



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA EKTRAN BAĞIMLILIĞI SIKLIĞI, DİJİTAL
EBEVEYNLIK FARKINDALIĞININ BELİRLENMESİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. YAĞMUR GÜZEL
UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2023



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA EKTRAN BAĞIMLILIĞI SIKLIĞI, DİJİTAL
EBEVEYNLIK FARKINDALIĞININ BELİRLENMESİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. YAĞMUR GÜZEL
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞRT. ÜYESİ MASUM ÖZTÜRK

DİYARBAKIR-2023

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince bilgisini ve tecrübesini esirgemeyen, tez çalışmam boyunca gece gündüz demeden tüm sorularıma cevap veren, her ihtiyacım olduğunda yanımda olan, beni cesaretlendiren, sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim değerli tez hocam Dr. Öğrt. Üyesi Masum ÖZTÜRK'e, Yine eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Hasan KANDEMİR, Doç. Dr. Şermin YALIN SAPMAZ, Doç. Dr. Tuğba ÇOBANOĞLU, Dr. Öğrt. Üyesi Ömer KARDAŞ ve Dr. Öğrt. Üyesi. Fatma SUBAŞI TURGUT' a, Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm Dicle Üniversitesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışma arkadaşlarıma, Hayatımın her anında olduğu gibi tez çalışmam süresince de yanımda olan ve varlığı ile motivasyon kaynağım sevgili eşim Doç. Dr. Tuncay GÜZEL'e, Her zaman destekçim olduklarını bildiğim çok sevdiğim canım aileme, İçten sevgi ve teşekkürlerle...

Ekim, 2023

Yağmur Güzel

ÖZET

Giriş ve Amaç: DEHB tanısı olan çocuklar, dürtü düzenleme, zaman yönetimi, görev organizasyonu ve önceliklendirme ile ilgili sorunlar yaşarlar. Bu çocuklar, sağlıklı çocuklara kıyasla kendi medya kullanımlarını sınırlama ve denetleme konusunda daha fazla zorluk yaşar ve video oyunlarında daha fazla zaman geçirme eğilimindedirler. Bu çalışmada DEHB tanısı olan çocuklarda problemli medya kullanım düzeyinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve DEHB’li olgularda problemli medya kullanımı ile ilişkili faktörlerin (DEHB şiddeti, ebeveynlerin dijital medya ile ilgili tutumları, duygusal ve davranışsal problemler) araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DEHB tanısı olan 95 hasta ve bilinen psikiyatrik bozukluğu olmayan 90 sağlıklı kontrol alınmıştır. DEHB tanısı için K-SADS-PL-DSM-5 (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And Lifetime Version) kullanılmıştır ve tüm ebeveynlere Young İnternet Bağımlılığı Testi, Problemli Medya Kullanım Ölçeği, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, Conners Ebeveyn Dereceleme Ölçeği ve Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: DEHB grubunda problemli internet kullanım skorlarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). DEHB şiddeti, somatik yakınmalar ile dijital ebeveyn farkındalığı alt boyutlarından dijital ihmal ve olumsuz model olma’nın DEHB grubunda problemli medya kullanımını predikte ettiği saptanmıştır ($p<0.001$, $\beta = 0,259$, $R=\%53.4$).

Sonuç: Çalışmamızda DEHB’nin problemli medya kullanım riskini arttırdığı, ebeveynlerinin dijital medya konusundaki tutum ve davranışlarının çocuklarda ekran bağımlılığına katkı sağlayan önemli faktör olduğu saptanmıştır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: DEHB, İnternet Bağımlılığı, Dijital Ebeveynlik Farkındalığı, Somatik Yakınmalar, Duygusal ve Davranışsal Sorunlar

ABSTRACT

Introduction and Objective: Children with ADHD have problems with impulse control, time management, organizing tasks, and setting priorities. These children have more difficulty limiting and controlling their own media use and tend to spend more time playing video games compared to healthy children. The aim of this study was to compare the levels of problematic media use in children with ADHD with healthy controls and to examine the factors associated with problematic media use in ADHD cases (ADHD severity, parental attitudes toward digital media, emotional and behavioral problems).

Method: The study included 95 patients with ADHD and 90 healthy controls with no known psychiatric disorder. The K-SADS-PL-DSM-5 (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version) was used for ADHD diagnosis, and the Young Internet Addiction Test, Problematic Media Use Scale, Bergen Social Media Addiction Scale, Child Behavior Checklist (CBCL), Conners Parent Rating Scale, and Digital Parenting Awareness Scale were used for all parents.

Results: Problematic Internet use scores were found to be higher in the ADHD group than in the control group ($p=0.001$). ADHD severity, somatic complaints, and digital neglect and negative modeling from the digital parental awareness subscales predicted problematic media use in the ADHD group. ($p < 0.001$, $\beta = 0,259$, $R^2 = \%53.4$).

Conclusion: Our study found that ADHD increases the risk of problematic media use and that parental attitudes and behaviors toward digital media are important factors contributing to screen addiction in children.

KEYWORDS: ADHD, Internet Addiction, Parental Awareness of Digital Media, Somatic Complaints, Emotional and Behavioral Problems

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
EKLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Davranışsal Bağımlılık	2
2.1.1. İnternet bağımlılığı tarihçesi	3
2.1.2. İnternet bağımlılığı tanımı	4
2.1.3. İnternet bağımlılığı epidemiyoloji	8
2.1.4. İnternet bağımlılığı etiyoloji	10
2.1.5. İnternet bağımlılığı risk faktörleri	14
2.1.6. İnternet bağımlılığı tedavi	15
2.2. Dijitalleşen Ebeveyn-Çocuk İlişkisi	17
2.2.1. Genel ebeveynlik	17
2.2.2. İnternete/medyaya özgü ebeveynlik	18
2.3. İnternet Bağımlılığı Komorbid Durumlar	21
2.3.1. Fiziksel sorunlar	21
2.3.2. Psikiyatrik sorunlar	22
2.4. DEHB ve İnternet Bağımlılığı İlişkisi	23
2.4.1. DEHB tanımı ve tanı kriterleri	23
2.4.2. DEHB etiyoloji	27
2.4.3. DEHB epidemiyoloji	28
2.4.4. DEHB tedavi	28
2.4.5. DEHB ve internet bağımlılığı	32
3. YÖNTEM VE GEREÇ	34
3.1. Yöntem	34
3.1.1. Çalışma tasarımı	34
3.1.2. Örneklem	34
3.2. Gereçler	36
3.2.1. Sosyodemografik veri formu	36
3.2.2. Young internet bağımlılığı testi- kısa formu (YİBT)	36
3.2.3. Dijital ebeveynlik farkındalık ölçeği	36
3.2.4. Problemlili medya kullanım ölçeği-ebeveyn formu(PMKÖ)	37
3.2.5. Bergen sosyal medya bağımlılığı ölçeği	37
3.2.6. Conner's ebeveyn derecelendirme ölçeği-yenilenmiş kısa formu	38
3.2.7. 6-18 yaş çocuklar için davranış değerlendirme ölçeği (ÇDDÖ)	38
3.3. İstatistiksel Analiz	39
4. BULGULAR	40

4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
4.1.1. DEHB alt tip dağılımı	40
4.1.2. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımları	40
4.1.3. DEHB grubundaki olguların kullandığı ilaçlar.....	41
4.1.4. Olguların kendilerine ait elektronik medya cihazı dağılımı	42
4.1.5. Olguların en sık tercih ettiği medya cihazı dağılımı	42
4.1.6. Olguların kendi odalarında medya cihazı bulunma durumu	44
4.1.7. Annelerin yaş durumu	44
4.1.8. Annelerin eğitim, iş, ruh sağlığı durumu.....	44
4.1.9. Annelerde ruhsal hastalık varlığı	45
4.1.10. Babaların yaş durumu.....	46
4.1.11. Babaların eğitim, iş ve ruh sağlığı durumu.....	46
4.1.12. Babalarda ruhsal hastalık varlığı.....	47
4.2. DEHB ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması	48
4.2.1. Conner's ebeveyn derecelendirme ölçeği skorlarının karşılaştırılması.....	48
4.2.2. PMKÖ skorları ve ortalama ekran süresi karşılaştırılması.....	48
4.2.3. Olguların annelerinin ekran süresi, Young internet bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı ölçeği skorlarının karşılaştırılması.....	49
4.2.4. Dijital ebeveynlik farkındalık ölçeği skorlarının karşılaştırılması.....	50
4.2.5. Çocuklar için davranış değerlendirme ölçeği (ÇDDÖ) alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	51
4.2.6. DEHB grubunda PMKÖ skorları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki ...	52
4.2.7. DEHB grubunda PMKÖ ve ÇDDÖ alt ölçek skorları arasındaki ilişki	52
4.2.8. DEHB grubunda PMKÖ ile dijital ebeveyn farkındalığının karşılaştırılması.....	53
4.2.9. DEHB grubundaki annelerin dijital ebeveyn farkındalığı ile ekran süreleri, sosyal medya ve internet bağımlılıklarının karşılaştırılması.....	53
4.2.10. DEHB grubundaki annelerin dijital ebeveynlik farkındalığı ile ÇDDÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki	54
4.2.11. Çocuklarda problemlili internet kullanımını predikte eden faktörler.....	55
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇLAR.....	69
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	89

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
ÇDDÖ	: Çocukluklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği
DEF	: Dijital Ebeveyn Farkındalığı
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Basım
EEG	: Elektroensefalografi
FDA	: ABD Gıda ve İlaç İdaresi
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL-DSM-5	: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version, DSM-5
PMKÖ	: Problemlili Medya Kullanım Ölçeği
SMBÖ	: Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
YİBT	: Young İnternet Bağımlılığı Testi

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	89
Ek 2. Young İnternet Bağımlılığı Testi-Kısa Form.....	91
Ek 3. Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği.....	92
Ek 4. Problemlı Medya Kullanım Ölçeği (Kısa Form)	93
Ek 5. Bergen Sosyal Medya Ölçeği.....	95
Ek 6. Yenilenmiş Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form	96
Ek 7. 6-18 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	98



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Yaş'a göre çocukların evde ekran medyasını kullanarak geçirdikleri günlük ortalama süre (saat: dakika).....	10
Tablo 2. Çocuk ve ergenlerin sosyal medya kullanımına eşlik eden sorunlar.....	23
Tablo 3. DEHB alt tipleri dağılımı.....	40
Tablo 4. Olguların yaş durumu.	40
Tablo 5. Olguların cinsiyet dağılımları.	41
Tablo 6. DEHB grubundaki olguların kullandığı ilaçlar.	42
Tablo 7. Olguların kendilerine ait elektronik medya cihazı dağılımları.	42
Tablo 8. Olguların en sık tercih ettiği medya cihazı dağılımı.	43
Tablo 9. Olguların kendi odalarında medya cihazı bulunma durumu.	44
Tablo 10. Annelerin yaş durumu.....	44
Tablo 11. Anne eğitim, iş ve ruh sağlığı durumu.	45
Tablo 12. Olguların annelerinde ruhsal hastalık varlığı.	46
Tablo 13. Olguların babalarının yaş durumu.	46
Tablo 14. Babaların eğitim, iş ve ruh sağlığı durumu.	47
Tablo 15. Babalarda ruhsal hastalık varlığı.	47
Tablo 16. DEHB ve kontrol grubunda Conner's ebeveyn derecelendirme ölçeği skorlarının karşılaştırılması.	48
Tablo 17. PMKÖ ve ekran süreleri karşılaştırılması.....	49
Tablo 18. Annelerin ekran sürelerinin karşılaştırılması.	50
Tablo 19. Dijital ebeveyn farkındalık ölçeği skorlarının karşılaştırılması.	50
Tablo 20. ÇDDÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.	51
Tablo 21. DEHB grubunda PMKÖ skorları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki. ..	52
Tablo 22. DEHB grubunda PMKÖ ve ÇDDÖ alt ölçek skorları arasındaki korelasyon.	52
Tablo 23. DEHB grubunda PMKÖ ile dijital ebeveynlik farkındalık ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki.	53
Tablo 24. DEHB grubundaki annelerin dijital ebeveyn farkındalığı ile ekran süreleri, sosyal medya ve internet bağımlılıkları arasındaki korelasyon.....	54
Tablo 25. DEHB grubunda annelerin dijital ebeveynlik farkındalığı ile ÇDDÖ alt ölçeklerin korelasyonu.	55
Tablo 26. Problemleri internet kullanımını predikte eden faktörler.	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İnternet bağımlılığının nöropsikolojik zincir modeli (43).....	13
Şekil 2. İnternet bağımlılığı için predispozan ve koruyucu faktörler.	15
Şekil 3. Olguların cinsiyet dağılımları.	41
Şekil 4. Hasta grubundaki olguların en sık tercih ettiği elektronik cihazlar.	43
Şekil 5. Kontrol grubundaki olguların en sık tercih ettiği elektronik cihazlar.	43



1. GİRİŞ VE AMAÇ

DEHB, gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplum, okul veya işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir bozukluktur (1). Çocukluk çağı başlangıçlı yaygın nörogelişimsel bir hastalık olup okul çağı çocuklarında %5-8 prevalans oranları bildirilmektedir (2). DEHB herhangi bir laboratuvar bulgusu ya da özgün bir tanı testi olmayan, tanısı klinik olarak konan bir bozukluktur. DEHB tanısı, aile ve çocuk ile yapılan görüşme ve klinik gözlem, psikiyatrik ve nörolojik değerlendirme ve çeşitli ölçeklerden faydalanılarak konmaktadır (3). DEHB tanısı konan çocuk ve ergenler, anında ödüle oldukça duyarlı oldukları, bazen öz yeterlilikten yoksun oldukları ve sıklıkla duygusal ve bilişsel öz düzenlemeleri zayıf olduğu için internet bağımlılığı geliştirmeye yatkın görünmektedirler (4). İnternet bağımlılığı olan çocuk ve ergenlerin, bağımlı olmayan akranlarına göre 2,5 kat daha fazla DEHB'si olduğu bildirilmiştir (5). Medya araçları her ne kadar günlük hayatımızın vazgeçilmez bir parçası olsa da problemlili kullarımlarının çocuklar üzerindeki olası olumsuz etkileri ebeveynlerin kaygılarını arttırmaktadır. Ebeveynler dijital dünyada sorumluluklarının neler olduğu, çocuklarını nasıl koruyacakları ve anne-baba rollerini nasıl konumlandıracaklarına yönelik bilgi arayışına girmektedir. Bu arayışın neticesinde karşımıza dijital teknolojilerin çocuklar açısından risk ve fırsatlarının farkında olunarak, dijital dünyada çocuklarını kontrol edebilen ve onlara olumlu rol model olunan bir kavram olarak dijital ebeveynlik kavramı karşımıza çıkmaktadır (6) .

Bizim çalışmamızda, DEHB tanılı çocuklarda ekran bağımlılığı düzeyini belirlemek, DEHB şiddeti ve eşlik eden duygusal ve davranışsal sorunların ekran bağımlılığı üzerine olan etkisini incelemek, ebeveynlerin dijital ebeveynlik farkındalığının boyutlarını belirlemek, dijital ebeveynlik farkındalık düzeyini cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş, akıllı telefon-tablet kullanım süresi ve ebeveynlerde internet bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığının dijital ebeveynlik ile olan ilgisini incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Davranışsal Bağımlılık

Bağımlılık, beynin ödül, motivasyon, hafıza ve ilgili devrelerin birincil, kronik bir hastalığıdır. Bu devrelerdeki işlev bozukluğu, karakteristik biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal sonuçlara yol açar. Bu durum madde kullanımı ve diğer davranışlarla patolojik olarak ödül ve/veya rahatlama peşinde koşan bireye yansımaktadır (7).

Bağımlılık, sürekli olarak yoksun kalamama, davranışsal kontrolde bozulma, craving (aşerme), kişinin davranışları ve kişilerarası ilişkilerle ilgili önemli sorunları tanımlamada azalma ve işlevsel olmayan bir duygusal tepki ile karakterize edilmektedir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, bağımlılık da sıklıkla belirtilerde nüksetme ve hafifleme döngülerini içerir. Tedavi veya iyileştirme faaliyetlerine katılma olmadan, bağımlılık ilerleyicidir ve morbidite veya erken ölümle sonuçlanabilir (8).

Davranışsal bağımlılıkların ortaya çıkışı, psikiyatride görece yeni bir kavramdır (9). Davranışsal bağımlılıklar terimi altında yer alan bozuklukların birçoğunun yıllardır var olmaları sebebiyle, 2010 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, psikiyatrik tanıların resmi sınıflandırmasına davranışsal bağımlılıklar terimini eklemeyi önermiştir (10). Psikoaktif madde alımının yanı sıra bir dizi potansiyel olarak riskli davranışın, kişinin olumsuz sonuçları anlamasına ve farkında olmasına rağmen kalıcı davranışlarla sonuçlanabilecek kısa vadeli ödüller ürettiğini gösteren güçlü ampirik destekler vardır (10). Amerikan Psikiyatri Birliği , Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Bağımlılık Tıbbı Derneği, davranışsal bağımlılıklar olarak karakterize edilen bu tür bozuklukların değişen derecelerde ve farklı ancak benzer etkilere sahip olduğunu kabul etmiştir (10).

Davranışsal bağımlılıklar biyopsikososyal modellerle daha iyi anlaşılabilir (9). Davranışsal bağımlılıkların temel özelliği, bireyin dürtülere ve çeldirici faktörlere karşı koyamamasında yatmaktadır; bu dürtülere karşı koyulamaması halinde zararlı sonuçlar doğurabilir. Daha önce, davranışsal bir bağımlılık yaşayan bireyler arasında bulunan 6 temel öge dile getirilmiştir; Bunlar

belirginlik (etkinlik çok değerli hale gelir ve diğer etkinliklere göre öncelikli olur), duygudurum değişikliği (davranışa verilen duygusal tepki; bu, davranışta bulunulurken bir adrenalın patlaması şeklinde olabilir veya bir azalmaya yol açabilir), tolerans (istenen duygudurum değişikliği düzeyine ulaşmak için artan miktarlarda davranış ihtiyacı), yoksunluk belirtileri (aktiviteyi azaltırken veya durdururken hoş olmayan duygular veya fizyolojik geri çekilme belirtileri), çatışma (diğer etkinliklerle veya kişilerle çatışmalar) ve nüksetme (nispeten yüksek oranda ilk davranışa geri dönme) (11). Bu temel öğelerin her biri, tüm davranışsal bağımlılıklarda bulunabilmektedir (12).

Belirli bazı davranışlar, kısa vadeli ödüller üretebilir. Bu, olumsuz sonuçlara rağmen davranış üzerindeki kontrolün azalmasına yol açtığında, davranışın kendisi psikoaktif bir madde yerine bağımlılığın kaynağı olabilir. Örneğin patolojik kumar, en iyi karakterize edilen davranışsal bağımlılıktır. Benzer kısa vadeli ödüller üretebilecek diğer davranışlar arasında kompulsif satın alma, cinsel bağımlılık ve aşırı internet kullanımı yer almaktadır (13). Hangi davranışların davranışsal bağımlılık olarak dahil edileceği konusunda tartışmalar vardır, çünkü bazıları dürtü kontrol bozuklukları olarak daha iyi sınıflandırılabilir. Artan kanıtlar, problemli internet kullanımının davranışsal bir bağımlılık olarak kavramsallaştırılması gerektiğini göstermektedir (13). Davranışsal bağımlılığın tipik başlangıcı ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmakta ve hafiflemeler ve alevlenmelerle birlikte kronik bir seyir izlemektedir (14).

2.1.1. İnternet bağımlılığı tarihçesi

1970’de MIT (Massachusetts Institute of Technology), Harvard Üniversitesi, BBN ve SDC şirketleri, 1971’de de Amerikan Uzay ve Havacılık Dairesi (NASA) bu ağa eklenmiştir. 1979’da ilk bilgisayar haber grupları ortaya çıkmış ve IBM (International Business Machines) şirketi BITNET sistemini yaratmıştır. Başlangıçta kullanımı oldukça zor olan internet sadece bilim adamları, bilgisayar uzmanları ve mühendisler tarafından kullanılırken kişisel, ev ya da ofis bilgisayarları bulunmamaktaydı. Bu dönemde sadece e-posta amacıyla kullanılan internet, World

Wide Web (www)'in 1991 yılında kurulmasıyla insanlar arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırmıştır (15).

2.1.2. İnternet bağımlılığı tanımı

Günümüz çocukları ve gençleri çeşitli medya içeriklerine maruz kalmakta, internet, radyo, televizyon ve gazetelerdeki içeriklere ulaşabilmektedir. Sansasyonel haberler, medyanın kâr etmesini sağlamak ve medya içeriğinin genç kullanıcılarında çeşitli biçimlerde medya bağımlılığına yol açabilen tüketiciliği güçlendirmek için kullanıcıları çekmek için sıklıkla kullanılır (16).

“Günümüzün dijital dünyasında, teknoloji kullanımı ile kötüye kullanım arasında ince bir çizgi var gibi görünüyor. Pek çok kişinin İnternet alışkanlıkları aşırı görünebilir: yastığın altında bir akıllı telefonla uyumak, bir kişiyle yüz yüze konuşurken bir başkasıyla mesajlaşmak veya bir cenaze töreninden tweet atmak gibi. Ancak bazı insanlar bu ince çizgiyi bir adım daha aşarak internet kullanımı ve kötüye kullanımından internet bağımlılığına kadar ilerlemektedir (17). Ancak bu durum halen farklı isimlerle anılmaktadır: İnternet bağımlılığı, problemlili internet kullanımı, kompulsif internet kullanımı, sanal bağımlılık, patolojik internet kullanımı ve internetin kötüye kullanımı gibi (18).

2.1.2.1. Goldberg internet bağımlılığı tanı ölçütleri

1995'te psikiyatrist Ivan Goldberg, PsyCom.net'te İnternet bağımlılığı hakkında komik bir yazı yayınladı. Goldberg paylaşımında 'memnuniyete ulaşmak için internette belirgin şekilde artan süre ihtiyacı' ve 'parmakların istemsiz daktilo hareketleri' gibi semptomları tanımladı. Goldberg şaka yapıyorken, diğer profesyoneller ciddi bir şekilde bunun olup olmadığını süreç içerisinde sorgulamaya başladılar (17). Bu sürecin devamında 1996 yılında Goldberg tarafından DSM IV'te yer alan madde bağımlılığı ölçütlerinden yola çıkılarak “İnternet Bağımlılığı” tanımlanmıştır (19) .

Goldberg'e göre on iki aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşağıdakilerin 3'ü veya daha fazlasıyla kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz internet kullanımı;

1. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanan tolerans gelişimi.
 - a) İstenen hazzın alınabilmesi için belirgin olarak artmış internet kullanım süresi
 - b) Sürekli olarak aynı sürelerde internet kullanımı ile alınan hazda azalma olması
2. Aşağıda tanımlanan şekilde yoksunluk gelişmesi.

Ağır ve uzun süreli internet kullanımı sonunda aşağıdakilerden en az 2 tanesinin günler içinde ortaya çıkması (1 ay içinde ortaya çıkabilir) ve kişilerin bunlardan dolayı iş, sosyal ve önemli işlevsel alanlarda sıkıntı yaşamaması.

- a) Psikomotor ajitasyon
 - b) Bunaltı
 - c) İnternette neler olduğu hakkında takıntılı düşünceler
 - d) İnternet hakkında fanteziler ve hayal kurma
 - e) İsteyerek ya da istemeyerek tuşlara basma hareketi yapma
 - f) Bu sıkıntılı durumlardan kurtulmak için internete veya benzeri servislere bağlanma
3. İnternet kullanımının genellikle planlandığından daha uzun süreler alması
 4. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için sürekli bir istek veya boşa çıkan çabalar
 5. İnternet ile ilgili eylemlere çok uzun süreler ayırma (kitap almak, yeni web tarayıcıları ve programları denemek, dosyaları düzenlemek vb.)
 6. İnternet kullanımı nedeniyle önemli toplumsal mesleki etkinlikler veya boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır veya azaltılır.
 7. İnternet kullanımı, yol açtığı sorunlara (uykusuzluk, sorumluluk gerektiren eylemlere geç kalma vb.) rağmen aşırı olarak devam eder.

2.1.2.2. Young internet bağımlılığı tanı ölçütleri

Young, patolojik İnternet kullanımı için tanı anketleri oluşturmak üzere Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı 4. baskısında (DSM-IV) patolojik kumar oynamanın tanı kriterlerini değiştirmiştir. Patolojik İnternet kullanımını, meşgul olma, tolerans, geri çekilme, kontrol edememe, amaçlanandan daha uzun süre kullanma, işlevsel bozulma, yalan söyleme ve kaçma dahil olmak üzere sekiz karakteristik semptomdan beş veya daha fazlasına sahip olmak olarak tanımlamıştır (20). Young bunlara dayanarak, İnternet bağımlılığını değerlendirmek için onaylanmış ilk araç olan Young İnternet Bağımlılığı Testini (YİBT) geliştirmiştir. YİBT'nin psikometrik özellikleri, hem ayakta tedavi hem de yatarak tedavi ortamlarında kullanılabilen, İnternet bağımlılığının derecesi ve kapsamının güvenilir ve geçerli bir ölçüsü olduğunu göstermektedir (21).

Young patolojik kumar oynama kriterlerini değiştiren Tanısal Anket olarak adlandırılan sekiz maddelik kısa bir anket geliştirmiştir(20):

1. Kendinizi İnternet ile meşgul hissediyor musunuz (önceki çevrimiçi etkinliği düşünün veya bir sonraki çevrimiçi oturumu tahmin edin)?
2. Doyuma ulaşmak için interneti artan sürelerde kullanma ihtiyacı hissediyor musunuz?
3. İnternet kullanımını kontrol etmek, azaltmak veya durdurmak için defalarca başarısız çabalar gösterdiğiniz oldu mu?
4. İnternet kullanımını kesmeye veya azaltmaya çalışırken kendinizi huzursuz, karamsar, depresif veya sinirli hissediyor musunuz?
5. Başlangıçta amaçladığınızdan daha uzun süre çevrimiçi kalıyor musunuz?
6. İnternet yüzünden önemli bir ilişki, iş, eğitim veya kariyer fırsatını tehlikeye attınız mı veya kaybetme riskini göze aldınız mı?
7. İnternetle ne kadar ilgilendiğinizi gizlemek için aile üyelerine, bir terapistle veya başkalarına yalan söylediniz mi?
8. İnterneti problemlerden kaçmak için mi yoksa rahatsız edici bir ruh halinden (çaresizlik, suçluluk, kaygı, depresyon gibi) kurtulmak için mi kullanırsınız?

- Beş veya daha fazla kritere "evet" yanıtı veren katılımcılar bağımlı İnternet kullanıcıları (Bağımlılar) olarak sınıflandırıldı ve geri kalanlar bu çalışmanın amaçları doğrultusunda bağımlı olmayan İnternet kullanıcıları (Bağımlı Olmayanlar) olarak sınıflandırıldı.

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Basım (DSM-5)'da İnternet Oyun Oynama Bağımlılığı Tanı Ölçütleri:

Mayıs 2013'te yayınlanan DSM-5'te 'ileri araştırma gerektiren durumlar' başlığı altında 'İnternet Oyun Oynama Bozukluğu' için önerilen tanı kriterleri tanımlanmıştır:

- a) İnternet oyunları ile meşgul olma (birey önceki oyun etkinliği hakkında düşünür veya bir sonraki oyunu oynamayı bekler; İnternet oyunları günlük yaşamda baskın etkinlik haline gelir);
 - b) İnternet kesildiğinde yoksunluk belirtileri (tipik olarak sinirlilik, kaygı, üzüntü);
 - c) Tolerans (aynı "zirveye" ulaşmak için internet oyunlarında artan miktarda zaman harcama ihtiyacı);
 - d) İnternet oyunlarına katılımı kontrol etmeye veya azaltmaya yönelik başarısız girişimler;
 - e) İnternette oyun oynamak dışında daha önce eğlenceli olan etkinliklere karşı ilgi kaybı;
 - f) Negatif psikososyal problemlerin bilinmesine rağmen aşırı kullanımın devam etmesi;
 - g) Oyun oynamaya harcanan zamanla ilgili olarak aile üyelerini, terapistleri veya başkalarını kandırma
 - h) Disforik ruh halinden kaçmak veya iyileştirmek için internet oyunlarının kullanılması
 - i) İnternet kullanımı nedeniyle tehlikeye atılan veya kaybedilen ilişkiler, işler, eğitim fırsatları.
- Son 12 ayda bu belirtilerden 5 veya daha fazlasının varlığı ile birlikte sürekli, uyumsuz ve yineleyici internet kullanımı gereklidir (22).

