

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

6-12 YAŞ ARASI DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARDA EKTRAN
MARUZİYETİ VE ANNE-BABA İNTERNET GÜVENLİĞİ VE
BİLİNÇLİ İNTERNET KULLANIMI BİLGİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Bilgehan Betül BİÇER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Betül ULUKOL

ANKARA

2020

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

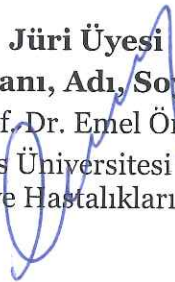
I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	:Dr. Bilgehan Betül Biçer	Sınav tarihi: 04/02/ 2020
Anabilim/Bilim Dalı	: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Betül Ulukol	

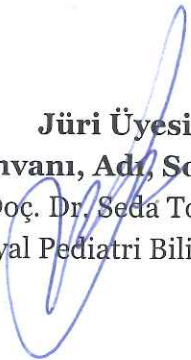
II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER		
Tezin Başlığı: 6-12 Yaş Arası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ekran maruziyeti ve Anne-Baba İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı Bilgisinin Değerlendirilmesi		
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi	<input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR		
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak		
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne		
<input type="checkbox"/> Reddine		
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine		
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.		

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız


Jüri Başkanı
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Betül Ulukol
Sosyal Pediatri Bilim Dalı


Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Emel Örün
Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı


Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Doç. Dr. Seda Topçu
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

KABUL VE ONAY



ÖNSÖZ

Asistanlığımız süresince bizim her daim yanımızda olduğunu hissettiğimiz Anabilim Dalı başkanımız Prof.Dr. Saadet Arsan'a

Tezimin her aşamasında desteğini benden esirgemeyen her zaman, tecrübe ve bilgisinden faydalandığım, erdemleri, nezaketi ve profesyonelliği ile örnek bir bilim insanı olan tez hocam, Prof.Dr. Betül Ulukol'a, yardım, katkı, rehberliği için Doç. Dr. Seda Topçu'ya ve değerli Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hocalarımız Prof. Dr. Birim Günay KILIÇ, Öğr. Üyesi Dr. Merve Çıkkılı UYTUN'a,

Asistanlık ve tez sürecimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen başta eşkıdemlerim olmak üzere tüm ASİSTAN ARKADAŞLARIMA

Yoğun çalışmalarından vakit ayırıp tez hastalarımın tespitinde yardımcı olan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı asistanlarına ve Sosyal Pediatri Bilim Dalı sekreterimiz Cuma ASLAN'a

Stajyerliğim, intörlüğüm de bana desteğini her zaman hissettiren ve gerek erdemleriyle, gerek örnek hekimliği ve bilimsel bakış açısıyla uzmanlık alanı olarak Çocuk sağlığı ve hastalıklarını seçmeme vesile olan saygıdeğer hocam Prof.Dr. Erdal İNCE'ye

Bizi var eden, bizlerinse faydalı olmaya çalıştığımız yaşamın aydınlığı olan tüm çocuklar ve ailelerine

Başta yaşamdaki tüm başarılarımın arka plandaki mimarı babam Mehmet BİÇER olmak üzere karşılıksız sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme ve asistanlığım süresince desteklerini ve varlıklarını hep yanımda hissettiğim çok sevgili ve kıymetli arkadaşlarım Esat ERENKÖYLÜ, Nihal YAMAN ve Ekin Zeynep ALTUN'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Bilgehan Betül Biçer

Ankara 2020

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	11
2.GENEL BİLGİLER.....	14
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	14
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	14
2.1.2. Tanı.....	15
2.1.3. Epidemiyoloji.....	20
2.1.4. Eşlik Eden Hastalıklar	20
2.1.5.Etiyoloji	21
2.2. Ekran Maruziyeti.....	21
2.2.2. Ekran Maruziyetinin Çocuk Sağlığına Etkileri	22
2.3. Oyun Alışkanlıkları ve Dijital Oyunlar	24
2.3.1. Tanım	24
2.3.2. Dijital Oyunlar	25
2.3.3. Dijital Oyun Bağımlılığı.....	28
2.3.4. Dijital Oyun Bağımlılığı Tanı Kriterleri	29
2.4. İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı.....	30
2.4.1 Tanım	30
2.4.2. İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımının Önemi.....	31
2.4.3. İnternet Bağımlılığı ve Problemlı İnternet Kullanımı	33
2.4.3.1. İnternet Bağımlılığı ve Problemlı İnternet Kullanımı Tanı Kriterleri	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneklem Seçimi.....	36
3.2. Çalışmaya Dâhil Olma ve Dışlanma Ölçütleri.....	37
3.2.1. Çalışma Grubuna (DEHB grubu) Dâhil Olma Ölçütleri	37
3.2.2. Çalışma Grubuna (DEHB grubu) Dâhil Olmama Ölçütleri.....	38
3.2.3. Sağlıklı Kontrol grubu (DEHB grubu) Dâhil Olmama Ölçütleri.....	38
3.2.4. Sağlıklı Kontrol grubu (DEHB grubu) Dâhil Olmama Ölçütleri.....	38
3.3. Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form (CEDÖ-YU).....	39
3.4. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler.....	39
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	39
3.4.2. Ekran Maruziyeti Sürecinin Değerlendirilmesi	39
3.4.3.Dijital Oyun Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	40
3.4.4. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ-7)	40
3.4.5. Ebeveyn İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanım Bilgisinin Değerlendirilmesi	41
3.5. İstatistiksel Analiz	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler	42
4.1.1. Gruplardaki Çocukların Yaş-Cinsiyet Dağılımları	42
4.1.2. Grupların Anne- Baba Yaş Dağılımları.....	44
4.1.3 Anne- Baba Çalışma Durumları.....	44
4.1.4 Anne- Baba Eğitim Düzeyleri	45
4.1.5. Anne- Baba Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması	46

4.1.6. Aile Gelir Düzeyleri	47
4.2. Çocukların Ekran Maruziyetine İlişkin Veriler	47
4.2.1. Çocukların Ebeveynleriyle Birlikte Gerçekleştirdiği Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	47
4.2.1.1 Çocukların İlk 2 Yaş Dönemine Ait Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	47
4.2.2.2 Çocukların 2-6 Yaş Dönemine Ait Aktivitelerin Değerlendirilmesi....	49
4.2.2.3 Çocukların 6-12 Yaş Dönemine Ait Aktivitelerin Değerlendirilmesi..	50
4.2.3 Çocukların Dijital Medya Kullanımının Değerlendirilmesi	51
4.2.3.1 Erken Ekran Maruziyetine İlişkin Veriler	51
4.2.3.2 Dijital Medya Alışkanlıkları	51
4.3. Dijital Oyunlar	53
4.3.1. Dijital Oyun Alışkanlıkları.....	53
4.3.2. Aralıksız Oyun Oynama Süresi	55
4.4. Dijital Oyun Bağımlılığı.....	64
4.5. Ebeveyn İnternet Kullanımına İlişkin Veriler	64
4.6. Ebeveyn İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler.....	65
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
7. ÖZET.....	76
8. SUMMARY	78
9. KAYNAKÇA	81
10.EKLER.....	94

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAP: Amerikan Pediatri Akademisi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BTK: Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

CEDÖ-YU: Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DOBÖ-7: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği

DSM-III: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-V

IDATE: Avrupa Görsel-İşitsel Medya ve Telekomunikasyon Enstitüsü

PEGI: Avrupa Oyun Bilgi Sistemi

PİK: Problemlili İnternet kullanımı

PC: Kişisel Bilgisayar

PS4: Oyun Konsolu

RTÜK: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu

WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Gözden Geçirilmiş Şekli

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL 1. YILLARA GÖRE DİJİTAL VE FİZİKSEL KOPYA ORANLARI .24	
ŞEKİL 2. PEGI OYUN ETİKETLERİ..... 28	
ŞEKİL 3.YILLARA GÖRE İNTERNET KULLANICI SAYILARI..... 30	



TABLolar DİZİNİ

TABLO 4.1.1 GRUPLARIN YAŞ DAĞILIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	42
TABLO 4.1.2 GRUPLARIN CİNSİYET DAĞILIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	43
TABLO 4.1.3.ÇOCUKLARIN “İLK ÇOCUK” VE “TEK ÇOCUK” OLMA DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI	43
TABLO 4.1.4 EVDE YAŞAYAN ÇOCUK SAYISININ KARŞILAŞTIRILMASI	44
TABLO 4.1.5. GRUPLARIN ANNE-BABA YAŞ DAĞILIMLARI	44
TABLO 4.1.6. ANNE VE BABALARIN ÇALIŞMA DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	45
TABLO 4.1.7. ANNE- BABA EĞİTİM DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	45
TABLO 4.1. 8. ANNE-BABA SAĞLIK DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	46
TABLO 4.1.9.AILELERİN GELİR DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	47
TABLO 4.2.1 .İLK 2 YAŞ DÖNEMINE AIT EN SIK YAPILAN AKTİVİTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	48
TABLO 4.2.2 .İLK 2 YAŞ AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	48
TABLO 4.2.3 2-6 YAŞ AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	49
TABLO 4.2.4 .6-12 YAŞ AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	50
TABLO 4.2.5 ERKEN EKran MARUZİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	51
TABLO 4.2.6. TÜM YAŞ GRUPLARINDA DİJİTAL MEDYA KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ	52
TABLO 4.3.1. DİJİTAL OYUN KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ	54
TABLO 4.3.2. ARALIKSIZ OYUN OYNAMA SÜRESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	55
TABLO 4.3.3 .STRATEJİ OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	55
TABLO 4.3.4. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA STRATEJİ OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	56
TABLO 4.3.5. SAVAŞ OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	56
TABLO 4.3.6. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA SAVAŞ OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	57
TABLO 4.3.7. AKSİYON OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	57
TABLO 4.3.8. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA AKSİYON OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	57
TABLO 4.3.9. ROL YAPMA OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	58
TABLO 4.3.10. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA ROL YAPMA OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	58
TABLO 4.3.11. MACERA OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	59
TABLO 4.3.12. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA MACERA OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	59

