

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uzmanlık Tezi

Dr. Sena Saygılı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nusret Soylu

İSTANBUL 2018



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uzmanlık Tezi

Dr. Sena Saygılı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nusret Soylu

İSTANBUL 2018

ÖNSÖZ

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda geçirdiğim 4 yıl boyunca eğitimim için destek, yönlendirme, bilgi ve deneyimlerini paylaşan başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Behiye Alyanak, Doç. Dr. Murat Coşkun, Doç. Dr. Nusret Soylu hocalarıma ve Uzm. Dr. İlyas Kaya'ya,

Tez çalışma süresi boyunca bana yol gösteren, tecrübe, bilgi ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanı Hocam Doç. Dr. Nusret Soylu'ya,

Tez yazım sürecinde özellikle yardımlarını ve iyi niyetlerini esirgemeyen Dr. Dilara Bulanık Özdemirci, Dr. Süleyman Çakıroğlu, Dr. İpek Kuşçu Özücer, Dr. İdil Haspalamutgil, Dr. Alper Alnak, Dr Sefa Coşgun, Dr. Şeyda Çelik Göksoy, Dr. Yasemin Çakan Çelik ve ismini sayamadığım diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Bir ekip olarak birlikte çalıştığımız tüm psikolog, pedagog, hemşire, sekreter ve personelimize,

Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarım sırasında birlikte çalıştığım değerli hocalarım, asistan arkadaşlarım ve diğer tüm sağlık çalışanı arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde her daim katkısı bulunan annem, babam ve kardeşime, bu süreçte yanımda olan arkadaşlarım Dr. İrem Erat, Dr. Cansu Akın ve Dr. Canan Karakaya'ya, desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen, varlığıyla bana güç veren eşim Abdullah Ok'a

Sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkürü bir borç bilirim…

Dr. Sena Saygılı

2018

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **I**

İÇİNDEKİLER ..... **II**

TABLO DİZİNİ ..... **VI**

KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

ÖZET **1**

SUMMARY **3**

1. GİRİŞ ve AMAÇ **5**

2. GENEL BİLGİLER **7**

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU(DEHB) 7

2.1.1. TARİHÇE 7

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ 8

2.1.3. ETİYOLOJİ 9

2.1.4. KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI KRİTERLERİ 11

2.1.5. AYIRICI TANI 15

2.1.6. EŞ TANILAR 15

2.1.7. TEDAVİ 17

2.1.8. PROGNOZ 20

2.2. İNTERNET VE İNTERNET BAĞIMLILIĞI 21

2.2.1. TANIM ve TARİHÇE 21

2.2.2. İNTERNET KULLANIMININ TÜRKİYE İSTATİSTİKLERİ 21

2.2.3. İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI VE TANI KRİTERLERİ 22

2.2.4. EPİDEMİYOLOJİ 25

2.2.5. ETİYOLOJİ 26

2.2.6. KOMORBİDİTE 28
2.2.7. DEHB ve PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI 29
2.3. İNTİHAR VE İNTİHAR DAVRANIŞI 30
2.3.1. İNTİHAR TANIMI 30
2.3.2. EPİDEMİYOLOJİK VERİLER 31
2.3.3. RİSK FAKTÖRLERİ 31
2.3.4. PSİKOPATOLOJİNİN VARLIĞI 32
2.3.5. İNTİHAR DAVRANIŞI VE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU 33
2.3.6. İNTİHAR VE PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI 35
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER 36
3.1. ARAŞTIRMA MERKEZİ ve ÖRNEKLEM 36
3.2. UYGULAMA 37
3.3. GEREÇLER 37
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu: 37
3.3.2. İnternet Kullanım Alışkanlıkları Formu (İKAF) 38
3.3.3. İntihar Davranışı Formu 38
3.3.4. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) 38
3.3.5. Conners Anne ve Baba Değerlendirme Ölçeği-48 39
3.3.6. Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ): 39
3.3.7. İntihar Olasılığı Ölçeği 40
3.3.8. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği 41
3.3.9. İntihar Davranış Ölçeği 41
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 42

4. BULGULAR 43

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER 43

4.1.1. Bireysel Sosyodemografik Özellikler 43

4.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler 44

4.1.3. Gelişimsel Özellikler 45

4.1.4. Tıbbı Geçmiş İle İlişkili Özellikler 46

4.2. DEHB KLİNİK GÖRÜNÜM 47

4.3. PSIKIYATRIK EŞ TANILAR 48

4.4. İNTERNET KULLANIM ALIŞKANLIKLARI 49

4.5. İNTİHAR ve İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE İLGİLİ VERİLER 50

4.6. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERİN PUANLARININ İKİ GRUP ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI 51

4.6.1. Conners Anne ve Baba Değerlendirme Ölçeği-48 51

4.6.2. İntihar Olasılığı Ölçeği 52

4.6.3. İntihar Davranış Ölçeği 53

4.6.4. Beck İntihar Düşünce Ölçeği 54

4.7. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON 54

4.8. ÇOKLU LOGİSTİK REGRESYON ANALİZİ 56

5. TARTIŞMA 57

5.1. Sosyodemografik özellikler ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişki 57

5.2. Problemli İnternet Kullanımı İçin Riskli İnternet Kullanım Alışkanlıkları 58

5.3. DEHB Klinik Görünüm Ve Problemli İnternet Kullanımı 58

5.4. Psikiyatrik Eş Tanılar ve Problemli İnternet Kullanımı 59

5.5. İntihar Davranışı ve Problemli İnternet Kullanımı 61

6. SONUÇ ve ÖNERİLER 63

7. KAYNAKLAR 65

8. EKLER 88

8.1. Ek.1 Etik Kurulu Kararı 88

8.2. Ek.2 Sosyodemografik Veri Formu 89

8.3. Ek.3 İntihar ve İntihar Davranışı ile İlgili Veri Formu 91

8.4. Ek.4. İnternet Kullanım Alışkanlıkları Formu 92

8.5. Ek.5 Young Internet Bağımlılığı Ölçeği 95

8.6. Ek.6 Conners Anne ve Baba Değerlendirme Ölçeği 96

8.7. Ek.7 İntihar Olasılığı Ölçeği 98

8.8. Ek.8 İntihar Davranış Ölçeği 100

8.9. Ek.9 Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği 101

8.10. Ek.10 Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu 105

8.11. Ek.11 Özgeçmiş 110

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: İnternet kötüye kullanımını değerlendiren ölçekler 24
Tablo 2: İntihar amaçlı ve intihar amaçlı olmayan davranışların tanımları ve açıklamaları (Gordon, 2014) 30
Tablo 3:DEHB ve İntihar ile ilgili çalışmalar (Balazs, 2017) 34
Tablo 4:İki grubun bireysel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 43
Tablo 5: İki grubun ailesel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 44
Tablo 6: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması 45
Tablo 7: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması 46
Tablo 8: İki grubun tıbbi geçmiş ve özellikler açısından karşılaştırılması 47
Tablo 9: İki grubun DEHB klinik görünüm yönünden karşılaştırılması 47
Tablo 10: İki grubun şimdiki psikiyatrik eş tanılar yönünden karşılaştırılması 48
Tablo 11: İki grubu yaşam boyu psikiyatrik eş tanılar yönünden karşılaştırılması 49
Tablo 12: İki grubun internet kullanım alışkanlıkları açısından karşılaştırılması 50
Tablo 13: İki grubun intihar ile ilgili özellikleri açısından karşılaştırılması 51
Tablo 14: İki grubun Conners toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması 52
Tablo 15: İki grubun İntihar Olasılığı Ölçeği toplam ve alt ölçekleri puanının karşılaştırılması 52
Tablo 17: İki grubun intihar davranış ölçeği açısından karşılaştırılması 53
Tablo 16: İki grubun -Beck İntihar Düşünce Ölçeği puanlarının karşılaştırılması 54
Tablo 18: Ölçek puanlarınn birbirleriyle korelasyonu 55
Tablo 19: Çoklu logistik regresyon analizinin sonuçları 56

KISALTMALAR DİZİNİ

AAB: Ayrılık(Seperasyon) Anksiyetesi Bozukluğu

AAP: Atipik Antipsikotik

ABD: Anabilim Dalı

APA: Amerikan Psikiyatri Derneği

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-II: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, İkinci Baskı

DSM-III: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Üçüncü Baskı

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans

İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği

İKAF: İnternet Kullanım Alışkanlıkları Formu

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

MDB: Majör Depresif Bozukluk

MTA: The Multimodal Treatment Of ADHD

N/n: Olgu Sayısı

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÖF: Özgül Fobi

PB: Panik Bozukluk

PİK: Problemli İnternet Kullanımı

SSGİ/SSRI: Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörleri

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Arka Plan ve Amaç: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan gençlerde problemli internet kullanımının ve intihar davranışının çok sık görüldüğü birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak DEHB de problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada DEHB'li gençlerde problemli internet kullanımı ie intihar davranışı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya DEHB tanısı konulan 12-18 yaş arası olgulardan problemli internet kullanımı olan ve olmayan 40'ar kişi dâhil edildi. Bütün olgular Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile değerlendirildi. Ayrıca her iki gruba Sosyodemografik Veri Formu, İnternet Kullanım Alışkanlıkları Formu, Conners Anne Baba Değerlendirme Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, Beck İntihar Düşünce Ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği verildi. Çalışmanın istatistiğinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Problemli internet kullanımı olan olguların %. 10'unda (n=4), olmayan olguların ise %2,5'inde (n=1) intihar girişimi vardı (p=0,166). İnternet kullanım alışkanlıkları açısından değerlendirildiğinde problemli internet kullanımı olan olguların interneti online oyunlar oynamak amacıyla daha sık kullandığı tespit edildi (p=0.01). Çalışmamızda şimdiki (p=0.021) ve yaşam boyu (p=0.025) psikiyatrik komorbiditeler açısından yıkıcı davranış bozuklukları (Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu) problemli internet kullanımı olan grupta olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksekti. İki grup arasında intihar olasılığı ölçeğinin toplam puanı (p=0.004), alt ölçeklerden intihar düşüncesi puanı (p=0.002), düşmanlık puanı (p=<0.001) ve umutsuzluk puanı(p=<0.001) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Beck intihar düşüncesi ölçeği toplam puanı problemli internet kullanımı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulundu (p =0.012).

Sonuç: Bulgularımız problemli internet kullanımı olan DEHB'li ergenlerde, problemli internet kullanımı olmayan DEHB'li ergenlere oranla intihar davranışının daha sık olabileceğini göstermektedir. Klinikte DEHB'li ergenleri değerlendirirken hem problemli internet kullanımının, hemde intihar davranışının rutin olarak değerlendirilmesi ve bu ikisi arasındaki ilişkiye dikkat edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: DEHB, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, problemli internet kullanımı, internet bağımlılığı, intihar davranışı, intihar düşüncesi, online oyun

SUMMARY

Investigation of the Relationship between Problematic Internet Usage and Suicidal Behavior in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Adolescents

Objective: Many studies have shown that problematic Internet use and suicidal behavior are often seen in young people with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). However, there was no study to research the relationship between problematic internet use and suicidal behavior adolescents with ADHD. In this study, we aim to investigate the relationship between problematic internet use and suicidal behaviors in adolescents with ADHD.

Methods: Included in this research, were 80 people with and without problematic internet use between the ages of 12-18 who were diagnosed with ADHD. All cases were assessed with Affective Disorders and Schizophrenia Interview Schedule for School-age Children-Now and Lifelong Turkish Adaptation (ÇDŞG-ŞY / K-SADS-PL). In addition, both groups were given Sociodemographic Data Form, Internet Usage Habits Form, Conners' Parent Rating Scale, Suicide Probability Scale, Beck Scale for Suicide Ideation and Suicide Behavior Scale. The SPSS 21.0 package program was used at the statistical level of the study.

Results*:* Participants with problematic internet use were found to use the internet more frequent for online games ($p = 0.01$). In our study, disruptive behavioral disorders (oppositional defiant disorder, conduct disorder) in terms of current ($p = 0.021$) and lifetime ($p = 0.025$) psychiatric comorbidities were statistically significantly higher than those in the group with no problematic internet use. Statistically significant differences were found between the two groups when total score of suicide probability scale ($p = 0.004$), subscale scores of suicide ideation ($p = 0.002$), hostility score ($p = 0.001$) and hopelessness score ($p = <0.001$) were compared. Negative self evaluation ($p = 0.892$) was not statistically significant in the subscale score. The Beck suicidal ideation total score was significantly higher in the group with problematic internet use ($p = 0.012$).

Conclusions: Adolescents with ADHD who have problematic internet use show that suicidal behavior may be more frequent than adolescents with ADHD who have no

problematic internet use. When evaluating adolescents with ADHD in the clinic, we think that both problematic internet use and suicidal behavior should be evaluated routinely and the relationship between these two should be considered.

Keywords: ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, problematic internet use, internet addiction, suicidal behavior, suicide ideation, online game

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergenlerin en sık psikiyatrik bozukluklarından biridir. Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı 2 meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevelansının %5,9-7,1 olduğu gösterilmiştir (Polanczyk ve ark, 2007; Willcutt ve ark, 2012). Ülkemizde yapılan kapsamlı epidemiyolojik bir çalışmada ise DEHB için %12'lere varan oranlar bildirilmiştir (Ercan ve ark, 2013).

DEHB'de madde bağımlılıklarının yanı sıra davranışsal bağımlılıkların %72,8'e kadar çıkabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Karaca ve ark, 2016). DEHB'lilerde internet bağımlılığının da çok sık görüldüğü birçok yayında bildirilmiştir (Yen ve ark, 2007; Yen ve ark, 2008; Ko ve ark, 2009; Weinstein ve ark, 2015). DEHB'lilerin sağlıklı kontrollere göre internet bağımlılığı ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları (Weinstein ve ark, 2015) ve DEHB şiddeti arttıkça internet bağımlılığı ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır (Dalbudak ve ark, 2014). İnternet bağımlılığı için DEHB'nin kendi varlığının önemli bir risk faktörü olduğu bildirilen yayınlar (Ko ve ark, 2012) olmakla beraber sadece DEHB'nin tanısının değil, ek psikiyatrik eş tanıların olmasının da DEHB'de internet bağımlılığı görülme riskini arttırdığını belirten yayınlar da mevcuttur (Ho ve ark, 2014).

İntihar davranışı (suicidal behavior) kişinin kendisini öldürmekle ilgili bilişsel uğraşlarının haricinde, intihar hazırlıklarını ve girişimlerin hepsini kapsayan genel bir kavramdır. İntihar girişimleri dürtüsel olabileceği gibi kronik umutsuzluk, değersizlik ve yalnızlık duygularının sonucunda da ortaya çıkabilir. Ergenlerde intihar davranışının sıklığı son yıllarda fazlaca artış göstermiştir (Borges ve ark, 2008; Eaton ve ark, 2012; Eaton ve ark, 2010). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre intihar 15-24 yaş arası grupta 2.sıradaki ölüm sebebidir. Ergen intihar kurbanlarının yaklaşık %90'ında psikiyatrik bir hastalık bulunduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların varlığı ise intihar olasılığını 9 kata kadar arttırmaktadır (Brent ve ark, 1993; Fergusson ve ark, 2000; Shafii ve ark, 1988)

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) özellikle dürtüsellik komponenti nedeniyle intihar riskini arttırabilen diğer bir psikiyatrik bozukluktur. 2017'de yayınlanan DEHB ve intihar ile ilgili 26 makaleyi içeren bir gözden geçirmede her iki cinsiyette ve her yaş grubunda DEHB ve intihar eğilimi arasında pozitif bir ilişki olduğu ve komorbid

hastalıkların intihar davranışı ile DEHB arasında aracılık yaptığı gösterilmiştir (Balazs ve ark,2017).

Tayvan'da 9510 adolesanda problemli internet kullanımı ve intihar eğilimi ile ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; zayıf aile desteği, düşük benlik saygısı ve depresyon gibi değişkenleri ayarlanınca bile suisidal düşünce ya da girişim ile internet bağımlılığı arasında ilişki gösterilmiştir (Lin ve ark, 2014). Literatür de hem DEHB'nin hem de internet bağımlılığının intihar eğilimini arttırdığı ayrı ayrı çalışmalarda gösterilmiştir ancak problemli internet kullanımının DEHB'li ergenlerde intihar davranışını nasıl etkilediğine dair bir çalışmaya rastlamadık.

Araştırmanın amacı

Çalışmamızın birincil amacı DEHB'li bireylerde problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi göstermektir.

Bunun yanı sıra DEHB'li bireylerin intihar davranışının belirlenmesi, DEHB'li bireylerin komorbid hastalıklarının intihar davranışına etkisi ve DEHB'li bireylerin intihar olasılığını değerlendirmek diğer amaçlarımızdandır.

Hipotez

DEHB tanısı alan ergenlerde problemli internet kullanımının intihar davranışı ile ilişkisinin gösterilmesi planlanmaktadır. Hipotezimiz; problemli internet kullanımı olan DEHB'li ergenlerin problemli internet kullanımı olmayan DEHB'li ergenlere oranla daha sık intihar davranışına sahip olmasıdır.

Araştırmanın Önemi

Hem problemli internet kullanımı hemde intihar davranışı ergenler için önemli bir halk sağlığı sorunudur. DEHB'nin bu her iki durum için önemli bir risk faktörü olduğu literatürde gösterilmiştir. Çalışmamızda DEHB'li ergenlerde problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi göstermenin hem literatüre hemde bu alanda çalışan klinisyenlere katkı sunacağını düşünmeteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU(DEHB)

2.1.1. TARİHÇE

DEHB, tıp literatüründe uzun zamandır tanımlanan bir bozukluktur. Bir Alman psikiyatrist Heinrich Hoffmann (1809-1894), davranışları dürtüsellik ve hiperaktivite ile belirgin olan çocukları tanımlayan ilk kişi olmuştur. Bu davranışsal problemi "dürtüsel delilik" veya "kusurlu inhibisyon" olarak adlandırdı. 1902 yılında çocuk hekimi George Still Lancet motorlu ajitasyon, dikkat problemleri, dürtüleri kontrol etme zorluğu ve acil ödül ihtiyacı olan çocukların bir tanımlamasını yayınladı. Açıklamasında çocukların bu davranış özelliklerini, "başkalarını dikkate almadıkları" gerçeğine bağlayarak bu bozukluğu "ahlaki kontrolün eksikliği" olarak adlandırdı. Bu tarihsel yanlış anlaşılmayla, etkilenen çocuklar genellikle, davranışları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve semptomlarından sorumlu oldukları şeklinde yanlış yorumlanmaktadır.

Takip eden on yıllarda sendrom beyin lezyonlarıyla ilişkilendirildi ve bozukluk minimal beyin hasarı olarak adlandırıldı (Kahn ve ark, 1934). Bu etiketleme belirtilen bozukluğa ahlaki bir sorun olmaktan çok biyolojik bir açıklama getirdi ancak DEHB'nin bir beyin hasarının sonucu olduğuna dair yanlış varsayımların da yerleşmesine yol açtı. Daha sonra, tüm çocukların fiziksel gözlemlenebilir lezyonları olmadığı ve bu nedenle minimal beyin disfonksiyonu olarak yeniden adlandırıldığı bilinmektedir (Clements ve ark, 1962).

1934'de Kramer-Pollnow, huzursuzluk ve kolay dikkatinin dağılması ile karakterize edilen hiperkinetik hastalık (Hyperkinetische Erkrankung) olarak adlandırılan bir sendromu tanımladı (Sharkey ve ark, 2007). 1937'de, benzedrin'in hiperaktiviteyi azaltabileceği ve dikkat ve akademik performansı geliştirebileceği Bradley tarafından DEHB için ilk etkili tedavi olarak tanımlandı (Bradley ve ark, 1937).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ilk kez Amerika Psikiyatri Birliğinin (APA) DSM-II'de "Çocukluktaki hiperkinetik sendrom" olarak tanımlanmasından sonra DSM sınıflandırmasına girmiştir. DSM-II'de bu bozukluk hiperaktivite, dikkat kısalığı, kolay uyarılabilirlik (distraktibilite) şeklinde tanımlanmıştır (APA 1968).

DSM-III de bozukluk "hiperaktivitesi olan veya olmayan dikkat eksikliği bozukluğu" şeklinde tanımlanmıştır. Daha sonra "dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu" (DSM-III-R ve DSM-IV) olarak yeniden uyarlanmıştır.

2013'te yayınlanan DSM 5'e gelindiğinde ise DEHB'nin yaşam boyu süren bir hastalık olduğu vurgulanarak bu bağlamda birtakım değişikliklere gidilmiştir. DSM 5'te yine ''Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'' olarak aynı ismin devam etmesi ile birlikte ''Nörogelişimsel Bozukluklar'' başlığı altında sınıflandırılmıştır.

DSM 5'te yapılan değişiklikler; belirtilerin ortaya çıktığı yaş sınırı 7'den 12'ye yükseltilmesi, alt tip yerine görünüm teriminin tercih edilmesi, Otizm Spektrum Bozukluğunun dışlama kriteri olamayacağı ve 17 yaş altı için 9 kriterden 6'sı şart koşulurken 17 yaş üzeri kişiler için 5'nin olmasının yeterli kabul edilmesidir (APA 2013).

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

Tüm dünyada çocukluk çağının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından bir olan DEHB literatürde sıkça çalışılmaktadır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda DEHB'nin sıklığına ilişkin %0,2-0,4 ile %23,4-27 gibi birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu farklı sonuçların seçilen örneklem ve çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. (Faraone ve ark, 2003; Polanczyk ve ark, 2007).

Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasından ilkinde DEHB'nin tüm dünya prevalansı %5,29 (Polanczyk ve ark, 2007) olarak belirtilmiştir. Bir başka meta analizde DEHB sıklığı çocuk ve ergenlerde %5,9-7,1, genç erişkinlerde ise %5 olarak gösterilmiştir. (Willcutt ve ark, 2012).

Türkiye'de de DEHB'nin prevelansını inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Sivas ilinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konularak yapılan 1425 olguyu kapsayan bir çalışmada 6-15 yaş aralığında DEHB görülme sıklığı %8,2 olarak bildirilmiştir. (Erşan ve ark, 2004). 6-12 yaş arası 1226 öğrenciyi kapsayan aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konularak Trabzon ilinde yapılan diğer bir çalışmada ise DEHB yaygınlığı %8,6 olarak bulunmuş ve erkek/kız oranı 3.5/1 olarak belirlenmiştir. (Gül ve ark, 2010). Ülkemizde ilkokul öğrencileri ile yapılan kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada ise DEHB prevelansı %12,7 olarak bulunmuştur (Ercan ve ark, 2013).

Hem klinik örneklemde hem de toplumsal örneklemde DEHB'nin kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Toplumsal örneklemi kapsayan araştırmalarda erkek/kız oranı 2:1 iken klinik araştırmalarda erkek/kız oranı 35:1'den 9:1'e değişkenlik göstermektedir (Gershon ve ark, 2002). Bu farklılığın kızlarda davranışsal semptomlara erkeklerden daha az rastlanmasından ve tedavi arayışı sebebiyle kliniklere başvurunun erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Polanczyk ve ark, 2007).

2.1.3. ETİYOLOJİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun henüz net bir etiyolojisinin bilinmemesine rağmen DEHB'nin; birçok genetik ve çevresel biyolojik faktörün erken gelişim sırasındaki etkileşimiyle oluşan kompleks bir etiyolojiye sahip olduğu belirtilmektedir (Ercan ve ark, 2010). DEHB etiyolojisinde öne çıkan etmenler 3 farklı başlıkta incelenmiştir.

2.1.3.1. Genetik Faktörler

DEHB etiyolojisinde en temel rolü genetik etmenlerin oluşturduğu ve DEHB'nin gelişmesinde genetik etkenlerin 0.79'luk bölümü açıkladığı gösterilmiştir (Faraone ve ark, 2001). Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları, aday gen çalışmalarının ortak sonucu DEHB'nin güçlü genetik geçişe sahip bir bozukluk olduğudur. Aile çalışmalarında DEHB'li çocukların hem ebeveynlerinde hem de kardeşlerinde DEHB riskini kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında riskin 2-8 kat arttığı (%20-25) gösterilmiştir (Biederman ve ark, 2000).

İkiz ve evlat edinme çalışmalarında ise tahmin edilen genetik geçişin %60- 91 dolaylarında olduğu belirtilmektedir (Kieling ve ark, 2008). Dizigot ikizlerde konkordans sıklığı %33 iken monozigot ikizlerde bu oran %50-80'lere çıkmaktadır (Van den Oord ve ark, 1994, Bradley ve ark, 2001).

DEHB etiyolojisinde en çok üzerinde durulan genler dopaminerjik: Dopamin taşıyıcı geni (DAT1), DRD4, DRD5, COMT; noradrenerjik: DBH, ADRA2A; serotonerjik: 5-HTT, HTR1B, HTR2A; kolinerjik: CHRNA4 ve santral sinir sistemi gelişim yolaklarında: SNAP25, BDNF genleridir (Guan ve ark, 2009; Zayats ve ark, 2015). Bu aday genler içerisinde DRD4 ve DAT1'nin en yüksek etki boyutuna sahip olduğu gösterilmesine rağmen bu genlerin tek başına DEHB'yi açıklamakta yetersiz olduğu, hiçbir aday genin tek başına DEHB oluşumda sorumlu olmayacağı ancak genetik düzeyinin artışıyla beraber çevresel biyolojik etkenler arasındaki ilişkinin hastalığın meydana gelmesine neden olduğu düşünülmektedir (Ercan ve ark, 2015).

2.1.3.2. Nörobiyolojik Faktörler

Prefrontal korteks hasarı olan kişilerde DEHB benzeri belirtilerin olması ve nöropsikolojik testlerde prefrontal korteksi gösteren yürütücü işlev bozukluklarının gözlenmesi DEHB ile prefrontal kortekstеki yapısal anormalliklerin ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (Spetie ve ark, 2007).

Beyin görüntüleme çalışmalarında teknolojik olanakların gelişmesiyle, DEHB'nin sadece beynin bir bölgesine ait bir bozukluk olmaktan çok beynin yaygın bir biçimde etkilendiği bir bozukluk olduğu ortaya çıkmıştır. Diffusion Tensor Imaging (DTI) çalışmalarında beyaz cevher bağlantıları bakımından sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında DEHB' de farklılıklar olduğu belirtilmiştir (Van Ewijk ve ark, 2012; Cortese ve ark, 2013). DTI ile yapılan 33 senelik izlem çalışması ile takip edilen başka bir çalışmada DEHB'li bireylerin kortikal kalınlığının da sağlıklı gruptan farklı olduğu bulunmuştur (Proal ve ark, 2011).