Ancak, internette oyun oynama bozukluğu problemleri internet kullanımının tüm biçimlerini kapsamaz. Diğer çevrimiçi etkinlikler de benzer bir bağımlılık

potansiyeline sahiptir (13). Ek olarak DSM-V Madde Bağılantılı Bozukluklar Çalışma Grubu raporunda, internet bağımlılığının da patolojik kumar gibi olası bir “madde dışı bağımlılıklar” kategorisine aday olabileceği öne sürülmüştür. Ancak internet bağımlılığı için tanı kriterleri DSM-5 çalışma grubu tarafından sağlanmamıştır. İnternet bağımlılığına odaklanan daha fazla ampirik veri gereklidir (23).

2.1.3. İnternet bağımlılığı epidemiyoloji

Yetişkinlerle karşılaştırıldığında çocuk ve ergenlerin, yenilik arayışı yüksek ancak öz denetimleri düşük olduğundan ve akran etkisine karşı özellikle hassas olduklarından İnternet bağımlılığına karşı daha savunmasızdırlar (24).

Son on yılda medyanın gelenekselden daha yeni dijital medya biçimlerine doğru evrimi, medya kullanım kalıplarında değişikliklere neden olmuştur. Örneğin 1970 yılında çocuklar 4 yaşında düzenli olarak televizyon izlemeye başlarken, günümüzde çocuklar 4 aylıkken dijital medya ile etkileşime girmeye başlamaktadır. Yeni medya platformları ve sosyal medya, çocukların medya diyetlerine dahil edildiğinden, son 20 yılda televizyon izleyerek geçirilen saatler yavaş yavaş azalmıştır (25). Ağırlıklı olarak TV'ye odaklanan ekranların kullanımına ilişkin ilk çalışmaların aksine, sorunlu (bağımlılık yapan) ekran kullanımına ilişkin mevcut araştırmalar ağırlıklı olarak interneti hedeflemektedir (26).

Küçük çocuklarda, akıllı telefonlar ve tablet bilgisayarlar gibi mobil cihazların kullanımı, Kaiser Aile Vakfı'nın 0-8 yaşındaki çocukların teknoloji kullanımları hakkında araştırmaya ilk başladığından bu yana önemli ölçüde artmıştır (27). Örneğin, 2011'de 0 ila 8 yaş arası çocukların %52'sinin bir mobil cihaza erişimi varken, 2013 itibarıyla, bu erişim 0-8 yaş arası çocukların %75'ine kadar yükselmiştir (27). Ayrıca, 2 yaş altı çocukların %9'unun her gün mobil cihaz kullanması ve 8 yaş ve altındaki çocukların %42'sinin kendi tabletine sahip olması ile medya kullanım alışkanlıkları çok erken şekillenmektedir (28). Kentsel, düşük gelirli, azınlık topluluklarında bile, 6 ay ile 4 yaş arasındaki tüm çocukların %96,6'sı mobil cihaz kullanmıştır ve bunların çoğu 1 yaşından önce başlamıştır (29).

İnternet zaman içerisinde genel nüfus tarafından, özellikle çocuklar ve ergenler tarafından kullanılan en popüler ortam haline gelmiştir. Çocukların en sevdikleri oyuncaklarla oynamak kadar bilgisayar kullanmaları da yaygındır. Çalışmalar, İnternet kullanan öğrencilerin yüzdesinin, örneğin ABD'de 1996 ile 2001 arasında %24,5'ten %79,5'e çarpıcı bir şekilde arttığını göstermiştir (30). Düzenli olarak çevrimiçi olan İnternet kullanıcı sayısının 2009'da 1,5 milyarı aştığı ve bunların %19'unun Çin'de olduğu saptandı (31) .

İnternet bağımlılığının yaygınlık tahminleri, bölgesel/kültürel farklılıkların katkısının yanı sıra metodolojik farklılıklar ve tanısal konsensüs eksikliği nedeniyle de değişiklikler göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerinde yapılan anketler, yaygınlığın %1,5 ile %8,2 arasında olduğunu göstermektedir (32).Avrupa'daki büyük bir örneklemede (11 Avrupa ülkesinde 11.356 ergen) problemli internet kullanımı insidansının %4,4 oranında olduğu saptanmıştır (33). Yapılan araştırmalarda, Yunan ergenlerin %8,2'sinde , Norveç'te genç erkeklerde %3 ila %4 arasında, Almanya'daki ergenlerde %1,5 ila %3,5 arasında, Çinli ergenlerin %19.1'inin internet bağımlılığı olduğu tespit edilirken, internet bağımlılığı prevalansının yaşam boyu %1 oranında olduğu saptanmıştır (13, 23).

2.1.3.1. Ekran süresi terimi

Çok fazla ekrana maruz kalma nedeniyle “ekran süresi” terimi ortaya çıkmıştır. Bağımlılığın yanı sıra, ekranlara bağlanma çocukları ve gençleri farklı şekillerde etkilemektedir. EUKids Online Hırvatistan 2017 anketinin gösterdiği gibi, 9 ila 17 yaş arası neredeyse her üç çocuktan biri, çevrimdışı tanışmadıkları kişilerle çevrimiçi iletişim kurmaktadır (16). Bu bilgi, çocukların, hatta daha küçük olanların, tanımadıkları kişiler de dahil olmak üzere sosyal ağlarda başkalarıyla sosyalleşmeye ve iletişime odaklandıklarını göstermektedir. Çocukların internet ve Facebook'taki davranışları üzerine yapılan araştırmada, çocukların büyük çoğunluğunun Facebook'u günde birçok kez ziyaret ettiği ve günde birkaç saate kadar internette vakit geçirdiği saptanmıştır (16).

Araştırmalar, dünyadaki çocukların medya kullanımı için günde altı saatten fazla zaman harcadıklarını göstermektedir. Birçok araştırma, çocukların okula

başlamadan önce bile medya kullanımında birkaç bin saat harcadıklarını ve bu süre zarfında on binlerce şiddet içeren içeriğe ve yüzbinlerce reklama maruz kaldıklarını ortaya koymuştur (16). Bu noktada, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003 yılında yapılan araştırmaların çocukların halihazırda 1023 saati TV ekranlarına, 900 saati ise okul sıralarında geçirdiklerini gösterdiğini vurgulamak gerekir (34). Bu tür veriler göz önüne alındığında, medyanın bir nevi çocukların eğitimsi olduğunu söylemek yanlış ya da garip olmayacaktır. Yapılan bir ankette, 0 ila 8 yaşındaki çocukların günde ortalama 3 saat ekran medyası kullandığını, özellikle TV veya video izlediği gösterilmiştir (Tablo 1) (35).

Tablo 1. Yaşa göre çocukların evde ekran medyasını kullanarak geçirdikleri günlük ortalama süre (saat: dakika).

	Hepsi	< 2 yaş	2-5 yaş arası	6-8 yaş arası
Televizyon	1:46	0:59	2:01	1:52
Bilgisayar	0:25	0:02	0:20	0:42
Video oyunları (Oyun konsolları)	0:18	-	0:14	0:31
Tablet	0:14	0:02	0:16	0:17
Video oyunları (Taşınabilir)	0:11	0:01	0:10	0:18
Akıllı telefonlar	0:10	0:03	0:13	0:11
Toplam	3:04	1:15	3:13	3:52

2.1.4. İnternet bağımlılığı etiyojisi

Birçok psikolojik, nörobiyolojik ve kültürel etkilere odaklanmış hipotezler olsa da İnternet bağımlılığının kesin nedeni henüz bilinmemektedir. Herhangi bir psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, etiyojisi genellikle multifaktöryeldir ve birçok mekanizmayı içerir.

2.1.4.1. Bilişsel davranış teorisi

Davis'e göre bilişsel davranış teorisi, patolojik İnternet kullanımının başlamasını ve devam etmesini açıklayabilir (36). Bu model, spesifik ve genelleştirilmiş patolojik İnternet kullanımı arasında ayırım yapmaktadır. Spesifik patolojik İnternet kullanımı, İnternette kumar oynama, alışveriş veya pornografi gibi

İnternet üzerindeki belirli işlevlerin kötüye kullanılmasını içerir. Davis, İnternet yoksa veya mevcut değilse, bu belirli davranışların muhtemelen başka bir alanda sergileneceğini savunmaktadır (36). Genelleştirilmiş patolojik İnternet kullanımı, sohbet odaları, Web'de gezinme veya e-posta gibi İnternet alanı dışında var olamayacak daha küresel bir İnternet davranışları kümesini ifade eder. Bilişsel davranış modeli, uyumsuz bilişlerin genelleştirilmiş patolojik İnternet kullanım davranışlarının gelişimi için kritik olduğunu öne sürmektedir. Uyumsuz biliş örnekleri arasında kendinden şüphe duyma, kendine odaklı ruminasyon, düşük öz yeterlik ve olumsuz öz değerlendirmeler yer alır. Genelleştirilmiş patolojik internet kullanımı bilişleriyle birlikte ortaya çıkan işlevsel olmayan davranışlar arasında işte, okulda veya kişisel ilişkilerde olumsuz sonuçlara yol açan sorunlu internet kullanımı; İnternet kullanımı hakkında yalan söylemek veya inkar etmek ve interneti kişinin sorunlarından (örneğin depresyon, yalnızlık vb.) kaçmak için kullanması yer almaktadır (37). Zamanla, genelleştirilmiş patolojik İnternet kullanımı bilişleri ve davranışları yoğunlaşır ve olumsuz sonuçlar üretmeye devam ederek öz-değer duygusunun azalmasına ve sosyal geri çekilmenin artmasına neden olur. Genelleştirilmiş patolojik İnternet kullanımının semptomları kötüleştikçe, mevcut psikopatolojileri şiddetlendirerek kısır bir işlevsiz döngüye neden olur (37).

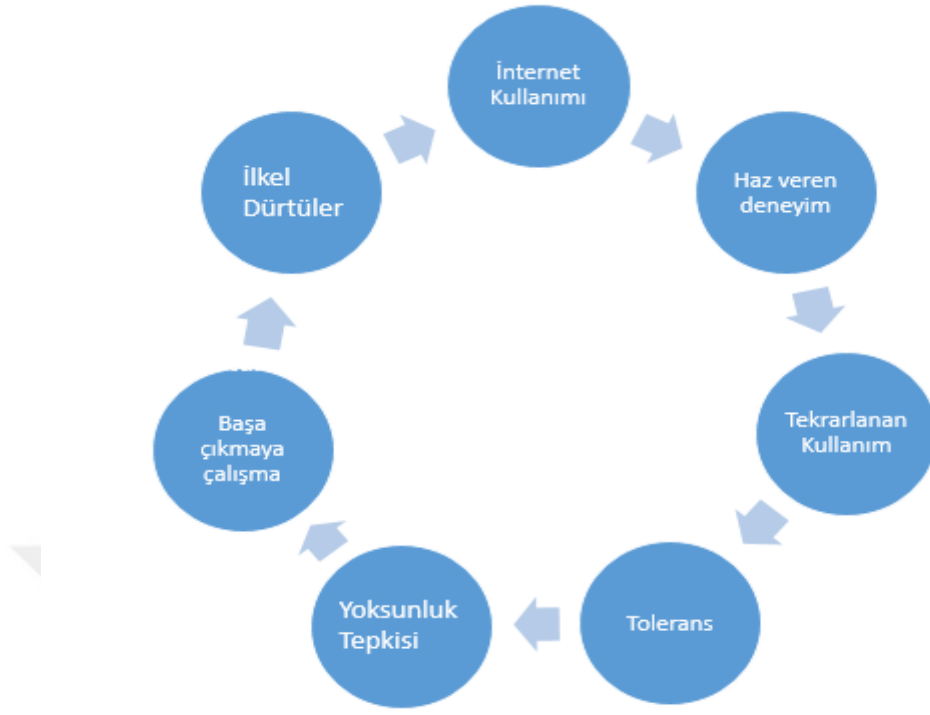
2.1.4.2. Sosyal beceri eksikliği teorisi

Caplan, eksik sosyal becerilere atıfta bulunan açıklayıcı bir teori geliştirmiştir. İlk varsayımı, yalnız ve depresif bireylerin sosyal yeterlilikleri hakkında olumsuz görüşlere sahip olduğudur (38). İkinci varsayım, bilgisayar aracılı iletişimin, kendisini sosyal yeterlilik açısından düşük gören kişiler için özellikle çekici olan birkaç özelliğinin olduğudur; bilgisayar aracılı iletişim etkileşimleri, insanlara yüz yüze iletişime göre kendilerini tanıtmada konusunda daha fazla esneklik sağlar ve kişi olumsuz veya zararlı olduğunu düşündüğü bilgileri atlayabilir veya düzenleyebilir. Aynı zamanda kişinin kendisinin olumlu yönlerini uydurması, abartması veya yoğunlaştırması için daha büyük bir fırsat vardır. Bu nedenle, bazı kişiler için İnternet, başkalarının onlar hakkında sahip olduğu izlenimler üzerinde kontrol uygulayabilecekleri bir yeri temsil eder (38). Bilgisayar aracılı iletişim, daha

kolay, daha az riskli (örneğin, daha fazla anonimlik, artan özel öz-farkındalık duygusu ve daha düşük toplumsal öz-farkındalık duygusu) ve yüz yüze iletişimden daha heyecan verici iletişim modeli olması sebebiyle tercih edilmektedir. Morahan-Martin ve Schumacher'in belirttiği gibi, "İnternet sosyal olarak özgürleştirici ve sosyal iletişimin antidepresanı" olabilmektedir (39).

2.1.4.3. Nörobiyolojik teoriler

Beynin ödül devresini anlamadaki gelişmeler, birçok görüş ayrılığını etkileyen bir teorinin yolunu açtı: Etkilenen kişi, belirli bir maddeye veya aktiviteye değil, ilgili beyin tepkisine bağımlıdır (40). Bu nedenle, internet bağımlılığının yaygın olarak kabul edilen bağımlılıklarla nörobiyolojik benzerlikleri bulunduğu saptanmıştır. İnternet bağımlılığı, madde bağımlılığı ve kumar bağımlılığı arasındaki belirgin fenomenolojik örtüşme, " ödül sistemleri"nin bu bozuklukların temelinde yer almasıdır. Kötüye kullanılan maddeler ve uyarıcı dijital teknoloji, girdinin beyin tarafından nasıl alındığına göre farklılık gösterse de, her ikisi de hazzın deneyimlendiği, pekiştirildiği ve düzenlendiği ortak bir yolu uyarıyor gibi görünmektedir: Mezokortikolimbik dopamin sistemi (41). Bu alandaki işlev bozukluğu, tüm madde kullanım bozukluklarında ve davranışsal bağımlılıklarda beklenen bir durumdur. Dopaminin, 'davranışsal bağımlılıkları' (örneğin, patolojik kumar oynama, İnternet bağımlılığı) teşvik ettiği iddia edilen 'ödül bağımlılığında' rol oynadığı teorize edilmiştir. Pallanti ve ark. İnternet bağımlılığı üzerine yapılan çalışmaların çoğunun, bu ve diğer bağımlılıklar için yüksek risk altında oldukları düşünülen ergen denekleri içerdiğini gözlemlemiştir. Normal nörogelişim sırasında frontal, kortikal ve subkortikal monoaminerjik sistemin olgunlaşmamışlığının, 'ödül motivasyonunun bozulmasıyla ortaya çıkan bozuklukların temeli' olarak kabul edilen ergen dürtüselliliğinin altında yer alan mekanizma olduğu varsayılmıştır (42). CYAND Psikolojik Gelişim Enstitüsü müdürü Ying, internet bağımlılığı davranışını açıklamak için bir nöropsikolojik zincir modeli önerdi (43) .



Şekil 1. İnternet bağımlılığının nöropsikolojik zincir modeli (43).

2.1.4.4. Kişilerarası ilişkiler teorisi

Kişilerarası ilişki teorisi, insanların içinde yaşadıkları ve kendi varlıklarına sahip oldukları karmaşık ilişkilerden asla ayrı tutulamayacağını savunur. Harry Stack Sullivan'ın ortaya attığı bu teori, kişilerarası süreçlerle ilgili olarak sosyal kaygıyı ayrıntılı olarak inceler ve bir bireyin kaygı düzeyinin, o kişinin yaşamının erken döneminde çevresinde olanların kaygı düzeyinin doğrudan bir ürünü olduğunu öne sürer. Bakımverenden alınan tüm kaygı, "kötü ben" veya "ben olmayan" kişileştirmelerine ve kaygı içermeyen durumlar ise "iyi ben" kişileştirmesine dayanır. Oluşan bu benlik imgeleri ("iyi ben", "kötü ben" ve "ben değilim") yaşamın sonraki dönemlerinde ergenin akran ilişkileri kalıplarına yansır. Bu bağlamda, bakımveren-çocuk ilişkisindeki sevgi, sıcaklık ve desteğin çocuğun akranları ile olumlu ilişkiler kurması ile doğrudan ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Sosyal kaygı düzeyindeki yükseklikler, ebeveyn-çocuk arasında kurulan olumsuz ilişkiler ise bireyde internet bağımlılığı oluşma riskini artırmaktadır (44).

2.1.5. İnternet bağımlılığı risk faktörleri

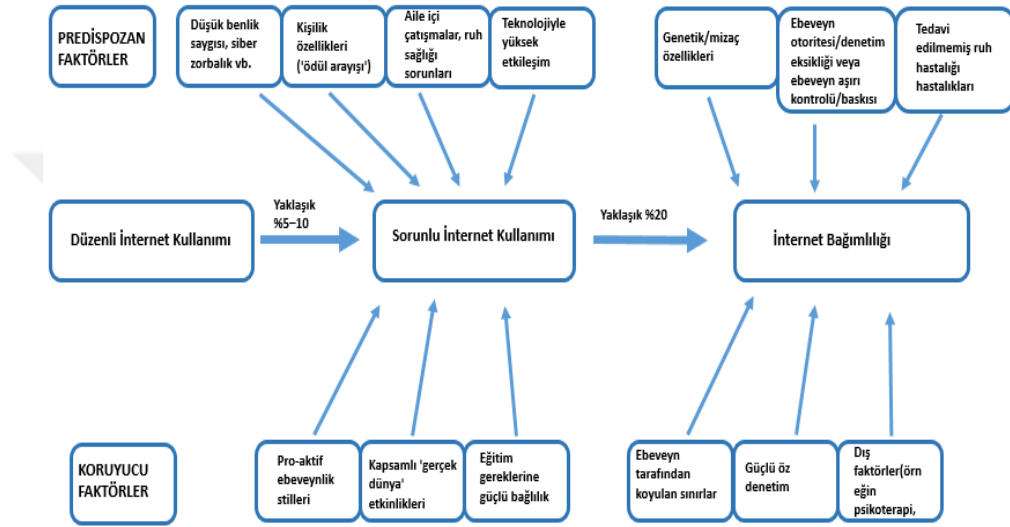
Cinsiyet, internet bağımlılığı semptomları veya şiddeti ile ilgili olarak en sık çalışılan değişkenlerden biridir. Bu bağlamda yapılan bir çalışma, 34 ülkeden 115 bağımsız örneği gözden geçirdi ve erkeklerin kadınlara göre internet bağımlılığına karşı daha yatkın olduğu gözlemlendi (45). 2059 Çinli ergenden oluşan bir grupta yapılan başka bir çalışma, internet bağımlılığı şiddeti konusunda erkeklerin kızlardan önemli ölçüde daha yüksek puan aldığını ortaya koymuştur (46). Benzer şekilde, birçok ülkede ve birçok farklı örnekleme yapılan çalışmalar erkeklerde internet bağımlılığı kadınlardan yüksek saptanmıştır (47). Problemlerli internet kullanımının ayrı bir tanı mı yoksa altta yatan bir ruh sağlığı sorununun belirtileri mi olduğu konusunda araştırmalar devam etmektedir. Çeşitli davranışsal bağımlılıklar ile dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) arasındaki ilişkiyi inceleyen sistematik bir inceleme, internet bağımlılığı kriterlerini karşılayan bireyler arasında çok yüksek bir yüzdede (%26,8 ile %83,3 arasında) DEHB tanısının eşlik ettiğini bildirmiştir. Benzer şekilde, sorunlu akıllı telefon kullanımı olanlarda anksiyete ve depresif bozuklukları inceleyen sistematik bir inceleme, depresyon şiddetinin sürekli olarak artan sorunlu akıllı telefon kullanımıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ek olarak, otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin, nörotipik bireylere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek düzeyde kompulsif internet kullanımı sergiledikleri ve kullanımlarının olumsuz etkilerini deneyimleme olasılıklarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (48).

Aile içi şiddet, ebeveyn bağımlılığı (madde kötüye kullanımı veya kumar sorunları), ebeveyn ihmali, psikolojik istismar ve travmatik deneyimlerin de internet bağımlılığı için risk oluşturduğu gözlemlenmiştir (49).

Çeşitli çalışmalar, internet bağımlılığı riski açısından bazı kişilik özellikleri üzerinde durmuştur. Bu özellikler arasında yüksek keşif heyecanı, düşük ödül bağımlılığı eşiği, heyecan arayışı ve saldırganlık yanı sıra düşük benlik saygısı ve yalnızlık yer almaktadır (13). Kişisel faktörler, internet bağımlılığı geliştirme olasılığını etkileyebilir. Kanıtlar, sosyal engellemeleri veya eksiklikleri olan bireylerin, sosyal çatışma riskinin azaltan veya ortak temalara odaklanan "senaryolu" konuşmaları takip etme yeteneği nedeniyle, çevrimiçi iletişimi yüz yüze etkileşime

tercih etme eğiliminde olduğunu göstermektedir. İnternet bağımlılığına yol açabilecek en önemli faktörlerden biri de “gelişmeleri kaçırma korkusu” (FOMO) dur. Akranlarının güncellemelerini izlerken kişinin sosyal medya aracılığıyla güncelleme yapması gerektiği, aksi takdirde fark edilemeyeceği veya dahil edilemeyeceği endişesi, bağımlılık oluşma riskini arttırmaktadır (41).

Ek olarak internet bağımlılığı için predispozan ve koruyucu faktörler aşağıdaki şekil üzerinden modellenmiştir (50) (Şekil 2).



Şekil 2. İnternet bağımlılığı için predispozan ve koruyucu faktörler.

2.1.6. İnternet bağımlılığı tedavi

Henüz resmi olarak kabul edilmiş bir tanı olmadığı düşünüldüğünde, internet bağımlılığı için kanıtlarla desteklenen tedavi stratejileri çok kısıtlıdır (51). İnternet bağımlılığı için önerilen müdahalelerin çoğu, kişisel klinik deneyime, küçük anekdot çalışmalarına veya randomize çift kör tasarımı olmayan çalışmalara dayanmaktadır (51).

Müdahale ile ilgili ayrıntılara girmeden önce, dikkatli bir klinik değerlendirme ve komorbid durumların değerlendirilmesi esastır. Örneğin, depresif bir çocuk, çevrimdışı etkileşimler ve görevler ile özgüvenini artırmak için sanal bir yaşam sürmeye başlayabilir, bu nedenle depresyonu tedavi etmek, bu çocuğun tedavi planında bir öncelik olacaktır (51). Ek olarak, ebeveynler erkenden sınırlar koymaya,

uygun davranışı modellemeye, bir davranış sorunlu hale geldiğinde uyarı işaretlerini tanımaya ve aşırı kullanımı değiştirmeye ve/veya durdurmaya teşvik edilmelidir. İnternet kullanımı, oyun oynama ve akıllı telefon kullanımı için zaman sınırlamaları genellikle bireyin yaşına, mevcut boş zamana ve davranışın sosyal etkileşimlere ve okul performansına müdahale edip etmediğine bağlıdır (10).

2.1.6.1. Psikolojik müdahaleler

Dünya çapında, internet bağımlılığı, toplum temelli danışmanlıktan multidisipliner ayakta tedavi kliniklerine ve yatılı hasta programlarına kadar değişen psikolojik yaklaşımlar kullanılarak tedavi edilmektedir (48). Etkili tedavi, eşlik eden ruhsal ve davranışsal sağlık sorunlarının tanımlanması ve altta yatan koşulların yönetiminin optimize edilmesiyle başlamaktadır. İnternet bağımlılığında, hafif ile orta derecede fonksiyonel bozukluk yaşayan hastalar için, okulda kalmalarına ve normal yaşam tarzlarına dönmelerine izin veren ayaktan tedavi yönetimi en etkili olabilir (48). Randomize kontrollü çalışmaların sistematik bir incelemesi ve meta-analizi, grup danışmanlığı, bilişsel davranışçı terapi (BDT) veya spor müdahalesi ile tedavi edilen hastalarda psikopatolojik semptomlarda saptanan azalmalarla birlikte internet bağımlılığında da önemli derecede azalmalar olduğunu göstermiştir (52). Ayaktan tedavi başarısız olursa, yatılı programlar daha yüksek düzeyde bakım sunmaktadır. Young, Bradford, Pensilvanya'daki Bradford Bölgesel Tıp Merkezi'ndeki İnternet Bağımlılığı Merkezi, iyileşme çabalarına yardımcı olmak için hasta eğitimi ve BDT den oluşan 72 saatlik bir dijital detoksifikasyon aracılığıyla internet bağımlılığını tedavi eden ilk yatılı tedavi programı olarak bilinmektedir (48).

2.1.6.2. Farmakolojik müdahale

İnternet bağımlılığı tedavisi için farmakolojik tedavinin etkinliğini değerlendiren çok az sayıda çalışma vardır. Bununla birlikte, stimulan ve stimulan olmayan ilaçların, DEHB komorbiditesi olan hastalarda internet bağımlılığının tedavisinde etkili olabileceğine dair klinik kanıtlar vardır. Bir çalışmada, 8 haftalık bir süre boyunca uzatılmış salımlı metilfenidat ile tedavi edilen DEHB ve eşlik eden

internet bağımlılığı olan 62 çocuk arasında internet bağımlılığı şiddetinde ve internet kullanım sürelerinde önemli azalmalar görülmüştür (53). Benzer şekilde, DEHB ve komorbid internet bağımlılığı olan hastaları metilfenidat veya atomoksetin almak üzere randomize eden bir kontrol çalışması, internet bağımlılığı semptomlarında karşılaştırılabilir azalmalar gösterdi; metilfenidat ile tedavi edilen hastalar DEHB semptomlarında daha fazla azalma yaşarken, atomoksetin alan hastaların ise Çocuk Depresyon Envanteri puanlarında daha fazla iyileşmeler saptandı (54). İnternet bağımlılığı ve eşlik eden yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluğu olan hastalarla ilgili bir çalışmada, psikiyatrist tarafından reçete edilen çeşitli ilaçları (antidepresanlar, anksiyolitikler, stimulanlar ve/veya antipsikotikler) alan hastalar, aynı anda BDT alırken her iki anksiyetenin ölçümlerinde de önemli iyileşmeler yaşamıştır. Çeşitli problemleri medya kullanımı formlarının tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmış diğer farmakolojik seçenekler arasında essitalopram, sitaopram, bupropion, olanzapin, ketiapin, naltrekson ve memantin yer alır (48).

2.2. Dijitalleşen Ebeveyn-Çocuk İlişkisi

Ebeveynlik ve aile dinamiklerinin, ekran kullanımını hem etkilediğini hem de bundan nasıl etkilendiğini anlamak, çocuk sağlığına ve gelişimine fayda sağlayacak müdahaleler açısından önem arz etmektedir. Aile, çocuk gelişiminin en kalıcı ve merkezi ortamıdır. Aile faktörleri, ergen İnternet bağımlılığının başlamasında ve yoğunlaşmasında merkezi bir rol oynamaktadır (55).