TABLO 4.3.13. BULMACA OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	60
TABLO 4.3.14. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA BULMACA OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	60
TABLO 4.3.15. SPOR OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	60
TABLO 4.3.16. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA SPOR OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	61
TABLO 4.3.17. SIMÜLASYON OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	61
TABLO 4.3.18. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA SIMÜLASYON OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	62
TABLO 4.3.19. DÖVÜŞ OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	62
TABLO 4.3.20. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA DÖVÜŞ OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	63
TABLO 4.3.21. YARIŞ OYUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	63
TABLO 4.3.22. ÇOCUKLARIN OYNADIKLARI ORTALAMA YARIŞ OYUNU SAYILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	63
TABLO 4.4.1. DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI	64
TABLO 4.5.1. EBEVEYN İNTERNET KULLANIMINA İLİŞKİN VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	64
TABLO 4.6.1. EBEVEYN İNTERNET GÜVENLİĞİ VE BİLİNÇLİ İNTERNET KULLANIMINI BİLGİSİ VE DOĞRU DAVRANIŞ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	65

1.GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının en sık görülen nörodavranışsal bozukluğu olup, okul çağındaki çocukları etkileyen en yaygın kronik sağlık sorunları arasındadır (1).

DEHB, dikkatini vermede ve dikkatin sürdürülmesinde zorluğu içeren dikkatsizlik, dürtü kontrolünde zayıflık, kendini sınırlama kapasitesinde azalma ve aşırı motor aktivite ile karakterizedir. Etkilenen çocukların akademik başarıları genellikle beklenenden düşüktür. Aile üyeleri ve akranlarla ilişkilerinde sorunlar yaşayabilirler ve sıklıkla benlik saygıları sağlıklı yaşlılarına göre daha düşük saptanabilir. DEHB'ye diğer davranışsal, duygusal ve dil öğrenme bozuklukları eşlik edebilir (1,2).

Çocuğun davranışlarını kontrol etmesinde ve dikkatini vermesinde problem vardır. Bu çocuklar “yerinde duramayan”, “hayalperest”, “düşünmeden davranan”, “dalgın, unutkan” olarak nitelendirilirler. Sıklığın % 5-10 arasında olduğu bilinmektedir (2). Toplum tarafından farkındalığı yeni oluşan bir durum olmasına karşın aslında uzun zamandan beri bilinmekte ve her yıl bu konuyla ilgili çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Hastalığın etiolojisinde çeşitli faktörler öne sürülmektedir. Etiyoloji tam olarak aydınlatılamamıştır. Hastalıkla ilişkisi saptanmış genetik faktörler en önemli risk faktörlerindedir. Prenatal faktörler, perinatal faktörler (prematürite, intrauterin gelişme geriliği), gebelikle ilişkili sorunlar (gebelikte alkol ve sigara kullanımı, psikolojik stres varlığı, eklampsi), genetik faktörler, erkek cinsiyet, geçirilmiş kafa travması, gıda koruyucuların tüketilmesi gibi faktörler suçlanmaktadır (3).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun özgün belirtici yoktur. İlk kez 1845 yılında Dr. Henrich Hoffman tarafından tanımlanmış olmasına rağmen yine bir hekim olan Sir George F. Stil 1902'de bu bozukluğu yeniden vurgulamıştır. Bu dönemi takiben bu bozukluğun özelliklerini, nedenlerini, seyrini, tedavilerini araştıran çalışmalar hızlanmıştır.

Günümüzde DEHB sıklığının arttığı ifade edilmektedir. Bunun gerçek bir artış mı farkındalık artışı mı olduğu bilinmemektedir. Sıklığın artışı günümüz yaşam

koşullarının etiyojide rol alıyor olabileceğini akla getirmiştir. Örneğin gıda koruyucular ile DEHB ilişkisi gösterilmiştir (3).

Gelişen teknoloji ve teknolojiye ulaşma olanaklarının artışı ile birlikte akıllı telefon, tablet, akıllı televizyon, bilgisayar gibi teknolojik gereçlerin kullanımı kaçınılmaz olarak artmıştır. Teknolojinin hızlı ilerleyişi çocukların henüz yeterli bilişsel becerileri kazanmadan televizyon, tablet, akıllı telefon gibi dijital medya ile erken yaşta tanışmasına neden olmaktadır. Bu durumun çocukların konuşmasını, duygusal zekâ gelişimini, görsel ve işitsel hafıza gelişimini etkilediği düşünülmektedir. Dijital medya kullanımı son yıllarda katlanarak artmaktadır. Çalışmalar bu nedenle dijital medya kullanımı, internet bağımlılığı gibi güncel sorunlarla DEHB ilişkisine odaklanmıştır (4).

Ekran maruziyeti çocuğun televizyon, tablet, bilgisayar, akıllı telefon gibi dijital medya ile karşılaşması olarak tanımlanır. Sinema bu gruba dâhil değildir. Erken ekran maruziyeti AAP tarafından çocuğun 18 aylıktan önce telefon, tablet veya televizyon ile tanışması olarak tanımlanmaktadır (2). Erken ekran maruziyetinin ve ekran maruziyet sıklığındaki artışın uyku bozukluklarına neden olduğu, sedanter yaşam ve obezite gelişimini kolaylaştırdığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (5). Son yıllarda yapılan çalışmalar çocukların davranış modelleri ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyerek, bazı davranış modelleri ile dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik arasında ilişki olabileceğinin üzerinde durmuştur. Bu davranış modelleri arasında çocuğun oyun alışkanlıkları, internet kullanımının artışı, erken yaşta ekran maruziyetinin başlaması sayılabilir. Yapılan bazı çalışmalar çocukların internet ağında geçirdiği sürenin artışı ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite skorunun arttığını göstermiştir (6).

İnternet birçok alanda kullanıcılara çeşitli olanaklar sunan; her türlü bilgi ve belgeye ulaşma imkânı sağlayan, insanların duygu ve düşüncelerini ifade etmesine imkân veren, yaşamı birçok açıdan kolaylaştıran önemli bir bilişim ve iletişim aracıdır. İnternet bilinçli, güvenli ve etkin kullanılmadığı takdirde kullanıcıların çeşitli yönlerden zararlara uğrayabileceği bilinmektedir İnternet kullanımı bilgi teknolojilerine kolaylıkla ulaşmayı sağlarken kas ve iskelet sorunları, yeme sorunları, obezite ve görmede bozulma gibi fiziksel hastalıklara, bunun yanı sıra anksiyete

(kaygı) bozukluğu, içe dönüklük, stres, asosyallik, depresyon, internet, oyun ve madde bağımlılığı gibi ruhsal sorunlara neden olabilir (7).

İnternet bağımlılığı kısaca bireyin bilgisayar başında kendini kontrol edememesi olarak tanımlanabilir. Çocuk zaman kavramını yitirir. İnternete erişim engellediğinde içe kapanma ve sosyal yaşamdan kopma gibi davranış bozuklukları ortaya çıkar (7). Görme bozukluğu, obezite, kas eklem ağrıları gibi fiziksel sorunlar, uyku bozuklukları, depresyon, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, cinselliğe düşkünlük ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu internet bağımlısı olan kişilerde en çok karşılaşılan bozukluklardır. Bu bağlamda internetin bilinçli kullanımı ve güvenli internet konuları önem kazanmaktadır. Yıllar içinde toplumdaki DEHB sıklığındaki artışın günümüz teknolojisi ile ilişkili olabileceği düşünülerek bu yönde çalışmalar yapılmıştır.

Günümüzde gelişen teknoloji ve teknolojiye ulaşma imkânlarının artışı ile akıllı telefon, tablet, akıllı televizyon, bilgisayar gibi teknolojik gereçlerin kullanımı artmıştır. Teknolojinin ilerleyişi çocukların henüz bilişsel becerileri tam olarak kazanmadan televizyon, tablet ve bilgisayar ile erken yaşta tanışmasına neden olmaktadır. Bu durumun çocukların konuşmasını, duygusal gelişimini, görsel ve işitsel hafıza gelişimini etkilediği düşünülmektedir (8).

Son yıllarda yapılan çalışmalar uyku bozuklukları, artmış dijital medya kullanımı ve internet bağımlılığı gibi davranışsal bozuklukların DEHB ile olan ilişkisine odaklanmıştır (9, 10). DEHB tanılı çocuklarda uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Problemlili dijital medya kullanımı ile DEHB arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalarda DEHB olan çocukların uyku bozuklukları, akademik başarının beklenenden düşük olması, dikkat ve bilişsel beceriler üzerinde olumsuz etkilenme riskinin yüksek oluşu ve DEHB semptomlarının şiddeti ve problemlili dijital medya kullanımının bu olumsuz etkilere aracılık eden faktörlerden olduğu gösterilmiştir (6).

DEHB'nin etiyolojisi aydınlatılması ve hastalığın anlaşılabilmesi adına bu konuda yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın amacı DEHB ile çocuk davranış kalıpları üzerinde belirgin rol oynadığı düşünülen dijital oyun alışkanlıkları, ekran maruziyeti parametreleri ve

ebeveynlerin internet güvenliği bilgisi ve bilinçli internet kullanımı bilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde başlayan, dikkat/yürütücü işlev sorunları, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize, çocukluk çağının en sık görülen nörogelişimsel bozukluğudur. Belirtiler erişkinlikte de %60-80 oranında devam edebilir (2, 11).

