevcuttur (46). Etiyopatogeneze ilişkin Dopamin Beta-Hidroksilaz ve Mono-amino-oksidad(A-B) genleri ile çalışmalar da mevcuttur (47,48).

Ayrıca DEHB ile ilişkili olan diğer genler ise; synaptosomal-associated protein 25 (SNAP-25) geni (49), norepinefrin taşıyıcı (NET1) geni (50), tirozin hidroksilaz geni (51), dopa dekarboksilaz geni (52) ve katekol-o-metil transferaz (COMT) genidir (53).

DEHB ilişkili aday genlerle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında her bir gen için bozukluk geliştirme riskinde artış minimaldir (41). Ayrıca '*tüm genom tarama çalışmaları*' olarak adlandırılan tüm genomun tarandığı çalışmalarda mevcut bilgilere ek yeni polimorfizmler saptanmamıştır (54). Yüksek kalıtsallık ile tüm genom tarama çalışmalarındaki olumsuz sonuçları arasındaki bu açık çelişki, araştırmaları alternatif etiyolojik hipotezler için teşvik etmiştir. Bir olasılık da, bozukluğun genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimden (epigenez) kaynaklandığıdır (55).

Epigenetik hipoteze örnek olarak intrauterin hayatta nikotine maruz kalma ile DAT1 ve DAT4 genlerinin varyasyonları ile DEHB riskinde artış verilebilir (55).

2.1.4.2. Çevresel etkenler

Genetik yanı güçlü olsa da monozigotlardaki konkordansın %100 olmaması, DEHB etiyolojisinde çevresel faktörlerin rolünü vurgulamaktadır (56,57).

Fetal alkol sendromunun (58), kafa travması, menenjit gibi perinatal anoksiye neden olabilecek durumların (59), ileri anne yaşının, düşük doğum ağırlığının veya fetal postmaturitenin (60,61), perinatal dönemde karşılaşılan toksik maddelerin, sigara içilmesinin (62–64) beyin gelişimini etkileyerek DEHB semptomlarına neden olabileceği çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir.

Diyetin etiyojideki rolü tartışmalıdır. Bu alanda yapılan çalışmalar daha çok şeker, yapay gıdalar, katkı ve koruyucu maddeler, dondurulmuş gıdalar üzerine olmakla birlikte halen bulgular kontrollü çalışmalarla kanıtlanamamıştır (65,66).

2.1.4.3. Beyin görüntüleme

Prefrontal korteksin, dikkati devam ettirme, impuls denetimi, amaçların belirlenip davranışların duygularla birlikte düzenlenip değerlendirilmesi gibi fonksiyonları vardır (67). Yapılan araştırmalarda da beyin bu bölgesinde oluşan sorunlarda DEHB semptomlarına benzeyen bulguların görülmesi ve aynı şekilde nöropsikolojik bataryalarda yürütücü işlevlerle eksiklikler saptanması prefrontal kortekste yer alan kusurlar ve DEHB arasında bir ilişki olabileceği bulunmuştur (28).

Yapılan çalışmalarda DEHB'de frontal-striatal bir disfonksiyon olduğu görülmektedir (68). DEHB tanılı bireylerin anatomik olarak talamo-kortiko-striatal devrelerle ilişkili olan yürütücü işlevler ve inhibitör kontrollerde bozulmalar görülmektedir. Bu devrelerdeki aktiviteye GABA aracılık eder ve katekolaminler (dopamin ve norepinefrin) tarafından modüle edilir (69).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ergenlerde yapılan bir nörogörüntüleme çalışmasında sol kaudat alan, sağ infero-prefrontal alan ve sağ medio-prefrontal alanlarda etkinlik azlığı gösterilmiştir (70). Ayrıca bir metaanaliz çalışması sonucunda DEHB tanılı olgularda infero-prefrontal alan, dorsolateral prefrontal alan ve anterior singulat alanda aktivite azlığı gösterilmiştir (71).

Pozitron emisyon tomografi (PET) yöntemi kullanılarak yapılan bir araştırmada DEHB tanılı hastalarda serebral alanlarda global bir metabolizma düşüklüğü gösterilmiş olup, bu hastalara psikostimulan verilerek bakıldığında ise tüm frontal bölgelerde hem metabolizma hem de kanlanmada artış bulunmuştur (72–74).

Uzunlamasına yapılan bir araştırmada DEHB tanısı alan çocuklarda sağlıklı kontrollere göre kortikal gelişimde bir gecikme olduğu, bunun da özellikle dikkat üzerinde etkili lateral prefrontal alanda belirgin olduğu gösterilmiştir (75).

Ayrıca bir elektroensefalografi (EEG) çalışmasında DEHB tanılı olgularda %5 civarında epileptiform deşarj saptanmış olup bunun nöronal sistemde gelişmeyi bozarak bilişsel alanda sorunlara neden olabileceği saptanmıştır (76).

2.1.4.4. Nörokimyasal etkenler

Noradrenalin (NA) ve dopamin (DA), prefrontal korteksin dengeli bir şekilde çalışabilmesi için gereklidir. Her ikisinin de azalması veya artması ya da dengesizliği emosyonların ve bilişsel sistemin düzenlenmesinde kritik bir role sahiptir (67). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiyopatogenezinde de noradrenerjik ve dopaminerjik sistemlerde yer alan bir dengesizliğin önemli etkisi olduğu bilinmektedir (40).

2.1.5. Klinik Özellikler ve Tanı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı, tanı sınıflamalarındaki ölçütler takip edilerek yalnızca klinik gerekçelerle konulur. Klinik değerlendirme yapılırken semptom yaygınlığı (ev ve okul gibi birden fazla ortamda görülür) ve sosyal, akademik veya mesleki becerilerde klinik olarak önemli bozulmaların açık kanıtları kadar çocuğun gelişim evresi de düşünölmelidir. Küçük yaştaki çocuklarda aile ortamını değerlendirmek gerekir; kaotik veya tutarsız ebeveynlik, istismar veya ihmal olduğunda, çocuklar genellikle DEHB'nin belirtilerine çok benzer şekilde davranırlar. Bu konuyu yok saymak kolaylıkla yanlış tanılamalara neden olabilir (77).

Klinik görünümünde cinsiyetler arası değişkenlikler görölebilmektedir. Kızlarda dikkat sorunları daha sık iken erkeklerde aşırı hareketlilik daha sık görölmektedir (78). Erkeklerde dürtüsellik ve agresif davranış sorunlarından ötürü klinik başvuru daha fazla iken kızlarda daha çok dikkat sorunlarının görölməsi tanısal olarak gecikmelere veya tanı atlanmasına neden olabilmektedir (79).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı için DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (Tablo I).

Tablo I. DSM 5'e Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013) (24)

| |
|--|
| <p>A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:</p> <p>1- Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.</p> <p>Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.</p> <p>a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.</p> <p>b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.</p> <p>c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.</p> <p>d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.</p> <p>e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.</p> <p>f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.</p> <p>g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.</p> <p>h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.</p> <p>i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır</p> |
| <p>2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.</p> <p>Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.</p> <p>a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.</p> <p>b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.</p> <p>c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşutur durur ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).</p> <p>d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.</p> <p>e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “arkasına bir motor takılmış” gibi davranır.</p> <p>f. Çoğu kez, aşırı konuşur.</p> <p>g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.</p> <p>h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez.</p> <p>i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.</p> |
| <p>B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.</p> |
| <p>C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.</p> |
| <p>D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğinin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.</p> |
| <p>E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.</p> |
| <p>Görünüme göre kodlama:</p> <p>1- Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.</p> <p>2- Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.</p> <p>3- Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.</p> |
| <p>Varsa belirtiniz:</p> <p>Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.</p> |
| <p>O sırada ki ağırlığı:</p> <p>Ağır olmayan: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır.</p> <p>Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayanla” “ağır” arasındadır.</p> <p>Ağır: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozar (24).</p> |

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olarak semptomlar bebeklikten itibaren hiperaktivite şikayetleri olarak başlamakta, işlevsellikte sorunlar ve psikososyal belirtiler okula başlama döneminde daha çok belirgin hale gelmektedir (30). İşlevsellikte bozulma ve psikososyal sorunlara baktığımızda DEHB tanılı çocuklar kontrol gruplarıyla kıyaslandığında daha fazla oranda akademik başarısızlık ve sınıf tekrarı yaşamaktadırlar (80).

Yaşam boyu bakıldığında DEHB tanılı olguların %80'i ergenlikte bozuklukla ilişkili belirtileri göstermeye devam etmektedirler (81). Ergenlik döneminde özellikle plan yapma, akademik alanda sorunlar, unutkanlık, dikkatsizlik, organizasyon sorunları daha çok öne çıkmaktadır (82). Bu yaşta DEHB tanılı grupta sağlıklı gelişim gösterenlere göre suça karışma, davranım sorunları, alkol madde kullanımı gibi sorunlar daha fazla oranda görülmektedir (83). Ayrıca bu sorunlara benlik saygısında problemler, bireyler arası iletişim problemleri de eklenebilir (84).

Yetişkinliğe geçerken ise yaklaşık %50 oranında DEHB tanısı geçerliliğini sürdürür (85). Çocukluk döneminde eşlik eden karşı olma karşı gelme bozukluğu ileriki yaşamda DEHB tanısının sürekliliği açısından daha yordayıcı olduğu bulunmuştur (86).

2.1.6. Kliniğine Eşlik Eden Diğer Sorunlar

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklar görüşmeler sırasında paylaşım destekleme ve sosyal işaretlere yanıtlarda daha fazla kendilerine odaklıdırlar (87,88). Uygunsuz sosyal davranışlar, akranlarca DEHB olan bireylere karşı olumsuz duygular uyandırır ve akran izolasyonu ve reddi sonuçları olabilir (6). Bu alanda da DEHB'nin sosyal ilişkiler üzerindeki olumsuz etkisi ergenliğe ve erken erişkinliğe kadar devam edebilir (89).

Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik de dahil olmak üzere DEHB'nin çekirdek semptomları aynı zamanda bireylerin sosyal öğrenmesini sınırlandırabilir ve onları akranlarınca aşırı derecede itici olarak değerlendirilmelerine neden olabilir (90).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu temel çekirdek belirtiler dışında emosyonel ve sosyal sorunlara neden olmaktadır. Tanısı DEHB olan bireyler öz değerlendirme, kendini izleme ve sosyal durumlardaki etkilerin yorumlanmasında da

eksiklikler gösterirler (6,90). Duyguların düzenlenmesindeki sorunlar (emosyonel disfonksiyon), DEHB olan bireylerin ilişkili olaylara duygusal tepki göstermesine ve önsezi (sağduyu) kapasitesinin azalması nedeniyle gelecekteki olaylara karşı daha az öngörülebilir duygu göstermesine neden olabilir (91).

2.1.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Birçok araştırmada DEHB'nin başka ruhsal hastalıklarla birlikte olabileceği gösterilmiştir (92).

Hergüner ve ark. tarafından 2012 yılında yapılan bir araştırmada DEHB'ye %73,7 oranında en az bir, %55,6 oranında ise iki veya daha çok sayıda ruhsal bozukluğun eşlik ettiği bulunmuştur. Yine bu araştırmada en fazla oranda yıkıcı davranış bozuklukları (%43,6) ve kaygı bozuklukları (%41,4) gösterilmiştir. En sık görülen tanılar sırasıyla KOKGB (%43,6), enürezis (%21,1), özgül fobi (%17,3), sosyal anksiyete bozukluğu (%14,3) ve depresyondur (%7,5) (93).

Yine başka bir çalışmada DEHB tanılı olgularda %54-84 arasında değişen oranlarda karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) görüldüğü ve bunların bir bölümünün zamanla davranım bozukluğuna ilerlediği gösterilmiştir (30).

Ergenlerde DEHB ve eşlik eden depresyon ve kaygı, kötü sosyal işlevsellik ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (94). Önemli DEHB semptomları olan ergenlerin, belirgin DEHB semptomları olmayanlara göre daha şiddetli sosyal kaygı belirtileri vardır (95).

Diğer nörogelişimsel bozukluklar da DEHB'ye eşlik edebilmektedir. Daha çok motor koordinasyon sorunları (%50) ve öğrenme-dil bozuklukları (%25-35) olmak üzere daha düşük oranda da tik bozuklukları (%2-4) görülebilmektedir (92,96).

Yetişkinlikte ise dikkat sorunları, bir göreve başlama ve devam ettirmede sorunlar, öfke denetiminde sorunlar, aile ve iş hayatında zorluklar bunlara bağlı olarak da depresif ve anksiyöz belirtiler görülebilmektedir (97).

2.1.8. Ayırıcı Tanı

Okul öncesi dönemde göz önünde bulundurulması gereken bir konu; hiperaktivitenin, DEHB'nin bir bulgusu mu yoksa çocukluk çağında yaşanan ve içinde bulunulan normal zihinsel gelişim döneminin bir bulgusu mu olduğudur. Eğer şikayetler geçici değil kalıcı ise bu DEHB'nin bir semptomu olduğu lehinedir. Öğrenme bozukluklarının bir parçası olan akademik başarısızlık sadece bu alanda kendini gösterirken, DEHB'de bulgular daha geniş bir zeminde kendini göstermektedir. Benzer ilişki mental geriliklerde de geçerli iken bu noktada önemli olan değerlendirmenin takvim yaşına göre değil zihinsel gelişim yaşıyla kıyaslanarak yapılmasıdır. Yıkıcı davranım bozukluklarının bir parçası olan davranım bozukluklarında dikkat sorunları ve irritabilite görülse de bunun yanında ek bir tanı konulabilecek kadar şiddetli değildir. Uyum bozukluklarında DEHB'yi taklit edebilecek bulgular yer alabilmekle beraber şikayetlerin süresi genelde altı aydan uzun olmamakta ve görülme yaşı olarak da daha ileriki yaşlarda kendini göstermektedir. Bir diğer önemli nokta da DEHB'ye eşlik eden ders başarısızlıkları ve akran ilişkisi sorunlarına ikincil olarak gelişebilecek depresyon ile birincil depresyonun ayırt edilmesidir. Bipolar bozukluk için de belirtilerin süreklilik göstermeyip dönemsellik olması ve öyküde şikayetlerin gelişimsel olmayıp genelde geç çocuklukta başlaması DEHB'den ayırt edicidir. Bunların dışında diğer psikiyatrik bozukluklardan otizm spektrum bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu da ayırıcı tanı da düşünülmesi gerekir. Ayrıca hipertiroidizm, madde kullanımı, çevresel ağır metallere (kurşun, çinko) maruziyet, kortikosteroid, antihistaminik, antiepileptik benzeri ilaç kullanımları da ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken durumlardır (24,25,98,99).

2.1.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

Tedavide medikal seçenekler ve davranışsal müdahaleler kullanılmaktadır. Bu iki seçeneğin kombine olarak kullanıldığı müdahaleler ise en etkin tedavi şekli olarak belirtilmiştir (100).

Literatür, DEHB'nin çekirdek semptomlarının tedavisinde psikostimülan ilaçların etkinliği ve davranışsal müdahaleler konusunda tutarlılık göstermektedir. Farmakoterapi çoğu çocuk için etkilidir. Davranışsal müdahaleler ise, hedeflenen sonuçların ve ailesel

koşulların doğasına bağlı olarak, birincil tedavi olarak veya yardımcı tedavi olarak değerlidir (100).

1) İlaç tedavisi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde birincil tercih psikostimülan ilaçlardır. Yapılan bir çalışmada DEHB tanısı almış çocukların %73-77'si stimülan ilaçlara olumlu cevap vermiştir (101). Bu ilaçların hem etkinliği hem güvenilirliği birçok çalışmada gösterilmiştir (102–104).

Metilfenidat, ülkemizde DEHB tedavisinde tercih edilen uyarıcı ilaçlar içerisinde onay almış tek ilaçtır. Etki büyüklüğü için yapılan araştırmalarda yaklaşık 0,9 bulunmuştur (105). Metilfenidatın etki mekanizması dopamin ve noradrenalinin hücre içine geri alımını sağlayan sistemin inhibe edilmesidir. Bunu yaparak dopamin (DA) ve noradrenalinin (NA) sinaptik aralıkta artışını sağlar. Bu temel mekanizmanın yanında monoamin oksidaz (MAO) enzim inhibisyonu ile NA ve DA'nın metabolize edilmesini azaltır (106).

Uyarıcı olmayan ilaçlar içinde DEHB sağaltımında kullanılan FDA (Food and Drug Administration)(Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayı almış ilaç olan atomoksetin, noradrenalinin hücre içine geri alımını engelleyerek etki gösterir (2,106). Ayrıca yapılan çalışmalarda prefrontal alanda DA ve NA'nın taşıyıcı proteinin aynı olması sebebiyle bir miktar DA seviyesinde de yükselmeye neden olduğu gösterilmiştir (107). Etki büyüklüğü için yapılan araştırmalarda ise 0,6-0,8 arasında oranlar bildirilmiştir (108). Eşlik eden kaygı bozuklukları, tik bozukluğu veya aktif madde kötüye kullanımı olan durumlarda psikostimülanlara göre öncelikli olarak tercih edilebilir (2).

DEHB sağaltımında kullanılan diğer ilaçlar ise: alfa-agonistler (guanfasin, klonidin), bupropion ve trisiklik türevi antidepresanlardır (2).

2) Psikososyal müdahaleler

Psikososyal müdahaleler; aile eğitimleri, zor durumlarda tutum yönetimi becerileri, okulla yapılan görüşmeler, kognitif davranışçı teknikler, oyun terapisi temelli yaklaşımları içermektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri üzerine davranışsal müdahalelerin etki boyutu, uyarıcı ilaçlarınkinden daha küçüktür (109). Tüm

bu tekniklerin ortak hedefi, hem yıkıcı davranışların azaltılması hem de ebeveynlere bu problemlerle baş etme becerilerinin verilmesidir (25). Ayrıca; DEHB'deki sosyal eksikliklerle ilgili bir meta analizde bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) bireylerin sosyal yeterliliğini artırabileceği bulunmuştur (110).

2.2. Patolojik İnternet Kullanımı

2.2.1. İnternetin Tanımı ve Tarihçesi

İnternet, bilgisayarları birbirleriyle belirli bir teknik lisan aracılı ağlar yoluyla bağlayan ve birbirleri arasında iletişime imkan veren bir sosyal iletişim sistemidir (111). Tarihçesine baktığımızda internetin temeli, 1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar neticesinde bir metin içinde bir başka metne gönderim yapabilmeyi sağlayan sistemler geliştirilmesi ve sonrasında "hipermetin" (bugünkü "html" ifadesi) tanımının kullanılmasıyla atılmıştır (112).

Bilgisayarlar arası ilk ağ sistemi ABD'de 1969 yılında oluşturulmuştur (113). 1990'lı yıllara gelindiğinde "world wide web (www)" sistemi keşfedilmiş ve internet kavramı bugünkü haline dönüşmüştür. Hızla gelişen bu sistem ilk hali olan akademik kullanımdan çıkıp yaygın kullanılmaya başlamıştır (114).

Ülkemizde ise ilk ağ Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde 1993 yılında kurulmuştur (113). Daha sonra gelişen teknoloji ile özellikle 2000'li yıllardan itibaren internet kullanımı çok hızlı bir artış göstermiştir.

Türkiye'de 2015 yılında nüfusun %59,6'nın internet kullandığı ve bu oranın Avrupa'da 5.sırada yer aldığı görülmüştür (115). 2016 yılına gelindiğinde Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre evlerde internete sahip olma oranı %76,3 iken 16-24 yaş grubunda internet kullanımı oranı ise %84,3'e ulaşmıştır (116).

İnternet, boş zaman aktiviteleri için olanak sağlayan ve eğlence veren, kişiler arası iletişimi, yeni sosyal ağların oluşturulmasını, emek ve ekonomik kalkınmayı kolaylaştıran bir araç olmuştur. Günlük yaşamda ve toplumda vazgeçilmez bir kaynak haline gelmiştir. Ancak internet bazı faydalarına rağmen, yoğun ve uygunsuz kullanıldığı zaman olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (117-119).

2.2.2. Patolojik İnternet Kullanımı ve Değerlendirilmesi

Patolojik internet kullanımı (PİK), internet kullanma isteğini engelleyememe, internette uzak kalındığında irritabilite ve agresyon gibi yoksunluk belirtilerinin gözlenmesi, yaşanan bu sıkıntıların sosyal yaşamda aile ve mesleki alanlarda işlevselliğin bozulması şeklinde tarif edilebilir (7).

Terim olarak “internet bağımlılığı” ilk kez Goldberg tarafından dillendirilmiştir (120). Literatüre bakıldığında ise daha sonraları birçok araştırmada farklı tanımlamalar kullanıldığı görülmektedir. Bu tanımlamalardan bazıları: “internet bağımlılığı”, “problemlerle internet kullanımı”, “aşırı internet kullanımı”, “patolojik internet kullanımı”, “kompulsif internet kullanımı” dır (121). Bu terimler üzerinde uzlaşma halen sağlanamamıştır. Bu nedenle biz de çalışmamızda kullanmak üzere “patolojik internet kullanımı” ifadesini seçtik.

Kavramsal olarak seçilen ifade ne olursa olsun bu olayın sonucunda yaşanan bazı olumsuz olaylar: sosyal hayattan uzak kalma, bireysel gelişimde olumsuzluklar, akademik sorunlar, insanlar arası ilişki sorunları, uzun süreli kullanıma bağlı uykusuzluk ve hareketsiz kalmaya bağlı fiziksel sorunlar şeklinde sıralanabilir (122,123).

Tanımlama alanında yaşanan belirsizlikler aynı şekilde bu durumun değerlendirilmesi için kullanılacak olan değerlendirme ölçütlerinin çeşitliliğine de neden olmuştur.

Goldberg tarafından internet bağımlılığı kavramı kullanıldıktan sonra Young da DSM-IV’te yer alan “patolojik kumar oynama” kriterlerinden yola çıkarak bu kriterleri internet bağımlılığına uyarlamıştır (124,125) (Tablo II).

Tablo II. Young'un İnternet Bağımlılığı için Önerdiği Tanı Ölçütleri (125):

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

Bir başka tanımlama olarak Griffiths internet bağımlılığını bir tür teknolojik bağımlılık şeklinde inceleyip “dikkat çekme, duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk, çatışma ve nöks” başlıkları altında değerlendirmiştir (126).

Davis ise ilgili kognitif davranışçı modelinde, bu kavramın yalnız başına bir davranış bağımlılığı olmadığını belirtip kognisyon ve davranışlarla ilişkili hayata dönük negatif sonuçları olan bir durum olarak belirtmiştir (127).

Patolojik internet kullanımı için geliştirilen bir başka ölçek ise Ko ve arkadaşları tarafından oluşturulan “Chen İnternet Bağımlılığı Ölçeği” dir (128).

Tao ve arkadaşları ise patolojik internet kullanımı için geliştirdikleri ölçekte diğer tanımlamalardan farklı olarak süre bölümünü “üç aydan daha uzun süre görülmesi ve gün başına internette geçirilen sürenin 6 saatten fazla olması” şeklinde daha somut şekilde ifade etmişlerdir (129).

Bir çalışmada ise; “internette harcanan toplam süre”nin, bu bozukluğu yalnız başına predikte ettiği bulunmuş ve bunun sonucunda tarama testlerinde sorulabileceği önerilmiştir (130).

Patolojik internet kullanımı ise DSM-5'te kısmen “İnternette Oyun Oynama Bozukluğu” başlığı ile Bölüm III'te kendine yer bulmuştur (24) (Tablo III).

Tablo III. DSM 5'e Göre İnternette Oyun Oynama Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)

| DSM-5 Önerilen Tanı Kriterleri(24): |
|---|
| 1. İnternet oyunları aşırı uğraş (birey bir önceki oyun eylemini düşünür ya da bir sonraki oyunu oynamayı beklemektedir; internet oyunu oynama günlük yaşamdaki en baskın eylem haline gelmiştir). |
| Not: Bu bozukluk kumar oynama bozukluğu altında yer alan internette kumar oynamadan farklıdır. |
| 2. İnternette uzaklaştırıldığında çekilme belirtileri ortaya çıkar (bu bulgular tipik olarak iritabilite, anksiyete veya üzüntü ile tanımlanabilir, fakat farmakolojik çekilme belirtilerine ait fiziksel bulgu gözlenmez). |
| 3. Tolerans gelişimi-İnternet oyunlarına katılmak için gerekli olan sürenin gitgide arttırılması ihtiyacı. |
| 4. İnternet oyunlarına katılımı kontrol altına alabilmek için yapılan başarısız girişimler. |
| 5. İnternet oyunları nedeni ile, internet oyunları haricinde, önceden ilgi duyulan hobi ve eğlenceli aktivitelere ilgi kaybı. |
| 6. Psikososyal sorunlara yol açtığını bilmesine rağmen internet oyunlarının aşırı kullanımına devam etmesi. |
| 7. İnternet oyunları için harcadığı süre ile ilgili olarak aile üyeleri, terapist ya da diğer kişileri kandırmıştır. |
| 8. İnternet oyunlarını olumsuz duygu ve duygulanımdan kaçmak ya da rahatlamak için kullanmaktadır. |
| 9. Önemli bir ilişki, iş veya eğitim ya da kariyer olanağını internet oyunlarına katılabilmek için tehlikeye atmış veya kaybetmiştir. (12 aylık bir süre içinde yukarıda belirtilen dokuz kriterden beş veya daha fazla kriterin karşılanması gerekmektedir.) Not: Sadece kumar içermeyen internet oyunları bu bozuklukta yer alabilir. İş ya da profesyonel yaşamdaki internet kullanımı, aktivite için ya da sosyal olarak internet kullanımı bu tanıma girmez. Benzer olarak cinsel internet siteleri bu grup içinde yer almaz. |
| Ağırlığın belirlenmesi: Normal aktivitelerin aksamaması ya da bölünmesinin derecesine göre İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu hafif, orta veya ağır olabilir. Daha hafif bozukluğa sahip bireyler daha az bulgu sergileyebilir ve hayatları daha az sekteye uğruyor olabilir. Ağır bozukluğa sahip olanlar ise bilgisayar başında daha fazla vakit geçirmektedirler ve sosyal ilişki, kariyer veya eğitim ile ilişkili daha fazla fırsat kaçırmışlardır |

2.2.3. Epidemiyoloji

Tanısal ölçütlerdeki değişkenlikler ve metodolojik farklılıklar nedeni ile problemlerli internet kullanımı sıklığı %0,3-38 arasında değişkenlik göstermektedir (131). Cinsiyet oranlarına bakıldığında erkeklerde yaklaşık 2-3 kat yüksek bulunmuştur ve yaş olarak genç grupta daha sık bulunmuştur (9). Uzak Doğu'da yapılan bir okul çalışmasında %10-30 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (132–135). Norveç'te Johansson ve Gotestam 12-18 yaş arasında Young İnternet Bağımlılığı ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada sıklık %2 oranında, erkeklerde daha sık bulunmuştur (136). Kei Mak ve arkadaşları ise %18 gibi yüksek bir oran bildirmişlerdir (137).

2008 yılında Tahiroğlu ve arkadaşları tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise yaygınlık % 7,6 bulunmuştur (8). Ülkemizde yapılan ve lise öğrencilerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise oran % 11,6 bildirilmiştir (138).

2.2.4. Etiyoloji

Bütün ruhsal rahatsızlıklara benzer şekilde internet bağımlılığının etiopatogenezi de multifaktöryeldir (131).