2.2.1. Genel ebeveynlik

Genel ebeveynlik, birçok çocuk/ergen riskli davranışını etkiler ve bu davranışlar arasında uyuşturucu kullanımı, antisosyal, saldırgan veya suçlu davranışlar, akademik performans, benlik saygısı, öz yeterlilik, depresyon, kaygı yer almaktadır. Ergen riskli davranışı bağlamında genel ebeveynlikle ilgili çoğu araştırma, ebeveynliğin iki farklı (ortogonal) bileşenini varsayan Baumrind'in teorisine dayanmaktadır: (1) ebeveyn sıcaklığı, "ebeveynlerin çocukların özel ihtiyaç ve taleplerine uyumlu, destekleyici ve boyun eğici davranarak bireyselliği, öz

düzenlemeyi ve kendini ortaya koymayı kasıtlı olarak geliştirme derecesi” anlamına gelen yanıt verebilirlik veya destekleyicilik ve (2) ebeveynlerin "olgunluk talepleri, gözetimi, disiplin çabaları ve itaat etmeyen çocukla yüzleşme istekliliği yoluyla çocukların aile bütünü ile bütünleşmesini" ne ölçüde arzuladıklarına atıfta bulunan, talepkarlık veya katılığa benzer ebeveyn kontrolü (26). Düşük/yüksek ebeveyn sıcaklığı ve kontrolünün kombinasyonları ayrıca dört genel ebeveynlik stilini ayırt etmeyi sağlar: otoriter (yüksek sıcaklık, yüksek kontrol), otoriter (düşük sıcaklık, yüksek kontrol), izin verici/hoşgörülü (yüksek sıcaklık, düşük kontrol) ve ihmalkar (düşük sıcaklık, düşük kontrol). Otoriter ebeveynlik, madde kullanımı ve diğer riskli davranışlar da dahil olmak üzere olumsuz sonuçların çoğu için en faydalı model olarak kabul edilir (56).

Çocuklar/ebeveynler tarafından genellikle ebeveyn sıcaklığı olarak yansıtılan iyi bir ebeveyn-çocuk ilişkisinin daha düşük internet bağımlılığı riski ile ilişkili olduğu görülmektedir. Genel popülasyon çalışmalarında ebeveyn sıcaklığı/bakımı ile internet bağımlılığı arasında negatif ilişkiler bulunmuştur (26). Ebeveyn sıcaklığı ve kontrolünün birleşimi, yani otoriter ebeveynlik, özellikle her iki ebeveyn tarafından da benimsendiğinde, ergen internet bağımlılığı olasılığını önemli ölçüde azaltıyor gibi görünmektedir.

Aksine, internet bağımlılığının en yüksek prevalansı, otoriter anneleri olan, yani yüksek düzeyde kontrol ve düşük düzeyde sıcaklık sergileyenler ve ihmalkar babaları olan, yani hem kontrol hem de sıcaklık düzeyleri düşük olanlarda bulunmuştur. Bu, ebeveynlikte sıcaklık ve kontrol arasındaki etkileşimin karmaşık olduğunu ve anneler ve babalar için farklı şekilde çalışabileceğini düşündürmüştür (26).

2.2.2. İnternete/medyaya özgü ebeveynlik

Yetişkinlerin %70'inden fazlası sosyal medyayı kullanmaktadır ve %27'si mobil cihazlarına "bağımlı" hissettiklerini bildirmektedir. Sosyal medya, yetişkinler için olumlu sosyal deneyimler sağlayabilir. Bununla birlikte, bazı ebeveynler dijital medyayı aşırı kullanabilir. Örneğin araştırmalar, ebeveynlerin kendi televizyon izlemelerinin, ebeveyn-çocuk etkileşimlerinden ve çocuklarının oyunundan

uzaklaştırdığını göstermiştir. Ebeveynlerin mobil cihazları yoğun şekilde kullanması, ebeveynler ve çocuklar arasında daha az sözlü ve sözsüz etkileşimle ilişkilidir ve daha fazla ebeveyn-çocuk çatışması ile ilişkilendirilebilir (25).

20. yüzyılın ortalarında televizyonun aile yaşamına hakim olmaya başlamasıyla birlikte araştırmalar, ebeveynlerin çocuklarını bu ortamın yaratabileceği olumsuz etkilere karşı nasıl koruyabileceklerine odaklanmıştır. İnternetin hızla yaygınlaşmasıyla birlikte, ebeveynlerin endişeleri çocuklarının çevrimiçi ekran kullanımına kaymaktadır. Bugün, ebeveynler için büyük bir zorluk, çocuklarını zararlı çevrimiçi etkinliklere girmekten nasıl koruyabilecekleridir (57).

Valkenburg ve ark. (1999) tarafından üstlenilen, çocukların televizyon izlemesinde ebeveyn aracılığına ilişkin temel çalışma, üç ebeveyn arabuluculuk stratejisi belirledi: kısıtlayıcı arabuluculuk, öğretici arabuluculuk ve sosyal birlikte izleme. "Kural koyma" olarak da bilinen kısıtlayıcı arabuluculuk, ebeveynlerin sınırlar koymasını ve televizyon kullanımını sınırlamasını kapsıyordu. Örneğin, ebeveynler izlemek için zaman sınırları belirleyebilir veya ergenlerin belirli içeriği izlemesini kısıtlayabilir. Öğretici ("aktif" veya "yorumlayıcı" olarak da bilinir) arabuluculuk, bakıcıların gençlerle medya içeriğini tartışmasını içeriyordu. Örneğin, ebeveynler bir programın belirli yönlerinin gerçekçi olmadığını vurgulayabilirler. Son olarak, sosyal birlikte izleme, ebeveynlerin içerik tartışmasına katılmadan çocuklarıyla birlikte medya içeriğini izlemesi anlamına geliyordu (58).

Ebeveyn arabuluculuğu üzerine yapılan araştırmalar, bazı biçimlerin çocukların bilişsel ve sosyal gelişimi için yararlı olabileceğini ve aynı zamanda etkileri orta düzeyde olsa da medyanın olumsuz etkilerini hafifletmede başarılı olabileceğini bulmuştur. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, hem kısıtlayıcı hem de aktif arabuluculuğun saldırgan davranış, madde kullanımı ve cinsel davranış gibi olumsuz medya etkilerini azaltabildiğini, bunun aksine birlikte izlemenin (tartışma olmadan) medya etkilerini artırma veya kolaylaştırma eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur (59).

Aile rolleri ve ebeveyn medya kullanım alışkanlıkları da dahil olmak üzere genel aile ortamı çocukların ekran izlemesinin muhtemel belirleyicileridir. Örneğin, medya merkezli ebeveynleri olan ailelerde, çocukların günlük ekran sürelerinin daha fazla olduğu ve ekran maruziyetinin yatak odalarında da devam etme olasılıklarının

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ek olarak, medya merkezli ebeveynlerin medyayı çocuklarıyla bağlantı kurmanın ve çocuklarını gün içinde meşgul etmenin veya yatmadan önceki hazırlığın bir yolu olarak kullanma olasılıkları daha yüksektir. Bu ailelerin daha düşük sosyoekonomik tabakalardan olma, daha düşük eğitim düzeyine sahip olma, azınlık ırk ve/veya etnik kökene sahip olma, depresif ebeveynlere sahip olma, tek ebeveynli hanelere sahip olma veya daha az gelişimsel kaynağa sahip olma olasılığı daha yüksek olarak saptanmıştır (59).

Birçok ebeveyn, medya içeriğinin eğitici olduğuna inandıkları için mevcut davranışlarını sürdürme eğilimindedir. Bir anket çalışması, görüşülen 1000 ebeveynin %29'unun, 'beyinleri için iyi' olduğu gerekçesiyle 2 yaşından küçük çocuklarının televizyon izlemesine izin verdiğini ortaya çıkarmıştır (60). Diğer ebeveynler, çatışma ve sosyalleşmeden kaçınmak için çocuklarının ekran süresini sınırlamadıklarını itiraf etmiştir. Örneğin, anneler üzerinde yapılan bir araştırma, çocuklarının televizyon izlemesinin ev işlerini yapmada yararlı olduğunu doğrularken, başka bir araştırma, ebeveynlerin dışarıda yemek yerken çocuklarını oyalamak için genellikle mobil medyayı kullandığını ortaya koymuştur (61).

Ebeveynlerin ayrıca endişe hiyerarşileri de farklılıklar gösterir ve özellikle koruyucu aileler gibi marjinal bağlamlardan gelenler olmak üzere bazı aileler için teknoloji kullanımı hiçbir şekilde endişelerin zirvesinde değildir. Örneğin, düşük gelirli aileler televizyonu genellikle aile uyumuna katkıda bulunan, günlük hayata eşlik eden bir araç olarak görme eğilimindeyken, yüksek gelirli aileler olumsuz etkiler konusunda daha fazla endişe duyma eğilimindeydiler. Daha yakın zamanlarda yapılan araştırmalar, düşük gelirli ailelerin hem cihazları daha sık paylaştıklarını hem de gençlere kendi teknoloji kullanımları üzerinde daha fazla özerklik verdiklerini ve dolayısıyla izlemeyle ilgili endişelerin daha az yaygın olabileceğini ortaya koymuştur (62).

2.3. İnternet Bağımlılığı Komorbid Durumlar

2.3.1. Fiziksel sorunlar

Farklı araştırmaların da gösterdiği gibi, elektronik medya çocuğun günlük yaşamının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Elektronik medya yemek yerken, yatmadan önce, uyandıktan hemen sonra ve arkadaşlarıyla vakit geçirirken kullanılmaktadır. Elektronik ortama aşırı ve kontrolsüz maruz kalmanın sonuçları gelişimde yavaşlama, obezite, saldırganlık, konsantrasyon ve dikkat eksikliği, uyku bozuklukları ve diğer psikolojik rahatsızlıklar olabilir (16).

Dijital medya ile uyku süresi ve kalitesi arasındaki ilişki, bebeklikten ergenliğe kadar olan süreçte etkilidir. Yeni bulgular, uyku süresi ile sonraki ekran süresi arasında ters bir ilişki olduğunu göstermektedir. 4-8 yaş arası çocuklarla yapılan boylamsal bir çalışma, kısa uyku süresinin ertesi gün yorgunluğunu artırabileceğini ve dolayısıyla daha fazla ekran izleme hareketsiz davranışına yol açabileceğini buldu. Bu nedenle araştırmacılar, çocukların uyku süresi ile ekran başında geçirilen süre arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu öne sürdüler (63). Ayrıca çocukların kendi yatak odalarında elektronik medya cihazları kullanmalarının uyku süresinin azalmasıyla ilişkili olduğu da ileri sürülmüştür (64).

Ekran süresiyle ilgili olarak en yaygın olarak çalışılan sağlık göstergelerinden biri adipozitedir. Okul çağındaki çocuk ve gençlerde ekran süresi ile adipozite arasındaki ilişkiyi inceleyen 119 kesitsel ve 33 boylamsal araştırma, günde 2 saatten fazla televizyon izleyen çocukların aşırı kilolu veya obez olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (65).

Hipertansiyonun çocukluktan yetişkinliğe kadar izlenmesi lehine kanıtlar mevcuttur. Günde iki saatten fazla internet kullanımı, TV izleme ve video oyunları oynama ve bunun sonucu olan fiziksel hareketsizlik, tüm yaş aralıklarında çocukların kan basıncıyla ters ve doğrudan bir ilişkiye sahiptir (64). Yedi yıllık bir süre içinde 6 yaşındaki ve ergenlik öncesi çocuklar arasında saptanan diyastolik kan basıncı artışı, her gün ekran başında geçirilen saatle ilişkilendirilmiştir (66).

2.3.2. Psikiyatrik sorunlar

İnternet bağımlılığı ile psikiyatrik belirtiler arasındaki olası çift yönlü etkileşim öne sürülmüştür. Bir yandan, yoğun internet kullanımı psikiyatrik belirtilerle baş etmek veya bunları hafifletmek için kullanılabilirken, öte yandan yoğun internet kullanımı psikiyatrik belirtilere yol açabilir veya psikiyatrik belirtileri daha da artırabilir. Bu bağlamda bağımlılık davranışları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi açıklamak için olası mekanizmalar tanımlanmıştır. İlk olarak psikiyatrik bozukluk, bağımlılık belirtilerini veya seyrini ortaya çıkarır, katkıda bulunur veya kötüleştirir. İkinci olarak bağımlılık, psikiyatrik bozukluklara yol açar, katkıda bulunur veya daha da kötüleştirir. Üçüncüsü, bağımlılık ve psikiyatrik bozuklukların paylaştığı ortak biyolojik, psikolojik veya sosyolojik mekanizmalar vardır (23).

Yapılan araştırmalar, internet bağımlılığının gençler için çeşitli kötü ruh sağlığı sonuçlarına katkıda bulunabileceğini bulmuştur: akademik gerileme, uyku yoksunluğu , kişilerarası ilişki sorunları, aile çatışması, yalnızlık, intihar eğilimi, saldırganlık, depresyon , sosyal geri çekilme, dissosiyatif deneyimler , siber suçlar (51). 330 Koreli ortaokul öğrencisi üzerinde yapılan yakın tarihli bir araştırmada, internet bağımlısı olanların %20'sinde psikiyatrik komorbidite tespit edilmiştir (67).

İnternet ve oyun bağımlılığı, sıklıkla DEHB , depresyon veya anksiyete gibi diğer ruhsal bozukluklarla birlikte görülmektedir (51). DEHB tanısı konan veya dikkat sorunları/dürtüsellik olarak derecelendirilen 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin daha yüksek oranda ekran başında zaman geçirdikleri bulunmuştur. DEHB'nin ayrıca İnternet bağımlılığı davranışının gelişimi için birincil yordayıcı olduğu gösterilmiştir (64). 7-12. sınıflarda eğitim gören 2482 Kanadalı gençten oluşan bir örneklem, ekran başında geçirilen sürenin, depresyon ve anksiyetenin şiddeti ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu, video oyunu oynamanın ve bilgisayar kullanımının daha şiddetli depresif semptomlardan sorumlu olduğunu bildirmiştir (68). Dijital medyayı günde iki saatten fazla kullanan 5-18 yaş aralığındaki çocuklarda depresif belirtiler ile toplam ekran süresi arasında doğrusal olmayan bir doz-yanıt ilişkisi bulunmuştur (69). Çalışmalar internet bağımlılığı ile anksiyete bozuklukları arasında da pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir (41).

Yapılan bir derlemede çocuk ve ergenlerde sosyal medya kullanımıyla ilgili olduğu tespit edilen sorunlar ve bunların yaygınlığını yüzde olarak göstermektedir (Tablo 2) (70).

Tablo 2. Çocuk ve ergenlerin sosyal medya kullanımına eşlik eden sorunlar.

	Sayı (N)	Yüzde (%)
Depresyon	19	27.9%
Yeme Bozuklukları	15	22.1%
Siber Zorbalık	15	22.1%
Ruh Sağlığı Sorunları	14	20.6%
Uyku Bozuklukları	13	19.1%
Bağımlılık	10	14.7%
Anksiyete Bozukluğu	10	14.7%
Cinsiyet Sorunları	9	13.2%
Davranış Problemleri	7	10.3%
Beden Algısı Değişiklikleri	6	8.8%
Fiziksel Aktivite	5	7.4%
Sanal İstismar	3	4.4%
Görme Sorunları	3	4.4%
Baş ağrısı	3	4.4%
Diş Sorunları	2	2.9%

Yapılan bu derlemede en sık saptanan sorunlar ruh sağlığı ile ilgilidir. Diğer sorunlar uyku, diyet ve beslenme, siber zorbalık, davranış sorunları, cinsiyet, beden imajı algısı, fiziksel aktivite, sanal yollarla istismar edilme, görme sorunu, baş ağrısı ve diş çürüğü ile ilgilidir (70).

2.4. DEHB ve İnternet Bağımlılığı İlişkisi

2.4.1. DEHB tanımı ve tanı kriterleri

DEHB, çocukluk ve erken ergenlik döneminde başlayan, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. DSM-5, DEHB'yi nörogelişimsel bir bozukluk olarak sınıflandırır (71).

DEHB, normal işleyişi veya gelişimi engelleyen kalıcı bir dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik modelinin varlığı ile tanımlanır. Dikkatsizliğin belirtileri, bir görevi yerine getirirken zihnin dağılması, sabırsızlık ve dağınıklık şeklinde görülmektedir (72).

Hiperaktivite ise uygunsuz aşırı motor aktivite, kıpırdanma, dokunma veya konuşkanlık olarak kendini gösterir. Dürtüsellik, plan yapmadan karar vermek veya eylemde bulunmak anlamına gelir (73). Ayrıca, sosyal müdahalecilik veya sonuçlarını düşünmeden önemli kararlar almak olarak da ortaya çıkabilir. Bu davranış kalıplarının meydana okuma veya anlama eksikliğinden kaynaklanmaması gerektiğini vurgulamak önemlidir (72).

Farklı bilgi kaynakları, değerlendirilen kişi hakkında farklı bakış açılarına sahiptir. Bu konuda fikir birliği olmamasına rağmen, mevcut klinik veriler, teşhisin mümkün olduğu kadar çok kaynaktan gelen bilgilere dayanması gerektiği yönündedir. Ayrıca, bazı katılımcıların semptomların bazılarını diğerlerinden daha doğru değerlendirebilecekleri açıktır (örneğin, ebeveynler çocuklarının gelişimi ve evdeki davranışları hakkında rapor verebilirken, öğretmenler sürekli olarak benzer yaştaki çocuklarla çevrili olduğundan, akranlardan farklılıklar ve okuldaki davranışlar hakkında daha iyi rapor verir) (73). Klinisyenler, değerlendirme görüşmesi sırasında semptomlar genellikle görülme de çocuğu muayene etmelidir. Bir çocuğa DEHB teşhisi koymak için doktorun muayenhanesini yıkmasını veya ortalığı karıştırmasını istemek gerçekçi olmaz. Ayrıca çocuğun muayenesi diğer sorunları dışlamak için de önemlidir. Ergenlere çocukluk döneminde yaşadıkları belirtiler sorulmalıdır. Bununla birlikte, ergenler genellikle geçmişteki semptomları inkar ederler, onları normal davranışlar olarak yorumlarlar veya etkilerini en aza indirirler. Ebeveynlerin bilgileri ve okul raporları semptomların başlama yaşını belirlemeye yardımcı olabilir (72). DEHB tanısı koymak için spesifik bir test yoktur ve DSM-5 yeterli sayıda temel semptomun ve işlevsel bozukluğun varlığını gerektirir (74).

DEHB Tanı Kriterleri (71):

- A. 1 ve/veya 2 ile karakterize edilen, işleyişi veya gelişimi engelleyen sürekli bir dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik örüntüsü:
 - 1. Dikkatsizlik: Aşağıdaki belirtilerden altısı (ya da daha fazlası) en az altı aydır, gelişim düzeyiyle bağdaşmayan ve sosyal ve akademik/mesleki faaliyetleri doğrudan olumsuz etkileyen derecede devam etmiştir:

Not: Semptomlar yalnızca karşıt davranışın, meydan okumanın, düşmanlığın veya görevleri ya da talimatları anlamadaki başarısızlığın bir tezahürü değildir. Daha büyük ergenler ve yetişkinler için (17 yaş ve üstü), en az beş semptom gereklidir.

- a) Çoğu zaman ayrıntılara dikkat etmez veya okulda, işte ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (örneğin, ayrıntıları gözden kaçırmak).
- b) Çoğu zaman, görevlerde veya oyun etkinliklerinde dikkati sürdürmekte güçlük çeker (örneğin, derslerde, konuşmalarda veya uzun okumalar sırasında odaklanmada güçlük çeker).
- c) Kendisiyle doğrudan konuşulduğu zaman çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür (örneğin, belirgin bir dikkat dağıtıcı olmasa bile aklı başka yerdeymiş gibi görünür).
- d) Çoğu zaman yönergeleri takip etmez ve okul ödevlerini, ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (örneğin, göreve başlar ama çabucak dikkatini kaybeder ve kolayca dikkati dağılır).
- e) Sıklıkla görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örneğin, sıralı görevleri yönetmede güçlük; malzemeleri ve eşyaları düzenli tutmada güçlük; dağınıklık, dağınık çalışma; kötü zaman yönetimi; son teslim tarihlerini karşılayamama).
- f) Sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (örneğin, okul ödevi veya ev ödevi; daha büyük ergenler ve yetişkinler için, rapor hazırlamak, formları doldurmak, uzun makaleleri gözden geçirmek) çoğu zaman kaçınır, bunları sevmez veya bu görevlere girmek konusunda isteksizdir.
- g) Görevler veya etkinlikler için gerekli olan şeyleri (örneğin, okul malzemeleri, kalemler, kitaplar, aletler, cüzdanlar, anahtarlar, evraklar, gözlükler, cep telefonları) sıklıkla kaybeder.
- h) Genellikle dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır (daha ileri yaş ergenler ve yetişkinler için ilgisiz düşünceleri içerebilir).
- i) Günlük aktivitelerde sıklıkla unuttandır (örneğin, ev işleri yapmak, ayak işlerini yapmak; daha büyük ergenler ve yetişkinler için, aramalara cevap vermek, faturaları ödemek, randevuları tutmak).

2. Hiperaktivite ve dürtüsellik: Aşağıdaki belirtilerden altısı (ya da daha fazlası) en az altı aydır, gelişim düzeyiyle bağdaşmayan ve sosyal ve akademik/mesleki faaliyetleri doğrudan olumsuz etkileyen derecede devam etmiştir:

Not: Semptomlar yalnızca karşıt davranışın, meydan okumanın, düşmanlığın veya görevleri ya da talimatları anlamadaki başarısızlığın bir tezahürü değildir. Daha büyük ergenler ve yetişkinler için (17 yaş ve üstü), en az beş semptom gereklidir.

- a) Çoğu zaman kıpırdanır veya ellerini veya ayaklarını yere vurur veya oturduğu yerde kıvrılır.
 - b) Çoğu zaman oturmasının beklediği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örneğin, sınıfta, ofiste veya başka bir işyerinde ya da yerinde kalmasını gerektiren diğer durumlarda yerinden kalkar).
 - c) Genellikle uygunsuz durumlarda koşar veya tırmanır. (Not: Ergenlerde veya yetişkinlerde, huzursuzluk hissi ile sınırlı olabilir.)
 - d) Genellikle sessizce oynayamaz veya boş zaman aktivitelerinde bulunamaz.
 - e) Sıklıkla "hareket halindedir", "bir motor tarafından sürülüyormuş" gibi davranır (örneğin, restoranlarda, toplantılarda olduğu gibi uzun süre hareketsiz duramaz veya bu durumdan rahatsız olur; başkaları tarafından huzursuz veya tutması zor olarak algılanabilir).
 - f) Genellikle aşırı konuşur.
 - g) Genellikle bir soru tamamlanmadan önce cevap verir (örneğin, insanların cümlelerini tamamlar; konuşmada sırasını bekleyemez).
 - h) Çoğu zaman sırasını beklemekte güçlük çeker (örn. sırada beklerken).
 - i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser veya araya girer (örneğin, konuşmalara, oyunlara veya etkinliklere ; sormadan veya izin almadan başkalarının eşyalarını kullanmaya başlayabilir; ergenler ve yetişkinler için, başkalarının yaptıklarına karışabilir veya onları devralabilir).
- B. Çeşitli dikkatsizlik veya hiperaktif-dürtüsel semptomlar 12 yaşından önce mevcuttur.

- C. Birkaç dikkatsizlik veya hiperaktif-dürtüsel belirtiler iki veya daha fazla ortamda mevcuttur (örn. evde, okulda veya işte; arkadaşlar veya akrabalarla; diğer etkinliklerde).
- D. Semptomların sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğe müdahale ettiğine veya kalitesini azalttığına dair açık kanıtlar vardır.
- E. Semptomlar yalnızca şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu, madde zehirlenmesi veya yoksunluğu).

2.4.2. DEHB etiyoloji

DEHB'nun etiyolojisinde çok çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Genetik, nörolojik ve çevresel faktörlerin kombinasyonları patogeneze ve onun heterojen fenotipine katkıda bulunur (75).

DEHB ailesel bir bozukluktur; hastaların birinci derece akrabalarının, genel popülasyonla karşılaştırıldığında, bozukluğun kendilerinde gelişme riskinin beş ile on kat arttığı gösterilmektedir. İkiz çalışmaları, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde %70 ila %80 arasında bir kalıtsallık göstermiştir (72). Ek olarak, DEHB, beyin yapısındaki, nöronal işlevlerdeki ve bağlantısallıktaki eksikliklerle ilişkilidir ve bunların DEHB şiddetiyle ilişkili olduğu görülmektedir (74).

Beyin gelişimini etkileyen veya beyin hasarına neden olan kalıtsal olmayan nörolojik faktörler de, DEHB patogenezinde rol oynamaktadır. Hamilelik ve doğum komplikasyonlarının etkisi karışıktır, ancak güçlü kanıtlar, anne karnında alkol veya tütüne maruz kalmanın ve düşük doğum ağırlığının (<2.500 g) DEHB oluşum riskini arttırdığını desteklemektedir. Hipoksik-anoksik beyin hasarı, epilepsi ve travmatik beyin hasarı da riski arttıran diğer durumlar arasındadır (76). Çevresel toksinlere (özellikle kurşun, organofosfat böcek ilaçları ve poliklorlu bifeniller) maruz kalma, DEHB semptomlarıyla ilişkilendirilmiştir (76).

2.4.3. DEHB epidemiyoloji

Meta-analitik veriler dünya çapında çocuk ve ergenlerde DEHB yaygınlığının %5 ile %7 arasında olduğunu göstermektedir (77, 78). Her iki meta-analiz de, farklı tanı yaklaşımları, bilgi kaynakları ve bozulmanın dikkate alınıp alınmadığı gibi metodolojik faktörler nedeniyle çalışmalar arasında yüksek heterojenlik bulmuştur (77, 78). Başka bir çalışmada DEHB'nin dünya çapında depresyon ve anksiyeteden sonra en yaygın üçüncü ruh sağlığı bozukluğu olduğu ve çocukların ve gençlerin tahmini %3,4'ünü etkilediği saptanmıştır (79). DEHB'si olan çocukların çoğunda ergenlik döneminden yetişkinliğe kadar belirtiler devam eder. DEHB'si olan bireyler ergenliğe girerken, belirgin hiperaktif ve dürtüsel semptomları azalma eğilimi gösterir; oysa dikkatsizlik belirtileri devam etme eğilimindedir (80).Mevcut tahminler, DEHB'si olan çocukların %50'sinin ergenlik ve yetişkinlik döneminde de DEHB belirtilerinin devam ettiğini göstermektedir (76).

Prevalans oranları cinsiyete göre değişmektedir. Çalışmalar, klinik örneklerde 4:1 ve genel popülasyon çalışmalarında erkek-kadın oranını 2:1 olarak bildirmektedir (72). Erkeklerin DEHB tanısı alma olasılığı kızların iki katından fazla olduğu gözlemlenmiştir. Muhtemelen bunun nedeni, kolayca gözlemlenebilen ve potansiyel olarak yıkıcı olan hiperaktif davranışların erkeklerde daha sık görülmesidir (80).

2.4.4. DEHB tedavi

Kanıtlarla desteklenen DEHB semptomlarını iyileştirebilecek çeşitli tedavi stratejileri vardır.Hastalar arasındaki farklılıklar göz önüne alındığında, yaş, komorbiditeler, DEHB şiddeti, aile ve sosyal koşullar ile hasta ve ailenin tercihlerini dikkate alan bireyselleştirilmiş bir tedavi planına ihtiyaç vardır. Hasta ve ailesi bu sürece her zaman dahil edilmelidir (72).

2.4.4.1. Farmakolojik müdahaleler

DEHB için verilen tüm ilaçlar, yalnızca DEHB'yi teşhis etme ve yönetme konusunda eğitime sahip bir ruh sağlığı uzmanı tarafından başlanmalıdır. Uzman,

DEHB için mevcut tüm kısa ve uzun etkili preparatların farmakokinetik profillerine ve biyoyararlanımlarına aşina olmalıdır. Tedavi öncesi dikkat edilmesi gereken parametreler: çocuğun ve ebeveynlerin tıbbi geçmişi, mevcut ilaç, boy ve kilo, başlangıç nabız ve kan basıncı, kardiyovasküler değerlendirme ve eğer tedavi QT aralığını etkiliyorsa bir elektrokardiyogram. Doğuştan kalp hastalığı öyküsü, geçirilmiş kalp ameliyatı veya birinci derece akrabada 40 yaşın altında ani ölüm öyküsü varsa veya tansiyon sorunu varsa DEHB için ilaç tedavisine başlanmadan önce kardiyoloji uzmanı görüşü alınmalıdır (81).