DEHB olan çocuklarda aynı yaş grubundaki sağlıklı çocuklara göre; en az 6 aydan beri devam eden, uygunsuz veya rahatsız edici olan kalıcı bir dikkatsizlik ve / veya hiperaktivite ve dürtüsellik ile görülür (3).

DEHB yaşam boyunca sosyal işlev bozukluğu, madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış bozukluğu, majör depresyon, sosyal ilişkilerde bozulma, işsizlik gibi ruhsal bozukluklara neden olur. Yaşam kalitesinde belirgin düşüşe yol açabilir. Kötü beslenme, kazalarda artış, yasadışı olaylara dâhil olma, şiddet, kavgâ ve intihar gibi ölümcül durumlara da neden olabilir (3).

Bu çocuklar detaylara dikkatini vermede, dikkatini sürdürmede zorluk, karşındakini dinlememe gibi dikkat eksikliği semptomları taşıyabildiği gibi, aşırı motor aktivite ile karakterize, bulunduğu yerde duramayan, çok konuşan, karşısındakinin sözünü kesen çocuklardır (2). Hastalıktan ilk kez 1775 yılında Alman bilim adamı Weikard kitabında bahsetmiştir (12). 1798 yılında ise Sir Alexander Crichton'un "Dikkat ve Hastalıkları" adlı yayınında dikkat bozukluğuna değinilir. Bu kitapta "Sinirlerin duyarlılığın azalmasına" bağlı dikkatsizlik semptomları bir antite olarak değerlendirilir (13). George Still 1902 yılındaki bir makalesinde, dikkat sorunlarına eşlik eden hiperaktiviteden ve dürtü kontrol bozukluklarından ayrıntılı olarak bahseder (14). Bu tarihten sonra bu sorun ile ilgili çalışmalar artmıştır. 1980

yılında DSM-III klavuzunda hastalığın tanı kriterleri yayınlanmıştır. Hastalığın tanı kriterlerinin yayınlanmasından sonra hastalığın genetik temelleri incelenmeye başlanmış, ikizler üzerinde yapılan çalışmalar hız kazanmış, moleküler genetikteki ilerlemeler ve davranışsal terapinin geliştirilmesi ile çalışmalar devam etmiştir. 2010'lu yıllara gelindiğinde DEHB özellikle Uzakdoğu'da bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır.

2.1.2. Tanı

Semptomların bir kısmı özgül öğrenme güçlüğü, kaygı bozukluğu, depresyon gibi hastalıklarda da görülebildiği için tanı koymak her zaman kolay olmayabilir. Tanıyı kolaylaştırmak için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir ve kullanılmaktadır. Ancak bu ölçeklerin her birinin kendine özgü güçlü ve zayıf yönleri vardır. Örneğin Connors ebeveyn ve öğretmen değerlendirme ölçeğinin duyarlılığının yüksel ancak özgüllüğünün düşük olduğu gösterilmiştir (15). Bu nedenle bu ölçekler tanıyı desteklemek ve tedavi izlemi için kullanılmalıdır.

DSM-V' e göre dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik alanlarındaki 9 kriterin 6' sının varlığı tanı koydurucudur. 17 yaş üzerinde belirtilen alanlarda 5 kriter varlığı DEHB için tanı koydurucudur. Belirtilerin 12 yaştan önce başlaması ve en az iki farklı ortamda semptom olması gerekmektedir. Belirtilerin sosyal, mesleki ve/akademik alanlardaki işlevsellikte bozulmaya yol açması, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamıyor olması ve belirtilerin en az 6 aydır var olması tanı için gereklidir (2).

DSM-V'e göre Dikkat Eksikliği/ Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tanı Kriterleri:

“A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, 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 karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da

verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (Derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (Örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).

b. Çoğu kez, işi 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 düzenlemekte 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 nesnelere 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 etkinliklerinde unutkanır (Örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara

dönmede, faturaları ödemedede, randevularına uymakta).

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: 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, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

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

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 etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz.

e. Çoğu kez, “Her an hareket halinde”dir, “Motor takılmış” gibi davranır (Örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, 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. kuyruk beklerken).

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (Örn. konuşmaların,

oyunların ya da etkinliklerin arasında girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığıının 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 çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Örn. Duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01 (F90.2) Birleşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (Dikkatsizlik) hem de A2 (Aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (Dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (Aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin-dürtüsellik baskın olduğu görünüm: Son altı

ay içinde, A2 (Aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır, 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 ortak bir yerdedir.

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

DSM-V kriterleri DSM-IV’e göre daha ayrıntılı bir değerlendirme imkânı sağlamış olsa da halen cinsiyet faktörünü dikkate almamaktadır (16). Örneğin DEHB’nin erkeklerde kızlara göre 3 kat fazla görülür ve erkeklerde hiperaktif veya kombine tip daha sık görülür. Kızlarda ise dikkatsizlik, yeme bozuklukları ve mental bozukluklar sıklıkla daha ön plandadır. Erkek hastalar saldırganlık, yasaları ihlal etme gibi konularda daha çok sorunlar yaşarlar. Bu nedenle doğru tanı koymak zor olabilir. Doğru tanı için cinsiyet farklılıkları ve gelişimsel farklılıklar dikkate alınmalı, tanı yalnızca bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından öğretmenler ve/veya bakıcılarla birlikte yapılan tekrarlayan görüşmeler ve gözlemler sonucunda konmalıdır (16).

2.1.3. Epidemiyoloji

Sıklık yapılan çalışmalarda sıklık değişmekle birlikte %2-3 ile %8-12 arasındadır. Dünya çapında yapılan geniş ölçekli bir çalışmada sıklık %5,29 olarak bulunmuştur (17). Prevalans ile ilgili çarpıcı farklılık, örnekleme ve veri toplama yöntemlerinin değişkenliği ve tanının aile ve ebeveyn görüşlerinden etkilenebiliyor oluşu ile açıklanabilir. DEHB sıklığının değerlendirildiği 19 çalışmaya dayanarak elde edilen bir analiz okul çağındaki çocuklarda prevalansın yaklaşık % 5-%10 arasında olduğunu belirtmektedir (18). Türkiye’ de yapılan bir derlemede DEHB prevalansı %12,22-%13,38 olarak bulunmuştur (19).

2.1.4. Eşlik Eden Hastalıklar

DEHB ile Majör depresyon, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu gibi birçok ruhsal bozukluk birliktelik gösterebilir. Çocukluk çağında en sık % 40 oranında karşıt olma, karşıt gelme bozukluğu eşlik eder. Hem toplumda hem de klinik örneklerde DEHB olan çocukların % 10 -20'sininde duygu durum bozuklukları vardır. DEHB’ ye komorbid duygu durum bozuklukları içerisinde en sık major depresif bozukluk görülse de %8,3-%22 oranında bipolar bozukluk birlikteliği olabilir (20). DEHB olan çocukların yaklaşık olarak beşte birinde davranış bozukluğu saptandığını gösteren yayınlar mevcuttur (21, 22, 23).

DEHB olgularının % 7-20' sinde tik veya Tourette sendromu vardır, Tourette sendromu tanısı alanların da % 60'ında DEHB vardır ve bu durum akla ortak etyolojik mekanizmaları getirmektedir (20, 24).

Madde kullanım bozuklukları ile DEHB arasındaki ilişki karmaşıktır. DEHB olan çocuklar yaklaşık 14 yaşına kadar DEHB olmayan çocuklarla aynı oranda madde kullanma riski taşımaktadır. DEHB olanlarda madde kullanma bozukluğu gelişme riski ergenlerde ve erişkinlerde artmıştır. DEHB semptomlarının devam etmesi ve hem DEHB hem de madde kullanım bozukluklarının gelişmesi için aile öyküsü en önemli risk faktörlerindedir. Bu grupta bipolar bozukluk gibi çok güçlü risk faktörleri de

eşlik etmektedir. DEHB'nin uzun süreli tedavisinin daha sonra madde kullanım bozukluklarının gelişme riskini azaltıp azaltmayacağı konusu tartışmalıdır (25).

2.1.5.Etiyoloji

Hastalığı etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte kabul gören görüş DEHB'nin tek bir nedenden kaynaklanmaktan ziyade, hastalığın beyin gelişimini etkileyen karmaşık bir sürecin sonu olduğudur. Özellikle prefrontal korteks ve buradaki dopamin yollarının hastalığın patogeneziinde yer aldığı gösterilmiştir (14, 16). Etiyolojide genetik faktörlerin en önemli faktörlerden biri olduğu ve hastaların büyük kısmında bu genetik bozuklukların gösterildiği bilinmektedir. İkizlerle yapılan çalışmalarda DEHB riskinde artışın saptanması buna kanıt olarak gösterilir (12, 26). İkizlerle yapılan çalışmalar bir çocukta DEHB varlığında tek yumurta ikizi kardeşinde DEHB görülme sıklığının %80-90'lara ulaştığını göstermiştir. Ailede DEHB varlığının riski 5-10 kat arttırdığını gösteren yayınlar mevcuttur. Tüm bu veriler genetiğin hastalığın etyolojisinde güçlü bir rol oynadığına kanıt olarak gösterilir (27, 28). DAT-1, DRD4, DRD5, SCL6A2, SNAP25 gibi çeşitli aday genlerin DEHB ile ilişkili olduğunu gösteren metaanalizler mevcuttur (3, 29, 30). DAT-1 ve DRD4 en güçlü kanıtlar sunulan iki aday genidir (3). Genetik faktörlerin tek başına DEHB oluşumundan sorumlu olmadığı ancak genetik yatkınlık ve çevresel biyolojik etkenlerin hastalığın meydana gelmesine neden olduğu düşünülmektedir. Hastalığın etyolojisinde prenatal ve postnatal çeşitli faktörler suçlanmaktadır. Örneğin prematürite ve düşük doğum ağırlığı olan bebeklerde artmış DEHB riski olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Prematür bebeklerde DEHB riskinin 2,64 kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (31). Maternal ilaç kullanımı, gebelikte alkol alımı, gebelikte sigara kullanımı, gebelik toksemisi, doğumda istenmeyen durum görülmesi de DEHB ile ilişkilendirilen diğer faktörlerdendir (32).