Psikolojik etmenler:

“Öğrenme teorisi” temelli edimsel koşullanmada internet kullanımı ile mutluluk ve hazzın oluşması pozitif pekiştiren olarak rol oynar (139). Davis, depresyonun açıklamasına benzer şekilde bilişsel davranışçı modelde internet kullanımının yaşamda yer alan olumsuz deneyimleri ve bu deneyimlerle ilişkili düşünceleri telafi etmeye dönük bir davranış profili olabileceğini iddia etmektedir (127). Bu model, çarpıtmalar ve ruminatif düşünceler gibi bilişsel süreçler ile kompulsif kullanım veya emosyonel stresi azaltmak için internet kullanımı gibi kişilerin hayatında farklı olumsuz sonuçlar ile karakterize disfonksiyonel davranışları temel almaktadır (127).

Ergenlerde internet bağımlılığının sosyal bağlantıları üzerine yapılan çalışmalarda sosyal beceri eksiklikleri dikkat çekicidir (140). Caplan da “yetersiz sosyal becerilere” atıf yapmıştır. Ona göre, depresif ve yalnız hissetme duygusu internet kullanımı ile ilişkili farklı olumsuz sonuçlar doğuran çevrimiçi (online) sosyal etkileşim tercihi ile ilişkilidir (141). Meerkerk ve ark. düşük benlik saygısını internet bağımlılığı için en önemli öngördürücü olarak bildirmiştir (142).

Çevrimiçi sohbet (online chat) kullanıcıları, günlük hayatlarında sosyal çevrelerinde yüz yüze sosyal davranış ve iletişim becerilerini geliştirmek için daha az korku yaratan bu alanı kullanabilmektedir (143). Buna zıt olarak aşırı derecede internet kullananlar internet kullanımı sayesinde birçok sosyal ilişki kurduklarını bildirmişlerdir. Ancak bu kişiler sanal dünyadaki sosyal ilişkilerden ödün vermemek ve internette daha az zaman geçirmemek için yüz yüze ilişkiyi azaltmayı tercih ederler (144).

Ayrıca DEHB ve internet bağımlılığı olan ergenlerde, internet bağımlılığı bulunmayan kişilere göre daha ciddi sosyal beceri eksiklikleri olduğu saptanmıştır (140). Bir araştırmada ise daha düşük empatinin, Çin ve Almanya'da artan sorunlu internet kullanımıyla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (145).

Biyolojik etmenler:

Ödül yoksunluğu hipotezine göre ise; normal yollarla yeterli hazzı elde edemeyen bireyler bu sistemi aktifleştiren başka madde veya durumlara yönelebilirler. Bu durum alkol ve diğer madde kötüye kullanımları, kumar oynama bozukluğu veya impulsif, kompulsif başka tutumlara risk yaratabilir. Bu mekanizmada internet kullanımı diğer maddelerin yaptığı etkiye benzer şekilde bir ödül sağlayıcı olabilmekte, sonrasında bu durumun sürmesi için de davranışsal bir güdüleme yapmaktadır. Bu noktada ise dürtüsellik ciddi bir risktir (146). Bir çalışmada bu bulguları destekler nitelikte patolojik internet kullanımı olanlarda artmış ödül arayışı ve azalmış ceza hassasiyeti gösterilmiştir (147).

Bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında kontrol grubuna göre daha fazla oranda sağ orbitofrontal alan, iki taraflı dorsolateral prefrontal alanda, sağ kaudat çekirdekte, sağ nukleus accumbenste etkinlik artışı bulunmuştur (148).

Pozitron emisyon tomografisi (PET) tekniği kullanılarak yapılan başka bir çalışmada internet bağımlılığı olan bireylerde bilateral dorsal kaudat çekirdek ve sağ putamende dopamin D2 reseptör yoğunluğunda azalma gösterilmiştir (149). Bu bulgular etiyopatogeneizde ileri sürülen ödül yokluğu hipotezini desteklemektedir (131).

Uzun zamanlı internet bağımlılığı olan bireylerin beyinlerinde kalıcı değişimler olduğu bulunmuştur (150). Patolojik internet kullanımı olan ergenlerde anterior singulat kortekste daha düşük gri madde yoğunluğu ve anormal beyaz cevher bütünlüğü gösterilmektedir (151,152).

Araştırmalar, yürütücü işlev bozukluğunun internet bağımlılığı ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu bulmuştur (153). Birçok çalışmada internet bağımlılığında, işleme belleğinde alkol bağımlılığı ve patolojik kumar oynamada görülene benzer bulgular saptanmıştır (154–156). Kontrollere kıyasla patolojik internet kullananlarda serotonin taşıyıcı bölgede homozigot şekilde kısa allel gösterilmiştir (157). Bir başka çalışmada ise kolinerjik nikotinik reseptörün alfa 4 alt ünitesini kodlayan bölgede T formun daha fazla olduğu bulunmuştur (158).

2.2.5. Eşlik Eden İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar

İnternet bağımlılığı ergenlerde fiziksel, ruhsal, akademik ve insanlar arası ilişkilerde birçok önemli olumsuzluklara yol açmaktadır (159). Patolojik internet kullanımı olan kişilerde yapılan bir çalışmada komorbid bozukluk 3,8 kat daha yüksek bulunmuştur (10). DEHB eşlik eden bireylerde ise ilişkinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (11).

Başka bir çalışmada ise patolojik internet kullanımına eşlik eden bozukluklara bakıldığında %15 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, %14 oranında DEHB, %7 oranında ise OKB, hipomani ve distimi saptanmıştır (160). Bunlara ek olarak patolojik internet kullanımı ile depresyon ve suicidal düşüncelerin ilişkili olduğu gösterilmiştir (161,162).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise patolojik internet kullanımı olanlarda en fazla DEHB, sosyal fobi ve major depresyon olduğu gösterilmiştir (163).

Bir çalışmada siber zorbalık uygulayan faillerin siber zorbalık faili olmayan gruplara kıyasla daha ağır internet bağımlılığı bildirdikleri bulunmuştur (23)

2.2.6. Tedavi

Patolojik internet kullanımı için genel kabul gören tanı kriterleri olmadığı için sistematik olarak kanıta dayalı tedavi seçenekleri de yoktur. Önerilen müdahalelerin çoğu, kişisel klinik deneyime, küçük anekdot çalışmalarına veya randomize çift kör tasarımı olmayan denemelere dayanmaktadır (164).

Tedavi için hem psikoterapi hem de medikal tedavi seçenekleri önerilmektedir. Öncelikli yaklaşım eğer var ise alttaki ruhsal bozukluğun tespit edilip onun tedavi edilmesidir. Eğer altta yatan bir bozukluk yoksa PİK impuls denetim bozukluklarına daha benzer olduğundan medikal olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) veya duygudurum düzenleyiciler başlanabilir. Ayrıca medikal tedaviden bağımsız veya destekleyici olarak kognitif davranışçı teknikler kullanılabilir (131).

Önceki çalışmalarda, metilfenidatin DEHB'li çocuklarda internet oyunu oynama bağımlılığının şiddetini azalttığı belirtilmesine rağmen (165) hem multimodal hem de farmakolojik olmayan müdahalelerin (motivasyonel görüşme, gerçeklik eğitimi ve aile

yönetimi becerileri eğitimi içerecek şekilde) internet bağımlılığı tedavisinde temel strateji olması gerektiği vurgulanmaktadır (166).

2.2.7. Patolojik İnternet Kullanımı ve DEHB

Uzak Doğu'da patolojik internet kullanımı olan öğrencilerde yapılan bir araştırmada %30 oranında DEHB semptomlarının birliktelik gösterdiği bulunmuştur (134). Benzer şekilde başka bir araştırmada ise kontrollere kıyasla patolojik internet kullanımı olanlarda komorbid DEHB %32 olarak saptanmıştır (167). Başka bir araştırmada ise 2 yıllık izlem sonucunda DEHB'nin internet bağımlılığını öngördüğü gözlenmişti (12).

Han ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada DEHB ve patolojik internet kullanımı olan ergenlerde uzun etkili metilfenidat kullanıldığında internet başında geçirilen zamanda belirgin oranda azalma gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada bu bulgudan yola çıkılarak internet kullanımının prefrontal kortikal alanda aktifleşme yapması yoluyla bir çeşit "self medikasyon" olabileceği öne sürülmüştür (165).

Başka bir çalışmada ise Mottram ve arkadaşları, dürtüsellik seviyesi ne kadar artarsa internette harcanan zamanın o kadar arttığını göstermişlerdir (168).

2.3. Saldırganlık

2.3.1. Tanımlama ve Sınıflandırma

Saldırganlık, bir kişinin kendisine yapılmasını istemeyeceği, zarar verme ihtimali olan bir davranışı başka birisine göstermesi şeklinde açıklanabilir (169). Kendisine, başkalarına, nesnelere veya çevreye ani zarar verme niyetiyle olan davranışlar saldırganlığı oluşturur (13). Freud ise saldırganlığı, bireyin kendine dair zarar verici eğilimini kendisi dışındaki nesnelere yönlendirmesi olarak açıklamıştır (170).

Birçok psikiyatrik bozuklukla beraber görülebilen saldırganlık, çocukların psikiyatrik değerlendirilmeye yönlendirilme nedenlerinin başında gelmektedir (171). Saldırgan davranışlar eğer sürekli hale gelirse; süre, sıklık ve içerik olarak sosyal ortamlarda çocuğun çıkarlarına zarar verir, sosyal olarak kabul edilemez boyuta gelirse maladaptif hale dönüşür (15,172). *Maladaptif saldırganlık*; önceki olaylarla orantısızdır, önceden sosyal bir işaret olmadan gerçekleşebilir, sosyal kuralları ihlal edebilir ve kolayca

sona ermez. Ağır maladaptif saldırganlık santral sinir sistemindeki bir bozukluğun ifadesi olabilir, bu yüzden tedavilerin hedefinde nörobiyolojik ajanlar yer alabilir (172,173).

Saldırganlık uygulayanın motivasyonuna göre kabaca 2 alt tipe ayrılabilir (174) :

1. *Reaktif veya impulsif saldırganlık*; öfke, misillenmiş bir hüsranın artan bir dışa vurumu veya gerçek ya da algılanan provakasyona (aynı yaştaki akranları tarafından tipik olarak ağırbaşlılıkla karşılanacak durumlarda bile) yönelik düşmanlıktır. İmpulsif saldırganlık saldırganlara olumsuz sonuç doğurmasına karşın, duygusal yanıtların özellikle hızlı oluşturulması gereken durumlarda planlanmamış, ani bir şekilde kontrol dışı olarak yanıtlanmasıdır.
2. *Proaktif veya enstrümental saldırganlık*; bilinçli bir şekilde, hedefe yönelik özel bir kasıtlı eylem planlanmasıdır.

Bunlar saldırganlığın farklı alt tipleri olsa da, çocuklarda farklı derecelerde her ikisi de oluşmaktadır (175). İmpulsif saldırganlık, farklı boyutlarda psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olmakla birlikte klinik popülasyonda yaklaşık olarak agresif çocukların %80'inde görülen fenotiptir (176). İmpulsif saldırganlık ağrı veya ateş gibi semptomlara benzetilebilir, genel olarak birçok farklı medikal hastalıkta görülüp hastalığın şiddeti ile ilgili bilgi verse de hastalığın spesifik doğasına dair bilgi vermez. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundaki gibi psikiyatrik bozukluklarda iyi tanımlandığı şekilde impulsif saldırganlık klinik olarak belirgin ve yaygın davranıştır (15).

2.3.2. Etiyoloji

Nöroanatomik olarak insanlarda, prefrontal/orbitofrontal alan, amigdala, anterior singulat alan, hipokampus, hipotalamus gibi yapılar saldırgan davranışların oluşumunda yer alan yapılardır (177–179).

Yapısal olarak beynimizde üst merkezlerin ilkel merkezleri uygun şekilde kontrol altında tutamaması nedeniyle saldırganlığın meydana geldiği düşünülmektedir (179). Ancak bu hipotez daha çok impulsif saldırganlık için değerlendirilmiş olup proaktif saldırganlıkta bir bozukluk olmayabileceği iddia edilmektedir (180).

Nörofizyolojik olarak, çalışmalarda yer alan bulgular arasında saldırganlık sırasında EEG’de yavaş dalga patern etkinliğinde artış, kalp atımında bazal seviyede yavaşlık sayılabilir (180).

Nörokimyasal olarak, glutamat seviyesinde artış ve bunun yanı sıra serotonin ve GABA seviyesinde azalma üzerinde durulmaktadır. Serotonin düzeyindeki azalma proaktif saldırganlıktan ziyade impulsif saldırganlık lehine düşünülmektedir (177,178,181). Vazelli ve arkadaşları çalışmalarında serotonerjik iletinin bazal düzeyin %50-60’ının altına inildiğinde saldırganca tutumların görüldüğünü bildirmişlerdir (182).

Dopaminin daha çok saldırganlığın motivasyonel yolları ve proaktif saldırganlıkla ilgili olduğu düşünülmekte; noradrenalin ise irritabilite oluşumu üzerinden saldırganlığa zemin hazırlamaktadır (177,178). Ayrıca vazopresin testosteron, oksitosin agresyon ile ilişkili olabilen nörosteroidlerdir (177,178,180).

Nöropsikolojik bazı çalışmalarda yürütücü işlevlerde bozukluklar, sözel yetilerde eksiklikler gibi bulgular impulsif saldırganlıkta ilişkili bulunmuş iken, proaktif saldırganlıkta ise tam tersi bu alanlarda daha yüksek işlevsellik saptanmıştır (180,183).

Genetik olarak bakıldığında spesifik bulgular olmamakla birlikte işlevsel olmayan monoamin oksidaz (MAO-A) geni bulunan erkeklerde şiddete yönelim ve impulsif saldırganlığın fazlaştığı gösterilmiştir (184). Saldırganlık çeşitleri açısından bir çalışmada amaçlı saldırganlığın genetik yönünün daha baskın olduğu gösterilmiştir (180).

Çevresel etkenler incelendiğinde çalışmalarda; sosyal desteklerde eksiklik, sosyoekonomik olarak düşük seviye, erken yaşlarda maruz kalınan ihmal ve istismar, gebelik sürecinde annenin sigara/alkol kullanması, doğum sırasında yaşanan sorunlar ve anoksi/hipoksi saldırganlıkla ilişkili bulunmuştur (180).

2.3.3. Saldırganlık ve DEHB

Alt görünümlere bakıldığında DEHB’de hareketlilik artışı ve impulsivite baskın olan ve her ikisinin birlikte görüldüğü tiplerde saldırganlık ve duygusal patlamalara daha yaygın rastlanılmaktadır. Bu durumla KOKGB ile DB daha sık birliktelik göstermektedir (185).

Tanı ölçütlerinden olmamasına rağmen saldırganlık (15,186), DEHB'nin klinik seyrinde önemli bir özellik olmakta ve ruhsal hastalıkların değerlendirilmesi için olan yönlendirmelerde belirleyici faktörlerden birisi olmaktadır (14). MTA(Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) çalışmasının verilerinin ileri post-hoc analizinde, DEHB olan katılımcıların %54'ünde klinik olarak anlamlı kombine saldırgan alt tip görülmüştü (15).

Yapılan çalışmalarda DEHB tanılı çocuklar tutarlı bir şekilde sağlıklı kontrollerden daha saldırgandırlar ve DEHB semptomlarının şiddeti gibi komorbid tanılarının sayısı da saldırganlığın şiddeti ile önemli bir korelasyon sergilemektedir (13). Ayrıca çocuklarda sorunlu belirtilere saldırganlığın eklenmesi çeşitli psikolojik, akademik, duygusal ve sosyal sorunların oluşma risklerini yükseltmektedir (187).

McKay ve Halperin (2001), impulsif düşünceler, duygusal labilite ve impulsif davranışlar bağlamında erken başlangıçlı yaygın ve sürekli impulsif saldırganlığın, çocukluk çağı DEHB'den yetişkin antisosyalliğe giden yüksek riskli profil gösterdiğini ileri sürmüşlerdir (188).

İmpulsif olarak saldırgan çocuklar, saldırgan olmayan veya proaktif saldırgan davranışlar sergileyenlerle kıyaslandığında daha fazla ret, mağduriyet ve daha az kabul görmektedirler (189–191).

2.3.4. Saldırganlık Tedavisi

Saldırganlık, özellikle DB, DEHB, OSB, depresyon ve mental retardasyon gibi çeşitli temel teşhislerle ilişkili olduğu için tedavisi özellikle zordur. Bu nedenle, optimal tedaviler çok boyutludur, hem farmakolojik hem de psikososyal tedavileri kapsar ve bakıcıların, ailelerin, okulun, akranların ve toplumun genel rolünü kabul eder (192).

Saldırganlık maladaptif hale geldiğinde medikal olarak duruma göre; psikostimülanlar, atipik antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler, alfa-2 agonistler kullanılabilir (193). Tedavide ilk düşünülmesi gereken altta yatabilecek bozukluğun sağaltımıdır. Atipik antipsikotiklerden mümkün olduğunca uzak durulmalı, kullanılırsa da kısa zamanlı kullanılmalı ve dozajı düşük miktarlarda tutulmalıdır (193). Tüm medikal

seçeneklere bakıldığında ilaçların saldırganlığa etki boyutu 0,6 iken bilişsel davranışçı tekniklerin etki boyutu 0,3 bulunmuştur (180).

2.4. Siber Zorbalık

2.4.1. Tanımı

Zorbalıkla ilgili ilk araştırmaları yapan Dan Olweus zorbalığı bir kişinin fiziksel ya da ruhsal sıkıntılara maruz kalması olarak tanımlamış ve bunun hem doğrudan fiziksel yolla, hem de dolaylı başka yollarla olabileceğini ifade etmiştir (16,17). Zorbalık, aşırı tekrar ve gücün dengesizliği ile karakterize saldırgan davranışın bir alt kümesi olarak tanımlanmıştır (16).

Zorbalık ve kurban davranışlarının deneyimleri depresyon, kaygı ve davranışsal sorunlar gibi psikopatoloji ile ilişkili bulunmuştur ve bu bulgular çalışmalar arasında belirgin şekilde tutarlıdır (194).

Zorbalık, ocuklar ve ergenler arasında yaygın bir sorundur ve fiziksel, sözel, ilişkisel veya siber gibi çeşitli biçimlerde olabilir; günümüzde çocukların siber ortamlarda daha çok vakit geçirdiği için siber zorbalık giderek önem kazanmaktadır (18).

Siber zorbalık, dijital çağda ortaya çıkan yeni bir zorbalık biçimidir. Siber zorbalık, sosyal paylaşım siteleri, e-posta, sohbet odaları, anında mesajlaşma, web siteleri, evrimii oyunlar ve kısa mesaj gibi elektronik mekanların kullanılması yoluyla zorbalığa maruz kalmayı içerir (195). Siber zorbalık her an gerekleēebilir, çabucak yayılabilir ve okul alanlarının dışında sıklıkla görölür ve yetişkinlerin izlemelerini ve düzenlemelerini zorlaştırır (196).

Siber zorbalığa uğramanın, birçok durumda faillerin göreceli olarak gizli kalması, daha geniş kitleler, yaygınlığın artması ve gönderilen mesajların kalıcılığı nedeniyle geleneksel zorbalığa göre daha fazla zarar verme potansiyeline sahip olduğu kaygısı ortaya çıkmıştır (197).

Siber zorbalıkta başka deyişle dijital tacizde zalim ve kötü niyetli olmak suçlunun ve kurbanın fiziksel olarak uzaklığı nedeniyle daha kolaydır (19). Kaukiainen tarafından saldırganlığın gelişimsel teorisine göre yaşça büyük ergenler saldırganlıklarını göstermede

sosyal beceri olarak daha gelişmiş oldukları için siber zorbalık gibi saldırganlığın ılımlı şeklini de seçtikleri bildirilmiştir (198).

2.4.2. Siber Zorbalık ve Mağduriyetin Sıklığı

Siber zorbalığa maruz kalma oranları, kısmen standartlaştırılmış bir tanımlamanın ve onaylanmış ölçek kesilme kesme puan oranlarının yokluğundan dolayı değişkendir (199).

Vazsonyi ve arkadaşları 2012 yılında 9-16 yaş arası çocukları öz bildirim ölçekleri ile değerlendirmişler ve siber zorbalık oranını Birleşik Krallık'ta %8 olarak bildirmişlerdir (200).

İtalya'da, 2015 yılında yayınlanan verilerde, 11-17 yaşlarındaki cep telefonu ve/veya internet kullanıcılarının % 5,9'u kısa mesaj (SMS), e-posta, sohbet veya sosyal ağlar yoluyla zorbalığa maruz kaldıkları gösterilmektedir. Polis verileri ise 2016 yılında 235 siber zorbalık vakası bildirmiştir (201).

2017 yılında Birleşik Krallık'ta yapılan 11-16 yaş arası 2745 çocuğun katıldığı bir başka çalışmada ise son 6 ay içerisinde %29 oranında zorbalık ve %1 oranında siber zorbalık saptanmıştır (202).

Ülkemizde ilköğretim öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada ise %32,6 oranında siber zorbalık maruziyeti yaşandığı ve %22,5 oranında da 1 ya da daha fazla olacak şekilde başkalarına siber zorbalık sergilendiği bildirilmiştir (20). Lise döneminde yapılan bir araştırmada ise bu oranlar sırasıyla %17,4 ve %15,5 olarak bulunmuştur (21).

Bazı araştırmalar, kız çocuklarının erkeklerden daha fazla siber zorbalık mağduriyeti bildirdiklerini ve bu nedenle yaygınlık oranlarında cinsiyet farklılıkları olduğu bildirilmiştir (203).

Bireysel faktörler incelendiğinde, düşük benlik saygısının siber zorbalığa maruz kalma ve zorba olma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (204). Yaş arttıkça ergenler daha fazla süre siber ortamlarda vakit geçirmektedirler. Bu da yaş artışı ile siber zorbalık mağduru ve faili olma olasılığını arttırmaktadır (23).

2.4.3. Siber Zorbalık ve Mağduriyetin Sonuçları

Siber zorbalık da dahil olmak üzere, zorbalık kurbanı olmak, kısa ve uzun süreli zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarıyla ve akademik başarı problemleriyle ilişkilidir (22). Geleneksel zorbalığa maruz kalan gençlerde olduğu gibi, siber zorbalığa uğramış gençlerde de depresyon ve anksiyete, duygusal sıkıntı, intihar düşüncesi ve girişimleri, somatik şikâyetler, akranlarından daha yüksek suç ve madde kötüye kullanımı gibi dışa yönelimli sorunlar bildirilmiştir (205–207).

Bonanno ve Hymel, siber zorbalığın Kanadalı ergenlerin intihar düşüncesi ve depresif belirtileri ile ilişkili olduğunu bildirdiler (208). Laftman ve ark. siber zorbalık ve zorbalık mağduriyetini karşılaştırdıklarında siber zorbalığa maruz kalanlarda baş ağrısı, mide sorunları, uyku bozuklukları, iştah sorunları gibi daha fazla fiziksel sağlık sorunları olduğunu bildirmişlerdir (209). Doz-tepki etkisi, siber zorbalığa maruz kalma ve sonuçlarının ciddiyeti arasında yaygın olarak bulunur, en çok zorbalığa maruz kalan gençler en çok zarar görenlerdir (210).

Yapılan araştırmalarda siber zorbalık kurbanlarında, siber zorbalığa maruz kalmayanlardan çok daha şiddetli depresyon ve intihar eğilimi saptanmıştır (23). Araştırmalar, zorbalığa karışan mağdurların öfke ve hüsrana uğradığını ve siber zorbalığa maruz kalma eğiliminde yüksek bir risk oluşturmasına neden olan bir öfke duygusu üretebileceğini göstermektedir (211).

Siber zorbalık ruhsal alandaki sonuçları kadar adli yönüyle da riskler taşımaktadır. Bu alan yeni gelişmeye başladığı için yapılan çalışmaların az olduğu görülmüştür. Yasal boyutuyla akran zorbalığının yansıması olarak iftira, küfür, tehdit olabileceği gibi bazen cinsel istismarın bir alanı olarak da karşımıza gelebileceği unutulmamalıdır.

2.4.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Siber Zorbalık

Klinik olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı alan ergenlerde siber zorbalık sıklığı ve ilişkisi ile ilgili veriler kısıtlıdır (23). İki bulgu, klinik olarak DEHB tanısı alan ergenlerde siber zorbalığın araştırılmasının önemini desteklemektedir. Birincisi, hem kesitsel hem de prospektif çalışmalar, DEHB tanılı çocuk ve ergenleri, geleneksel zorbalığa uğrama ve kötü muamele için yüksek riskli bir grup

olarak bildirmektedir (212). Dahası, geleneksel zorbalığa siber zorbalık ile birlikte sıklıkla rastlanır (213). İkincisi, 2 yıllık prospektif bir çalışma, DEHB'nin ergenlerde internet bağımlılığının ortaya çıkmasını öngörebildiğini bildirmiştir (12), bu da DEHB tanılı ergenlerin DEHB tanısı olmayanlardan daha fazla internette zaman harcayabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, DEHB belirtileri olan ergenlerde siber zorbalığa yakalanma riski artmaktadır (23).

Araştırmalar; bir toplumdaki çocuk ve ergenler arasında hiperaktivite belirtileri ile siber zorbalığa maruz kalma arasındaki önemli ilişkiler kadar, aşırı internet kullanımıyla siber zorbalığa maruz kalma/mağdur etme arasındaki ilişkileri de bildirmişlerdir (214–216).

Yen ve ark. çalışmalarında DEHB tanısı alan erkek ergenlerin %19,1'inin siber zorbalık kurbanı olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma, önceki çalışmaların sonuçlarına (204,207,217) ilişkin olarak, DEHB tanısı olan siber zorbalık kurbanlarının, siber zorbalık kurbanları olmayanlara göre daha şiddetli depresyon ve suisidalite bildirdiklerini ortaya koymuştur. Ayrıca, aynı çalışma DEHB olan erkek ergenlerin %14,3'ünün siber zorbalık failleri olduklarını bildirmiştir (23). Yine bileşik tip DEHB olan erkek ergenlerin, dikkatsizlik tipi DEHB olanlara göre daha fazla siber zorbalık faili olma riski taşıdıkları bildirilmiştir (23).

Başka bir çalışmada DEHB tanısı olan siber zorba ve faillerin duygusal olarak kendilerini daha yalnız hissettikleri ve öz yeterliliklerinin daha az olduğu saptanmıştır (218).

Sonuç olarak tüm literatür göz önünde bulundurulduğunda DEHB tanılı bireylerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık için artmış risk söz konusudur.

3. ÇALIŞMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

3.1. Amacı

Çalışmanın amacı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık ilişkisinin değerlendirilmesidir. Bu ilişkinin değerlendirilmesi, mağduriyet oluşturabilecek risklerin belirlenebilmesi ve ardından koruyucu önlemlerin alınabilmesi ve müdahalelerin oluşturulabilmesi için önemli olacaktır.

3.2. Hipotezler

- Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek oranda patolojik internet kullanımı bulunmaktadır.
- Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre saldırgan davranışlar daha fazladır.
- Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre siber zorbalığa uğrama ve siber zorba faili olma oranları daha yüksektir.
- Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre saldırganlık düzeyi ile siber zorbalığa uğrama ve siber zorba faili olma ilişkilidir.
- Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı olanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre patolojik internet kullanımı siber zorbalığa uğrama ve siber zorba faili olma arasında pozitif bir ilişki vardır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Örneklem

Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne Eylül 2017 ile Haziran 2018 tarihleri arasında başvuran erkek çocuk ve ergenler DSM-5 tanı kriterlerine göre ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) tanı görüşme çizelgesine göre değerlendirilmiş ve DEHB tanısını ve belirlenen kriterleri karşılayan 10-18 yaş arası 30 erkek çocuk ve ergen “olgu grubu” olarak, çalışmaya gönüllü olan ve “kontrol grubu” için belirlenen dâhil olma kriterlerini karşılayan 10-18 yaş arası 30 sağlıklı erkek çocuk ve ergen kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü G-Power programında örnek araştırma baz alınarak belirlenmiştir. Baz alınan araştırmanın etki büyüklüğü 0.837 olarak büyük etki büyüklüğü olarak bulunmuş, bu nedenle büyük etki büyüklüğü alt sınırı kullanılarak (0,8) hesaplama yapılmıştır. Bu hesaplamada tip 1 hata düzeyi 0,05, güç 0,8 ve $d=0,8$ alınarak çift yönlü hipoteze göre örneklem büyüklüğü her grupta en az 26 katılımcı olarak hesaplanmıştır (219,220).