İlaç seçimi, kısa veya uzun etkili preparat olarak metilfenidat, yaşam boyu DEHB için birinci basamak ilaçtır. İkinci basamak ilaçlar atomoksetin ve guanfasin'dir. Eşlik eden diğer psikiyatrik rahatsızlıklar, tedavi planında veya alternatif tedavilerde ayarlamalar yapılmasını gerektirebilir. Metilfenidat ile karşılaştırıldığında, atomoksetin ve guanfasinin DEHB semptomlarını azaltma üzerindeki tam etkileri genellikle birkaç haftalık uygulamadan sonra ortaya çıkar (81).

2.4.4.2. Multimodal tedavi

Son 10 yılda DEHB'nin değerlendirilmesi ve yönetimine ilişkin çeşitli ulusal ve uluslararası kılavuzlar, yalnızca klinisyenler için değil, aynı zamanda hastalar ve ebeveynler için de yayınlanmıştır. Tüm kılavuzlar, psikoeğitimin tedavinin temel taşı olduğunu oluşturduğu ve DEHB tanısı alan herkese, ailelerine ve kendilerine sunulması gereken çok modlu bir tedavi yaklaşımı önermektedir.

Multimodal tedavi için ilk adım her zaman çocuğun ve ailesinin psikolojik, davranışsal ve mesleki veya eğitimsel ihtiyaçlarına göre yapılan bir planlama sürecidir (81). Bu planlama aşaması, çocuk, ebeveynler ve diğer bakıcılarla bir “yuvarlak masa” olarak düzenlenebilir. Bu bağlamda şu hususlar dikkate alınmalıdır: DEHB semptomlarının ve bozukluğunun şiddeti, diğer nörogelişimsel veya ruhsal sağlık durumlarının göreceli etkisi ve bunların günlük yaşamı (uyku dahil) nasıl etkilediği veya etkileyebileceği. Ayrıca müdahale sürecinde psikolojik sağlamlık ve koruyucu faktörlerin yanı sıra çocuğun ve ailenin hedefleri de dikkate alınmalıdır. Katılım süreci sadece tek seferlik değil, tedavi sürecinin tüm adımlarında devam

etmelidir. Farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavilerin yararları ve zararları dikkatle ve en son kanıtlar temelinde tartışılmalıdır. Tedavi sürecinde tercihler ve kaygılar ile tedaviye uyumun önemi tartışılmalı ve dikkate alınmalıdır. Hastalar ve aileleri veya bakıcıları, tedavilerle ilgili kararları yeniden gözden geçirebilecekleri konusunda uygun şekilde güvence altına alınmalıdır (81).

Multimodal tedavi yaklaşımları aynı zamanda hasta ve ailesinin ihtiyaçlarına ve durumuna göre farklı tedavi modüllerini birleştiren sistematik adaptif bir prosedürü savunur. Bu, örneğin ebeveyn danışmanlığının başlatıldığı birinci aşamayı, örneğin çocuk için bireysel davranış terapisini kapsayan ikinci aşamayı, ebeveynlerin paralel olarak bir ebeveyn eğitim programına katılmasını ve ardından hangi ilacın başlanacağını içeren üçüncü aşamayı içerebilir (82, 83). Çevre merkezli müdahaleler, ebeveynlere danışmanlık veya eğitim veya okulda veya anaokulunda öğretmenlere eğitim vermeyi amaçlar. Ebeveyn eğitim programları, bireysel olarak veya gruplar halinde uygulanabilir. Ebeveynlik becerilerinin, DEHB davranışı ve eşlik eden davranış sorunları üzerinde olumlu etkiler gösterdiği saptanmıştır (81). Okul temelli müdahaleler; sınıftaki koşulları, örneğin dikkat dağıtıcı unsurları en aza indirerek; öğretmene daha uygun öğretim yöntemleri önererek veya akran eğitimini teşvik ederek; veya öğrencinin, örneğin öz-yönetim ve sosyal becerilerini geliştirerek veya damgalanmayla başa çıkmasına yardımcı olarak uygulanabilmektedir (81).

2.4.4.3. Bilişsel davranışçı terapi (BDT)

BDT, olumlu davranışları artırarak ve istenen davranışların ortaya çıkabileceği durumlar yaratarak DEHB davranışlarını veya ilişkili sorunları azaltmayı amaçlayan bir davranışsal müdahale biçimidir. Okul öncesi ve küçük okul çocukları söz konusu olduğunda, BDT, BDT ilkelerine göre hareket etmeleri için talimat verilen ve eğitilen ebeveynlere ve eğitimcilere odaklanırken, daha büyük çocuklar ve ergenler daha uygun davranış stratejilerini kullanmaları için doğrudan eğitilebilmelerine odaklanır (84). BDT'nin, belirli davranış biçimleri (örneğin, sosyal beceri eğitimi, planlama ve düzenleme becerileri eğitimi ve özyönetim teknikleri), ebeveynlik becerileri, çocuk-ebeveyn ilişkileri ve belirli günlük yaşam becerileri üzerinde olumlu etkileri vardır (81). Yakın tarihli bir meta-analiz, ilaçla BDT'nin

kombine tedavisinin tek başına stimulan ilaç tedavisinden daha etkili olduğunu ileri sürmüştür (85).

2.4.4.4. Bilgisayarlı bilişsel eğitim

Bilişsel eğitim yaklaşımları, DEHB ile ilgili belirli nöropsikolojik işlevlerde (örneğin, kontrol, dikkat, çalışma belleği) başarıyı artırarak DEHB semptomlarının azaldığını varsaymaktadır. Genellikle bilgisayar veya cep telefonları aracılığıyla yönetilir ve video oyunlarına benzer şekilde çocuklara hitap edecek şekilde tasarlanır (86). Bu müdahaleler, birden fazla seans ile bireyi zorlar ve geliştikçe zorluğu artırır (87). Bir meta-analiz, bu tedavinin hedeflenen nöropsikolojik işlevleri iyileştirmede orta derecede etkili olduğunu ancak bozukluğun temel semptomları üzerinde daha az net bir etki gösterdiğini bulmuştur (86). Son zamanlarda, ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), çocuklarda DEHB tedavisi için ilk video oyununu onayladı (88). Umut verici olmasına rağmen, bu müdahalenin önerilmesinden önce daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Yukardakilere ek olarak, diğer bir yaklaşım olan Neurofeedback ise hastanın elektrofizyolojik profilinin dikkat problemleriyle ilişkili olduğu düşünülen unsurlarını normalleştirmek için ödüle dayalı teknikler kullanılarak yapılan bir müdahaledir. Özetle, hastalar bir göreve (örneğin basit bir bilgisayar oyununa) konsantre olduklarında elde edilen elektroensefalografi (EEG) ile izlenirken, beyin aktivite kalıpları üzerindeki özdenetimlerini geliştirmek üzere eğitilirler. Neurofeedback'in DEHB'deki olumlu etkilerine ilişkin araştırma sonuçları en iyi ihtimalle belirsizdir. Diyet önerilerinden ise çoklu doymamış yağ asitleri, olumlu etkileri iyi olan takviyelerdir (86). Mindfulness eğitimi ve fiziksel aktivite DEHB davranışı üzerinde olumlu etkilere sahip gibi görünmektedir, ancak şimdilik bilimsel kanıtlar zayıftır ve bu tedaviler en iyi ihtimalle diğer müdahaleleri tamamlayıcı olarak görülmektedir (81).

2.4.5. DEHB ve internet bağımlılığı

DEHB'si olan çocuk ve ergenler, internet ve oyun bağımlılığı geliştirme açısından DEHB'si olmayanlara göre daha yüksek risk altındadır. DEHB belirtilerinin şiddeti ile internette oyun bağımlılığının şiddeti yakından ilişkilidir (89).

DEHB olan çocuklar, dürtü düzenleme, zaman yönetimi, görev organizasyonu ve önceliklendirme ile ilgili sorunlar yaşarlar. Bu çocuklar, sağlıklı çocuklara kıyasla kendi medya kullanımlarını sınırlama ve denetleme konusunda daha fazla zorluk yaşarlar ve video oyunlarında daha fazla zaman geçirme eğilimindedirler (90).

DEHB tanısı konan 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin yüksek oranda ekran başında vakit geçirdikleri bulunmuştur (64). DEHB'nin hiperaktif-dürtüsel alt tipine sahip çocuk ve ergenler, DEHB'nin dikkat eksikliği alt tipine sahip olanlara göre interneti ve internet oyunlarını eğlence amaçlı kullanmaya daha yatkındır (89). DEHB'nin ayrıca İnternet bağımlılığı davranışının gelişimi için primer yordayıcı olduğu gösterilmiştir (64).

Mevcut araştırmalar, DEHB'nin temel özelliklerinden birinin yürütücü işlev bozuklukları, özellikle de inhibisyon olduğunu öne sürmektedir. Self kontrolü düşük DEHB'lilerde, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranda sorunlu dijital medya kullanımı olduğu saptanmıştır (91).

DEHB'li çocuklarda inhibisyon zayıftır , bu da sürekli dikkat gerektiren görevler sırasında sık sık hata yapmalarına neden olur. İlginçtir ki, DEHB'si olan çocuklar video oyunu sırasında kontrol grubu ile kıyaslandığında inhibisyon performanslarında hiçbir fark göstermezler (90). DEHB ve internette oyun oynama ilişkisi mantıksız görünebilir. Dikkatlerini odaklamakta güçlük çeken ve hareketsiz oturmakta zorlanan DEHB'li çocuklar neden saatlerce video oyunları oynarlar? Bir olasılık, internet oyunlarının büyüleyici olması ve heyecan sağlamasıdır. Bu oyunlar aynı zamanda, yapay olsa da hızla elde edilebilen, ödüllendirici deneyimler sağlar ve bu da DEHB'li çocuk veya ergenin bir ustalık ve başarı duygusu yaşamasını sağlar (89). İnternette oyun oynamanın beynin dopaminle ilgili ödül sistemini harekete geçirdiği bulunmuştur. Dopamin ödül sistemi hem DEHB'ye hem internet

bağımlılığına aracılık eder. İnternette oyun oynama sırasında dopamindeki artış, tedavi edilmemiş DEHB hastalarında görülen dopamin düşüşünü telafi edecektir.Çeşitli görüntüleme çalışmaları, nörofeedback mekanizmalarının bir sonucu olarak beyin dopamin seviyelerinde internet oyunuyla ilişkili bir artış olduğunu göstermiştir (89).

Dijital medya öğeleri arasında, özellikle hızlı oyun oynama, daha fazla ödül elde etmek için bir dizi güçlü teşvikle (örneğin, oyun ortamının değiştirilmesi ve bir sonraki seviyeye ulaşılması yoluyla) anında ödüller sunar. Oyunla ilgili ödüller, striatal dopamin salınımını arttırır ve bu da indüklenmiş bir haz duygusuyla sonuçlanır. Sonuç olarak kullanıcı, tekrar eden kısa süreli hazları deneyimlemeyi amaçlayan bir aşırma davranışını benimseme eğilimindedir. Sürekli ödüllendirmeyle meşgul olmak, çekingenliği, hızlı tepki vermeyi daha da şiddetlendirir ve dikkatsizliği pekiştirir, sonunda da DEHB semptomlarını artırır (64).

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. Yöntem

3.1.1. Çalışma tasarımı

Araştırmaya 01.01.2023-01.06.2023 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniğine başvuran ve yaşları 6-11 arasında değişen, hem erkek hem kız cinsiyette olan olgular ve bu olguların okur yazar olan anneleri alındı. Bu olgulara ebeveyninden ve çocuktan alınan bilgiler ile birlikte çalışmada yer alan çocuk psikiyatristi tarafından K-SADS-PL-DSM-5 (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version, DSM-5) uygulandı, Conners Anne baba Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form ebeveynler tarafından dolduruldu ve klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek DEHB tanısı konuldu. K-SADS-PL DSM-5 hem DEHB tanısını doğrulamak hem de eşlik eden komorbid bozuklukları dışlamak için uygulanmıştır. Çalışmaya sadece gönüllü olan ebeveynler katıldı. Helsinki Bildirgesine uygun olarak tüm aileler çalışma hakkında bilgilendirilip, aydınlatılmış sözlü ve yazılı onamları alındı.

DEHB ve kontrol grubundakilere yaş, cinsiyet, eğitim durumu, okul başarısı, annenin ve babanın eğitim düzeyi, ebeveynin ve olgunun ekran süresini sorgulayan sosyodemografik veri formu, ebeveynler tarafından doldurulan Problemlili Medya Kullanım Ölçeği-Kısa Formu, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (Ebeveynler için), Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği, 6-18 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Conner's Anne Baba Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form uygulandı.

3.1.2. Örneklem

Çalışmanın tasarımı prospektif, kesitsel ve kontrollü olarak planlandı. Çalışma 12.12.2022 tarihinde yapılan oturum ve 29 sayılı karar ile Dicle Üniversitesi

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan sonra Dicle Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapıldı.

Ocak 2023 - Haziran 2023 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve dahil edilme kriterlerimizi karşılayan tüm hastalar ve sağlıklı kontroller ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Örneklem büyüklüğü DEHB grubunda 95, karşılaştırma grubu 90 kişi olmak üzere toplam 185 kişi olarak belirlenmiştir.

DEHB grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 6-11 yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almak
- Annelerin kendilerine araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları.

DEHB grubu için çalışmadan dışlama kriterleri:

- DEHB'ye eşlik eden otizm spektrum bozukluğu, bipolar bozukluk, zeka geriliği, şizofreni tanısının olması
- Bilinen kronik tıbbi hastalığının (nörolojik, endokronolojik, genetik vb) olması
- Olgularda mevcut durumda ya da daha önce antidepresan ilaç kullanımının olması
- Annelerin okuryazar olmaması

Kontrol grubu 01.01.2023-01.06.2023 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniğine okul erteleme raporu, ders başarısızlığı, dikkat dağınıklığı gibi sorunlarla başvuran ancak yapılan klinik değerlendirme ve ölçeklerde herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmayan ve daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan, uygulanan K-SADS-PL-DSM-5 ile DEHB tanısı dışlanan, bilinen kronik tıbbi hastalığı olmayan 6-11 yaş arasındaki hem kız hem erkek cinsiyetteki olgular ve bu olguların okur yazar olan ebeveynleri alındı. DEHB ve eşlik eden komorbid bozuklukları (otizm spektrum bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk, zeka geriliği) dışlamak için tüm olgulara K-SADS-PL-DSM-5 uygulandı. Çalışmaya sadece gönüllü olan ebeveynler katıldı. Helsinki deklarasyonuna uygun olarak tüm aileler çalışma hakkında bilgilendirilip, aydınlatılmış sözlü ve yazılı onamları alındı.

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Çocuğun yaşı, eğitim durumu, DEHB tanısı varsa ilaç kullanıp kullanmadığı, interneti ne kadar zamandır kullandığı, internette geçirdiği süre ile ilgili sorular içermektedir. Ebeveynlere yönelik olarak da yaş, eğitim düzeyi, mesleki durum, internette geçirilen süre, psikiyatrik bozukluk öyküsü vb. sorular içermektedir.

3.2.2. Young internet bağımlılığı testi- kısa formu (YİBT)

Young tarafından geliştirilen ve Pawlikowski ve arkadaşları tarafından kısa forma dönüştürülen YİBT-KF, 12 maddeden oluşmakta olup beşli Likert (1=Hiçbir zaman, 5=Çok sık) tipi bir ölçektir (20, 92).Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda YİBT-KF'nin iyi uyum verdiği saptanmıştır ($\chi^2=173.58$, $sd=5$, $CFI=0.95$, $SRMR=0.064$ ve $RMSEA=0.079$). Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen sonuçlar Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin sağlandığını göstermektedir. Ölçekte tersten puanlanan madde yoktur. Ölçekten alınan yüksek puanlar internet bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe Geçerlilik ve güvenilirliği 2016 yılında Kutlu ve ark. tarafından yapılmıştır (93).

3.2.3. Dijital ebeveynlik farkındalık ölçeği

16 maddelik bir ölçektir ve ebeveynlerden tarafından doldurulan bir ölçektir. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılan dört alt boyutlu (Olumsuz Model Olma, Dijital İhmal, Verimli Kullanım ve Risklerden Koruma), 5'li likert tipi (Hiçbir zaman, Nadiren, Bazen, Sıklıkla, Her zaman) ve toplam 16 maddelik "Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği" geçerliliği ve güvenilirliği gösterilen bir ölçektir. Alt boyutlardan alınan puanlar anne babaların dijital ebeveynlik farkındalık düzeyini

ortaya koymaktadır. Risklerden Koruma ve Verimli Kullanım alt boyutlarından alınan puanların yüksek olması dijital ebeveynlik farkındalığının yüksek olduğunu; Olumsuz Model Olma ve Dijital İhmal alt boyutlarından alınan puanların yüksek olması dijital ebeveynlik farkındalığının düşük olduğunu göstermektedir. Geçerlilik ve güvenirlik analizi Manap, A. ve Durmuş, E. tarafından 2020 yılında yapılmıştır (6).

3.2.4. Problemli medya kullanım ölçeği-ebeveyn formu

Problemli Medya Kullanım Ölçeği (PMKÖ) Domoff ve arkadaşları tarafından 2017’de 4-11 yaş grubundaki çocuklarda problemli medya kullanımını saptamak üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri DSM-5’te sözü edilen İnternet Oyun Oynama Bozukluğu kriterleri göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Ölçeğin 27 maddelik uzun formu da 9 maddelik kısa formu da tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Maddeler 1’den (asla) 5’e (her zaman) giden Likert ölçeği üzerinden puanlanmaktadır. PMKÖ toplam puanı bütün maddelerden alınan puanların ortalamasının alınmasıyla elde edilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar problemli kullanımı ifade eder. Anne-baba tarafından çocuğun davranışları göz önüne alınarak doldurulan ölçek spesifik bir medya aracının problemli kullanımını değil, genel olarak görsel medya araçlarının (televizyon, bilgisayar, tablet, telefon gibi) problemli kullanımını diğer bir deyişle ekran bağımlılığını saptamaya çalışır. Ölçeğin uzun ve kısa formu için Cronbach’s alfa değerleri sırasıyla 0.97 ve 0.93 olarak bulunmuştur (94).Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2020 yılında Furuncu ve ark. Tarafından yapılmıştır (95).

3.2.5. Bergen sosyal medya bağımlılığı ölçeği

Andreassen ve arkadaşlarının geliştirdiği Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ) altı maddeden oluşmaktadır (96).Ölçekteki her madde zihinsel uğraş, duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk, çatışma ve başarısız bırakma girişimi olmak üzere altı temel bağımlılık ölçütünü karşılamaktadır. Ölçek (1) çok nadir ile (5) çok sık arasında değişen beşli Likert tipi derecelendirmeye göre yanıtlanmaktadır.

Ölçeğin toplam puanı 6-30 arasında değişmektedir. Özgün ölçeğin iç tutarlılığı 0.88 olarak bulunmuştur. Türkçe Geçerlilik ve güvenilirliği Demirci tarafından 2019 yılında yapılmıştır (97).

3.2.6. Conner's ebeveyn derecelendirme ölçeği-yenilenmiş kısa formu

Hiperaktivite, bilişsel problemler/dikkatsizlik ve karşı gelme şeklinde 3 alt grubu içerir. Toplam 27 maddeden oluşan bu ölçek ebeveynler tarafından doldurulur ve her bir madde belirtilerin görülme sıklığına göre 4'lü likert skalası üzerinde puanlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 27, en yüksek 81 iken artan puanlar, çocuğun belirtilen problemlere o kadar çok sahip olduğu anlamına gelir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kaner ve arkadaşları yapmıştır (98).

3.2.7. 6-18 yaş çocuklar için davranış değerlendirme ölçeği (ÇDDÖ)

Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçek 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin sorun davranışlarını anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir (99, 100). Bu ölçek 8 yeterlilik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşmaktadır. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm etkinlik, sosyallik, okul alt ölçeklerini içermektedir. Ölçeğin sorun davranış bölümünden içe yönelim ve dışa yönelim olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim davranış puanını sosyal içe çekilme, somatik sorunlar ve anksiyete /depresyon alt bölümlerinden alınan puanlar, dışa yönelim puanını ise suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt bölümlerinden elde edilen puanlar belirler. Ayrıca içe yönelim ve dışa yönelim davranış belirti puanı içinde yer almayan sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları da ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin uyarlama ve standardizasyon çalışmaları Erol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (101).

3.3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz SPSS (Statistical Package for Social Sciences, IBM Corporation®, Armonk, New York, Amerika Birleşik Devletleri) 23.0.0 paket programı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Kategorik değişkenler için sıklık ile ilgili değerler yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler ise medyan (minimum, maksimum) olarak ifade edilmiştir. Normal dağılımı olan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, normal dağılımı olmayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasında normal dağılım durumuna göre Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır.

PMKÖ ile DEHB şiddeti, ebeveynlerin dijital farkındalık alt boyutlarının (olumsuz model olma, dijital ihmal vb.), somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, saldırganlık davranışları, sosyal sorunlar arasındaki ilişki araştırmak için çoklu regresyon analizinde stepwise metodu ile analiz edildi. Tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya DEHB tanısı konulan 95 olgu ve ebeveyni ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş aktif psikopatolojisi bulunmayan 90 olgu ve ebeveyni katılmıştır.

4.1.1. DEHB alt tip dağılımı

DEHB grubunda yer alan çocukların 72'sinde (%75.8) birleşik alt tip, 21'inde (%22.1) dikkat eksikliği baskın alt tip ve 2'sinde (%2.1) hiperaktivite/impulsivite baskın alt tip olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. DEHB alt tipleri dağılımı.

	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Birleşik Tip	72	75.8
Dikkat Eksikliği Baskın Olduğu Alt Tip	21	22.1
Hiperaktivite/İmpulsivite Baskın Olduğu Alt Tip	2	2.1
Toplam	95	100

4.1.2. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımları

Tablo 4'te gösterilen, çalışmaya alınan DEHB grubunun yaş ortalaması 8.46 ± 1.43 , kontrol grubunun yaş ortalaması 8.46 ± 1.45 olarak saptandı ve gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p=0.444$) (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların yaş durumu.

		Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Yaş	Hasta	8.30	1.434	0.444*
	Kontrol	8.46	1.457	

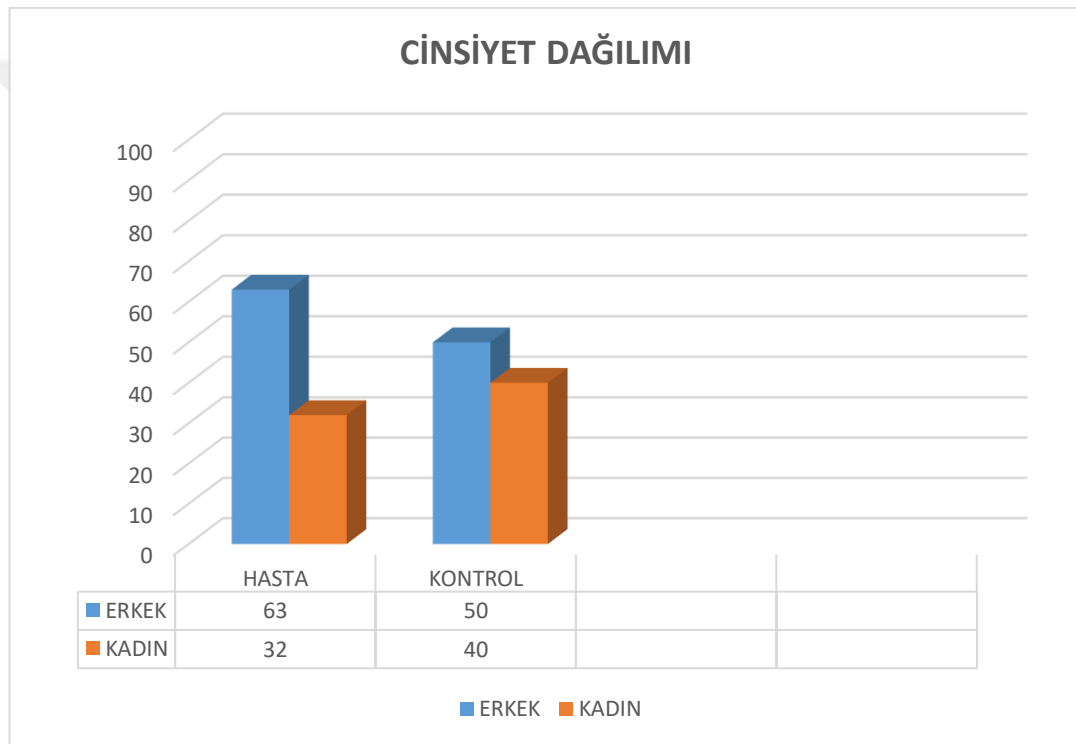
*Bağımsız t testi uygulandı.

DEHB grubunda yer alan çocukların 63'ü (%66.3) erkek 32'si (%33.7) kadındı. Kontrol grubunda yer alan çocukların 50'si (%55.6) erkek 40'ı (%44.4) kadındı (p=0.174) (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların cinsiyet dağılımları.

		Kontrol	Hasta	Toplam	p değeri
Cinsiyet	Kadın	40	32	72	0.174*
	Erkek	50	63	113	
Toplam		90	95	185	

* Ki- kare testi uygulandı.



Şekil 3. Olguların cinsiyet dağılımları.

4.1.3. DEHB grubundaki olguların kullandığı ilaçlar

Tablo 6'da gösterilen, DEHB grubunda yer alan çocukların 40'ı (%42.1) uzun etkili metilfenidat, 15'i (%15.8) kısa etkili metilfenidat, 4'ü (%4.2) atomoxetin, 4'ü (%4.2) metilfenidat+risperidon, 1'inin (%1.1) ise risperidon kullandığı saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. DEHB grubundaki olguların kullandığı ilaçlar.

	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Uzun Etkili Metilfenidat	40	42.1
Kısa Etkili Metilfenidat	15	15.8
Atomoxetin	4	4.2
Metilfenidat+Risperidon	4	4.2
Risperidon	1	1.1
Yeni Tanı	31	32.6
Toplam	95	100

4.1.4. Olguların kendilerine ait elektronik medya cihazı dağılımı

DEHB grubunda yer alan olguların 23'ünün(%24.2), kontrol grubunun 16'sının(%17.8) kendilerine ait tableti ($p=0.367$); DEHB grubunda yer alan olguların 6'sının (%6.3) kontrol grubunda yer alan olguların 5'inin (%5.6) kendilerine ait akıllı telefonu ($p=1.000$); DEHB grubunda yer alan olguların 3'ünün (%3.2) , kontrol grubunda yer alan olguların 7'sinin (%7.8) kendilerine ait bilgisayarını olduğu saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Olguların kendilerine ait elektronik medya cihazı dağılımları.

Olgunun kendisine ait elektronik medya cihazı		Hasta	Kontrol	P değeri
Tablet, n (%)	Var	23 (%24.2)	16(%17.8)	0.367 ^a
	Yok	72 (%75.8)	74(%82.2)	
Akıllı Telefon, n (%)	Var	6 (%6.3)	5 (%5.6)	1.000 ^a
	Yok	89 (%93.7)	85(%94.4)	
Bilgisayar, n (%)	Var	3 (%3.2)	7 (%7.8)	0.203 ^b
	Yok	92 (%96.8)	83 (%92.2)	

^a Ki-kare testi kullanıldı.

^b Fisher's exact t testi yapıldı.

4.1.5. Olguların en sık tercih ettiği medya cihazı dağılımı

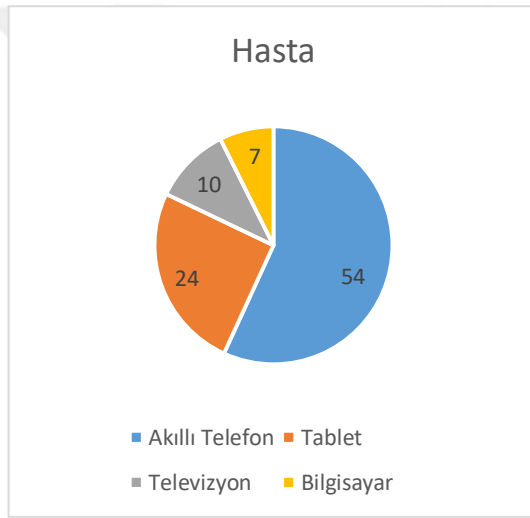
Tablo 8'de görüldüğü gibi, DEHB grubundaki olguların 54'ünün (%56.8) en sık akıllı telefonu, 24'ünün (%25.3) en sık tableti, 10'unun (%10.5) en sık televizyonu, 7'sinin (%7.4) ise en sık bilgisayarını tercih ettiği; kontrol grubundaki olguların ise 56'sının (%62.2) en sık akıllı telefonu, 17'sinin (%18.9) en sık tableti, 14'ünün (%15.6) en sık televizyonu, 3'ünün (%3.3) ise en sık bilgisayarını tercih ettiği saptandı ($p=0.339$)(Tablo 8).