DEHB'nin nörobiyolojisini aydınlatmaya yönelik çalışmaların sonuçları dopaminerjik ve noradrenerjik sistemlerdeki farklılıkların bu bozukluğun oluşumunda rol oynayabileceğini göstermektedir. Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalin düzeylerinin optimal seviyede olması yürütücü işlevler gibi prefrontal korteks işlevleri için gereklidir. Kortiko-striato-talamijk bölgeler olarak isimlendirilen ve DEHB ile ilişkilendirilen beyin bölgeleri dopamin konsantrasyonun yüksek olduğu bölgelerdir (Pliszka ve ark, 2005).

Sonuç olarak DEHB'de tek bir patofizyolojik durum mevcut değildir fakat elimizdeki bilgiler, dikkat ve motor davranışı düzenleyen fronto subkortikal yolaklarda fonksiyonel bozukluk olduğunu düşündürmektedir (Lombroso ve ark, 2000).

2.1.3.3. Biyopsikososyal Faktörler

DEHB gelişiminde rol oynayabilecek prenatal ve perinatal komplikasyonlarının büyük bir çoğunluğu fetüste hipoksiye sebep olan sorunlardır (Faraone ve Biederman 1998). Perinatal ve neonatal hipoksi, menenjit, postnatal ensefalit, intrauterin rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, eklampsi, postmaturite, annenin yaşı, düşük doğum tartısı ve prenatal kanamalar DEHB ile alakalı olabilecek pre-peri-postnatal sorunların bazılarıdır (Faraone ve ark, 1998; Millichap, 2008).

Malnütrüsyon ve eser element, poliansature yağ asitleri eksiklikleri gibi çeşitli çevresel faktörler ve annenin gebeliği sırasında alkol alımı, ağır metal (Örn: kurşun) ve kimyasal maruziyeti, perinatal stres ve düşük doğum ağırlığı ve travmatik beyin hasarı gibi psikososyal faktörlerin DEHB patogenezinde önemli rol oynadıkları düşünülmektedir (Froehlich ve ark, 2011; Mick ve ark, 2002).

Kurşun zehirlenmesinde dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve huzursuzluk gibi belirtilere sebep olabilmektedir (Minder ve ark, 1994). Ancak yoğun şekilde kurşunla teması olan bazı çocuklarda bu belirtiler ortaya çıkmadığı gibi birçok DEHB olan çocuğun da kurşunla hiçbir etkileşimi olmamıştır (Öncü ve Şenol 2002)

Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında DEHB'lilerde ebeveynler arası çatışmaların, parçalanmış aile yapısının, ebeveynlerdeki psikiyatrik bozukluk öyküsünün ve ailenin ilk veya tek çocuğu olması gibi psikososyal özelliklerin daha fazla gözlendiği bildirilmektedir (Doğangün ve Yavuz 2011).

2.1.4. KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI KRİTERLERİ

DEHB değerlendirilmesi çocuk ve aileyle psikiyatrik görüşme yapılması, çocuğun gelişimsel ve tıbbi öyküsünün öğrenilmesi, öğretmenlerden bilgi alınması, eşlik eden tanıların değerlendirilmesi ve gereken durumlarda ek inceleme ya da testlerin yapılmasını kapsar. DEHB tanısı uzman klinisyen taramasından klinik olarak konulur.

DEHB'de klinik belirtileri aşırı hareketlilik ve impulsivite ve dikkat problemleri alanlarındaki sorunlar ile karakterizedir (Kayaalp 2008). Dikkatini toplamakta veya sürdürmede güçlük, çabuk sıkılma, verilen görevleri yerine getirememe, eşya kaybetme, ders çalışmama, unutkanlık, plan yapamama ya da planı uygulayamama vb. dikkat sorunları; aşırı hareketli olma, yerinde duramama, koşturup durma, çok konuşma gibi hiperaktivite belirtileri; sabırsızlık, söz kesme araya girme ve tehlikeli davranışlarda bulunma gibi dürtü kontrol sorunları DEHB'nin göstergeleri arasındadır (Şenol Ş 2008, APA 2013). DSM 5'teki DEHB tanı kriterlerinde semptomlar detaylıca aşağıda yer almaktadır.

DSM-V' e Göre DEHB tanı ölçütleri (APA 2013, Köroğlu 2014)

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirtili, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

*1. **Dikkatsizlik**: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:*

***Not**: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.*

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde) iste ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden kaçırır ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkandır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta).

*2. **Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik**: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal okulla/ işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:*

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerini sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu kez, 'her an hareket halinde'dir, 'kıçına bir motor takılmış' gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).

i. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır. E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

***Bileşik görünüm**: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.*

***Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm**: Son altı ay içinde A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütleri karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.*

***Aşırı hareketliliğin / dürtüselliğin baskın olduğu görünüm**: Son altı ay içinde A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.*

Varsa belirtiniz:

***Tam olmayan yatışma gösteren**: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.*

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

***Ağır olmayan**: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.*

***Orta derecede**: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma 'ağır olmayan' la 'ağır' arasında orta bir yerdedir.*

***Ağır**: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirtileri vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.*

2.1.5. AYIRICI TANI

Okul öncesi çocuklarda en çok zorlanılan durum çocukların normal nörobiyolojik gelişimine bağlı normal seviyedeki hareketliliği ile DEHB olanların ayırt edilmesidir. Normal gelişim sürecindeki bu çocuklardaki şikayetler geçicidir. Okul hayatında olan çocuklarda olan akademik başarısızlıklar; öğrenme bozuklukları ile ilişkili olup diğer DEHB tanı ölçülerini karşılayamayabilir. Akademik başarısızlığın bir sebebi de anlıksal yeti yitimi olabilir; böyle bir durumda dikkat edilmesi gereken kısım değerlendirmenin zekâ yaşına göre yapılmasıdır. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğunda(KOKGB) okula karşı isteksizlik, çaba gerektiren görevlerden kaçma, yönergeleri unutma gözlenebilir. Davranım bozukluğunda da huzursuzluk, dikkat problemleri, davranış sorunları gözlenebilir ve genellikle DEHB belirtileri tanı konulmayacak kadar hafif seyirlidir. Depresyonu çocuk ve gençlerde dikkat problemleri, görevleri sürdürmekte zorluk, odaklanma problemleri olabilir ve bu semptomlar DEHB'den farklı olarak depresif atak sırasında görülür. Ayrıca DEHB'li çocukların akademik başarısızlıkları ve sosyal çevre ile olan problemleri sekonder depresyona neden olabilir ve bu durum primer depresyondan ayırt edilmelidir. Bipolar bozukluk, artmış hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat problemleri sebebiyle ayırt edilmesi gerek bir bozukluktur ancak dönemsel olması ve genellikle geç çocukluk ve ergenlikte başlaması DEHB'den ayırma açısından önemlidir. Bunların dışında Otizm Spektrum Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Kişilik Bozuklukları, Aralıklı Patlayıcı Bozukluk gibi durumlar; teofilin, fenobarbital, antihistaminik, steroid, sempatomimetik ilaç kullanımı; hipertiroidizm gibi tıbbi durumlar, madde kötüye kullanımı; çinko ve kurşun gibi çevresel toksinlere maruziyet olan durumlar ayırıcı tanıda düşünülmelidir (APA 2013, Barkley ve ark, 2014).

2.1.6. EŞ TANILAR

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı alan çocuk ve ergenlerde ek psikiyatrik bozuklukların sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek oranda görüldüğü farklı çalışmalarda bildirilmiştir (Biederman ve ark, 2007; Ghanizadeh ve ark, 2008). Ek psikiyatrik tanıların belirtilerin şiddetini ve görünümünü, hastalığın uzun dönemde prognozunu, tedaviye

cevabı ve yaşam kalitesini ve çocuğun veya ergenin işlevselliğini etkilediği bilinmektedir (Biederman ve ark, 2005; Steinhausen ve ark, 2006).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların %73,7'sinde en az bir, %55,6'sında ise iki veya daha fazla psikiyatrik tanı gösterilmiştir. Aynı çalışmada en sık saptanan tanı grupları %43,6 ile yıkıcı davranış bozuklukları ve %41,4 ile anksiyete bozuklukları iken, en sık tanılar sırası ile KOKGB (%43,6), enürezis (%21,1), özgül fobi (%17,3) ve sosyal anksiyete bozukluğu (%14,3) olarak bulunmuştur. Depresyon görülme oranına bakıldığında ise aynı çalışmada bu oran %7,5 olarak bulunmuştur (Herguner ve Herguner 2012).

KOKGB'nin DEHB'li çocuk ve ergenlerde görülen en sık psikiyatrik bozukluk olduğunu gösteren birçok çalışma vardır ve %39-59 oranında olduğu belirtilmiştir (Souza ve ark, 2004; Byun ve ark, 2006; Spencer ve ark, 2007; Herguner ve ark, 2012).

DEHB'li çocuk ve ergenlere eş tanı olarak anksiyete oranın ortalama%25 olduğu ve genel topluma göre bu oranın 3 kat daha fazla olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Souza ve ark, 2004; Taurines ve ark, 2010; Van Ameringen ve ark, 2011). Anksiyete bozukluğu ve DEHB birlikteliği dikkat sorunlarını, okul reddi ile ilişkili olup çocuk ve ergenin sosyal uyumunu sekteye uğratabileceği gösterilmiştir (Bowen ve ark, 2008).

DEHB'de depresyon sekonder olarak gelişebilmekle birlikte iki bozukluğun birlikteliği %10-40 arasındadır (Taurines ve ark, 2010).

Çocuk ve ergenlerde değişken mood, dikkat dağınıklığı, agresyon, hareketlilik DEHB ve bipolar bozukluğun ortak semptomları olması nedeniyle ayırıcı tanıda önemli olmasının yanı sıra komorbitede açısından da çift yönlü bir ilişki içerisindedir. Bipolar bozukluğu olanların %85'e varan oranlarda DEHB eş tanısına sahip olduğu, DEHB'lilerin ise %22'ye varan oranlarda Bipolar bozukluğu eş tanısı aldığı bildirilmiştir (Singh ve ark, 2006)

DEHB'li çocukların birçoğunda öğrenme problemleri görülmektedir ve yaklaşık %20-50'sinde özgül öğrenme bozukluğu eş tanısını almaktadır. İki bozukluktan birinin tedavi edilmesi, diğer bozukluğun tedavisini daha kolay kılmakta ve bu iki bozukluktan biri fark edildiğinde diğerinin sorgulanması için önem teşkil etmektedir (Abalı, 2010; Cengiz, 2013).

DEHB'li bireylerde otizm spektrum bozukluğu gibi diğer nörogelişimsel bozuklukların da eş tanı olma oranları da yüksek olabileceği gösterilmiştir (Taylor ve ark, 2008).

DEHB kalıtımsal, biyolojik ve psikolojik özellikleri nedeniyle alkol-madde ve sigara bağımlılığıyla yakından ilişkili bir bozukluktur. DEHB'nin madde kötüye kullanımında en yaygın komorbidite olduğu bilinmektedir (Barkley ve Brown, 2008). Madde kullanım

bozukluğu olan hastalarda DEHB prevansını değerlendiren bir meta-analizde; madde kullanım bozuklukları olanların %23,1'inin DEHB'nin DSM kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (Van Emmerik ve ark, 2012). DEHB ve madde kullanımı ilişkisine dair birçok teori öne atılmıştır. Dürtüsellik, madde kullanma riski ile ilişkilidir, DEHB ile ilişkili dürtüsellik ve zayıf yargının madde kullanım bozukluklarının gelişimine katkıda bulunması da mümkündür (Whelan, 2012). Bununla birlikte, yürütücü işlevlerin zayıflığı ve artan madde kullanımı bulmacanın sadece bir parçasıdır (Wilens, 2011).

DEHB'de davranışsal bağımlılıkların %72,8'e kadar çıkabildiğini belirten yayınlar mevcuttur (Karaca ve ark, 2016). DEHB'lilerde internet bağımlılığının da çok sık görüldüğü birçok yayında bildirilmiştir (Yen ve ark, 2007, Yen ve ark, 2008, Ko ve ark, 2009, Weinstein ve ark, 2015).

2.1.7. TEDAVİ

DEHB tedavisinde en doğru yol her vakaya kendi gereksinime uygun bir tedavi uygulamaktır. Ancak, DEHB biyolojik temelli bir hastalık olduğu için ilaç tedavisi önemli bir rol oynamaktadır. İlaç kullanımının yanı sıra anna-baba eğitimi gibi ilaç dışı tedavilerin uygulanması tedaviyi kolaylaştırabilir. Sistematik olarak çalışılmamış olmasa bile aile terapisi, vitamin takviyeleri, gevşeme teknikleri, diyet ve "biofeedback" gibi uygulamalar bazı çalışmalarda bildirilmiştir (Kelly ve ark, 1992; Kayaalp, 2008).

DEHB tedavi stratejilerini karşılaştıran MTA (the multimodal treatment of ADHD) çalışmasının 14. ay sonuçlarına göre ilaç tedavisi ve kombine tedavinin (ilaç + multikomponent davranış terapisi) sadece davranış terapisine üstün oldukları gösterilmiştir. Kombine tedavi ile ilaç tedavisi karşılaştırıldığında ise çekirdek DEHB belirtilerine etkileri açısından anlamlı farklılıklar göstermemiştir (Jensen, 1999).

2.1.7.1. Psikoterapiler, Ebeveyn Bilgilendirilmesi, Bilişsel Davranışçı Terapi

AACAP 2007 kılavuzuna göre, DEHB tedavisinde ilaç dışı tedaviler açısından sadece psikoeğitim, ebeveyn eğitimi ve okula yönelik girişimler etkili bulunmuştur.

ESCAP 2004 kılavuzunda ise psikoeğitim, davranışçı ebeveyn eğitim programları ve okul merkezli girişimlerin yanı sıra; 7 yaş ve üzeri çocuklarda bilişsel davranışçı terapilerin diğer davranışçı yaklaşımlar ile beraber uygulanmasının faydalı olabileceğine değinilmiştir.

MTA çalışmasının 14. ay sonuçlarına göre kombine tedavi agresyon, içe yönelim belirtileri, sosyal beceleriler ve ebeveyn-çoçuk ilişki sorunları üzerine anlamlı olarak daha etkili bulunmuştur (Jensen, 1999).

Okul öncesi dönemde psikofarmakolojik tedavilerin kısa ve uzun dönem etki ve güvenirliği ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakta, ilaç ve ilaç dışı tedavilerin etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışma ise bulunmamaktadır (Jaswinder ve ark, 2008).

Okul öncesi çocuklarla yapılan en kapsamlı çok merkezli çalışmanın (PATS: Preschool ADHD Treatment Study) sonuçlarında ebeveyn uygulama programları ile çocuklara yönelik davranışçı terapilerin DEHB belirtilerini azaltmada oldukça etkili olduğu, özellikle karşıt olma davranışlarını, agresyonu, yıkıcı davranışlarını ve hiperaktiviteyi azalttığı bildirilmektedir (Greenhill ve ark, 2006) ancak psikososyal yaklaşımlardan ve davranışçı terapilerden fayda görmeyen, DEHB belirtileri orta/şiddetli düzeyde olan okul öncesi çocuklarda psikofarmakolojik tedaviler önerilmektedir.

İstenmeyen davranışın söndürülmesi, istenilen davranışın pekiştirilmesi, dürtü kontrolünün sağlanması ve hareketliliğin uygun şekilde gerçekleştirilmesi için ilaç dışı faydalı bir yöntem ise bilişsel davranışçı terapidir. Bireysel psikoterapide olumsuz düşünceler ve düşük benlik saygısı gibi depresif şikâyetler hedeflenir (Doğangün ve Yavuz 2011).

2.1.7.2. İlaç tedavisi

Psikostimulanlar:

Stimulan ilaçlar yıllardır birçok ülkede ruhsatlı olarak DEHB tedavisinde kullanılmaktadır ve bu ilaçların etkinliği ve güvenilirliği, sayısız klinik çalışmaların yanı sıra sistematik incelemelerde ve meta-analizlerde kapsamlı olarak incelenmiştir (Swanson ve ark, 2007; Biederman ve ark, 2008; Adler, 2007; Faraone ve ark, 2010; Faraone ve ark, 2010). Çalışmalar uyarıcıların plasebodan daha etkili olduğunu ve etki boyutlarının 0,8-1,1 arasında olduğunu ve olguların yaklaşık %70'inde olumlu bir erken klinik yanıt oluşacağını gösterir.

Stimulan ilaçlar içerisinde metilfenidat, karışık amfetamin tuzları, dekstroamfetamin ve lisdeksamfetamin dimesilat (ön ilaç) bulunmaktadır. DEHB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar FDA tarafından 6 yaş ve üzeri için kullanım onayı olan metilfenidat, 3 yaş ve üzerinde kullanılabilen fakat Türkiye'de bulunmayan dekstroamfetamindir. Türkiye'de sadece metilfenidatın kısa ve uzun etkili preparatlarını bulunmaktadır. Metilfenidat hücre zarında dopamin taşıyıcı protein(DAT) ve norepinefrin taşıyıcı protein (NET) ile bağlanarak dopamin ile norepinefrinin geri alımını inhibe ederek dopamin ve noradrenalinin sinaptik aralıktaki

miktarını arttırarak etki eder. Önerilen günlük doz 0,3-1 mg/kg'dır. En sık bildirilen yan etkiler; iştahsızlık, mide bulantısı, baş ve karın ağrısı, huzursuzluk, uykusuzluktur. Tedaviye düşük dozlardan başlayıp dozunu yavaşça yükselterek etki göstereceği doza gelmenin bu yan etkilerin ortaya çıkmasını azaltabileceği birkaç çalışmada gösterilmiştir (Volkow ve ark, 2003; Kayaalp 2008; Tutkunkardaş ve ark, 2010; Antshel ve ark, 2011; Doğangün ve ark 2011; Hodgkins ve ark, 2012).

Psikostimulan dışı ilaç tedavileri:

Stimulanlara intolerans olması, kontraendikasyon ya da tedaviye yanıtsızlık durumlarında stimulan olmayan ilaçlar 2.basamak tedavi olarak kullanılabilir. Etkileri stimulanlar kadar güçlü olmasa da sırasıyla atomoksetin, uzun salınımlı guanfasin, uzun salınımlı klonidinin DEHB tedavisinde etkinliği kanıtlanmıştır (American Academy of Pediatrics, 2011):

Atomoksetin:

Atomoksetin santral sinir sisteminde presinaptik NA taşıyıcılarının seçici bir inhibitörü olarak DEHB tedavisinde FDA onayı alan stimülan olmayan bir ilaçtır (Kratochvil ve ark, 2011). Atomoksetin ve stimulanların karşılaştırıldığı bir meta analiz çalışmasında, Atomoksetin etki boyutu 0,62, hızlı salınımlı metilfenidat ve gecikmiş salınımlı metilfenidatın etki boyutu ise sırasıyla 0,91 ve 0,95 olarak bulunmuştur. (Faraone ve ark, 2003)

Tedavi kılavuzlarında başlangıç dozu olarak vücut ağırlığı 70 kg'a kadar olan 6 yaş üstü çocuk ve erişkinlerde sabahları kilo başına 0,5 mg olup, daha büyüklerde is 40 mg'dır; 4-7 gün içinde günlük idame doz olan 1,2 mg/kg/gün'e çıkılması önerilmektedir. (AAP 2011, CADDRA 2011, Seixas ve ark, 2012) Tedavinin ilk haftasından itibaren plaseboya oranla daha iyi semptom kontrolü sağladığı bildirilmişse de tam etkisinin ortaya çıkması terapötik doz ile tedavinin 6. haftasını bulabilir.

DEHB'ye, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu veya separasyon anksiyetesinin eşlik ettiği bir çalışmada atomoksetinin hem DEHB hem anksiyete semptomlarında belirgin düzelme sağladığı bildirilmiştir (Sumner ve ark, 2005). Uluslararası tedavi kılavuzlarında madde kötüye kullanımı, anksiyete ve tik bozuklukları eş tanısında, uykuya dalma ve sürdürme zorluğu bildiren çocuk ve ergenlerde, günün akşam saatlerinde belirti kontrolünün zorlaştığı durumlarda atomoksetinin özellikle tercih edilebileceği vurgulanmaktadır. (AAP 2011, CADDRA 2011, Sexies ve ark, 2012)

Alfa 2 agonistler (guanfasin ve klonidin):

Guanfasin ve klonidin yavaş-salınımlı formların 6 yaş üstü çocuklarda yalnız başlarına veya stimülanlara ek olarak kullanımları FDA tarafından onaylanmıştır.

Guanfasin, klonidin'den daha seçicidir ve somnolans gibi olumsuz etkiye daha az neden olur. Bu ilaçlar, eşlik eden tik bozukluğu veya Tourette sendromu olan hastalarda, etkinliğinin daha yüksek olduğu durumlarda da kullanılabilir.

Diğer non-stimulan ilaçlar:

Bupropion, Modafinil, Reboksetin, ve trisiklik antidepresan grubundan İmipramin ve Desipramin DEHB tedavisinde kullanılan başlıca ilaçlar arasında sayılabilir. İmipraminin DEHB semptomlarını azalttığı gösterilmiş olsa bile trisiklik antipsikotikler olası yan etkilerinden dolayı stimillan ya da atomoksetine yanıt vermemiş olgularda başlanması önerilir (AAP, 2011)

2.1.8. PROGNOZ

DEHB çocukluk çağında başlayan ve olguların büyük bir kısmında ergenlik dönemine (%40-60) ve erişkinliğe (%40-60) kadar devam eden bir bozukluktur (AACAP 2007). DEHB olan çocukların erişkinlik hayatına kadar izleyen çalışmalarda, bu çocukların ergenlik ve/veya erişkinliklerinde DEHB'ye ek olarak önemli psikiyatrik, sosyal ve akademik sorunlarla karşılaşma riskleri bulunduğu görülmektedir (Barkley ve ark, 2008; Manuzza ve ark, 1988; Rasmussen ve ark, 2000). İlerleyen yaşlarda azalan semptomlar daha ziyade hiperaktiviteye aittir, dikkat ve dürtü problemlerinin kalıcılığı daha yüksektir. Dahası çocukluk çağı DEHB'si olan yetişkinlerde daha fazla antisosyal ve kriminal davranışlar, yaralar, hasarlar görülmesi beklenir (Barkley, 2004). İş ve evlilik hayatında zorluklar ve sağlık problemleri ve küçük yaşta gebelik (Barkley ve ark, 2006) ve evlilik dışı çocuk sahibi olmaları (Johnston, 2002) da daha olasıdır.

2.2. İNTERNET VE İNTERNET BAĞIMLILIĞI

2.2.1. TANIM ve TARİHÇE

‘’**Inter**national **Net**work’’ kelimelerinden oluşan internet iki ya da daha fazla bilgisayarın birbiriyle bağlantı kurmasıyla oluşan dünya çapında yaygın bilgisayarlar ağlarına dayılı bir iletişim sistemidir. Bu iletişim sistemi sayesinde dünyanın istenen herhangi bir yerindeki bilgiye ulaşılabilmekte, çok kolay, çabuk ve ucuza iletişim kurulabilmekte, dünyanın herhangi bir noktasına çok büyük miktarda bilgi ve belge aktarımı yapılabilmektedir.

İnternet, soğuk savaş döneminde (1957 yılında) Sovyet Rusya’nın sputnik uydusunu uzaya fırlatması sonucu olarak, Amerikan Federal Hükümeti Savunma Bakanlığı’nın araştırma geliştirme kolu olan İleri Savunma Araştırma Projeleri Kurumu’nun (DARPA) desteği ile birkaç üniversitenin bilgi alışverişi içinde olması için 1960’lı yılların sonunda kurulmuştur (Öztoprak 2001; Sırabaşı 2002; Ventura 2002).

1980’den itibaren, bugün için de son derece yaygın olarak kullanılan, iki bilgisayarın birbiriyle haberleşmesi için kullanılan TCP/IP protokolü devreye girmiştir. Sonraki dönemlerde Tim Barnes Lee tarafından “hypertext’’ denilen daha görsel temelleri olan World Wide Web (www)’i kurmuş ve bilgisayar ağı “internet’’ adını almıştır.

2.2.2. İNTERNET KULLANIMININ TÜRKİYE İSTATİSTİKLERİ

Türkiye istatistikleri kurumunun 2016 yılında yaptığı araştırmaya göre; bilgisayar ve internet kullanım oranları 2016 yılı Nisan ayında 16-74 yaş grubundaki bireylerde sırasıyla %54,9 ve %61,2’idi. Bu oranlar erkeklerde %64,1 ve %70,5 iken, kadınlarda %45,9 ve %51,9’du. Bilgisayar ve internet kullanım oranları, 2015 yılında sırasıyla %54,8 ve %55,9’du.

Türkiye genelinde İnternet erişim imkanına sahip hanelerin oranı 2016 yılı Nisan ayında %76,3 oldu. Evden internet erişimi olmayan hanelerin %59’u bağlanmama nedeni olarak internet kullanımına ihtiyaç duymadıklarını, %29,4’ü interneti, iş, okul, internet kafe gibi başka yerlerde kullandıklarını söyledi (TUİK 2016).