4.1.1. Çalışmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

Olgu Grubunun Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- 10-18 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak,
- Klinik olarak normal zekaya sahip olmak
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre ve ÇDŞG-ŞY-T'ye göre DEHB tanısı alması ve DEHB'den başka psikiyatrik hastalığının olmaması,
- Kronik tıbbi metabolik, genetik, endokrin veya nörolojik hastalığın olmaması.

Olgu Grubunun Dışlama Ölçütleri

- 10 yaştan küçük 18 yaştan büyük olması
- Gönüllü olmaması, onay verilmemesi,
- Uygulanan ölçeklerin eksik doldurulması,
- ÇDŞG-ŞY-T uygulanarak ve ÇDŞG-ŞY-T içinde olmayan ruhsal bozukluklar için DSM-5'e dayalı tanısal psikiyatrik görüşmede DEHB'den başka psikiyatrik hastalığının olması,
- Klinik olarak zihinsel yetersizliği olması,
- Herhangi bir tıbbi ya da nörolojik hastalığının olması,
- Biyolojik ebeveynleri ile yaşamaması

Kontrol Grubunun Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- ÇDŞG-ŞY-T uygulanarak ve ÇDŞG-ŞY-T içinde olmayan ruhsal bozukluklar için DSM-5'e dayalı tanısal psikiyatrik görüşmede psikiyatrik hastalığının olmaması,
- 10-18 yaş arasında olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Klinik olarak zihinsel açıdan yeterliliği olduğu düşünülen çocuk ve ergenler
- Kronik tıbbi metabolik, genetik, endokrin veya nörolojik hastalığın olmaması

Kontrol Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- Gönüllü olmaması,
- Herhangi bir psikiyatrik tanısının olması,
- Herhangi bir kronik tıbbi ya da nörolojik hastalığının olması,
- Klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olması,
- Herhangi bir tıbbi ya da nörolojik hastalığının olması,

- Biyolojik ebeveynleri ile yaşamaması.

4.2. Veri Toplama Araçları

4.2.1. Kullanılan Klinik Değerlendirme Araçları

4.2.1.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanmış olup; ebeveynlerden alınan bilgiler ışığında yine araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bu form ile çocuk/ergen ve ailesine ait sosyodemografik ve klinik özellikler araştırılmıştır. Sorgulanan özellikler: çocuk ve ergen için yaş, cinsiyet, kaçınıcı sınıfa devam ettiği, aile yapısı, kardeş sayısı, evde birlikte yaşadığı diğer bireyler; ebeveynler için anne baba yaşı, eğitim durumu, mesleği, ruhsal sağlık durumları, alkol/sigara kullanımları, ailenin gelir düzeyi, ailenin sosyal güvence durumu şeklindedir. (EK-1)

4.2.1.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – şimdi ve yaşam boyu şekli (ÇDŞG – ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL]

Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütleri göz önünde bulundurularak geliştirilen bu form hem geçmişteki hem de günümüzdeki ruhsal bozukların saptanması için geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme sağlamaktadır (221). Ebeveyn ve çocuk/ergen ile yapılan ayrı ayrı görüşmeler neticesinde tüm kaynaklardan bilgiler toplanarak değerlendirme sonuçlandırılır. ‘Yapılandırılmış Başlangıç Görüşmesi’, ‘Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi’ ve ‘Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği’ olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm ‘Yapılandırılmış Başlangıç Görüşmesi’ kısmıdır ve genel olarak çocuğun genel bilgileri, başvuru şikayeti, geçmiş ruhsal öykü, okul durumu, aile ve arkadaş ilişkileri, hobiler gibi bilgiler sorgulanmaktadır. ‘Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi’ ikinci bölümü oluşturur. Bu bölümde yaklaşık 200 tane spesifik belirti ve davranış biçimi sorular ve değerlendirme ölçütleri ile değerlendirilir. Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Kaygı Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar gibi

beş ayrı tanı grubunda puanlama yapılır. Eğer tarama bölümünde kriterleri karşılayan pozitif semptomlar belirlenirse bu alanlarda ek puanlamalara geçilir. Bu ek alanlarda her bozukluk için şimdi ve geçmişte en şiddetli atakları puanlamak üzere kriterler değerlendirilir. “Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği” ise çocuk/ergenin şimdiki işlevsel durumunu belirlemek için yapılan son bölümdür. Bu formun Türkçe çeviri ve geri çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (222)(EK-2).

4.2.1.3. Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları için DSM-IV’e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)

Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri göz önünde bulundurularak geliştirilmiştir (223). Bu ölçek alt gruplara bölünmüş şekilde dikkat sorunlarını değerlendiren dokuz, hiperaktivite sorunlarını değerlendiren altı, dürtüsel sorunları değerlendiren üç, KOKGB kriterlerini sorgulayan sekiz ve davranım bozukluğu kriterlerini sorgulayan on beş olmak üzere toplamda 41 madde içermektedir. Bu ölçek anne/baba ve öğretmen tarafından doldurulmakta olup DEHB, KOKGB ve DB ön tanıları düşülen çocuklarda tarama ve değerlendirme amaçlı kullanılmaktadır. Maddeler teker teker 0’dan 3’e sırayla yok, biraz, fazla ve çok fazla şeklinde puanlanmaktadır. Çocuk/ergende DEHB tanısı için dikkat eksikliğinde yer alan 9 maddeden en az 6’sının 2 veya 3 olarak doldurulması, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bölümündeki 9 sorudan yine en az 6’sının 2 veya 3 olarak doldurulması gerekmektedir. KOKGB için bu bölümdeki 8 maddeden en az 4 tanesinin 2 ve üzerinde işaretlenmesi benzer olarak DB içinde bu bölümdeki sorulardan 15 madde içerisinde 2 ya da daha çoğunun 2 veya 3 olarak işaretlenmesi ve bu sürecin de en az 6 ay devam etmiş olması gerekmektedir. Bu formun geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye’de Ercan ve ark tarafından yapılmıştır (224). (EK-3)

4.2.1.4. Çocuklar için saldırganlık ölçeği anne-baba formu (ÇSÖ-ABF)

Bu ölçek, çocuk ve ergenlerde onların saldırgan tutumlarının sıklığını, şiddetini ve yıkıcı davranışlardan ayırımını değerlendirebilmek için Halperin ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (225). Bu formda her bir madde saldırganlığı KOKGB’den veya düşmanca tutumlardan ayırt edecek şekilde hazırlanmıştır. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır ve beşli Likert tipindedir. Sıklık ve yoğunluk tariflemesi açısından seçenekler sırayla “hiçbir

zaman, bir veya iki kez, 3-5 kez, 6-10 kez, 10 kezden çok'' şeklindedir. Değerlendirilen alt başlıklar ise; sözel saldırganlık, nesnelere ve hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık ve silah kullanımıdır. Bu formun geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde Ercan ve ark. tarafından yapılmıştır (226) (EK-4).

4.2.1.5. Çocuk ve ergenlerde internet/bilgisayar kullanımı değerlendirme anketi (Çocuk-Ergen Formu)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu formda çocuk ve ergenin internet ve bilgisayar kullanımı ile ilgili özellikler sorgulanmaktadır. Formda evde bilgisayar/internet olup olmadığı, internet erişiminin olup olmadığı, internet kullanımına kaç yaşında başladığı, en sık nerelerde kullandığı, günlük/haftalık ne kadar süre kullandığı, interneti ne amaçla kullandığı, evde ebeveynlerinin internet kullanımının olup olmadığı ve evde internet kullanımı ile ilgili kural olup olmadığı sorulmaktadır (EK-5).

4.2.1.6. Çocuk ve ergenlerde internet/bilgisayar kullanımı değerlendirme anketi (Ebeveyn Formu)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu formda ebeveyne sorular sorularak çocuk ve ergenin internet ve bilgisayar kullanımı ile ilgili özellikler sorgulanmaktadır. Formda evde bilgisayar/internet olup olmadığı, internet erişiminin olup olmadığı, internet kullanımına kaç yaşında başladığı, en sık nerelerde kullandığı, günlük/haftalık ne kadar süre kullandığı, interneti ne amaçla kullandığı, evde ebeveyn olarak kendilerinin internet kullanımlarının olup olmadığı ve evde internet kullanımı ile ilgili kural olup olmadığı sorulmaktadır (EK-6).

4.2.1.7. İnternet bağımlılığı ölçeği

İnternet Bağımlılığı Ölçeği, Young tarafından DSM-IV'te yer alan Patolojik Kumar Oynama ölçütlerinden uyarlanarak oluşturulmuştur (125). Likert tipte geliştirilen bu ölçek 20 sorudan oluşmaktadır ve 1'den 5'e puanlanmakta olup 'Nadiren', 'Bazen', 'Sıklıkla', 'Çoğu zaman' veya 'Her zaman' şeklinde seçenekler içermektedir. Toplam puan 80 ve üzerinde ise internet bağımlılığından söz edilmektedir. 50-79 puan arasında olanlarda ise sınırda semptomatik özellikler içeren grup olarak sınıflandırılmaktadır. 50 puan altı ise

normal internet kullanıcılarını tarif etmektedir. Bu formun geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye’de Bayraktar tarafından 2001 yılında yapılmıştır (227)(EK-7).

4.2.1.8. Siber zorbalık ve internet saldırganlığı tarama ölçeği

Bu ölçek, Hinduja ve Patchin tarafından hem siber zorbalık mağduru olma hem de siber zorba olma olmak üzere iki durumu değerlendirebilecek şekilde geliştirilmiştir (228–230). Her iki alt grup içinde “Birisi internette benim hakkımda utanç verici ve kırıcı yorumlar yaptı” ve “Birisi hakkında internette utanç verici ve kırıcı yorumlar yaptım” şeklinde sorular yer almakta ve bu durumların hangi platformda (örneğin: cep telefonu, facebook, online oyun vb.) gerçekleştiği ile ilgili sorular yer almaktadır. Her madde için sırasıyla “Hiç, Bir defa, Bir iki defa, Çok kez, Her gün” şeklinde seçenekler bulunmaktadır. Bu anketin Türkçe uyarlaması Özdemir ve Akar tarafından 2011 yılında yapılmıştır (231)(EK-8).

4.3. Uygulama

Araştırmaya dahil edilen tüm çocuk ve ergenler “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)” tanı görüşme çizelgesine göre ve DSM-5 temelli klinik görüşme ile tanı ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmiştir. Görüşmelerde araştırmacı tarafından yüz yüze “Sosyodemografik Anket Formu” doldurulmuş olup katılan çocuk ve ergenlere, “Çocuk ve Ergenlerde İnternet/ Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Çocuk-Ergen Formu), İnternet Bağımlılığı Ölçeği, Siber Zorbalık ve İnternet Saldırganlığı Tarama Ölçeği” verilmiştir. Katılımcıların ebeveynlerine ise “Atilla Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuk ve Ergenlerde İnternet/ Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Ebeveyn Formu), Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği Anne-Baba Formu (ÇSÖ-ABF)” ölçekleri uygulanmıştır.

4.4. Etik

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nda 14.09.2017 tarih ve 2017/1221 protokol numarası ile onay almıştır (EK-9). Çalışmaya katılan bütün çocuk ve ergenler ile ebeveynlerine Helsinki

Bildirgesi'ne uygun olarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllülerden sözlü ve yazılı (Bilgilendirilmiş Onam Formu) onay alınmıştır (EK-10).

4.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri SPSS 17.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm veriler ilk önce normal dağılıma uygunluk için Kolmogorov-Smirnov ile değerlendirilip, normal dağılıma uygunluk durumuna göre analize alınmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için, genelde yüzde, normal dağılıma uygun olanlar için, aritmetik ortalama \pm standart sapma, uygun olmayanlar için ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılmıştır. Analitik değerlendirmede, geneli için ki kare testi, normal dağılıma uygun olanlar için, Student t testi ve Pearson korelasyon testi uygun olmayanlar için Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler

Çalışmamıza dâhil edilen 10-18 yaş aralığındaki tüm çocukların (n=60) yaş ortancası 13,00 (en az:10, en çok:17), DEHB tanılı çocukların (n=30) yaş ortalaması 13,1±2 yıl olup, kontrol grubu çocukların (n=30) ise yaş ortalaması 13,2±2 yıl olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların kardeş sayısı ortancası 2 (en az:1, en çok:5), doğum sırası ortancası 2'dir (en az:1, en çok:4). DEHB grubunun kardeş sayısı ortalama 2,4±0,7, doğum sırası ortalama 1,8±0,7 ve kontrol grubunun kardeş sayısı ortalama 2,0±0,7, doğum sırası ortalama 1,7±0,6 bulunmuştur. DEHB grubunda kardeş sayısının daha fazla olduğu tespit edilmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Gruplar arasında doğum sırası açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo IV).

Tablo IV. Çocukların Yaş Dağılımları, Kardeş Sayısı ve Doğum Sırasının Karşılaştırılması

| | | ort±ss | %95 GA | t | p* |
|---------------|----------------|-----------|------------|--------------|--------------|
| Yaş (yıl) | DEHB (n=30) | 13,10±1,9 | 12,35-13,8 | -0,128 | 0,899 |
| | Kontrol (n=30) | 13,16±2,0 | 12,40-13,9 | | |
| Kardeş sayısı | DEHB (n=30) | 2,43±0,7 | 2,16-2,7 | 2,142 | 0,036 |
| | Kontrol (n=30) | 2,03±0,7 | 1,76-2,3 | | |
| Doğum sırası | DEHB (n=30) | 1,76±0,7 | 1,49-2,0 | 0,557 | 0,579 |
| | Kontrol (n=30) | 1,66±0,6 | 1,41-1,9 | | |

*Student t testi

Ort: ortalama, SS= Standart Sapma

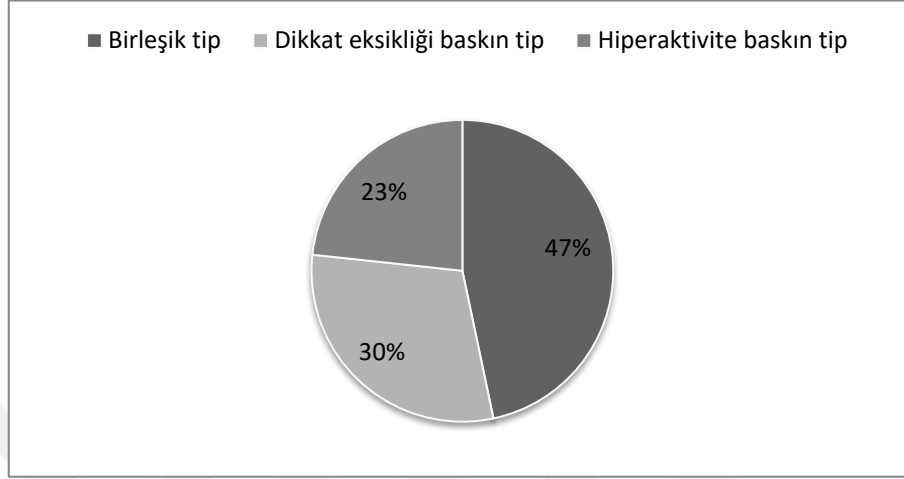
DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GA:Güven Aralığı

5.2. DEHB Grubunun Alt Görünümlerine İlişkin Veriler

DEHB grubundaki çocuk ve ergenler DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre değerlendirildiğinde; %46,7'sinin (n=14) birleşik tip, %30,0'ının (n=9) dikkat eksikliği baskın tip, %23,3'ünün (n=7) hiperaktivite baskın tip tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür (Şekil 1). DEHB grubu alt tipleri yaş ortalamasına göre karşılaştırıldığında;

birleşik tipteki çocukların yaş ortalaması $12,9\pm 2,2$, dikkat eksikliği baskın tipteki çocukların ise $13,7\pm 2,0$, hiperaktivite baskın tipteki çocukların $12,7\pm 1,6$ bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır(Şekil 1).



Şekil 1. DEHB Grubundaki Katılımcıların Alt Tiplere Göre Dağılımı

5.3. Ailelerinin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler

Çalışmaya alınan DEHB grubu çocuk ve ergenlerin annelerinin yaş ortalaması $38,3\pm 5,3$ yıl, babalarının yaş ortalaması $43,0\pm 5,2$ yıl bulunmuştur. Kontrol grubu çocuk ve ergenlerin ise annelerinin yaş ortalaması $40,0\pm 6,2$ yıl, babalarının yaş ortalaması $42,8\pm 5,8$ yıl bulunmuştur. Gruplar arasında annelerin ve babaların yaşları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo V).

Tablo V. Ebeveynlerin Güncel Yaşlarının Karşılaştırılması

| | | DEHB (n=30) | | Kontrol (n=30) | | t | p* |
|-----|------|-------------|------------|----------------|-----------|--------|-------|
| | | Ort±ss | %95 GA | Ort ±ss | %95 GA | | |
| Yaş | Anne | 38,30±5,3 | 36,29-40,3 | 40,03±6,1 | 37,7-42,3 | -1,159 | 0,251 |
| | Baba | 43,00±5,2 | 41,05-44,9 | 42,83±5,8 | 40,6-45,0 | 0,116 | 0,907 |

*Student t testi

Ort: ortalama, SS= Standart Sapma

GA=Güven Aralığı

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Gruplar anne ve babalarının eğitim düzeyleri, çalışma durumları, birliktelik durumları, gelir durumları, alkol kullanma durumları ve psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. DEHB ve kontrol gruplarındaki çocukların babalarının sigara içme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken annelerinin sigara içme durumunun DEHB grubundaki katılımcılarda daha fazla olduğu görülmüştür (p= 0,024) (Tablo VI). Çalışmaya katılan çocukların tümünün (n=60) ebeveynlerinin sağ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo VI. Ebeveynlerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

| | | DEHB (n=30) | | Kontrol (n=30) | | χ^2 | p* |
|-------------------------------|----------------------|----------------|-------|-------------------|------|----------|--------------------|
| | | n | % | n | % | | |
| Anne eğitim durumu | Lise ve altı | 25 | 51,0 | 24 | 49,0 | 0,111 | 0,739 |
| | Üniversite ve üzeri | 5 | 45,5 | 6 | 54,5 | | |
| Baba eğitim durumu | Lise ve altı | 25 | 52,1 | 23 | 47,9 | 0,417 | 0,519 |
| | Üniversite ve üzeri | 5 | 41,7 | 7 | 58,3 | | |
| Anne çalışma durumu | Ev hanımı/çalışmıyor | 20 | 47,6 | 22 | 52,4 | 0,317 | 0,573 |
| | Çalışıyor | 10 | 55,6 | 8 | 44,4 | | |
| Baba çalışma durumu | Çalışmıyor | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | 1,964 | 0,353 [†] |
| | Çalışıyor | 29 | 52,7 | 26 | 47,3 | | |
| Anne-baba birlikteliği | Evli | 28 | 49,1 | 29 | 50,9 | 0,351 | 1,000 [†] |
| | Ayrı/tek ebeveyn | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | | |
| Ailenin gelir durumu | Gelir giderden az | 4 | 36,4 | 7 | 63,6 | 1,006 | 0,605 |
| | Gelir gidere denk | 19 | 52,8 | 17 | 47,2 | | |
| | Gelir giderden fazla | 7 | 53,8 | 6 | 46,2 | | |
| Annenin sigara içme durumu | İçiyor | 13 | 72,2 | 5 | 27,8 | 5,079 | 0,024 |
| | İçmiyor | 17 | 40,5 | 25 | 59,5 | | |
| Babanın sigara içme durumu | İçiyor | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 | 0,601 | 0,438 |
| | İçmiyor | 13 | 44,8 | 16 | 55,2 | | |
| Annenin alkol kullanma durumu | Kullanıyor | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1,017 | 1,000 [†] |
| | Kullanmıyor | 29 | 49,2 | 30 | 50,8 | | |
| Babanın alkol kullanma durumu | Kullanıyor | 6 | 42,9 | 8 | 57,1 | 0,373 | 0,542 |
| | Kullanmıyor | 24 | 52,2 | 22 | 47,8 | | |
| Annede psikiyatrik hastalık | Var | 6 | 60,0 | 4 | 40,0 | 0,480 | 0,488 |
| | Yok | 24 | 48,0 | 26 | 52,0 | | |
| Babada psikiyatrik hastalık | Var | 3 | 37,5 | 5 | 62,5 | 0,577 | 0,706 [†] |
| | Yok | 27 | 51,9 | 25 | 48,1 | | |

*Pearson Ki Kare

[†] Fisher's Exact Test

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

5.4. Çocuk ve Ergenlerin İnternet, Bilgisayar ile Tanışıklık Düzeyi ve İnternet Kullanımları ile ilgili Veriler

Grupların internet kullanmaya başlama yaşları karşılaştırıldığında DEHB tanılı olanlarda yaş $8,6\pm 2,2$, kontrollerde ise $8,9\pm 2,5$ saptanmış olup benzerdir (Tablo VII). Çocuğun kendisi ve ebeveynlerin çocukları için doldurduğu forma dayanarak internet kullanım yaşı ve haftada bilgisayar başında geçirilen süre karşılaştırılmış, bu iki durum arasında pozitif yönde korelasyon saptanmış, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Spearman korelasyon testi sonucuna göre internet kullanım yaşı için $r=0,886$ haftada bilgisayar başında saat için $r=0,570$ bulunmuştur ($p<0,001$). Analizler çocuk ve ergenlerin cevaplarına göre yapılmıştır.

Tablo VII. Çocukların İnternet Kullanmaya Başlama Yaşlarının Karşılaştırılması

| | | Ort±ss | %95 GA | t | p* |
|----------------------------------|---------|---------|---------|--------|-------|
| İnternet kullanmaya başlama yaşı | DEHB | 8,6±2,2 | 7,7-9,4 | -0,317 | 0,712 |
| | Kontrol | 8,8±2,5 | 7,9-9,8 | | |

*Student t testi

Ort: ortalama SS= Standart Sapma

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GA=Güven Aralığı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu grubundaki katılımcıların DEHB alt görünümüne göre internet kullanmaya başlama yaşları arasındaki ilişki incelenmiş, internet kullanmaya başlama yaşının birleşik görünümde $9,1\pm 2,3$ dikkat eksikliği baskın görünümde $8,9\pm 3,2$ hiperaktivite baskın görünümünde $7,3\pm 2,4$ olduğu bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p=0,201$, $f=1,706$, $df=27$).

DEHB ve kontrol grubundaki katılımcıların bir hafta boyunca bilgisayar kullanım süreleri karşılaştırılmış, DEHB grubundakilerin kontrol grubundakilere göre daha fazla bilgisayar kullandıkları tespit edilmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo VIII). DEHB grubundaki katılımcılar DEHB alt görünümüne göre ayrılarak katılımcıların bir hafta boyunca bilgisayar kullanım süreleri karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,285$, $\chi^2=2,509$, $df=27$).

Tablo VIII. Katılımcıların Haftalık Bilgisayar Kullanım Sürelerinin Karşılaştırılması

| | | Ortanca (min-max) | %95 GA | u | p* |
|--|---------|--------------------------|---------------|----------|--------------|
| Bilgisayar kullanım süresi (saat/hafta) | DEHB | 13,50 (2,00-100,00) | 9,3-23,8 | 293,000 | 0,020 |
| | Kontrol | 6,00 (1,50-42,00) | 5,2-12,3 | | |

*Mann Whitney u

SS= Standart Sapma

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GA=Güven Aralığı

Katılımcıların internete nerede erişim sağladıkları ile ilgili verilere göre DEHB grubundakilerin %93,3'ü evde, %6,7'si internet kafede; kontrol grubunun %80'i evde, %6,7'si internet kafede, %6,7'si akrabada, %3,3'ü okulda, %3,3'ü arkadaşlarında internete girmektedir. DEHB ve kontrol grubu bu özellik açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,366$, $\chi^2=4,308$, $df=58$). Katılımcıların tümünün evinde bilgisayar ya da tablet bulunmaktadır. Çalışmaya alınan tüm katılımcıların %56,7'sinin ($n=34$) evindeki bilgisayar ya da tablet çocuk odasındaydı. DEHB ve kontrol grubu karşılaştırıldığında DEHB olan grubun evindeki bilgisayar ve tabletin daha çok çocuk odasında yer aldığı saptanmış, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo IX).

Tablo IX. DEHB ve Kontrol Gruplarının Evdeki Bilgisayar ve Tablet Odaya Göre ve İnterneti Kullanım Amacına Göre Karşılaştırılması

| | Toplam (n=60) | | DEHB (n=30) | | Kontrol (n=30) | | χ^2 | p* |
|--|------------------|------|----------------|------|-------------------|------|----------|--------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Bilgisayar/Tabletin Bulunduğu Oda | | | | | | | | |
| Çocuk odası | 34 | 56,7 | 21 | 61,8 | 13 | 38,2 | 4,344 | 0,037 |
| Salon / Oturma odası (Diğer) | 26 | 43,3 | 9 | 34,6 | 17 | 65,4 | | |
| İnterneti Kullanım Amaçları** | | | | | | | | |
| Müzik dinleme | 47 | 78,3 | 23 | 48,9 | 24 | 51,1 | 0,098 | 0,754 |
| Online oyun | 46 | 76,7 | 26 | 56,5 | 20 | 43,5 | 3,354 | 0,067 |
| Sosyal medya | 41 | 68,3 | 23 | 56,1 | 18 | 43,9 | 1,926 | 0,165 |
| Film dizi izleme | 40 | 66,7 | 20 | 50,0 | 20 | 50,0 | 0,000 | 1,000 |
| Eğitimle ilgili | 28 | 46,7 | 10 | 35,7 | 18 | 64,3 | 4,286 | 0,038 |
| Sohbet | 26 | 43,3 | 16 | 61,5 | 10 | 38,5 | 2,443 | 0,118 |
| Genel bilgi arama | 23 | 38,3 | 10 | 43,5 | 13 | 56,5 | 0,635 | 0,426 |
| E posta | 13 | 21,7 | 11 | 84,6 | 2 | 15,4 | 7,954 | 0,005 |
| Alışveriş | 11 | 18,3 | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | 2,783 | 0,095 |
| Haber okuma | 8 | 13,3 | 5 | 62,5 | 3 | 37,5 | 0,577 | 0,706 [†] |
| Cinsel içerikli site | 5 | 8,3 | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 0,218 | 1,000 [†] |
| Bahis siteleri | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - | - |

*Pearson Ki Kare

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

[†] Fisher exact test

** Birden fazla cevap işaretlenebilir.

Katılımcıların anne ve babalarının internet kullanımı ve evde internet kullanımı ile ilgili bir kural olup olmaması durumu gruplara göre karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda evde internet kullanımı ile ilgili kural koymanın daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo X).