Tablo 8. Olguların en sık tercih ettiği medya cihazı dağılımı.

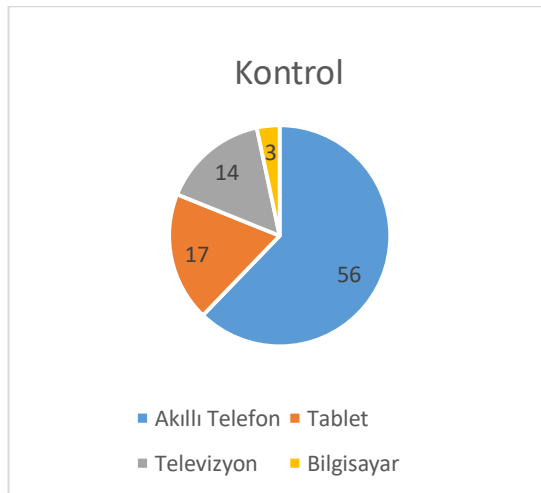
		Hasta	Kontrol	P değeri
Olgunun Ek Sık Kullandığı Elektronik Medya Cihazı	Akıllı telefon, n(%)	54 (56.8)	56 (%62.2)	0.339*
	Tablet, n(%)	24 (%25.3)	17 (%18.9)	
	Televizyon, n(%)	10 (%10.5)	14 (%15.6)	
	Bilgisayar, n(%)	7 (%7.4)	3 (%3.3)	

* Ki kare testi uygulandı

Şekil 4’te hasta grubundaki olguların en sık tercih ettiği elektronik medya araçları, Şekil 5’te ise kontrol grubundaki olguların en sık tercih ettiği elektronik medya cihazları gösterilmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 4. Hasta grubundaki olguların en sık tercih ettiği elektronik cihazlar.



Şekil 5. Kontrol grubundaki olguların en sık tercih ettiği elektronik cihazlar.

4.1.6. Olguların kendi odalarında medya cihazı bulunma durumu

DEHB grubunda yer alan olguların 22'sinin (%23.2), kontrol grubunda yer alan olguların ise 14'ünün (%15.6) odasında medya cihazı olduğu saptandı. İstatiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.200$) (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların kendi odalarında medya cihazı bulunma durumu.

		Hasta	Kontrol	P Değeri
Olgunun Kendi Odasında Medya Aracı	Var,n(%)	22 (%23.2)	14 (%15.6)	0.200*
	Yok,n(%)	73 (%73.8)	76 (%84.4)	

* Ki-kare testi uygulanmıştır.

4.1.7. Annelerin yaş durumu

DEHB grubundaki çocukların annelerinin yaş ortalaması 36.05 ± 5.55 , kontrol grubundaki çocuklarının annelerinin yaş ortalaması 36.59 ± 5.27 yıl olarak saptanmıştır ($p=0.502$) (Tablo 10).

Tablo 10. Annelerin yaş durumu.

		Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Anne Yaşı	Hasta	36.05	5.559	0.502*
	Kontrol	36.59	5.272	

* Bağımsız t testi uygulandı

4.1.8. Annelerin eğitim, iş, ruh sağlığı durumu

DEHB grubunun annelerinin eğitim durumuna bakıldığında 35'inin(%36.8) lise mezunu, 27'sinin(%28.4) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu, 24'ünün (%25.3) ilkokul mezunu olduğu saptandı.Kontrol grubundaki olguların annelerinin eğitim durumunun ise 26'sının(%28.9) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu, 24'ünün(%26.7) lise mezunu olduğu, 24'ünün(%26.7) ilkokul mezunu olduğu, 16'sının(%17.8) ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında annelerin eğitim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.273$) (Tablo 11).

DEHB grubundaki çocukların annelerinin 30'unun(%31.6) çalıştığı, 65'inin(%68.4) çalışmadığı, kontrol grubundaki çocukların annelerinin ise 21'inin(%23.3) çalıştığı, 69'unun(%76.7) çalışmadığı saptanmıştır (p=0.250) (Tablo 11).

DEHB grubundaki çocukların annelerinin 20'sinde (%21.1) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, 75'inde(%78.9) olmadığı, kontrol grubundaki çocukların annelerinin ise 4'ünde (%4.4) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, 86'sında (%95.6) olmadığı saptandı (p=0.01) (Tablo 11).

Tablo 11. Anne eğitim, iş ve ruh sağlığı durumu.

	Hasta (N)	%	Kontrol (N)	%	P Değeri
ANNE EĞİTİM					
İlkokul	24	25.3	24	26.7	0.273 ^a
Ortaokul	9	9.5	16	17.8	
Lise	35	36.8	24	26.7	
Yüksekokul-Üniversite	27	28.4	26	28.9	
ANNE İŞ					
Çalışıyor	30	31.6	21	23.3	0.250 ^b
Çalışmıyor	65	68.4	69	76.7	
ANNEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ					
Var	20	21.1	4	4.4	0.001 ^b
Yok	75	78.9	86	95.6	

^a Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

^b Fisher's Exact testi kullanılmıştır.

4.1.9. Annelerde ruhsal hastalık varlığı

DEHB grubundaki olguların annelerinin 10'unda(%50) Depresyon, 7'sinde (%35) Anksiyete Bozukluğu, 1'inde (%5) Okb, 1'inde (%5) Bipolar Bozukluk, 1'inde (%5) DEHB tanısının mevcut olduğu saptandı. Kontrol grubundaki olguların annelerinin ise 3'ünde (%75) Depresyon, 1'inde (%25) Anksiyete Bozukluğu tanısının olduğu saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Olguların annelerinde ruhsal hastalık varlığı.

		Hasta	Kontrol
ANNEDEKİ PSİKIYATRİK HASTALIKLAR, N(%)	Depresyon	10 (%50.0)	3 (%75.0)
	Anksiyete Bozukluğu	7 (%35.0)	1 (%25.0)
	OKB	1 (%5)	0
	Bipolar Bozukluk	1 (%5)	0
	DEHB	1 (%5)	0
	Toplam	20 (%100)	4 (%100)

4.1.10. Babaların yaş durumu

DEHB grubunda yer alan çocukların babalarının yaş ortalaması 40.74 ± 5.87 , kontrol grubunda yer alan çocukların babalarının ise yaş ortalaması 40.76 ± 5.68 yıl olarak saptandı ($p=0.984$, $Z=-0.20$)(Tablo 13).

Tablo 13. Olguların babalarının yaş durumu.

		Ortalama	Standart Sapma	P Değeri	Z Değeri
Baba Yaşı	Hasta	40.74	5.78	0.984*	-0.20
	Kontrol	40.76	5.68		

*Mann whitney U testi uygulandı.

4.1.11. Babaların eğitim, iş ve ruh sağlığı durumu

DEHB grubunun babalarının eğitim durumuna bakıldığında 32'sinin(%33.7) lise mezunu, 31'inin (%32.6) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu, 17'sinin (%17.9) ortaokul mezunu olduğu, 14'ünün (%14.7) ilkokul mezunu olduğu, 1'inin (%1.1) okur yazar olmadığı saptandı. Kontrol grubundaki olguların babalarının eğitim durumunun ise 39'unun(%44.8) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu, 32'sinin(%36.8) lise mezunu olduğu, 10'unun (%11.5) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında babaların eğitim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.112$) (Tablo 14).

Kontrol grubunda 3 olgunun babasının vefat ettiği saptanmıştır. DEHB grubundaki çocukların babalarının 91'inin(%95.8) çalıştığı, 4'ünün(%4.2) çalışmadığı, kontrol grubundaki çocukların babalarının ise 82'sinin(%94.3) çalıştığı, 5'inin(%5.7) çalışmadığı saptanmıştır ($p= 0.739$).

DEHB grubundaki çocukların babalarının 12'sinde (%12.6) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, 83'ünde(%87.4) olmadığı, kontrol grubundaki çocukların babalarının ise 2'sinde (%2.3) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, 85'inde (%97.7) olmadığı saptandı Kontrol grubunda yer alan üç çocuğun babasının vefat ettiği saptanmıştır. Dehb grubunda yer alan çocukları babasında psikiyatrik tanılar anlamlı olarak daha yüksek saptandı. (p=0.01) (Tablo 14).

Tablo 14. Babaların eğitim, iş ve ruh sağlığı durumu.

	Hasta (N)	%	Kontrol (N)	%	P Değeri
BABA EĞİTİM					
Okuryazar Değil	1	1.1	0	0	0.112*
İlkokul	14	14.7	10	11.5	
Ortaokul	17	17.9	6	6.9	
Lise	32	33.7	32	36.8	
Yüksekokul-Üniversite	31	32.6	39	44.8	
BABA İŞ					
Çalışıyor	91	95.8	82	94.3	0.739*
Çalışmıyor	4	4.2	5	5.7	
BABADA PSİKIYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ					
Var	12	21.1	2	4.4	0.011*
Yok	83	78.9	85	95.6	

* Ki kare testi uygulandı.

4.1.12. Babalarda ruhsal hastalık varlığı

DEHB grubundaki babaların 6'sında (%50) DEHB, 5'inde (%41.7) Anksiyete Bozukluğu, 1'inde (%8.3) İnsomnia tanısının mevcut olduğu saptandı. Kontrol grubundaki çocukların babaların 1'inde (%50) Anksiyete Bozukluğu, 1'inde (%50) ise DEHB tanısının mevcut olduğu saptandı (Tablo 15).

Tablo 15. Babalarda ruhsal hastalık varlığı.

		Hasta	Kontrol
BABADAKİ PSİKIYATRİK HASTALIKLAR, N(%)	DEHB	6 (%50)	1 (%50)
	Aksiyete Bozukluğu	5 (%41.7)	1 (%50)
	İnsomnia	1 (%8.3)	0
	Toplam	12 (%100)	2 (%100)

4.2. DEHB ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

4.2.1. Conner's ebeveyn derecelendirme ölçeği skorlarının karşılaştırılması

Conner's Dikkatsizlik Alt Ölçeği skorunun hasta grubundaki ortalaması 10.60 ± 3.90 iken kontrol grubundaki ortalaması 2.88 ± 2.47 , Hiperaktivite Alt Ölçeği skorunun hasta grubundaki ortalaması 8.57 ± 4.37 iken kontrol grubundaki ortalaması 1.62 ± 1.83 , DEHB indeksinin hasta grubundaki ortalaması 21.30 ± 6.28 iken kontrol grubundaki ortalaması 6.49 ± 4.08 , KOKGB Alt Ölçeği skorunun hasta grubundaki ortalaması 8.57 ± 4.68 iken kontrol grubundaki ortalaması 4.87 ± 3.12 olarak saptandı (Tablo 16).

Hasta grubunda Conner's Dikkatsizlik Alt Ölçeği, Conner's Hiperaktivite Alt Ölçeği, Conner's DEHB İndeksi ve Conner's KOKGB alt ölçeği skorları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p değeri <0.001).

Tablo 16. DEHB ve kontrol grubunda Conner's ebeveyn derecelendirme ölçeği skorlarının karşılaştırılması.

		Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Conner's Dikkatsizlik	Kontrol	2.88	2.47	<0.001
	Hasta	10.60	3.90	
Conner's Hiperaktivite	Kontrol	1.62	1.83	<0.001
	Hasta	8.57	4.37	
Conner's DEHB	Kontrol	6.49	4.08	<0.001
	Hasta	21.30	6.28	
Conner's KOKGB	Kontrol	4.87	3.12	<0.001
	Hasta	8.57	4.68	

4.2.2. PMKÖ skorları ve ortalama ekran süresi karşılaştırılması

PMKÖ alt skorlarının DEHB grubundaki ortalaması 19.94 ± 5.78 iken, kontrol grubundaki ortalaması ise 23.82 ± 9.28 olarak saptandı. PMKÖ skorları hasta grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p < 0.001$) (Tablo 17).

Hafta içi ekran başında geçirilen süre, DEHB grubunda günlük ortalama olarak 166.42 ± 83.91 dakika iken kontrol grubundaki ortalaması 105.77 ± 45.55

dakika, hafta sonu ekran başında geçirilen süre DEHB grubunda ortalama olarak 226.42 ± 98.11 dakika iken kontrol grubundaki ortalaması 146.72 ± 65.39 dakika, ortalama ekran süresi DEHB grubunda ortalama olarak 183.56 ± 84.77 dakika iken kontrol grubundaki ortalama 117.47 ± 49.08 dakika olarak saptanmıştır. DEHB grubunda hafta içi ve hafta sonu ekran süresi ve ortalama ekran süresi kontrol grubundaki olgulardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 17).

Tablo 17. PMKÖ ve ekran süreleri karşılaştırılması.

		Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
PMKÖ	Kontrol	19.94	5.78	0.001
	Hasta	23.82	9.28	
Hafta İçi Ekran Başında Geçirilen Süre	Kontrol	105.77	45.55	< 0.001
	Hasta	166.42	83.91	
Hafta Sonu Ekran Başında Geçirilen Süre	Kontrol	146.72	65.39	< 0.001
	Hasta	226.42	98.11	
Ortalama Ekran Süresi	Kontrol	117.47	49.08	< 0.001
	Hasta	183.56	84.77	

4.2.3. Olguların annelerinin ekran süresi, Young internet bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı ölçeği skorlarının karşılaştırılması

Olguların annelerinin günlük ekran başında geçirdiği sürelerin ortalamasına bakıldığında; DEHB grubundaki annelerin ekran süresinin ortalaması 137.78 ± 58.71 dakika iken, kontrol grubundaki annelerin ekran başında geçirdikleri sürelerin ortalaması ise 94.88 ± 42.02 dakika olarak saptanmıştır. DEHB grubundaki olguların annelerinin ekran başında geçirdikleri sürenin kontrol grubundaki annelere oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 18).

YİBT skorlarına bakıldığında; DEHB grubundaki annelerin ölçek skorlarının ortalaması 21.22 ± 6.33 iken kontrol grubundaki annelerin ölçek skorlarının ortalaması 18.87 ± 4.54 olarak saptanmıştır. DEHB grubundaki olguların annelerinin YİBT skorları kontrol grubundaki annelere oranla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p = 0.004$) (Tablo 18).

SMBÖ skorlarına bakıldığında; DEHB grubundaki annelerin ölçek skorlarının ortalaması 11.03 ± 4.94 iken kontrol grubundaki annelerin ölçek

skorlarının ortalaması 10.32 ± 3.72 olarak saptanmıştır. DEHB grubunda ve kontrol grubundaki annelerin sosyal medya skorları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.274$) (Tablo 18).

Tablo 18. Annelerin ekran sürelerinin karşılaştırılması.

		Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Annelerin Ekran Başında Geçirdiği Süre	Kontrol	94.88	42.02	<0.001
	Hasta	137.78	58.71	
Young Ölçeği Skorları	Kontrol	18.87	4.54	0.004
	Hasta	21.22	6.33	
Sosyal Medya Ölçeği Skorları	Kontrol	10.32	3.72	0.274
	Hasta	11.03	4.94	

4.2.4. Dijital ebeveynlik farkındalık ölçeği skorlarının karşılaştırılması

Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği skorlarına bakıldığında, Olumsuz Model Olma'nın hasta grubundaki ortalama skoru 8.25 ± 2.80 iken kontrol grubundaki ortalaması 7.55 ± 2.25 , Verimli Kullanım'ın hasta grubundaki ortalama skoru 14.64 ± 4.14 iken kontrol grubundaki ortalaması 15.37 ± 3.53 , Risklerden Korunma'nın hasta grubundaki ortalama skoru 12.57 ± 3.96 iken kontrol grubundaki ortalaması 13.34 ± 3.13 , Dijital İhmal' in ise hasta grubundaki ortalama skoru 9.97 ± 3.45 iken kontrol grubundaki ortalaması 9.94 ± 2.86 olarak saptanmıştır. Dijital ebeveyn farkındalık alt boyutları sırasıyla olumsuz model olma, verimli kullanım, risklerden korunma ve dijital ihmal skorlarına bakıldığında hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.065, p=0.197, p=0.146, p=0.941$) (Tablo 19).

Tablo 19. Dijital ebeveyn farkındalık ölçeği skorlarının karşılaştırılması.

		Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Olumsuz Model Olma	Kontrol	7.55	2.25	0.065
	Hasta	8.25	2.80	
Verimli Kullanım	Kontrol	15.37	3.53	0.197
	Hasta	14.64	4.14	
Risklerden Korunma	Kontrol	13.34	3.13	0.146
	Hasta	12.57	3.96	
Dijital İhmal	Kontrol	9.94	2.86	0.941
	Hasta	9.97	3.45	

4.2.5. Çocuklar için davranış değerlendirme ölçeği (ÇDDÖ) alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

ÇDDÖ alt ölçek skorlarına bakıldığında, Somatik Sorunlar'ın hasta grubundaki ortalaması 3.51 ± 3.03 iken kontrol grubundaki ortalaması 2.18 ± 1.76 , Anksiyete ve Depresyon'un hasta grubundaki ortalaması 6.98 ± 3.52 iken kontrol grubundaki ortalaması 3.82 ± 2.49 , Saldırganlık Davranışı'nın hasta grubunda ortalaması 12.34 ± 7.62 iken kontrol grubundaki ortalaması 5.30 ± 3.01 , Kurallara Karşı Gelme Davranışı'nın hasta grubundaki ortalaması 4.41 ± 3.38 iken kontrol grubundaki ortalaması 1.10 ± 1.18 , Sosyal İç Dönüklük Sorunları'nın hasta grubundaki ortalaması 4.28 ± 2.68 iken kontrol grubundaki ortalaması 2.38 ± 1.81 , Dikkat Sorunları'nın hasta grubundaki ortalaması 5.57 ± 2.13 iken kontrol grubundaki ortalaması 1.90 ± 1.52 , Sosyal Sorunlar'ın hasta grubundaki ortalaması 7.64 ± 3.72 iken kontrol grubundaki ortalaması 2.98 ± 1.96 , Düşünce Sorunları skorlarının ise hasta grubundaki ortalaması 3.26 ± 2.72 iken kontrol grubundaki ortalaması 1.20 ± 1.21 olarak saptanmıştır. ÇDDÖ'nün tüm alt ölçek skorlarında hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 20).

Tablo 20. ÇDDÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.

		Ortalama	Standart Sapma	p Değeri
Somatik Sorunlar	Kontrol	2.18	1.76	<0.001
	Hasta	3.51	3.03	
Anksiyete-Depresyon	Kontrol	3.82	2.49	<0.001
	Hasta	6.98	3.52	
Saldırganlık	Kontrol	5.30	3.01	<0.001
	Hasta	12.34	7.62	
Kurallara Karşı Gelme	Kontrol	1.10	1.18	<0.001
	Hasta	4.41	3.38	
Sosyal İç Dönüklük	Kontrol	2.38	1.81	<0.001
	Hasta	4.28	2.68	
Dikkat Sorunları	Kontrol	1.90	1.52	<0.001
	Hasta	5.57	2.13	
Sosyal Sorunlar	Kontrol	2.98	1.96	<0.001
	Hasta	7.64	3.72	
Düşünce Sorunları	Kontrol	1.20	1.21	<0.001
	Hasta	3.26	2.72	

4.2.6. DEHB grubunda PMKÖ skorları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki

DEHB grubunda PMKÖ skorları ile Conner's Dikkatsizlik, Conner's Hiperaktivite, Conner's Karşı Gelme Davranışları ve DEHB indeksi skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.564$, $p<0.001$; $r=0.430$, $p<0.001$; $r=0.474$, $p<0.001$; $r=0.509$, $p<0.001$) (Tablo 21).

Tablo 21. DEHB grubunda PMKÖ skorları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki.

		Conner's Dikkatsizlik	Conner's Hiperaktivite	Conner's DEHB	Conner's Karşı Gelme
PMKÖ	r^*	0.564	0.430	0.509	0.474
	P değeri	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

* Pearson korelasyon testi uygulandı.

4.2.7. DEHB grubunda PMKÖ ve ÇDDÖ alt ölçek skorları arasındaki ilişki

DEHB grubunda PMKÖ skorları ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Saldırganlık, Kurallara Karşı Gelme, Anksiyete-Depresyon, Somatik Sorunlar, Düşünce Sorunları, Sosyal Sorunlar, Dikkat Sorunları ve Sosyal İç Dönüklük skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.517$, $p<0.001$; $r=0.505$, $p<0.001$; $r=0.337$, $p=0.001$; $r=0.508$, $p<0.001$; $r=0.319$, $p=0.002$; $r=0.385$, $p<0.001$; $r=0.311$, $p=0.002$; $r=0.251$, $p=0.014$) (Tablo 22).

Tablo 22. DEHB grubunda PMKÖ ve ÇDDÖ alt ölçek skorları arasındaki korelasyon.

		Saldırganlık	Kurallara Karşı Gelme	Anksiyete-Depresyon	Somatik Sorunlar	Düşünce Sorunları	Sosyal Sorunlar	Dikkat Sorunları	Sosyal İç Dönüklük
PMKÖ	r^*	0.517	0.505	0.337	0.508	0.319	0.385	0.311	0.251
	p	<0.001	<0.001	0.001	<0.001	0.002	<0.001	0.002	0.014

* Pearson korelasyon testi uygulandı

4.2.8. DEHB grubunda PMKÖ ile dijital ebeveyn farkındalığının karşılaştırılması

DEHB grubunda PMKÖ skorları ile Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği alt boyutlarından Olumsuz Model Olma ve Dijital İhmal skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.526, p<0.001$; $r=0.545, p<0.001$) (Tablo 23).

DEHB grubunda PMKÖ skorları ile Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği alt boyutlarından Verimli Kullanım ve Risklerden Korunma skorları arasında ise anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($r=-0.003, p=0.977$; $r=-0.171, p=0.097$) (Tablo 23).

Tablo 23. DEHB grubunda PMKÖ ile dijital ebeveynlik farkındalık ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki.

		Olumsuz Model Olma	Dijital İhmal	Verimli Kullanım	Risklerden Korunma
PMKÖ	r*	0.526	0.545	-0.003	-0.171
	p	<0.001	<0.001	0.977	0.097

* Pearson korelasyon testi uygulandı

4.2.9. DEHB grubundaki annelerin dijital ebeveyn farkındalığı ile ekran süreleri, sosyal medya ve internet bağımlılıklarının karşılaştırılması

DEHB grubundaki annelerin, Dijital Ebeveynlik Farkındalığı alt boyutlarından Olumsuz Model Olma ile YİBT ve SMBÖ skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.512, p<0.001$; $r=0.419, p<0.001$) (Tablo 24).

DEHB grubundaki annelerin, Dijital Ebeveynlik Farkındalığı alt boyutlarından Dijital İhmal ile YİBT skorları, SMBÖ skorları ve annelerin günlük ekran süreleri arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.429, p<0.001$; $r=0.338, p=0.001$; $r=0.427, p<0.001$) (Tablo 24).

DEHB grubundaki annelerin, Dijital Ebeveynlik Farkındalığı alt boyutlarından Verimli Kullanım ile YİBT skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=-0.270, p=0.008$) (Tablo 24).

DEHB grubundaki annelerin, Dijital Ebeveynlik Farkındalığı alt boyutlarından Risklerden Korunma ile YİBT skorları, SMBÖ skorları ve annelerin

günlük ekran süreleri arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmamıştır ($r=-0.140, p=0.176$; $r=-0.142, p=0.169$; $r=-0.035, p=0.736$) (Tablo 24).

Tablo 24. DEHB grubundaki annelerin dijital ebeveyn farkındalığı ile ekran süreleri, sosyal medya ve internet bağımlılıkları arasındaki korelasyon.

		Young İnternet Bağımlılığı	Sosyal Medya Bağımlılığı	Annenin Ekran Süresi
Olumsuz Model Olma	r	0.512	0.419	0.201
	p	<0.001	<0.001	0.051
Dijital İhmal	r	0.429	0.338	0.427
	p	<0.001	0.001	<0.001
Verimli Kullanım	r	-0.270	-0.135	-0.066
	p	0.008	0.193	0.524
Risklerden Korunma	r	-0.140	-0.142	-0.035
	p	0.176	0.169	0.736

4.2.10. DEHB grubundaki annelerin dijital ebeveynlik farkındalığı ile ÇDDÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki

DEHB grubunda Dijital Ebeveynlik Farkındalık ölçeği alt boyutlarından Olumsuz Model Olma ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Somatik Sorunlar, Anksiyete-Depresyon, Saldırganlık, Kurallara Karşı Gelme, Sosyal Sorunlar ve Düşünce Sorunları skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.209, p=0.042$; $r=0.240, p=0.019$; $r=0.345, p=0.001$; $r=0.358, p<0.001$; $r=0.281, p=0.006$; $r=0.241, p=0.018$) (Tablo 25).

DEHB grubunda Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği alt boyutlarından Dijital İhmal ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Somatik Sorunlar, Saldırganlık ve Kurallara Karşı Gelme skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.261, p=0.011$; $r=0.360, p<0.001$; $r=0.354, p<0.001$) (Tablo 25).

DEHB grubunda Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği alt boyutlarından Risklerden Korunma ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Saldırganlık skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=-0.218, p=0.034$) (Tablo 25)

Tablo 25. DEHB grubunda annelerin dijital ebeveynlik farkındalığı ile ÇDDÖ alt ölçeklerin korelasyonu.

		Somatik Sorunlar	Anksiyete Depresyon	Saldırganlık	Kurallara Karşı Gelme	Sosyal İçe Dönüklük	Dikkat Sorunları	Sosyal sorunlar	Düşünce Sorunları
Olumsuz Model Olma	r	0.209	0.240	0.345	0.358	0.099	0.057	0.281	0.241
	p	0.042	0.019	0.001	<0.001	0.341	0.584	0.006	0.018
Dijital İhmal	r	0.261	0.149	0.360	0.354	0.089	0.165	0.152	0.149
	p	0.011	0.149	<0.001	<0.001	0.391	0.111	0.143	0.150
Verimli Kullanım	r	-0.058	-0.035	-0.087	-0.060	-0.184	-0.122	-0.163	0.027
	p	0.577	0.739	0.403	0.564	0.074	0.240	0.114	0.793
Risklerden Korunma	r	-0.061	-0.038	-0.218	-0.200	-0.036	-0.172	-0.079	-0.168
	p	0.555	0.718	0.034	0.053	0.732	0.096	0.444	0.104

4.2.11. Çocuklarda problemlili internet kullanımını predikte eden faktörler

Çocuklarda problemlili internet kullanımını predikte eden faktörleri araştırmak için stepwise methodu kullanılarak multiple lineer regresyon analizi yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, olumsuz model olma, dijital ihmal, risklerden korunma, verimli kullanım, anksiyete-depresyon skorları, somatik belirtiler, saldırganlık, sosyal içe dönüklük bu modele bağımsız değişkenler olarak dahil edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre, kontrol değişkenlerinden ilk olarak Dijital ihmal ($\beta = 0,545$, $p < 0.001$) regresyon denkleminde dahil olup varyansın %28.9'unu açıklamıştır. Sonrasında, somatik yakınmalar ($\beta = 0.393$, $p < 0.001$) regresyon denkleminde girmiş ve böylece açıklanan varyans %42.8'e yükselmiştir. Kontrol değişkenlerden sonra, olumsuz model olmanın ($\beta = 0,291$, $p < 0.001$) denkleme dahil edilmesiyle açıklanan varyans %48.4'e yükselmiştir. Ardından, Conner's DEHB Ölçeğinin ($\beta = 0,259$, $p < 0.001$) regresyon denkleminde dahil olarak açıklanan varyansı %53.4'e çıkarmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Problemlı internet kullanımını predıkte eden faktörler.