İnternet kullanım amaçları dikkate alındığında, 2016 yılının ilk üç ayında internet kullanan bireylerin %82,4’ü sosyal medya üzerinde profil oluşturma, mesaj gönderme veya fotoğraf vb. içerik paylaşırken, bunu %74,5 ile paylaşım sitelerinden video izleme, %69,5 ile online haber, gazete ya da dergi okuma, %65,9 ile sağlıkla ilgili bilgi arama, %65,5 ile mal ve

hizmetler hakkında bilgi arama ve %63,7 ile İnternet üzerinden müzik dinleme (web radyo) takip etti (TUİK 2016)

2013 yılı Nisan ayında gerçekleştirilen Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasının kapsamı ilk defa 6-15 yaş grubu çocukları da içerecek şekilde genişletilmiştir. 6-15 yaş grubundaki bilgisayar kullanan çocukların bilgisayar kullanmaya başlama yaşı ortalama 8 iken, 6-10 yaş grubunda ortalama başlama yaşı 6, 11-15 yaş grubunda ise 10'dur. 6-15 yaş grubundaki çocukların %24,4'ü kendi kullanımına ait bilgisayara sahip iken, %13,1'i cep telefonuna ve %2,9'u oyun konsoluna sahiptir (TUİK 2013)

2.2.3. İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI VE TANI KRİTERLERİ

İnternetin, bilgilendirici, kullanışlı, pratik ve eğlenceli olmak üzere olumlu yönleri vardır, ancak aşırı internet kullanıcıları için bu yararlar kullanışsız hale gelebilmektedir (Koç, 2011)."Sağlıklı internet kullanımı", bilişsel veya davranışsal rahatsızlık olmaksızın, makul bir süre içinde belirlenen bir amaç için internetin kullanılmasıdır. Problemli internet kullanımı kişinin fiziksel ve psikolojik sağlık, sosyal ekonomik, iş ve kişisel ilişkilerini ve hayatının diğer alanlarını negatif etkilemesine yol açacak şekilde internet üzerindeki aktivitelerde fazlaca zaman geçirmesidir (Young, 1998; Morahan-Martin ve ark, 2000) problemli internet kullanımını internet kullanımını kontrol etmekte güçlük çekmek, yoğun internet kullanımı ve bu kullanımı sebebiyle kişinin hayatında ciddi zarar görmesi olarak tanımlamıştır. Problemli internet kullanımı artmış dürtüsellik ve çevrimiçi iken artmış sosyal rahatlık ile ilişkilidir (Davis, 2001). Problematik internet kullanımı internet bağımlılığına yol açabilir.

Bağımlılık denince en sık uyuşturucu, esrar, alkol gibi kimyasal maddeler akla gelse de davranışsal bağımlılıkların da en az kimyasallar kadar işlev kaybına yol açabileceği unutulmamalıdır. Seks, kumar, egzersiz, internet bağımlılıkları davranışsal bağımlılık sınıfına girer. İnternet bağımlılığı; internetin aşırı kullanılmasına yönelik isteğin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik hali ve saldırganlık ortaya çıkması ve kişinin iş, okul, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanmıştır (Young 1999). Farklı araştırmacılar farklı nedenlere dayandırarak internet bağımlılığını farklı tanımlamışlardır; "patolojik internet kullanımı",

“problemli internet kullanımı”, “aşırı internet kullanımı”, “kompulsif internet kullanımı” ve “internetomani” bu tanımlar içerisinde sayılabilir (Shaw ve ark, 2008).

İlk kez Ivan Goldberg (1996) “internet bağımlılığı” terimini tanımlamış ve tartışmaya açmıştır. Goldberg DSM-IV’teki madde bağımlılığı tanı ölçütlerini baz alarak internet bağımlılığı için göstergeler geliştirmiştir (Golberg, 1996). Aynı zamanlarda Young (1996), internet bağımlılığına en yakın olduğunu düşündüğü DSM-IV’teki patolojik kumar oynama tanı ölçütlerini baz alarak internet bağımlılığını tanımlamıştır. Young’un tanımladığı 8 ölçütten 5 tanesinin karşılanması durumunda kişi “internet bağımlısı” olarak tanı almaktadır (Young, 1996).

Young’ın tanımına göre;

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

1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel meşguliyet (sürekli interneti düşünme, internette yapılan aktiviteleri hayal etme vb.)

2. İstenilen oranda zevki almak için giderek daha fazla internet kullanma ihtiyacı duyma

3. İnternet kullanımının kontrolü, azaltması veya tamamen bırakılmasına dönük başarısız girişimler

4. İnternet kullanımının azaltılması ya da tamamen bırakılması halinde huzursuzluk, çökkünlük ya da öfke oluşması

5. Başlangıçta planlanandan daha fazla internette kalma süresi

6. Aşırı internet kullanımı nedeniyle iş, okul, aile ve arkadaş çevresiyle problem yaşama, eğitim veya kariyerle alakalı fırsatları kaybetme veya tehlikeye atma

7. Başkalarına (terapist, aile, arkadaş vb.) internette kalma süresiyle alakalı yalanlar söyleme

8. İnterneti sorunlardan ya da olumsuz duygulardan (örn: çaresizlik, suçluluk, çökkünlük, kaygı) kaçınmak için kullanma

İnternet bağımlılığının DSM-IV’te tanı kriteri olmamasına karşın son zamanlar vurgulanan ve araştırılan bir konu olması sebebiyle DSM 5’te DSM-V’te ‘İleri Araştırma

Gerektiren Durumlar' başlığı altında 'İnternet Oyun Oynama Bozukluğu' alt başlığı ile kendine yer bulmuştur.

Tablo 1: İnternet kötüye kullanımını değerlendiren ölçekler

Problemli İnternet Kullanım Anketi (Thatcher & Goolam, 2005)	**İnternet Bağımlılığı Ölçeği (Young, 1998)**	**İnternet Bağımlılığı Bozukluğu Ölçeği (Goldberg, 2000)**	**İnternet Bağımlılığı Ölçeği (Chen, 2005)**	**İnternet Stres Ölçeği (Valleur ve Velea, 2002)**
Kuantatif-20 soru	Kuantatif-20 soru	Kuantatif-11 soru	Kuantatif-26 soru	Kuantatif-9 soru
5'li likert tip	5'li likert tip	>2 kriter= internet bağımlığı	4'lü likert tip	>4 ise bağımlılık riskini öngörür
Adolasan ve erişkinler	Adolasan ve erişkinler	Adolasan ve erişkinler	Adolasan	Adolasan

IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health

DSM-V Önerilen Tanı Kriterleri: (APA 2013)

1. İnternet oyunlarıyla aşırı uğraş (birey bir önceki oyun eylemini düşünür ya da bir sonraki oyunu oynamayı beklemektedir; internet oyunu oynama günlük yaşamdaki en baskın eylem haline gelmiştir).

Not: Bu bozukluk kumar oynama bozukluğu altında yer alan internette kumar oynamadan farklıdır.

2. İnternetten uzaklaştırıldığında çekilme belirtileri ortaya çıkar (bu bulgular tipik olarak irritabilite, anksiyete veya üzüntü ile tanımlanabilir, fakat farmakolojik çekilme belirtilerine ait fiziksel bulgu gözlenmez).

3. Tolerans gelişimi-İnternet oyunlarına katılmak için gerekli olan sürenin gitgide arttırılması ihtiyacı.

4. İnternet oyunlarına katılımı kontrol altına alabilmek için yapılan başarısız girişimler.

5. İnternet oyunları nedeni ile, internet oyunları haricinde, önceden ilgi duyulan hobi ve eğlenceli aktivitelere ilgi kaybı.

6. Psikososyal sorunlara yol açtığını bilmesine rağmen internet oyunlarının aşırı kullanımına devam etmesi.

7. İnternet oyunları için harcadığı süre ile ilgili olarak aile üyeleri, terapist ya da diğer kişileri kandırmıştır.

8. İnternet oyunlarımı olumsuz duygu ve duygulanımdan kaçmak ya da rahatlamak için kullanmaktadır.

9. Önemli bir ilişki, iş veya eğitim ya da kariyer olanağını internet oyunlarına katılabilmek için tehlikeye atmış veya kaybetmiştir.

(12 aylık bir süre içinde yukarda belirtilen dokuz kriterden beş veya daha fazla kriterin karşılanması gerekmektedir.)

Not: Sadece kumar içermeyen internet oyunları bu bozuklukta yer alabilir. İş ya da profesyonel yaşamdaki internet kullanımı, aktivite için ya da sosyal olarak internet kullanımı bu tanıma girmez. Benzer olarak cinsel internet siteleri bu grup içinde yer almaz.

***Ağırlığın belirlenmesi**: Normal aktivitelerin aksaması ya da bölünmesinin derecesine göre İnternet Oyunu Oynama Bozukluğu hafif, orta veya ağır olabilir. Daha hafif bozukluğa sahip bireyler daha az bulgu sergileyebilir ve hayatları daha az sekteye uğruyor olabilir. Ağır bozukluğa sahip olanlar ise bilgisayar başında daha fazla vakit geçirmektedirler ve sosyal ilişki, kariyer veya eğitim ile ilişkili daha fazla fırsat kaçırmışlardır.*

2.2.4. EPİDEMİYOLOJİ

Problemli internet kullanımının dünya üzerindeki prevelansı hakkında güvenilir bir veri yoktur; çalışmadan çalışmaya, ülkeden ülkeye değişiklik gösterir. Hem batı hem de doğu toplumlarında tahmin edilen adolosanların problemli internet kullanım prevelansı %1-18 arasında değişiklik göstermektedir (Cao ve ark, 2007; Jang ve ark, 2008). Epidemiyolojik çalışmalar, ergen ve genç erişkinlerde problemli internet kullanımı prevalansında, Asya'da %0,9-%37,9 (Cao ve ark, 2007; Park ve ark, 2008) ve Avrupa'da 27-%18,3 (Johansson ve ark, 2004; Kaltiala-Heino ve ark, 2004; Zboralski ve ark, 2009) arasında değişen önemli değişkenlik bildirmiştir. Problemli internet kullanımı Avrupa'ya kıyasla Uzak Doğu ve Güney Asya ülkelerinde (Çin, Güney Kore ve Tayvan) daha sık olmakla birlikte Kore ve Çin'de yapılan küçük çaplı çalışmalar, 6 ila 19 yaşlarındaki Güney Koreli çocukların yaklaşık%2'sinde (210,000) tedavi gerektirecek bir problemli internet kullanımının olduğunu (Choi, 2007) ve Çin'de yaklaşık 10 milyon ergen İnternet kullanıcısının İnternet bağımlılığı kriterlerini karşılayabileceğini ortaya koymaktadır (Cao ve ark, 2007).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda da farklı veriler ortaya çıkmıştır. İstanbul'da yapılan ve lise öğrencilerini kapsayan bir çalışmada internet bağımlılığı oranı %4,5 olarak bulunmuştur (Cömert ve Ögel, 2009). 2009 yılında Türkiye'de yedi farklı şehri kapsayan bir çalışmada 14-20 yaş arasında internet bağımlılığı %10,1 ve risk altında olanların oranı %26,4 olarak saptanmıştır (Günüç ve ark, 2010). Türkiye'de 12-17 yaş arası 468 öğrenciyi kapsayan bir çalışmada internet bağımlılığı oranı ve sınırda semptomatik olanların oranları sırasıyla %1,6 ve %16,2 olarak bulunmuştur (Seyrek, Cop ve ark, 2017).

İnternet bağımlılığı erkeklerde kızlara oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Morahan-Martin ve ark 2000; Ha ve ark, 2014). Erkekler daha çok oyun oynamak, gazete-dergi okumak, kızlar ise daha çok iletişim kurmak ve sohbet etmek için interneti kullanmaktadırlar (Fattore ve ark, 2014, Vink ve ark 2015).

2.2.5. ETİYOLOJİ

Psikiyatrik hastalıkların geneli gibi problemli internet kullanımının da direkt bir sebebi olmamakla beraber multifaktoriyel sebeplerden etkilenmektedir. Sebepler arasında genetik faktörler, nörobiyolojik ve nöroanatomik farklılıklar ve bazı teoriler öne sürülmüştür.

2.2.5.1. Genetik

Kore'de internet bağımlılığı olan ergenlerle yapılan bir çalışmada, serotonin taşıyıcı geninin kısa alel varyantına (SS-5HTTLPR) kontrol grubuna kıyasla daha fazla rastlanmış olup bu durumun internet bağımlılığının ağırlığı ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Lee ve ark, 2008). İnternet oyun bağımlılığı olanlarda dopamin D2 reseptör geni aktivitesinde düşüklük (DRD2 tag 1A1 ve DRD2 gen polimorfizmi tespit edilmiş olup bunun DEHB komorbiditesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Han ve ark, 2007).

2.2.5.2. Nörobiyoloji ve Nöroanatomi

Problematik internet kullanımında etkilenen nöroanatomik alanlar diğer davranışsal bağımlılıklardaki gibi ödül ve duygusal süreç ve duyguların işlenmesi ile ilişkili beyin bölgeleri olabilir. Kompulsif internet oyunu oynayanlarda buna ek olarak bellek, davranışsal

inhibisyon ve dürtü denetimi ile ilişkili beyin alanları etkilenmiş olabilir (Leeman ve ark, 2013).

İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan nörobiyolojik çalışmaların çoğunluğunun ortak noktası; internet bağımlılığında prefrontal korteksin önemli bir rol oynadığını savunmalarıdır. Bu bilgiden yola çıkarak gelişimsel olarak pefrontal korteksin geç olgunlaşması sebebiyle ergenlerin probmlemli internet kullanımına eğilimli olabileceği öne sürülmüştür. (Ammaniti, 2014; Caballero and ark, 2016). Birkaç örnek verilecek olursa orbital prefrontal korteks içerisindeki korteks kalınlığı, internette oyun oynama bozukluğu olan ergenlerde azalmış bulunmuş ve bu durumun etkili inhibe kontrolü için daha az olgun bilişsel mekanizmaya sahip olduklarını düşündürmektedir (Hong ve ark, 2013). Benzer şekilde azaltılmış bilişsel etkinlik, anterior ve posterior singulat kortekslerde değişmiş aktivite ve zayıflatılmış fronto-striatal yukarıdan-aşağı kontrolü ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. (Dong ve ark, 2012).

İnternette oyun bozukluğu olan ergenlerle MRI kullanılarak yapılan bir çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, internette oyun bozukluğu olanların orbitofrontal korteks, insula ve entorinal korteks gibi ana kortikal bölgelerinde azalmış bir kalınlık bildirilmiştir (Yuan ve diğerleri, 2013). Diğer çalışmalarda, internette oyun bozukluğu veya internet bağımlılığı olan ergenler, anterior singulat korteks, posterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal korteks ve insula'da daha az gri cevher olduğunu bildirmektedir (Zhou ve ark, 2011; Yuan ve ark, 2011).

2.2.5.3. Psikososyal modeller

İnternet bağımlılığının etiyolojisi için en çok bilinen modellerden biri de "bileşen modeli"; bağımlılığın, nörobiyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin beslediği biyo-psikososyal süreçlerin bir sonucu olduğunu öne sürer (Shaffer ve ark, 2004)

Zayıf sosyal beceriler sonunda ergenin yüz yüze görüşmelerde çevrimiçi etkileşimleri tercih etmesine neden olabilir. *Sosyal beceri modeli* de internet bağımlılığı ergenlerin sosyal uygunsuzluğun kendilik algısı nedeniyle çevrimiçi sosyal etkileşimleri seçtiklerini göstermektedir (Caplan, 2002). Caplan, kişilik problemleri ya da psikiyatrik bozuklukları olanların internet kullanımına daha yatkın olabileceğini öne sürer. Bu modele örnek verilecek olursa; sosyal anksiyete bozukluğu veya depresyon gibi problemleri olan kişilerin sosyal iletişimleri ile ilgili olumsuz bilişleri olduğu ve bu sebeple yüz yüze iletişime geçmek yerine daha rahat oldukları sanal iletişim yoluna yöneldikleri belirtilmiştir (Caplan, 2002).

Kognitif-davranışçı yaklaşım problemli internet kullanımını, problemli bilişler ve maladaptif cevabı devam ettiren ya da yoğunlaştıran davranışların birleşmesiyle ortaya çıkan bir sonuç olduğunu belirtir. Bu teori., diğer teorilerden uzaklaşmaktır, çünkü anormal davranışın ana kaynağı olarak kişinin bilişlerini (veya düşüncelerini) vurgular (Davis, 2001). Dünya ile ilgili bilişsel distorsiyonlar spesifik olayları genelleştirmeyi içerir. Başka bir deyişle, "İnternet saygı duyulduğum tek yer", Hiç kimse beni sevmiyor'', "İnternet benim tek arkadaşım" ya da "Çevrimdışı insanlar bana kötü davranıyorlar'' gibi ya hep ya da hiç düşünme biçimi, maladaptif bilişsel çarpıtma olarak değerlendirilir ve kişinin internete bağımlılığını arttırır (Davis, 2001).

2.2.6. KOMORBİDİTE

Problemli internet kullanımının ciddi mental ve emosyonel belirtileri olabilsede problemli internet kullanımının devam eden ruhsal bozukluğun bir sonucu olarak da ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Carli, 2013). Araştırmacılar Problemli internet kullanımı ile impulsivite (Cao, 2007; Dong, 2010), depresyon (Tsai, 2003; Wildt, 2007), anksiyete (Bernardi, 2009), psikoz (Gibbs, 2009), obsesif kompulsif bozukluk (Zhang, 2008) ve sosyal anksiyete (Chen, 2004) arasında bir ilişki bulmuştur.

İnternet bağımlılığı ve psikopatolojileri inceleyen bir gözden geçirmede problemli internet kullanımı ile DEHB belirtileri, depresyon, düşmanlık / saldırganlık ve obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki rapor edilmiştir (Carli, 2013). Aynı gözden geçirmede DEHB semptomları ve depresyonun problemli internet kullanımı ile en belirgin ve tutarlı korelasyona sahip oldukları gösterilmiştir.

Tayvan'daki adolosanları kapsayan bir çalışmada sosyal anksiyete ve problemli internet kullanımı arasında ilişki gözlemlendi (Yen ve ark, 2007). Dahası iki yıllık takip çalışmasında sosyal anksiyete semptomlarının problemli internet kullanımın ortaya çıkmasını predikte ettiği gösterildi (Ko ve ark, 2009). Ek olarak Bernardi ve Pallanti'nin problemli internet kullanımı olan erişkin olguların %15'inin olası sosyal anksiyete sınıflandırmasında olduğu gösterildi (Bernardi ve ark, 2009).

Bakken katılımcıların kendi bildirimleri ile yaptığı genel popülasyon araştırmasında, problemli internet kullanımı olanların %41'inin, olmayanlara göre (%15,8) önceki 12 aylık periyodda daha fazla depresyon belirtileri gösterdiğini tespit etti (Bakken, 2009). Uyku bozukluğu (38.6% vs. 26.4%), anksiyete düşüncüleri (36.4% vs. 5%), alkol ve madde kullanımı (13.6% vs. 1.1%) ise daha yaygındı.

2.2.7. DEHB ve PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI

DEHB ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir gözden geçirmede; PİK ile DEHB arasında kovaryantları kontrol ettikten sonra bile pozitif korelasyonlar tespit edildi (Carli ve ark, 2013). 2 yıllık bir prospektif çalışmada DEHB tanısı olan adolosanların sosyal fobi, düşmanlık gibi diğer psikiyatrik semptomlara kıyasla internet bağımlılığı geliştirmeye daha yatkın olduğu bulundu (Ko ve ark, 2009). Bununla birlikte DEHB ve PİK arasındaki nedensellik tartışmalı bir husus olarak devam etmektedir ve aralarındaki ilişki birçok yönden açıklanabilir. Örneğin; biyopsikososyal modelde '' kolay sıkılma'' ve gecikmiş ödüllerden kaçınma'' DEHB'nin iki ana semptomudur (Castellanos ve ark, 2002; Diamond, 2005).İnternet aynı anda çeşitli aktiviteler ile bir çok pencere sağlar ve hızlı ödül sıkılma hissini azaltabilir. Bu durum DEHB'li bireylerin internete daha kolay bağımlı hale gelmesini kolaylaştırır(Ko ve ark, 2012) Dahası DEHB'li bireylerin bozulmuş inhibisyona sebep olacak anormal beyin aktivitelerine sahip olduğu gösterildi. Bu durumun sonucunda irade yeteneği azalan DEHB'li bireyler kendilerini durdurmakta daha zorlanırlar ve internet bağımlılığına daha yatkın olurlar (Bing-qian, 2017).

DEHB'li bireylerin olmayan kontrollere göre internet bağımlılığı ölçeğinden daha yüksek puanlara sahip olduğu (Weinstein ve ark, 2015) ve DEHB şiddeti arttıkça internet bağımlılığı ölçek puanlarının arttığı bulunmuştur (Dalbudak ve Evren 2014).

752 Güney Koreli ilköğretim öğrencisinde yapılan bir çalışmada, DEHB olanların%33'ünde problemli internet kullanımı ölçütlerine de rastlandı (Yoo ve ark, 2004). 216 Tayvanlı kolej öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada problemli internet kullanımı olanların %33'ünde DEHB olduğu, normal internet kullanımı olanların ise sadece %8'inde DEHB olduğu gösterildi (Ko ve ark,2008).

Kliniğimizde 2011 yılında problemli internet kullanımı olan 10-18 yaş arasındaki ergenlerin komorbid psikopatolojisinin incelendiği bir çalışmada; alınan 60 olgunun %83,3'ü DEHB tanısını karşıladı (Bozkurt, 2013). Aynı çalışmada DEHB-DE alt tipi diğer alt tiplere oranla daha fazla bulundu ve kızlarda erkeklere oranla daha fazlaydı (%60-%37). (Bozkurt, 2013). Literatürde problemli internet kullanımı ile DEHB alt tipleri arasındaki ilişkiyi yeterli bilgi bulunmamaktadır. Yen ve arkadaşları bir çalışmada internet bağımlılığının DEHB-dikkat eksikliği belirgin olan alt tipi ile daha ilişkili olduğu ve kadınlarda bu ilişkinin daha belirgin olduğunu gösterdi (Yen, 2009).

Kliniğimizde yapılan başka bir çalışmada, DEHB tanılı ergenlerin internet kullanımları araştırıldı. Sonuç olarak katılan 95 olgunun %3,2'si (n=3) patolojik internet bağımlılığı grubunda, %30,5'i (n=29) sınırlı semptomatik grupta ve %66,3'ü (n=63) asemptomatik grupta yer almıştır. Problemli internet kullanım oranı ise %33,7 olarak saptanmıştır (Demirtaş, 2016).

2.3. İNTİHAR VE İNTİHAR DAVRANIŞI

2.3.1. İNTİHAR TANIMI

Batı dillerinde kullanılan ''suicide'' Türkçeye Tanzimat döneminde 'intihar olarak dilimize geçmiştir. Arapça kökenli bir kelimedir (Arkun, 1978). İntihar davranışı ise kişinin kendisini öldürmekle ilgili bilişsel uğraşlarını, intihar hazırlıklarını, girişimlerini ve tamamlanmış intiharların tümünü içeren genel bir kavramdır.

Tablo 2: İntihar amaçlı ve intihar amaçlı olmayan davranışların tanımları ve açıklamaları (Gordon, 2014)

İntihar düşüncesi	*Ölü olmayı istemek ile ilgili pasif ölüm düşüncesi ya da kendini öldürmekle ilgili aktif düşünceleri içerir, ancak hazırlık davranışı eşlik etmez.*
İntihar planları	*İntihar eylemini planlama ve bununla ilgili uğraşlar ile ilgili düşünceler*
Hazırlık işlemleri	*İntihar girişiminde bulunulması için önlemler veya hazırlıkları kapsar. Buna spesifik bir yöntem (örn; Hap almak, ip almak) ya da intihar ederek ölümüne hazırlık yapmak gibi (eşyalarını vermek, bir intihar notu yazmak gibi) sözlü anlatımın veya düşüncenin ötesinde herhangi bir şey dahildir.*
İntihar girişimi	*Kişinin kendisine potansiyel zarar verici ve eylem sonucunda ölme niyeti olan bir hareket yapmasıdır. Bir kişi intihar girişiminde bulunduğunu kabul edebilir veya reddedilirse, başka niyet olasılığı bulunmayan davranış veya durumdan (örneğin, yüksek bir yerden atlama, ilaç aşırı dozda) intihar niyeti çıkarılır. Bir intihar teşebbüsü gerçek yaralanma ile sonuçlanabilir veya olmayabilir.*
Tamamlanmış intihar	*Ölümle sonlanan kendini yaralama davranışıdır ve eylemin ardında az ya da çok ölme niyeti vardır.*
İntihar niyeti olmayan kendini yaralama davranışı	*Yapılan davranış, sıkıntıyı azaltmak (çoğunlukla self-mutilasyon olarak adlandırılan yüzeysel kesikler ve çizikler, yanmaları içeren) veya başkalarında ya da çevrede değişimi etkilemek için yapılan intihar amacı olmayan hareketlerdir.*

2.3.2. EPİDEMİYOLOJİK VERİLER

İntihar, dünya genelinde özellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemi için önemli bir halk sağlığı sorunudur, intihara bağlı ölümler, tüm dünyadaki gençler ve genç yetişkinler (15-29 yaş arası) arasındaki ölümlerin %8,5'ini oluşturur ve dünya gençleri arasında önde gelen ölüm nedenidir (WHO, 2017). Türkiye'de intihar ergenlik döneminde motorlu taşıt kazaları ile birlikte en sık görülen ölüm sebepleri arasındadır. (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011).

İntihar davranışı sıklığı çocukluk döneminde düşükken ergenlik ve genç erişkinlik döneminde belirgin artış gözlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2015 verilerine göre intihar eden kişilerin %10,5'i 15-19 yaş arasındadır ve intihar eden kadınlarda en yüksek oran %18 ile bu yaş grubundadır. (Türkiye İstatistik Kurumu 2015).

Ergenlik döneminde yaşam boyu intihar düşüncesi oranı %12,1 ile %29,9 arasında değişiklik göstermektedir (McLouglin ve ark, 2015). Ülkemizde 905 lise öğrencisinin katılımıyla yapılan bir çalışmada son 1 sene içerisindeki intihar düşünce sıklığı %18,9 olarak bulunmuştur (Güler ve ark, 2009) Zoroğlu ve arkadaşlarının 938 lise öğrencisinin katılımı ile yaptıkları bir çalışmada ise kızların %13,2'si erkeklerin de %5,4'ü olmak üzere toplam %10,1 olgu en az bir kez intihar girişiminde bulunduklarını bildirmiştir (Zoroğlu ve ark, 2001).

Ergenlik öncesi dönemde intihar oranları bakımından cinsiyetler arası belirgin bir fark bulunmazken ergenlik dönemiyle birlikte kızlarda intihar düşünce ve girişimlerinin erkeklere oranla daha fazla olduğu bilinmektedir (Bridge ve ark, 2006) ancak tamamlanmış intihar açısından değerlendirildiğinde tamamlanmış intihar erkeklerde daha sıktır (Moscicki, 2014). Ülkemizdeki istatistiklere göre tamamlanmış intiharların cinsiyete göre dağılımı erkeklerde %72,7 iken kadınlarda %27,3 bulunmuştur (TÜİK 2014).