2.2. Ekran Maruziyeti

Ekran maruziyeti çocuğun televizyon, tablet, bilgisayar, akıllı telefon ile karşılaşması olarak tanımlanabilir. Sinema buna dâhil değildir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) 18 aydan küçük çocuklar için görüntülü sohbet dışında ekran maruziyetini önermemektedir. 18-24 ay sürecinde ise yalnızca ebeveyn kontrolünde

eğitici olduğu düşünölen ekran maruziyeti önerilmektedir. Yayınlanan son önerilere göre AAP, ekran maruziyetini okul öncesi dönem için 1 saatle, daha büyük çocuklar için 2 saatle sınırlandırmayı önermektedir (33). Bu bağlamda erken ekran maruziyeti çocuğun yaklaşık olarak 18 aydan önce telefon, tablet veya televizyon ile tanışması olarak tanımlanabilir.

Dünya çapında ekran maruziyeti yaşı ve süresi incelendiğinde ekran maruziyetinin yıldan yıla arttığı tespit edilmiştir. Yapılan geniş ölçekli bir değerlendirmede 2 yaşından büyük çocukların %68'i düzenli olarak günlük ortalama 2,05 saat televizyon, tablet, dvd oynatıcı, bilgisayar, akıllı telefon, oyun konsolları aracılığıyla ekran maruziyeti gerçekleştirmektedir. Bunun yanı sıra çocuğun günlük bakımı sırasında bu cihazlara daha fazla maruz kaldığı tahmin edilmektedir (34).

Kayser Aile vakfı tarafından yapılan araştırmada 0-8 yaş arası çocuklarda dijital teknoloji kullanımının yıldan yıla arttığı ve 2011 yılında 0-8 yaş çocukların % 52'si kendilerine ait bir mobil cihaza sahipken 2013 yılında bu oranın % 75'e yükseldiği gösterilmiştir (35, 36).

Çocuklarda ekranla ilk karşılaşma en sık olarak televizyon aracılığıyla gerçekleşir. Son yıllarda bilgisayar, tablet, akıllı telefon ile karşılaşma sıklığı da giderek artmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelere sahip çocukların ekran maruziyetinin daha erken başladığı ve ekran maruziyet süresinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada 1 yaşın altındaki çocuklarda ekran maruziyeti süresi ortalaması haftada yaklaşık 10 saat iken, 2 yaşındaki çocuklarda bu süre 15 saate çıkmıştır. Erken çocukluk döneminde daha uzun süre ekran maruziyeti olan çocukların ilerleyen dönemde de ekran maruziyetinin daha fazla olacağı iddia edilmektedir (37).

Ailenin dijital medya alışkanlıklarının çocuğu etkilediği açıktır. Anne eğitim düzeyinin düşük olduğu çocuklarda ekran maruziyetinin daha fazla olduğunu gösteren küçük ölçekli çalışmalar mevcuttur (38).

2.2.2. Ekran Maruziyetinin Çocuk Sağlığına Etkileri

Bebeklik döneminde gerçekleşen ekran maruziyetinin nöronal sinapsları yoğun olarak etkileyebildiği gösterilmiştir (39). Ayrıca bebeklik döneminde

televizyon maruziyetinin çocukluk döneminde dikkatin sürdürülmesini etkilediğini gösteren çalışmalar vardır (40).

Çocukluk döneminde gerçekleşen ekran maruziyetinin ilerleyen dönemde akademik ve sosyal hayatta olumsuz sonuçlara yol açabildiği gösterilmiştir (38). Ekran maruziyetinin yakın dönem hafıza, okuma, dil ve matematik becerileri ile ilişkisini olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (41-44). Erken dönemde ekran maruziyetinin çocuklarda sosyal ve duygusal otokontrolün gelişimini azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (45).

Erken ekran maruziyeti ve ekran maruziyet süresinin 2 saatten fazla olduğu durumlar çocuklarda davranış bozukluğu, obezite, tembellik, aşırı uyanıklık, depresyon, anksiyete gibi sağlık sorunlarına yol açabilir. Çocuklarda 1 saatlik ekran maruziyeti artışının dahi beden kitle indeksini arttırdığı gösterilmiştir (36).

Ekran maruziyeti artışı konuşmada gecikmeye, sosyal yetersizliklere, uyku ve dikkat sorunlarına, davranış sorunlarına yol açabilir ve çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz etkileyebilir. Alkol, sigara kullanımı ve riskli cinsel davranışları arttırabilir (46). Ekran maruziyet artışı ayrıca depresyonla ilişkilendirilmiştir (47).

Çocukların ekran başında geçirdiği süre ilgili net bir görüş halen tam olarak ortaya konmamıştır. Bunun sebebi, dijital teknoloji ile geçirilen sürenin ılımlı düzeyden aşırı düzeye ne zaman geçtiği konusundaki yetersiz bilgidir.

Ekran maruziyetinin ve dijitalleşmenin olumsuz etkileri olduğu gibi olumlu etkileri de mevcuttur. Örneğin bilgiye daha kolay ve hızlı ulaşma olanağı sunar. Bu nedenlerle çocukların dijital medya kullanımını kısıtlamak yerine, ebeveynlerin ve eğitimcilerin daha dikkatli ve destekleyici bir tutam sergileyerek çocuklarının faydalı olanaklardan yararlanmasını sağlayıp zararlı durumlardan koruması gerekmektedir. Yalnızca ekran başında ne kadar zaman geçirdiklerine odaklanmak yerine, çocukların dijital deneyimlerinin içeriğine ve aktivitelerine –çevrim içi- olarak neler yaptıklarına ve neden bunları yaptıklarına– daha fazla dikkat edilmelidir. Bütüncül ve çocuğa özgü bir yaklaşım sergilenmelidir.

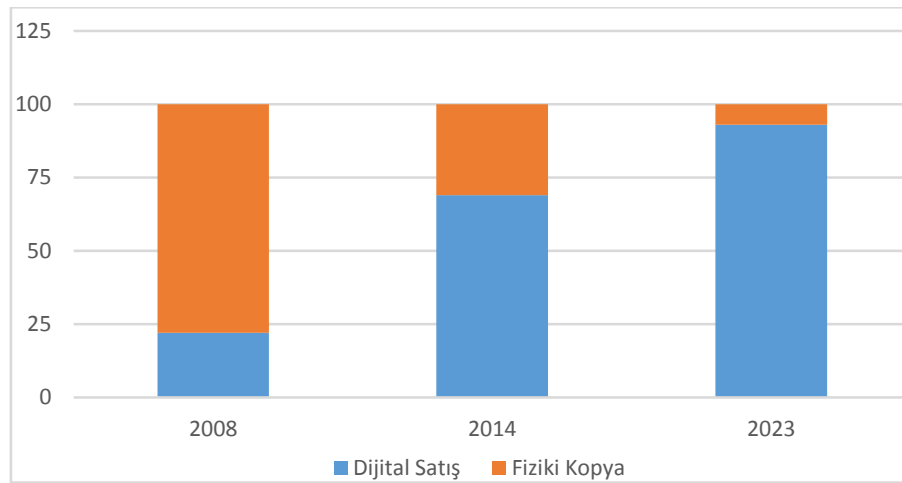
2.3. Oyun Alışkanlıkları ve Dijital Oyunlar

2.3.1. Tanım

İnsanlık tarihinin başlangıcından günümüze dek oyunlar hayatımızda yer etmiş ve çocuğun gelişimini, büyümesini ve sağlığını etkilemiştir. Çocukların en önemli aktivitesi oyunlardır. Özellikle son yıllarda değişen çocukluk dönemi ile birlikte oyunlar da değişime uğramış ve dijital oyunlar hayatımızda gittikçe artan yere sahip olmuştur. Dijital çağda çocukların oyunları da bu yönde değişmiş ve çeşitli yaş grupları, çok çeşitli dijital oyunlara yönelmiştir.

Dijital oyun (video game); bilgisayar tabanlı, metin ya da görsellik üzerine inşa edilen, bilgisayar, oyun konsolu veya akıllı telefon gibi elektronik platformlar üzerinde bir veya birden fazla kişinin fiziksel ya da çevrimiçi ağ üzerinden birlikte kullanabildiği bir eğlence ve boş zaman aktivitesi yazılımıdır (48). Yıllar geçtikçe dijital oyunların sıklığı fiziksel oyunlara göre çok daha fazla artmıştır. Avrupa Görsel-İşitsel Medya ve Telekomünikasyon Enstitüsü (IDATE DigiWorld Research)'ın verilere göre dijital oyunlarda satış türü 2008'de % 22 dijital, % 78 fiziksel kopya iken bu rakamın 2023'te % 93 oranında dijital olarak gerçekleşeceği öngörülmektedir (Şekil.1.) (49).

Bilgisayar ve bazı taşınabilir çoklu ortam aygıtları ile, bir ya da birden fazla kişinin, genel ağa (internet) bağlanarak bilgisayar oyunları oynanmasına "çevrimiçi oyun" denir. Çevrimdışı oyunlar ise bilgisayarla veya bilgisayar benzeri diğer cihazlarla internete bağlı olmadan oynanabilen oyunlardır.



Şekil 1. Yıllara Göre Dijital ve Fiziksel Kopya Oranları (Kaynak: IDATE, 2018)

Küresel oyun pazarı ise günden güne hızla büyümeye devam etmektedir. Öyle ki büyüme hızında otomotiv ve enerji gibi temel sektörleri ve eğlence alanında sinema sektörünü de geride bırakmıştır.