Tablo X. DEHB ve Kontrol Gruplarında Ebeveynlerin İnternet Kullanımı ve Evde İnternetle İlişkili Kural Olmasına Göre Karşılaştırılması

| | Toplam | | DEHB (n=30) | | Kontrol (n=30) | | χ^2 | p* |
|--------------------------|--------|------|-------------|------|----------------|------|----------|--------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Anne internet kullanıyor | 56 | 93,3 | 30 | 53,6 | 26 | 46,4 | 4,286 | 0,112 [†] |
| Baba internet kullanıyor | 56 | 93,3 | 29 | 51,8 | 27 | 48,2 | 1,071 | 0,612 [†] |
| Kural var | 32 | 53,3 | 12 | 37,5 | 20 | 62,5 | 4,286 | 0,038 |

* Pearson Ki Kare

[†] Fisher exact test

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

5.5. Grupların Siber Zorbalık ve Mağduriyeti

Sağlıklı kontrol ve DEHB grubundaki katılımcılar siber mağdurluk ve siber zorbalık puanı açısından ayrı ayrı karşılaştırılmış, her iki durum için de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo XI). Olgu grubu DEHB alt görünümüne göre ayrıldığında da siber mağdurluk ve siber zorbalık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo XII).

Tablo XI. Siber Zorbalık/Mağdurluk Puanlarının Karşılaştırılması

| | | | Ortanca (min-max) | %95 GA | u | p* |
|-----------------------|--|----------------|-------------------|----------|---------|-------|
| Siber mağdurluk puanı | | DEHB (n=30) | 9,00 (9,00-16,00) | 8,9-10,0 | 404,000 | 0,156 |
| | | Kontrol (n=30) | 9,00 (9,00-11,00) | 8,9-9,2 | | |
| Siber zorbalık puanı | | DEHB (n=30) | 9,00 (9,00-15,00) | 8,9-10,1 | 404,000 | 0,156 |
| | | Kontrol (n=30) | 9,00 (9,00-11,00) | 8,9-9,2 | | |

*Mann Whitney u testi

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GA=Güven Aralığı

Tablo XII. DEHB Alt Tiplerinin Siber Zorbalık/Mağdurluk Puanlarının Karşılaştırılması

| | | | Ortanca (min-max) | %95 GA | χ^2 | p* |
|-----------------------|--|---------------------|-------------------|----------|----------|-------|
| Siber mağdurluk puanı | | Birleşik(n=14) | 9,00 (9,00-16,00) | 8,7-11,1 | 2,186 | 0,335 |
| | | DEB (n=9) | 9,00 (9,00-9,00) | 9,0-9,0 | | |
| | | Hiperaktivite (n=7) | 9,00 (9,00-11,00) | 8,5-9,9 | | |
| Siber zorbalık puanı | | Birleşik(n=14) | 9,00 (9,00-15,00) | 8,6-10,5 | 1,638 | 0,441 |
| | | DEB (n=9) | 9,00 (9,00-15,00) | 8,3-11,4 | | |
| | | Hiperaktivite (n=7) | 9,00 (9,00-9,00) | 9,0-9,0 | | |

*Kruskal Wallis

DEB: Dikkat Eksikliği Baskın

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tüm katılımcıların %38,3'ü başkalarının siber zorbalığa uğradıklarına tanıklık ettiklerini bildirmiştir. Katılımcıların siber zorba ve mağdur olma ile ilgili özellikleri ölçek sorularına göre detaylı olarak karşılaştırıldığında DEHB ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo XIII). DEHB grubundaki iki katılımcı son bir ay içerisinde hem siber zorbalığa uğradığını hem de siber zorbalık davranışında bulunduğunu belirtmişlerdir. İnterneti kullanma amaçlarına göre DEHB

grubundakilerin siber mağdur ve siber zorba olma durumları karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo XIII. Katılımcıların Siber Zorba/Mağdur Olma Özellikleri

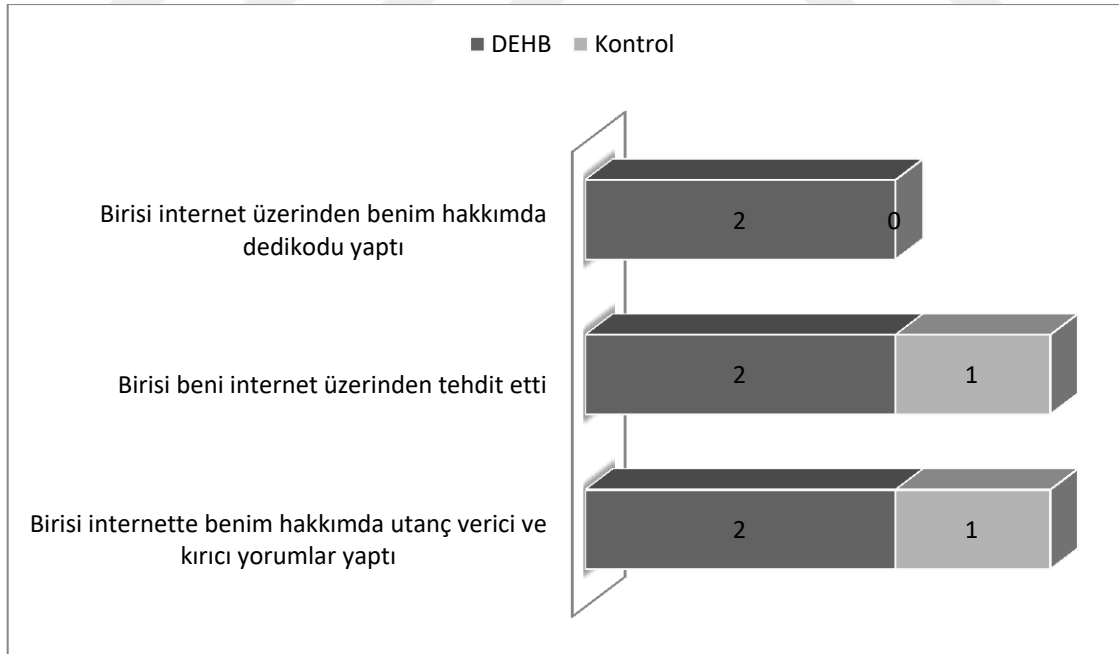
| | Toplam (n=60) | | DEHB (n=30) | | Kontrol (n=30) | | χ^2 | p |
|---|---------------|------|-------------|------|----------------|------|----------|--------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Başkalarının siber zorbalığa uğradıklarına tanık oldum | 23 | 38,3 | 12 | 52,2 | 11 | 47,8 | 0,071 | 0,791 |
| Son bir ay içerisinde siber zorbalığa uğradım | 5 | 8,3 | 4 | 80,0 | 1 | 20,0 | 1,964 | 0,353 [†] |
| Son bir ay içerisinde başkalarına siber zorbalık yaptım | 5 | 8,3 | 4 | 80,0 | 1 | 20,0 | 1,964 | 0,353 [†] |

* Pearson Ki Kare

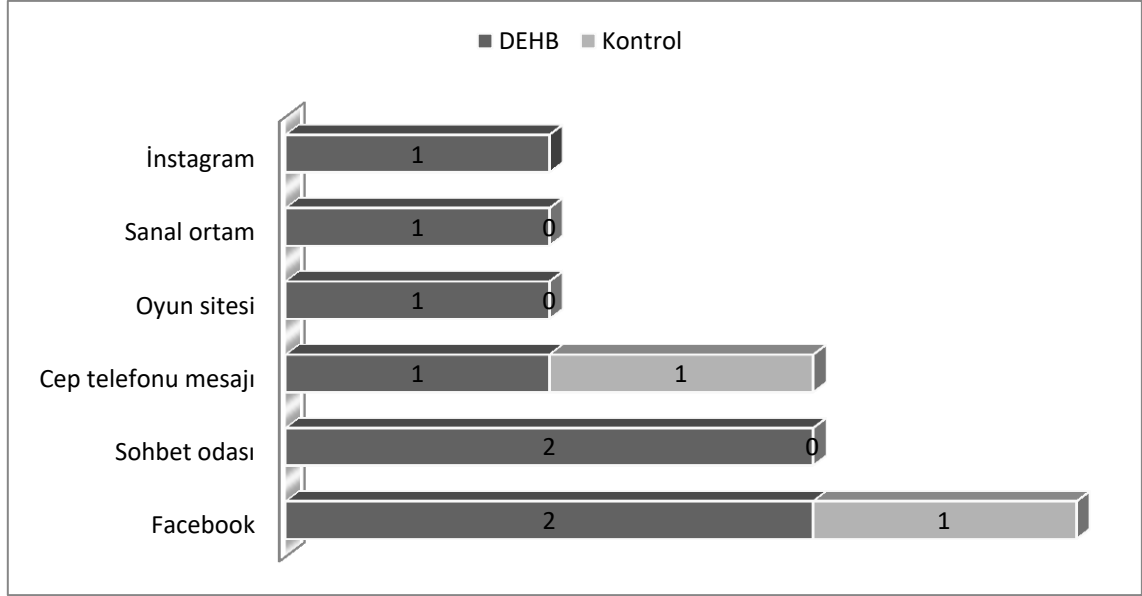
† Fisher exact test

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Son bir ayda siber zorbalığa uğradığını belirten beş katılımcının siber zorbalığa uğrama biçimi Şekil 2’de ve uğrama yeri Şekil 3’te verilmiştir. Siber zorbalığa uğrama biçimi ile ilgili veri birden fazla seçeneğin işaretlenebilmesi ile elde edilmiştir.

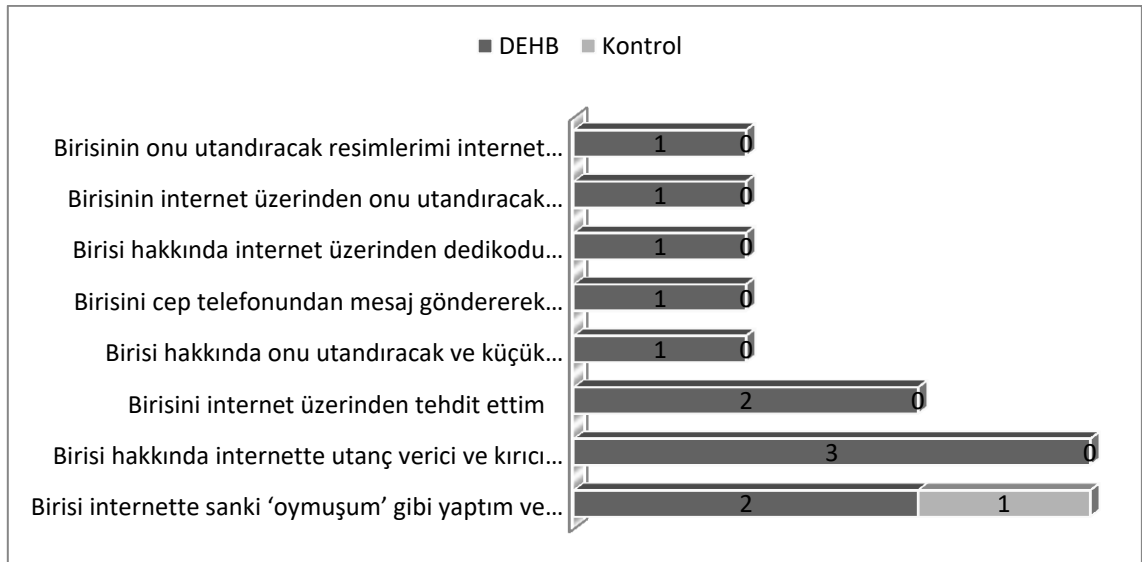


Şekil 2. DEHB ve Kontrol Gruplarına Göre Siber Zorbalığa Uğrayan Katılımcıların Uğrama Biçimi

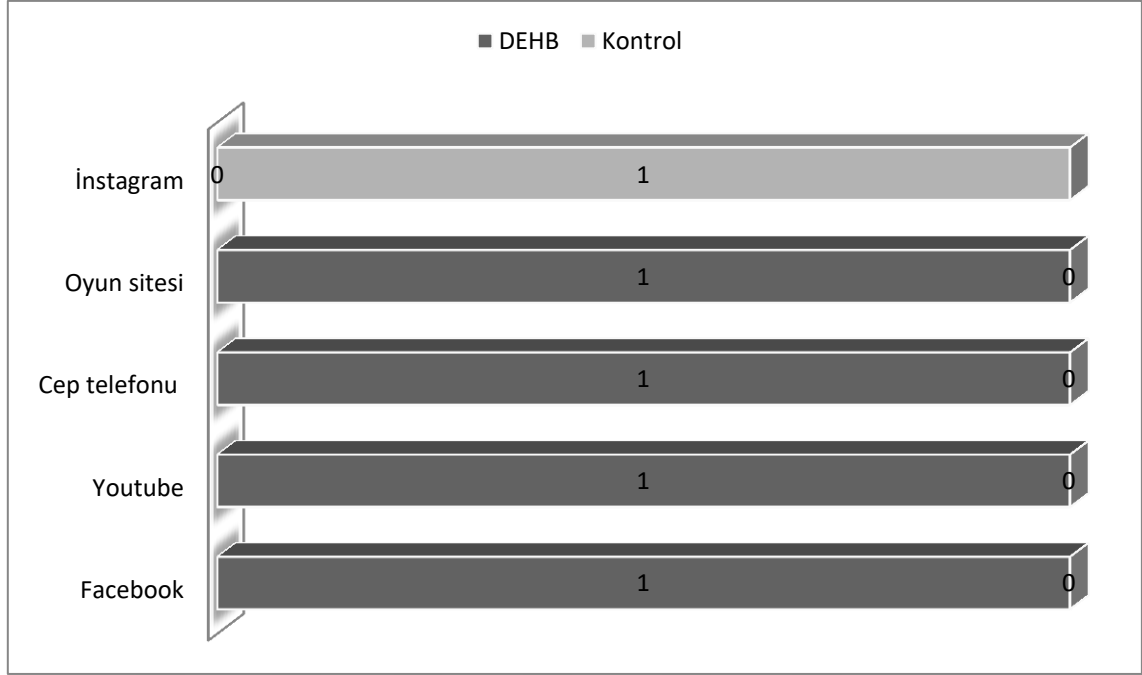


Şekil 3. DEHB ve Kontrol Gruplarına Göre Siber Zorbaliğa Maruz Kalan Katılımcıların Siber Zorbaliğa Uğradıkları Yerler

Araştırmamızda katılımcılardan son bir ay içerisinde birisine siber zorbalık uyguladığını belirten beş katılımcının siber zorbalığı uygulama biçimi Şekil 4'te ve uygulama yerleri Şekil 5'te verilmiştir. Siber zorbalığı uygulama biçimi ve yeri ile ilgili veri birden fazla seçeneğin işaretlenebilmesi ile elde edilmiştir.



Şekil 4. Siber Zorbaliği Uygulayan Katılımcıların Siber Zorbaliği Uygulama Biçimleri



Şekil 5. Siber Zorbalık Uygulayan Katılımcıların Siber Zorbalığı Uygulama Yerleri

Olgu grubunda DEHB alt görünümlerine göre başkalarının siber zorbalığa uğradıklarına tanık olma durumu ($p=0,778$, $\chi^2=0,503$, $df=27$), son bir ay içerisinde siber zorbalığa uğrama ($p=0,336$, $\chi^2=2,184$, $df=27$) ve siber zorbalığı uygulama ($p=0,427$, $\chi^2=1,703$, $df=27$) durumları ilişkisi incelenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5.6. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Sonuçlar

Katılımcılar “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği” toplam ve alt boyut puanlarına göre kıyaslandığında tüm puanlar DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların ölçeğe göre toplam puanlarına bakıldığında DEHB grubunun ortalaması $41,5\pm 20,5$, kontrol grubunun ortalaması $11,1\pm 9,7$ olarak bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$).

5.7. Gruplardaki Saldırganlık

Çalışmaya katılan ebeveynlerin doldurdıkları ÇSÖ-ABF'nin toplam puanı ve alt boyut puanları gruplar karşılaştırıldığında silah kullanımı alt boyutu haricindeki tüm puanlar DEHB grubunda daha yüksek saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo XIV). DEHB grubundaki katılımcıların ÇSÖ-ABF toplam puanları DEHB alt görünümüne göre karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($u=1,919$; $p=0,383$).

Tablo XIV. Çocuk Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| | | Ortanca (min-max) | %95 GA | u | p* |
|--------------------------------------|----------------|--------------------|-----------|---------|--------|
| Sözel saldırganlık | DEHB (n=30) | 11,00 (3,00-33,00) | 9,6-15,7 | 189,000 | <0,001 |
| | Kontrol (n=30) | 4,00 (0,00-17,00) | 3,6-7,5 | | |
| Nesne hayvan saldırganlık | DEHB (n=30) | 2,00 (0,00-9,00) | 2,0-3,4 | 176,000 | <0,001 |
| | Kontrol (n=30) | 0,00 (0,00-4,00) | 0,5-1,4 | | |
| Kışkırtılmış fiziksel saldırganlık | DEHB (n=30) | 4,00 (0,00-18,00) | 3,4-7,5 | 280,500 | 0,011 |
| | Kontrol (n=30) | 1,00 (0,00-15,00) | 1,1-3,8 | | |
| Kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık | DEHB (n=30) | 1,00 (0,00-13,00) | 1,3-3,8 | 239,500 | 0,001 |
| | Kontrol (n=30) | 0,00 (0,00-5,00) | 0,1-1,2 | | |
| Silah kullanımı | DEHB (n=30) | 0,00 (0,00-1,00) | 0,0-0,1 | 449,000 | 0,973 |
| | Kontrol (n=30) | 0,00 (0,00-5,00) | 0,1-0,5 | | |
| Toplam puan | DEHB (n=30) | 20,50 (4,00-69,00) | 17,2-30,0 | 197,000 | <0,001 |
| | Kontrol (n=30) | 5,00 (0,00-39,00) | 6,0-14,6 | | |

*Mann Whitney u

DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GA=Güven Aralığı

5.8. Gruplardaki İnternet Bağımlılığı

Katılımcıların İnternet Bağımlılık Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. İnternet Bağımlılık Ölçeği puanı ortalaması DEHB grubunda $44,13 \pm 13,1$, kontrol grubunda ise $33,03 \pm 9,0$ idi ($p < 0,05$) (Tablo XV). Olgu grubunun İBÖ puanları DEHB alt görünümüne göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo XVI).

Tablo XV. Katılımcıların İnternet Bağımlılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| | | Ort±ss | %95 GA | t | p* |
|-------------|---------|------------|-----------|--------------|------------------|
| Toplam puan | DEHB | 44,13±13,1 | 39,2-49,0 | 3,802 | <0,001 |
| | Kontrol | 33,03±9,0 | 29,6-36,4 | | |

*Student t Testi

Ort: ortalama, SS: Standart Sapma

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GA: Güven Aralığı

Tablo XVI. DEHB Alt Görünümlerinin İnternet Bağımlılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| | | Ort±ss | %95 GA | F | p* |
|-----|----------------|-------------|-------------|-------|-------|
| İBÖ | Birleşik(n=14) | 40,78±10,9 | 34,43-47,1 | 1,540 | 0,233 |
| | DEB (n=9) | 50,33±16,3 | 37,74-62,9 | | |
| | HAB (n=7) | 42,85±11,50 | 32,21-13,50 | | |

*One way ANOVA

Ort: ortalama, ss: Standart Sapma

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

HAB=Hiperaktivite Baskın

DEB:Dikkat eksikliği baskın

GA:Güven Aralığı

5.9. İnternet Bağımlılığı ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi, Saldırganlık ve Bilgisayar/İnternet Kullanım Özellikleri Arasındaki İlişki

Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde internet bağımlılık düzeyi ile siber zorbalık düzeyi arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur (Tablo XVII). Ancak DEHB ve kontrol grubu olarak ayrıldığında iki grup için internet bağımlılık düzeyi ile siber zorbalık ve mağdurluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların internet kullanmaya başlama yaşı, haftalık internet başında geçirdikleri süre ile siber zorbalık ve mağdurluk düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş, anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Olgu grubundakilerin interneti kullanma amaçlarına göre İBÖ puanları karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo XVII. İnternet Bağımlılık Düzeyi ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi Arasındaki İlişki

| | | | | Siber Zorba | Siber Mağdur |
|----------------------------|----|--|--|--------------------|---------------------|
| İnternet Bağımlılık Ölçeği | r | | | 0,267 | 0,223 |
| Puanı | p* | | | 0,039 | 0,087 |

*Spearman korelasyon testi

Tüm katılımcılarda İBÖ puanı ile saldırganlık düzeyi karşılaştırılmış, ÇSÖ-ABF için silah kullanımı hariç tüm puanlar internet bağımlılık düzeyi ile pozitif yönde zayıf korelasyon göstermiştir (Tablo XVIII). Katılımcılar DEHB ve kontrol grubu olarak ayrıldığında her grup için internet bağımlılık düzeyi ile saldırganlık düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo XVIII. İnternet Bağımlılık Düzeyi ile Saldırganlık Ölçeği Arasındaki İlişki

| | | Sözel Saldırganlık | Nesne Hayvan | Kışkırtılmış Fiziksel | Kışkırtılmadan Fiziksel | Silah Kullanımı | Toplam |
|----------------------------|----|---------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------|---------------|
| İnternet Bağımlılık Ölçeği | r* | 0,273 | 0,333 | 0,324 | 0,373 | 0,023 | 0,300 |
| Puanı | p* | 0,035 | 0,009 | 0,012 | 0,004 | 0,860 | 0,020 |

*Spearman korelasyon testi

Katılımcılar DEHB ve kontrol grubu olarak ayrı ayrı internet bağımlılık düzeyi ile internet kullanım özellikleri arasındaki ilişki açısından incelenmiştir. Tüm örneklem için internet bağımlılık düzeyi ile internet kullanmaya başlama yaşı arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuş, internet bağımlılık düzeyi ile bilgisayar/tablet başında geçirilen zaman arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. DEHB grubundakilerde internet bağımlılık düzeyi ile bilgisayar/tablet başında geçirilen zaman arasında pozitif yönde yüksek korelasyon bulunmuş, internet bağımlılık düzeyi ile internet kullanmaya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda ise internet bağımlılık düzeyi ile bilgisayar/tablet başında geçirilen zaman ve internet kullanmaya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo XIX).

Tablo XIX. İnternet Bağımlılık Düzeyi ile İnternet Kullanım Özellikleri Arasındaki İlişki

| | | | İnternet Kullanmaya Başlama Yaşı | Bilgisayar/Tablet Başında Geçirilen Zaman (Saat/Hafta) |
|--|-------------------|----|--|--|
| İnternet Bağımlılık Ölçeği Puanı | Tüm çalışma grubu | r | -0,276 | 0,458 |
| | | p* | 0,033 | <0,001 |
| DEHB | DEHB | r | -0,242 | 0,608 |
| | | p† | 0,198** | <0,001 |
| | Kontrol | r | -0,173 | 0,140 |
| | | p† | 0,360 | 0,461 |

*Spearman korelasyon testi

†Pearson korelasyon testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

5.10. Saldırganlık ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi Arasındaki İlişki

Tüm örneklemede siber mağdurluk düzeyi ile sözel saldırganlık alt boyut arasında ve siber zorbalık düzeyi ile kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Olgu(DEHB) grubundakilerde “siber zorbalık” düzeyi ile kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Kontrol grubundakilerde katılımcılar incelendiğinde “siber mağdurluk” düzeyi ile kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur (Tablo XX).

Tablo XX. Saldırganlık ile Siber Zorbalık/Mağdurluk Düzeyi Arasındaki İlişki

| | | | Sözel Saldırganlık | Nesne Hayvan | Kışkırtılmış Fiziksel | Kışkırtılmadan Fiziksel | Silah Kullanımı | Toplam |
|-------------------------|----------------|----|-----------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------|--------------------|--------|
| Tüm çalışma grubu | Siber | r | 0,258 | 0,208 | 0,168 | 0,232 | 0,080 | 0,251 |
| | Mağdurluk | p* | 0,046 | 0,111 | 0,201 | 0,077 | 0,541 | 0,053 |
| | Siber Zorbalık | r | 0,183 | 0,149 | 0,169 | 0,280 | 0,080 | 0,184 |
| | | p* | 0,162 | 0,255 | 0,197 | 0,031 | 0,541 | 0,159 |
| DEHB | Siber | r | 0,196 | 0,011 | 0,057 | 0,092 | 0,105 | 0,172 |
| | Mağdurluk | p* | 0,298 | 0,954 | 0,766 | 0,630 | 0,583 | 0,362 |
| | Siber Zorbalık | r | 0,252 | 0,189 | 0,265 | 0,419 | 0,105 | 0,318 |
| | | p* | 0,179 | 0,318 | 0,157 | 0,021 | 0,583 | 0,086 |
| Kontrol | Siber | r | 0,248 | 0,269 | 0,238 | 0,402 | -0,050 | 0,226 |
| | Mağdurluk | p* | 0,187 | 0,150 | 0,205 | 0,032 | 0,795 | 0,230 |
| | Siber Zorbalık | r | -0,129 | -0,164 | -0,181 | -0,115 | -0,050 | -0,204 |
| | | p* | 0,496 | 0,387 | 0,338 | 0,553 | 0,795 | 0,278 |

*Spearman korelasyon testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

6. TARTIŞMA

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; dikkati odaklama ve sürdürmede güçlükler, hiperaktivite ve impulsivite gibi semptomlarla karakterize olan çocukluk çağında sık karşılaşılan nörogelişimsel bozukluktur ve davranışsal, duygusal, bilişsel, akademik ve sosyal alanlarda bozulmalarla gitmektedir (1,3). Bu tanıyı alan çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık/mağduriyet ilişkisini içeren bilgiler kısıtlıdır. Biz de bu tez çalışmasında; DEHB tanılı erkek çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık/mağduriyet ilişkisini değerlendirdik. Bu bölümde elde ettiğimiz bulgular değerlendirilecek ve literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Çalışmamıza sadece erkek cinsiyetin dahil edilmesinin nedenleri ergenlik döneminde saldırganlık ve ilişkili faktörlerin incelenmesinde androjenin karıştırıcı faktör olarak düşünülmesi sebebiyle kontrolünün sağlanması ve kliniğe başvurularda DEHB'nin erkeklerde 9 kat daha fazla görülmesi nedeniyle cinsiyet dengeli homojen bir grubun oluşturulmasının zor olmasının öngörülmesidir (37). Araştırmamızda olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları birbirine benzer bulunmuştur. Bu benzerlik olgu ve kontrol gruplarının seçimi yönünden çalışmayı güçlendirmektedir.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grupları kardeş sayısı ve doğum sırası yönünden incelendiğinde doğum sırası açısından aralarında anlamlı bir fark görülmesi de DEHB grubunda kardeş sayısının anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Almanya'da DEHB tanılı 13488 çocuk ve ergenle yapılan bir araştırmada ilk doğan çocukların DEHB için daha riskli olduğu bildirilmiştir. Bunun sebebi olarak ailelerin diğer çocuğun doğumu ile bakım becerileri ve dikkatlerinin yeni doğan kardeşe kayması olabileceği ileri sürülmüştür (232). Bizim çalışmamızda DEHB grubundaki ailelerin çocuk sayıları daha fazlaydı. Kardeş sayısı arttıkça çocuğun ilgi azlığından dolayı DEHB için yatkınlık gösterebileceği gibi, ailede çocuk sayısı fazla olunca ebeveynler DEHB belirtileri gösteren çocuğa daha az sayıda çocuğu olan ailelere göre daha az tolerans gösterip daha çok psikiyatrik başvuruda bulunmalarından da kaynaklanabilir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt görünümleri %50-75 oranında en sık "bileşik görünüm", %20-30 oranında "dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm" ve %0-15

olarak ‘aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm’’ olarak bilinmektedir (30). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak %46,7 oranında en sık ‘‘bileşik görünüm’’, ikinci sırada %30 oranında ‘‘dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm’’ bulunmuştur.