2.3.3. RİSK FAKTÖRLERİ

Adolasan intiharını birçok faktör etkileyebilir. Kişisel risk faktörleri; erkek cinsiyet, duygudurum bozukluğu, psikoz, intihar düşünceleri, alkol ya da diğer uyuşturucu ile ilgili problemler, seksüel yönelim, post travmatik stres bozukluğu, panik atak ve okuldaki zorlukları kapsayabilir. Ailede intihar ya da intihar girişiminin olması, anne ya da babanın ruhsal bir bozukluğa sahip olması, bozulmuş ebeveyn-çocuk ilişkisinin olması ailesel risk faktörleri içerisindedir (Bridgeve ark, 2006; Beautrais, 2000).

Sosyal ve çevresel risk faktörleri ilaçlara, kimyasallara ya da silahlı aletlere evde kolayca erişebilmeyi (Bridge ve ark, 2006, Brent ve ark, 1994) özellikle evsiz çocukların sosyal izolasyonunu, duygusal zorlukları ve ergenin ruhsal durumunu etkileyen stresli yaşam olaylarını içerir (Beautrais 2000). Sıklıkla ergenlerde, bu alanlardan gelen çoklu risk faktörlerinin birleştiği bir dizi olumsuz yaşam olaylarının sonucunda intihar davranışının arttığı görülmektedir (Beautrais 2000).

Geçmişte intihar girişiminin olması tek başına en önemli risk faktörüdür. Miranda ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin%42'sinin sonraki 2 yıl boyunca bir başka girişimde bulunduğu gösterildi (Miranda ve ark, 2008)

2.3.4. PSİKOPATOLOJİNİN VARLIĞI

İntihar sonucu ölen bireylerin geçmişe yönelik psikiyatik kayıtları incelendiğinde, intihar eden ergenlerin yaklaşık %90'nuna psikiyatrik bozukluk eşlik ettiği gösterilmiştir (Fleischmenn ve ark 2005). 20 yaş altında intihar girişimi ile ölen olguların ailelerinden alınan bilgilerle yapılan bir çalışmada önceki intihar girişimi ve duygudurum bozukluğu her iki cinsiyet için major risk faktorü olarak saptandı. Aynı çalışmada madde/alkol kötüye kullanımı sadece erkekler için bir risk faktoru olarak bulundu (Shaffer ve ark,, 1996).

Gould ve arkadaşlarının adölesanlarla yaptığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların % 47,6'sında, intihar düşüncesi olanların ise % 30'unda duygudurum, anksiyete ve yıkıcı davranış bozuklukları; madde kötüye kullanımı ve/veya bağımlılığından biri veya birkaçının birlikte olduğu gösterilmiştir (Gould ve ark, 1998) Major depresyon ve bipolar bozukluk ergenlerde intihar ile en yakın ilişkili psikiyatrik bozukluklardır (Hauser ve ark, 2013).

Anskiyete bozuklukları intihar düşüncesi ve intihar girişimi riskini arttırmaktadır. Ayrıca depresyon gibi anksiyetenin de yineleyici intihar düşünceleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Esposito ve ark, 2003). Anksiyetenin alt tiplerinden panik bozukluğun gelecekteki intihar girişimi açısından bağımsız olarak belirleyici bir etkisi olduğu gösterilmiştir (Goldston, 2009).

Bir çalışmada ilk psikotik epizodu olan 9-17 yaş arası 100 olgunun intihar girişim oranları %12.4 olarak bulunmuştur. Psikotik epizod öncesi intihar girişimi hikayesi, ciddi depresif semptomların olması yüksek intihar risk faktörleri olarak değerlendirildi (Sanchez-Gistau ve ark, 2013)

Yeme bozukluğu olan hastalarda komorbid psikiyatrik tanılar sıklıkla eşlik etmektedir ve bu durum intihar riskini arttırmaktadır (Kutcher ve Chehill, 2007)

2.3.5. İNTİHAR DAVRANIŞI VE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Son zamanlarda birçok çalışma DEHB'nin intihar davranışı için önemli bir riski faktörü olabileceğine odaklanmıştır (Biederman ve ark, 2008; Galera ve ark, 2008; Manor ve ark, 2010). Bu ilişkinin DEHB'nin çekirdek bir semptomu olan ve aynı dahası intihar davranışı ile ilişkili olduğu bildirilen dürtüsellikten kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Brezo ve ark, 2006). DEHB ve intihar davranışı arasındaki muhtemel ilişkiyi açıklayan bir diğer teori, DEHB vakalarının üçte ikisine eşlik eden davranış bozukluğu, madde kullanımı ve majör depresif bozukluğun (Balazs ve ark, 2006, Biederman ve ark, 1991) aynı zamanda intihar davranışı için bir risk faktörü olduğudur (Beautrais ve ark, 2003; Brent ve ark, 1988; Gould ve ark, 2003; Lowe ve ark, 2005).

James ve arkadaşları 1996-2003 yılları arasında yaptıkları gözden geçirmede; DEHB ile erkeklerde tamamlanmış intihar arasında pozitif ilişkiyi gösterdiler, DEHB'nin davranış bozukluğu ve depresyon gibi komorbid durumlar yoluyla intihar riskini arttırabileceği sonucuna vardılar (James ve ark, 2004). 26 makalenin tarandığı bir sistemik gözden geçirmede her iki cinsiyet ve tüm yaş grupları için DEHB ve suisidalite arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu ve komorbid hastalıkların bu ilişkiyi kolaylaştırdığı bulundu (Balazs, 2017).

Tablo 3:DEHB ve İntihar ile ilgili çalışmalar (Balazs, 2017)

Referans	***Örneklem***	***Katılımcı***	***Ana bulgular***
Ben-Yehuda et al (İsrail) (2012)	*Klinik örneklem*	*2005-2007 yılları arasında acil servise intihar girişim ya da düşüncesi ile başvuran 266 ergen ve çocuk*	*Psikiyatrik tanı dağılımı 12 yaş altındaki çocuklarda DEHB (%25,6) daha belirgin iken, ergenlerde duygudurum bozuklukları daha baskındı. Ergenlerde DEHB oranı %5,7 bulundu.*
Evren ve arkadaşları(Türkiye) (2014)	*Toplum örneklemi*	*10. sınıf olan 4938 öğrenci*	*Ömür boyu intihar düşüncesine sahip olanlar, olmayanlara göre, DEHB semptom ölçeğinden daha yüksek skorlara sahipti.*
Soole ve arkadaşları (Avustralya) (2014)	*Toplum örneklemi*	*2004-2012 yılları arasında kaydedilen intiharlar (34 çocuk, 115 adolesan)*	*İntiharla ölen çocukların %50'sinde, adölesanların %57,3'ünde ruhsal ve davranışsal bozukluk tespit edildi. DEHB tanısı çocuklarda daha belirgin ilen ergenlerde depresyon gibi duygudurum bozukluğu daha belirgindi.*
Bazals ve arkadaşları (2014)	*Klinik örneklem*	*Klinik ve subklinik DEHB; 220 çocuk, 198 adölesan*	*DEHB ve suisidalite arasındaki ilişkiyi komorbid hastalıklar aracılık ediyor; bu komorbiditeler belirgin olarak çocuklarda anksiyete bozukluğu iken ergenlerde depresyon, distimi ve madde kötüye kullanım olarak bulundu.*
Hurtig ve arkadaşları (Finlandiya) (2012)	*Toplum örneklemi*	*DEHB (104), DEHB olmayan (169) ergenleri 7-8 yaşından itibaren 8 sene boyunca takip*	*DEHB'li adölesanlar olmayanlara göre daha fazla intihar düşüncesi, girişimine sahipti. Diğer değişkenler kontrol altına alındığında bile DEHB'nin intihar üzerine etkisi hala güçlüydü.*
Kavakçı(Türkiye) (2012)	*Toplum örneklemi*	*17-44 yaş arası 980 öğrenci(DEHB: 48, olmayanlar: 932)*	*DEHB'li adölesanların yaşam boyu intihar girişimleri olmayanlara göre belirgin fazlaydı.*
Mayes (Amerika) (2015)	*Klinik örneklem*	*925 DEHB'li ergen ve çocuk; kombine tip: 666, Dikkat eksikliği ön planda: 259*	*Tüm DEHB örnekleminde %15.8 intihar düşüncesi, %5.5 girişimi vardı. Düşünce ve girişim DEHB kombine tipte DEHB-DE baskından 2 kat fazlaydı.*

2.3.6. İNTİHAR VE PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI

Problemli internet kullanımı ve eşlik eden komorbid bozukluklarla ilgili birçok çalışma vardır. Yakın bir sistemik gözden geçirme ve meta-analiz, problemli internet kullanımı ile alkol bağımlılığı, DEHB, depresyon, anksiyete ve düşmanlık/agresyon gibi çeşitli psikiyatik bozukluklar ile belirgin derecede ilişkili olduğunu göstermiştir (Carli ve ark, 2013; Ho ve ark, 2014). Yapılan çalışmalarda problemli internet kullanımı ile depresyen ve distimik bozukluk arasında ilişki bulunmuştur (Bakken ve ark, 2009; Morrison ve ark, 2010).

İnternet bağımlılığının genellikle yüksek intihar riskinin önemli bir göstergesi olan *kötü dürtü kontrolü* ile ilişkili olduğunu düşünürsek, bu durum intihar davranış riskinin artması ile ilişkilii olabilir (Lee ve ark, 2012). Bununla birlikte, genel popülasyonda internet bağımlılığı ve suisidalite arasındaki ilişki üzerine çok fazla çalışma yapılmamıştır.

Erişkinlerde yapılan bir çalışmada, problemli internet kullanmı olan grupta olmayanlara göre daha fazla intihar eğilimi saptanmştır. Komorbid psikiyatrik bozukluklar düzeltikten sonra PİK ile intihar girişimi arasındaki ilişki ortadan kalkmış olmasına rağmen intihar düşünce ve planları arasındaki ilişki gücü düşmesine rağmen önemini korudu. Bu durum, PİK olan bireylerin psikiyatrik komorbiditeleri olmasa bile intihar düşüncelerinin ya da plan yapma eğiliminde olduğunun göstergesi olabilir (Kim ve ark, 2016). İnternet kullanımının intihar eğilimine olumsuz etkisini gösteren birkaç çalışma bulunmaktadır. İntihar yöntemleri hakkında web sitelerine göz atma, intihar düşüncesini olumsuz yönde etkileyebilir (Biddle ve ark,, 2008; Sueki ve ark, 2013). Gençlerin çevrimiçi tartışma forumlarında intihar hikayelerine maruz kalmasının intihar düşüncesindeki artışlarla ilişkili olduğu başka bir çalışmada gösterilmiştir (Dunlop ve ark, 2011). Siber zorbalığın, kendine zarar verme veya intihar düşüncesinin oranlarını da artırdığı görülmüştür (Hay ve ark, 2010).

Tayvan'da 9510 adölesan ile yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı ile intihar riski arasındaki ilişki; kötü aile desteği, düşük benlik saygısı ve depresyon ayarlandıktan sonra bile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Lin ve ark, 2014).

Diğer bir yandan, intiharı önleme konusunda internet'in rolü de bildirilmiştir; örneğin, destek grupları olarak işlev gören çevrimiçi intihar destek grupları (Baker ve ark, 2008), eğitimli gönüllü personel forumları (Gilat ve ark, 2012) veya uzmanlar tarafından yapılan çevrimiçi temelli müdahaleler (Van ve ark, 2014).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMA MERKEZİ ve ÖRNEKLEM

Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniklerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilen 12-18 yaş aralığındaki, gönüllü ergenler dahil edildi. Çalışmaya alınması planlanan tüm olguların tanıları çalışmacılar tarafından tanısal değerlendirmeleri tekrar yapılarak çalışmaya katılma şartları değerlendirildi. Çalışmaya katılan tüm olgu ve ailelerine çalışmanın amacı ve kapsamı detaylı bir sözel açıklama ile yapıldı ve sözlü onam sonrasında ebeveyn veergenlere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılarak bir nüshası onlara verildi. Çalışmamıza DEHB ve problemli internet kullanımı olan 40, DEHB ve problemli internet kullanımı olmayan 40 ergen olmak üzere 80 ergen ve ailesi dahil edildi.

Araştırma kesitsel olarak farklı özelliklerin karşılaştırıldığı analitik bir çalışmadır.

Araştırma için gerekli etik kurul onayı İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

Olgu Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile yapılan değerlendirmede DEHB tanısı almış olmak
2. 12-18 yaş aralığında olmak
3. Klinik veya psikometrik değerlendirmeye göre normal sınırlarda bilişsel kapasiteye sahip olmak (IQ'nün 80 ve üzerinde olması)
4. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
5. Görüşmeyi tamamlayabilmek ve formları uygun şekilde doldurmak
6. Ev veya başka bir ortamda internete erişiminin olması

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olmak
2. Klinik veya psikometrik değerlendirme ile mentalretardasyon ya da sınırda bilişsel kapasiteye sahip olmak
3. Otizm spektrum bozukluğu tanısı almış olmak
4. Çalışmaya dâhil olmak için sözlü ve yazılı onamın olmaması

3.2. UYGULAMA

Araştırmaya örneklem grubu olarak İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinde DSM-V'e göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile takipli olan 12-18 yaş aralığındaki ergenler dahil edilmiştir. Ergenlerin çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri göz önüne alınarak, bu şartları sağlayan ergen ve aileleri çalışma içeriği ile ilgili olarak yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda araştırma koşullarını karşılayan olgular Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile değerlendirilmiş ve Young internet Bağımlılığı Ölçeği uygulanmıştır. Gönüllüler görüşmeye her iki ebeveyni ile ya da yalnızca bir ebeveyni ile katılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden aileler ve çocukları ile yapılan görüşmede Sosyodemografik Veri Formunun tamamıve İnternet Kullanım Alışkanlıkları ölçeğinin bazı soruları çalışmacı tarafından görüşme esnasında doldurulmuştur. Ergenle yapılan yalnız görüşmede Beck intihar düşüncesi ölçeği ve çalışmacıların hazırladığı önceki intihar girişimlerini sorgulan form araştırmacı tarafından katılımcının beyanlarına dayanarak doldurulmuştur. Daha sonra ebeveynler Conners Anne Baba Değerlendirme Ölçeğini, ergenler ise, çalışmacı tarafınfan oluşturulan İnternet Kullanım Alışkanlıkları Forumunu, İntihar Olasılığı Ölçeğini ve İntihar Davranış Ölçeğini doldurmuştur. Veri kaybını önlemek için atlanan, anlaşılmayan ya da boş bırakılan sorular çalışmacı ile gözden geçirilmiş ve tamamlanması sağlanmıştır.

Çalışmayla alakalı gerekli izinler, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan ve etik onayı ise İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Ek olarak çalışmanın yapılabilmesi için araştırmaya dahil edilen katılımcıların hem kendilerinden hem de ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.3. GEREÇLER

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Bu çalışma için araştırmacıların kendileri tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemegrafik veri formunda çalışmaya katılan ergenlerin adı, soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi, yaşı, telefon bilgileri, kardeş sayısı, kiminle yaşadığı, anne ve babasının medeni halleri ve çalışma

durumları, okul durumu, eğitim seviyesi, ergenin gelişimsel öyküsü, özgeçmiş ve tıbbi durumu, ailede tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıklar olup olmadığı sorgulanmıştır.

3.3.2. İnternet Kullanım Alışkanlıkları Formu (İKAF)

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Ergen tarafından doldurulan form, internet ve bilgisayar/tablet/telefon kullanma alışkanlıklarıyla ilgili detaylı soruları içermektedir. Bu formada ergenlerin internet kullanımıyla ilişkili "internet kullanımının kaç senedir olduğu, en sık nerede internete girdiği, interneti kullanmak için en çok hangi elektronik cihazı kullandığı, interneti daha çok hangi amaçla kullandığı'' gibi sorular bulunmaktadır.

3.3.3. İntihar Davranışı Formu

Bu form araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Çalışmamıza katılan olguların daha önceki intihar girişimlerini, girişim yöntemlerini, ailede ya da tanıdığı birinin intihar edip etmediğini sorgulamaktadır.

3.3.4. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL)

(Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL):

Çocuk ve ergenlerin yaşam boyu ve şimdiki olan psikopatolojilerini belirlemek için kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. ÇDŞG-ŞY DSM-IV (Edition andAssociation 1994)tanı kriterleri baz alınarak uygulanmıştır. Üç bölümden oluşan formun birinci bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, eğer varsa daha önceki psikiyatri başvuruları ve uygulanmış tedaviler, aile ve yaşıt ilişkileri, okul durumu ve diğer okul bilgileri gibi genel bilgiler değerlendirilmektedir. İkinci bölüm ise özgül psikiyatrik belirtilerin değerlendirildiği tarayıcı sorular ve değerlendirme kriterlerini içerir. Tarama görüşmesiyle pozitif belirtiler saptanırsa psikopatolojiyi daha detaylı değerlendirmek amacıyla ek semptom listesi sorgulanır.

Görüşmede belirti şiddeti "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirilir. Belirtilerin eşik altı düzeyde olması bir bozukluk teşhisini belirlemek için yeterli olmasa da,

belirli durumlar için daha ileri araştırma yapmak için dikkat çekici olabilir. ÇDŞG-ŞY anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında farklılık varsa klinisyen kendi klinik görüşünü kullanır ÇDŞG-ŞY ile psikotik bozukluklar, duygu durumbozuklukları, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, dışa atım bozuklukları, tik bozuklukları ve yeme bozuklukları değerlendirmeye alınmaktadır. Üçüncü bolüm ise çocuğun ya da ergenin değerlendirme yapıldığı zamandaki işlevsellik düzeyini belirlemek maksadıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir (Kaufmanve ark,1997). Ölçeğin Türk örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışması mevcuttur (Gökler, ark, 2004) Araştırmamızda ikinci bölüm kullanılarak yaşam boyu ve şimdiki psikiyatrik bozukluklar için tarama yapılmıştır.

3.3.5. Conners Anne ve Baba Değerlendirme Ölçeği-48

(Conners' parent rating scale, CPRS-48)

Türkçe uyarlama çalışması Dereboy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile hesaplanmış ve dört alt ölçek için 0,67 ile. 0,92 arasında bulunmuştur. Madde toplam korelasyon aralığı 0,35-0,81 olarak bildirilmiştir (Dereboy ve ark, 1998). Ölçekte sorular ana-babalar tarafından dörtlü Likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. "Hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2", ve "3" olarak puanlanmaktadır. Davranım sorunu (2, 8, 14, 17, 19, 20, 23, 27, 29, 35, 36, 38), hiperaktivite (4, 5, 11, 13), öğrenme sorunu (1, 6, 10, 18, 25, 31), karşıt gelme (2, 8, 19, 29), kaygı (3, 7, 12, 16, 21, 26, 37, 47), psikosomatik (32, 41, 42, 43, 44) olmak üzere 6 alt ölçeği vardır.

3.3.6. Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ):

Young tarafından, DSM-IV'ün Patolojik Kumar Oynama kriterlerinden uyarlanarak oluşturulmuş olup 20 soru içeren bir ölçektir (Young 1996). Türkçe uyarlaması 2001 yılında yapılmıştır (Bayraktar 2001). Bayraktar'ın çalışmasında bu ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0.91, Spearman – Brown değeri 0.87olarak saptanmış ve ölçeğin geçerli ve

güvenilir olduğunu belirlemiştir. Likert tip olan bu ölçekte ‘Nadiren’, ‘Bazen’, ‘Sıklıkla’, ‘Çoğu zaman’ veya ‘Her zaman’ seçenekler vardır ve bu seçeneklere sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 puan verilmiştir. Ölçekten toplam 80 veya üzeri puan almak işlevsellikte ciddi bozulma göstergesi olarak kabul edilmekte ve bu kişiler internet bağımlısı olarak tariflenmektedir. 50–79 puan aralığında olanlar gündelik yaşamlarında internetle ilgili birtakım problemler yaşayan sınırda semptomatik olan grup olarak tariflenmektedir. 49 veya altında puan alanlar ise hayatında internet kullanımına bağlı herhangi problem yaşamayan normal internet kullanıcısı olarak tariflenmektedir. Mevcut çalışmamızda bu 3 gruptan ayrı olarak hem internet bağımlılığı için risk gruplarını hem de internet bağımlılığı olan olguların her ikisini de içeren problemli internet kulamı (PİK) olan ek bir grup belirtilmiştir. PİK terimi bazı çalışmalarda internet bağımlılığı teriminin yerine kullanılabilmekle beraber bizim çalışmamızda problemli internet kullanımı olarak aldığımız grup Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği’nden 50 puan ve daha fazlasını alan bireyleri içermektedir.

3.3.7. İntihar Olasılığı Ölçeği

İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş olan orijinal formunun Türkçe’ye çevirisi ve üzerindeki ilk çalışma Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Tuğcu tarafından güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılan İOÖ’nin iç tutarlılık katsayısı 0.87, test-tekrar-test güvenirliği. 0,98 olarak saptanmıştır (Tuğcu, 1996). Güncel olarak İOÖ’nün klinik örneklemde güvenirlilik geçerliliği 2007 yılında yapılmıştır (Atlı ve ark, 2007).

İntihar Olasılığı Ölçeği 1–4 arası likert tipi puanlanan, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçeğin 4 alt boyutu vardır. Bunlar sırasıyla “Umutsuzluk” 12 madde (5, 12, 14,15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36), “İntihar Düşüncesi” 8 madde (4,7, 20, 21, 24, 25, 30, 32) “Kendini Olumsuz Değerlendirme” 9 madde; (2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, 35) “Düşmanlık” 7 maddeden (1, 3, 8, 9, 13, 16, 34) oluşmaktadır. “Kendini Olumsuz Değerlendirme’’alt kategorisindeki sorular ters puanlama (4-3-2-1) ile hesaplanmaktadır. Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hiçbir zaman” (1), “bazen” (2), “çoğu zaman” (3), “her zaman” (4) ifadelerinden biri seçilir. Bu bağlamda ölçekten alınabilecek en yüksek puan 144, en düşük puan ise 36’dir. Alt kategorilerden ise umutsuzluk puanı 12-48, intihar düşüncesi 8-32, kendini olumsuz değerlendirme 9-36 ve düşmanlık 7-28 ölçekten alınan

puanların yüksek olması intihar olasılığının yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (Atlı, 2007).

3.3.8. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

İntihar düşüncesi kavramını "Yaşam ve Ölüme Dair Tutumun Özellikleri", "İntihar Düşüncesi ve Arzusunun Özellikleri", "Tasarlanan Girişimin Özellikleri", "Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi" ve "Arka Plan Faktörleri" olmak üzere 5 bölümde araştıran ölçek 1979 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark, 1979). Kişinin beyanlarına dayanarak klinisyenin doldurduğu bu ölçeğin ilk bölümü tarama olarak değerlendirilir ve bu 5 maddeye verilen cevaplar olumluysa (1 ve 2 puan), kalan kısımları cevaplandırır ve aksi halde ölçek sonlandırılır (Reineck MA, 2005). Ölçekten toplam alınan puan tüm maddelerden alınan puanların aritmetik toplamı ile elde edilir. Tarama kısmı 0-10 puan arası, toplam puan ise 0-38 arasındadır. Puanın yüksek olması intihar düşüncesinin belirgin ve ciddi olması anlamına gelmektedir. Türkçe geçerliliği Özçelik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özçelik ve ark, 2005). Bir çalışmada adolesanlar için 6 ve üzeri puan klinik olarak i ‘’cut-off’’ değeri olarak düşünülmüştür (Sacore ve ark, 2003)

3.3.9. İntihar Davranış Ölçeği

1981 yılında Linehan ve Nielsen tarafından geliştirilen ölçek dört maddeden oluşmaktadır. 1. madde; "İntihar Plan ve Girişimi" geçmişe ait intihar öyküsü ile ilgili olup 6 seçenekten oluşmuştur. Likert usulü 0 ile 5 puan arasında değerlendirilir. 2. madde; "İntihar Düşüncesi" ile ilgili olup 5 seçenek bulunmaktadır, 0-4 arası Likert usulü puanlanır. 3. madde; "İntihar Tehdidi" ile ilgili olup iki seçenekten oluşur. Evet 1i hayır 0 olarak puanlanır. 4. madde; "intiharın Tekrar Edilebilirliği" ile ilgili olup, beş seçenekten oluşmaktadır ve likert usulü 0-4 arasında puanlanır. İntihar davranışı ölçeğinden alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 14‟‟tür. Alınan en yüksek puan en ciddi intihar davranışı olduğunu belirtmektedir. Anketin Türkçe uyarlama çalışması Bayam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Bayam ve ark 1995). Aynı araştırmacılar yaptıkları çalışmada ölçeğin test-tekrar-test güvenirlik katsayısını 0.92; iç tutarlık katsayısını 0.73 bulunmuştur.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Deskriptif tanımlamalarda nitel değişkenlerde sayı (n) ve yüzde ile nicel değişkenlerde, ortalama, standart sapma, ortanca ve %25-75. persentiller verildi. Nitel değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmada Ki-kare testi kullanıldı. Nicel değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro Wilks testi ile bakıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerden iki grup arası karşılaştırmalarda independent sample t–testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmaları Man-Whitney U testi ile yapıldı. Nicel değişkenler arası korelasyona Spearman korelasyon katsayısı ile bakıldı.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamızın örneklemini, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniklerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilen 12-18 yaş aralığında; problemli internet kullanımı olan 40, problemli internet kullanımı olmayan 40 ergen olmak üzere 80 ergen oluşturmaktadır.

4.1.1. Bireysel Sosyodemografik Özellikler

Problemli internet kullanımı olan ve olmayan olguların bireysel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo-4 de gösterilmiştir.