Dijital oyun sektörünün hızlı büyümesinde öne sürülen faktörler akıllı telefon ve tabletlerin yaygınlaşması, bilgisayar donanımı ve konsolların yaygınlaşması, donanım maliyetlerinin ucuzlaması, internetin yayıncılığı kolaylaştırması, akıllı telefon kullanımıyla beraber mobil oyuncuların yaş aralığının genişlemesi, e-spor'un bir spor dalı olarak kabul görmesi sayılabilir (49).

Günümüzde dijital oyunlar 3 farklı ana platform üzerinde sınıflandırılabilir. Bunlar, kişisel bilgisayar (PC), oyun konsolu (PS4, XBOX, Nintendo) ve mobil oyunlardır. Bu platformların kendi içerisinde, kendi kullanıcı kitlesi, geliştirme maliyetleri ve pazarlama imkânlarına sahiptir. Son yıllarda tablet ve akıllı telefon pazarı hızla büyüyerek önemli bir pay elde etmiştir. Konsol ve PC platformu ise mobil pazarın karşısında küçülmekle birlikte, toplam pazar büyüklüğünün artışından dolayı her iki kategori de büyümektedir (49).

2.3.2. Dijital Oyunlar

Uluslararası veriler toplumun %48'inin internet kullandığı, internet kullanan bireylerin %71'inin 15-24 yaş aralığında olduğunu göstermiştir. 18 yaşından küçük çocukların üçte birinin internete ulaşabildiği, dijital medya ile tanışma yaşının 4 ay'a kadar indiği belirtilmektedir (50). Türkiye'deki nüfusun yarısından fazlası internet kullanmakta ve yaklaşık olarak nüfusun yaklaşık yüzde 40'ı dijital oyun kullanıcıdır (49).

Türkiye de 2016 yılında dijital oyun oynayanların sayısı 30 milyona ulaşmıştır. Bu oyunlardan üreticilerin elde ettiği gelir 755 milyon dolar seviyelerine dek yükselmiştir Bu gelirin % 42,5'ini mobil oyunlardan elde edilen gelir, % 57,5'ini ise bilgisayar ve oyun konsollarında oynanan oyunlardan elde edilen gelir oluşturmuştur. Dünya sıralamasında ise gelir bazında Türkiye 16. sırada yer almaktadır. Türkiye'de 20 binden fazla internet kafe bulunmaktadır ve her ay aktif 7.5 milyon oyuncu buraları ziyaret etmektedir (51).

7 milyon oyuncunun elektronik spor oyuncusu veya izleyicisi olarak yer aldığı ve yerel oyun endüstrisinin yılda ortalama %16-18 oranında büyüdüğü gösterilmiştir (49).

Günümüzde ebeveyn ve eğitimcilerin kaygılarından biri de dijital çağın içerisinde doğmuş Z kuşağı (internet kuşağı)'nın internet ve dijital oyun kullanımınıdır. Dijital oyunların çocuklar açısından faydaları da zararları da mevcuttur. Dijital oyunların şiddet içeriğine yönelik ilk tartışmalar 1976 yılında başlamış, 1980'li yıllarda itibaren video ve bilgisayar oyunları üzerine yapılan çalışmalarda önemli bir artış yaşanmıştır (51). Yapılan bir çalışma dijital teknolojiyi hiç kullanmamanın da çok kullanmanın da çocukların ruhsal iyilik halini olumsuz etkilediğini göstermiştir (52). Çalışmalar oyunların, çocukların zihinsel gelişimine bazı yönlerden (dikkat ve konsantrasyonu artırıcı, sakinleştirici) olumlu etkilerinin olabildiği gibi, kontrol edilemeyen bir oyun oynama isteğinin, sosyal yaşamda problemler yaşanması gibi olumsuz etkileri de mevcuttur. Dijital oyunlar deneysel ve probleme dayalı öğrenmeyi pekiştirir, Eleştirel düşünme becerilerini geliştirir, oyunda ilerlemek için geçmişte kullanılan bilginin tekrarını sağlar, varsayımlar sınırlanır ve eylemler sonucu oyunlardan oyuncuya bir mesaj iletilmiş olur. Oyuncu oyunu çözmeye çalışır ve öğrenme kabiliyetini geliştirir. Yönetim, planlama ve hatırlatma alanlarında daha gelişirler. Strateji oyunları ile aynı anda birden fazla işi yerine getirme kabiliyetini pekiştirir. Matematik, fen, yabancı dil, bilişim teknolojileri, tarih ve coğrafya gibi farklı alanlardaki oyunlar ile öğrencilerin eğitimine katkı sunabilir (51, 53).

Dijital oyunlar özellikle küçük çocukların temel matematik, okuma ve dil becerilerini geliştirmelerine katkı sunar. Yeniliklere, meydan okumalara ve merak duygusunun giderilmesine yardımcı olur. Sosyal yaşantısında başaramadığı işleri oyun dünyasında birey için "imkânsız" olan şeyi gerçekleştirerek özgüven duygusunda artışa yol açar. Oyun sırasında kendilerini sınama imkânı bulmaktadır (54).

Oyun oynayan kişiler bazı zorlu anlarda ve hızlı hareket edilmesi gereken yerlerde hızlı reaksiyon göstermelerine olanak sağlar. Ayrıca odaklanma ve aynı anda birçok nesneyi görsel olarak takip etme becerinizi geliştirir. Dijital oyunlar el-göz koordinasyonunu geliştirir (54).

Gerçek hayatta uygulamanın riskli veya maliyetin yüksek olacağı durumlarda simülasyon oyunları etkili öğrenme araçlarıdır. Direksiyon eğitimi buna iyi bir örnektir. Oyuncuların oluşturdukları iletişim ortamları akranları ile hızlı, devamlı ve etkili iletişim kurmayı destekler. Son yıllarda çok popüler olan ve çevrim-içi oynanan kitlesel oyunlar, oyuncuların işbirliğine dayanan grup çalışması yaparak sosyal yaklaşımlarının geliştirilmesine olanak tanır.

Dijital oyunların olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Dil gelişiminde aksamalara ve gelişim geriliğine sebep olabilir Zaman israfına ve erteleme davranışının yerleşmesine sebep olabilir. Duygu kontrollerinde zorluk yaşama ve kişilik bozuklukları gibi sorunlara yol açabilir. Oyun oynayan çocuklar da asosyalleşme görülebilir. Aynı zamanda aile içi iletişimi azalmasına, sanal ile gerçeklik arasındaki farkı ayırt etmede güçlüğüne neden olabilir. Şiddet unsurları içerikleri sebebiyle saldırgan duygu, düşünce ve davranışların gelişmesine sebep olabilir. Ders çalışma, kitap okuma ve fiziksel aktivitelere katılma zamanlarını azaltması sebebiyle akademik ve kişisel başarıyı olumsuz etkileyebilir. Bağımlılık, obezite, dikkat bozukluğu gibi sağlık problemlerine yol açabilir. Çocuklar çevrimiçi tehditlere açık hale gelir (48, 54).

Çocukların maruz kaldığı içeriğin yanı sıra maruziyet süresi de olumsuz etkilere neden olabilir. Televizyon ve bilgisayar kullanımı günde 4 saati aştığında, akıllı telefon kullanımı 2 saati aştığında olumsuz etkilerin görülmeye başladığı bildirilmektedir (52). Başka bir çalışma ise 10-15 yaş grubunda, günde bir saatten az video oyunu oynamanın çocukların yaşamdan zevk almalarına yardımcı olduğunu, günlük boş zamanının yarısından fazlasını video oyunu oynayarak geçirenlerde problemlerin ortaya çıkabildiğini göstermiştir (55).

Dijital oyunların kullanıcılar üzerindeki en önemli etkilerinden biri bağımlılık yapmasıdır. Dijital oyun bağımlılığı; kişinin bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı şekilde kullanması ve bu aşırı kullanımı kontrol edememesi şeklinde tanımlanır. Sosyal, psikolojik, fiziksel veya duygusal sorunlara neden olur. Bu bağlamda dijital oyun bağımlılığı, oyunda geçirilen süreden ziyade, ortaya çıkan olumsuz sonuçları ifade eder.

“Bilgisayar Oyunları ve Bağımlılık: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Alan Araştırması” her 5 üniversite öğrencisinden 1’i oyun bağımlılığı riski taşıdığını ve her 3 kişiden 1’inin, her gün en az 1 saat olmak üzere, saatlerce oyun başında zaman geçirdiğini göstermiştir (54).

Avrupa oyun bilgi sistemi (PEGI), video oyunları içerik, yaş grubuna uygunluk ve çocuk için taşıdığı risklere göre tanımlayan, çocukların oynadıkları oyunun ebeveynler tarafından kontrol edilebilmesini sağlayan bir bilgi platformudur (56). PEGI klavuz olarak temelde iki bilgi düzeyi kullanır. Birincisi oyunları 3, 7, 12, 16 ve 18 yaş olmak üzere yaş grubu etiketine göre gruplandırmıştır. İkinci olarak da oyunlar hakkında kötü dil, suç, madde bağımlılığı, korku, kumar, cinsellik ve oyun içi satın alma gibi çocuklar için risk içeren içerik tanımlayıcılarını kullanır (Şekil.2) (56).