		Standartlaştırlmamış Katsayılar		Standartlaştırlmış Katsayılar	t Değeri	Güven Aralığı %95		P Değeri	VIF
		B	SS	Beta		Alt Sınır	Üst Sınır		
MODEL 1	Constant	9.194	2.470		3.722	4.289	14.099	<000.1	
	Dijital İhmal	1.466	0.234	0.545	6.263	1.001	1.931	<000.1	1.000
MODEL 2	Constant	7.718	2.236		3.452	3.278	12.158	0.001	
	Dijital İhmal	1.189	0.217	0.442	5.470	0.758	1.621	<0.001	1.073
	Somatik yakınmalar	1.204	0.248	0.393	4.863	0.712	1.696	<0.001	1.073
MODEL 3	Constant	4.049	2.396		1.690	-	8.809	0.095	
	Dijital İhmal	0.783	0.240	0.291	3.260	0.711	1.261	0.002	1.453
	Somatik yakınmalar	1.138	0.236	0.371	4.820	0.306	1.607	<0.001	1.081
	Olumsuz Model Olma	0.964	0.291	0.291	3.307	0.669	1.543	0.001	1.415
MODEL 4	Constant	-1.506	2.838		-	-	4.132	0.597	
	Dijital İhmal	0.659	0.232	0.245	0.531	7.144	1.119	0.005	1.493
	Somatik yakınmalar	0.863	0.239	0.282	2.846	0.199	1.339	0.001	1.232
	Olumsuz Model Olma	0.915	0.277	0.277	3.606	0.388	1.466	0.001	1.420
	Conner's DEHB	0.383	0.117	0.259	3.297	0.363	0.615	0.001	1.260
					3.280	0.151			

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB grubunda problemli medya kullanımının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu ve DEHB grubunda problemli medya kullanımı ile duygusal ve davranışsal sorunlar (anksiyete/depresyon, somatik yakınmalar, düşünce sorunları, saldırganlık vs.) arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca DEHB şiddeti, somatik belirtiler, ebeveynlerin internet kullanımı ile ilgili olumsuz rol model olma ve dijital ihmal düzeylerinin çocuklarda problemli medya kullanımını predikte ettiği belirlenmiştir. DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin ekran başında daha fazla vakit geçirdiği ve sorunlu internet kullanım düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca ebeveynlerin medya kullanımı konusundaki olumsuz model olma ve dijital ihmal tutumlarının DEHB'li çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunlarla pozitif ilişkisi olduğu saptanmıştır.

DEHB'li çocuklarda davranışsal disinhibisyon, zayıf nörobilişsel beceriler ve anında ödül tercihi, internet bağımlılığı için risk faktörleri olarak öne sürülmüştür (102). DEHB'li bireylerde davranışsal disinhibisyon internet kullanımıyla ilgili olarak öz-denetim sorunlarına da yol açabilmektedir. Ayrıca internet bağımlılığının etiyolojisinin ödül eksikliği ve dopaminerjik sistemlerle ilişkili olduğunu gösteren psikolojik testler, deneysel çalışmalar ve nörogörüntüleme çalışmaları da internet bağımlılığının DEHB'li bireylerde daha yüksek olduğu fikrini desteklemektedir (102). 119 ortaokul öğrencisini kapsayan bir anketle yapılan bir çalışmada, ortaokul öğrencileri arasında öz yeterliliğin ve öz kontrolün İnternet bağımlılığı üzerindeki etkileri doğrulanmış ve öz yeterlilik ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir negatif korelasyon olduğu saptanmıştır (103). Li ve ark. 80.681 katılımcıyla yaptıkları bir meta-analiz sonucunda, öz kontrolü zayıf olan öğrencilerin daha fazla İnternet bağımlılığına sahip olduğu öğrenilmiştir (104). Ek olarak DEHB'li ergenler okul ve aile yarışmalarında birden fazla başarısızlıkla karşılaşabilir ve bu da onların akranlarıyla karşılaştırıldığında daha düşük bir yeterlilik algısı yaşamalarına neden olabilir. Dolayısıyla internetin özellikleri DEHB'li ergenleri cezbedebilir ve onları internet bağımlılığına karşı savunmasız hale getirebilir (105).

Medya etkilerinin, medyaya maruz kalma sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkan üç tür tepki durumunun bir kombinasyonu ile açıklanabileceği öne sürülmektedir: bilişsel (yani belirli medya içeriğine dikkat edilmesi ve işlenmesi), duygusal (yani duygusal reaksiyonlar, izleme veya oynama sırasında veya sonrasında ortaya çıkan korku ve sevinç gibi) ve uyarıcı (yani izleme veya oynama sırasında veya hemen sonrasındaki fizyolojik uyarılma). Bu yanıtlar, ekran medyası kullanımı ile DEHB ile ilgili davranışlar arasında aracılık eden değişkenler olarak kavramsallaştırılmaktadır (106). Spesifik olarak araştırmalar, DEHB ile ilişkili davranışlar sergileyen çocukların genellikle düşük temel uyarılma seviyeleri yaşadıklarını göstermiştir. Bu genellikle hoş olmayan bir fizyolojik durum olarak yaşanır ve bu durumu hafifletmek için DEHB ile ilişkili davranışları olan çocuklar, uyarıcı faaliyetler aramaya ve bunlarla ilgilenmeye eğilimlidirler (107).

Çalışmamızda hasta grubundaki DEHB tanılı olguların günlük ekran başında geçirdikleri süre ve problemlili medya kullanımı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin internet üzerinde geçirdikleri sürenin haftalık ortalama $15,73 \pm 14,36$ saat olduğu ve internet üzerinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha uzun süre harcadıkları belirlenmiştir (108). Yapılan başka bir çalışmada, DEHB tanısı alan 6-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin ekran başında geçirdikleri sürenin sağlıklı gruba kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (109, 110). Bunlara ek olarak, Nikkelen ve ark. ekran başında geçirilen sürenin, bilişsel yetenekleri ve dikkat süresini arttırdığı düşünülen etkinliklere olan ilgiyi azalttığını gözlemlediler (111). Ayrıca yapılan çalışmalar problemlili medya kullanımı ile DEHB arasında iki yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ülkemizde internet bağımlılığı tanısı alan 8-10 yaş arası çocuk ve ergenler arasından seçilen klinik örneklemelerle yapılan bir çalışmada, hastaların %83,3'ünde DEHB en sık tanı konulan komorbid hastalık olmuştur (112).

Yapılan metanalizler DEHB tanısı alan bireylerin internet bağımlılığı skorlarının kontrollere kıyasla daha yüksek olduğunu, DEHB tanılı gençlerin dijital medyada daha fazla zaman harcadığını ve DEHB şiddeti ile internet bağımlılığı arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır (113, 114). Yapılan klinik ve kesitsel çalışmalarda da DEHB tanısı olan bireylerde hem problemlili internet kullanımının

hem de internet bağımlılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (108, 115). DEHB tanısı alan çocuklar ve ergenler anlık ödüllere oldukça duyarlı olduklarından ve sıklıkla duygusal ve bilişsel öz düzenlemeden yoksun olduklarından internet bağımlılığı geliştirmeye nispeten daha yatkın olmaları beklenilir bir durumdur (90). Sosyal medya bağımlılık düzeyi yüksek olan gençlerin 1 yıl sonraki izlemlerinde dikkat eksikliği problemlerinin arttığı (dikkat sorunlarında artışa neden olabileceği) bildirilmiştir (113). Ek olarak Hollandalı toplumsal bir örnekleme Boer ve ark., sorunlu sosyal medya kullanımının bir veya iki yıl sonra dikkat sorunlarında artışa neden olabileceğini açıklamıştır (116).

İnternet bağımlılığı dışında oyun bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığı da DEHB tanılı olgularda sıklıkla görülmektedir. Yapılan bir çalışmada 10-13 yaşlarında DEHB tanısı olan ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubundaki olgular karşılaştırılmış ve sonuç olarak DEHB tanılı çocukların sağlıklı çocuklara göre bilgisayar oyunu bağımlılığı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (117). Başka bir çalışmada problemlili bilgisayar oyunu oynayanların klinik örnekleme ile sağlıklı örnekleme karşılaştırıldığında, klinik örnekleme DEHB oranının %42,3, sağlıklı örnekleme ise %21,3 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu rapor edilmiştir (118). 99 DEHB'li çocuk ve Tahran'daki ilkokullarda öğrenim gören 99 sağlıklı olgunun kontrol grubu olarak dahil edildiği yakın tarihli bir çalışmada, DEHB'li çocuklarda video oyunu bağımlılığı yaygınlığının normal çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Oyun bağımlılığına benzer şekilde akıllı telefon kullanımına bakıldığında, yaşları 9 ve 12 arasında değişen çocuklar ile yapılan bir çalışmada, DEHB grubundaki olguların sağlıklı gruptaki olgulara kıyasla akıllı telefon bağımlılığı skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (120). Bağımlılık yaratan akıllı telefon kullanımının, Kore topluluğu örnekleminde DEHB tanılı ergenlerde DEHB tanısı olmayan ergenlere kıyasla daha sık olduğu bildirilmiştir (121).

Problemlili internet kullanımı ile ilgili önceki çalışmalar DEHB ile yüksek oranlarda komorbiditeyi bildirmektedir. Bunun yanı sıra DEHB belirtilerinin şiddetinin, internet bağımlılığı belirtileri şiddetini yordadığı da rapor edilmiştir (122). Benzer şekilde çalışmamızda da problemlili internet kullanımının, DEHB'nin alt boyutlarından Dikkat eksikliği, Hiperaktivite, KOKGB ve DEHB indeksi ile pozitif

yönde anlamlı korelasyon gösterdiği ve DEHB şiddetinin çocuklarda problemleri medya kullanımı için bağımsız bir prediktör faktör olduğu saptanmıştır. DEHB'nin alt boyutu olan dürtüsellik ile oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin, bireylerin oyun oynamanın ödüllendirici etkilerine boyun eğmesine ve bağımlılığa karşı savunmasızlığa katkıda bulunabileceği ileri sürülmüştür(123). DEHB'nin dürtüsellik özelliği veya yenilik arayışı davranışları ile bağımlılıklara yatkınlık oluşturduğu daha önceki çalışmalarda da bildirilmiştir(124). Bu bağlamda yapılan bir çalışmada, şiddet içeren medya kullanımının hiperaktivite ve dikkat problemlerinden çok dürtüsellik ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür(111). Yapılan bir metaanaliz çalışması ise ekran başında geçirilen zamanın hiperaktivite/dürtüsellikten ziyade dikkatsizlik belirtileriyle daha güçlü bir şekilde pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (111). Bizim çalışmamızda ise internet bağımlılığının, DEHB'nin her üç alt boyutu (Hiperaktivite, Dürtüsellik ve Dikkat eksikliği) ile anlamlı ilişkisi olduğu yönünde sonuçlanmıştır. Literatüre bakıldığında, Yoo ve ark. tarafından yapılan bir örnekleme, internet bağımlılığı ile DEHB indeksi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve hiperaktivite-dürtüsellik alt tipinin internet bağımlılığı için önemli bir risk faktörü oluşturduğuna da dikkat çekilmiştir(10). Ülkemizdeki ergenlerle yapılan kesitsel bir çalışmada, DEHB tanısı olan bireylerin internet bağımlılığı skorunun, DEHB tanısı olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve DEHB şiddeti ile internet bağımlılığı skorları arasında da pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (125). Ayrıca internet bağımlılığına ek olarak oyun bağımlılığının da DEHB'nin yordayıcılarından biri olabileceği ve bu durumun tersinin de mümkün olduğu yani aralarında çift yönlü bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (126).

Çalışmamızda internet bağımlılığı DEHB tanılı olgularda, saldırganlık, KOKGB, anksiyete, somatik belirtiler, depresyon, düşünce sorunları, sosyal sorunlar, sosyal içe dönüklük problemleri kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda saptanmış ve DEHB grubunda problemleri medya kullanım skorları ile sözü geçen duygusal ve davranışsal sorunlar arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Dijital medya cihazlarının çeşitliliği ile doğru orantılı olarak artan sayıda literatür, ekran başında geçirilen süre artışı, fiziksel, psikolojik, sosyal ve nörolojik olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirmektedir (64). Bununla birlikte çeşitli duygusal

zorlukların da internet bağımlılığının en güçlü yordayıcıları arasında yer almaktadır (127). Bilgiye erişim ve hızlı iletişimin sağladığı avantajların yanı sıra, son yıllarda ekrana uzun süre maruz kalmanın bebek, çocuk ve ergenlerde görülen sağlık sorunları ve psikolojik sorunlarla ilişkisi yapılan çalışmalarda desteklenmiştir (64). 11 Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen çok merkezli kesitsel bir çalışma, internet bağımlılığının, DEHB'nin yanı sıra depresyon, anksiyete belirtileri, davranış sorunları, intihar düşüncesi ve intihar girişimleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (128). 12-16 yaş arası ergenler ile yapılan kesitsel bir çalışmada, internet bağımlılığının, anksiyete/depresyon, kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranış ile sosyal sorunlar, düşünce sorunları skorları ile pozitif bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır (129). DEHB tanısı olan olguların hasta grubuna ve sağlıklı ergenlerin kontrol grubuna dahil edildiği bir çalışma, DEHB tanısı alan ergenlerde internet kullanımı arttıkça saldırganlığın da arttığını göstermektedir (130).

2 yaşındaki çocuklarla yapılan boylamsal bir çalışma, günde yalnızca bir saat TV'ye maruz kalmanın, ileriki yaşlarda saldırganlık davranışı, sosyal zorluklar ve akran zorbalığı ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu saptamıştır (131). Ayrıca sadece ekran başında geçirilen sürenin yanında çocukların ve ergenlerin ekran başında maruz kaldıkları içeriklerin de çocuk ve ergenlerde çeşitli duygusal, sosyal ve davranışsal problemlere yol açabileceği bildirilmektedir. Geçmişte yapılan araştırmaların çoğu, TV ve video oyunlarındaki şiddet içerikli içeriğe maruz kalmanın, gelecekteki şiddet içeren davranış riskini artırdığını göstermektedir (132). TV ve video oyunlarına benzer şekilde sosyal medyada da şiddet içeren içeriklere maruz kalmak saldırgan davranışlar için bir risk faktörü olabilir. Bu bağlamda saldırganlık düzeyleri, şiddet içerikli medya içeriği türlerine maruz kalma ile doğru orantılıdır. Kavga, hırsızlık ve insanların eşyalarının tahrip edilmesi gibi içerikleri gösteren elektronik ve sosyal medya araçları, gözlemsel öğrenme teorisine göre genç izleyicileri etkilemekte ve herhangi bir suç algısına tepki olarak agresif tepki vermenin kabul edilebilir olduğuna inanmalarını sağlamaktadır (133). Bazı yazarlar gençlerde patolojik ve patolojik olmayan medya kullanımı arasında ayrımın yoğunluk (yani zaman miktarı) değil de artan medya kullanımına bağlı davranış sorunları olduğunu öne sürmektedir. (134). Bununla birlikte yapılan çalışmalar 9-10 yaş arası çocuklar arasında yürütülen bir çalışmada, mobil cihaz kullanım süresinin 1

saatten az olmasının erkek çocuklarda davranış sorunları için koruyucu bir faktör olduğu vurgulanmıştır (135).

Çocuklar ve ergenler interneti bir sosyalleşme aracı olarak kullanma eğilimindedir, ancak problemlili internet kullanımı bireylerin çevrimiçi etkinliklerde giderek artan miktarda zaman harcamasına neden olabilir ve bu da sosyal geri çekilmeye, kendini ihmal etmeye, kötü beslenmeye yol açabilir (136). 11-18 arasında DEHB tanısı konan toplam 300 olgunun dahil edildiği bir çalışmada, DEHB ve internet bağımlılığı olan ergenlerin internet bağımlılığı olmayanlara göre daha ciddi sosyal beceri eksiklikleri olduğu bulunmuştur (137). DEHB'nin tipik bir özelliği olan emosyonel disregulasyon, DEHB hastalarında sosyal beceri eksikliklerini ağırlaştırabilir ve internet kullanımını daha da arttırabilir (138). Bu sonuçlar sosyal içe çekilme davranışının internet bağımlılığı ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği çalışmamızın sonuçları ile benzer niteliktedir.

Depresyon giderek artan bir halk sağlığı sorununu temsil etmekte ve çocuk ve ergenler arasında yaygın bir hastalık olarak görülmektedir (64). Çalışmamızda DEHB grubunda problemlili medya kullanımı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Liu ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada, günde iki saatten fazla dijital medya kullanan 5-18 yaş aralığındaki çocuklarda depresif belirtiler ile genel ekran süresi arasında anlamlı ilişki saptamışlardır (69) DEHB tanısı olan olgularla yapılan bir çalışma; internet bağımlılığı skorları ile yalnızlık/depresyon, dürtü kontrolü azalması, sosyal destek alt ölçekleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu. Bu sorunlar arasında en güçlü ilişkinin yalnızlık/depresyon alt ölçeği puanları ile internet kullanım süresi arasında olduğu saptandı (108). İnternet bağımlılığı ve depresyon birlikteliğinin yüksek prevalansına birkaç önemli faktör katkıda bulunabilir. Birincisi, depresyon belirtileri olan ergenler genellikle okuldan dönüşte evde vakit geçirirler; bu da daha fazla boş zaman ve daha az aile denetimi sağlar ve genç hastaların internete kolayca erişip interneti kullanmalarına olanak tanır. İkincisi, depresyon belirtileri olan ergenlerin gerçek dünya yerine sanal dünyaya girme olasılıkları daha yüksektir çünkü sanal dünyada daha fazla eğlenebilirler, bu da depresyonun olumsuz etkilerini ortadan kaldırır ve bağımlılığı pekiştirir (139). Ayrıca, daha şiddetli depresif belirtileri olan ergenler, sosyal becerilerinin yetersiz

olduğunu vaysaydıklarından çevrimiçi sosyal bağlantılar aramaya eğilimlidir (43). Gerçek dünyadaki sosyal aktivitelerde aşırı azalma ise internet bağımlılığı semptomlarında daha da artışa yol açabilir (44). Bu açıklamalara ek olarak, depresif bireylerde düşük benlik saygısı, düşük motivasyon, reddedilme korkusu ve onaylanma ihtiyacı da bu kişilerin interneti aşırı kullanmalarına neden olabilmektedir (125).

Aşırı akıllı telefon/medya kullanımının sonuçları arasında depresyona ek olarak anksiyete, dürtüsellik, zayıf öz düzenleme, akademik zorluklar, azalan sosyal etkileşim ve aile içi etkileşim eksikliğinin de ortaya çıktığı bildirilmektedir (10). Televizyon, bilgisayar, sosyal medya ve video oyunları da dahil olmak üzere en az bir ekran türünün aşırı kullanımı çocukluk çağında anksiyete belirtileri ile ilişkilendirilmiştir(140). İnternet oyun oynama bozukluğunun temel belirtilerinden biri oyunla meşgul olmaktır; bu, oyun oynamaya çok fazla zaman harcadığını, kaygı uyandıran durumlara (örn. akranlarla yapılandırılmamış sosyal etkileşimler - sosyal kaygı) veya uyaranlara (örn. yabancı köpekler – fobik nesneler/durumlar) maruz kalma açısından daha az fırsat tanır. Bu tür bir kaçınma, kaygıyı sürdürdüğü varsayılan bir faktördür; oysa tehdit edici durumlara ve nesnelere maruz kalmak, tedavisinin belki de en önemli özelliğidir (141). Bu açıklamalar ile tutarlı olarak, önceki bazı araştırmalar da patolojik oyun oynamanın anksiyete belirtileri açısından risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (142). Yaşları 12 ie 17 arasında değişen 468 öğrenciden oluşan bir örnekleme yapılan okul temelli kesitsel bir çalışmada, internet bağımlılığı olan ergenlerde anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır (125). 11-18 yaşları arasında DEHB tanısı konan toplam 287 olgunun dahil edildiği bir çalışmada, DEHB'li ergenlerde tespit edilen fiziksel anksiyete semptomlarının, daha yüksek internet bağımlılığı semptomlarıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir (143).

Ruhsal patolojilere ek olarak, yakın tarihte yapılan çalışmalarda, internet oyun oynama bozukluğu olan olgularda fiziksel belirtilerin de yaygın olarak görüldüğü rapor edilmiştir (141, 144). Çalışmamızda da DEHB grubunda somatik belirtilerin çocuklarda problemlili medya kullanımını predikte ettiği saptanmış ve DEHB'li çocuklarda somatik yakınmalar ile problemlili medya kullanımı arasında

ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, sorunlu medya kullanımı olan ergenlerin, daha yüksek düzeyde psikosomatik semptomlara sahip olduğu bildirilmektedir (145) ve fiziksel enerji eksikliği, fizyolojik işlev bozukluğu ve zayıf bağışıklık gibi fiziksel semptomlardan muzdarip olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu çalışmalarda desteklenmektedir (136). Son yıllarda yapılan araştırmalara göre baş ağrısı ve diğer somatik belirtiler problemlili medya kullanımı olan hastalarda sıklıkla görülmektedir. Medya cihazının kullanım süresi baş ağrısıyla doğrudan bağlantılıdır: özellikle, 3 saatten fazla ekran kullanan ergenlerde, cihazı 2 saatten daha az kullananlara kıyasla daha yüksek oranda baş ağrısı riski vardır (70). Sosyal medyanın problemlili kullanımı ile ergen psikosomatik belirtileri arasında tutarlı bir ilişki vardır(146). Kore’de yapılan prospektif bir çalışma, internet oyun bağımlılığı ile görme problemleri (örn;kuru göz) ve kas-iskelet sistemi ağrıları arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya çıkardı (147). Çin’de yaşları 16-24 arasında olan 4211 üniversite öğrencisi arasında yapılan başka bir çalışma, internet bağımlılığı testi ile değerlendirilen problemlili medya kullanımının, birden fazla vücut bölgesindeki kas-iskelet sistemi ağrısıyla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (148). Ergenlerle yapılan bir çalışmada, günde 2 saati aşan bilgisayar kullanımı süresinin, boyun-omuz ağrısıyla pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı (149). Ek olarak, problemlili medya kullanımı uyku mimarisini de etkileyebilir; örneğin yavaş dalga uykusunun, REM uykusunun ve uyku verimliliğinin azalması veya bilgisayar ekranının parlak ışığı melatonin salgılanmasını baskılayabilir ve böylelikle bireyi uyku bozukluğu aracılığı ile somatizasyon riskiyle karşı karşıya bırakabilir (150, 151).Ayrıca uyku bozukluğu, duyguların, dürtüselliğin ve ödül arama davranışının düzenlenmesinin altında yatan nöronal devreleri etkileyerek de problemlili medya kullanan ergenlerde fiziksel ve psikolojik belirtileri tetikleyebilir (152).

11-18 arasında DEHB tanısı konan toplam 287 ergenin dahil edildiği bir çalışmada, DEHB’li ergenlerde görülen fiziksel semptomların, internet bağımlılığı semptomlarıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptandı (143). DEHB’li ergenlerde kaygıya bağlı somatik belirtiler ile internet bağımlılığı belirtileri arasındaki anlamlı ilişkinin çeşitli olası açıklamaları vardır. İlk olarak, zayıf kişilerarası ilişkiler ve gerçek hayattaki akademik performanstan kaynaklanan stres, DEHB’li ergenlerin yüksek düzeyde fiziksel kaygı belirtileri yaşamasına ve aynı zamanda internet’in

sanal dünyasına kaçmalarına yol açabilir. İkinci olarak, fiziksel kaygı belirtileri, ergenlerin gerçek dünyadaki başarıların peşinde koşmak için iyi performans göstermeleri açısından zorluk yaratabilir ve dolayısıyla fiziksel kaygı belirtileri olan ergenler, başarılarını gerçek dünya yerine çevrimiçi ortamda arayabilir. Üçüncüsü, fiziksel kaygı belirtileri internet bağımlılığı olan ergenlerde yoksunluk belirtilerinden biri olabilir (143). Bizim çalışmamızda da DEHB grubunda yer alan çocukların yaşadıkları somatik belirtilerden kaynaklı günlük aktivitelerine devam etmek yerine ekran başında daha çok zaman geçirdikleri, ayrıca problemli medya kullanımının sonucu olarak yoksunluğun fiziksel belirtilerini daha çok yaşadıkları ve buna bağlı olarak ekran başında daha çok vakit geçirdikleri düşünülmektedir. Bu bağlamda bizim çalışmamızın sonucuna benzer nitelikte yapılan bir çalışma, eklem ağrısı veya karın ağrısı gibi somatik semptomlar yaşayan ergenlerin hareketsiz çevrimiçi etkinlikleri tercih etme olasılıklarının, dolayısıyla teknolojinin sorunlu bir şekilde kullanılması riskinin daha yüksek olduğunu varsaymıştır(153). Tüm bu sonuçlar göz önüne alındığında somatik belirtiler ve internet bağımlılığı arasında çift yönlü bir ilişki olduğu da söylenebilir.

Bazı ebeveynler, çocuklarının yaşına uygun, eğitici, merak duygusu uyandıracak uygulamaları çocuklarıyla birlikte izleyerek medyayı faydalı amaçlarla kullanma yönünde olumlu rol model olup gerekli sınırlamaları koyabilirken, bazı ebeveynlerin ise çocuklarına karşı tutarsız davrandıklarını ve günlük işlerini yaparken çocuklarını meşgul etmek için veya çocuklarına bazı davranışları yaptırmak için teknolojik aletleri (Tablet, TV,akıllı telefon vb.) ödül olarak kullandıkları ve sınır koyamadıkları görülmektedir(154). Yaşadığımız dijital çağda, teknolojinin günlük hayatın bir parçası haline gelmesiyle ebeveynlerin sorumluluklarına; çocukların dijital dünyasında iyi bir rehber olabilme, onları güvende tutma ve teknolojinin doğru kullanım şekillerini çocuklarına aşılayabilme özellikleri eklenerek “dijital ebeveynlik” kavramı ortaya çıkmıştır (155). Manap ve Durmuş, 2020 yılında geliştirdikleri ölçekle Dijital Ebeveyn Farkındalığı (DEF) kavramını Olumsuz rol model olma, Dijital ihmal, Verimli kullanım ve Risklerden korunma olmak üzere dört ayrı alt boyutta incelemiştir. Olumsuz rol model olma ve Dijital ihmal davranışları arttıkça DEF düzeyinin azaldığını, Verimli kullanım ve Risklerden korunma davranışlarının artmasıyla DEF düzeyinin de arttığı belirtilmiştir (6).