Tablo 4:İki grubun bireysel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Bireysel Sosyodemografik Özellikler		**PİK Yok**	**PİK Var**	**p**
		Medyan (%25-75)	**Medyan (%25-75)**	
Yaş		14 (13-16)	14 (13-16)	0,834**
Kardeş Sayısı		1-(1-2)	1-(1-2)	0,864**
		n(%)	**n(%)**	
Cinsiyet	***Kız***	10(25,0)	9(22,5)	0,793*
	Erkek	30 (75,0)	31(77,5)	
Son 1 yıldaki okul başarısı	***Taktir***	9 (22,5)	5 (12,5)	0,767*
	Teşekkür	16 (40,0)	16 (40,0)	
	Orta	12 (30,0)	14 (35,0)	
	Zayıf	2(5)	3 (7,5)	
	Çok zayıf	1(2,5)	2 (5,0)	
1 senede okula gitmediği gün sayısı	***0-5 gün***	33 (82,5)	34 (85,0)	0.828*
	5-10 gün	4 (10)	3 (7,5)	
	10-15 gün	1 (2,5)	1 (2,5)	
	15-20 gün	1 (2,5)	2 (5,0)	
	20'den fazla	1 (2,5)	0 (0)	

*Ki Kare testi p değeri **Mann Whitney U testi p değeri

Tablodanda görüleceği gibi problemli internet kullanımı olan olguların %22,5'i kız, %77,5'i erkek iken, problemli internet kullanımı olmayanların %25'i kız %75'i erkek idi. Cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (p=0,793). Yaş (p=0,834), Kardeş sayısı (p=0,864), okul başarısı (p=0,767), okul

devamsızlığı (p=0,828) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo-4).

4.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızdaki iki gurubun ailesel sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırılması Tablo-5'te gösterilmiştir, Tablo-5'tende anlaşıldığı üzere iki grup arasında annenin tahsil durumu (p=0,458), mesleği (p=0,071) ve sağlık (p=0,624) durumu, babanın tahsil durumu (p=0,689), mesleği (p=0,694) ve sağlık (p=0,745) durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Akraba evliliği (p=0,356) ve anne baba ayrılığı (p=0,132) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 5).

Tablo 5: İki grubun ailesel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Ailesel Sosyodemografik Özellikler		**PİK Yok**	**PİK Var**	**p**
		n(%)	**n(%)**	
Annenin Tahsil Durumu	***Okula gitmemiş***	1 (2,5)	4 (10)	0,458*
	İlköğretim	15 (37,5)	15 (37,5)	
	Lise	18 (45)	14 (35)	
	Üniversite	5 (12,5)	7 (17,5)	
	Yüksek lisans/Doktora	1 (2,5)	0(0)	
Annenin Mesleği	***Çalışmıyor***	31 (77,5)	26 (65)	0,071*
	İşçi	3 (7,5)	7 (17,5)	
	Memur	0 (0)	4 (10)	
	Serbest	6 (15)	3 (7,5)	
Annenin Sağlığı	***Sağlıklı***	35 (87,5)	32 (80)	0,624*
	Tıbbi Hastalık	3 (7,5)	4 (10)	
	Psikiyatrik hastalık	2 (5)	4 (10)	
Babanın Tahsil Durumu	***Okula gitmemiş***	1 (2,5)	3 (7,5)	0,689*
	İlköğretim	16 (40)	14 (35)	
	Lise	16 (40)	15 (37,5)	
	Üniversite	6 (15)	5 (12,5)	
	Yüksek lisans/Doktora	1 (2,5)	3(7,5)	
Babanın Mesleği	***Çalışmıyor***	3 (7,5)	5 (12,5)	0,694*
	İşçi	11 (27,5)	13 (32,5)	
	Memur	2 (5)	3 (7,5)	
	Serbest	24 (60)	19 4(7,5)	
Babanın Sağlığı	***Sağlıklı***	37 (92,5)	35 (87,5)	0,745*
	Tıbbi Hastalık	2 (5)	3 (7,5)	
	Psikiyatrik hastalık	1 (2,5)	2 (5)	
Akraba Evliliği	***Var***	5 (12,5)	3 (7,5)	0,356*
	Yok	35 (87,5)	37 (92,5)	
Ayrılık	***Var***	2 (5)	6 (15)	0,132*
	Yok	38 (95)	34 (85)	

*Ki Kare testi p değeri

4.1.3. Gelişimsel Özellikler

İki grubun gelişimsel özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 6 ve Tablo 7'de gösterilmiştir, İki grup arasında annenin hamilelik süreci (p=0,216), gebelikte kullandığı maddeler (p=0,345); olgunun doğum şekli (p=0,327), kuvöz bakımı (p=0,070) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo-6).

Tablo 6: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması

Gelişimsel Özellikler		PİK Yok n(%)	PİK Var n(%)	p
Hamilelik Süreci	***Normal***	35 (87,5)	38 (95)	0,216*
	Sorunlu	5 (12,5)	2 (5)	
Gebelikte kullanılan maddeler	***Yok***	34 (85,)	35 (87,5)	0,345*
	İlaç	2 (5)	0 (0)	
	Sigara	4 (10)	5 (12,5)	
Doğum Şekli	***Normal***	18 (45)	21 (52,5)	0,327*
	Sezeryan	22 (55)	19 (47,5)	
Kuvöz bakımı	***Var***	10 (25)	4 (10)	0,070*
	Yok	30 (75)	36 (90)	

*Ki Kare testi p değeri

Tablo 7'deki verilerden anlaşıldığı üzere iki grup arasında olguların yürüme (p=0,500), tek kelimelik konuşma (p=0,781), cümle kurma (p=0,650), sosyal alan gelişimi (p=0,100), tuvalet eğitimi (p=0,622) ve anne sütü emme süresi (p=0,615) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 7).

Tablo 7: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması

Gelişimsel Özellikler		PİK Yok n(%)	PİK Var n(%)	p
Yürüme	***1-1 yaş öncesi***	25 (62,5)	26 (65)	0,500*
	1-2 yaş arası	15 (37,5)	14 (35)	
Konuşma (Tek kelime)	***1-1 yaş öncesi***	26 (65)	23 (57,5)	0,781*
	1-2 yaş arası	11 (27,5)	13 (32,5)	
	>2 yaş	3 (7,5)	4 (10)	
Konuşma (Cümle)	***1-1 yaş öncesi***	29 (72,5)	25 (62,5)	0,650*
	1-2 yaş arası	8 (20)	9 (31,3)	
	2-3 yaş arası	2 (5)	5 (11,3)	
	>3 yaş	1 (2,5)	1 (2,5)	
Sosyal Alan	***Olağan***	39 (97,5)	35 (87,5)	0,100*
	Olağan Dışı	1 (2,5)	5 (12,5)	
Tuvalet Eğitimi	***Zamanında***	34 (85,5)	34 (85,5)	0,622*
	Geç	6 (15)	6 (15)	
Anne Sütü	***0-3 ay***	5 (12,5)	7 (17,5)	0,615*
	6-24 ay	17 (42,5)	13 (32,5)	
	2-3 yaş	18 (45)	20 (50)	

*Ki Kare testi p değeri

4.1.4. Tıbbı Geçmiş İle İlişkili Özellikler

İki grubun tıbbi geçmiş ve özellikler açısından karşılaştırılşması Tablo 8'de gösterilmiştir. Tabloda belirtildiği üzere olguların ilk DEHB alma yaşı (p=0,075), ilk aldığı DEHB tedavisi (p=0,229) ve ek tıbbi hastalık olması (p=0,500) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 8).

Problemli internet kullanımı olan olgularda değerlendirme sırasında ilaç tedavisi almama oranları daha yüksekti (p=0,013) ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Değerlendirme sırasında ilaç tedavisi alan olgular dahil edilip iki grup tedaviden yarar görme oranları açısından karşılaştırıldığında gruplar arası fark istatistiksel olarak sınır düzeyde saptandı (p=0,051). Anlamlılık sınır düzeyde olmakla birlikte tedaviden yüksek düzeyde yarar gören olgularda problemli internet kullanımı daha düşük oranlardaydı (Tablo-8).

Tablo 8: İki grubun tıbbi geçmiş ve özellikler açısından karşılaştırılması

Tıbbi Geçmiş		PİK Yok Median (%25-75)	PİK Var Median (%25-75)	p
İlk tanı yaşı		8 (7-9)	9 (7-11,75)	0,075**
		PİK Yok n(%)	**PİK Var n(%)**	
İlk aldığı tedavi	***İlaçsız***	2 (5)	7 (17,5)	0,229*
	Metilfenitat	36 (90)	30 (75)	
	Atomoksetin	0(0)	1 (2,5)	
	AAP	2 (5)	2 (5)	
Tedaviden fayda	***Görmedi***	5 (12,5)	5 (12,5)	0,051*****
	Orta düzeyde	10 (25)	17 (50)	
	İyi düzeyde	25 (62,5)	12 (35,3)	
Tedavi alıyor mu?	***Evet***	40 (100)	34 (85)	0,013*
	Hayır	0 (0)	6 (15)	
Tıbbı hastalık	***Var***	3 (7,5)	2 (5)	0,500*
	Yok	37 (92,5)	38 (95)	

*Ki Kare testi p değeri **Mann Whitney U testi p değeri AAP: atipik antipsikotik

4.2. DEHB KLİNİK GÖRÜNÜM

DEHB için hiperaktivite/impulsivite, dikkat eksikliği ve bileşik tip olmak üzere 3 alt görünüm tanımlanmıştır. Çalışmamızdaki iki grubun şimdi ve yaşam boyu DEHB klinik görünümü açısından karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmiştir. Tablo 9'da gösterildiği gibi iki grup arasında şimdiki DEHB'nin (p=0,298) ve yaşam boyu DEHB'nin klinik görünümü (p=0,788) açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmadı (Tablo 9).

Tablo 9: İki grubun DEHB klinik görünüm yönünden karşılaştırılması

		PİK Yok n(%)	PİK Var n(%)	p
Şimdiki DEHB klinik Görünüm	***Dikkatsizlik***	30 (75)	25 (62,5)	0,298*
	Hareketlilik/Dürtüsellik	2 (5)	1 (2,5)	
	Bileşik	8 (20)	14 (35)	
Yaşam Boyu DEHB Klinik Görünüm	***Dikkatsizlik***	22 (55)	19 (47,5)	0,788*
	Hareketlilik/Dürtüsellik	2 (5)	2 (5)	
	Bileşik	16 (40)	19 (47,5)	

*Ki Kare testi p değeri

4.3. PSIKIYATRIK EŞ TANILAR

Tablo 10'da Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) uygulanarak konulan psikiyatrik eş tanılar açısından iki grubun karşılaştırılması gösterilmektedir. Şimdi ve yaşam boyu olmak üzere iki alt başlıkta istatistiği yapılmıştır. Şimdiki eş tanılar yönünden iki grup karşılaştırıldığında sadece yıkıcı davranış bozuklukları yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0.021). (Tablo 10). Aynı şekilde yaşamboyu psikiyatrik bozukluklardan da yine yıkıcı davranış bozuklukları iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu (p=0,025). (Tablo 11).

Tablo 10: İki grubun şimdiki psikiyatrik eş tanılar yönünden karşılaştırılması

Şimdiki Eş Tanılar		PİK Yok	PİK Var	p
		n(%)	n(%)	
Depresif Bozukluklar	***Var***	0 (0)	2 (5)	0,152*
	Yok	40 (100)	38 (95)	
Anksiyete Bozuklukları	***Var***	13 (32,5)	18 (45)	0,251*
	Yok	27 (67,5)	22 (22,5)	
OKB	***Var***	6 (15)	8 (20)	0,556*
	Yok	34 (85)	32 (80)	
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	***Var***	0 (0)	5 (12,5)	0,021*
	Yok	40 (100)	35 (87,5)	
Tik Bozuklukları	***Var***	5 (12,5)	5 (12,5)	>0.05*
	Yok	35 (87,5)	35 (87,5)	
Dışa Atım Bozuklukları	***Var***	1 (2,5)	2 (5)	0,556*
	Yok	39 (97,5)	38 (95)	

*Ki Kare testi p değeri

Tablo 11: İki grubu yaşam boyu psikiyatrik eş tanılar yönünden karşılaştırılması

Yaşam Boyu Eş Tanılar		PİK Yok	PİK Var	p
		N(%)	N(%)	
Depresif Bozukluklar	***Var***	6(15)	9 (22,5)	0.390*
	Yok	34 (7,5)	31 (77,5)	
Anksiyete Bozuklukları	***Var***	21 (52,5)	29 (72,5)	0,065*
	Yok	19 (47,5)	11 (36,3)	
OKB	***Var***	7 (17,5)	12 (30)	0,189*
	Yok	33 (82,5)	28 (70)	
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	***Var***	1 (2,5)	7 (17,5)	0,025*
	Yok	39 (97,5)	33 (82,5)	
Tik Bozuklukları	***Var***	5 (12,5)	6 (15)	0,745*
	Yok	35 (87,5)	34 (85)	
Dışa Atım Bozuklukları	***Var***	12 (30)	6 (15)	0,108*
	Yok	28 (70)	34 (85)	

*Ki Kare testi p değeri

4.4. İNTERNET KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

Tablo 12'de iki grubun internet kullanım alışkanlıkları açısından karşılaştırılması gösterilmiştir, Tabloda görüldüğü gibi iki grup arasında yaşadığı ortamda bilgisayarın olup olmaması (p=0,745), internet erişiminin olup olmaması (p=0,644), en fazla hangi cihazla internete girdiği (p=0,139), ailede kimin interneti bildiği(p=0,121), online oyundan para kazanıp kazanmadığı (p=0,431), internetten alışveriş yapıp yapmadığı (p=0,369) internette şans/talih oyunu oynayıp oynamadığı (p=0,330) ve internette chat yapıp yapmadığı (p= 0,166) açışından istatistiksel olarak fark saptanmadı (Tablo-12).

İki grup arasında olguların interneti ne zamandan beni kullandığı karşılaştırıldığında problemli internet kullanımı olan grubun olmayan gruba göre daha uzun zamandan (>5 yıl) beri internet kullandığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,021) (Tablo-12).

İnternet kullanım alışkanlıkları formunda internetin ne amaçla kullanıldığı araştırılırken formdaki bu kısmı 2 gruptaki sıklığı belirleyen likert tip birölçek gibi değerlendirildi, Formdaki maddelerin karşılaştırılması normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi ile bakıldı, Yapılan değerlendirmede, istatistiksel olarak anlamlı olarak, problemli internet kullanımı olan olguların interneti daha sıklıkla online oyunlar amacı ile kullandığı tespit edildi (p=0,01), İki grup arasında sosyal paylaşım siteleri (p=0,832), chat (p=0,394), genel bilgi araştırma (p=0,904), eğitimle ilgili araştırma (p=0677),e-posta kullanımı (0,295), alışveriş (p=0,139), borsa (p=0,296), bahis siteleri (p=986), kumar oynama

(p=0317), gazete-haber okuma (p=0,626), problem yükleme (p=0,172), mp3 dinleme (p=933), arkadaş bulma siteleri (0,208), cinsel içerikli sitelere girme (0,517), forum sitelerine girme (0,215), dizi/film/video izleme (0,81) oranları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmedi.

Tablo 12: İki grubun internet kullanım alışkanlıkları açısından karşılaştırılması

		PİK Yok	PİK Var	p
		n(%)	n(%)	
Yaşadığınız ortamda bilgisayar var mı?	***Evet***	34 (85)	35 (87,5)	0,745*
	Hayır	6 (15)	5 (12,5)	
Yaşadığınız ortamda internet erişimi var mı?	***Evet***	37 (92,5)	38 (95)	0,644*
	Hayır	3 (7,5)	2 (5)	
Ne kadar zamandır internet kullanıyorsunuz	***0-5 Yıl***	20 (50)	10 (25)	0,021*
	>5 Yıl	20 (50)	30 (75)	
İnternete en sık hangi cihazla giriyorsunuz	***Bilgisayar***	7 (17,5)	6 (15)	0,139*
	Tablet	1 (2,5)	7 (17,5)	
	Akıllı Telefon	24 (60)	18 (45)	
	Laptop	8 (20)	9 (22,5)	
Ailede kim internet kullanmayı biliyor?	***Babam***	4 (10)	0 (0)	0,121*
	Annem	1 ((5)	4 (10)	
	Her İkisi De	34 (85)	35 (87,5)	
	Hiçbiri	1 (2,5)	1 (2,5)	
Online oyuın yoluyla para kazandınız mı?	***Evet***	8 (20)	11 (27,5)	0,431*
	Hayır	32 (80)	29 (72,5)	
İnternette alışveriş yaptınız mı?	***Evet***	20 (50)	16 (40)	0,369*
	Hayır	20 (50)	24 (60)	
İnternette şans/talih oyunu oynadınız mı?	***Evet***	4 (10)	7 (17,5)	0,330*
	Hayır	36 (90)	33 (82,5)	
İnternete chat yapıyor musunuz?	***Evet***	22 (55)	28 (70)	0,166*
	Hayır	18 (45)	12 (30)	

*Ki Kare testi p değeri

4.5. İNTİHAR ve İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE İLGİLİ VERİLER

Tablo 13'de iki grubun intihar ve intihar girişimi ile ilgili verilerin karşılaştırılması verilmiştir. Tablodan da anlaşıldığı üzere iki grup açısından daha önce intihar girişimin olup olmadığı (p=0,166), ailede intihar eden kişi varlığı (p=0,396) ve tanıdığı birinin intihar edip etmediği (p=0,456) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-13)

Problemli internet kullanımı olan grubun %35'i hayatı boyunca en az bir kere kendisini öldürmeyi düşünmüştü ve %10'unun daha önce bir intihar girişimi olmuştu, bu oranlar problemli internet kullanımı olmayan grup için sırasıyla %20, %2,5 olarak bulundu. Problemli internet kullanımı olan olgularda hem intihar düşüncesi hemde intihar girişimi prblemli internet kullanımı olmayanlara oranla daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde çıkmamıştır. (Tablo 13).

Tablo 13: İki grubun intihar ile ilgili özellikleri açısından karşılaştırılması

		PİK Yok	PİK Var	p
		n(%)	n(%)	
İntihar girişimi var mı?	***Evet***	1 (2,5)	4 (10)	0,166*
	Hayır	39 (97,5)	36 (90)	
Hiç kendini öldürmeyi düşündüğün mü?	***Evet***	8(20)	14(35)	0,133*
	Hayır	32 (80)	26 (65)	
Ailede intihar girişimi var mı?	***Evet***	2 (5)	4 (10)	0,396*
	Hayır	38 (95)	36 (90)	
Tanıdığın biri intihar etti mi?	***Evet***	3 (7,5)	5 (10)	0,456*
	Hayır	37 (92,5)	35 (87,5)	

* Ki Kare testi

4.6. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERİN PUANLARININ İKİ GRUP ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

4.6.1. Conners Anne ve Baba Değerlendirme Ölçeği-48

(Conners' parent rating scale, CPRS-48

Conners Anne ve Baba Değerlendirme Ölçeğinin Hiperaktivite alt ölçeği normal dağılım gösterdiği için Student T testi ile, diğer alt ölçekler normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Tablo-14 te iki grup için Conners toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi iki grup arasında Conners toplam puanı (p=0,004), davranım sorunları (p=0,005) öğrenme sorunları (p=0,001), karşıt gelme sorunları (p=0,001), kaygı sorunları (p=0,002) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı, Psikosomatik sorunlar puanı (p=0,635) ve hiperaktivite puanı (p=0,477) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 14: İki grubun Conners toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

CONNERS	PİK Yok	PİK Var	p
	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	
Toplam	25,5 (17,25-41,75)	38,5 (28-52,5)	0,004*
Davranım sorunları	4 (1,25-7)	8 (3,25-13,75)	0,005*
Öğrenme sorunları	4 (3-6)	7 (4,25-8)	0,001*
Karşıt gelme sorunları	1 (1-2,75)	3 (2-6)	0,001*
Kaygı sorunları	5 (3-7,5)	7,5 (6-11)	0,002*
Psikosomatik sorunlar	2 (1-3)	2 (1-4)	0,635*
	OD±SS	OD±SS	
Hiperaktivite	4,08±2,6	4,5±2,6	0,477**

*Mann Whitney U testi p değeri **Student T test

4.6.2. İntihar Olasılığı Ölçeği

PİK olan ve olmayan olguların İOÖ puanları açısından karşılaştırılması Tablo-15 te gösterilmektedir. Umutsuzluk ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği normal dağılım gösterdiği için Student T testi ile diğer alt ölçekler normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı, Tabloda görüldüğü gibi iki grup arasında intihar olasılığı ölçeğinin toplam puanı (p=0,004), alt ölçeklerden intihar düşüncesi puanı (p=0,002), düşmanlık puanı (p=<0,001) ve umutsuzluk puanı (p=<0,001) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı, İki grup arasında kendini olumsuz değerlendirme (p=0,892) alt ölçek puanı bakımında istatistiksel olarak fark bulunmadı (Tablo-15).

Tablo 15: İki grubun İntihar Olasılığı Ölçeği toplam ve alt ölçekleri puanının karşılaştırılması

İntihar Olasılığı Ölçeği	PİK Yok	PİK Var	p
	Median (%25-75)	Median (%25-75)	
Toplam	57 (51,5-68)	66,5 (59,75-79)	0,004*
İntihar Düşüncesi	8 (8-10)	9,5 (8,25-12)	0,002*
Düşmanlık	9 (7-11)	12 (10-17)	<0,001*
	OD±SS	OD±SS	
Umutsuzluk	19,8 ±4,82	24,9 ±7,18	<0,001**
Kendini olumsuz değerlendirme	20,63±6,15	20,8 ±5,27	0,892**

*Mann Whitney U testi p değeri **Student T testi

4.6.3. İntihar Davranış Ölçeği

Tablo17 de iki grubun İntihar Davranış Ölçeği sorularına verdikleri cevapların ve ölçeğin toplam puanının karşılaştırılması verilmiştir. İki grup arasında ölçeğe verdikleri cevaplar ve puanı açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmadı.

Tablo 16: İki grubun intihar davranış ölçeği açısından karşılaştırılması

İntihar Davranış Ölçeği		**PİK-yok**	**PİK-var**	**p**
		n (%)	**n (%)**	
Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?	*Asla*	32 (80)	26 (65)	0,247*
	Bir Kez	7 (17,5)	7 (17,5)	
	Bazen	1 (2,5)	4 (10)	
	Sıklıkla	0 (0)	1 (2,5)	
	Çok Sık	0 (0)	2 (5)	
	Her Zaman	0 (0)	0 (0)	
Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?	*Asla*	32 (80)	30 (75)	0,124*
	Bir kez	5 (12,5)	3 (7,5)	
	Bazen	3 (7,5)	2 (5)	
	Sıklıkla	0 (0)	5 (12,5)	
	Sık sık	0 (0)	0 (0)	
Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?	*Evet*	3 (7,5)	7 (17,5)	0,176*
	Hayır	37 (92,5)	33 (82,5)	
Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?	*Hiçbir zaman etmem*	34 (85)	33 (82,5)	0,503*
	Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem,	4 (10)	4 (10)	
	Belki	2 (5)	1 (2,5)	
	Mutlaka	0 (0)	2 (5)	
	Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var,	0 (0)	0 (0)	
		Medyan (%25-75)	**Medyan (%25-75)**	
Toplam Puan		0 (0-0,75)	0 (0-2)	0,160**

*Ki Kare testi p **Mann Whitney U testi p değeri,

4.6.4. Beck İntihar Düşünce Ölçeği

Tablo 16'da iki grubun Beck İntihar Düşünce Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Tablodan da anlaşılacağı üzere problemli internet kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında Beck İntihar Düşüncesi Ölçeğinin tarama kısmı olan ''yaşam ve ölüme dair tutumun özellikleri'' puanı (p=0,027) ve toplam puanı (p=0,012) açısından istatiksel olarak anlamlı farklar saptandı (Tablo 16).

Tablo 17: İki grubun -Beck İntihar Düşünce Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Beck İntihar Düşünce Ölçeği	PİK Yok	PİK Var	p
	Median (%25-75)	Median (%25-75)	
Yaşam/ölüme karşı tutum	0 (0-0)	0 (0-1)	0,027*
Toplam	0 (0-0)	0 (0-1)	0,012*

*Mann Whitney U testi p değeri

4.7. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON

Tablo 18'de çalışmamızda kullandığımız ölçek puanlarının birbiriyle olan korelasyonları gösterilmiştir. Tabloda gözüktüğü üzere Young İnternet Bağımlılığı Ölçek puanı ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin toplam puanı (r=0,399, p<0,01), umutsuzluk (r=0,429, p<0,001), intihar düşüncesi (r=0,374, p<0,01), düşmanlık (r=0,489, p<0,001) alt ölçek puanları, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği tarama (r=0,326, p<0,01) ve toplam (r=0,378, p<0,01) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon bulundu. Young İnternet Bağımlılığı Ölçek puanı ile Conners toplam (r=0,326, p<0,01), davranım sorunları (r=0,413, p<0,01), öğrenim sorunları (r=0,320, p<0,01), karşıt gelme (r=0,449, p<0,01), kaygı (r=0,391, p<0,01) alt ölçek puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon vardı.

Beck İntihar Düşüncesi ölçeğinin toplam puanı ile Conners toplam (r=0,292, p=0,01) ve davranım sorunları (r=0,260, p=0,02) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon bulundu (Tablo 18).