Şekil 2. PEGI Oyun Etiketleri (Kaynak: pegi.info)

2.3.3. Dijital Oyun Bağımlılığı

Dijital oyun bağımlılığı; sosyal veya duygusal sorunlara yol açtığı halde, kişinin bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı şekilde kullanması ve bu aşırı kullanımı kontrol edememesi şeklinde tanımlanır. Dijital oyun bağımlılığı kavramı, oyunda geçirilen süreden ziyade, ortaya çıkan olumsuz sonuçları ifade eder (54). Dijital oyun bağımlılığı dijital oyunların aşırı ve kontrolsüz kullanımından kaynaklanmaktadır. Oyun bağımlılığı ‘oyun oynama süresini kontrol edememe’, ‘diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı’, ‘olumsuz sonuçlarına rağmen oynamaya devam etme’ ve ‘oyun oynayamadığı zaman psikolojik yoksunluk hissetme’ gibi belirtilerle görülen dürtü kontrol bozukluğu olarak nitelendirilmiştir. Eşlik eden problemler nedeniyle psikiyatri kliniklerine başvuruların artması, ailelerin destek ve çözüm arayışları, araştırmacıların

diğer bağımlılık türleri ile benzerliklerini ortaya koyduğu kanıtlar ve sıklığı dikkate alındığında bu durumun araştırılması önem kazanmaktadır.

2.3.4. Dijital Oyun Bağımlılığı Tanı Kriterleri

Video oyun ve internet bağımlılığı, henüz Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından tanımlanmış bir bağımlılık olmamakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü'nün referans kitabı olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının kılavuzuna 2018 sürümünde “Bilgisayar Oyun Bağımlılığı” adı altında eklenmiştir. Ruhsal bozukların tanımlanmasında kullanılan DSM-V’ teki bağımlılıklar arasında listelenmese de, ‘Daha İleri Çalışmalar İçin Durumlar’ başlığında yer almıştır. ‘İnternette Oyun Oynama Bozukluğu/ Internet Gaming Disorder’ olarak isimlendirilmiştir. Bu tanımlamaya göre kişi aşağıdaki kriterlerden 5’ini veya daha fazlasını en az bir senedir gösteriyorsa internet/video oyun bağımlısı olarak nitelendirilebilir (57).

- Video/internet oyunları üzerine aşırı kafa yormak
- Oyun oynamadığında kötü hissetmek ya da yoksunluk semptomlarının görülmesi
- Kendini daha iyi hissetmek için gittikçe artan sürelerde oyun oynamayı istemek
- Kendisine sınır koymaya çalışmasına rağmen çalışsa da daha az oyun oynamayı becerememek
- Daha önceden severek yaptığı diğer işleri yapmayı istememek
- Okulda, iş yerinde ya da evde fazla oyun oynamaya bağlı olarak gelişen problemlerle karşılaşmak
- Oyun oynama süresini saklamak amacıyla yakınlarına ya da başkalarına yalan söylemek
- Kendini kötü hissettiğinde daha iyi hissetmek için oyun oynamak
- Video/internet oyunlarına katılımdan dolayı önemli ilişki, iş, eğitim ya da kariyer fırsatlarını kaçırma

2009 yılında Lemmens ve arkadaşları tarafından ergenlerin sorunlu dijital oyun oynama davranışlarını belirlemek amacıyla ‘ dijital oyun bağımlılığı ölçeği’

geliştirilmiştir (58). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Irmak ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (59).

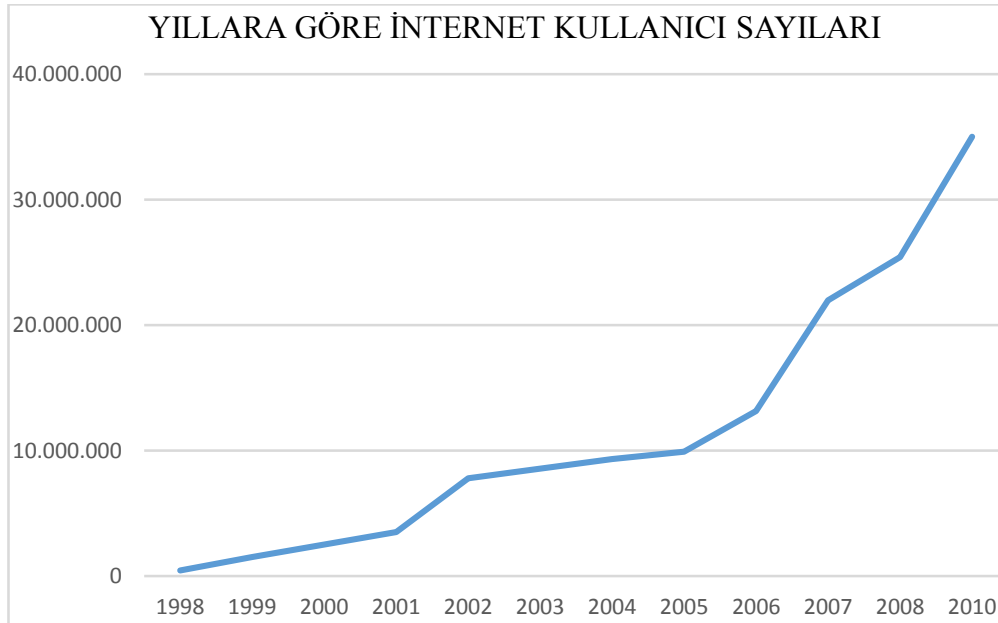
2.4. İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı

2.4.1 Tanım

İnternet birçok alanda kullanıcılara çok çeşitli olanaklar sunan; her türlü bilgi ve belgeye ulaşma olanağı sağlayan, insanların duygu ve düşüncelerini kolaylıkla ifade etmesine izin veren, özetle hayatın birçok alanında kolaylık sağlayan önemli bir bilişim ve iletişim aracıdır.

Tüm dünyada internet kullanıcı sayısı yıllar içinde katlanarak artmıştır. İnternet kullanıcı sayısı açısından bakıldığında, Türkiye internet kullanıcı sayısı en hızlı artan ülkeler arasında görülmektedir (Şekil 3). Bu artış hızıyla Türkiye, 1998-2010 yılları arasında AB (Avrupa Birliği) internet nüfusunun artış hızını katlamıştır (60).

2018 yılında Çocuklarda yeni medya kullanımı ve siber zorbalık isimli Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) araştırmasına göre ortaokul çağı çocuklarda 2015 yılında internet kullananların oranı %90,4 iken 2018 yılında bu oranın %97'ye çıktığı tespit edilmiştir (61).



Şekil 3. Yıllara Göre İnternet Kullanıcı Sayıları

2.4.2. İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımının Önemi

Dünyada bilişim ve iletişim teknolojilerinin her geçen gün hızlı artışı ve bu artışa paralel olarak değişen akıllı teknolojik araçların hem Türkiye’de hem dünyada özellikle dijital nesile ait olan çocuklarda ve gençlerde etkin bir şekilde kullanılması, günümüzde dijital vatandaşlık kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Dijital vatandaş, bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanırken eleştirebilen, çevrimiçi yapılan davranışların etik sonuçlarının farkında olan, teknolojiyi başkalarına zarar vermeyecek şekilde kullanabilen, internet ortamında iletişim hakkını kullanan, yaptığı paylaşımlarında ve işbirliğinde doğru tutumu sergileyen ve başkalarını da bu yönde teşvik eden vatandaşdır (62). Dijital vatandaşlık ise en genel kapsamı itibarıyla teknoloji kullanımına ilişkin hak ve sorumluluklar bütününde yer alan davranış normları olarak ifade edilmektedir.

Günümüz dünyasında iyi bir vatandaş olma algısı iyi bir dijital vatandaş olma yolunda hızlı bir şekilde ilerlemektedir. Çünkü vatandaşlar arası iletişim ve bilgi aktarımı teknolojik gereçler vasıtasıyla dijital ortamda gerçekleşmeye başlamıştır. Bu da sadece gerçek hayatta değil; en az gerçek hayat kadar etki yaratabilecek sanal ortamda da teknolojik araçları kullanırken bilinçli, güvenli ve etkin hareket etmenin önemini ortaya koymaktadır (50).

Dijital vatandaşlık algısı ve dijital vatandaşlığın dokuz boyutunun (dijital erişim, dijital ticaret, dijital iletişim, dijital okuryazarlık, dijital etik, dijital kanun, dijital haklar/sorumluluklar, dijital sağlık ve dijital güvenlik) internetin bilinçli, güvenli ve etkin kullanımı ile sağlanabileceği üzerinde durulmuştur (62).

Vanlanduyt ve De Cleyn, internet risk alanlarını beş başlıkta özetlemiştir. Bunlardan birincisi, sosyal yaşamı ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilemesi; ikincisi, pornografi, şiddet ve uygun olmayan bir dile maruz kalınması; üçüncüsü, fiziksel sağlığı olumsuz etkilemesi; dördüncüsü, zamanı etkin planlamaya engel olması ve son olarak da ticari istismar ve aşırı tüketim risklerine sebep olmasıdır (63).

Toplumda en hızlı değişim ve gelişim gösteren, dolayısıyla pozitif ve negatif etkilere en açık grup çocuklardır. Tüm dünyada internet kullanıcılarının en hızlı büyüyen nüfusunu gençler ve çocuklar oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre 6-15 yaş grubu çocuklarda bilgisayar kullanımı %60, internet

kullanımı ise %50 civarındadır. Bilgisayar kullanımına ortalama sekiz yaşında, internet kullanımına ise ortalama dokuz yaşında başlanıldığı bildirilmektedir (53, 64).

Türkiye’de bilişim ve iletişim sektörünü düzenleyen ve denetleyen üst kurul Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK) internetin bilinçli ve güvenli kullanımına yönelik yapmış olduğu bilinçlendirme çalışmalarında internetin risklerini dokuz başlıkta incelemiştir. Bunları, yanlış ve/veya zararlı bilgiye erişim, siber zorbalık, sanal dolandırıcılık, kişisel bilgilerin paylaşımı, zararlı yazılımlar, pornografi/çocuk istismarı/fuhuş, oyun ve internet bağımlılığı, yabancılarla çevrimiçi ve çevrimdışı iletişim ve şiddet/nefret/ırkçılık faaliyetleri olarak özetlemiştir. İnternet kullanımı çocuk ve ergenlerin zamanlarının çoğunu almaya başladığında, duygu durumlarını olumsuz etkilediğinde, akademik ve sosyal işlevlerde bozulmaya yol açtığında müdahale edilmesi gereken bir durum söz konusudur (65).