Bizim çalışmamızda internet bağımlılığı ile DEF alt boyutlarından olumsuz rol model olma ve dijital ihmal arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve olumsuz model olma ile dijital ihmalin çocuklarda problemli medya kullanımının bağımsız bir prediktörü olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin medya ile vakit geçirdikleri sırada çocuklarına medya konusunda olumsuz model olması ("Telefonumla uğraşırken çocuğumun söylediklerini dinlemediğim olur", telefon/tablet kullanımında çocuğumda eleştirdiğim davranışları ben yaparım" gibi) çocukların problemli medya kullanımını arttırdığı saptanmıştır. Bununla birlikte ebeveynlerinde sadece medya kullanırken değil günlük yaşamları sırasında (evde ve ev dışı ortamda) da çocuklarının medya kullanımı ile ilgili yeterli sınırı koyamamaları, ihmal etmelerinin, ve medya kullanımı konusunda olumsuz tutumlar sergilemelerinin problemli medya kullanımı sıklığını arttırdığı saptanmıştır. Bu tutumlar çalışmamızda "Dijital İhmal" alt boyutu olarak kullanılmıştır. Ebeveynlerin ekran başında geçirdikleri süre ve ebeveyn tutumları ile çocuklarının ekran başında geçirdikleri süre arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirildi (156). Bu ilişki, birçok çalışmanın bulgularıyla da uyumlu olarak saptandı (157). Bu ilişkinin olası bir nedeni, ebeveynlerin ve çocukların elektronik medyayı birlikte kullanmaları, örneğin birlikte TV izlemeleri veya birlikte mobil oyun oynamalarıdır (158). Bir diğer neden ise çocukların annelerini rol model olarak almaları olabilir. Başkalarının cep telefonu kullandığını veya televizyon izlediğini görmek, bu cihazları kendi başına kullanma isteği yaratabilir. Son olarak, evde paylaşılan medya ortamı hem annelerin hem de çocukların medya kullanımını etkileyebilir ve dolayısıyla her ikisi arasında bir ilişkiyi tetikleyebilir (158). Ayrıca ebeveynler ve çocuklar arasındaki internet bağımlılığı ilişkisi, sosyal öğrenme teorisinin ebeveynlere yönelik 'model olma' kavramından hareketle de araştırılmıştır. Bandura, sosyal öğrenme teorisinin, insanın öğrenmesinin yalnızca belirli bir modelin davranışını görerek başarıldığını ifade ettiğini ileri sürmüştür (159). Sosyal öğrenme teorisinde öğrenmenin, pekiştirme ve ceza olmaksızın sadece modelin davranışına bakılarak gerçekleştirildiği söylenmektedir. Buna aynı zamanda gözlemsel öğrenme teorisi, modelleme veya taklit ederek öğrenme de denir (160). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar hem literatürle hem de hipotezimizle uyumlu olup ebeveynlerin ekran ile vakit geçirdikleri sırada gösterdikleri olumsuz tutumların çocukların problemli

medya kullanımını arttıran bir mekanizma olabilir. Bu bağlamda literatüre bakıldığında, Arslan tarafından dijital ebeveynlik üzerine yapılan bir tez çalışmasında; 4-11 yaş arası çocukları olan ailelerde olumsuz rol model olma ve dijital ihmal düzeyleri yüksek olan ebeveynlerin çocuklarında problemleri medya kullanımı daha yüksek bulunmuştur (161). Yapılan kesitsel bir çalışmada, ebeveynlerin akıllı telefon bağımlılığı ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı ile doğrudan ilişkili olup pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gösterdiği saptanmıştır (162). Ebeveynlerin evde akıllı telefonlarını sık sık kontrol etmeleri ve kompulsif olarak kullanmaları halinde çocuklarının da onların davranışlarını benimseyip taklit ettikleri, bunun da akıllı telefon kullanım sıklığını ve bağımlılık yaratan kullanım alışkanlıklarını etkilediği saptanmıştır (163). Ortaokul öğrencilerini kapsayan kesitsel bir çalışmada, medya kullanımı açısından olumlu rol model olan ebeveynlerin çocuklarında internet bağımlılığı skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (164).

Ebeveynlerin gün içinde internette fazla zaman geçirmesi durumunda ise çocuklarının davranışlarına tepki vermelerinin veya hiç tepki vermemelerinin daha uzun sürdüğü, bunun da ebeveyn-çocuk ilişkisini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (165). Ayrıca ebeveynler, akıllı telefonlarla çok fazla meşgul olduklarında çocuklarına karşı daha az empatik ve ihmalkar hale gelmekte, ebeveynlik sorumluluklarını yerine getirememekte ve aile üyeleriyle daha az iletişim kurmaktadır (162). Yapılan bir çalışmada, annelerin ekran başında kalma süresiyle, çocuklarında dışavuran sorunlu davranışlar (davranış sorunları, hiperaktivite/dikkatsizlik belirtileri) ve içevuran sorunlu davranışlar (duygusal sorunlar, örneğin üzüntü, depresif ruh hali) arasında anlamlı bir ilişkili olduğu bildirilmiştir (158). Annelerin medya kullanımı ile çocukların davranışsal zorlukları arasındaki ilişkinin olası bir nedeni, özellikle medya çocuğun yanında kullanılıyorsa, elektronik medya kullanımının annelerin dikkatini ve tepki verme yeteneğini azaltmasıdır (166). Bu, çocukları hayal kırıklığına uğratabilir ve duygusal ve davranışsal problemler bu hayal kırıklığını ifade etmenin iki yolunu temsil edebilir (167). Çocuklar ebeveynleriyle istikrarlı bir ilişki kuramadıklarından, başkalarıyla ilişkiler kurmak için kendilerini sanal dünyaya kaptırma eğiliminde olurlar ve bu da sonuç olarak akıllı telefon bağımlılığına yol açar (168). Bu bulgular bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz internet bağımlılığı ve DEF alt boyutlarından dijital

ihmal arasındaki pozitif korelasyonu destekler niteliktedir. Literatüre bakıldığında, ebeveyn ihmalinin ve olumsuz ebeveynlik tutumlarının, çocukların akıllı telefon bağımlılığı düzeyini arttırdığı bulunmuştur (169). Yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin ihmalkar ebeveynlik tutumu ne kadar fazla ise, çocuklarının da cep telefonlarına daha fazla bağımlı hale geldiği saptanmıştır (170). İlgisiz veya ihmalkar bir ebeveynlik tutumunun, çocuklarda cep telefonu bağımlılığı düzeyini etkileyebildiği bildirilmektedir. Kwak ve ark.'nın ortaokul öğrencileri arasında yaptıkları bir çalışmada, ebeveyn ihmalinin, ergenlerin akıllı telefon bağımlılığıyla pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği saptanmıştır (171).



6. SONUÇLAR

- DEHB grubu ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.
- DEHB grubundaki olgularda en sık saptanan DEHB alt tipi birleşik alt tip olarak saptandı.
- Hem DEHB hem kontrol grubundaki olguların gün içinde en sık kullandığı medya cihazları sırası ile akıllı telefon, tablet, televizyon ve bilgisayar olarak saptandı ve gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmedi.
- Tüm olguların kendilerine ait elektronik cihaz tercihlerinin sırası ile en sık tablet sonrasında akıllı telefon ve son olarak bilgisayar olduğu saptandı.
- Olguların kendi odalarında elektronik medya aracı bulundurmaları açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı.
- DEHB ve kontrol grubundaki olguların annelerinin yaş, meslek ve eğitim durumları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.
- DEHB grubundaki annelerde kontrol grubuna kıyasla ruhsal hastalık görülme sıklığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.
- Her iki gruptaki annelerde en sık görülen ruhsal hastalığın depresyon olduğu saptandı.
- DEHB ve kontrol grubundaki olguların babalarının yaş, meslek ve eğitim durumları açısından karşılaştırılmasında gruplar arasında farklılık saptanmadı.
- DEHB grubundaki babalarda kontrol grubuna kıyasla ruhsal hastalık görülme sıklığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.
- DEHB grubundaki olguların babalarında en sık görülen ruhsal hastalığın DEHB olduğu saptandı .
- Conner's Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği tüm alt ölçek ve toplam puanlarının DEHB grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı.
- DEHB grubunda PMKÖ skorları kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

- DEHB ve kontrol grubunun hafta içi, hafta sonu ve toplam ekran süresi açısından karşılaştırılmasında DEHB grubunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.
- DEHB grubundaki olguların annelerinin YİBT skorları ve günlük ortalama ekran süreleri kontrol grubundaki annelerle kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek saptandı.
- DEHB ve kontrol grubundaki annelerin SMBÖ skorları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.
- DEHB grubunda olgularda ÇDDÖ tüm alt ölçek skorları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek saptandı.
- DEHB grubunda PMKÖ skorları ile Conner's Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği tüm alt ölçek skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.
- DEHB grubunda PMKÖ skorları ile ÇDDÖ tüm alt ölçek skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.
- PMKÖ skorları ile Olumsuz Model Olma ve Dijital İhmal skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.
- PMKÖ skorları ile Verimli Kullanım ve Risklerden Korunma skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı.
- Annelerin Olumsuz Model Olma skorları ile YİBT ve SMBÖ skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.
- Annelerin Dijital İhmal skorları ile YİBT skorları, SMBÖ skorları ve annelerin günlük ortalama ekran süreleri arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu tespit edildi.
- Olumsuz Model Olma ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Somatik Sorunlar, Anksiyete-Depresyon, Saldırganlık, Kurallara Karşı Gelme, Sosyal Sorunlar ve Düşünce Sorunları skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu saptandı.
- Olumsuz Model Olma ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Sosyal İçerik Dönüklük ve Dikkat Sorunları arasında anlamlı korelasyon olmadığı saptandı.
- Dijital İhmal ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Somatik Sorunlar, Saldırganlık ve Kurallara Karşı Gelme skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu saptandı.

- Dijital İhmal ile ÇDDÖ alt ölçeklerinden Anksiyete-Depresyon, Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları, Sosyal İçer Dönüklük ve Dikkat Sorunları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Yapılan çalışmanın tek merkezli ve kesitsel bir çalışma olması birinci kısıtlılığdır. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı DEHB grubuna dahil edilen olgularda ilaç kullanımının dışlanmamasıdır. İlaç kullanımının medya kullanımı üzerine olan etkisi bu nedenle dışlanamamıştır. Çalışmaya alınan DEHB olgularda eşlik eden otizm spektrum bozukluğu, bipolar bozukluk, zeka geriliği, şizofreni tanısı olan olgular çalışmadan dışlanmakla birlikte, anksiyete, depresyon gibi diğer psikiyatrik tanılar çalışmadan dışlanmamıştır. Çalışmamıza ebeveyn olarak sadece anneler alınmıştır bu yüzden babaların çocukların internet kullanımı konusundaki tutumları ve bu tutumların çocuğun medya kullanımı üzerindeki etkisi değerlendirilememiştir. Annelerin sadece internet konusundaki tutumları değerlendirilmiş olup günlük yaşamdaki tutumları değerlendirilmemiştir. Ek olarak çalışmamızda kullandığımız ebeveyn bildirimine dayalı olması, ebeveynlerin psikiyatrik muayenesinin yapılmamış olması da kısıtlılıklardan biridir. Bununla birlikte medya kullanımına bağlı çocuklarda görülebilecek yeme ve uyku gibi diğer sorunlar değerlendirilmemiştir.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World psychiatry. 2003;2(2):104.
3. Mukaddes NM. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar: Nobel Tıp; 2015.
4. Barth GM, Renner TJ. ADHS und Mediensucht bei Kindern und Jugendlichen. SUCHT. 2015;61(5):293-301.
5. Wang B-q, Yao N-q, Zhou X, Liu J, Lv Z-t. The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2017;17(1):1-12.
6. Manap A, Durmuş E. DİJİTAL EBEVEYNLİK FARKINDALIK ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2020;21(2):978-93.
7. Greenfield DN. Treatment considerations in internet and video game addiction: a qualitative discussion. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2018;27(2):327-44.
8. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. The ASAM principles of addiction medicine: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
9. Rosenberg KP, Laura Curtiss Feder P. Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment: Academic Press; 2014.
10. Derevensky JL, Hayman V, Gilbeau L. Behavioral addictions: excessive gambling, gaming, Internet, and smartphone use among children and adolescents. Pediatric Clinics. 2019;66(6):1163-82.
11. Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance use. 2005;10(4):191-7.
12. Derevensky JL. Behavioral addictions: Some developmental considerations. Current Addiction Reports. 2019;6:313-22.

13. Jorgenson AG, Hsiao RC-J, Yen C-F. Internet addiction and other behavioral addictions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2016;25(3):509-20.
14. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2010;36(5):233-41.
15. Bölükbaş K. İnternet kafeler ve internet bağımlılığı üzerine sosyolojik bir araştırma: Diyarbakır örneği. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır, Türkiye. 2003.
16. Labaš D. Media Addiction among Children and Youths. *The International Encyclopedia of Media Literacy*. 2019:1-10.
17. Perdeu L. Internet addiction. North Mankato, Minnesota. United States of America: Abdo Publishing; 2014.
18. Carlisle KL, Carlisle RM, Polychronopoulos GB, Goodman-Scott E, Kirk-Jenkins A. Exploring Internet addiction as a process addiction. *Journal of Mental Health Counseling*. 2016;38(2):170-82.
19. Goldberg I. Internet addiction disorder. [http. www, cog brown edu/brochure/people/duchon/humor/internet addiction, html](http://www.cogbrown.edu/brochure/people/duchon/humor/internet%20addiction.html) (2006-09-12). 1996.
20. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & behavior*. 1998;1(3):237-44.
21. Widyanto L, McMurran M. The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology & behavior*. 2004;7(4):443-50.
22. Widiger TA, Costa PT, Association AP. Personality disorders and the five-factor model of personality: JSTOR; 2013.
23. Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Chen C-C. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *European Psychiatry*. 2012;27(1):1-8.
24. Ding Q, Li D, Zhou Y, Dong H, Luo J. Perceived parental monitoring and adolescent internet addiction: A moderated mediation model. *Addictive Behaviors*. 2017;74:48-54.
25. Reid Chassiakos YL, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C, Hill D, et al. Children and adolescents and digital media. *Pediatrics*. 2016;138(5).

26. Lukavská K, Hrabec O, Lukavský J, Demetrovics Z, Király O. The associations of adolescent problematic internet use with parenting: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*. 2022;107423.
27. Rideout V. Zero to Eight. Children's Media Use in America. Common Sense Media, 2011. 2011.
28. Rideout V, Robb MB. The Common Sense census: Media use by kids age zero to eight. San Francisco, CA: Common Sense Media. 2017;263:283.
29. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, Mohanty SH, Leister KP, et al. Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics*. 2015;136(6):1044-50.
30. Odell PM, Korgen KO, Schumacher P, Delucchi M. Internet use among female and male college students. *CyberPsychology & Behavior*. 2000;3(5):855-62.
31. Flisher C. Getting plugged in: an overview of internet addiction. *Journal of paediatrics and child health*. 2010;46(10):557-9.
32. Weinstein A, Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2010;36(5):277-83.
33. Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*. 2012;107(12):2210-22.
34. Ciboci L, Kanižaj I. Kako je nasilje preko medija ušlo u naše domove. U: Ciboci, L, Kanižaj, I, Labaš, D, Djeca medija—od marginalizacije do senzacije Zagreb: Matica hrvatska. 2011:11-34.
35. Wartella E, Rideout V, Lauricella A, Connell S. Parenting in the age of digital technology: A national survey. Report of the center on media and human development, school of communication, Northwestern University. 2013.
36. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in human behavior*. 2001;17(2):187-95.
37. Shaw M, Black DW. Internet Addiction: Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. *CNS drugs*. 2008;22:353-65.
38. Caplan SE. Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being. *Communication research*. 2003;30(6):625-48.

39. Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in human behavior*. 2000;16(1):13-29.
40. Zastrow M. Is video game addiction really an addiction? *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2017;114(17):4268-72.
41. Sussman CJ, Harper JM, Stahl JL, Weigle P. Internet and video game addictions: Diagnosis, epidemiology, and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2018;27(2):307-26.
42. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. *CNS spectrums*. 2006;11(12):966-74.
43. Tao R, Ying L, Yue X, Hao X. Internet addiction: Exploration and intervention. Shanghai People's Press China. 2007.
44. Liu C-Y, Kuo F-Y. A study of Internet addiction through the lens of the interpersonal theory. *CyberPsychology & Behavior*. 2007;10(6):799-804.
45. Su W, Han X, Jin C, Yan Y, Potenza MN. Are males more likely to be addicted to the internet than females? A meta-analysis involving 34 global jurisdictions. *Computers in Human Behavior*. 2019;99:86-100.
46. Chi X, Hong X, Chen X. Profiles and sociodemographic correlates of Internet addiction in early adolescents in southern China. *Addictive behaviors*. 2020;106:106385.
47. Baloglu M, Şahin R, Arpacı I. A review of recent research in problematic internet use: gender and cultural differences. *Current Opinion in Psychology*. 2020;36:124-9.
48. Nereim C, Bickham D, Rich M. A primary care pediatrician's guide to assessing problematic interactive media use. *Current Opinion in Pediatrics*. 2019;31(4):435-41.
49. Fischer-Grote L, Kothgassner OD, Felnhofer A. Risk factors for problematic smartphone use in children and adolescents: a review of existing literature. *Neuropsychiatrie*. 2019;33(4):179.

50. Tam P, Walter G. Problematic internet use in childhood and youth: evolution of a 21st century affliction. *Australasian Psychiatry*. 2013;21(6):533-6.
51. Chang C-H, Chang Y-C, Yang L, Tzang R-F. The comparative efficacy of treatments for children and young adults with internet addiction/internet gaming disorder: An updated meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(5):2612.
52. Liu J, Nie J, Wang Y. Effects of group counseling programs, cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in East Asia: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2017;14(12):1470.
53. 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. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50(3):251-6.
54. Park JH, Lee YS, Sohn JH, Han DH. Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2016;31(6):427-32.
55. Li W, Garland EL, Howard MO. Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English-and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior*. 2014;31:393-411.
56. Hosokawa R, Katsura T. Role of parenting style in children's behavioral problems through the transition from preschool to elementary school according to gender in Japan. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(1):21.
57. Nielsen P, Favez N, Liddle H, Rigter H. Linking parental mediation practices to adolescents' problematic online screen use: A systematic literature review. *Journal of Behavioral Addictions*. 2019;8(4):649-63.
58. Valkenburg PM, Krcmar M, Peeters AL, Marseille NM. Developing a scale to assess three styles of television mediation: "Instructive mediation," "restrictive mediation," and "social coviewing". *Journal of broadcasting & electronic media*. 1999;43(1):52-66.

59. Coyne SM, Radesky J, Collier KM, Gentile DA, Linder JR, Nathanson AI, et al. Parenting and digital media. *Pediatrics*. 2017;140(Supplement_2):S112-S6.
60. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2007;161(5):473-9.
61. Domingues-Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *Journal of paediatrics and child health*. 2017;53(4):333-8.
62. Modecki KL, Goldberg RE, Wisniewski P, Orben A. What is digital parenting? A systematic review of past measurement and blueprint for the future. *Perspectives on Psychological Science*. 2022;17(6):1673-91.
63. Magee CA, Lee JK, Vella SA. Bidirectional relationships between sleep duration and screen time in early childhood. *JAMA pediatrics*. 2014;168(5):465-70.
64. Lissak G. Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. *Environmental research*. 2018;164:149-57.
65. Saunders TJ, Vallance JK. Screen time and health indicators among children and youth: current evidence, limitations and future directions. *Applied health economics and health policy*. 2017;15:323-31.
66. Gopinath B, Baur L, Hardy L, Kifley A, Rose K, Wong T, et al. Relationship between a range of sedentary behaviours and blood pressure during early adolescence. *Journal of human hypertension*. 2012;26(6):350-6.
67. Kim DJ, Kim K, Lee H-W, Hong J-P, Cho MJ, Fava M, et al. Internet game addiction, depression, and escape from negative emotions in adulthood: a nationwide community sample of Korea. *The Journal of nervous and mental disease*. 2017;205(7):568-73.
68. Maras D, Flament MF, Murray M, Buchholz A, Henderson KA, Obeid N, et al. Screen time is associated with depression and anxiety in Canadian youth. *Preventive medicine*. 2015;73:133-8.
69. Liu M, Wu L, Yao S. Dose–response association of screen time-based sedentary behaviour in children and adolescents and depression: a meta-analysis of observational studies. *British journal of sports medicine*. 2016;50(20):1252-8.

70. Bozzola E, Spina G, Agostiniani R, Barni S, Russo R, Scarpato E, et al. The use of social media in children and adolescents: Scoping review on the potential risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(16):9960.
71. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal hastalıkların tanıs ve sayımsal el kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı Çeviri editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
72. de Sousa AdF, Coimbra IM, Castanho JM, Polanczyk GV, Rohde LA. EXTERNALIZING DISORDERS. Chapter D. 2020;1:1-28.
73. Rohde LA, Buitelaar JK, Gerlach M, Faraone SV. Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD: Artmed Editora; 2019.
74. Felt BT, Biermann B, Christner JG, Kochhar P, Van Harrison R. Diagnosis and management of ADHD in children. *American Family Physician*. 2014;90(7):456-64.
75. Akutagava-Martins GC, Rohde LA, Hutz MH. Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Expert review of neurotherapeutics*. 2016;16(2):145-56.
76. Bélanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1—Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics & child health*. 2018;23(7):447-53.
77. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*. 2014;43(2):434-42.
78. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-e1001.
79. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2015;56(3):345-65.

80. Wolraich ML, Hagan JF, Jr., Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4).
81. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315-35.
82. Döpfner M, Ise E, Breuer D, Rademacher C, Metternich-Kaizman TW, Schürmann S. Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: an 8-year follow-up. *Journal of Attention Disorders*. 2020;24(1):145-62.
83. Geissler J, Jans T, Banaschewski T, Becker K, Renner T, Brandeis D, et al. Individualised short-term therapy for adolescents impaired by attention-deficit/hyperactivity disorder despite previous routine care treatment (ESCAadol)—Study protocol of a randomised controlled trial within the consortium ESCAlife. *Trials*. 2018;19:1-16.
84. Döpfner M, Ise E, Wolff Metternich-Kaizman T, Schürmann S, Rademacher C, Breuer D. Adaptive multimodal treatment for children with attention-deficit-/hyperactivity disorder: an 18 month follow-up. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015;46:44-56.
85. Ding Q, Li M, Zhu D. Is combined CBT therapy more effective than drug therapy alone for ADHD in children? A meta-analysis. *Traditional Medicine and Modern Medicine*. 2018;1(01):21-6.
86. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular psychiatry*. 2019;24(3):390-408.
87. Faraone S, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar J, Ramos-Quiroga J, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Rev. Dis. Primers* 15020. 2015.
88. Kollins SH, DeLoss DJ, Cañadas E, Lutz J, Findling RL, Keefe RS, et al. A novel digital intervention for actively reducing severity of paediatric ADHD

- (STARS-ADHD): a randomised controlled trial. *The Lancet Digital Health*. 2020;2(4):e168-e78.
89. Muzwagi AB, Motiwala FB, Manikkara G, Rizvi A, Varela MA, Rush AJ, et al. How Are Attention-deficit Hyperactivity and Internet Gaming Disorders Related in Children and Youth? *Journal of Psychiatric Practice®*. 2021;27(6):439-47.
90. Ceranoglu TA. Inattention to problematic media use habits: interaction between digital media use and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2018;27(2):183-91.
91. Shuai L, He S, Zheng H, Wang Z, Qiu M, Xia W, et al. Influences of digital media use on children and adolescents with ADHD during COVID-19 pandemic. *Globalization and health*. 2021;17:1-9.
92. Pawlikowski M, Altstötter-Gleich C, Brand M. Validation and psychometric properties of a short version of Young's Internet Addiction Test. *Computers in Human Behavior*. 2013;29(3):1212-23.
93. Kutlu M, Savcı M, Demir Y, Aysan F. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formunun Türkçe uyarlaması: Üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17(1):69-76.
94. Domoff SE, Harrison K, Gearhardt AN, Gentile DA, Lumeng JC, Miller AL. Development and validation of the Problematic Media Use Measure: A parent report measure of screen media "addiction" in children. *Psychology of popular media culture*. 2019;8(1):2.
95. Furuncu C, Öztürk E. Problemlı Medya Kullanım Ölçeği Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması: Çocuklarda ekran bağımlılığı ölçeği ebeveyn formu. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*. 2020;4(3):535-66.
96. Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, et al. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2016;30(2):252.
97. Demirci İ. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkisinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20:15-22.

98. Kaner S, Buyukozturk S, Iseri E. Conners parent rating scale-revised short: Turkish standardization study/Conners anababa dereceleme olcegi-yenilenmis kisa: Turkiye stardardizasyon calismasi. Archives of Neuropsychiatry. 2013;50(2):100-10.
99. Achenbach TM. Manual for ASEBA school-age forms & profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families. 2001.
100. Dumenci L, Erol N, Achenbach TM, Simsek Z. Measurement structure of the Turkish translation of the Child Behavior Checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. Journal of abnormal child psychology. 2004;32:335-40.
101. Erol N. The adaptation and standardisation of the child behaviour checklist among 6-18 year-old Turkish children. Eunethydis European Approaches to Hyperkinetic Disorders. 1995.
102. Kahraman Ö, Demirci EÖ. Internet addiction and attention-deficit–hyperactivity disorder: Effects of anxiety, depression and self-esteem. Pediatrics international. 2018;60(6):529-34.
103. Yang S-Y. Effects of self-efficacy and self-control on internet addiction in middle school students: A social cognitive theory-driven focus on the mediating influence of social support. Child Health Nursing Research. 2020;26(3):357.
104. Li S, Wu Q, Tang C, Chen Z, Liu L. Exercise-based interventions for internet addiction: neurobiological and neuropsychological evidence. Frontiers in psychology. 2020;11:1296.
105. Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M, Larsson JO. Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. Acta paediatrica. 2006;95(6):650-7.
106. Valkenburg PM, Peter J. The differential susceptibility to media effects model. Journal of communication. 2013;63(2):221-43.
107. Beyens I, Valkenburg PM, Piotrowski JT. Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2018;115(40):9875-81.

- 108.Cakmak FH, Gul H. Factors associated with problematic internet use among children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Northern clinics of Istanbul. 2018;5(4):302.
- 109.Lo CB, Waring ME, Pagoto SL, Lemon SC. A television in the bedroom is associated with higher weekday screen time among youth with attention deficit hyperactivity disorder (ADD/ADHD). Preventive medicine reports. 2015;2:1-3.
- 110.Gentile DA, Swing EL, Lim CG, Khoo A. Video game playing, attention problems, and impulsiveness: Evidence of bidirectional causality. Psychology of popular media culture. 2012;1(1):62.
- 111.Nikkelen SW, Valkenburg PM, Huizinga M, Bushman BJ. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. Developmental psychology. 2014;50(9):2228.
- 112.Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroglu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. Psychiatry and clinical neurosciences. 2013;67(5):352-9.
- 113.Werling AM, Kuzhippallil S, Emery S, Walitza S, Drechsler R. Problematic use of digital media in children and adolescents with a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder compared to controls. A meta-analysis. Journal of Behavioral Addictions. 2022.
- 114.Wang BQ, Yao NQ, Zhou X, Liu J, Lv ZT. The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2017;17(1):260.
- 115.Gul H, Yurumez Solmaz E, Gul A, Oner O. Facebook overuse and addiction among Turkish adolescents: are ADHD and ADHD-related problems risk factors? Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2018;28(1):80-90.
- 116.Boer M, Stevens G, Finkenauer C, van den Eijnden R. Attention deficit hyperactivity disorder-symptoms, social media use intensity, and social media use problems in adolescents: Investigating directionality. Child development. 2020;91(4):e853-e65.
- 117.Başgöl ŞŞ, Bekar B, Luş MG. Associations between computer game addiction and attention deficit and hyperactivity disorder-an empirical study. Addicta Turk J Addict. 2020;7:122-8.

- 118.Vadlin S, Åslund C, Hellström C, Nilsson KW. Associations between problematic gaming and psychiatric symptoms among adolescents in two samples. *Addictive behaviors*. 2016;61:8-15.
- 119.Razjouyan K, Khademi M, Dorandish ZY, Davari-Ashtiani R. An investigation into the frequency of addiction to video games in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of family medicine and primary care*. 2020;9(2):669.
- 120.Huang Y-C, Hu S-C, Shyu L-Y, Yeh C-B. Increased problematic smartphone use among children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the community: The utility of Chinese version of Smartphone Addiction Proneness Scale. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2020;83(4):411-6.
- 121.Kim S-G, Park J, Kim H-T, Pan Z, Lee Y, McIntyre RS. The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity in South Korean adolescents. *Annals of general psychiatry*. 2019;18(1):1-8.
- 122.Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Taymur I, Evren B, Topcu M. The impact of sensation seeking on the relationship between attention deficit/hyperactivity symptoms and severity of Internet addiction risk. *Psychiatry research*. 2015;228(1):156-61.
- 123.Yen J-Y, Liu T-L, Wang P-W, Chen C-S, Yen C-F, Ko C-H. Association between Internet gaming disorder and adult attention deficit and hyperactivity disorder and their correlates: Impulsivity and hostility. *Addictive behaviors*. 2017;64:308-13.
- 124.Donfrancesco R, Di Trani M, Porfirio MC, Giana G, Miano S, Andriola E. Might the temperament be a bias in clinical study on attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Novelty Seeking dimension as a core feature of ADHD. *Psychiatry research*. 2015;227(2-3):333-8.
- 125.Seyrek S, Cop E, Sinir H, Ugurlu M, Şenel S. Factors associated with Internet addiction: Cross-sectional study of Turkish adolescents. *Pediatrics international*. 2017;59(2):218-22.