Tablo 18: Ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu

		İBÖ	T_c	DS	Hİ	ÖS	KG	K	PS	T_i	UM	İD	KOD	DÜ	İDÖ	TAR	T_b
İBÖ	R		,398	,413	0.10	,320	,449	,391	0.16	,399	,429	,374	0.04	,489	0.19	,326	,378
	P		**<0.001**	**<0.001**	0.37	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.15	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.72	**<0.001**	0.09	**<0.001**	**<0.001**
T_c	R	,398		,888	,685	,702	,852	,821	,497	,462	,528	0.20	0.10	,544	0.13	,317	,292
	P	**<0,001**		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.08	0.37	**<0.001**	0.25	**<0.001**	**0.01**
DS	R	,413	,888		,662	,531	,926	,627	,291	,463	,487	0.18	0.11	,552	0.15	,286	,260
	P	**<0.001**	**<0.001**		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.01**	**<0.001**	**<0.001**	0.10	0.31	**<0.001**	0.19	**0.01**	**0.02**
Hİ	R	0.10	,685	,662		,400	,620	,422	0.09	,332	,381	0.10	0.04	,421	0.16	0.07	0.06
	P	0.37	**<0.001**	**<0.001**		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.43	**<0.001**	**<0.001**	0.36	0.71	**<0.001**	0.16	0.53	0.61
ÖS	R	,320	,702	,531	,400		,492	,635	,306	,323	,400	0.08	0.10	,306	-0.01	0.17	0.15
	P	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**		**<0.001**	**<0.001**	**0.01**	**<0.001**	**<0.001**	0.46	0.40	**0.01**	0.91	0.14	0.20
KG	R	,449	,852	,926	,620	,492		,603	,301	,493	,525	,239	0.08	,634	0.18	,314	,291
	P	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**		**<0.001**	**0.01**	**<0.001**	**<0.001**	**0.03**	0.45	**<0.001**	0.11	**<0.001**	**0.01**
KG	R	,391	,821	,627	,422	,635	,603		,418	,385	,427	0.13	0.20	,354	0.02	,247	,254
	P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.24	0.07	**<0.001**	0.86	**0.03**	**0.02**
PS	R	0.16	,497	,291	0.09	,306	,301	,418		0.07	0.21	0.01	-0.15	0.18	0.08	0.21	0.16
	P	0.15	**<0.001**	**0.01**	0.43	**0.01**	**0.01**	**<0.001**		0.53	0.06	0.95	0.18	0.12	0.46	0.06	0.15
T_i	R	,399	,462	,463	,332	,323	,493	,385	0.07		,800	,682	,572	,843	,523	,436	,492
	P	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.53		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
UM	R	,429	,528	,487	,381	,400	,525	,427	0.21	,800		,591	0.11	,754	,438	,338	,388
	P	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.06	**<0.001**		**<0.001**	0.34	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
İD	R	,374	0.20	0.18	0.10	0.08	,239	0.13	0.01	,682	,591		0.17	,633	,570	,407	,443
	P	**<0.001**	0.08	0.10	0.36	0.46	**0.03**	0.24	0.95	**<0.001**	**<0.001**		0.12	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
KOD	R	**0.04**	0.10	0.11	**0.04**	0.10	0.08	0.20	-0.15	,572	0.11	0.17		,244	0.21	,240	,285
	P	0.72	0.37	0.31	0.71	0.40	0.45	0.07	0.18	**<0.001**	0.34	0.12		**0.03**	0.07	**0.03**	**0.01**
DÜ	R	,489	,544	,552	,421	,306	,634	,354	0.18	,843	,754	,633	,244		,503	,424	,475
	P	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.01**	**<0.001**	**<0.001**	0.12	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.03		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
İDÖ	R	0.19	0.13	0.15	0.16	-0.01	0.18	0.02	0.08	,523	,438	,570	0.21	,503		,432	,395
	P	0.09	0.25	0.19	0.16	0.91	0.11	0.86	0.46	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.07	**<0.001**		**<0.001**	**<0.001**
TAR	R	,326	,317	,286	0.07	0.17	,314	,247	0.21	,436	,338	,407	,240	,424	,432		,966
	P	**<0.001**	**<0.001**	**0.01**	0.53	0.14	**<0.001**	**0.03**	0.06	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.03**	**<0.001**	**<0.001**		**<0.001**
T_b	R	,378	,292	,260	0.06	0.15	,291	,254	0.16	,492	,388	,443	,285	,475	,395	,966	
	P	**<0.001**	**0.01**	**0.02**	0.61	0.20	**0.01**	**0.02**	0.15	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.01**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	

Spearman Korelasyon Testi İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ), Toplam (T_i), Umursuzluk (Um), İntihar Düşüncesi (İD), Kendini Olumsuz Değerlendirme (KOD), Düşmanlık (Dü); Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği, tarama (tar), toplam puan (T_b); İntihar Davranış Ölçeği (IDO); İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBO); Conners toplam (T_c), Davranım sorunları (DS), Hiperaktivite (HI), Öğrenim sorunları (OS), Karşır Gelme (KG), Psikosomatik Sorunlar (PS)

4.8. ÇOKLU LOGİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Sosyodemografik verilerden yaş ve cinsiyet ile birlikte p>0,05 olan sosyodemografik değişkenlerin, ölçek puanlarının ve KDSADS tanılarının dahil edildiği çoklu logistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 19'da gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi Conners toplam puanı (p=0,004), Öğrenim bozukluğu (p=0,004), kaygı puanı (p=0,08) ve İOÖ düşmanlık alt ölçek puanı (p=0,05) problemli internet kullanımı ile ilişkili bağımsız değişkenler olarak tespit edilmiştir. Elde edilen modelin anlamlılığı Hosmer and Lemeshow testi ile belirlenmiştir (Chi-square=11,41; df=8; p=0,179). Ayrıca tahmin edilen çoklu logistik regresyon modelinin katsayıları omnibus testi ile kontrol edildiğinde anlamlı olduğu görülmüştür (Chi-square=49,602; df=17, p<0,001).

Tablo 19: Çoklu logistik regresyon analizinin sonuçları

		B	S. E	p	OR	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
Cinisyet		0,151	0,880	0,864	1,163	0,206	6,558
Yaş		-0,245	0,263	0,351	0,782	0,467	1,311
İnterneti ne kadar süredir kullanıyor		-1,907	1,005	0,058	0,149	0,021	1,065
Conners	*T*	-0,319	0,110	0,004	0,727	0,586	0,902
	DS	0,254	0,259	0,327	1,289	0,776	2,141
	OS	0,785	0,272	0,004	2,193	1,286	3,741
	KG	0,599	0,573	0,296	1,820,	0,592	5,594
	kaygı	0,706	0,266	0,0008	2,026	1,203	3,412
Yaşam boyu DB		-1,131	2,511	0,652	0,323	0,002	44,226
İOO	*T*	-0,115	0,070	0,103	0,892	0,777	1,023
	İD	0,238	0,180	0,187	1,268	0,891	1,805
	Um	0,089	0,117	0,450	1,093	0,868	1,375
	Dü	0,449	0,229	0,050	1,566	1,001	2,451
Beck İDÖ	*Tarama*	-0,381	1,112	0,734	0,683	0,076	6,156
	Toplam	0,150	0,628	0,811	1,162	0,339	3,982

Hosmer and Lemeshow testi. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ), Toplam (T), Umursuzluk (Um), İntihar Düşüncesi (İD), Kendini Olumsuz Değerlendirme (KOD), Düşmanlık (Dü); Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (Beck IDO), İntihar Davranış Ölçeği (IDO); İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBO); Conners toplam (T), Davranım sorunları (DS), Hiperaktivite (HI), Öğrenim sorunları (OS), Karşır Gelme (KG), Psikosomatik Sorunlar (PS); Davranım Bozukluğu (DB)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB'li ergenlerden problemli internet kullanımı olan ve olmayan iki grup oluşturuldu. Bu iki grup sosyodemografik özellikler, internet kullanım alışkanlıkları, komorbid psikiyatrik tanılar, DEHB semptomları, intihar davranışı ve intihar olasılığı açısından karşılaştırıldı.

5.1. Sosyodemografik özellikler ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişki

Mevcut literatür incelendiğinde erkek cinsiyetin problemli internet kullanımı açısından daha fazla risk altında olduğu gösterilmiştir.(Kormas et al, 2011). Daha az olmakla beraber problemli internet kullanımının cinsiyetler arası farklılık göstermediğini bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Gámez ve ark, 2014; Gámezve ark2015; Jackson ve ark 2003). DEHB'nin kızlara oranla erkeklerde 3-4 kat daha sık görüldüğü bilindiğinden (Merikangas ve ark, 2010, Polanczyk ve ark, 2007) çalışma örneklemimizde de kız cinsiyet oranı daha düşüktü. Bu nedenle mevcut bulgularımızla DEHB'li olgularda problemli internet kullanımının cinsiyetler arası farklılık gösterip göstermediğini söylemek güç olmakla birlikte, anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Problemli internet kullanımının en sık ergen ve genç erişkinlerde gözlendiği bildirilmiştir. Mevcut literatür ergenlik dönemi açısından herhangi bir yaş grubunu daha yüksek riskli olarak göstermiş değildir (Ha ve ark, 2007, Yen ve ark, 2008, Durkee ve ark, 2012, Kaessve ark, 2014). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak iki grup arasında yaş açısından anlamlı bir fark bulamadık.

Çalışmamıza katılan olgulara ne kadar süredir internet kullandıklarını belirledik ve 0-5 yıl ve 5 yıldan uzun olmak üzere sınıflandırdık. İki grup arasında olguların interneti ne zamandan beri kullandığı karşılaştırıldığında problemli internet kullanımı olan grubun olmayan gruba göre daha uzun zamandan (>5 yıl) beri internet kullandığı bulundu. Çalışmamızdaki bulgular ile uyumlu olarak Wang'ın yaptığı bir çalışmada problemli internet kullanımı olan grupta olmayan gruba göre daha uzun internet kullanım geçmişi olduğu gösterilmiştir (Wang ve ark, 2001). Bu sonuçlar, çocukların erken yaşta internet kullanımı ile karşılaşmasının problemli internet kullanım riskini arttırdığını düşündürmektedir.

Young bir çalışmasında problemli internet kullanımı olan olguların kötü çalışma alışkanlıklarının olduğunu, internet kullanımı sebebiyle okula yüksek oranda devamsızlık yaptıklarını ya da yeterince uyumadıkları için okulda konsantrasyonlarının yetersiz olduğunu

belirtmiştir (Young ve ark, 2007). Ayrıca Bayraktar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada problemli internet kullanımı arttıkça öğrencilerin not ortalamalarının düştüğü gösterilmiştir. (Bayraktar ve ark, 2007). Çalışmamızda problemli internet kullanımı olan ve olamayan olgular arasında ebeveyn bildirimine göre son bir yıldaki ders başarısı farklı bulunmamıştır. Sonuçlarımız ebeveynlerin subjektif bildirimine dayandığından DEHB'li olgularda problemli internet kullanımının ders başarısı üzerine etkisi konusunda bir yorum yapılmasını güçleştirmektedir.

5.2. Problemli İnternet Kullanımı İçin Riskli İnternet Kullanım Alışkanlıkları

Literatür incelendiğinde toplum örneklemi içerisinde problemli internet kullanımı olan olguların interneti daha çok sosyal medya, porno siteleri (Tsitsika, ve ark. 2009) forum ve haber siteleri (Tsitsika ve ark. 2014), arkadaş bulma siteleri (Demetrovics ve ark. 2008) ve cinsel içerikli siteler (Weinstein ve ark, 2010) için kullandıklarına dair çalışmalar mevcuttur. Bu kullanım amaçlarının yanı sıra problemli internet kullanımı ile ilişkilendirilen çevrimiçi oyun oynama ve sohbet etme birçok çalışmada en önemli iki unsur olarak gösterilmiştir (Yen ve ark, 2007, Jang ve ark, 2008, Chou ve ark, 2015).

Çalışmamızda da benzer şekilde problemli internet kullanan olguların interneti daha sıklıkla online oyunlar amacı ile kullandığı tespit edilmiştir. Online oyunların bireyin ödüle hızlı ulaşmasını ve negatif duygularıyla daha kolay baş etmesini sağlaması sebebiyle problemli internet kullanımı için bir risk faktörüdür.

5.3. DEHB Klinik Görünüm Ve Problemli İnternet Kullanımı

Mevcut literatür incelendiğinde problemli internet kullanımı ile DEHB alt tipleri arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların birinde internet bağımlılığının DEHB-dikkat eksikliği belirgin olan alt tipi ile daha ilişkili olduğu ve kadınlarda bu ilişkinin daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Yen ve ark, 2009). Aynı çalışmada DEHB'nin dürtüsellik semptomun internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Yen ve ark, 2009). Diamond yaptığı bir çalışmada DEHB'nin dikkat eksikliği alt tipinin ana septomunun kolay dikkatinin dağılmasındansa kolayca sıkılma olduğunu öne sürmüştür (Diamond ve ark, 2005). İnternette aranan bilgiye hızlıca ulaşılmasının, aynı ayda birçok aktiviteye erişim imkânı sağlamasının, bu kolay sıkılma cevabını engelleyebileceğini ve bu durumun dikkatsizlik alt tipi ile internet kullanımı arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği öne

sürülmüştür (Yenve ark, 2009). Buna ek olarak hem dikkat eksikliği semptom şiddetinin hem de hiperaktivite/dürtüsellik şiddetinin fazla olmasının problemli internet kullanımı için risk olduğu başka bir çalışmada gösterilmiştir (Yoo ve ark, 2004). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise problemli internet kullanımı açısından DEHB bileşik tip ve hiperaktivite/ dürtüselliğin baskın olduğu alt tiplerin dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tipe göre daha riskli olduğu saptanmıştır (Metin, Saraçlı ve ark, 2015). Çalışmamızda problemli internet kullanımı olan ve olmayan iki grup arasında şimdiki ve yaşam boyu DEHB klinik görünümleri açısından bir fark saptanmadı. Ancak Conners ölçeğinin dikkatsizliğide değerlendiren öğrenme sorunları alt ölçek puanı problemli internet kullanımı olan olgularda daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasında hiperaktivite puanı ise farklı çıkmamıştır. Snuçlarımız hiperaktiviteden ziyade DEHB'nin dikkat ve öğreme ile ilişkili semptomlarının yoğunluğunun problemli internet kullanımı için risk teşkil ettiğini düşündürmektedir.

Mevcut literatür incelendiğinde DEHB semptom şiddeti ile problemli internet kullanım oranlarının pozitif bir korelasyon olduğunu birçok çalışmada gösterilmiştir (Dalbudak ve ark, 2014, Yoo ve ark, 2004 ve Yen ve ark, 2009). Literatürle uyumlu olarak çalışmamıza katılan iki grup arasında Conners toplam puanı, problemli internet kullanımı olan grupta daha yüksek puanlar bulundu.

Problemli internet kullanımı olan olgularda öncelikle alttaki risk faktörlerinin tedavi edilmesi problemli internet kullanımını azaltabilir. Literatürde DEHB'li ve çevrimiçi oyun oynayan 62 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada 8 haftalık metilfinidat sonrasında çocukların internetteki sürelerinde anlamlı derecede azalma olduğu gösterilmiştir (Han ve ark, 2009). Bizim çalışmamız daproblemli internet kullanımı olan olgularda değerlendirme sırasında ilaç tedavisi almama oranları daha yüksekti. Değerlendirme sırasında ilaç tedavisi alan olgular dahil edilip iki grup tedaviden yarar görme oranları açısından karşılaştırıldığında problemli internet kullanan grupta tedaviden yarar görme oranları daha düşüktü. Bulgularımız DEHB'ye yönelik tedavi başlanmasının ve DEHB semptomlarının gerilemesinin problemli internet kullanımına da yararlı olduğunu düşündürmektedir.

5.4. Psikiyatrik Eş Tanılar ve Problemli İnternet Kullanımı

Literatürde problemli internet kullanımı ile DEHB (Ko ve ark, 2009, Yen ve ark, 2007, Ko ve ark, 2008), depresyon (Morrison ve ark, 2010, Yen ve ark, 2009, Ni ve ark, 2009, Yen ve ark 2007), OKB (bakkeqin ve ark, 2010, Bakken ve ark, 2009, Ha ve ark, 2007), anksiyete

bozuklukları (Bakken ve ark, 2009, Carli ve ark, 2013, Ho ve ark, 2014) arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir.

Çalışmamızda şimdiki ve yaşam boyu psikiyatrik komorbiditeler açısından yıkıcı davranış bozuklukları (KOKGB ve DB) problemli internet kullanımı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksekti. Aynı şekilde Conners ölçeğinin davranım sorunları ve karşıt gelme sorunları alt ölçek puanları problemli internet kullanımı olan olgularda daha yüksek bulunmuştur. Mevcut literatür incelendiğinde problemli internet kullanımı ile KOKG ve DB birlikteliği ile ilgili fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Problemli internet kullanımı olan ergenleri olmayanlara göre daha fazla hiperaktivite ve davranış problemlerine sahip olduğu bir çalışmada gösterilmiştir (Kormas et al, 2011). DEHB ile KOKGBve/veya DB'nin komorbid olmasının tek başına DEHB tanısı alan yaşıtlarından daha kötü yaşıt iletişimine sahip olduğu bildirilmiştir (Bagwell ve ark, 2001). Bu sebepten komorbid KOKGB/DB olan DEHB'li adolesanlar yüzyüze ilişkiden çok internetten sosyalleşmeyi ya da sosyalleşme ihtiyaçlarını internetten karşılayabileceği öne sürülmüştür (Vural ve ark, 2015).

Yıkıcı davranış bozuklukları ve problemli internet kullanımı arasındaki ilişkinin literatürde çok fazla gösterilmemesinin sebebi KOKGB ve DB'un daha çok çocukluk yaşlarda tanı konulması, internet ile ilgili çalışmaların daha çok genç erişkinlerde yapılması sebep gösterilebilir. Adölasanlarlarla yapılan çalışmalarda ise KOKGB ve DB olan ergenlerin gönüllü olarak çalışmaya katılma isteğinin olası düşük olması da bu sonuca sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda eş tanılar yönünden iki grup karşılaştırıldığında yıkıcı davranış bozuklukları dışında diğer psikiyetrik bozukluklar açısından anlamlı fark bulunamadı. Ancak Conners ölçeğinin kaygı sorunları alt ölçek puanları problemli internet kullanımı olan olgularda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar yıkıcı davranış bozuklukları kadar diğer komorbid psikiyatrik bozuklukların problemli internet kullanımı için risk teşkil etmediğini düşündürmektedir. Ancak örneklemimizin azlığı nedeniyle DEHB'ye daha nadir eşlik eden komorbid psikiyatrik bozukluklar için net bir şey söylemek mümkün olmamaktadır. Conners ölçeğinin kaygı sorunları alt ölçek puanının problemli internet kullanımı olan grupta daha yüksek çıkması komorbid anksiyete bozukluklarının da risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Fazla internet kullanımının akademik performans açısından zararlı olduğunu öne süren çalışmlar literatürde mevcuttur (Kubey ve ark, 2001, Wainer ve ark, 2008). DEHB'li çocukların birçoğunda öğrenme problemleri görülmektedir ve yaklaşık %20-50'si özel

öğrenme bozukluğu eş tanısını almaktadır. İki bozukluktan birinin tedavi edilmesi, diğer bozukluğun tedavisini daha kolay kılmakta ve bu iki bozukluktan biri fark edildiğinde diğerinin sorgulanması için önem teşkil etmektedir (Abalı 2010, Cengiz 2013). Çalışmamızda Conners öğrenme sorunları alt ölçeğinin puanı problemli internet kullanımı olan grupta anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Problemli internet kullanımı olan grupta öğrenme sorunlarının daha fazla olması klinik değerlendirmede DEHB+PİK olan bir olguda özel öğrenme bozukluğun fark edilip müdahale edilmesi açısından önemlidir.

5.5. İntihar Davranışı ve Problemli İnternet Kullanımı

Mevcut literatürde intihar düşüncesi ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma mevcuttur (Lin ve ark, 2014, Kim ve ark, 2006, Park ve ark, 2013). Ülkemizde depresyonu olan olgularda problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi intihar olasılığı ölçeği ile değerlendiren bir çalışmada problemli internet kullanımı olan olgularda umutsuzluk, düşmanlık ve intihar düşüncesi puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. (Alparslan v ark, 2015). Çalışmamızda problemli internet kullanımı olan olgularda intihar düşüncesi daha yüksek oranda saptanmış olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Beck intihar düşüncesi ölçeği puanları ve intihar olasılığı ölçeğinin intihar düşüncesi alt ölçek puanları ise problemli internet kullanımı olan olgularda daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız problemli internet kullanmı olan olgularda intihar düşüncesinin daha sık olduğunu göstermektedir. Problemli internet kullanımı olan kişilerin intihar yöntemleri hakkında web sitelerine göz atma (Biddle ve ark, 2008, Sueki ve ark, 2013), çevrim içi tartışma forumlarında intihar hikâyelerine maruz kalmalarının (Dunlop ve ark, 2011) intihar düşüncesindeki artış ile ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Yine bu ilişkinin problemli internet kullanımına ve aynı zamanda intihar düşüncelerine neden olabilen kötü aile desteği, düşük benlik saygısı, depresyon, düşmanlık-agresyondan kaynaklanabileceği bildirilmektedir (Lin ve ark, 2014, Carli ve arki, 2014). Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan problemli internet kullanımınınmı intihar düşüncelerini arttırdığı ya da intihar düşünceleri olan olguların bu düşüncelerle baş etmek için mi daha yoğun internet kullandıkları konusunda yorum yapmak mümkün değildir. Bu ilişkiyi gösterebilmek için ileride yapılacak izlem çalışmalarının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Toplum örneklemiyle yapılan çalışmalarda problemli internet kullanımı olan olguylarda intihar girişiminin daha sık olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Kim ve ark, 2016, Lin ve ark, 2014). James ve arkadaşalarının yaptığı bir çalışmada ise DEHB ve

komorbid davranış bozukluğunun intihar riskini arttırabileceğini gösterilmiştir (James ve ark, 2004). Bununla birlikte 26 makalenin tarandığı bir sistemik gözden geçirmede her iki cinsiyet ve tüm yaş grupları için DEHB ve suisidalite arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu ve komorbid hastalıkların bu ilişkiyi kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Balazs, 2017). DEHB'si olan olgularda intihar girişimi ile problemli internet kullanımı arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamakla birlikte problemli internet kullanımı olan olgularda intihar girişimi daha yüksek bulunmuştur. İntihar olasılığı ölçeğinintoplam puanının yüksekliği problemli internet kullanımı olan olgularımızın intihar girişimi açısından daha yüksek risk grubunda olduğunu düşündürmektedir. Literatürde intihar girişimi ile davranım problemleri, dürtüsellik, düşmanlık, umutsuzluk ve yalnızlık, anksiyete arasında ilişki kuran birçok çalışma bulunmaktadır (McGirr ve ark, 2008, Shaffer ve ark, 1991, Shaffer ve ark, 2001, Stickley ve ark, 2016, Zhang, P ve ark 2012). Çalışmamızda aynı zamanda intihar olasılığı ölçeğinin düşmanlık, umutsuzluk panlarının ve conners ölçeğinin davranım sorunları ve kaygı sorunlarının yüksek saptanmış olması problemli internet kullanımı olan olgularda bu risk faktörlerinin intihar olasılığını arttırmış olabileceğini düşündürmektedir. Bu ilişkide özelikle çoklu logistic regresyon analizinde bağımsız değişken olarak saptanan düşmanlık ve kaygının intihar girişimi için dahada öenemli olabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan DEHB'lileri problemli internet kullanımı olan ve olmayan olmak üzere 40'ar kişilik iki gruba ayırdık. İki gruptaki olguları intihar davranışları yönünden karşılaştırdığımız araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Problemli internet kullanımı olan olguların %22,5'i kız, %77,5'i erkek iken, problemli internet kullanımı olmayanların %25'i kız %75'i erkek idi.
2. Problemli internet kullanımı olan olgularda değerlendirme sırasında ilaç tedavisi almama oranları daha yüksekti ve değerlendirme sırasında ilaç tedavisi alan olgular dahil edilip iki grup tedaviden yarar görme oranları açısından karşılaştırıldığında problemli internet kullanımı olan grubun DEHB tedavisinden daha fayda gördüğü gözlendi.
3. Problemli internet kullanımı olan grupta interneti 5 seneden fazla kullananların oranı diğer gruba göre daha fazlaydı.
4. Çalışmamızdaki problemli internet kullanımı olan grubun interneti çoğunlukla online oyun oynamak için kullandığı görüldü.
5. Çalışmamızda problemli internet kullanımı olan ve olmayan iki grup arasında şimdiki ve yaşam boyu DEHB klinik görünümleri açısından istatistiksel bir fark bulunmadı.
6. Çalışmamızda şimdiki ve yaşam boyu psikiyatrik komorbiditeler açısından yıkıcı davranış bozuklukları (KOKGB ve DB) problemli internet kullanımı olan grupta çok daha fazlaydı:
7. Çalışmamıza katılan iki grup arasında Conners toplam puanı, davranım sorunları, öğrenme sorunları, karşıt gelme sorunları, kaygı sorunları puanı problematik internet kullanımı olan grupta daha fazlaydı.
8. Problemli internet kullanımı olan DEHB'li olguların intihar düşüncesi ve girişimi oranları sırasıyla %35 ve %10'du. Problemli internet kullanmı olmayan olgular için ise bu oranlar sırasıyla %20, %2,5'ti.
9. İki grup arasında İntihar Olasılığı Ölçeğinin toplam puanı alt ölçeklerden intihar düşüncesi puanı, düşmanlık puanı ve umutsuzluk puanıkarşılaştırıldığında problemli internet kullanımı olan grup daha yüksek puanlara sahipti.
10. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeğinin yaşam/ölüme karşı tutum ve toplam puanı problemli internet kullanımı olan grupta daha yüksek bulundu.

11. Conners toplam puanı, öğrenim bozukluğu, kaygı puanı ve İOÖ düşmanlık alt ölçek puanı problemli internet kullanımı ile ilişkili bağımsız değişkenler olarak tespit edildi

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklemimizin bazı sosyodemografik özellikler, internet kullanım alışkanlıkları, komorbid tanılar, geçmiş intihar düşüncesi ve girişimi gibi kategorik değişkenlerin istatistiksel olarak karşılaştırılması için yeterli sayıda olmaması bir kısıtlılık olarak görülebilir. Olgularımızın bir kısmının ilk tanı almış, bir kısmının tedavi alıyor olması tedavi açısından homojen olmayan bir örneklem oluşturmuştur. Bu durum hem tedavinin problemli internet kullanımı ve intihar davranışı üzerindeki etkisini görmeyi zorlaştırmış hemde karıştırıcı bir faktör olarak rol almış olabilir. Çalışmamızın kesitsel olması problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasında nedensellik ilikisini kurmayı mümkün kılmamaktadır. Ayrıca çalışmada DEHB'li olmayan sağlıklı kontrol grubunun olmaması problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasında saptadığımız ilişkinin DEHB dışındaki örneklemden farklı olup olmadığını anlamamıza da imkân vermemektedir. Çalışmamızın güçlü yanları bütün olguların Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilmiş olması, homojen bir grupta problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin çalışılmış olmasıdır. Ayrıca intihar davranışının hem öykü hemde bir den fazla ölçekle daha objektif olarak değerlendirilmiş olması da çalışmamızın güçlü yanlarındandır.

Literatürde DEHB'li ergenlerde problemli internet kullanımı ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bildiğimiz kadarıyla başka bir çalışmanın olmaması sebebiyle mevcut çalışmamızın literatüre katkı sunacağını düşünmekteyiz. Aynı zamanda bu çalışmanın çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan klinisyenler için de yararlı olacağı kanaatindeyiz. İleride DEHB'li ergenlerde probleli internet kullanımı ile intihar davranışı arasında nedensellik ilişkisi kurmaya imkan verecek şekilde izlem içeren çalışmaların yararlı olacağını düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

Adler LA (2007) From childhood into adulthood: the changing face of ADHD. CNS Spectr 12,6–9

Alpaslan AH, Avci K, Soylu N, Guzel HI (2015) The Association between Problematic Internet Use, Suicide Probability, Alexithymia and Loneliness among Turkish Medical Students. J Psychiatry 18:208.