İnternet, haberleşmeden bilgi paylaşımına, habercilikten medyaya, tanıtım ve reklamdan seyahat ve tatile, kamu hizmetlerinden bankacılık ve ticarete, eğlenceden sosyal ilişkiler ve kültürler arası etkileşime, çevre ve sağlıktan eğitime ve günlük yaşamı ilgilendiren pek çok alanda olumlu getiriler ve yenilikleri hayatımıza getirmiştir (66). Gerçek hayatın nasıl suçluları varsa, internette içerisinde kendi suçlularını barındırmaktadır. Denetim ve gözetimden uzak olan internet, özellikle çocuklar ve gençler için, tehlikeli ve kontrolsüz bir alan hükmündedir. İnternet ortamında cömertçe paylaşılan bilgiler, bu ortamın kötü niyetli kullanıcıları tarafından dolandırıcılık amaçlı kullanılmaktadır. Ayrıca internet gençleri, kumar ve bahis oyunlarına alıştırmaya, kumar oynamaya teşvik etme, uyuşturucu satışı ve bu maddeleri kullanmaya alıştırmaya amacıyla da kullanılabilir. İnternet, sosyal hayatı pek çok açıdan olumsuz etkileyen “müstehcenlik”, “erotizm” ve “pornografi” gibi olumsuzlukları da beraberinde getirmiştir. Pornografi, internetin getirdiği olumsuzluklar içerisinde en çok paya sahip olanıdır (67).

Ebeveynlerin internet kullanım sürelerinin artması, çocukları ile geçirdikleri zamanın azalmasına, aile çevresinden uzaklaşmayı arttırmasına, yüz yüze iletişimi daha çok engellemesine sebep olmaktadır. İnterneti eğitim/ders/araştırma, alışveriş yapma, bahis oyunları oynama, bankacılık işlemleri yapma, oyun oynama ve yeni insanlarla tanışma amacıyla kullanan ebeveynler, diğer farklı amaçlar için kullanan ebeveynlere göre internette daha fazla problemlerle karşılaşmaktadırlar. Aile bireyleri

internette güvenlik ve etik açıdan tehlike oluşturabilecek içeriklerin pornografi, şiddet, terör içerikli siteler ve kumar oynama sitelerinin olduğunu ifade etmektedirler. İnternetin olumsuzluklarından en çok etkilenen kitleyi çocuklar ve gençler oluşturmaktadır (60). Çocukların internet ortamında karşı karşıya kaldıkları başlıca tehlikelerin başında pornografi, şiddet, çevrimiçi oyunlar ve bağımlılık, çevrimiçi dolandırıcılık, siber zorbalık ve ırkçılık olarak görülmektedir.

“Ailelerin İnternet Algıları ve Eğilimleri” konulu çalışmaya göre; Türkiye’deki ailelerin %90’ının çocuklarının internet kullanırken çeşitli risklerle karşı karşıya olduklarını düşünmektedir. Ebeveynlerin çoğu, çocuklarının internet kullanırken “müstehcen” ve “şiddet” içerikli görüntülere maruz kalabileceğini ya da bu tür sitelere girebileceğini, internete veya cep telefonuna bağımlı olabileceğini, kişisel ve özel bilgilerinin yabancıların eline geçebileceğini, internet üzerinden istismara ve tacize maruz kalabileceğini ve kötü niyetli kişilerle tanışıp arkadaşlık edebileceğini düşünüp endişelenmektedirler (62). Çocuk ve aile arasında güvenli ve bilinçli internet kullanımının temel ilkelerini içine alan aile sözleşmesi yapılması ve imzalanması önerilir. Ailelerin sözleşme örneğine www.guvenliweb.org ve www.guvenlinet.org web sayfalarından ulaşması mümkündür (68).

2.4.3. İnternet Bağımlılığı ve Problemlı İnternet Kullanımı

İnternet kullanımına bağılı ortaya çıkan kaygı bozukluğu aynı zamanda öfke ve şiddet davranışlarına da neden olabilir. Özellikle şiddet unsurları içeren web siteleri, şiddeti ve çeteleşmeyi özendiren sosyal ağlar ve şiddeti, yıkımı başarı ve güç olarak tanımlayan site ve oyunlar çocukların duygu durumlarında değışimlere neden olur. Çocuğun sosyal ağlarda kendisini olduğundan farklı yansıması sonucunda kimlik karmaşası yaşamasına, sanal arkadaşlıklar ve ilişkiler çocuğun sanal ortamda kendini yalnız hissetmesine yol açabilmektedir. Problemlı internet kullanımı (PİK) olan bireylerde DEHB semptomları, hiperaktivite semptomları, davranım bozuklukları, psikososyal uyumsuzluklar sergileyebilmektedir (65, 69, 70).İnternetin yol açtığı bir diğere olumsuzluk da internetin bilinçsiz ve ölçüsüz kullanımından kaynaklanan bir durum olan internet bağımlılığıdır. İnternet bağımlılığı interneti aşırı kullanma isteğine engel olunamaması, internete bağlanmadan geçirilen zamanın önemini kaybetmesi, internetten yoksun kalındığında aşırı sinirlilik ve saldırganlık hali olması ve kişinin iş, sosyal ve aile yaşamının bu nedenle bozulması olarak tanımlanmaktadır (66). Hem

batı hem doğu toplumlarında yapılan prevalans çalışmalarında sıklık %1-18 arasında değişmektedir (71-73). in ve Güney Kore gibi Uzak doğu toplumlarında internet bağımlılığı bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (71). Güney Kore’de yapılan bir prevalans çalışmasında sıklık % 6,7 olarak bulunmuştur (74). Ülkemizde adolesan yaş gruplarında yapılan çalışmalarda problemli internet kullanımı prevalansı internet kullanıcıları arasında %7,1-14 olarak bulunmuştur (67, 75, 76).

2.4.3.1. İnternet Bağımlılığı ve Problemli İnternet Kullanımı Tanı Kriterleri

Tao ve arkadaşları tarafından 2010 yılında İnternet Bağımlılığı Tanı ltleri geliştirilmiştir (77).

(a) Semptom kriteri

Aşağıdakilerden hepsi olmalıdır:

1. İnternetle ilgili aşırı zihinsel uğraş (bir önceki evrimii aktiviteyi düşünme veya bir sonraki aktiviteyi ipte çekme)

2. Çekilme belirtileri, internetin kesilmesinden birkaç gün sonra disfori, anksiyete, irritabilite veya sıklıma hissinin olması

Aşağıdakilerden en az biri (veya daha fazlasının) olması:

1. Tolerans, doyum sağlama amacıyla internet kullanımında belirgin artışın olması

2. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için sürekli bir istek ya da başarısız çabaların olması

3. İnternet kullanımının yol açtığı devamlı veya tekrarlayıcı fiziksel veya psikolojik bir probleme rağmen aşırı kullanıma devam edilmesi

4. Kullanımın direk bir sonucu olarak internet dışındaki aktivitelere ilgi ve istek kaybı

5. İnterneti disforik duygu durumdan (rneğin çaresizlik, suçluluk, kaygı gibi) kaçmak veya rahatlamak için kullanma (

b) Dışlama kriteri

Aşırı internet kullanımı psikotik bozukluk veya bipolar I bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

(c) Klinik olarak önemli derecede bozulma kriteri

Önemli bir ilişki, iş, eğitimsel veya mesleki fırsatları kaybetmeyi de içerektir. İşlevsel bozulmalar (azalmış sosyal, akademik, çalışma kapasitesi)

(d) Süre kriteri

İnternet bağımlılığı günlük en az 6 saat kullanım ile (iş/akademik amaçlı kullanım hariç) en az 3 ay sürmelidir

2.5 Araştırmanın Önemi ve Amaçları:

Araştırmamız DEHB ile günümüz teknolojisinin kaçınılmaz bir sonucu olan ekran maruziyeti, oyun alışkanlıkları, dijital oyun bağımlılığı ve ebeveynlerin internet güvenliği, bilinçli internet kullanımı arasındaki ilişkiyi saptamayı hedeflenmektedir. İnternet bağımlılığı ile DEHB arasındaki ikili ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. İnternet bağımlılığının genetik temelleri üzerinde durulmuş ve DEHB olan çocukların ebeveynlerinin de internet bağımlılığı skoru yüksek bulunmuş ve DEHB tanısının fazla olduğu görülmüştür. Ancak ebeveynlerin bu konu ile ilgili tutum ve davranışlarını araştıran herhangi bir ulusal yayına rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı DEHB ile çocuk davranış kalıpları üzerinde belirgin rol oynadığı düşünülen dijital oyun alışkanlıkları, ekran maruziyeti parametreleri ve ebeveynlerin internet güvenliği bilgisi ve bilinçli internet kullanımı bilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Çalışmanın Hipotezleri:

1. Erken ekran maruziyeti, ekran maruziyet süresinin artışı DEHB ile ilişkilidir. DEHB tanısı almış olan çocuklar geriye dönük sorgulandığında ekran maruziyeti yaşı sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşüktür ve DEHB tanısı alan çocukların ekran maruziyet süresi artmıştır.

2. Dijital oyun oynama sıklığı ve süresi DEHB ile ilişkilidir. DEHB olanlarda, dijital oyun bağımlılığı daha yüksektir. DEHB hastaları şiddet içeren oyunlara daha fazla eğilimlidir.

3. Ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi ile DEHB arasında ilişki vardır. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerin İnternet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi kontrol grubundaki ebeveynlere göre düşüktür. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerin bilinçli ve güvenli internet konusundaki yanlış tutumu sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazladır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneklem Seçimi

Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir vaka-kontrol araştırmasıdır.