Çalışmamızda ebeveynlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin veriler incelendiğinde; annelerin ve babaların yaş ortalamaları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, birliktelik durumları, gelir durumları, alkol kullanma durumları ve psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında DEHB ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca çalışmamıza katılan anne ve babaların sosyodemografik yönden benzer özellikler göstermesi doldurulan anket ve ölçeklerin anlaşılması ve verilen bilgilerin doğruluğu yönünden benzer özellikler gösterdiklerini ve katılımcıların karşılaştırılabilir olduğunu düşündürmektedir.

Gruplar sosyoekonomik açıdan benzerdir ve bu yöndeki veriler literatürde DEHB’nin sosyoekonomik düzey ile ilişkisinin olmadığına dikkat çeken bazı çalışmalarla uyumludur (25). Babaların sigara içme durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken, DEHB grubundaki annelerin sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla sigara içtikleri görülmüştür. Bu durum intrauterin hayatta nikotin maruziyetinin DEHB için risk etmeni olduğu bilgisiyle uyumludur (62–64). Ancak bu konu ile ilişkili göz önünde bulundurulması gereken bir diğer durum da genetik risk açısından sigara kullanan annelerin zaten DEHB özelliklerine sahip olabileceğidir. Öte yandan DEHB özellikleri olan çocuğa sahip olmak anneler üzerinde ek stres etmeni oluşturmakta ve annelerin sigara kullanma gibi olumsuz baş etme mekanizmalarına daha sık başvurmuş olabileceklerini düşündürebilmektedir.

Katılımcıların bilgisayar ve internet ile tanışıklık düzeyi incelendiğinde ise; DEHB ve kontrol grubu arasında internet ve bilgisayar kullanmaya başlama yaşları arasında fark olmadığı ve benzer şekilde DEHB alt görümlerinde de başlangıç yaşlarının benzer olduğu bulunmuştur(DEHB için $8,6\pm 2,2$ kontrol için $8,9\pm 2,5$). Ayrıca benzer şekilde Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2013 yılında 6-15 yaş grubu çocuklarda yaptığı araştırma sonuçlarında bilgisayar kullanmaya başlama yaşı 8, internet kullanmaya başlama yaşı ise 9 olarak bulunmuştur (233). Bu durumun sebebi ailelerin ekonomik olarak benzer gelir düzeyinde olması ve bunun sonucunda teknolojik aletlere ulaşımın kolaylaşması ile

birlikte artık çocuk ve ergenlerin hayatında önemli bir yer tuttuğu yönünde tüm katılımcılar adına bir fikir vermektedir. Bununla birlikte internet kullanımının her yaşta çocuk için sorun teşkil ettiğinin göstergesidir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların dürtüsellik seviyesi ile ilişkili olarak kendilerini durduramadıkları ve yürütücü işlevlerdeki sorunlarından dolayı zaman yönetiminde başarısız oldukları için internette geçirdikleri zamanın artacağı ileri sürülmektedir (168). Bu bilgiyle uyumlu olarak çalışmamızdaki katılımcıların haftalık bilgisayar ve internet kullanım süreleri kıyaslandığında DEHB grubunda harcanan zamanın anlamlı oranda daha fazla olduğu ancak sürenin DEHB alt tipleri arasında benzer olduğu görülmüştür. Tahiroğlu ve arkadaşlarının 3975 ergen ile yaptığı toplum tabanlı çalışmalarında sorunlu internet kullanımını haftada 12 saat ve üzeri olarak belirtmişlerdir (8). Bizim çalışmamızda da DEHB grubunda haftalık maruziyet süresi ortanca 13,5 saat iken kontrol grubunda bu süre 6 saattir. Yani olgu grubunun maruziyet süresinin yarısından da azıdır.

Katılımcıların internete bağlanma yerlerine bakıldığında DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış ve DEHB grubunun %93,3'ünün, sağlıklı kontrol grubunun ise %80'inin kendi evinde internete erişim sağladığı belirlenmiştir. İnternette geçirilen sürenin fazla olmasının nedenlerinden birisi de evde ulaşılabilir bir bilgisayarın olması olabilir. Katılımcılar bilgisayar/interneti kullanım nedenlerine göre incelendiğinde, katılımcıların tümünün bilgisayar/interneti en fazla müzik dinlemek için kullandığı ve çevrimiçi oyun, sosyal medya, film/dizi izleme gibi eğlence amaçlı daha çok kullandığı görülmüştür. DEHB grubunun ise sırasıyla en fazla çevrimiçi oyun, sosyal medya, film/ dizi izleme, müzik dinleme; kontrol grubunun ise sırasıyla en fazla müzik dinleme olmak üzere çevrimiçi oyun, film/dizi izleme, sosyal medya ve eğitimle ilgili tercihlerde bulunduğu saptanmış ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sadece eğitim amaçlı kullanımlarda kontrol grubu anlamlı oranda DEHB grubundan ayrılmaktadır. Arıçak ve arkadaşlarının 2006 yılında 12-16 yaşlarındaki 269 ergenle yaptıkları bir çalışmada internetin kullanımı alanlarının en sık %38,7 ile sohbet etme, ardından da ödev yapma ve oyun oynama olduğunu bildirmişlerdir (234). Bizim çalışmamızda ise; hem tüm katılımcılarda hem de DEHB grubunda kullanım alanları ve sohbet oranları Arıçak ve arkadaşlarının oranından çok daha yüksek bulunmuştur. Bu

durumun sebebi olarak o çalışmanın yapıldığı 2006'dan bu yana teknolojik aletlere ulaşımın kolaylaşması ve eğitim sisteminin daha çok internet ve bilgisayar kullanımını temel alması (kodlama dersleri, internetten araştırma ödevleri gibi) olabilir.

Gruplar arasında ebeveynlerin internet kullanımı karşılaştırıldığında her iki grubun da ebeveynlerinin benzer internet kullanımı gerçekleştirdikleri görülmüştür. Evde internetle ilişkili kural olması durumu karşılaştırıldığında DEHB tanısı olmayan sağlıklı kontrol grubundaki ebeveynler, evde bilgisayar ve internet kullanımı ile kısıtlama ve kuralları DEHB grubuna göre daha fazla belirtmektedirler. Süre ile ilgili sınırın olmaması internet kullanım miktarının DEHB grubunda daha sık olmasının bir nedeni sayılabilir. Ayrıca DEHB özellikleri olan çocuklarla baş etmede ebeveynlerin tutumlarının uygun olmaması da sorunlu kullanıma yol açabilir (235). Bu nedenle anne-baba eğitimi, sağlıklı internet kullanımı ve uygun tutum-beceri geliştirme gibi konularda ebeveynlere eğitim verilmesi koruyucu önlemlerin geliştirilmesi için yararlı olabilir.

Çalışmamızda siber zorbalık ve siber mağduriyet açısından DEHB ve sağlıklı kontrol grupları benzer deneyimlere sahip olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca katılımcılar son bir ay içerisinde siber zorbalıkta bulunma ve/veya siber zorbalığa maruz kalma yönünden incelendiğinde DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Ancak “son bir ay içerisinde siber zorbalığa uğrama” ve “son bir ay içerisinde başkalarına siber zorbalık yapma” oranlarına bakıldığında DEHB grubu kontrol grubu arasında 4:1 şeklinde oran mevcuttur ve DEHB grubunda daha fazla siber zorba ve mağduriyet görülmektedir. Örneklem grubumuzun küçük olması nedeni ile 4 katı oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ama niceliksel olarak oldukça fazladır. Literatür incelendiğinde ise aslında DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin kötü muamele için yüksek riskli olduğu ve siber zorbalığa yakalanma riskinin arttığı bildirilmiştir (23,212). Ayrıca literatürde DEHB klinik görünümüne göre kıyaslandığında bileşik tip DEHB tanısı olan erkek ergenlerin, dikkatsizliğin baskın olduğu DEHB olanlara göre daha fazla siber zorbalık faili olma riski oldukları, bir başka çalışmada ise hiperaktivite belirtileri ile siber zorbalığa maruz kalma arasında önemli ilişki olduğu bildirilmiştir (23,214–216). Bu da DEHB'nin temel klinik özelliklerinden özellikle dürtüsellik siber zorbalıkta rolü olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise DEHB klinik görünümü arasında anlamlı fark görülmemiş ve oranlar benzer bulunmuştur. Bu durum örneklem sayımızın

önceki çalışmalara göre daha az olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca DEHB'ye eşlik eden KOKGB veya DB olmaması da sağlıklı kontrollerden bir fark oluşmamış olmasına neden olmuş olabilir. Ancak diğer neden de siber zorbalık ve mağduriyetin ne yazık ki daha geniş alanda tüm klinik olmayan gruplarda bile yaygınlaşıyor olması olabilir.

Araştırmamızdaki çocuk ve ergenlerin %38,3'ü başkalarının siber zorbalığa uğradığına tanıklık ettiğini bildirirken, kendileri ile ilgili son 1 ay içerisinde siber zorbalık etme ve siber zorbalığa maruz kalma oranını %8,3 gibi daha az sık olarak belirtmişlerdir. Başka çalışmalara bakıldığında bu konuda farklı oranları bildiren yayınlar mevcuttur. Birleşik Krallık'ta 11-16 yaş arası 2745 çocuğun katıldığı bir araştırmada son 6 ay içerisinde %1 oranında siber zorbalık saptanmıştır (202). Ülkemizde Aydoğan ve arkadaşlarının ilköğretim öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada ise siber zorbalık etme %32,6 siber mağdur olma ise %22,5 olarak yüksek oranda bulunmuştur (20). Bizim çalışmamızdaki oranlar Aydoğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan daha düşüktür. Siber zorbalığa tanıklık etme oranlarının DEHB tanısı alan ve almayan grupta benzer bulunması her iki gruptaki katılımcıların aynı gelişim dönemleri içerisinde ve benzer sosyal çevre içinde yaşamaları olabilir. Katılımcıların siber zorbalığa tanıklık etme düzeyleri ile siber zorbalık yapma/maruz kalma düzeyleri arasında sıklık farkı olmasının bir nedeni verilerin öz bildirimle ilgili ölçeklerden elde edilmesi ve dolayısıyla gerçek bilginin paylaşılmak istenmemesi olabilir. Bununla birlikte ölçeğin yapısı gereği siber zorbalığa tanıklık etmenin herhangi bir zaman diliminde olabileceği ancak siber zorbalıkta bulunma ve siber zorbalığa maruz kalma durumunun sadece son 1 ay için değerlendirilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Son 1 yıl içerisinde siber zorba/mağdur olma sorulsa daha yüksek oranlar bulunabilirdi. Öte yandan bellek göz önüne alındığında son bir ay içerisinde sorgulanması bilgilerin hatırlanması yönünden veri kalitesini güçlendirmektedir.

Lawrence ve arkadaşları, şiddet içeren çevrimiçi oyun oynayanların siber zorbalık ve mağduriyet için daha riskli olduğunu bildirmişlerdir (236). Ancak çalışmamızda DEHB grubundaki katılımcıların internet ve bilgisayar kullanma amaçlarına (oyun vb. açıdan) göre siber mağdur ve siber zorba olma durumlarında bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda çevrim içi oyunların içeriği ile ilgili detaylı bilgiler alınmadığı için bunun etkisini değerlendirememiş olduk. Ancak yalnız oynanan oyunlara göre çevrim içi sohbet

sırasında bir iletişim söz konusu olduğundan karşı taraf ile çatışmaların olması ve siber zorbalığa maruz kalma riski daha fazladır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve saldırgan davranışların birlikteliği üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde son zamanlarda yapılmış birçok çalışmaya rastlanmaktadır (13,15,185,186,14,188). Connor ve arkadaşlarının 2010 yılında 268 vaka ve 100 kişilik kontrol grubu ile yaptıkları bir çalışmada DEHB tanılı çocukların tutarlı bir şekilde sağlıklı kontrollerden daha fazla saldırgan davranış sergilediği belirlenmiştir (186). Jensen ve arkadaşları ise DEHB belirti puanlarının çoklu regresyon analizlerinde, saldırganlığın ebeveynler üzerinde tüm DEHB çekirdek belirtilerinden daha fazla olacak şekilde bir etki puanına sahip olduğunu göstermişlerdir (15). Bizim çalışmamızda da olgu ve kontrol grubunda saldırgan davranışları değerlendirmek için Çocuk Saldırganlık Ölçeği-Anne Baba Formu kullanılmış; hem toplam puanda hem de sözel saldırganlık, nesnelere ve hayvanlara yönelik saldırganlık, kıskırtılmış fiziksel saldırganlık, kıskırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlıkta beklenildiği üzere DEHB grubunun belirgin olarak daha fazla puana sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca literatür incelendiğinde erken başlangıçlı yaygın ve sürekli saldırganlığın, çocukluk çağı DEHB'den yetişkin antisosyallığe giden yüksek riskli profil gösterdiğini belirtilmiştir (188). Bu doğrultuda DEHB tanılı çocuklarda saldırganlığın sorgulanması ve tanınması koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir.

Saldırganlık düzeyi ile DEHB alt görünümleri arasındaki ilişkiye bakan çalışmalarda aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm ve birleşik görünümde saldırganlık ve duygusal patlamalara daha yaygın rastlanıldığı belirtilmiştir (185,191). Bizim çalışmamızda ise DEHB grubundaki katılımcıların ÇSÖ toplam puanları DEHB alt görünümlere göre karşılaştırılmış, ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun sebebi diğer çalışmadan farklı olarak örneklem grubumuzun küçük olması veya komorbid hastalıkların dışlanması olabilir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve patolojik internet kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen 2 yıllık izlem çalışmasında 2293 katılımcı 6., 12. ve 24. aylarda değerlendirilmiş ve eşlik eden DEHB'nin patolojik internet kullanımını öngördüğü bulunmuştur (12). Başka bir çalışmada ise 10-18 yaşları arasında patolojik internet kullanımı olan çocuk ve ergen grubunda en sık psikiyatrik tanının DEHB olduğu görülmüştür (163). Ayrıca 15-23 yaşları arasındaki öğrenciler ile yapılan toplum tabanlı

kesitsel bir çalışmada da DEHB semptomları ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (219). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak DEHB grubunda internet bağımlılığı ölçeği puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt klinik görünümleri ve patolojik internet kullanımı arasındaki ilişkiye yönelik dürtüsellik seviyesi arttıkça riskin arttığına yönelik çalışmalar olsa da amotivasyonel sendrom veya ödül eksikliği gibi durumlarda self medikasyon yoluyla da bağımlılık riski daha fazla olduğu ve bu durumların klinik olarak dikkat eksikliği baskın DEHB tipine benzediği ve bu nedenle tüm DEHB alt tiplerinde PİK görülebileceği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (146,147,168,237,238). Çalışmamızda DEHB alt tipleri ile internet bağımlılık ölçeği puanları arasında fark bulunmamıştır. Farklılık olmamış olmasının bir nedeni her bir alt gruptaki sayının az olması olabileceği gibi internet bağımlılığının altında yatan farklı nörobiyolojik etmenler ile de açıklanabilir.

Çalışmamızda tüm katılımcılarda patolojik internet kullanım düzeyi şiddeti arttıkça siber zorba olma durumunda artış gözlenmiştir. Ancak örneklem DEHB ve kontrol grubu olarak ayrıldığında ise iki grup için PİK şiddeti ile siber zorbalık/siber mağduriyet arasında ilişki bulunmamıştır. Bu siber zorbalık durumunun tek başına internet kullanımına bağlanamayacağını göstermektedir. Günümüzde gelişen teknoloji ve bu teknolojiye ulaşım imkanlarının artması ile birlikte çocuk ve ergenlerin siber ortamlarda daha fazla zaman geçirdiği ve bununla ilişkili olarak siber zorbalık davranışının daha çok görüldüğü vurgulanmaktadır (18,19). Ayrıca nitelik gereği siber ortamların takibinin ebeveynler tarafından izlenmesi ve düzenlenmesinin daha zor olduğu bildirilmiştir (196). Bu doğrultuda internet başında geçirilen süre, internet kullanmaya başlama yaşının erken olması ve anne baba kontrolü olmaması risk etmenleridir. Bu nedenle çalışmamızda katılımcıların internet kullanmaya başlama yaşı, haftalık internet başında geçirdikleri süre ve ailede internet kullanımı ile ilgili bir kuralın olup olmaması ile siber zorbalık ve mağdurluk düzeyi ile karşılaştırılmış, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise haftalık internet kullanma süresinin siber mağduriyeti açıkladığı öne sürülmüştür (239). Bu bilgiler çalışmamızda öz bildirim dayalı olduğu için farklı rapor edilmiş olabilir. Bu alandaki çelişkili bulgular özellikle internette geçirilen zaman ve siber zorbalık/mağduriyet ilişkisine ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Literatür incelendiğinde farklı çalışmalarda internet/bilgisayar kullanım amaçları ile patolojik internet kullanımı arasında en çok ilişki saptanan durumlar çevrimiçi oyun oynama ve sohbet etme olarak görülmektedir (133,219). Ancak bizim çalışmamızda DEHB grubundaki katılımcıların kullanım amaçlarına göre internet bağımlılık ölçeği puanlarında farklılığa rastlanmamıştır. Bunun nedeni eski yıllara göre günümüzde oyun dışı diğer etkinliklerle (sosyal medya, facebook, instagram gibi) de internette oldukça uzun süre geçiriliyor olması sayılabilir. Yen ve arkadaşları, 2114 öğrenci ile yaptıkları çalışmalarında haftalık 20 saatten daha fazla süre internet kullanımı olanların 20 saatten daha az olanlara göre patolojik internet kullanımı adına daha riskli olduğunu göstermişlerdir (219). Ayrıca internet başında geçirilen zamanın patolojik internet kullanımı arasındaki ilişkinin güçlülüğüne yönelik bir başka çalışmada; “internette harcanan toplam sürenin”, bu bozukluğu yalnız başına öngördüğü bulunmuş ve bunun sonucunda tarama testlerinde sorulabileceği önerilmiştir (130). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hem tüm örnekleminizde, hem de DEHB grubumuzda internette geçirilen süre arttıkça İBÖ ölçek puanları artmaktadır. Bu doğrultuda başta DEHB tanılı çocuk ve ergenler olmak üzere tüm grupta zaman yönetimi, aile eğitimi gibi koruyucu önlemlerin alınması önemli görünmektedir.

Tayvan’da 15-23 yaş arası öğrenciler ile yapılan bir çalışmada erkek cinsiyette internet bağımlılığı ile saldırgan davranışların ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca aynı araştırmada zarar verici ve düşmanca saldırgan davranışların patolojik internet kullanımına eğilim oluşturduğu bildirilmiştir (219). Diğer bir çalışmada ise 2293 ergen yer almış ve yoğun şekilde internet kullanmanın saldırganlık için önemli bir risk olduğu vurgulanmıştır (12). Benzer olarak çalışmamızda İBÖ ve ÇSÖ-ABF ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; tüm çalışma grubu değerlendirildiğinde patolojik internet kullanım düzeyi ile saldırganlık düzeyi toplam ve alt grup puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Saldırganlık düzeyi PİK arttıkça artmaktadır. Ancak katılımcılar DEHB ve kontrol grubu olarak ayrıldığında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durumun sebepleri bu sorunun tüm katılımcılar için geçerli olabileceği ve bu nedenle DEHB kontrol gruplarında ayrışma olmayabileceği gibi İBÖ’nin çocuk ve ergenler tarafından ÇSÖ-ABF’nin ise aileler tarafından doldurulmasından dolayı bu şekilde değerlendirmenin metodolojik olarak ilişkiyi tam yansıtmaması olabilir.

Zorbalık, ilk tanımlandığında aşırı tekrar ve gücün dengesizliği ile karakterize saldırgan davranışın bir alt kümesi olarak tarif edilmiştir (16). Siber zorbalık ise, dijital çağda ortaya çıkan yeni bir zorbalık biçimi olarak önem kazanmıştır (196). Kaukiainen de siber zorbalığın saldırganlığı göstermede daha ılımlı bir şekil olarak seçilebileceğini ileri sürmüştür (198). Kore’de 11-14 yaş arası 4531 kişinin katıldığı bir çalışmada siber zorba/mağdur olmanın saldırgan davranışlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (240). Bizim çalışmamızda da siber zorba/mağdur olma ve ÇSÖ-ABF puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; DEHB grubunda “kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık” ile siber zorba olma arasında ve kontrol grubunda ise “kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık” ile siber mağdur olma arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Saldırganlık arttıkça siber zorbalık da artmaktadır. Siber zorba olma verilerimiz literatür ile benzerdir. Çalışmamızdaki DEHB grubunda eş tanılar olmaması diğer yayınlarda yıkıcı davranış bozukluklarını içeren grupla kıyaslandığında daha düşük saldırganlık puanlarına sahip olmalarını açıklayabilir.

Çalışmamızın güçlü yanları;

- Eşlik eden DEHB varlığında çocuk ve ergenlerin patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık ilişkisini içeren bilgiler kısıtlıdır. Çalışmamız bu alana katkı sağlamaktadır.
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve sağlıklı kontrol grubunun yaş, ailenin sosyoekonomik durumlarının benzer olması olası karıştırıcı etmenleri engellemiştir.
- Çalışmadaki bütün katılımcılara çalışmaya dahil edilmeden önce alanında eğitimli klinisyen tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme yöntemi olan ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır ve komorbid tanılar dışlanmıştır. Ayrıca anne ve babalar tarafından doldurulan dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları için DSM-IV’e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeğinin puanları toplam ve alt boyutlara göre karşılaştırıldığında tüm puanlar DEHB grubunda daha yüksek saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar DSM-5’e dayalı klinik değerlendirmenin ve ÇDŞG-ŞY’ya dayanarak konulan tanının tutarlılığını göstermektedir.

- Çalışmamızda öz bildirim dayalı ölçeklerin de kullanılması özellikle ergenler hakkında daha iyi veri toplamış olmamızı sağlamıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları;

- Çalışma kesitsel nitelikte olması nedeniyle DEHB tanılı farklı örneklem üzerinde analizlerin tekrarlanması gerekmektedir. Kesitsel nitelikteki çalışmaların özelliği gereğince çalışmamızda da bulunan ilişkiler nedensellik bakımından dikkatle değerlendirilmelidir. Nedensellik ilişkisini daha iyi ortaya koyabilmek için kanıt düzeyi yüksek araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Çalışma katılımcı çocuk ve ergenlerden ve ailelerinden alınan bilgiler doğrultusunda gerçekleşmiştir. Bu nedenle hafıza faktörü, seçici hatırlama gibi durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızda kullanılan ve çocuk ve ergenlerin kullandığı öz bildirim dayalı ölçek ve anketlerde kendilerini daha iyi gösterme çabası olabileceği veya olası olumsuz durumları belirtmeme olabileceği için yanlılık olabilir ve bu durum çalışmanın güvenilirliğini etkileyebilir.
- Çalışmamızda ebeveynlerin doldurduğu ölçekler için sadece annelerin veya sadece babaların doldurması gibi bir koşul bulunmamaktaydı. Anne ve babanın çocuklarının davranışlarını farklı şekilde yorumlamış olabilmeleri test sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda benzer sosyodemografik özelliklere sahip ve komorbiditesi olmayan DEHB grubu ve sağlıklı kontrol grubundaki çocuk ve ergenler patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık ve mağduriyet ilişkisi açısından değerlendirilmiştir.

Bilgisayar ve internet ile tanışıklık düzeyi incelendiğinde, iki grubun internet ve bilgisayar kullanmaya başlama yaşları arasında fark olmadığı benzer şekilde DEHB alt görümleri ile ayrıntılı bakıldığında da anlamlı fark oluşmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların haftalık bilgisayar ve internet kullanım süreleri kıyaslandığında DEHB grubunda internette geçirilen süre oldukça fazladır.

Çalışmamızda DEHB ve kontrol grubu arasında siber zorbalık ve siber mağduriyet açısından fark yoktur. Ayrıca katılımcılar son bir ay içerisinde siber zorbalıkta bulunma ve siber zorbalığa maruz kalma yönünden incelendiğinde DEHB tanılılarda daha fazla oran olsa da bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak tüm katılımcıların hayatlarının herhangi bir zamanında büyük oranda başkalarının siber zorbalığa uğradıklarına tanık olduklarını belirtmişlerdir. Siber zorbalık ülkemiz çocuk ve gençleri için bir sorun olmaya başlamıştır.

Patolojik internet kullanımı DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde daha fazladır ve internet bağımlılığı ölçeği puanı artışı haftalık internet/bilgisayar başında geçirilen süre fazlalığı ile ilişkilidir. İnternete ayrılan süre ve çocuğun ruhsal sorunları- bizim örneklemimizde DEHB- bağımlılık için risk etmenlerinden sayılabilir.

Son zamanlarda gelişen teknolojik imkanlar nedeni ile patolojik internet kullanımı ve zorbalığın yeni boyutu siber zorbalık ve mağduriyet giderek artmaktadır. Bu tez çalışması ile gerek DEHB tanılı gerekse sağlıklı çocuk ve ergenlerde; patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık/mağduriyet ilişkisinin değerlendirilmiştir. Bulgularımızın koruyucu ruh sağlığı önlemlerinin alınabilmesi, müdahalelerin oluşturulabilmesi için hem ruh sağlığı çalışanları için hem de ebeveynler için farkındalık oluşturulması ve sonraki çalışmalara altyapı sağlaması açısından faydalı olduğunu düşünmekteyiz.

ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE PATOLOJİK İNTERNET KULLANIMI, SALDIRGANLIK VE SİBER ZORBALIK İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş: İnternetin yaygın olduğu günümüzde çocuk ve ergenlerde siber zorbalık/mağduriyet giderek artan oranda görülmektedir ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı olan çocukların bu durum için risk taşıdıkları bildirilmektedir. Bu çalışmada, DEHB olan çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık/mağduriyet ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne Eylül 2017 ile Haziran 2018 tarihleri arasında 10-18 yaş arası erkeklerden, DEHB tanısı alan (n=30) ve herhangi tanı almayanlar (n=30) dahil edilmiştir. Katılımcılar Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ve DSM-5'e dayalı klinik görüşme, sosyodemografik form, Çocuk ve Ergenlerde İnternet/ Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Çocuk-Ergen Formu), İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ), Siber Zorbalık ve İnternet Saldırganlığı Tarama Ölçeği (SZİSTÖ), Atilla Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuk ve Ergenlerde İnternet/Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Ebeveyn Formu),Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği Anne-Baba Formu (ÇSÖ-ABF) ile değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 17.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Hem DEHB, hem de kontrol grubu, yaş ve sosyoekonomik düzey açısından birbirine benzerdi. Haftalık internet/bilgisayar kullanım süresi, İBÖ ve ÇSÖ-ABF puanları DEHB grubunda (13 saat) daha yüksekti ($p<0,05$). Her iki grup arasında hem SZİSTÖ puanı hem de son bir ayda siber zorba/mağdur olma sıklığı açısından fark yoktu ($p>0,05$). Tüm katılımcılarda İBÖ puanı ile siber zorbalık davranışı ($r=0,267$) ve ÇSÖ-ABF puanı ($r=0,300$) arasında bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Siber zorba/mağdur olma ve ÇSÖ-ABF puanları arasındaki ilişki kıyaslandığında ise DEHB grubunda ÇSÖ-ABF'nin kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık alt grubu ile siber zorba olma($r=0,419$) ve kontrol

grubunda da SÖ-ABF'nin kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık alt grubu ile siber mağdur olma($r=0,402$) arasında saptanmıştır ($p<0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ocuk ve ergenlerde sağlıklı kontrollere kıyasla saldırganlık ve patolojik internet kullanım düzeyi daha yüksek olduğu tespit edilmiş ancak siber zorbalık ve mağduriyet arasında fark olmadığı görülmüştür. Siber zorbalık/mağduriyet tanıdan bağımsız olarak görülmektedir. Bu nedenle siber zorbalık ile ilgili farkındalığın oluşturulması ve koruyucu önlemlerin alınması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Siber Zorbalık, Siber Mağduriyet, Saldırganlık, Patolojik İnternet Kullanımı

İletifim Adresi: ankaysn23@gmail.com

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP AMONG PATHOLOGICAL INTERNET USE, AGGRESSION AND CYBERBULLYING IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Introduction: The prevalence of cyberbullying / victimization in children and adolescents has been reported to be increasing nowadays and children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) have been reported to be at risk for this situation. The aim of this study was to evaluate the relationship among pathological internet use, aggression and cyberbullying / victimization in children and adolescents with ADHD.