American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics, 128:1007-1022.

American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics, 128:1007-1022

American Psychiatric Association.(2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC, London, England.

APA (1968). American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition.Washington: American Psychiatric Association,1968.

APA (1980). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980.

APA (1987). American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Rev. Washington: American Psychiatric Association,1987.

APA (1994). American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association,1994.

APA (2013). American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington: American Psychiatric Association,2013.

Arkun, N.(1978.) İntihar Psiko dinamikleri. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi matbaası.

Bagwell, C. L., Molina, B. S., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(11), 1285-1292. 6

Baker D, Fortune S.(2008) Understanding self-harm and suicide websites. Crisis.;29(3):118-122.

Bakken, I. J., Wenzel, H. G., Götestam, K. G., Johansson, A., & ØREN, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. Scandinavian journal of psychology, 50(2), 121-127.

Balázs J, Gádoros J.(2005) Comorbidity in child psychiatry: is the comorbidity of pediatric mania and ADHD really that high?. Psychiatr Hung 2005; 20: 293-298.

Balazs, J., & Gadoros, J. (2005). Comorbidity in child psychiatry: is the comorbidity of pediatric mania and ADHD really that high? Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata, 20(4), 293-298.

Balazs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Dallos, G., & Gádoros, J. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. Journal of affective disorders, 152, 282-287.

Ben-Yehuda, A., Aviram, S., Govezensky, J., Nitzan, U., Levkovitz, Y., & Bloch, Y. (2012). Suicidal behavior in minors–diagnostic differences between children and adolescents. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 33(7), 542-547.

Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J.ve ark. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and

young adult females. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47(4), 426-434.

Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. Psychiatry and clinical neurosciences, 67(5), 352-359.

Choo, H., Sim, T., Liau, A. K. F., Gentile, D. A., & Khoo, A. (2015). Parental influences on pathological symptoms of videogaming among children and adolescents: A prospective study. Journal of Child and Family Studies, 24, 1429–1441.

Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. Pediatrics, 127, e319–e329.

Jackson, L. A., von Eye, A., Biocca, F., Barbatsis, G., Fitzgerald, H., & Zhao, Y. (2003). Personality, cognitive style, demographic characteristics and Internet use: Findings from the HomeNetToo. Swiss Journal of Psychology, 62, 79–90. -

Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, Roth C.(1994) Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. Acta Psychiatrica Scandinavica.; 89(1): 52–58.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A. M. Y., Roth, C., ... & Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32(3), 521-529.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C. Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32(3), 521–529.

Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., & Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. Journal of adolescent health, 41(1), 93-98.

Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., ... & Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Comprehensive psychiatry, 50(3), 251-256..

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Yeh, Y. C., & Yen, C. F. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163(10), 937-943.

Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., & Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. Journal of adolescent health, 41(1), 93-98.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C., & Yen, C. F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. CNS spectrums, 13(2), 147-153.Barkley RA (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments. J Psychiatr Pract. Jan;10(1):39-56.

Barkley, R. A. (2006). The Relevance of the Still Lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Attention Disorders 10(2): 137-140

Barkley, R. A. and T. E. Brown (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. CNS spectrums 13(11): 977984.

Bayraktar, F., Gün, Z. (2007). Incidence and Correlates of Internet Usage Among Adolescents in North Cyprus. CyberPsychology & Behavior, 10(2), 191-197

Beautrais AL.(2000) Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust N Z J Psychiatry;34.420- 436.

Beautrais, A. L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. American Journal of Psychiatry, 160(6), 1093-1099.

Biddle L[1], Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D.(2008) Suicide and the internet. BMJ. Apr 12;336(7648):800-2.

Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, et al (2008). Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. American Journal of Psychiatry. ;165:597–603

Biederman, (2005) J.Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview Biological Psychiatry, Volume 57, Issue 11, 1215 – 1220

Biederman, J., & Spencer, T. J. (2000). Genetics of childhood disorders: XIX. ADHD, Part 3: Is ADHD a noradrenergic disorder? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(10), 1330–1333.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. American Journal of Psychiatry, 157(5), 816–818.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. The American journal of psychiatry, 148(5), 564.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. The American journal of psychiatry, 148(5), 564.

Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.; 47(1): 41–52.

Bradley, C. (1937). the Behavior of Children Receiving Benzedrine. American Journal of Psychiatry, 94(3), 577–585.

Bradley, J. D. and C. J. Golden (2001). Biological contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. Clinical Psychology review 21(6): 907-929.

Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., & Zelenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry, 45(6), 581-588.

Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 113(3), 180-206.

Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 113(3), 180-206.

Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA.(2006) Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry; 47.372–394.

Caballero, A., Tseng, K.Y., (2016). GABAergic function as a limiting factor for prefrontal maturation during adolescence. Trends Neurosci. 39 (7), 441–448.

Canadian attention deficit hyperactivity disorder resource alliance (CADDRA): Canadian ADHD practice guidelines [Internet]. 3rd ed. Toronto: CADDRA; 2011

Cao F, Su L. (2007) Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. Child Care Health Dev; 3 3: 275–281.

Cao FL, Su LY, Liu TQ, Gao XP (2007): The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. Eur Psychiatry; 2 2: 4 66–471. 4 0

Cao, F. and L. Su (2007). Internet addictionamongChineseadolescents: prevalenceand

Cao, F., Su, L., Liu, T., & Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. European Psychiatry, 22(7), 466-471.

Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, Wasserman C, Sarchiapone M, Hoven CW, Brunner R, et al. (2013) The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. Psychopathology 2013;46(1):1-13

Chehil, S., & Kutcher, S. P. (2012). Suicide risk management: A manual for health professionals. John Wiley & Sons.

Chen, Y. L., Chen, S. H., & Gau, S. F. S. (2015). ADHD and autistic traits, family function, parenting style, and social adjustment for Internet addiction among children and

adolescents in Taiwan: A longitudinal study. Research in Developmental Disabilities, 39, 20–31.

Choi YH. (2007) Advancement of IT andseriousness of youth Internet addiction. International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction. Seoul, South Korea: National Youth Commission 2007.

Clements SD, Peters JE (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. Archives of General Psychiatry, 6:185-197.

Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. (1998) The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol; 26:257-268.

Cortese, S., Imperati, D., Zhou, J., Proal, E., Klein, R. G., Mannuzza, S., … Castellanos, F. X. (2013). White Matter Alterations at 33-Year Follow-Up in Adults with Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Biological Psychiatry, 74(8), 591–598.

Dalbudak, E. and C. Evren (2014). The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. Comprehensive psychiatry 55(3): 497-503.

Dalbudak, E., Evren, C., Topcu, M., Aldemir, S., Coskun, K. S., Bozkurt, M., ... & Canbal, M. (2013). Relationship of Internet addiction with impulsivity and severity of psychopathology among Turkish university students. Psychiatry research, 210(3), 1086-1091.

David B. Goldston,(2009). Psychiatric Diagnoses as Contemporaneous Risk Factors for Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults: Developmental ChangesJ Consult Clin Psychol. Apr; 77(2): 281.

Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. Computers

Demetrovics, Z., Szeredi, B., & Rózsa, S. (2008). The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. Behavior Research Methods, 40(2), 563-574.

Demirtaş, (2016) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde internet bağımlılığının prevalansı ve prediktörleri İstanbul Tıp Fakültesi (yayınlanmamış tez)

Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). Development and psychopathology, 17(3), 807-825.

Doğangün, B. and M. Yavuz (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Türk Pediatri Arşivi 46 11

Dong, G., DeVito, E.E., Du, X., Cui, Z., (2012). Impaired inhibitory control in 'internet addiction disorder': A functional magnetic resonance imaging study. Psychiatry Res.: Neuroimaging 203 (2–3), 153–158.

Dunlop SM, More E, Romer D. (2011) Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation J Child Psychol Psychiatry.Oct;52(10):1073-80

Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Wechsler H. Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. MMWR Surveill Summ. 2010;59(5): 1–142. .

Ercan, E. S. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler. Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences 6(2): 1-5.

Ercan, E. S., R. Kandulu, E. Uslu, U. A. Ardic, K. U. Yazici, B. K. Basay, C. Aydın and L. A. Rohde (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. Child and adolescent psychiatry and mental health 7(1): 30.

Ercan, E. S., Suren, S., Bacanlı, A., Yazici, K. U., Callı, C., Ozyurt, O., … Rohde, L. A. (2016). Decreasing ADHD phenotypic heterogeneity: searching for neurobiological underpinnings of the restrictive inattentive phenotype. European Child and Adolescent Psychiatry, 25(3), 273–282

Erşan, E. E., O. Doğan, S. Doğan and H. Sümer (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. European child & adolescent psychiatry 13(6): 354-361.

Esposito C, Spirito A, Boergers J, Donaldson D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. Suicide and Life Threatening Behavior. 2003;33.389–399

Evren C, Dalbudak E, Evren B, Can Y, Umut G.(2014) The severity of attention deficit hyperactivity symptoms and its relationship with life time substance use and psychological variables among 10th grade students in Istanbul. ComprPsychiatry;**55**: 1665-1670.

Faraone SV, Buitelaar J (2010).Comparing the efficacy of stimulantsfor ADHD in children and adolescents using meta-analysis. Eur Child AdolescPsychiatry. Apr;19(4):353-64

Faraone SV, Glatt SJ. (2010) A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. J Clin Psychiatry.2010 Jun;71(6):754-63

Faraone, S. V, & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. Biological Psychiatry, 44(10), 951–958.

Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2009). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry, 19(4), 353–364

Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E., & Biederman, J. (2001). Meta-Analysis of the Association Between the 7-Repeat Allele of the Dopamine D 4 Receptor Gene and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. American Journal of Psychiatry, 158(7), 1052–1057.

Faraone, S. V., J. Sergeant, C. Gillberg and J. Biederman (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition. World psychiatry 2(2): 104-113.

Fattore L, Melis M, Fadda P, Fratta W.(2014) Sex differences in addictive disorders.Front Neuroendocrinol. Aug;35(3):272-84

Fergusson, D., Woodward, L., & Horwood, L. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychological Medicine, 30(1), 23-39.

Fitzgerald, M., Bellgrove, M., & Gill, M. (2007). Handbook of attention deficit hyperactivity disorder. John Wiley & Sons

Fleischmann A[1], Bertolote JM, Belfer M, Beautrais (2005). A Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. Am J Orthopsychiatry. Oct;75(4):676-83.

Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Current Psychiatry Reports, 13(5), 333–344.

Galéra, C., Bouvard, M. P., Encrenaz, G., Messiah, A., & Fombonne, E. (2008). Hyperactivity-inattention symptoms in childhood and suicidal behaviors in adolescence: the Youth Gazel Cohort. Acta Psychiatrica Scandinavica, 118(6), 480-489.

Gámez-Guadix, M. (2014). Depressive symptoms and problematic Internet use among adolescents: Analysis of the Longitudinal relationships from the cognitive–behavioral model. CyberPsychology, Behavior, and Social Networking, 17, 714–719.

Gámez-Guadix, M., Calvete, E., Orue, I., & Havas, C. L. (2015). Problematic Internet use and problematic alcohol use from the cognitive–behavioral model: A longitudinal study among adolescents. Addictive Behaviours, 40, 109–114.

Gershon, J. and J. Gershon (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. Journal of attention disorders 5(3): 143-154

Ghuman, Jaswinder K., L. Eugene Arnold, and Bruno J. Anthony. (2008): Psychopharmacological and Other Treatments in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Current Evidence and Practice. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 18.5 413–447. PMC. Web. 12 Mar. 2018.

Gilat I, Tobin Y, Shahar G.(2012)Responses to suicidal messages in an online support group: comparison between trained volunteers and lay individuals.Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. Dec;47(12):1929-35

Goldberg, I. (1996). Internet addiction disorder.

Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(4), 386-405.

Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., ... & Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(9), 915-923.

Gökler B, Ünal F, ÇengelKültür E ve ark (2004) Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlamasınıngeçerlik vegüvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi11 (3).109-115.

Greenhill LL, Muniz R, Ball RR, et al. Efficacy and safety of dexmethylphenidate extended-release capsules in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2006;45:817–823.

Guan, L., Wang, B., Chen, Y., Yang, L., Li, J., Qian, Q, Wang, Y. (2009). A high-density single-nucleotide polymorphism screen of 23 candidate genes in attention deficit hyperactivity disorder: suggesting multiple susceptibility genes among Chinese Han population. Molecular Psychiatry, 14(5), 546–554.

Gul, N., A. Tiryaki, S. E. C. Kultur, M. Topbas and I. Ak (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology 20(1): 50-56

Güler N. (2009). Lise öğrencileri arasında sigara alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. Cumhuriyet Tıp Dergisi; 31: 340-345

Ha, J. H., Kim, S. Y., Bae, S. C., Bae, S., Kim, H., Sim, M., ... & Cho, S. C. (2007). Depression and Internet addiction in adolescents. Psychopathology, 40(6), 424-430.

Ha, Y.-M. and W. Hwang (2014). Genderdifferences in internet addictionassociatedwith

Haagsma, M. C., King, D. L., Pieterse, M. E., & Peters, O. (2013). Assessing problematic video gaming using the theory of planned behavior – A longitudinal study of Dutch young people. International Journal of Mental Health Addiction, 11, 172–185.

Hauser M, Galling B, Correll CU.(2013) Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. Bipolar Disorders.;*15*(5):507–23.895.

Hay C[1], Meldrum R. (2010) Bullying victimization and adolescent self-harm: testing hypotheses from general strain theory.J Youth Adolesc. May;39(5):446-59.

Ho, R. C., M. W. Zhang, T. Y. Tsang, A. H. Toh, F. Pan, Y. Lu, C. Cheng, P. S. Yip, L. T. Lam and C.-M. Lai (2014). The association between internet addiction and psychiatric comorbidity: a meta-analysis. BMC psychiatry 14(1): 183.

Hohman LB (1922). Post-encephalitic behavior disorder in children. Johns Hopkins Hospital Bulletin, 33:89-97.

Hong, S., You, S., Kim, E., & No, U. (2014). A group-based modeling approach to estimating longitudinal trajectories of Korean adolescents' on-line game time. Personality and Individual Differences, 59, 9–15.

Hong, S.B., Zalesky, A., Cocchi, L., Fornito, A., Choi, E.J., Kim, H., et al., (2013) Decreased functional brain connectivity in adolescents with internet addiction. PLoS One 8, e57831.

Hurtig, T., Taanila, A., Moilanen, I., Nordström, T., & Ebeling, H. (2012). Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder—A study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. Nordic Journal of Psychiatry, 66(5), 320-328.

James, A., Lai, F. H., & Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110(6), 408-415.

Jang, K. S., S. Y. Hwangand J. Y. Choi (2008). Internet addiction and psychiatric symptoms

Jensen, P.S. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of general psychiatry, 56(12)

Johansson A, Gotestam KG: Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12–18 years). Scand J Psychol 2004.

Johnston C[1], Murray C, Hinshaw SP, William EP Jr, Hoza B.(2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. J Abnorm Child Psychol. Feb;30(1):77-88.

Kahn E, Cohen L (1934). Organic drivenness: A brain stem syndrome and experience. New England Journal of Medicine, 210:748– 756.

Kaltiala-Heino R.,Tomi Lintonen&Arja Rimpelä (2004)Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12–18 year-old adolescents Journal Addiction Research & Theory Volume 12, 2004 - Issue 1

Karaca, S., A. Saleh, F. Canan and M. N. Potenza (2016). Comorbidity between behavioral addictions and attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. International Journal of Mental Health and Addiction 3(15): 701-724.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N.(1997)Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Jul;36(7):980-8.

Kavakci O, Kugu N, Semiz M, Meydan F, Karsikaya S, Dogan O. (2012).Prevalence of attention-deficit/hyperactivitydisorderandco-morbiddisordersamong students of Cumhuriyet University. Eur J Psychiat; 26: 107-117

Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 62, 147-152.

Kelly, D. P. and G. P. Aylward (1992). Attention deficits in school-aged children and adolescents: current issues and practice. Pediatric Clinics of North America 39(3): 487-51

Kieling, C., R. R. Goncalves, R. Tannock and F. X. Castellanos (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatric clinics of North America 17(2): 285-307

Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, et al. (2006) Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. International journal of nursing studies 43: 185-192.

KimBS, Chang SM, Park JE, Seong SJ, Won SH, Cho MJ. (2016) Prevalence, correlates, psychiatric comorbidities, and suicidality in a community population with problematic Internet use. Psychiatry Res. Oct 30;244:249-56.

Ko CH, Yen JY, Chen CS, Chen CC, Yen CF. (2008): Psychiatric comorbidity of internet addiction in collegestudents: an interviewstudy. CNS Spectr; 13: 147–153.

Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. Arch Pediatr Adolesc Med. ;163(10):937–43

Ko, C.-H., J.-Y. Yen, C.-F. Yen, C.-S. Chen and C.-C. Chen (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. European Psychiatry 27(1): 1-8.

Ko, C.-H., J.-Y. Yen, C.-F. Yen, H.-C. Lin and M.-J. Yang (2007). Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. CyberPsychology & Behavior 10(4): 545-551.

Koç M. (2011) Internet Addıctıon And Psychopatology. The Turkish Online Journal of Educational Technolog volume 10 Issue 1.

Kormas, G., Critselis, E., Janikian, M., Kafetzis, D., & Tsitsika, A. (2011). Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: a cross-sectional study. BMC public health, 11(1), 595.

Kratochvil CJ, Vaughan BS, Stoner JA, et al.(2011) A double-blind, placebo-controlled study of atomoxetine in young children with ADHD. Pediatrics;127

Kubey, R. W., Lavin, M. J., & Barrows, J. R. (2001). Internet Use and Collegiate Academic Performance Decrements: Early Findings. Journal of Communication, 51, 366–382

Lee, H. W., Choi, J. S., Shin, Y. C., Lee, J. Y., Jung, H. Y., & Kwon, J. S. (2012). Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling. Cyberpsychology, behavior, and social networking, 15(7), 373-377.

Lin, I. H., Ko, C. H., Chang, Y. P., Liu, T. L., Wang, P. W., Lin, H. C.Yen, C. F. (2014). The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents. Comprehensive Psychiatry, 55(3), 504–510.

Lowe GA, Gibson RC.(2005) Depression in adolescence: newdevelopments. West IndianMed J

Mannuzza S[1],Klein RG,Bessler A,Malloy P,LaPadula MAm J Psychiatry (1988).Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up.1998 Apr;155(4):493-8.

Manor, I., Gutnik, I., Ben-Dor, D. H., Apter, A., Sever, J., Tyano, S., ... & Zalsman, G. (2010). Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents–a pilot study. European psychiatry, 25(3), 146-150.

Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Feldman L, Syed E, GormanAA, Montaner J, Annapareddy J, Gupta N, Bello A, Siddiqui F.(2015) Suicide ıdeationand attempts are associated with co-occurring oppositional defiant disorder and sadness in childrenand

Mazhari, S. (2012). Association between problematic internet use and impulse control disorders among Iranian university students. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 15(5), 270-273.

McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. QJM: An International Journal of Medicine, 108(10), 765-780.

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(10), 980-989.

Messias, E, Castro, J., Saini, A., Usman, M. and Peeples, D. (2011), Sadness, Suicide, and Their Association with Video Game and Internet Overuse among Teens: Results from the Youth Risk Behavior Survey 2007 and 2009. Suicide and Life-Threatening Behavior, 41: 307–315.

Metin, Ö., Ö. SAraçlı, N. Atasoy, Ö. Senormancı, V. Kardeş and H. Açıkgöz (2015). Lise öğrencilerinde internet bağımlılığının DEHB ve tütün/alkol kullanma ile ilişkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 28: 204-212

Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-Control Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use during Pregnancy. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(4), 378–385

Millichap, J. G. (2008). Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 121(2), e358–e365.

Minder, B., Das-Smaal, E. A., Brand, E. F. J. M., & Orlebeke, J. F. (1994). Exposure to Lead and Specific Attentional Problems in Schoolchildren. Journal of Learning Disabilities, 27(6), 393–399.

Miranda R, De Jaegere E, Restifo K, Shaffer D. (2014) Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. Depression and Anxiety.31(1):19–26.

Morahan-Martin, J. and P. Schumacher (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. Computers in human behavior 16(1): 13-29.

Morrison, C. M., & Gore, H. (2010). The relationship between excessive Internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults. Psychopathology, 43(2), 121-126.

Mościcki, E. K. (2014). Suicidal behaviors among adults. The Oxford handbook of suicide and self-injury, 82.

Ni, X., Yan, H., Chen, S., & Liu, Z. (2009). Factors influencing internet addiction in a sample of freshmen university students in China. Cyberpsychology & behavior, *12*(3), 327-330.

Oosterlaan, J., Logan, G. D., & Sergeant, J. A. (1998). Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD+ CD, anxious, and control children: A meta-analysis of studies with the stop task. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 39(3), 411-425.

Ozcelik, H. S., Ozdel, K., Bulut, S. D., & Orsel, S. (2015). The reliability and validity of the Turkish version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 25(2), 141-150.

Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi : Bütüncül Yaklaşım. Klinik Psikiyatri, 5, 111–119.

Öztoprak, M.T. (2001). Bilgisayar iletişim ağlarının büro çalışanları üzerine etkileri ve bir araştırma. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi. Ankara

Öztoprak, M.T. (2002). Bilgisayar iletişim ağlarının büro çalışanları üzerine etkileri ve bir araştırma. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi. Ankara Sırabaşı, V. Radyo, televizyon ve internet aracılığı ile kişilik haklarına tecavüz. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi. Ankara

Park S, Hong K-EM, Park EJ, Ha KS, Yoo HJ (2013) The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 47: 153-9. 34

Park SK, Kim JY, Cho CB: Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. Adolescence 2008;

Park, S., Jeon, H. J., Son, J. W., Kim, H., & Hong, J. P. (2017). Correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of problematic game use in a national wide sample of Korean adults. International Journal of Mental Health Systems, 11, 35.

Pliszka, S. R. (2005). The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biological Psychiatry, 57(11), 1385–1390.

Polanczyk, G., M. S. de Lima, B. L. Horta, J. Biederman and L. A. Rohde (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. American journal of psychiatry 164(6): 942-948.

Proal, E., Reiss, P. T., Klein, R. G., Mannuzza, S., Gotimer, K., Ramos-Olazagasti, M. A., … Castellanos, F. X. (2011). Brain gray matter deficits at 33-year follow-up in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder established in childhood. Archives of General Psychiatry, 68(11), 1122–1134.

Rasmussen P[1], Gillberg C. (2000) Natural Outcome of ADHD With Developmental Coordination Disorder at Age 22 Years: A Controlled, Longitudinal, Community-Based Study Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 39, Issue 11 , 1424 – 1431

Reineck MA, Franklin-Scott RL. (2005.). Assessment of Suicide: Beck's scales for assessing mood and suicidality. In: Yutif RI, Lester D (eds.) Assessment, Treatment, and Prevention of Suicidal Behavior. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Hersey;

Sanchez-Gistau, V., Baeza, I., Arango, C., González-Pinto, A., de la Serna, E., Parellada, M., ... & Castro-Fornieles, J. (2013). Predictors of suicide attempt in early-onset, first episode psychoses: A longitudinal 24-month follow-up study. The Journal of clinical psychiatry.

Seixas, M, Weiss, M, Muller, U (2012) Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. J Psychopharmacol 26: 753–765.

Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of general psychiatry, 53(4), 339-348.

Shafii, M., Steltz-Lenarsky, J., Derrick, A. M. C., Beckner, C., & Whittinghill, J. R. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. Journal of Affective Disorders, 15(3), 227–233.

Shaw M, Black DW. (2008) Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. CNS Drugs; 22: 353-365..

Sırabaşı, V. (2002). Radyo, televizyon ve internet aracılığı ile kişilik haklarına tecavüz. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi. Ankara.

Soole R, Kõlves K, De Leo D. (2014). Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland Child Death Register. Crisis; 35.292-300

Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. Journal of affective disorders, 197, 81-87.

Sueki H. (2015) The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: a cross-sectional study of young internet users in Japan.J Affect Disord. Jan 1;170:155-60

Taylor E, SonugaBarke E. (2008) ‘’Disorders of attention and activity’’. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, fifth ed., Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd., , p.519-542.

Thatcher A, Goolam S.(2005) Development and psychometric properties of the Problematic Internet use Questionnaire. South AfricanJournal of Psychology, 35:793-809.

Tsitsika, A., Critselis, E., Kormas, G., Konstantoulaki, E., Constantopoulos, A., & Kafetzis, D. (2009). Adolescent pornographic internet site use: a multivariate regression analysis of the predictive factors of use and psychosocial implications. CyberPsychology & Behavior, 12(5), 545-550.

Tsitsika, A., Janikian, M., Schoenmakers, T. M., Tzavela, E. C., Olafsson, K., Wójcik, S., ... & Richardson, C. (2014). Internet addictive behavior in adolescence: a cross-sectional study in seven European countries. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17(8), 528-535.

Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri. 2011.

Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri. 2014.

Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri. 2015.

Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri. 2016

Valleur M, Velea D (2002). Lesaddictions san Drougues

Van den Oord, E. J., D. I. Boomsma and F. C. Verhulst (1994). A study of problem behaviors in 10-to 15-year-old biologically related and unrelated international adoptees. Behavior Genetics 24(3): 193-205.

Van Emmerik-van Oortmerssen K[1],Van de Glind G, V, Smit F,Crunelle CL, Swets M, Schoevers RA..*(2012)* 'Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysi Drug & Alcohol Dependence , Volume 122 , Issue 1 , 11 – 19

Van Ewijk, H., Heslenfeld, D. J., Zwiers, M. P., Buitelaar, J. K., & Oosterlaan, J. (2012). Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36(4), 1093–1106.

Van Ballegooijen W[1], Cuijpers P[2], van Straten A[2], Karyotaki E[2], Andersson G[3], Smit JH[4], Riper Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis.PLoS One. 2014 Jul 16;9(7):e100674.

Ventura, K. (2002). Tüketicilerin süpermarket/ hipermarketlerden internet üzerinden alışveriş yapma eğilimleri: İzmir örneği. Ege Üniversitesi. Yüksek lisans tezi. .İzmir

VURAL, P., UNCU, Y., & KILIÇ, E. Z. (2015). Relationship between Symptoms of Disruptive Behavior Disorders and Unsafe Internet Usage in Early Adolescence. Nöro Psikiyatri Arşivi, 52(3), 240–246.