- 126.Weinstein A, Weizman A. Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*. 2012;14:590-7.
- 127.Spada MM. An overview of problematic Internet use. *Addictive behaviors*. 2014;39(1):3-6.
- 128.Kaess M, Durkee T, Brunner R, Carli V, Parzer P, Wasserman C, et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European child & adolescent psychiatry*. 2014;23:1093-102.
- 129.Machado MdR, Bruck I, Antoniuk SA, Cat MNL, Soares MC, Silva AFd. Internet addiction and its correlation with behavioral problems and functional impairments—A cross-sectional study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2018;67:34-8.
- 130.Izmir SBI, Ipci M, Ercan ES. Internet use and aggression in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2019;32(3):185.
- 131.Pagani L, Lévesque-Seck F, Fitzpatrick C. Prospective associations between televiewing at toddlerhood and later self-reported social impairment at middle school in a Canadian longitudinal cohort born in 1997/1998. *Psychological medicine*. 2016;46(16):3329-37.
- 132.Huesmann LR, Taylor LD. The role of media violence in violent behavior. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:393-415.
- 133.Tahir A, Baig LA, Ahmer Z. Does watching violent electronic and social media content lead to increased levels of aggression? A survey among adolescents in an urban slum of metropolitan Karachi. *International journal of adolescent medicine and health*. 2020;34(4):179-85.
- 134.Van Den Eijnden R, Koning I, Doornwaard S, Van Gurp F, Ter Bogt T. The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *Journal of behavioral addictions*. 2018;7(3):697-706.

- 135.Okada S, Doi S, Isumi A, Fujiwara T. The association between mobile devices use and behavior problems among fourth grade children in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2021;75(9):286-93.
- 136.Cao H, Sun Y, Wan Y, Hao J, Tao F. Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. *BMC public health*. 2011;11:1-8.
- 137.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. *Journal of behavioral addictions*. 2016;6(1):42-50.
- 138.Bunford N, Evans SW, Becker SP, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: A moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *Journal of abnormal child psychology*. 2015;43:283-96.
- 139.Wang S, Xia L, Wang J, Yuan X, Shi Y, Wang X, et al. Prevalence and clinical correlates of internet addiction symptoms and their association with quality of life in adolescents with major depressive disorder: a multicenter cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:819704.
- 140.Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International journal of adolescence and youth*. 2020;25(1):79-93.
- 141.Hygen BW, Skalická V, Stenseng F, Belsky J, Steinsbekk S, Wichstrøm L. The co-occurrence between symptoms of internet gaming disorder and psychiatric disorders in childhood and adolescence: prospective relations or common causes? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020;61(8):890-8.
- 142.Wartberg L, Kriston L, Zieglmeier M, Lincoln T, Kammerl R. A longitudinal study on psychosocial causes and consequences of Internet gaming disorder in adolescence. *Psychological medicine*. 2019;49(2):287-94.
- 143.Yen C-F, Chou W-J, Liu T-L, Yang P, Hu H-F. The association of Internet addiction symptoms with anxiety, depression and self-esteem among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(7):1601-8.

144. Aziz N, Nordin MJ, Abdulkadir SJ, Salih MMM. Digital addiction: systematic review of computer game addiction impact on adolescent physical health. *Electronics*. 2021;10(9):996.
145. Dong G, Lu Q, Zhou H, Zhao X. Impulse inhibition in people with Internet addiction disorder: electrophysiological evidence from a Go/NoGo study. *Neuroscience letters*. 2010;485(2):138-42.
146. Solecki S. The smart use of smartphones in pediatrics. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020;55:6-9.
147. Byeon G, Jo S-J, Park J-I, Jeong H, Lee HK, Yim HW. Risk factors and outcomes of internet gaming disorder identified in Korean prospective adolescent cohort study. *Journal of Behavioral Addictions*. 2022;11(4):1035-43.
148. Yang G, Cao J, Li Y, Cheng P, Liu B, Hao Z, et al. Association between internet addiction and the risk of musculoskeletal pain in Chinese college freshmen—a cross-sectional study. *Frontiers in psychology*. 2019;10:1959.
149. Hakala PT, Rimpelä AH, Saarni LA, Salminen JJ. Frequent computer-related activities increase the risk of neck–shoulder and low back pain in adolescents. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(5):536-41.
150. Cerutti R, Spensieri V, Amendola S, Presaghi F, Fontana A, Faedda N, et al. Sleep disturbances partially mediate the association between problematic internet use and somatic symptomatology in adolescence. *Current Psychology*. 2021;40:4581-9.
151. An J, Sun Y, Wan Y, Chen J, Wang X, Tao F. Associations between problematic internet use and adolescents' physical and psychological symptoms: possible role of sleep quality. *Journal of addiction medicine*. 2014;8(4):282-7.
152. Van Der Helm E, Gujar N, Walker MP. Sleep deprivation impairs the accurate recognition of human emotions. *Sleep*. 2010;33(3):335-42.
153. Claudia M, Michela L, Natale C, Daniela P, Dalmasso P, Borraccino A, et al. Problematic social media use: associations with health complaints among adolescents. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 2020;56(4):514-21.
154. Chaudron S, Beutel ME, Donoso Navarrete V, Dreier M, Fletcher-Watson B, Heikkilä A, et al. Young children (0-8) and digital technology: A qualitative exploratory study across seven countries: JRC; ISPRA, Italy; 2015.

- 155.Yay M. Dijital ebeveynlik. İstanbul: Yeşilay Yayınları. 2019.
- 156.Lauricella AR, Wartella E, Rideout VJ. Young children's screen time: The complex role of parent and child factors. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2015;36:11-7.
- 157.Niermann CY, Spengler S, Gubbels JS. Physical activity, screen time, and dietary intake in families: a cluster-analysis with mother-father-child triads. *Frontiers in public health*. 2018;6:276.
- 158.Poulain T, Ludwig J, Hiemisch A, Hilbert A, Kiess W. Media use of mothers, media use of children, and parent-child interaction are related to behavioral difficulties and strengths of children. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(23):4651.
- 159.Bandura A, Walters RH. *Social learning theory*: Englewood cliffs Prentice Hall; 1977.
- 160.Son H-G, Cho HJ, Jeong K-H. The effects of Korean parents' smartphone addiction on Korean children's smartphone addiction: Moderating effects of children's gender and age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(13):6685.
- 161.Arslan, S., (2022) Dijital Ebeveynlik Farkındalığı Ve Çocuklarda Problemlili Medya Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi (Türkiye)).
- 162.Doo E-Y, Kim J-H. Parental smartphone addiction and adolescent smartphone addiction by negative parenting attitude and adolescent aggression: a cross-sectional study. *Frontiers in public health*. 2022;10:981245.
- 163.Terras MM, Ramsay J. Family digital literacy practices and children's mobile phone use. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1957.
- 164.Wu CST, Wong HT, Yu KF, Fok KW, Yeung SM, Lam CH, et al. Parenting approaches, family functionality, and internet addiction among Hong Kong adolescents. *BMC pediatrics*. 2016;16(1):1-10.
- 165.Gong J, Zhou Y, Wang Y, Liang Z, Hao J, Su L, et al. How parental smartphone addiction affects adolescent smartphone addiction: The effect of the parent-child relationship and parental bonding. *Journal of Affective Disorders*. 2022;307:271-7.

- 166.McDaniel BT, Radesky JS. Technoference: Parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child development*. 2018;89(1):100-9.
- 167.Radesky JS, Kistin CJ, Zuckerman B, Nitzberg K, Gross J, Kaplan-Sanoff M, et al. Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics*. 2014;133(4):e843-e9.
- 168.Kang B-G, Shin HJ. Risk and protective factors affecting mobile phone addiction in adolescence: With a special focus on the comparison by gender. *Korean Journal of Youth Studies*. 2014;21(8):213-41.
- 169.Lim S-I, Jeong S. The relationship between korean parents' smartphone addiction and that of their children: The mediating effects of children's depression and social withdrawal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(9):5593.
- 170.Chang C, Yang H. The effects of parental neglect on middle school students' mobile phone dependency: Mediating roles of self-esteem and social withdrawal. *Social Science Research Review*. 2015;31(2):133-56.
- 171.Kwak JY, Kim JY, Yoon YW. Effect of parental neglect on smartphone addiction in adolescents in South Korea. *Child abuse & neglect*. 2018;77:75-84.

8. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

Adı Soyadı (barkod):

1. Doğum Tarihi (6-11 yaş):

2. Cinsiyet: Erkek () Kız ()

3. Kronik Tıbbi hastalık : Var() Yok() (Var ise açıklayınız)

4. Varsa DEHB alt tip: DEHB-mixt () DEHB-dikkat eksikliği () DEHB-hiperaktivite ()

5. Şu anda kullandığı ilaç/ilaçlar (ticari ismi, süre ve doz belirtiniz):

6. Anne yaşı:

7. Annenin eğitim durumu:

Yok () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul - Üniversite ()

8. Anne meslek durumu: Çalışıyor() Çalışmıyor()

9. Annede psikiyatrik hastalık öyküsü: Var () Yok () Var ise açıklayınız

10. Baba yaşı:

11. Babanın eğitim durumu:

Yok () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul - Üniversite ()

12. Baba meslek durumu :

13. Babada psikiyatrik hastalık öyküsü: Var () Yok () Var ise açıklayınız

14.Aile Durumu: A-B Evli() A-B Ayrı() Ebeveynlerden Biri Vefat Etmiş()

15. Çocuğunuzun kendisine ait akıllı telefon/ tablet/ bilgisayarı var mı ? varsa hangisi olduğu belirtiniz.

16. Günde ekran başında kaç saat geçirir ? hafta içi kaç saat ? hafta sonu kaç saat ?

17. Annenin ekran başında geçirme süresi ne kadar ?

18. Çocuğunuzun kendi odasında bilgisayar /tablet /akıllı telefon/ oyun konsolu var mı ?



Ek 2. Young İnternet Bağımlılığı Testi-Kısa Form

Bu ölçek ile internet kullanımına yönelik durumunuzu belirlemek amaçlanmaktadır. Aşağıdaki soruları katılım düzeyiniz hangi gruba giriyorsa ona göre işaretleyiniz. Bu ifadelerden her birisi için “Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Sıklıkla”, “Her zaman” seçeneklerden birini işaretleyiniz. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın geçerli ve güvenilir olması açısından oldukça önemlidir.

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

Ek 3. Dijital Ebeveynlik Farkındalık Ölçeği

	Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyarak size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen boş soru bırakmayınız.	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
1	Telefonumla uğraşırken, çocuğumun söylediklerini dinlemediğim olur					
2	Telefon/tablet kullanımında çocuğumda eleştirdiğim davranışları ben de yaparım					
3	Çocuğum, telefonumla çok fazla vakit harcadığına tanık olur					
4	Çocuğumla iletişime geçmek yerine telefonumla ilgilenirim					
5	Çocuğum, çok ısrar ediyorsa, dayanamayıp telefon/tablet kullanmasına izin veririm					
6	Çocuğumun huysuz olduğu zamanlarda, telefon/tablet ile sakinleştiririm					
7	Ev dışı ve ev içi ortamda (misafir, alış-veriş, arkadaş ortamı vb) çocuğumun telefon/tableti yoğun kullanmasına göz yumarım					
8	İşlerimle meşgulken, çocuğumun telefon/tablet ile vakit geçirmesine göz yumarım					
9	İnternetin faydalarını, zararlarını ve dikkat edilmesi gereken durumları çocuğuma anlatırım					
10	Dijital araçların (Akıllı Tel., Tablet, Tv vb.), çocuğuma etkilerini (olumlu veya olumsuz) incelerim					
11	Faydalı olduğunu düşündüğüm yazı, video veya fotoğrafları kendi cihazımdan çocuklarıma gösteririm					
12	Teknolojik yeniliklerin çocukların açısından faydalarını ve risklerini analiz ederim					
13	Çocuğumu internetin risklerinden koruyabiliyorum					
14	Çocuğum internette gezinirken ona zarar verebilecek bir içerikle karşılaşırsa yasal yollara başvururum					
15	Çocuğum internette video izlerken, rahatsız edici videolarla (cinsel, şiddet içerikli) karşılaşırsa haberim olur					
16	Çocuğumu internetin risklerinden koruyacak, güvenlik paketi veya antivirüs programlarını kullanırım					

Ek 4. Problemli Medya Kullanım Ölçeği (Kısa Form)

“Görsel Medya Araçları” terimini, çocuğunuzun kullandığı, ekranı olan herhangi bir araç için kullanıyor olacağız. Aşağıdaki ankette “Görsel Medya Araçları” terimini her gördüğünüzde, çocuğunuzun kullandığı, aklınıza gelebilecek her türlü

teknolojik aygıtı düşünün. Örneğin;

- Televizyon
- Tablet
- Akıllı telefon/cep telefonu
- Bilgisayar
- Dizüstü bilgisayar
- Playstation gibi

Çocuğunuzun son 1 aydaki davranışlarını göz önüne alarak, uygun olan cevabı yuvarlak içine alınız.

1. Çocuğum görsel medya araçlarını gizli gizli kullanıyor.	1	2	3	4	5
2. Çocuğumun düşündüğü tek şey görsel medya araçlarıymış gibi geliyor.	1	2	3	4	5
3. Çocuğumun medya araçlarını kullanmasını engellemek gerçekten zor.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum kötü bir gün geçirdiğinde sanki moralini düzeltecek tek şey görsel medya araçları oluyor.	1	2	3	4	5
5. Çocuğumun görsel medya araçları kullanımı aile için sorun yaratıyor.	1	2	3	4	5
6. Çocuğumun görsel medya araçlarını başında geçirmek istediği süre devamlı artıyor.	1	2	3	4	5
7. Görsel medya araçları çocuğumu motive eden tek şey gibidir.	1	2	3	4	5
8. Çocuğum görsel medya araçlarını kullanamadığında hayal kırıklığına uğruyor ve geriliyor.	1	2	3	4	5
9. Çocuğumun görsel medya araçları kullanımı aile etkinliklerimize engel oluyor.	1	2	3	4	5

Çocuğunuzun en sık kullandığı GÖRSEL MEDYA ARAÇLARI nelerdir?
(okulda ya da ödev yapmak için kullandığı zamanları göz önüne almayınız)

- Televizyon
- Akıllı telefon/cep telefonu
- Tablet
- Bilgisayar/Dizüstü Bilgisayar
- PlayStation
- Elde taşınabilir video oyun cihazı
- Diğer (lütfen yazın)



Ek 5. Bergen Sosyal Medya Ölçeği

Son bir yılınızı düşünerek sosyal medya (Facebook, Instagram, Twitter, vb.) kullanımınız hakkındaki aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

(1) Çok nadir (2) Nadir (3) Bazen (4) Sıkça (5) Oldukça sık

1	Sosyal medyayı düşünerek ya da sosyal medya kullanmayı planlayarak çok fazla zaman harcadınız mı?	Çok Nadir	Nadir	Bazen	Sıkça	Oldukça Sık
2	Sosyal medyayı giderek daha fazla kullanma arzusu hissettiniz mi?	Çok Nadir	Nadir	Bazen	Sıkça	Oldukça Sık
3	Sosyal medyayı kişisel sorunlarınızı unutmak için kullandınız mı?	Çok Nadir	Nadir	Bazen	Sıkça	Oldukça Sık
4	Sosyal medya kullanmayı bırakma denemeleriniz başarısızlıkla sonuçlandı mı?	Çok Nadir	Nadir	Bazen	Sıkça	Oldukça Sık
5	Sosyal medya kullanmanız yasaklansaydı rahatsız ve sıkıntılı olur muydunuz?	Çok Nadir	Nadir	Bazen	Sıkça	Oldukça Sık
6	Sosyal medyayı çok fazla kullanmanız işlerinizi/çalışmalarınızı olumsuz etkiledi mi?	Çok Nadir	Nadir	Bazen	Sıkça	Oldukça Sık

Ek 6. Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form

Çocuğun adı -----	Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)
Doğum tarihi -----/-----/-----	Yaşı: Sınıfı:
Ay Gün Yıl	
Anne ya da Babanın Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/----- Ay Gün Yıl

Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1 Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2 Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3 Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4 Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5 Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6 Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7 Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8 Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3

9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
14	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16	Sinirlidir.	0	1	2	3
17	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
18	Kıvr kıvrıdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
19	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağınık	0	1	2	3
20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
26	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
27	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

Ek 7. 6-18 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

No: _____

ÇOCUĞUN ADI, SOYADI	EV ADRESİ ve TEL NO:	ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız). EĞİTİMİ (Toplam kaç yıl okula gittiğinizi yazınız)
CİNSİYETİ: ☐ ERKEK ☐ KIZ	YAŞI:	BABANIN İŞİ :.....TEL NO :.....EĞİTİMİ:.....YAŞI:..... ANNENİN İŞİ :.....TEL NO :.....EĞİTİMİ:.....YAŞI:.....
BUGÜNÜN TARİHİ: GÜN—AY—YIL	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ: GÜN—AY—YIL	FORMU DOLDURAN: ☐ ANNE ☐ BABA ☐ DİĞER.....ÇOCUKLA OLAN İLİŞKİSİ:.....
SINIFI: _____ OKULA DEVAM ETMİYOR ☐	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Lütfen bütün maddeleri işaretlemeye çalışınız. Teşekkürlerimizle	

I. Çocuğunuzun yapmaktan hoşlandığı sporları a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

Çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ? **Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?**

	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum
☐ Hiç yok								
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Çocuğunuzun spor dışındaki ilgi alanlarını, uğraş, oyun ve aktivitelerini a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, kitap, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radio dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız)

Çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ? **Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?**

	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum
☐ Hiç yok								
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Çocuğunuzun üyesi olduğu kuruluş, kulüp ya da takımları a, b, c şıklarına yazınız. (Spor, müzik, izcilik, folklor gibi.)

Çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?

	Bilmiyorum	Az Aktif	Normal	Çok Aktif
☐ Hiç yok				
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

IV. Çocuğunuzun evde ya da ev dışında yaptığı işleri a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, bahçe-tarla işleri, hayvancılık, elektrik- su faturası yatırma, çocuk bakımı, sofa kuma-kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan heryeri katınız.

Çocuğunuz her birini ne kadar başarı ile yapar?

	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla
☐ Hiç yok				
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont, www.ASEBA.org
Türkçe Çeviri ve Uyarlaması Neşe Erol tarafından
T.M. Achenbach'ın izniyle yapılmış ve basılmıştır (2002,2007).
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

6-1-01 Baskısı-201

4

V.1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç yakın arkadaşı vardır?
(Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok 1 2 ya da 3 4 ya da fazla
☐ ☐ ☐ ☐

2- Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur? (Kardeşlerini katmayınız)

1 den az 1 ya da 2 3 ya da daha fazla
☐ ☐ ☐

VI. Yaşlılarıyla karşılaştırdığında çocuğunuzun:

Kötü Normal Sayılır Oldukça İyidir Kardeşi Yoktur

- a. Kardeşleriyle arası nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐
- b. Diğer çocuklarla arası nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐
- c. Size karşı davranışları nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐
- d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? Çocuğunuz okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz:-----

Başarısız Orta Başarılı Çok Başarılı

- a. Türkçe / Türk Dili Edebiyatı ☐ ☐ ☐ ☐
- b. Hayat Bilgisi / Sosyal Bilgiler ☐ ☐ ☐ ☐
- c. Matematik ☐ ☐ ☐ ☐
- d. Fen Bilgisi ☐ ☐ ☐ ☐

Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar.
(Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız)

- e. ☐ ☐ ☐ ☐
- f. ☐ ☐ ☐ ☐
- g. ☐ ☐ ☐ ☐

2- Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

☐ Hayır

☐ Evet- Ne tür bir sınıf ya da okul?-----

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

☐ Hayır

☐ Evet- Kaçınıcı sınıfta ve nedeni-----

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

☐ Hayır

☐ Evet- açıklayınız-----

Bu sorunlar ne zaman başladı?-----

Sorunlar bitti mi?

☐ Hayır

☐ Evet- Ne zaman?

Çocuğunuzun herhangi bir bedensel hastalığı ya da zihinsel engeli var mıdır?

☐ Hayır

☐ Evet- açıklayınız-----

Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran ve öfkeliendiren özellikleri nelerdir?

Çocuğunuzun en beğendiğiniz özellikleri nelerdir?

Lütfen yan sayfaya geçiniz

Aşağıda çocuk ve gençleri tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde **çocuğun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu** belirtmektedir. Bir madde çocuk için **çok ya da sıklıkla doğru** ise 2, **bazen ya da biraz doğru** ise 1, **hiç doğru değilse** 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru Değil (Bildirdiğiniz kadarıyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

- | | | | |
|-------|--|-----------------------------------|--|
| 0 1 2 | 1. Yaşından çok daha çocuksu davranır | 0 1 2 | 33. Kimsenin onu sevmediğinden yakınır |
| 0 1 2 | 2. Anne babanın izni olmadan içki içer | 0 1 2 | 34. Başkalarının ona karşı olduğu, zarar vermeye, ya da açığını yakalamaya çalıştığı hissine kapılır |
| 0 1 2 | 3. Çok tartışan bir çocuktur | 0 1 2 | 35. Kendini değersiz, önemsiz ya da yetersiz hisseder |
| 0 1 2 | 4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, dersleri, işleri) bitiremez | 0 1 2 | 36. Sık sık kaza sonucu bir yerlerini incitir |
| 0 1 2 | 5. Hoşlandığı ya da zevk aldığı çok az şey vardır | 0 1 2 | 37. Çok kavgaya çıkarır, kavgaya karışır |
| 0 1 2 | 6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar | 0 1 2 | 38. Çok fazla sataşılır, dalga geçilir |
| 0 1 2 | 7. Bir şeylerle övünür, başkalarına hava atar | 0 1 2 | 39. Başı belada olan kişilerle dolaşır |
| 0 1 2 | 8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz | 0 1 2 | 40. Olmayan sesler ve konuşmalar işitir (açıklayınız): |
| 0 1 2 | 9. Kafasından atamadığı, onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı, okul sorunları, bilgisayar gibi) (açıklayınız): | 0 1 2 | 41. Düşünmeden hareket eder, aklına eseni yapar |
| 0 1 2 | 10. Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur. | 0 1 2 | 42. Başkalarıyla birlikte olmaksızın yalnızlığı tercih eder |
| 0 1 2 | 11. Gereken gayreti göstermeden, sırtını tamamen büyüklere dayayıp her şeyi onlardan bekler. | 0 1 2 | 43. Yalan söyler, hile yapar, aldatır |
| 0 1 2 | 12. Yalnızlıktan şikayet eder | 0 1 2 | 44. Tırnaklarını yer |
| 0 1 2 | 13. Kafası karışık, zihni bulanıktır | 0 1 2 | 45. Sinirli ve gergindir |
| 0 1 2 | 14. Çok ağlar | 0 1 2 | 46. Kasları oynar, seğirmeleri ve tikleri olur (açıklayınız): |
| 0 1 2 | 15. Hayvanlara eziyet eder | 0 1 2 | 47. Geceleri kabus görür |
| 0 1 2 | 16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder | 0 1 2 | 48. Başka çocuklar tarafından sevilmez |
| 0 1 2 | 17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider | 0 1 2 | 49. Kabızlık çeker |
| 0 1 2 | 18. Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur | 0 1 2 | 50. Çok korkak ve kaygılıdır |
| 0 1 2 | 19. Hep dikkat çekmeye çalışır | 0 1 2 | 51. Baş döner, gözleri kararır |
| 0 1 2 | 20. Eşyalarına zarar verir | 0 1 2 | 52. Kendini çok suçlu hisseder |
| 0 1 2 | 21. Allesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir | 0 1 2 | 53. Aşırı yer |
| 0 1 2 | 22. Evde söz dinlemez | 0 1 2 | 54. Kendini sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur |
| 0 1 2 | 23. Okulda söz dinlemez | 0 1 2 | 55. Fazla kiloludur |
| 0 1 2 | 24. İştahsızdır | 56. Sağlık sorunu olmadığı halde: | |
| 0 1 2 | 25. Başka çocuklarla geçinemez | 0 1 2 | a. Ağrı ve sızılardan yakınır (baş ve karın ağrısı dışında) |
| 0 1 2 | 26. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, oralı olmaz, aldırmaz | 0 1 2 | b. Baş ağrısından yakınır (şikayet eder) |
| 0 1 2 | 27. Kolay kıskanır | 0 1 2 | c. Bulantı, kusma duygusu olur |
| 0 1 2 | 28. Ev, okul ya da diğer yerlerde kurallara uymaz, karşı gelir | 0 1 2 | d. Gözle ilgili şikayetler (Gözlük, lens kullanma dışında) (açıklayınız): |
| 0 1 2 | 29. Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız) (açıklayınız): | 0 1 2 | e. Döküntü, pullanma ya da başka cilt hastalığı olur |
| 0 1 2 | 30. Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır | 0 1 2 | f. Mide- karın ağrısından şikayet eder |
| 0 1 2 | 31. Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar | 0 1 2 | g. Kusmaları olur |
| 0 1 2 | 32. Kusursuz, dört dörtlük, her konuda başarılı olması | 0 1 2 | h. Diğer (açıklayınız): |

0: Doğru Değil (Bildiğiniz kadıyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

0 1 2 57. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur
0 1 2 58. Burnunu karıştırır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpikliğini koparır. (açıklayınız):

0 1 2 59. Herkesin içinde cinsel organıyla oynar

0 1 2 60. Cinsel organıyla çok fazla oynar

0 1 2 61. Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz

0 1 2 62. El, kol, bacak hareketlerini ayarlamada güçlük çeker, sakardır

0 1 2 63. Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyi tercih eder

0 1 2 64. Kendinden küçüklerle vakit geçirmeyi tercih eder

0 1 2 65. Konuşmayı reddeder

0 1 2 66. İstemeyerek de olsa, belli bazı hareketleri/ davranışları tekrar tekrar yapar (ellerini defalarca yıkama, kapı kilidini tekrar tekrar kontrol etme gibi) (açıklayınız):

0 1 2 67. Evden kaçır

0 1 2 68. Çok bağırır

0 1 2 69. Sırlarını kendine saklar, hiçkimseye paylaşmaz,

0 1 2 70. Olmayan şeyleri görür (açıklayınız):

0 1 2 71. Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının kendisi hakkında ne düşünecekleri ve ne söyleyecekleriyle ilgili kaygı duyar

0 1 2 72. Yangın çıkartır

0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız):

0 1 2 74. Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar

0 1 2 75. Çok utangaç ve çekingendir

0 1 2 76. Diğer çocuklardan daha az uyur

0 1 2 77. Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha çok uyur (açıklayınız):

0 1 2 78. Dikkati kolayca dağılır

0 1 2 79. Konuşma problemi vardır (açıklayınız):

0 1 2 80. Boş gözlerle bakar

0 1 2 81. Evden birşeyler çalar

0 1 2 82. Ev dışındaki başka yerlerden birşeyler çalar

0 1 2 83. İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız):

0 1 2 84. Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belli bir düzende ve sırada olmasını isteme gibi) (açıklayınız):

0 1 2 85. Tuhaf, alışılmadık düşünceleri vardır (bazı sayıları, sözcükleri tekrarlama ve bunları zihninden atamama gibi) (açıklayınız):

0 1 2 86. İnatçı ve huysuzdur, aksidir

0 1 2 87. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir

0 1 2 88. Çok sık küser

0 1 2 89. Şüphelidir, kuşku duyar

0 1 2 90. Küfürü ve açık saçık konuşur

0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder

0 1 2 92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız):

0 1 2 93. Çok konuşur

0 1 2 94. Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer

0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir

0 1 2 96. Cinsel konuları fazlaca düşünür

0 1 2 97. İnsanları tehdit eder

0 1 2 98. Parmak emer

0 1 2 99. Sigara içer, tütün çiğner

0 1 2 100. Uyumakta zorlanır (açıklayınız):

0 1 2 101. Okuldan kaçır, dersini asar

0 1 2 102. Hareketleri yavaştır, enerjik değildir

0 1 2 103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür (depresyondadır)

0 1 2 104. Çok gürültücüdür

0 1 2 105. Sağlık sorunu olmadığı halde madde kullanır (içki v sigarayı katmayınız) (açıklayınız):

0 1 2 106. Çevresindeki kişi ve eşyalara kasıtlı olarak zarar verir, zorbalık eder

0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır

0 1 2 108. Gece yatağını ıslatır

0 1 2 109. Mızırdanır, sızlanır

0 1 2 110. Karşı cinsiyetten biri gibi olmak ister

0 1 2 111. İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz

0 1 2 112. Evhamlıdır, her şeyi dert eder

113. Çocuğun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız:

0 1 2

0 1 2

0 1 2