Methods: Male children (10-18 years old) with ADHD (n = 30) and without any diagnosis (n =30) who were recruited from the outpatient clinic of Adnan Menderes University Child and Adolescent Psychiatry in between September 2017 and July 2018. Participants were evaluated according to Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), DSM-5 based clinical interview, sociodemographic information form, Questionnaire of Computer/Internet Use of Children and Adolescents (Children-Adolescent Form), Questionnaire of Computer/Internet Use of Children and Adolescents (Parent Form), Atilla Turgay Scanning and Evaluation Scale based on DSM-IV for Behavioral Disorders in Children and Adolescents, Children's Aggression Scale-Parent Version (CAS-PV), 'Young Internet Addiction Scale(YIAS)' and Cyber Bullying and Online Aggression Survey Instrument(CBOASI). Data were analyzed with SPSS 17.0 program.

Results: Mean age and socioeconomic status of the ADHD and control groups were similar. Weekly internet /computer using time (13 hours in ADHD group), YIAS scores, CAS-PV scores were higher in the ADHD group ($p < 0.05$). There were no differences between two groups in terms of CBOASI score and the frequency of cyberbullying / victimization in the last month ($p > 0.05$). There was correlation between YIAS score and cyberbullying behavior($r=0,267$) and CAS-PV score($r=0,300$) in all participants ($p < 0.05$). When the relationship between cyber bullying / victimization and CAS-PV scores was compared, there was correlation between physical aggression without provoking subgroup of CAS-PV and cyberbullying in ADHD group($r=0,419$) also there

was a correlation between the physical aggression without provoking subgroup of CAS-PV and cyber victimization in the control group($r=0,402$) ($p <0.05$).

Discussion and Conclusion: Children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder have higher levels of aggression and pathological internet use than healthy controls, but there is no difference between cyber bullying and victimization. Cyber bullying / victimization is independent of diagnosis. For this reason, it is necessary to create awareness and preventive measures about cyber bullying.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Cyber Bullying, Cyber Victimization, Aggression, Pathological Internet Use

Contact Address: ankaysn23@gmail.com



KAYNAKLAR

1. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942–8.
2. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894–921.
3. Leung AKC, Hon KL. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Vol. 63, *Advances in Pediatrics*. 2016. p. 255–80.
4. Weiss G, Hechtman LT. Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults [Internet]. *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults* (2nd ed.). 1993. 473-Chapter xx, 473 Pages p.
5. Higley JD, Mehlman PT, Poland RE, Taub DM, Vickers J, Suomi SJ, et al. CSF testosterone and 5-HIAA correlate with different types of aggressive behaviors. *Biol Psychiatry*. 1996;40(11):1067–82.
6. Humphreys KL, Galán CA, Tottenham N, Lee SS. Impaired Social Decision-Making Mediates the Association Between ADHD and Social Problems. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44(5):1023–32.
7. Arısoy Ö. İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. *Psikiyatry Güncel Yaklaşımlar* [Internet]. 2009;1(1):55–67.
8. Tahiroglu AY, Celik GG, Uzel M, Ozcan N, Avcı A. Internet Use Among Turkish Adolescents. *CyberPsychology Behav* [Internet]. 2008;11(5):537–43.
9. Bozkurt H.(2011) İnternet Kötüye Kullanımı Olan Çocuklarda Psikiyatrik Eş Tanılar Uzmanlık Tezi,İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
10. Tsitsika A, Critselis E, Louizou A, Janikian M, Freskou A, Marangou E, et al. Determinants of Internet Addiction among Adolescents: A Case-Control Study. *Sci World J* [Internet]. 2011;11:866–74.

11. Tahiroglu AY, Celik GG, Fettahoglu C, Yildirim V, Toros F, Avcı A, et al. Problematic internet use in the psychiatric sample compared community sample/Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde problemlı internet kullanımı. Arch Neuropsychiatry. 2010;47(3):241–7.
12. 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.
13. Saylor KE, Amann BH. Impulsive Aggression as a Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]. 2016;26(1):19–25.
14. King S, Waschbusch DA. Aggression in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Vol. 10, Expert Review of Neurotherapeutics. 2010. p. 1581–94.
15. Jensen PS, Youngstrom EA, Steiner H, Findling RL, Meyer RE, Malone RP, et al. Consensus report on impulsive aggression as a symptom across diagnostic categories in child psychiatry: Implications for medication studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(3):309–22.
16. Olweus D (1993) Bullying at schools. What we know and what we can do. Wiley-Blackwell, Cambridge.
17. Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee P. The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective. In: The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective. 1999. p. 384.
18. Ofcom. Children and parents: media use and attitudes report 2015. <http://stakeholders.ofcom.org.uk/market-data-research/other/research-publications/childrens/children-parents-nov-15/> (accessed May 25, 2016).
19. Patchin J, Hinduja S. Bullies move beyond the school yard: A preliminary look at cyber bullying. Youth Violence Juv Justice [Internet]. 2006;4(2):148–69.
20. Aydoğan D, Dilmaç B, Deniz ME,(2009). İlköğretim öğrencilerinde sosyal destek ve siber zorbalığın incelenmesi. İzmir: 18. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı.

21. Ayas T (2011). Lise öğrencilerinin sanal zorba ve mağdur olma yaygınlığı. İzmir: XI. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi.
22. McDougall P, Vaillancourt T. Long-term adult outcomes of peer victimization in childhood and adolescence: Pathways to adjustment and maladjustment. *Am Psychol*. 2015;70(4):300–10.
23. Yen CF, Chou WJ, Liu TL, Ko CH, Yang P, Hu HF. Cyberbullying among male adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence, correlates, and association with poor mental health status. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2014;35(12):3543–53.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). *Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR*. 2013;280.
25. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motovallı N, Pehlivan Türk B, ve ark. (Editörler) *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. s.293-311.
26. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2004;19(5):303–6.
27. Still G. Some abnormal physical conditions in children. *Lancet*. 1902;(1):1008-1012-1082.
28. Spetie and Arnold (2007). “Spetie L, Arnold EL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Ed: Lewis M, Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 4 th Edition, pp. 431-454, Lippincott, Williams&Wilkins, Baltimore, 2007.”
29. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment [Internet]. Vol. 628, New York NY US Guilford Press. 2006. 898 p.
30. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment [Internet]. Vol. 1, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Third Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2006. 770 p.
31. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(4):241–55.

32. Singh A, Yeh CJ, Verma N, Das AK. Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Heal Psychol Res.* 2015;3(2):23–35.
33. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2015;135(4):e994–1001.
34. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update. Vol. 17, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2008. p. 245–60.
35. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013;7(1):1–10.
36. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, Demirci E, Ozmen S, Hesapcioglu ST, et al. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *J Affect Disord.* 2018;238(May):513–21.
37. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. Vol. 166, *European Journal of Pediatrics.* 2007. p. 117–23.
38. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Epidemiyolojik Veriler Epidemiological Aspect of Attention Deficit Hyperactivity Disorder *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010;6(2):1-5.
39. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? Vol. 54, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2013. p. 3–16.
40. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Vol. 32, *Journal of Pediatric Psychology.* 2007. p. 631–42.
41. Faraone S V., Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Vol. 57, *Biological Psychiatry.* 2005. p. 1313–23.

42. Faraone S V. Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Dev Rev.* 2000;20(4):568–81.
43. Hectmann L. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock Bj, Saddock Va (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Lippincott Williams & Wilkins, USA 2005;2679-2692.
44. Maher BS, Marazita ML, Ferrell RE, Vanyukov MM. Dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Psychiatr Genet [Internet].* 2002;12(4):207–15.
45. Lowe N, Kirley A, Hawi Z, Sham P, Wickham H, Kratochvil CJ, et al. Joint Analysis of the DRD5 Marker Concludes Association with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Confined to the Predominantly Inattentive and Combined Subtypes. *Am J Hum Genet [Internet].* 2004;74(2):348–56.
46. Hawi Z, Dring M, Kirley A, Foley D, Kent L, Craddock N, et al. Serotonergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A potential susceptibility locus at the 5-HT1B receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample. *Mol Psychiatry.* 2002;7(7):718–25.
47. Smith KM, Daly M, Fischer M, Yiannoutsos CT, Bauer L, Barkley R, et al. Association of the dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet [Internet].* 2003;119B(1):77–85.
48. Lawson DC, Turic D, Langley K, Pay HM, Govan CF, Norton N, et al. Association analysis of monoamine oxidase A and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet [Internet].* 2003;116B(1):84–9.
49. Mill J, Xu X, Ronald A, Curran S, Price T, Knight J, et al. Quantitative trait locus analysis of candidate gene alleles associated with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in five genes: DRD4, DAT1, DRD5, SNAP-25, and 5HT1B. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet [Internet].* 2005;133(1):68–73.
50. Barr CL, Kroft J, Feng Y, Wigg K, Roberts W, Malone M, et al. The norepinephrine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet.* 2002;114(3):255–9.

51. Kirley A, Hawi Z, Daly G, McCarron M, Mullins C, Millar N, et al. Dopaminergic system genes in ADHD: Toward a biological hypothesis. *Neuropsychopharmacology*. 2002;27(4):607–19.
52. Hawi Z, Foley D, Kirley A, McCarron M, Fitzgerald M, Gill M. Dopa decarboxylase gene polymorphisms and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): No evidence for association in the Irish population. *Mol Psychiatry*. 2001;6(4):420–4.
53. Sengupta S, Grizenko N, Schmitz N, Schwartz G, Bellingham J, Polotskaia A, et al. COMT Val108/158Met polymorphism and the modulation of task-oriented behavior in children with ADHD. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33(13):3069–77.
54. Neale BM, Medland SE, Ripke S, Asherson P, Franke B, Lesch KP, et al. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2010;49(9):884–97.
55. Nigg J, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. Vol. 49, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010. p. 863–73.
56. Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, van den Bree M, Thomas H, et al. Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):1985–9.
57. Rodriguez A, Bohlin G. Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2005;46(3):246–54.
58. Autti-Rämö I. Twelve-year follow-up of children exposed to alcohol in utero. *Dev Med Child Neurol*. 2000;42(6):406–11.
59. Max JE, Arndt S, Castillo CS, Bokura H, Robin D a, Lindgren SD, et al. Attention-deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(8):841–7.
60. Saigal S, Pinelli J, Hoult L, Kim MM, Boyle M. Psychopathology and Social Competencies of Adolescents Who Were Extremely Low Birth Weight. *Pediatrics* [Internet]. 2003;111(5):969–75.

61. Hack M, Youngstrom E a, Cartar L, Schluchter M, Taylor HG, Flannery D, et al. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics* [Internet]. 2004;114(4):932–40.
62. Milberger S, Biederman J, Faraone S V, Chen L, Jones J. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry* [Internet]. 1996;153(9):1138–42.
63. Milberger S, Biederman J, Faraone S V., Guite J, Tsuang MT. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry*. 1997;41(1):65–75.
64. Kotimaa AJ, Moilanen I, Taanila A, Ebeling H, Smalley SL, McGough JJ, et al. Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(7):826–33.
65. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard VA, Marino T, Cole H, et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1083–9.
66. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1996;35(8):978–87.
67. Arnsten AF. Toward a new understanding of attention-deficit hyperactivity disorder pathophysiology: an important role for prefrontal cortex dysfunction. *CNS Drugs* [Internet]. 2009;23 Suppl 1:33–41.
68. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJS, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. Vol. 10, *Trends in Cognitive Sciences*. 2006. p. 117–24.
69. Kieling C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(2):285–307.
70. Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SC, Simmons A, et al. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: a study with functional MRI. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1999;156(6):891–6.

71. Dickstein SG, Bannon K, Castellanos FX, Milham MP. The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:1051–62.
72. Durston S. A review of the biological bases of ADHD: What have we learned from imaging studies? Vol. 9, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2003. p. 184–95.
73. Durston S, Casey BJ. What have we learned about cognitive development from neuroimaging? *Neuropsychologia*. 2006;44(11):2149–57.
74. Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA, Liebenauer L, Fitzgerald GA, Cohen RM. Effects of intravenous dextroamphetamine on brain metabolism in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Preliminary findings. *Psychopharmacol Bull* [Internet]. 1994;30(2 PG-219-25):219–25.
75. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci* [Internet]. 2007;104(49):19649–54.
76. Dunn DW. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Problems and Epilepsy. In: Ettinger AE, Kanner AM (eds) *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* (2nd ed) Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
77. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk G V. Section D Chapter HYPERACTIVITY DISORDER. *IACAPAP Textb Child Adolesc Ment Heal*.
78. Hales, RE, Yudofsky SC. *American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed). Washington DC. American Psychiatric Association Publishing, 2003.
79. Ivanov, I., Newcorn, J. (2005). Attention-deficit/Hyperactivity Disorders. In Sexson S.B (Ed). *Child and Adolescent Psychiatry*. USA: Blackwell Publishing Ltd, 91-104.
80. Biederman J, Faraone S V., Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, et al. Clinical correlates of ADHD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(8):966–75.

81. Tahiroğlu, Y.A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri, Eşlik Eden Bozukluklar ve Tedavi Yaklaşımları. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak.2003
82. Denisco S, Tiago C, Kravitz C (2005): Evaluation and treatment of pediatric ADHD. *Nurse Pract.* 30: 14–17, 19-23–5.
83. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, van den Bree M, Harold G, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2010;196(3):235–40.
84. Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. Outcome issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. Vol. 5, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 1999. p. 243–50.
85. Moreno-Alcázar A, Ramos-Quiroga JA, Radua J, Salavert J, Palomar G, Bosch R, et al. Brain abnormalities in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder revealed by voxel-based morphometry. *Psychiatry Res - Neuroimaging* [Internet]. 2016;254:41–7.
86. McAuley T, Crosbie J, Charach A, Schachar R. The persistence of cognitive deficits in remitted and unremitted ADHD: A case for the state-independence of response inhibition. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2014;55(3):292–300.
87. Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S. Empathy in the play of children with attention deficit hyperactivity disorder. *OTJR Occup Particip Heal.* 2010;30(3):122–33.
88. Normand S, Schneider BH, Lee MD, Maisonneuve MF, Kuehn SM, Robaey P. How do children with ADHD (Mis)manage their real-life dyadic friendships? A multi-method investigation. *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(2):293–305.
89. Sacchetti GM, Lefler EK. ADHD symptomatology and social functioning in college students. *J Atten Disord.* 2014;1–11.
90. Hoza B. Peer Functioning in Children With ADHD. *J Pediatr Psychol.* 2007;32:655–63.
91. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.* 1997;121(1):65–94.

92. Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management. [Internet]. ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management. 1999. 325-NaN, 325 p.
93. Hergüner S, Hergüner A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. *Noropsikiyatri Ars.* 2012;49(2):114–8.
94. Becker SP, Langberg JM, Evans SW, Girio-Herrera E, Vaughn AJ. Differentiating Anxiety and Depression in Relation to the Social Functioning of Young Adolescents With ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44(6).
95. Liu TL, Yang PC, Ko CH, Yen JY, Yen CF. Association Between ADHD Symptoms and Anxiety Symptoms in Taiwanese Adolescents. *J Atten Disord* [Internet]. 2014;18(5):447–55. Available from: <http://jad.sagepub.com/content/18/5/447>
96. Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJM, Hartman CA, et al. Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *J Abnorm Child Psychol.* 2009;37(6):793–804.
97. Işık, E., Işık Taner Y. (2009). Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Yayınları.*
98. Barkley R. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Vol. 628, New York NY US Guilford Press. 2014.
99. Kayaalp, L. (2008). “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu.” *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* 62: 147-152.
100. American Academy of Pediatrics. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2011;128(5):1007–22.
101. Turgay A. Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2004;4(4):623–32.
102. Faraone S V, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2010;19(4):353–64.

103. Adler LA. Diagnosing and treating adult ADHD and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2008;69(11):e31.
104. Faraone S V, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010;71(6):754–63.
105. Montanes-Rada F, Gangoso-Fermoso AB, Martiinez-Granero MA. [Drugs for attention deficit hyperactivity disorder]. *Rev Neurol*. 2009;48(9):469–81.
106. Pliszka SR. The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Vol. 57, *Biological Psychiatry*. 2005. p. 1385–90.
107. Bymaster FP, Katner JS, Nelson DL, Hemrick-Luecke SK, Threlkeld PG, Heiligenstein JH, et al. Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2002;27(5):699–711.
108. Michelson D, Allen AJ, Busner J, Casat C, Dunn D, Kratochvil C, et al. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2002;159(11):1896–901.
109. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Vol. 29, *Clinical Psychology Review*. 2009. p. 129–40.
110. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther* [Internet]. 2015;75:60–71.
111. Morris M, Ogan C. The internet as mass medium. *J Commun*. 1996;46(1):39–50.
112. Nelson TH. A File Structure for the Complex, the Changing, and the Indeterminate. In: *ACM 20th National Conference* [Internet]. 1965. p. 84–100.

113. Bölükbaş K.2003. İnternet kafeler ve internet bağımlılığı üzerine sosyolojik bir araştırma: Diyarbakır örneği, Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı.
114. Internet Society All About The Internet: History of The Internet. <http://www.isoc.org/internet/history/brief.shtml>, 2010.
115. Internet Stats and Facebook Usage in Europe, November 2015 Statistics. 2016 [cited 2016 04.12.2016].
116. Bilgi Toplumu İstatistikleri, 2004-2016. 2016 [cited 2016 04.12.2016].
117. Gámez-Guadix M, Orue I, Smith PK, Calvete E. Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2013;53(4):446–52.
118. Carbonell X, Fúster H, Chamarro A, Oberst U. Adicción a internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos Españoles. Vol. 33, *Papeles del Psicologo*. 2012. p. 82–9.
119. Jelenchick LA, Eickhoff J, Christakis DA, Brown RL, Zhang C, Benson M, et al. The Problematic and Risky Internet Use Screening Scale (PRIUSS) for adolescents and young adults: Scale development and refinement. *Comput Human Behav*. 2014;35:171–8.
120. Günüç, S.İnternet bağımlılık ölçeğinin geliştirilmesi ve bazı demografik değişkenler ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van,2009.
121. Shaw M, Black DW. Internet addiction: Definition, assessment, epidemiology and clinical management. Vol. 22, *CNS Drugs*. 2008. p. 353–65.
122. Nalwa K, Anand AP. Internet Addiction in Students: A Cause of Concern. *CyberPsychology Behav* [Internet]. 2003;6(6):653–6.
123. Chou C, Condrón L, Belland JC. A review of the research on Internet addiction. Vol. 17, *Educational Psychology Review*. 2005. p. 363–88.
124. Goldberg I. (1999). Internet Addiction Disorder. <http://www.cog.brown.edu/brochure/people/duchonf/humor/internet.addiction.html>.

125. Young KS. Internet Addiction : The Emergence of a New Clinical Disorder. *Publ CyberPsychology Behav.* 1996;1(3):237–44.
126. Griffiths M. Internet addiction: Fact or fiction? *Psychologist.* 1999;12(5):246–50.
127. Davis RA. Cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Human Behav.* 2001;17(2):187–95.
128. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF. Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(11):728–33.
129. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction.* 2010;105(3):556–64.
130. Soule LC, Shell LW, Kleen BA. Exploring Internet addiction: Demographic characteristics and stereotypes of heavy Internet users. *J Comput Inf Syst [Internet].* 2003;44(1):64–73.
131. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. *J Contemp Med [Internet].* 2016;6(3).
132. Park S, Hong KE, Park EJ, Ha KS, Yoo HJ. The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents. *Aust N Z J Psychiatry [Internet].* 2013;47:153–9.
133. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *J Sch Heal [Internet].* 2008;78(3):165–71.
134. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, Yune SK, Kim SJ, Hwang J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry ClinNeurosci [Internet].* 2004;58(5):487–94.
135. Ha JH, Kim SY, Bae SC, Bae S, Kim H, Sim M, et al. Depression and internet addiction in adolescents. *Psychopathology.* 2007;40(6):424–30.
136. Johansson A, Götestam KG. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scand J Psychol.* 2004;45(3):223–9.
137. Mak KK, Lai CM, Ko CH, Chou C, Kim D Il, Watanabe H, et al. Psychometric properties of the Revised Chen Internet Addiction Scale (CIAS-R) in Chinese adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(7):1237–45.

138. Canan F, Ataoglu A, Nichols LA, Yildirim T, Ozturk O. Evaluation of psychometric properties of the internet addiction scale in a sample of Turkish high school students [Internet]. Vol. 13, *Cyberpsychology, behavior and social networking*. 2010. p. 317–20.
139. Wallace P. *The Psychology of the Internet*. Cambridge University Press, New York 1999.
140. Chou W-J, Huang M-F, Chang Y-P, Chen Y-M, Hu H-F, Yen C-F. Social skills deficits and their association with Internet addiction and activities in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Behav Addict* [Internet]. 2017;6(1):42–50.
141. Caplan SE. Preference for online social interaction - A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being. *Communic Res*. 2003;30(6):625–48.
142. Meerkerk GJ, Van Den Eijnden RJJM, Franken IHA, Garretsen HFL. Is compulsive internet use related to sensitivity to reward and punishment, and impulsivity? *Comput Human Behav*. 2010;26(4):729–35.
143. Campbell AJ, Cumming SR, Hughes I. Internet Use by the Socially Fearful: Addiction or Therapy? *CyberPsychology Behav* [Internet]. 2006;9(1):69–81.
144. Bergmark KH, Bergmark A, Findahl O. Extensive internet involvement-addiction or emerging lifestyle? *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(12):4488–501.
145. Melchers M, Li M, Chen Y, Zhang W, Montag C. Low empathy is associated with problematic use of the Internet: Empirical evidence from China and Germany. *Asian J Psychiatr*. 2015;17:56–60.
146. Comings DE, Blum K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Prog Brain Res* [Internet]. 2000;126:325–41.
147. Dong G, Huang J, Du X. Enhanced reward sensitivity and decreased loss sensitivity in Internet addicts: An fMRI study during a guessing task. *J Psychiatr Res*. 2011;45(11):1525–9.
148. Ko CH, Liu GC, Hsiao S, Yen JY, Yang MJ, Lin WC, et al. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Res*. 2009;43(7):739–47.

149. Kim SH, Baik SH, Park CS, Kim SJ, Choi SW, Kim SE. Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. *Neuroreport* [Internet]. 2011;22:407–11.
150. Yuan K, Qin W, Wang G, Zeng F, Zhao L, Yang X, et al. Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. *PLoS One*. 2011;6(6).
151. Zhou Y, Lin F, Du Y, Qin L, Zhao Z, Xu J, et al. Gray matter abnormalities in Internet addiction: A voxel-based morphometry study. *Eur J Radiol* [Internet]. 2011;79(1):92–5.
152. Lin F, Zhou Y, Du Y, Qin L, Zhao Z, Xu J, et al. Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: A tract-based spatial statistics study. *PLoS One*. 2012;7(1).
153. Ko CH, Hsieh TJ, Chen CY, Yen CF, Chen CS, Yen JY, et al. Altered brain activation during response inhibition and error processing in subjects with Internet gaming disorder: a functional magnetic imaging study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264(8):661–72.
154. Zhou Z, Zhou H, Zhu H. Working memory, executive function and impulsivity in Internet-addictive disorders: a comparison with pathological gambling. *Acta Neuropsychiatr* [Internet]. 2015;1–9.
155. Zhou Z, Zhu H, Li C, Wang J. Internet Addictive Individuals Share Impulsivity and Executive Dysfunction with Alcohol-Dependent Patients. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2014;8.
156. Karakoc Demirkaya S, Aksu H, Gürbüz Özgür B, Güleş Z, Avcil S. İnternet Bağımlılığı İmpulsivite mi, Kompulsivite mi? Patolojik İnternet Kullanımı Olan Çocuk ve Ergenlerdeki Yürütücü İşlevlerin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanıları ile Karşılaştırılması. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* ISSN Cilt: 30, Ek Sayı: 1, 2017.
157. Lee YS, Han DH, Yang KC, Daniels MA, Na C, Kee BS, et al. Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *J Affect Disord*. 2008;109(1–2):165–9.

158. Montag C, Kirsch P, Sauer C, Markett S, Reuter M. The role of the CHRNA4 gene in internet addiction a case-control study. *J Addict Med.* 2012;6(3):191–5.
159. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord.* 2000;57(1–3):267–72.
160. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry.* 2009;50(6):510–6.
161. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W, et al. Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol [Internet].* 1998;53(9):1017–31. 9
162. Young KS, Rodgers RC. The Relationship Between Depression and Internet Addiction. *CyberPsychology Behav.* 1998;1(1):25–8.
163. Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroglu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2013;67(5):352–9.
164. Chang JP, Hung C, Chang JP. Chapter. Chang J P-C, Hung C-C Probl internet use Rey JM (ed), IACAPAP E-textb Child Adolesc Ment Heal Geneva Int Assoc Child Adolesc Psychiatry Allied Prof 2012. 2012;1–12.
165. Han DH, Lee YS, Na C, Ahn JY, Chung US, Daniels MA, et al. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry [Internet].* 2009;50(3):251–6.
166. King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD, Gradisar M. Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clin Psychol Rev [Internet].* 2011;31(7):1110–6.
167. 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 Spectr [Internet].* 2008;13(2):147–53.
168. Mottram AJ, Fleming MJ. Extraversion, Impulsivity, and Online Group Membership as Predictors of Problematic Internet Use. *CyberPsychology Behav [Internet].* 2009;12(3):319–21.

169. Baron RA, Richardson DR (1994). Human Aggression. Second Edition, Plenum, New York.
170. Gençtan E. (1998). Psikanaliz ve Sonrası. 8. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul.
171. NE H. Aggression in psychiatrically disordered children and adolescents. [Internet]. Aggression in Psychiatrically Disordered Children & Adolescents. 1992.
172. Connor DF, Carlson GA, Chang KD, Daniolos PT, Ferziger R, Findling RL, et al. Juvenile maladaptive aggression: A review of prevention, treatment, and service configuration and a proposed research agenda. Vol. 67, Journal of Clinical Psychiatry. 2006. p. 808–20.
173. Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. Vol. 8, CNS Spectrums. 2003. p. 298–308.
174. Vitiello B, Stoff DM. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. Vol. 36, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997. p. 307–15.
175. Hubbard JA, McAuliffe MD, Morrow MT, Romano LJ. Reactive and proactive aggression in childhood and adolescence: Precursors, outcomes, processes, experiences, and measurement. J Pers. 2010;78(1):95–118.
176. Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE. Reactively and proactively aggressive children: Antecedent and subsequent characteristics. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2002;43(4):495–505.
177. Comai S, Tau M, Gobbi G. The psychopharmacology of aggressive behavior: A translational approach: Part 1: Neurobiology. Vol. 32, Journal of Clinical Psychopharmacology. 2012. p. 83–94.
178. Comai S, Tau M, Pavlovic Z, Gobbi G. The Psychopharmacology of Aggressive Behavior. J Clin Psychopharmacol [Internet]. 2012;32(2):237–60.
179. Siever LJ. Reviews and Overviews Neurobiology of Aggression and Violence. Am J Psychiatry. 2008;165(April):429–42.
180. Raine A, Marek WK. The anatomy of violence: The biological roots of crime. Vol. 31, American Journal of Forensic Psychology. 2013. p. 67–71.