Wainer, J., Dwyer, T., Dutra, R. S., Covic, A., Magalha˜es, V. B., & Ferreira, L. R. R., et al. (2008). Too much computer and Internet use is bad for your grades, especially if you are young and poor: Results from the 2001 Brazilian SAEB. Computers & Education, 51, 1417–1429.

Wang W. (2001) Internet dependency and psychosocial maturity among college students. Int J Hum Comp Stud; 55: 919–38

Wang, B., Yao, N., Zhou, X., Liu, J., & Lv, Z. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 17, 260

Weinstein, A., Y. Yaacov, M. Manning, P. Danon and A. Weizman (2015). Internet Addiction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Schoolchildren. The Israel Medical Association journal: IMAJ 17(12): 731-734.

Weinstein, A., Y. Yaacov, M. Manning, P. Danon and A. Weizman (2015). Internet Addiction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Schoolchildren. The Israel Medical Association journal: IMAJ 17(12): 731-734.

Whelan, R., Conrod, P.J., Poline, J.B., Lourdusamy, A., Banaschewski, T., Barker, G.J. et al, (2012). Adolescent impulsivity phenotypes characterized by distinctbrain networks Nature Neuroscience 15, 920–925.

Wilens, T. E., T. J. Spencer, J. Biederman, K. Girard, R. Doyle, J. Prince, D. Polisner, R. Solhkhah, S. Comeau and M. C. Monuteaux (2001). A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. American Journal of Psychiatry 158(2): 282-288.

Willcutt, E. G., J. T. Nigg, B. F. Pennington, M. V. Solanto, L. A. Rohde, R. Tannock, S. K. Loo, C. L. Carlson, K. McBurnett and B. B. Lahey (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes, American Psychological Association.

Willoughby, T. (2008). A short-term longitudinal study of Internet and computer game use by adolescent boys and girls: Prevalence, frequency of use, and psychosocial predictors. Developmental Psychology, 44, 195–204.

World Health Organization. (2017) Suicide rates and absolute numbers of suicide by country.

World Health Organization. Figures and Facts About suicide. (2015)

Xiuqin, H., Huimin, Z., Mengchen, L., Jinan, W., Ying, Z., & Ran, T. (2010). Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13(4), 401-406.

Yen, C. F., Ko, C. H., Yen, J. Y., Chang, Y. P., & Cheng, C. P. (2009). Multi-dimensional discriminative factors for Internet addiction among adolescents regarding gender and age. Psychiatry and clinical neurosciences, 63(3), 357-364.

Yen, J. Y., C. H. Ko, C. F. Yen, S. H. Chen, W. L. Chung and C. C. Chen (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. Psychiatry and clinical neurosciences 62(1): 9-16

Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Tang, T. C., & Ko, C. H. (2009). The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. Cyberpsychology & Behavior, 12(2), 187-191.

Yen, J.-Y., C.-H. Ko, C.-F. Yen, H.-Y. Wu and M.-J. Yang (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. Journal of adolescent health 41(1): 93-98.

Yoo, H. J., S. C. Cho, J. Ha, S. K. Yune, S. J. Kim, J. Hwang, A. Chung, Y. H. Sung and I. K. Lyoo (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. Psychiatry and clinical neurosciences 58(5): 487-494.

Young KS. Internet addiction (1996) The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychol Behav 1996; 3: 237- 244

Young, K. S. (1996). Psychology of computeruse: XL. Addictiveuse of the Internet: a case

Young, K. S. (1998). Internet addiction: Theemergence of a newclinicaldisorder. Cyberpsychology&behavior1(3): 237-244.

Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. Innovations

Young, K. S. (2004). Internet addiction. Am Behav Sci 2004; 48: 402-441.

Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. CyberPsychology & Behavior, 10(5), 671-679.

Yu, L., & Shek, D. T. (2013). Internet addiction in Hong Kong adolescents: A three-year longitudinal study. Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 26(3 Suppl), S10–S17.

Yuan, K., Cheng, P., Dong, T., Bi, Y., Xing, L., Yu, D….. Tian, J., (2013). Cortical thickness abnormalities in late adolescence with online gaming addiction. PLoS One 8 (1), e53055.

Yuan, K., Qin, W., Wang, G., Zeng, F., Zhao, L., Yang, X., . . . Tian, J., (2011). Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. PLoS One 6 (6), e20708,

Zayats, T., Johansson, S., & Haavik, J. (2015). Expanding the toolbox of ADHD genetics. How can we make sense of parent of origin effects in ADHD and related behavioral phenotypes? Behavioral and Brain Functions, 11(1).

Zboralski K, Orzechowska A, Talarowska M, Darmosz A, Janiak A, Janiak M, Florkowski A, Galecki P. (2009) The prevalence of computer and Internet addiction among pupils. Postepy Hig Med Dosw (Online); 63.8-12. 3

Zhang, P., Roberts, R. E., Liu, Z., Meng, X., Tang, J., Sun, L., & Yu, Y. (2012). Hostility, Physical Aggression and Trait Anger as Predictors for Suicidal Behavior in Chinese Adolescents: A School-Based Study. PLoS ONE, *7*(2)

Zhou, Y., Lin, F., Du, Y., Qin, L., Zhao, Z., Xu, J., Lei, H., (2011). Gray matter abnormalities in Internet addiction: a voxel-based morphometry study. Eur. J. Radiol. 79 (1), 92–95

ZorogluS. (2001).Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi.; 2(2):69-78.

8. EKLER

8.1.Ek.1 Etik Kurulu Kararı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 185 **Tarih : 05.02.2018**
Konu: Doç. Dr. Nusret SOYLU hk.

Sayın Doç. Dr. Nusret SOYLU
Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi: Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalının 06/11/2018 gün ve 20785 sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz ve Dr. Sena SAYGILI' nın yürüteceği 2018/102 dosya numaralı "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Ergenlerin Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 26/01/2018 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Ekİ: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

8.2.Ek.2 Sosyodemografik Veri Formu

Adı Soyadı: Doğum Tarihi: Yaşı:

Cinsiyeti:

Kardeş Sayısı:

Telefon :

ANNE ; Yaşı:

Tahsil: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite 5- Yüksek lisans/Doktora

Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest

Sağlık Durumu : 1-Sağlıklı 2- Tıbbi Hastalık 3- Psikiyatrik Hastalık

BABA ; Yaşı:

Tahsil: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite 5- Yüksek lisans/Doktora

Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest

Sağlık Durumu : 1-Sağlıklı 2- Tıbbi Hastalık 3- Psikiyatrik Hastalık

Akraba Evliliği 1- Var 2- Yok

Ayrılık (var ise kaç yıldır ve çocuk kiminle kalıyor belirtiniz)

KARDEŞLER (yaş, eğitim, sağlık durumu)

GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER:

Hamilelik Süreci: 1- Normal 2- Sorunlu (premature doğum, düşük doğum ağırlığı)

Gebelik süresince madde kullanımı (var ise hangi dönem): 1- yok 2- ilaç 3- sigara

Doğum Şekli 1- Normal yol ile 2- Sezeryan ile

Küvöz Bakımı 1- Var 2- Yok

Gelişim : Yürüme: 1- 1yaş ve öncesinde 2- 1-2 yaş arasında 3- 2 yaşından sonra

Konuşma: Tek Kelimeler:

1-1yaş ve öncesinde **2**-1-2 yaş arasında **3**-2 yaşından sonra

Cümle Kurma:

1-1-2 yaş arası **2**- 2-3 yaş arası **3**- 3-4 yaş arası **4**- 4 yaştan sonra

Sosyal Alan: 1- olağan 2- olağan dışı

Tuvalet Eğitimi**:** **1**- Zamanında **2**-Geç

Anne Sütü Süresi: **1**- hiç emmeme **2**- 3 aydan az **3**- 6aydan az emme **4**- 6-12 ay

5- 12-24 ay **6**- 2-3 yıl **7**- 3 yıldan fazla

Son 1 yıldaki okul başarısı: 1- takdir 2-teşekkür 3-orta 4- zayıf 5- çok zayıf

Bu yıl okula gitmediği gün sayısı kaçtır?

0-5 gün 5-10 gün 10-15 gün 15-20 gün 20 günden fazla

Özgeçmiş: Çocuğunuzun tanı konmuş tıbbi bir hastalığı var mıdır? Şimdi (Ş) veya Geçmişte (G) olduğunu belirtiniz. (epilepsi, bilinç kaybına yol açan kafa travması, geniz eti operasyonu…vs.)

Soygeçmiş: Ailenizde ya da 1. Derece akrabalarınızda DEHB tanısı alan birey var mı ? Var ise kim?

1- yok 2- var

TANI VE TEDAVİ SÜRECİ

Çocuğunuza ilk kez DEHB tanısı kaç yaşında konuldu?

İlk başlanan tedavi ne idi? 1- MPH (Ritalin/Concerta)

2- Atomoksetin (Strattera)

3- Antipsikotik (Risperdal / Abilify)

Çocuğunuz şu an tedaviden ne kadar fayda görüyor?

1- Hiç fayda görmedi 2- Çok az 3- Orta 4- İyi 5- Çok iyi

Sizce çocuğunuz düzenli tedavi aldı mı? Almadı ise nedeni ?

8.3.Ek.3 İntihar ve İntihar Davranışı ile İlgili Veri Formu

1-Kendinizi öldürmek için hiç girişimde bulundunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

a-Kaç kez kendinizi öldürme girişiminiz oldu? ….

b- Kendinizi öldürme girişim(ler)insizin zamanını aşağıdaki şekilde kaydediniz.

	Gün	Ay	Yıl
Girişim 1			
Girişim 2			
Girişim 3			

c- Kendinizi öldürme girişim(ler)insizde kullandığınız yöntemleri belirtiniz

	Girişim 1	Girişim 2	Girişim 3
İlaçla			
Zehirle			
Asarak			
Kesici Aletle(jilet)			
Boğarak			
Yüksekten Atlama			
Diğer			

d- İntihar girişiminde bulunduğunu. An kendinizi ne kadar öldürmek istediniz ?

	Hiç istemedim(1)	2	3	4	Çok fazla istedim(5)
Girişim 1					
Girişim 2					
Girişim 3					

2-Ailede intihar girişiminde bulunan biri var mı?

( )Evet ( )Hayır

a-Evetse, yakınlık dereceniz Nedir?

3 Tanıdığınız biri intihar etti mi?

( )Evet ( )Hayır

a-Evetse, yakınlık dereceniz Nedir?

8.4.Ek.4. İnternet Kullanım Alışkanlıkları Formu

İNTERNET KULLANIM ALIŞKANLIKLARI FORMU

1.Yaşadığınız ortamda kullandığınız bir bilgisayar var mı?

( ) Evet( ) Hayır

2. Bilgisayar varsa evinizin neresinde bulunuyor?

a-( ) Salon

b-( ) Kendi odam

c-( ) Oturma odası

d-( ) Yatak odası

e-( ) Diğer…

3. Kendinize ait bilgisayarınız var mı?

( ) Evet( ) Hayır

4. Yaşadığınız ortamda internet erişimi var mı?

( ) Evet( ) Hayır

5. İnternetle ilk nerede tanıştınız?

a-( ) Evde

b-( ) Okulda

c-( ) Arkadaşlarımda

d-( ) İnternet Kafede

e-( ) Diğer…

6. Ne kadar zamandır bilgisayar kullanıyorsunuz?

( ) 0-1 yıl( ) 1-5 yıl( ) 5 yıldan fazla

7. Ne kadar zamandır internet kullanıyorsunuz?

( ) 0-1 yıl( ) 1-5 yıl( ) 5 yıldan fazla

8. İnternete en sık nerede giriyorsunuz?

a-( ) Evde

b-( ) Okulda

c-( ) Arkadaşlarımda

d-( ) İnternet Kafede

e-( ) Diğer…

9. İnternete en sık hangi cihazla girmeyi tercih ediyorsunuz ?

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

10. Yaklaşık olarak haftada kaç saat bilgisayar, tablet ya da telefon başında geçiriyorsunuz?

a-( ) Haftada 2-5 saat

b-( ) Haftada 6-10 saat

c-( ) Haftada 11-15 saat

d-( ) Haftada 16-20 saat

e-( ) Haftada 20 saatten fazla

11. Günün daha çok hangi saatlerinde bilgisayar, tablet ya da telefon başında oluyorsunuz?

( ) 8.00 – 16.00( ) 16.00 – 22.00( ) 22.00 – 8.00

12. İnterneti ne amaçla kullanıyorsunuz? (Uygun olanı X ile işaretleyiniz)

		Hiç	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Çoğu Zaman**	**Her Zaman**
a-	Sosyal paylaşım siteleri	( )	( )	( )	( )	( )
b-	Online oyunlar	( )	( )	( )	( )	( )
c-	Chat (Sohbet)	( )	( )	( )	( )	( )
d-	Genel bilgi arama	( )	( )	( )	( )	( )
e-	Eğitimle ilgili araştırma	( )	( )	( )	( )	( )
f-	E-posta kullanımı	( )	( )	( )	( )	( )
g-	Alışveriş	( )	( )	( )	( )	( )
h-	Borsa	( )	( )	( )	( )	( )
i-	Bahis siteleri	( )	( )	( )	( )	( )
j-	Kumar oynama	( )	( )	( )	( )	( )
k-	Gazete-haber okuma	( )	( )	( )	( )	( )
l-	Program yükleme	( )	( )	( )	( )	( )
m-	Müzik dinleme	( )	( )	( )	( )	( )
n-	Arkadaş bulma siteleri	( )	( )	( )	( )	( )

o-	Cinsel içerikli siteler	( )	( )	( )	( )	( )
p-	Forum siteleri	( )	( )	( )	( )	( )
q-	Dizi, film,video izleme	( )	( )	( )	( )	( )

13. Anne ve babanızdan biri ya da ikisi internet kullanmayı biliyor mu?

a-( ) Babam biliyor

b-( ) Annem biliyor

c-( ) Her ikisi de biliyor

d-( ) Her ikisi de bilmiyor

14. Online oyun oynuyor musunuz?

( ) Evet( ) Hayır

Cevabınız Evet ise;

En çok oynadığınız online oyunları yazar mısınız?

Online oyun yoluyla para kazandığınız oldu mu?

( ) Evet( ) Hayır

Online oyun oynarken para vererek veya kredi kartıyla (kılıç, kalkan, silah, seviye… vb) teçhizat satın aldınız mı?

( ) Evet( ) Hayır

15. Daha önce internetten alışveriş yaptığınız oldu mu?

( ) Evet( ) Hayır

16. Daha önce internetten şans-talih oyunu oynadınız mı?

( ) Evet( ) Hayır

17. İnternet üzerinden chat (sohbet) yapıyor musunuz?

( ) Evet( ) Hayır

Cevabınız evet ise;

Chat yaparken gerçek kimliğinizi gizliyor musunuz?

( ) Evet( ) Hayır( ) Bazen

8.5.Ek.5 Young Internet Bağımlılığı Ölçeği

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

8.6.Ek.6 Conners Anne ve Baba Değerlendirme Ölçeği

CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU **Tarih:**

Çocuğun Adı Soyadı :Doğum Tarihi:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3. Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5. Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.				
6. Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7. Sık sık veya kolayca ağlar.				
8. Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9. Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10. Öğrenme güçlüğü çeker.				
11. Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12. Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13. Yerinde duramaz, her an hareket halindedir.				
14. Zarar vericidir (eşyalara).				
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16. Utangaçtır.				
17. Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.				
18. Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır (ör: bebeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)				
19. Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				
21. Somurtur, surat asar veya küser.				
22. Çalma huyu vardır.				
23. Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				
24. Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili).				
25. İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26. Çabuk kırılır veya gücenir.				

27. Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
	Hiç yok	**Biraz**	**Oldukça fazla**	**Çok fazla**
28. Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker				
29. Merhametsizdir.				
30. Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir).				
31. Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32. Baş ağrıları vardır.				
33. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34. Kuralları ve sınırları sevmez, onlara uymaz.				
35. Sürekli kavga eder.				
36. Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38. Diğer çocukları rahatsız eder**.**				
39. Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40. Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41. Mide ağrıları vardır.				
42. Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				
43. Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44. Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45. Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır.				
46. Övünür, yüksekten atar.				
47. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Bağırsakları sık sık bozulur. Tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

8.7.Ek.7 İntihar Olasılığı Ölçeği

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık Sık	Çoğu zaman veya her zaman
1.Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2.Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum.				
3.Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.				
4.Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5.Çok fazla sorumluğumun olduğunu düşünüyorum.				
6.Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum.				
7.Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.				
8.Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum.				
9.Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10.İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum.				
11.Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12.Kendimi dayanılamayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13.İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum.				
14.Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım.				
15.Pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.				
16.Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17.Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18.İşlerim yolunda gidiyora benziyor.				
19.İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20.Yaptığım veya düşündüğüm şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünüyorum.				
21.Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.				
22.Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.				
23.Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığımı hissediyorum.				
24.Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum.				
25.Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum.				
26.Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediyordum.				
27.Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				

28.Bir şeylerin düzeleceği konusunda umutsuzum.				
29.İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.				
30.Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.				
31.Para konusu beni endişelendiriyor.				
32.İntihar etmeyi düşünüyorum.				
33.Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.				
34.Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım.				
35.Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediyordum.				
36.Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.				

8.8.Ek.8 İntihar Davranış Ölçeği

1-Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

A-asla

B-bir kez

C-bazen

D-sıklıkla

E-çok sık

F-her zaman

2-Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

A-asla

B-bir kez

C-bazen

D-sıklıkla

E-çok sık

3-Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

A-evet

B-hayır

4-Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

A-hiç bir zaman etmem

B-şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem.

C-belki

D-mutlaka

E-mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

8.9.Ek.9 Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

İsim: Tarih:

I. Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

Yaşama arzusu( )
0.Orta veya şiddetli
1.Zayıf
2.yok

Ölme arzusu( )
0.Yok
1.Zayıf
2.Orta veya şiddetli

Yaşam / Ölüm için Nedenler( )
0.Yaşam ölümden ağır basmakta
1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit
2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor

Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu( )
0.Yok
1.Zayıf
2:Orta veya şiddetli

Pasif İntihar girişimi( )
0.Yaşamı korumak için intihar girişimi
1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir
2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

II. İntihar Düşüncesi / Arzusu Karakteristiği

6. Zaman boyutu : Süresi( )

0..Kısa ve geçici dönemler

1.Uzun dönemler

2.Kronik veya hemen daima sürekli

7. Zaman boyutu : Sıklık( )

0.Nadiren

1.Aralıklı

2.Sebat eden veya süregen

8. Düşünce ve Arzuya karşı tutum( )

0.Kabul etmeyen

1.Ambivalan , tepkisiz

2.Kabul eden

9. İntihar davranışını / Acting outu kontrol etme arzusu( )

0.Kontrol etme duygusu mevcut

1.Kontrol edeceğinden emin değil

2.Kontrol etme duygusu yok

10. Aktif girişimden caydıran etmenler (din, aile, başarılı olmayan( )

ciddi hasar. Geri dönüş yok

0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme

1.Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme

2.Caydırıcıiar hakkında hiç yada minimal ilgi taşıma

11. Düşünülen girişim için sebep ( )

0. Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek,intikam

1. 0 ve 2 nin kombinasyonu

2. Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek

III. Tasarlanan Girişimin Özellikleri

12. Yöntem: Özgüllük ve Planlama ( )

0.Dikkate alınmama

1.Dikkate alınmış fakat detaylar çalışılmamış

2.Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış

13. Yöntem: Erişilebilirlik ( )

0.Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok

1.Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten yok

2a.Yöntem ve fırsata erişilebilir

2b.Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.

14. Girişimi gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyumları olması ( )

0.Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf, yeteneksiz

1.Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var.

2.Yeteneği ve cesareti var

15.Gerçek girişimin beklentisi / öngörüsü ( )

0.Yok

1.Belirsiz, emin değil

2.Evet

IV- Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

16.Gerçek Hazırlık( )

0.Yok

1.Kısmen

2.Tam

17. İntihar Notu( )

0.Yok

1.Başlamış fakat tamamlamamış yada bırakmamış, sadece düşünce

2.Tamamlamış, bırakmış

18.Ölüm beklentisi içinde yapılan son hareketler( )

0.Yok

1.Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış

2.Kesin planlar yapmış yada düzenlemeleri tamamlamış

19. Tasarlanan girişimin gizlenmesi yada aldatıcı bir tavır sergilenmesi ( )

0.Tasarıları açıkça belli etmek

1.Açıklmaktan çekinmek

2.Yalan söyleme,aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur.

V- Arka Plan Faktörleri

20. Önceki intihar girişimi( )

Yok

1

Birden fazla

21 Son girişimle ilgili ölme eğilimi( )

0.Düşük

1.Orta derecede, ikilemli, emin değil

2.Yüksek

8.10. Ek.10 Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)
GÖNÜLLÜ GENÇLER (12-18 YAŞ) İÇİN

Bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu İstanbul Üniversite İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran gençleri Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' *araştırmasına davet etmek üzere hazırlanmıştır. Bu formu imzalamanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır, gönüllü olursanız o halde ailenizin de imzası alınacaktır.*

Sorumlu Araştırmacının adı, soyadı : Dr. Nusret Soylu, Dr. Sena Saygılı

Araştırmayı yürütecek kuruluşun adı :İ.Ü. İTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Destekleyici kuruluş :İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi

Araştırmanın adı ve varsa versiyon numarası: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi'

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' *" adını verdiğimiz çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkında sözlü olarak size aktaracağım bilgiler yazılı olarak da size bir sonraki bölümde sunulacaktır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu belgedeki son bölüm onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen bu bölümü imzalayınız. Okuma ve yazma konusunda engelleriniz olduğu takdirde bir tanığın gözetiminde bu belgeyi onaylamanız istenecektir.'*

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve ani karar ve hareketlerle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB tanısı olan gençlerin sıklıkla başka psikiyatrik tanıları da aldığı, bu tanıların da hayat kalitesini ve akran ilişkilerini etkilediği gösterilmiştir.

DEHB tanısı olan gençlerde en sık karşılaşılan durumlardan birisi sorunlu internet ve teknoloji kullanımıdır. İnternet bağımlılığı riski DEHBli gençlerde daha fazladır ve mutlaka dikkate alınması gereken bir risktir.

Ergenlerde intihar düşüncelerinin pasif ölüm düşüncesinden intihar planına kadar değişen aralıkta yaklaşık dörtte birinde görülmektedir. Araştırmalara göre DEHB tanısı olan gençlerde okul çağında yaşıtlarına göre DEHB ve intihar eğilimi arasında pozitif bir ilişki olduğu ve komorbid hastalıkların intihar davranışı ile DEHB arasında aracılık yaptığı gösterildi ve adolesanda internet bağımlığı ve intihar eğilimi ile ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ; zayıf aile desteği, düşük benlik saygısı ve depresyon değişkenleri ayarlanınca bile suisidal düşünce ya da girişim ile internet bağımlılığı arasında ilişki gösterildi.

Hem DEHB'nin hem de internet bağımlılığının intihar eğilimini arttırdığı ayrı ayrı çalışmalarda gösterilmiştir. İkisinin birlikteliğinin intihar eğilimini ne kadar arttıracağının araştırılması bu çalışmada planlamıştır.

'Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Problemli İnternet Kullanımı ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' başlıklı çalışmaya katılacaksınız. Bu araştırmanın amacı; DEHB'li ergenlerin problemli internek kullanımları ve intihar davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ergenin DEHB dışında bulunan psikiyatrik tanılarının, internet kullanma alışkanlıklarının, intihar olasılığı da değerlendirilecektir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden ve ailenizden bazı formları doldurmanız istenecektir. Formlardan elde ettiğimiz bilgiler bir istatistik programında hesaplanarak araştırma sonuçları elde edilecektir.

Çalışma sırasında çıkabilecek herhangi bir istenmeyen etki veya zarar riski yoktur.

Çalışmamıza yaklaşık 80 gönüllü gencin katılımı planlanmaktadır.

Araştırmaya katılmanızın çocuk ve ergen psikiyatrisinde DEHB olan çocuk ve ergenlerde problemli internet kullanımıve intihar davranışı arasındaki ilişkinin DEHB olmalarından ve diğer tanılardan nasıl etkilendiği, internet kullanma alışkanlıklarının intihar davranışını arttırıp arttırmadığını aydınlatmakta yardımı olacaktır. Elde edilecek bilgilerin

özellikle DEHB tanısı olan gençlerin problemli internet kullanımı ve intihar davranışı konusunda alınabilecek önlem ve müdahalelere katkı sağlayacak yaklaşımların geliştirilmesine yardımcı olacağına inanıyoruz.

Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi:

1. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır.
2. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.
3. Araştırmaya katıldığınız için her hangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz.
4. Dosyalarınızdan ya da sizden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan hekimler ve siz arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

5. Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Dr. Sena Saygılı'ya 0212 4142000 (12894) ve 05517221720 no'lu telefonlardan her zaman ulaşabilirsiniz.

KATILIMCININ BEYANI

Sayın Dr. Sena Saygılı tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya çocuğumla birlikte "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Sena Saygılı'ya danışabilceğimi ve 0212 414 20 00 / 12816 ve 05517221720 no'lu telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Konu hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

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

Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmza

8.11.Ek.11 Özgeçmiş

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Sena Saygılı		
T.C. Kimlik No	29440458882		
Doğum Yeri Ve Yılı	Denizli , 1988		
Görev Yeri	İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı		
Görev Unvanı	Asistan Doktor		
Yazışma Adresi	İstanbul Tıp Fakültesi Esnaf Hastanesi Poliklinikleri, Takvimhane Cad. No:19 Süleymaniye/İSTANBUL		
Tel	02124142000-12816	GSM	
E-Posta	snsyglll@hotmail.com	FAX	

2. Eğitim

Mezuniyet Tarihi	Okul,Üniversite-Fakülte-Bölüm/Anabilim Dalı
1994-1999	Denizli Hürriyet İlköğretim Okulu
1999-2002	Denizli Atatürk Ortaokulu
2002-2006	Denizli Erbakır Fen Lisesi
2006-2013	Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi (Burslu)
2014-	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastlıkları

3. Sertifika Programları

2015-2016	Çocuk ve Ergenler için Bilişsel Davranışcı Terapi (Yrd. Doç. Dr. Vahdet Görmez)

4. Poster Bildirisi

2016 Uluslararası Pskikofarmakoloji Kongresi	Beden Dismorfik Bozukluk ile takip edilen iki vakanın sunumu