181. Krakowski MI, Czobor P, Citrome L, Bark N, Cooper TB. Atypical Antipsychotic Agents in the Treatment of Violent Patients With Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2006;63(6):622–9.
182. Valzelli L. *Psychobiology of aggression and violence*. New York, Raven Press.1981.
183. Kutlu H, Tufan AE. Borderline Kişilik Bozukluğu tanılı hastaların nöropsikolojik profillerinin klinik verilerle ilişkisi:bir ön çalışma. 15. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitapçığı, Kocaeli:37,2008.
184. Brunner HG, Nelen MR, Vanzandvoort P, Abeling N, Vangennip AH, Wolters EC, et al. X-Linked Borderline Mental-Retardation with Prominent Behavioral Disturbance - Phenotype, Genetic Localization, and Evidence for Disturbed Monoamine Metabolism. *Am J Hum Genet*. 1993;52(6):1032–9.
185. Willcutt EG, Pennington BF, Chhabildas NA, Friedman MC, Alexander J. Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(11):1355–62.
186. Connor DF, Chartier KG, Preen EC, Kaplan RF. Impulsive aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom severity, co-morbidity, and attention-deficit/hyperactivity disorder subtype. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(2):119–26.
187. Shelton TL, Berkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive- inattentive behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 1998;26(6):475–94.
188. Mckay KE, Halperin JM. ADHD, Aggression, and Antisocial Behavior across the Lifespan. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2006;931(1):84–96.
189. Card NA, Little TD. Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: A meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment. *Int J Behav Dev*. 2006;30(5):466–80.
190. Morrow MT, Hubbard JA, Dearing KF, McAuliffe MD, Rubin RM. Childhood aggression, depressive symptoms, and peer rejection: The mediational model revisited. *Int J Behav Dev*. 2006;30(3):240–8.

191. Evans SC, Fite PJ, Hendrickson ML, Rubens SL, Mages AK. The Role of Reactive Aggression in the Link Between Hyperactive–Impulsive Behaviors and Peer Rejection in Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015;46(6):903–12.
192. Pappadopulos E, Macintyre Ii JC, Crismon ML, Findling RL, Malone RP, Derivan A, Schooler N, Sikich L, Greenhill L, Schur SB, Felton CJ, Kranzler H, Rube DM, Sverd J, Finnerty M, Ketner S, Siennick SE, Jensen PS(2003). Treatment recommendations for the use.
193. Zaraq SG, Cunningham NR, Pappadopulos R ve ark. (2013) Disruptive Behavior Disorders and Aggression. *Clinical Manual of Child and Adolescent Psychopharmacology* Second edition. McVoy M, Findling RL (Ed.s), Second Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington.
194. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: Longitudinal cohort study. *BMJ Br Med J [Internet].* 2012;344(7855):1–9.
195. Kowalski, R. M., Limber, S. P., & Agatston, P. W. (2012). *Cyber bullying: Bullying in the digital age* (2nd ed.). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
196. Agatston PW, Kowalski R, Limber S. Students' Perspectives on Cyber Bullying. *J Adolesc Heal.* 2007;41(6 SUPPL.).
197. Sticca F, Perren S. Is Cyberbullying Worse than Traditional Bullying? Examining the Differential Roles of Medium, Publicity, and Anonymity for the Perceived Severity of Bullying. *J Youth Adolesc.* 2013;42(5):739–50.
198. Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. The development of direct and indirect aggressive strategies in males and females. In: *Of mice and women: Aspects of female aggression.* 1992. p. 51–64.
199. Przybylski AK, Bowes L. Cyberbullying and adolescent well-being in England: a population-based cross-sectional study. *Lancet Child Adolesc Heal [Internet].* 2017;1(1):19–26.
200. Vazsonyi AT, Machackova H, Sevcikova A, Smahel D, Cerna A. Cyberbullying in context: Direct and indirect effects by low self-control across 25 European countries. *Eur J Dev Psychol.* 2012;9(2):210–27.

201. Ferrara P, Ianniello F, Villani A, Corsello G. Cyberbullying a modern form of bullying: Let's talk about this health and social problem. *Ital J Pediatr.* 2018;44(1):1–3.
202. Wolke D, Lee K, Guy A. Cyberbullying: a storm in a teacup? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(8):899–908.
203. Slonje R, Smith PK. Cyberbullying: Another main type of bullying?: Personality and Social Sciences. *Scand J Psychol.* 2008;49(2):147–54.
204. Yang SJ, Stewart R, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Dewey ME, et al. Differences in predictors of traditional and cyber-bullying: A 2-year longitudinal study in Korean school children. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(5):309–18.
205. Landstedt E, Persson S. Bullying, cyberbullying, and mental health in young people. *Scand J Public Health.* 2014;42(4):393–9.
206. Perren S, Dooley J, Shaw T, Cross D. Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2010;4.
207. Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents ameta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2014;168(5):435–42.
208. Bonanno RA, Hymel S. Cyber Bullying and Internalizing Difficulties: Above and Beyond the Impact of Traditional Forms of Bullying. *J Youth Adolesc.* 2013;42(5):685–97.
209. Låftman SB, Modin B, Östberg V. Cyberbullying and subjective health. *Child Youth Serv Rev [Internet].* 2013;35(1):112–9.
210. Ybarra ML, Espelage DL, Mitchell KJ. Differentiating youth who are bullied from other victims of peer-aggression: The importance of differential power and repetition. *J Adolesc Heal.* 2014;55(2):293–300.
211. Patchin JW, Hinduja S. Traditional and Nontraditional Bullying Among Youth: A Test of General Strain Theory. *Youth Soc.* 2011;43(2):727–51.

212. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(2):134–8.
213. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant Behav*. 2008;29(2):129–56.
214. Sourander A, Klomek AB, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, et al. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010;67(7):720–8.
215. Floros GD, Siomos KE, Fisoun V, Dafouli E, Geroukalis D. Adolescent Online Cyberbullying in Greece: The Impact of Parental Online Security Practices, Bonding, and Online Impulsiveness. *J Sch Health*. 2013;83(6):445–53.
216. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2008;49(4):376–85.
217. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Heal*. 2013;53(1 SUPPL).
218. Heiman T, Olenik-Shemesh D, Eden S. Cyberbullying involvement among students with ADHD: relation to loneliness, self-efficacy and social support. *Eur J Spec Needs Educ*. 2015;30(1):15–29.
219. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Wu HY, Yang MJ. The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia, and Hostility. *J Adolesc Heal*. 2007;41(1):93–8.
220. Franz Faul EE and A and AB, Faul F, Erdfelder E, Lang A-GAG, Bucher A, Buchner A. G * Power 3 : A flexible statistical power analysis program for the social , behavioral , and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175–91.
221. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980–8.

222. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). Turk J Child Adolesc Ment Health. Turk J Child Adolesc Ment Heal [Internet]. 2004;11(3):109–16.
223. Turgay A. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Integrative Therapy Institute Toronto,Kanada,1995.
224. Ercan ES, Amado S, Somer O, Cıkoglu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. (Development of a test battery for attention deficit hyperactivity and disruptive behavior disorders.). Vol. 8, Turk J Child Adolesc Ment Health. 2001. p. 132–44.
225. Halperin JM, McKay KE, Newcorn JH. Development, Reliability, and Validity of the Children's Aggression Scale-Parent Version. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(3):245–52.
226. Ercan E, Ercan ES, Akyol Ardiç Ü, Uçar S. Çocuklar için saldırganlık ölçeği anne-baba formu: Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatr Derg. 2016;17:77–84.
227. Bayraktar, F. "İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü", Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Đzmir 2001.
228. Hinduja, S. & Patchin, J. W. (2015). Bullying Beyond the Schoolyard: Preventing and Responding to Cyberbullying (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
229. Hinduja, S. & Patchin, J. W. (2008). Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. Deviant Behavior, 29(2), 129-156.
230. Hinduja, S. & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. Archives of Suicide Research, 14(3), 206-221.
231. Akar F. Lise Öğrencilerinin Siber-Zorbalığa İlişkin Görüşlerinin Bazı Değişkenler Bakımından İncelenmesi Examination of High School Students' Opinions on Cyber-bullying in Terms of Various Variables. 2011;17(4):605–26.

232. Reimelt C, Wolff N, Hölling H, Mogwitz S, Ehrlich S, Martini J, et al. Siblings and Birth Order—Are They Important for the Occurrence of ADHD? *J Atten Disord* [Internet]. 2018;108705471877002.
233. 06-15 Yaş Grubu Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanımı Ve Medya. sayı:15866:17.11.2018.
234. Aricak T, Ph D, Siyahhan S, Uzunhasanoglu A. Cyberbullying among Turkish Adolescents. 2008;11(3):253–61.
235. Khanduri V. E (ctiveness of Educating Parents of Children with A * ention De) cit Hyperactivity Disorder (ADHD) on Children ' s Behavioral Issues and the Stress Experienced by Parents : An Integrative Review. 2017;
236. T.Lam Lawrence, Cheng ZaoHuo LX. Violent Online Games Exposure and Cyberbullying/Victimization Among Adolescents. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2013;16.3: 159-.
237. Pingault JB, Côté SM, Galéra C, Genolini C, Falissard B, Vitaro F, et al. Childhood trajectories of inattention, hyperactivity and oppositional behaviors and prediction of substance abuse/dependence: A 15-year longitudinal population-based study. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):806–12.
238. Blum K, Chen ALC, Braverman ER, Comings DE, Chen TJH, Arcuri V, et al. Attention-deficit-hyperactivity disorder and reward deficiency syndrome. Vol. 4, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008. p. 893–917.
239. PEKER A, ADA Ş, EROĞLU Y. Ergenlerde Siber Zorbaliğın Ve Mağduriyetin Yordayıcılarının İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg*. 2012;12(2):185–206.
240. Jung YE, Leventhal B, Kim YS, Park TW, Lee SH, Lee M, et al. Cyberbullying, problematic internet use, and psychopathologic symptoms among Korean youth. *Yonsei Med J*. 2014;55(3):826–30.

EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

| |
|---|
| 1) Ad ve Soyadınız: |
| 2) Yaşınız: |
| 3) Cinsiyetiniz: 1.() Kız 2.() Erkek |
| 4) Kaç kardeşsiniz: |
| 5) Ailedeki kaçınıcı çocuksunuz: |
| 6) Kaçınıcı sınıftasınız? |
| 7) Evde birlikte yaşadığınız bireyler: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) 1.() Anne 2.() Baba 3.() Kardeş 4.()Diğer..... |
| 8) Anne ve babanızın sağlık durumu: 1.() Anne sağ 2.() Anne yaşamıyor 3.() Baba sağ 4.()Baba yaşamıyor |
| 9) Anne ve babanızın medeni durumu: 1.() Beraber 2.() Ayrı / Boşanmış |
| 10) Annenizin yaşı: |
| 11) Annenizin eğitim durumu: 1.() Okuryazar Değil 5.() Lise 2.() Okuryazar 6.() Üniversite 3.() İlkokul 7.() Yüksek Lisans ve Üstü 4.() Ortaokul |
| 12) Anneniz çalışma durumu: 1.() Çalışmıyor / Ev Hanımı 2.() Esnaf / Serbest Meslek 3.() Memur 4.() Emekli 5.() İşçi 6.() Çiftçi 7.() Diğer (ise belirtiniz): |
| 13) Anneniz sigara kullanıyor mu?: 1.() Evet 2.() Hayır |
| 14) Anneniz alkol kullanıyor mu?: 1.() Evet 2.() Hayır |
| 15) Annenizin psikiyatrik bir hastalığı var mı? 1.() Evet 2.() Hayır |

| |
|--|
| 16) Evet ise nedir?: |
| 17) Babanızın yaşı: |
| 18) Babanızın eğitim durumu: 1.() Okuryazar Değil 2.() Okuryazar 3.() İlkokul 4.() Ortaokul 5.() Lise 6.() Üniversite 7.() Yüksek Lisans ve Üstü |
| 19) Babanızın çalışma durumu: 1.() Çalışmıyor 2.() Esnaf / Serbest Meslek 3.() Memur 4.() Emekli 5.() İşçi 6.() Çiftçi 7.() Diğer (ise belirtiniz): |
| 20) Babanız sigara kullanıyor mu?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 21) Babanız alkol kullanıyor mu?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 22) Babanızın psikiyatrik bir hastalığı var mı? 1. () Evet 2. () Hayır |
| 23) Evet ise nedir?: |
| 24) Ailenizin gelir düzeyi: 1.() Gelir Giderden Az 2.() Gelir Gidere Denk 3.() Gelir Giderden Fazla |
| 25) Ailenizin Sosyal Güvence Durumu: 1.() Emekli Sandığı 5.() Yeşil Kart 2.() SSK 6.() Diğer (ise belirtiniz): 3.() Bağ-Kur 7.() Yok 4.() Özel Sigortalı |

Ek 2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi
– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY)

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------|-----|-----|----------------------------------|-----|-----|-----|
| GDÖ | | | | c.Karışık-BB | | | |
| 1.Şimdiki | _____ | | | d.Hızlı döngülü | | | |
| 2.Geçmiş en kötü | _____ | | | 11.a.DSM-III-R | | | |
| 3.Geçmiş en iyi | _____ | | | b.DSM-IV | | | |
| DEPRESYON (Ek 1) | | | | 12.Siklotimi | | | |
| 1.Çökkün duygudurum | ___ | ___ | ___ | 13.BB-BTA | | | |
| 2.Disforik duygudurum | ___ | ___ | ___ | 14.Şizoaftif-manik | | | |
| 3.Değişiklik | ___ | ___ | ___ | PSİKOZ (Ek 2) | | | |
| 4.a.Uykuya dalmakta güçlük | ___ | ___ | ___ | Varsanılar | | | |
| b.Blünme | ___ | ___ | ___ | 1.a.Sözel olmayan | ___ | ___ | ___ |
| c.Erken uyanma | ___ | ___ | ___ | 1.b.Komut veren | ___ | ___ | ___ |
| d.Uyku düzeni bozukluğu | ___ | ___ | ___ | 1.c.Yorum yapan | ___ | ___ | ___ |
| e.Dinlendirmeyen uyku | ___ | ___ | ___ | 1.d.Birbiriyle konuşan | ___ | ___ | ___ |
| f.Fazla uyuma | ___ | ___ | ___ | 1.e.Sesli düşünce | ___ | ___ | ___ |
| 5.Enerji azlığı | ___ | ___ | ___ | 1.f.Diğer sözel | ___ | ___ | ___ |
| 6.a.Düşüncede yavaşlama | ___ | ___ | ___ | 2.a.Kafa içi | ___ | ___ | ___ |
| b.Kararsızlık | ___ | ___ | ___ | 2.b.Dışarıdan | ___ | ___ | ___ |
| 7.a.İştah azalması | ___ | ___ | ___ | 2.c.Her ikisi | ___ | ___ | ___ |
| b.Kilo kaybı | ___ | ___ | ___ | 3.Görsel | ___ | ___ | ___ |
| c.Artmış iştah | ___ | ___ | ___ | 4.Dokunma | ___ | ___ | ___ |
| d.Kilo alma | ___ | ___ | ___ | 5.Koku | ___ | ___ | ___ |
| 8.a.Ajitasyon | ___ | ___ | ___ | 6.Yanılsama | ___ | ___ | ___ |
| b.Psikomotor yavaşlama | ___ | ___ | ___ | 7.Kültürel kabul | ___ | ___ | ___ |
| 9.a.Değersizlik hissi | ___ | ___ | ___ | 8.Süre | ___ | ___ | ___ |
| b.Suçluluk duygusu | ___ | ___ | ___ | 9.DB ile birlikte | ___ | ___ | ___ |
| 10.Çaresizlik, karamsarlık | ___ | ___ | ___ | 10.Travma ile birlikte | ___ | ___ | ___ |
| 11.Reddedilme duyarlılığı | ___ | ___ | ___ | 11.Madde/organik ile birlikte | ___ | ___ | ___ |
| Diğer kriterler | | | | 12.Tetikleyici | ___ | ___ | ___ |
| 1.Tetikleyici | ___ | ___ | ___ | 13.Süre>1 hafta | ___ | ___ | ___ |
| 2.Mens ile belirtiler | ___ | ___ | ___ | Sanrılar | ___ | ___ | ___ |
| 3.a.Sosyal | ___ | ___ | ___ | 1.Büyüklük | ___ | ___ | ___ |
| b.Aile | ___ | ___ | ___ | 2.Suçluluk | ___ | ___ | ___ |
| c.Okul | ___ | ___ | ___ | 3.Kontrol edilme | ___ | ___ | ___ |
| 4.MDB | _____ | | | 4.Bedensel | ___ | ___ | ___ |
| 5.a.DSM-III-R | _____ | | | 4.a.Yalnızca duygulanım atağı | ___ | ___ | ___ |
| b.DSM-IV | _____ | | | 5.Nihilizm | ___ | ___ | ___ |
| 6.Mevsimsel | _____ | | | 6.Düşünce yayınlanma | ___ | ___ | ___ |
| 7.Atipik depresyon | _____ | | | 7.Düşünce sokulma | ___ | ___ | ___ |
| 8.Psikotik MDB | _____ | | | 8.Düşünce çalınma | ___ | ___ | ___ |
| 9.Şizoaftif-Dep | _____ | | | 9.Mesaj alma | ___ | ___ | ___ |
| 10.Distimi | _____ | | | 10.Zarar görme | ___ | ___ | ___ |
| 11.Distimi primer | _____ | | | 11.Düşünce okunma | ___ | ___ | ___ |
| 12.Distimi sekonder | _____ | | | 12.Referans | ___ | ___ | ___ |
| 13.BTA-DB | _____ | | | 13.Diğer | ___ | ___ | ___ |
| 14.Deprime uyum bozukluğu | _____ | | | 14.Ailesel | ___ | ___ | ___ |
| MANİ (Ek 1) | | | | 15.Birden fazla | ___ | ___ | ___ |
| 1.Büyüklük | ___ | ___ | ___ | 16.MDB ya da mani | ___ | ___ | ___ |
| 2.Basınçlı konuşma | ___ | ___ | ___ | 17.Madde/tıbbi hastalık | ___ | ___ | ___ |
| 3.Yargılama zayıflığı | ___ | ___ | ___ | 18.Çökkün/ kabarmış duygulanım | ___ | ___ | ___ |
| 4.Dikkat dağınıklığı | ___ | ___ | ___ | 19.Tetikleyici | ___ | ___ | ___ |
| 5.Fiziksel huzursuzluk | ___ | ___ | ___ | 20.Süre>1 hafta | ___ | ___ | ___ |
| 6.Alkol, madde etkisi | ___ | ___ | ___ | Diğer psikotik belirtiler | | | |
| 7.Süresi | ___ | ___ | ___ | 1.a.Künt duygulanım | ___ | ___ | ___ |
| 8.İşlevsellikte bozulma | ___ | ___ | ___ | b.Uyumsuz duygulanım | ___ | ___ | ___ |
| a.Sosyal | ___ | ___ | ___ | 2.a.Enkoherans | ___ | ___ | ___ |
| b.Ailesiyle | ___ | ___ | ___ | b.Çağrışım çözülmesi | ___ | ___ | ___ |
| c.Okulda | ___ | ___ | ___ | 3.Katatoni | ___ | ___ | ___ |
| d.Hastanede yatma | ___ | ___ | ___ | İşlevsellik | | | |
| e.Diğer | ___ | ___ | ___ | 1.okul | ___ | ___ | ___ |
| 9.a.DSM-III-R | _____ | | | 2.akran | ___ | ___ | ___ |
| b.DSM-IV | _____ | | | 3.aile | ___ | ___ | ___ |
| 10.a.Manik-BB | _____ | | | 4.öz bakım | ___ | ___ | ___ |
| b.Depresyon-BB | _____ | | | 1.Seyir a.Subkronik | ___ | ___ | ___ |
| | | | | b.Kronik | ___ | ___ | ___ |

- c.Akut-subkronik _____
d.Akut-kronik _____
e.Remisyon _____

2.Eşlik eden özellikler _____

- 1.Prognostik özellikler a.____ b. ____ c.____
2.Prognoz a.İyi_____ b.Orta _____
c.Kötü _____

PANİK (Ek 3)

- 1.Dispne _____
2.Başdönmesi _____
3.Çarpıntı _____
4.Titreme _____
5.Terleme _____
6.Boğulma hissi _____
7.Bulantı _____
8.Depersonalizasyon _____
9.Karıncaalanma _____
10.Ürperme,ateş basması _____
11.Göğüs ağrısı _____
12.Ölüm korkusu _____
13.Kontrol kaybetme korkusu _____

Diğer kriterler

- 14.Uyaran _____
15.Beklenmeyen atak _____
16.En az belirti _____
17.Atak sıklığı _____
18.Atak korkusu _____
19.Başlangıç _____
20.Agorofobi _____
21.a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____
22.a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____
23.Sınırlı belirti _____

AYRILIK KAYGISI (Ek 3)

- 1.Kabuslar _____
2.Fiziksel belirtiler _____
3.Aynılık beklentisi ile sıkıntı _____
4.Aynılıkta aşırı sıkıntı _____
5.Süre (en az 2 hafta) _____
6.Bozulma a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____
7.Tetikleyici _____
8.DSM-III-R _____
DSM-IV _____

FOBİ (Ek 3)

- 1.Fobik uyaran _____
a.Yükseklik _____
b.Karanlık _____
c.kan _____
d.köpek _____
e.diğer hayvanlar _____
f.böcek _____
g.evin dışında yalnız _____
h.kabalık _____
i.açık alan _____
j.yolculuk _____
k.asansör _____
l.diğer kapalı alan _____
m.köprü _____

n.diğer _____

- 2.Korkunun aşırılığı _____
3.Süre (6 ay ve üstü) _____
4.Bozulma a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____
5.Tetikleyici _____
6.a. DSM-III-R _____
b. DSM-IV _____
7.a.Hayvan tipi _____
b.Doğal çevre tipi _____
c.Kan _____
d.Durumsal tip _____
e.Diğer tip _____
8.Agorafobi _____
9.Agorafobili panik _____

YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)

- 1.Geçmiş davranış _____
2.Yeterlilik _____
3.Rahatlatılma _____
4.Endişeleri kontrol _____
5.a.Ağrı _____
b.Huzursuzluk _____
c.Kolay yorulma _____
d.huzursuzluk _____
e.dikkat _____
f.uyku _____
g.tedirginlik _____
6.Süre _____
7.a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____
8.Tetikleyici _____
9.DSM-III-R _____
10. DSM-IV _____

OKB (Ek 3)

- Kompulsyonlar _____
1.a.Dokunma _____
1.b.Sayma _____
1.c.Temizleme _____
1.d.Kontrol etme _____
1.e.Toplama _____
1.f.Sıralama _____
1.g.Planlama _____
1.h.Yineleme _____
1.i.Diğer _____
2.Amaç _____
3.Algılanma _____
4.Zaman harcama _____
5.a.Sosyal _____
5.b.Aile _____
5.c.Okul _____
5.d.Aşırı sıkıntı _____
Obsesyonlar _____
1.a.Bulaşma,somatik _____
1.b.Saldirgan düşünce _____
1.c.Hihilisitik düşünce _____
1.d.Simetri _____
1.e.Anlamsız ses _____
1.f.Cinsel _____
1.g.Biriktirme _____
1.h.Dinsel _____
1.i.Diğer _____

| | | | |
|---------------------|-------|-----|-----|
| 2. Anlamsız düşünce | ___ | ___ | ___ |
| 3. Baskılama | ___ | ___ | ___ |
| 4. Kaynak | ___ | ___ | ___ |
| 5. Zaman harcama | ___ | ___ | ___ |
| 6. a. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| 6. b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| 6. c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 6. d. Aşırı sıkıntı | ___ | ___ | ___ |
| 7. DSM-III-R | _____ | | |

8. DSM-IV

ADHD (E k 4)

| | | | |
|----------------------------|-------|-----|-----|
| 1. Dikkatsizlik hata | ___ | ___ | ___ |
| 2. Dinlemez | ___ | ___ | ___ |
| 3. Yönergeleri izleyemez | ___ | ___ | ___ |
| 4. İşleri düzenleyemez | ___ | ___ | ___ |
| 5. Kaçınır | ___ | ___ | ___ |
| 6. Kaybeder | ___ | ___ | ___ |
| 7. Unutkandır | ___ | ___ | ___ |
| 8. Yerinde duramaz | ___ | ___ | ___ |
| 9. Çok koşar | ___ | ___ | ___ |
| 10. Motor gibidir | ___ | ___ | ___ |
| 11. Sessizce oynayamaz | ___ | ___ | ___ |
| 12. Söz hakkı bekleyemez | ___ | ___ | ___ |
| 13. Sırasını bekleyemez | ___ | ___ | ___ |
| 14. Söz keser | ___ | ___ | ___ |
| 15. Etkinlik değiştirir | ___ | ___ | ___ |
| 16. Fazla konuşur | ___ | ___ | ___ |
| 17. Tehlikeli işlere girer | ___ | ___ | ___ |
| 18. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 19. Başlangıç yaşı | ___ | ___ | ___ |
| 20. a. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 21. (DSM-III-R) | _____ | | |
| 22. (DSM-IV) | _____ | | |
| 23. Dikkatsizlik | _____ | | |
| 24. Hareketlilik | _____ | | |
| 25. Bileşik | _____ | | |
| 26. BTA | _____ | | |

KARŞI GELME BOZUKLUĞU (E k 4)

| | | | |
|---------------------|-------|-----|-----|
| 1. Kolay kızar | ___ | ___ | ___ |
| 2. Öfkeli | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kinci | ___ | ___ | ___ |
| 4. Küfür | ___ | ___ | ___ |
| 5. Bilerek kızdırır | ___ | ___ | ___ |
| 6. Başkasını suçlar | ___ | ___ | ___ |
| 7. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 8. a. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 9. Tetikleyici | ___ | ___ | ___ |
| 10. a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | _____ | | |

DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

| | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|
| 1. Vandalizm | ___ | ___ | ___ |
| 2. Zorla giriş | ___ | ___ | ___ |
| 3. Hırsızlık | ___ | ___ | ___ |
| 4. Yangın | ___ | ___ | ___ |
| 5. Gece dışarda | ___ | ___ | ___ |
| 6. Evden kaçma | ___ | ___ | ___ |
| 7. Silah | ___ | ___ | ___ |
| 8. Eziyet | ___ | ___ | ___ |
| 9. Cinsel zorlama | ___ | ___ | ___ |

| | | | |
|--------------------------|-------|-----|-----|
| 10. Hayvanlara eziyet | ___ | ___ | ___ |
| 11. a. Soyal | ___ | ___ | ___ |
| b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 12. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 13. Grup tipi | ___ | ___ | ___ |
| 14. Tek başına | ___ | ___ | ___ |
| 15. Ayrılmamış | ___ | ___ | ___ |
| 16. Çocukluk başlangıçlı | ___ | ___ | ___ |
| 17. Ergenlik başlangıçlı | ___ | ___ | ___ |
| 18. DSM-III-R | _____ | | |

DSM - IV

| | | | |
|----------------------|-------|--|--|
| On yaş altı başlayan | _____ | | |
| On yaş üstü başlayan | _____ | | |
| Hafif belirtiler | _____ | | |
| Orta şiddette | _____ | | |
| Ciddi belirtiler | _____ | | |

ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

| | | | |
|-------------------------------|-------|-----|-----|
| 1. Sıklık | ___ | ___ | ___ |
| 2. Miktar | ___ | ___ | ___ |
| 3. Çok içme | ___ | ___ | ___ |
| 4. Fiziksel | ___ | ___ | ___ |
| 5. Tehlikeli davranış | ___ | ___ | ___ |
| 6. Psikolojik | ___ | ___ | ___ |
| 7. Mesleki | ___ | ___ | ___ |
| 8. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| 9. Yasal | ___ | ___ | ___ |
| 10. Sarhoş | ___ | ___ | ___ |
| 11. Etkinliklerin azaltılması | ___ | ___ | ___ |
| 12. Zaman harcama | ___ | ___ | ___ |
| 13. Tolerans | ___ | ___ | ___ |
| 14. Brakma | ___ | ___ | ___ |
| 15. Çekilme | ___ | ___ | ___ |
| 16. Çekilme alkol | ___ | ___ | ___ |
| 17. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 18. Kötüye kullanma | _____ | | |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |
| 19. Alkol bağımlılığı | _____ | | |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |

MADDE KULLANIMI (Ek 5)

| | | | |
|---|-------|-----|-----|
| 1. Sıklık (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 10. Etkinlik(a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 13. Brakma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 15. Çekil. madde(a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | ___ | ___ | ___ |
| 18. Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | _____ | | |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |
| 19. Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) | _____ | | |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |

ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)

- | | | | |
|-------------------------|-------|-----|-----|
| 1. Beden imgesi | ___ | ___ | ___ |
| 2. Amenore | ___ | ___ | ___ |
| 3. DSM-III-R ve DSM-IV | _____ | | |
| Kısıtlayıcı tip | _____ | | |
| Tikanircasına yeme tipi | _____ | | |

BULİMİYA

- | | | | |
|------------------|-------|-----|-----|
| 1. Kontrol kaybı | ___ | ___ | ___ |
| 2. Kiloyla uğraş | ___ | ___ | ___ |
| 3. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 4.a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |

TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)**Basit motor**

- | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|
| 1. Göz kırpması | ___ | ___ | ___ |
| 2. Yüz | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kafa | ___ | ___ | ___ |
| 4. Omuz | ___ | ___ | ___ |
| 5. Kol | ___ | ___ | ___ |
| 6. Karın | ___ | ___ | ___ |
| 7. Bacak | ___ | ___ | ___ |
| 8. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık motor

- | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|
| 1. Dokunma, vurma | ___ | ___ | ___ |
| 2. Zıplama, dönme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Ekokinezi | ___ | ___ | ___ |
| 4. Kendine zarar | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Basit ses

- | | | | |
|------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Burun, öksür, boğaz | ___ | ___ | ___ |
| 2. Horlama | ___ | ___ | ___ |
| 3. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık ses

- | | | | |
|-------------------------|-------|-----|-----|
| 1. Kendi sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 2. Başka sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kaprolali | ___ | ___ | ___ |
| 4. Hakaret | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |
| 6.a. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 7. Tourette | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |
| 8. Kronik Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |
| 9. Geçici Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |

Ek 3. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI-TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(Anne-Baba)

1.BÖLÜM

A-DİKKATSİZLİK

Sorunun Derecesi

SORUN

Yok Biraz Fazla Çok Fazla

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1.Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3.Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5.Göreve ve etkinliklerini düzenlemede güçlük çeker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi /ev ödevi gibi) kaçınır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8.Dikkati kolayca dağılır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9.Günlük etkinliklerde unutkanlıktır. | 0 | 1 | 2 | 3 |

1A bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/9
1A bölümünde alınan toplam puan/27

B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10.Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12.Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşutur ya da tırmanır (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir.) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13.Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14.Hep hareket halindedir, yada sanki motor takmış gibi davranır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15.Çok konuşur. | 0 | 1 | 2 | 3 |

DÜRTÜSELLİK

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16.Sorular soru tamamlanmadan yanıt verir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sırasını beklemekte güçlük çeker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (Başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına bununu sokar.) | 0 | 1 | 2 | 3 |

1B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/9
1B bölümünde alınan toplam puan/27

H-F-0244

2.BÖLÜM SORUN

| | Sorunun Derecesi | | | |
|--|------------------|-------|-------|-----------|
| | Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
| 19.Kontrolünü kaybeder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20.Erişkinlerle tartışır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21.Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22.Başkalarını isteyerek rahatsız eder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23.Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24.Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25.Kızgın ve güceniktir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26.Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.bölümünde karşılanan ölçüt sayısı |/8 | | | |
| 2.bölümünde alınan toplam puan |/24 | | | |

3.BÖLÜM SORUN

| | Sorunun Derecesi | | | |
|---|------------------|-------|-------|-----------|
| | Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
| İNSANLARA VE HAYVANLARA KARŞI SALDIRGANLIK | | | | |
| 27.Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Kavga dövüş başlatır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29.Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah(sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca vb) kullanır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30.İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31.Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma silahlı soygun) yapar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33.Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| MALA ZARAR VERME | | | | |
| 34.Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35.Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir(yangın çıkarma dışında) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| DOLANDIRICILIK YA DA HIRSIZLIK | | | | |
| 36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37.Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak yada sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır.) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38.Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık.) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| KURALLARI CİDDİ BİÇİMDE BOZMA | | | | |
| 39.13 yaşından önce başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Anne- babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma(yada uzun süreli dönmemişse bir kez). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3.bölümde karşılanan ölçüt sayısı |/15 | | | |
| 3.bölümde alınan toplam puan |/45 | | | |
| 1.2.3. bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı |/41 | | | |
| Her üç bölümden alınan toplam puan |/123 | | | |

Ek 4. Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği Anne-Baba Formu (ÇSÖ-ABF)

EBEVEYN DEĞERLENDİRME FORMU

Çocuğun İsmi: _____
Doğum Tarihi ____/____/____ Kardeş Sayısı: _____
Okulu: _____ Yaşı: ____ Sınıfı: _____
Cinsiyeti: Erkek _____ Kız _____
Formu Dolduranın Adı Soyadı: _____
Çocukla Yakınlığı: _____
Formun Doldurulduğu Tarih: ____/____/____

Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz. Daha sonra **geçen yıl boyunca** çocuğunuzun her davranışı ne sıklıkla gösterdiğini en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Her soru için yalnız bir işaretleme yapınız. Her soruyu cevapladığınızdan emin olunuz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca hiçbir zaman o davranışı göstermemişse **0**'i işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca ayda bir veya daha az o davranışı göstermişse **1**'i işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca haftada bir veya daha az o davranışı göstermişse **2**'yi işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca haftada 2-3 kere o davranışı göstermişse **3**'ü işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca çoğu zaman o davranışı göstermişse **4**'ü işaretleyiniz.

Aşağıdaki bölüm fiziksel temas veya kavranın olmadığı durumlara ilgilidir.

| Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi? | Hiçbir Zaman | Ayda Bir veya Daha Az | Haftada bir veya Daha az | Haftada 2-3 Kere | Çoğu Zaman |
|--|--------------|-----------------------|--------------------------|------------------|------------|
| 1. Aynı evde yaşadığı çocuklara bağırdı veya onları tersledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Aynı evde yaşadığı yetişkinlere bağırdı veya onları tersledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Aynı evde yaşamadığı akranlarına/arkadaşlarına bağırdı veya onları tersledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Aynı evde yaşamadığı yetişkinlere bağırdı veya onları tersledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Aynı evde yaşadığı çocuklara küfretti veya kötü sözler söyledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Aynı evde yaşayan yetişkinlere küfretti veya kötü sözler söyledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Aynı evde yaşamadığı akranlarına/arkadaşlarına küfretti veya kötü sözler söyledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Aynı evde yaşamadığı yetişkinlere küfretti veya kötü sözler söyledi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Aynı evde yaşadığı bir çocuğu ona vurmakla tehdit etti. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Aynı evde yaşadığı bir yetişkini ona vurmakla tehdit etti. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Aynı evde yaşamadığı akranlarını/arkadaşlarını onlara vurmakla tehdit etti. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Aynı evde yaşamadığı yetişkinleri onlara vurmakla tehdit etti. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Aşağıdaki bölüm nesne veya hayvanları kapsayan durumlarla ilgilidir.

| Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi? | Hiçbir Zaman | Ayda Bir veya Daha Az | Haftada bir veya daha az | Haftada 2-3 Kere | Çoğu Zaman |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 13. Kızgın olduğunda kapıyı hızla çarptı, sandalyeyi tekmeledi, nesnelere fırlattı veya kırdı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 14. Bir başkasının malına bilerek zarar verdi veya onu kırıp döktü. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 15. Evcil veya evcil olmayan bir hayvana sataştı, ona eziyet etti veya onu kızdırdı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 16. Evcil veya evcil olmayan bir hayvanı yaraladı veya ona işkence etti. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |

Aşağıdaki bölüm bir başkasının kavga çıkardığı veya çocuğunuzu kavgaya kışkırttığı durumlarla ilgilidir. (Örneğin bir başkasının ilk fiziksel teması başlatması).

| Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi? | Hiçbir Zaman | Ayda Bir veya Daha Az | Haftada bir veya daha az | Haftada 2-3 Kere | Çoğu Zaman |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 17. Kışkırtıldığında aynı evde yaşadığı bir çocukla kavga etti. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 18. Kışkırtıldığında aynı evde yaşadığı bir yetişkinle kavga etti. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 19. Kışkırtıldığında aynı evde yaşamadığı akran/arkadaşlarıyla kavga etti. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 20. Kışkırtıldığında aynı evde yaşamadığı bir yetişkinle kavga etti. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |

| Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi? | Hiçbir Zaman | 1-2 kere | 3-5 kere | 6-10 kere | 10'dan Fazla |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 21. Bu kavgalar hafif fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin şişler ve ezikler) | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 22. Bu kavgalar ciddi fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin dikiş atılması, kemik kırılması ya da doktor müdahalesi gerektiren olaylar) | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |

Lütfen Tanımlayın:

Aşağıdaki bölüm çocuğunuzun çıkardığı veya başlattığı kavgalarla ilgilidir (Örneğin; İlk fiziksel teması onun yapması).

| Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi? | Hiçbir Zaman | Ayda Bir veya Daha Az | Haftada bir veya daha az | Haftada 2-3 Kere | Çoğu Zaman |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 23. Aynı evde yaşadığı bir çocukla fiziksel kavgayı başlattı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 24. Aynı evde yaşadığı bir yetişkinle fiziksel bir kavgayı başlattı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 25. Aynı evde yaşamadığı akranlarıyla / arkadaşlarıyla fiziksel bir kavgayı başlattı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 26. Aynı evde yaşamadığı bir yetişkinle fiziksel bir kavgayı başlattı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |

| Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi? | Hiçbir Zaman | 1-2 kere | 3-5 kere | 6-10 kere | 10'dan Fazla |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 27. Bu kavgalar hafif fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin şişler ve ezikler) | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 28. Bu kavgalar ciddi fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin dikiş atılması, kemik kırılması ya da doktor müdahalesi gerektiren olaylar) | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |

Lütfen Tanımlayın:

Aşağıdaki bölüm silah kullanımıyla ilgili olaylara dikkati çekmektedir.

| Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi? | Hiçbir Zaman | 1-2 kere | 3-5 kere | 6-10 kere | 10'dan Fazla |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 29. Silah taşıdı (Örneğin bıçak, çakı ve tabanca). | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 30. Bir başkasını silahla tehdit etti. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 31. Kavgada silah kullandı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 32. Bir başkasını silahla yaraladı. | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| 33. Bu davranışını sadece bir çete içerisinde mi gerçekleştirdi? | <input type="text" value="EVET"/> | <input type="text" value="HAYIR"/> | <input type="text" value="UYGUN DEĞİL"/> | | |

**Ek 5. Çocuk ve Ergenlerde İnternet/Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Çocuk-
Ergen Formu)**

| |
|--|
| 1) Evinizde bilgisayarınız var mı?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 2) Evet ise kendinize ait bilgisayarınız var mı?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 3) Evinizde bilgisayarınız var ise bilgisayar çoğunlukla hangi odada durmaktadır? 1.() Salonda/Oturma odasında 2.() Çocuk odasında 3.() Diğer |
| 4) Kendinize ait akıllı cep telefonunuz var mı? 1. () Evet 2. () Hayır |
| 5) Evinizde internet erişiminiz var mı? 1. () Evet 2. () Hayır |
| 6) İnternet kullanıyor musunuz?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 7) İnternet kullanıyorsanız kaç yaşınızda internet kullanmaya başladınız?: |
| 8) İnterneti en sık nerede kullanıyorsunuz?: 1. () Evde 2. () Okulda 3. () Arkadaşlarımda 4. () İnternet kafede 5. () Diğer |
| 9) Günde ve haftada yaklaşık kaç saatinizi bilgisayar başında geçiriyorsunuz: 1. () Günde.....saat 2. () Haftadasaat |
| 10) İnterneti ne amaçla kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) 1. () Sosyal medya (Facebook, İnstagram, Twitter...) 2. () Online oyunlar 3. () Sohbet (Chat) 4. () Genel bilgi arama 5. () Eğitimle ilgili araştırma 6. () E posta (Mail) 7. () Alışveriş 8. () Bahis siteleri 9. () Gazete / Haber okuma 10. () Müzik dinleme |

| |
|--|
| 11. () Film /Dizi/ Çizgi film izleme 12. () Cinsel içerikli siteler 13. () Diğer |
| 11) Anne ve babanızın internet kullanma durumu: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) 1. () Anne 2. () Baba |
| 12) Evde internet kullanımıyla ilgili kural / kısıtlama var mı?: 1. () Evet 2. () Hayır |



Ek 6. Çocuk ve Ergenlerde İnternet/Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi (Ebeveyn Formu)

| |
|--|
| 1) Evinizde bilgisayarınız var mı?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 2) Evet ise kendinize ait bilgisayarınız var mı?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 3) Evinizde bilgisayarınız var ise bilgisayar çoğunlukla hangi odada durmaktadır? 1.() Salonda/Oturma odasında 2.() Çocuk odasında 3.() Diğer |
| 4) Kendinize ait akıllı cep telefonunuz var mı? 1. () Evet 2. () Hayır |
| 5) Evinizde internet erişiminiz var mı? 1. () Evet 2. () Hayır |
| 6) İnternet kullanıyor musunuz?: 1. () Evet 2. () Hayır |
| 7) İnternet kullanıyorsanız kaç yaşınızda internet kullanmaya başladınız?: |
| 8) İnterneti en sık nerede kullanıyorsunuz?: 1. () Evde 2. () Okulda 3. () Arkadaşlarımda 4. () İnternet kafede 5. () Diğer |
| 9) Günde ve haftada yaklaşık kaç saatinizi bilgisayar başında geçiriyorsunuz: 1. () Günde.....saat 2. () Haftadasaat |
| 10) İnterneti ne amaçla kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) 1. () Sosyal medya (Facebook, İstagram, Twitter...) 3. () Online oyunlar 4. () Sohbet (Chat) 5. () Genel bilgi arama 6. () Eğitimle ilgili araştırma 7. () E posta (Mail) 8. () Alışveriş 9. () Bahis siteleri 10.() Gazete / Haber okuma 11.() Müzik dinleme |

| |
|--|
| 12. () Film /Dizi/ Çizgi film izleme 13. () Cinsel içerikli siteler 14. () Diğer |
| 11) Anne ve babanızın internet kullanma durumu: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) 1. () Anne 2. () Baba |
| 12) Evde internet kullanımıyla ilgili kural / kısıtlama var mı?: 1. () Evet 2. () Hayır |



Ek 7. İnternet Bağımlılığı Ölçeği

| Aşağıdaki sorularda, size en uygun düşen ifadeyi (X) ile işaretleyiniz: | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Çoğu zaman | Her zaman |
|--|---------|-------|----------|------------|-----------|
| 1. Ne sıklıkla planladığımızdan daha fazla süre internette kalıyorsunuz? | | | | | |
| 2. Ne sıklıkla internette kalmak için günlük ev işlerini ihmal edersiniz? | | | | | |
| 3. Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olmak yerine interneti tercih edersiniz? | | | | | |
| 4. Ne sıklıkla internet kullanan kişilerle yeni ilişkiler kurarsınız? | | | | | |
| 5. Ne sıklıkla bir işe başlamadan önce e-postanızı (e-mail) denetlersiniz? | | | | | |
| 6. Ne sıklıkla okula devamanız internetten dolayı olumsuz etkilenir? | | | | | |
| 7. Herhangi biri internette ne yaptığımızı sorduğunda ne sıklıkla kendinizi savunur ve ne yaptığımızı gizlersiniz? | | | | | |
| 8. Çevrenizdekiler ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın fazlalığından şikâyet eder? | | | | | |
| 9. Ne sıklıkla okuldaki ders notlarınız ve ödevleriniz İnternette kalma surenizden olumsuz yönde etkilenir? | | | | | |
| 10. Hayatınız hakkında sizi rahatsız eden düşünceleri Dağıtmak için ne sıklıkla internete girersiniz? | | | | | |
| 11. Ne sıklıkla internete girmek için sabırsızlanırsınız? | | | | | |
| 12. Ne sıklıkla internetsiz hayatın, sıkıcı, bos ve eğlencesiz olacağını düşünürsünüz? | | | | | |
| 13. Biri sizi internetteyken rahatsız ettiğinde ne sıklıkla kırıcı konuşur, bağırır veya kızgın davranışlar gösterirsiniz? | | | | | |
| 14. Gece geç saatlerde internet kullanmaktan ötürü ne sıklıkta uykunuz kaçır? | | | | | |
| 15. İnternette olmadığımız zamanlarda ne sıklıkla interneti düşünür veya internete girmeyi hayal edersiniz? | | | | | |
| 16. Kendinizi ne sıklıkla internetteyken "yalnızca birkaç dakika daha" derken bulursunuz? | | | | | |
| 17. Ne sıklıkla internette harcadığımız zamanın miktarını azaltmaya çalışır ve başarısız olursunuz? | | | | | |
| 18. İnternette kaldığımız sureyi ne sıklıkla saklamaya çalışırız? | | | | | |
| 19. Ne sıklıkla başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman geçirmeyi yeğlersiniz? | | | | | |
| 20. Ne sıklıkla internette olmadığımızda kendinizi çökmüş, aksi veya sinirli hissedip, internete girince rahatlarırsınız? | | | | | |

Ek 8. Siber Zorbalık ve İnternet Saldırıcılığı Tarama Ölçeği

SİBER ZORBALIK NEDİR? Siber zorbalık, bir kişinin sürekli olarak başka birisini, internet ortamında ya da cep telefonu ve benzeri elektronik araçlar kullanarak rahatsız etmesi, ona kötü davranması ya da onunla dalga geçmesidir.

Lütfen aşağıdaki durumların gerçekleşme sıklığını işaretleyiniz.

Siber zorbalık mağduru olma

A- Başkalarının siber zorbalığa uğradıklarına tanık oldum.

Hiçbir zaman Bir defa Bir İki defa Çok kez Pek çok defa

B- Hayatımda başıma siber zorbalık geldi.

Hiçbir zaman Bir defa Bir İki defa Çok kez Pek çok defa

C- Son bir ay içerisinde siber zorbalığa uğradım.

Hiçbir zaman Bir defa Bir İki defa Çok kez Pek çok defa

D- Son bir ay içerisinde şu şekilde siber zorbalığa uğradım.

| | | Hiç | Bir defa | Bir iki defa | Çok kez | Her gün |
|---|--|-----|----------|--------------|---------|---------|
| 1 | Birisi internette benim hakkımda utanç verici ve kırıcı yorumlar yaptı | | | | | |
| 2 | Birisi internet üzerinden beni utandıracak resimlerimi gösterdi | | | | | |
| 3 | Birisi internet üzerinden beni utandıracak görüntülerimi gönderdi | | | | | |
| 4 | Birisi internette benim hakkımda utanç verici bir web sayfası yaptı | | | | | |
| 5 | Birisi internet üzerinden benim hakkımda dedikodu yaptı | | | | | |
| 6 | Birisi cep telefonuma mesaj göndererek beni tehdit etti | | | | | |
| 7 | Birisi beni internet üzerinden tehdit etti | | | | | |
| 8 | Birisi internette sanki 'benmişim' gibi yaptı ve beni utandıracak ya da küçük düşürecek şekilde davrandı | | | | | |

E-Son bir ay içerisinde aşağıda belirtilen ortamlarda siber zorbalığa maruz kaldım. (X) ile işaretleyiniz. Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Sohbet odasında | |
| 2 | Mail olarak | |
| 3 | Bilgisayardayken anlık mesajlar olarak | |
| 4 | Cep telefonu mesajları olarak | |
| 5 | Cep telefonuyla | |
| 6 | Resimli ya da görüntülü mail olarak | |
| 7 | Snapchat'de | |
| 8 | Facebook'da | |
| 9 | Myspace'de ya da facebook dışında başka sosyal paylaşım sitelerinde | |
| 10 | Twitter'da | |
| 11 | Youtube'de | |
| 12 | Sanal ortamlarda | |
| 13 | İnteraktif oyun sitelerinde (tavla, islambil, okey, satranç vb.) | |
| 14 | Playstation vb. oynarken | |
| 15 | Instagram'da | |

Siber zorba olma

A-Son bir ay içerisinde başkalarına siber zorbalık yaptım.

() Hiçbir zaman () Bir defa () Bir İki defa () Çok kez () Pek çok defa

B-Son bir ay içerisinde başkalarına aşağıda belirtilen şekillerle siber zorbalık yaptım

| | | Hiç | Bir defa | Bir iki defa | Çok kez | Her gün |
|---|--|-----|----------|--------------|---------|---------|
| 1 | Birisi hakkında internette utanç verici ve kırıcı yorumlar yaptım | | | | | |
| 2 | Birisinin onu utandıracak resimlerimi internet üzerinden gösterdim | | | | | |
| 3 | Birisinin internet üzerinden onu utandıracak görüntülerini gönderdim | | | | | |
| 4 | Birisi hakkında internet üzerinden dedikodu yaydım | | | | | |
| 5 | Birisini internet üzerinden tehdit ettim | | | | | |
| 6 | Birisini cep telefonundan mesaj göndererek tehdit ettim | | | | | |
| 7 | Birisi hakkında onu utandıracak ve küçük düşürecek bir web sayfası yaptım | | | | | |
| 8 | Birisi internette sanki 'oymuşum' gibi yaptım ve onu utandıracak ya da küçük düşürecek şekilde davrandım | | | | | |

D-Son bir ay içerisinde aşağıdaki ortamlarda siber zorbalık yaptım (X) ile işaretleyiniz. Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Sohbet odasında | |
| 2 | Mail olarak | |
| 3 | Bilgisayardayken anlık mesajlar olarak | |
| 4 | Cep telefonu mesajları olarak | |
| 5 | Cep telefonuyla | |
| 6 | Resimli ya da görüntülü mail olarak | |
| 7 | Snapchat'de | |
| 8 | Facebook'da | |
| 9 | Myspace'de ya da facebook dışında başka sosyal paylaşım sitelerinde | |
| 10 | Twitter'da | |
| 11 | Youtube'de | |
| 12 | Sanal ortamlarda | |
| 13 | İnteraktif oyun sitelerinde (tavla, islambil, okey, satranç vb.) | |
| 14 | Playstation vb. oynarken | |
| 15 | Instagram'da | |

Ek 9. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/09/2017-E. 50327



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Yrd.Doç.Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.09.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan 3 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunanm.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 3

Protokol No : 2017/1221

Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA
Çocuk, Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Çocuk, Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA'nın "Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık ilişkisinin değerlendirilmesi" başlıklı klinik araştırmasının 24.08.2017 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 08.09.2017 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 10. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)-OLGU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın amacı Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde patolojik internet kullanımı, saldırganlık ve siber zorbalık ilişkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Çocuğun dikkatini toplama, düzenini sürdürmede zorlanma, eşya ve oyuncakları sık kaybetme, aldığı sorumluluk ve görevleri unutma gibi dikkat problemleri, sırasını beklemede güçlük, isteklerini erteleyememe, acelecilik, başkalarının sözlerini kesme gibi dürtüsel davranışlar, yaşlarına göre belirgin olarak fazla olan, günlük işlevlerde sorun oluşturan hareketlilik gibi belirtileri içermektedir.

Patolojik(sorunlu) internet kullanımı, internet kullanımı isteğinin önüne geçilememesi, internette olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksunluk (uzak kalma, ulaşamama) durumunda aşırı sinirlilik ve saldırganlık olması, bu durumun sosyal, aile ve meslek yaşamını giderek bozması şeklindeki sorunlu internet kullanımınıdır.

Saldırganlık ise kişinin kendisine, başkalarına, eşyalara veya çevreye ani zarar verme niyetiyle olan davranışlarını tanımlar.

Zorbalık, bir kişinin başka bir kişiye sürekli fiziksel ya da ruhsal olarak zarar verici davranışlarda bulunmasıdır. Elektronik iletişim araçları (bilgisayar, telefon gibi) kullanılarak e-posta, anlık mesajlaşma gibi yollarla bir sohbet odasında, bir internet sayfasında ya da cep telefonları aracılığıyla mesaj veya görüntü gönderilmesi yoluyla yapılan zorbalığa ise siber zorbalık denilmektedir. Siber zorbalığa uğrayan kişi kendini bu kasıtlı saldırganlıktan koruyamaz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 10-18 yaş arasında olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, klinik olarak zihinsel açıdan yeterliliği olduğu düşünülen ve kronik tıbbi ya da nörolojik hastalığın olmaması, çocuk psikiyatristi tarafından yapılan psikiyatrik muayene sonucuna göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmamış olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çocuk psikiyatristi tarafından hem siz ebeveynler ile hem de çocuk ile görüşülüp çocuğunuzun psikiyatrik tanılarını saptamaya yönelik bir görüşme yapılacaktır. Bunun için doktorunuz tarafından size ve çocuğunuza sorular sorulacaktır. Size ve çocuğunuza bilgisayar/internet kullanımı alışkanlıklarınızı değerlendirmek için İnternet/ Bilgisayar Kullanımı Değerlendirme Anketi verilecektir. Çocuğunuza internet kullanım sıklığı ve internet kötüye kullanımını ölçen testler uygulanacaktır. Daha sonra siz ebeveynlerinin doldurması istenen çocuğunuzun dikkat eksikliği/hareketlilik, karşı olma, saldırganlık belirtilerine yönelik 41 maddeden oluşan iki sayfalık ve 33 maddeden oluşan üç sayfalık formu işaretlemeniz istenecektir. Anketlerin nasıl doldurulacağı doktorunuz tarafından ayrıntılı bir şekilde uygulama sırasında anlatılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuz ile ilgili doğru bilgiler vermeniz (bilgisayar/internet kullanımı, psikiyatrik görüşme sırasında çocuğunuz ile ilgili gözlemlerinizi) sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60 çocuktur.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 15 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 2 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Ancak çocuğunuzda saptanan psikiyatrik tanılar ile ilgili araştırmacı sizi poliklinik muayenesi ve tedavi için yönlendirebilir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavisinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tanının (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) tedavisinde uygulanabilecek çeşitli tedavi yöntemleri vardır ancak bu çalışma bir tedavi müdahalesi içermediği için tedavi ile ilgili bir girişimde çocuğunuza bulunulmayacaktır. Araştırmacı tedavi açısından sizi ilgili doktora yönlendirdiğinde tedaviler ile ilgili bilgiyi ondan alabilirsiniz.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05308818251 no.lu telefondan Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

| GÖNÜLLÜNÜN | | İMZASI |
|-------------------------|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| ADRESİ | | |
| TEL. & FAKS | | |
| TARİH | | |

| VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN | | İMZASI |
|---|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| ADRESİ | | |
| TEL. & FAKS | | |
| TARİH | | |

| ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ | | İMZASI |
|---|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| TARİH | | |

| GEREKİĞİ DURUMLARDA TANIK | | İMZASI |
|----------------------------------|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| GÖREVİ | | |
| TARİH | | |