Araştırmanın çalışma grubu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran ve burada ilk kez DEHB tanısı alan hastalar arasından, kontrol grubu ise AÜTF Sosyal Pediatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran, herhangi bir yakınması olmayan çocuklar arasından seçilmiştir.

Vaka ve kontrol gruplarının örneklem büyüklüğü EpiInfo 7 elektronik istatistik programında StatCalc- Sample Size and Power menüsü kullanılarak hesaplanmıştır. (78). Toplumda dijital oyun oynama sıklığının % 40 olduğu kabul edilerek, iki yönlü güven düzeyi % 95, gücü % 95, vaka/kontrol oranı 1 ve odds ratio 0,11 olacak şekilde hesaplandığında Fleiss w/CC'ye göre örneklem büyüklüğü vaka ve kontrol gruplarında 46 kişi olmak üzere toplam 92 kişi olarak belirlenmiştir. Veri kayıpları dikkate alınarak her grup için 50 kişilik bir örneklem sayısı belirlenmiştir [78].

Çalışmaya dâhil olma ve dışlanma kriterleri dikkate alınarak vaka grubu olarak 6-12 yaş arası 50 çocuk, kontrol grubu olarak 6-12 yaş arasında 50 çocuk dâhil edilmiştir. Çalışmada hedeflenen vaka ve kontrol grubu sayısına ulaşıldığında olgu alımı kesilmiştir. Çalışma sürecinde vaka grubundan 4 çocuğun, kontrol grubundan da 2 çocuğun anketleri veri kayıpları nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. DEHB tanı alma sürecinde aile ve çocuklarla yapılan yüzyüze görüşme, çocuklara uygulanan DSM-V'e dayalı "Yenilenmiş Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği" ve Wechsler Çocuklar

İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Gözden Geçirilmiş Şekli (WISC-R) testi kullanılmıştır (79).

Her iki grup ebeveynlere demografik bilgilerin değerlendirilmesi, ekran maruziyetinin sorgulanması, “ebeveyn internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımının değerlendirilmesi” başlıklı standart anket formu, çocuklara ise dijital oyun alışkanlıklarının değerlendirilmesi adlı standart anket formu uygulanmıştır. Ayrıca kontrol grubu seçilme süresinde “Yenilenmiş Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği” uygulanarak çocuklarında DEHB açısından risk grubunda olup olmadığına bakılmıştır. DEHB açısından risk taşıyan çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya Nisan 2019 - Ağustos 2019 tarihleri arasında hastane başvurusu olan çocuklar alınmıştır.

Araştırmaya alınması planlanan çocuklar ve ebeveynler öncelikle çalışma hakkında bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmış ve daha sonra anketleri doldurmaları istenmiştir. Anket formunun I, II ve III. kısımları ebeveynlere yöneltilmiş sorulardan oluşmaktadır. Anket formunun IV Kısım ise çocuklara yöneltilmiş sorulardan oluşmaktadır. Çocuklar anket formunu anne ve/veya babaları eşliğinde doldurulmuştur. Anket formu vaka grubu için Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı poliklinik ortamında, muayene sonrasında, kontrol grubu için Sosyal Pediatri Bilim Dalı poliklinik ortamında, muayene sonrasında doldurulmuştur.

3.2. Çalışmaya Dâhil Olma ve Dışlanma Ölçütleri

3.2.1. Çalışma Grubuna (DEHB grubu) Dâhil Olma Ölçütleri

1. AÜTF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran ve burada ilk kez DEHB tanısı alan 6-12 yaş arası çocuklar

3.2.2. Çalışma Grubuna (DEHB grubu) Dâhil Olmama Ölçütleri

1. Kronik hastalık varlığı (Kronik böbrek hastalığı, kronik akciğer hastalığı, doğuştan kalp hastalığı, nöromusküler hastalık, immün yetmezlik v.b.)
2. Prematürite (Gestasyon haftası 37 hafta altında olanlar)
3. Düşük doğum ağırlığı (Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olanlar)
4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden komorbid hastalıkların varlığı (Depresyon, madde bağımlılığı, yaygın gelişimsel bozukluk v.b.)
5. Klinik olarak ve/veya zekâ testi ile tanı konan (<70) herhangi bir zekâ geriliği varlığı
6. Ebeveyni bilgisayar kullanmayan çocuklar
7. Aileden ve/veya çocuktan imzalı onam alınamayan hastalar
8. Tek ebeveynle yaşayan çocuklar
9. İl merkezi dışında yaşayan çocuklar

3.2.3. Sağlıklı Kontrol grubu (DEHB grubu) Dâhil Olmama Ölçütleri

1. AÜTF Sosyal Pediatri Bilim Dalına başvuran 6-12 yaş arası sağlıklı çocuklar

3.2.4. Sağlıklı Kontrol grubu (DEHB grubu) Dâhil Olmama Ölçütleri

1. Kronik hastalık varlığı (Kronik böbrek hastalığı, kronik akciğer hastalığı, doğuştan kalp hastalığı, nöromusküler hastalık, immün yetmezlik v.b.)
2. Prematürite (Gestasyon haftası 37 hafta altında olanlar)
3. Düşük doğum ağırlığı (Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olanlar)
4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden komorbid hastalıkların varlığı (Depresyon, madde bağımlılığı, yaygın gelişimsel bozukluk v.b.)
5. Klinik olarak ve/veya Zekâ testi ile tanı konan (<70) herhangi bir zekâ geriliği varlığı
6. Ebeveyni bilgisayar kullanmayan çocuklar
7. Aileden ve/veya çocuktan imzalı onam alınamayan hastalar
8. Tek ebeveynle yaşayan çocuklar

9. İl merkezi dışında yaşayan çocuklar
10. Conners ebeveyn değerlendirme ölçeğine göre DEHB açısından risk taşıyan çocuklar

3.3. Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form (CEDÖ-YU)

CEDÖ-YU toplam 80 maddeden oluşan bir ölçektir. Karşı gelme, bilişsel problemler/dikkatsizlik, hiperaktivite, kaygı-utangaçlık, mükemmeliyetçilik, sosyal problemler, psikosomatik yakınmalar ve DSM-IV'e dayalı dikkat eksikliği, hiperaktivite ve impulsivite alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Sorular ebeveynler tarafından 4' lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Sıklıkla" ve "Her zaman" seçenekleri sırasıyla "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlanmaktadır. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80) (81).

3.4. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

(Ebeveynler tarafından doldurulmuştur.)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış bu formda çocuk ve anne-babalara ait sosyodemografik özellikler (anne ve babanın yaşı, eğitim durumları, çalışma durumları, sağlık durumları, toplam aylık gelir, evde yaşayan çocuk sayısı, evde yaşayan diğer bireylerin varlığı, çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, çocuğa bakım veren kişi vb.) sorgulanmıştır (Ek-2).

Bu anketi dolduranların % 90 'ı hastaneye çocukları ile birlikte gelen annelerdir.

3.4.2. Ekran Maruziyeti Sürecinin Değerlendirilmesi

(Ebeveynler tarafından doldurulmuştur.)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formunun ikinci kısmında ebeveynlere çocuğun ilk 6 yaş dönemindeki ekran maruziyet sürecini değerlendirmek, ilk ekran maruziyet yaşı, ekran maruziyet sıklığı, ekran maruziyetinin gerekçesi ve

ebeveynlerin bu konu ile ilgili görüşlerini öğrenmeye yönelik sorular yöneltilmiştir (Ek-3).

3.4.3. Dijital Oyun Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

(Çocuklar tarafından ebeveynleri ile birlikte doldurulmuştur.)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formunun üçüncü kısmı çocukların kendilerine yöneltilmiştir. Dijital medya kullanımı, dijital oyun alışkanlıklarını ölçmek üzere çocuğa yönelik sorular sorulmuştur, Dijital oyun oynama aracı, internet kullanımı, kullanılan dijital oyunların isimleri, günlük oyun oynama süresi, oynanan dijital oyunlar sıklığı ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Dijital oyunlar PEGİ (Avrupa Oyun Bilgi Sistemi)'nin sınıflandırmasına göre gruplara ayrılmıştır.

Çocukların oynadıkları oyun türlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır (Strateji oyunları, savaş oyunları, bulmaca oyunları, simülasyon oyunları, rol yapma oyunları, yarış oyunları, dövüş oyunları, aksiyon oyunları, macera oyunları ve spor oyunları). Testin sonunda çocuklara dijital oyun bağımlılığı ölçeği uygulanmıştır (Ek-5), (Ek-6).

3.4.4. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ-7)

(Çocuklar tarafından ebeveynleri ile birlikte doldurulmuştur.)

Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ-7): DOBÖ-7 Lemmens ve arkadaşları tarafından ergenlerin sorunlu dijital oyun oynama davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 21 madde, yedi alt boyuttan oluşan DOBÖ-21'in yedi maddelik kısa formudur.

Özgün DOBÖ-7'nin geçerlilik ve güvenilirlik değerleri Cronbach alfa için 0.92, CFI=0.904, RMSEA=0.053 (90% CI=0.049 ve 0.056) bulunmuş ve ergenlerde kullanılabilmesi gösterilmiştir. Ölçek beşli Likert tipinde, bir faktörlü bir yapıya sahiptir ve 1-5 Aralığında (1=hiçbir zaman, 5=her zaman) puan (aralık: 735) almaktadır. Bir ergenin DOBÖ-7'ye göre oyun bağımlısı olup olmadığını belirlemek için monotetik ve politetik tanımlar kullanılmıştır. Monotetik tanıma göre, kişi yedi maddenin yedisine de üç (bazen) ve üzerinde puan veriyorsa; politetik tanıma göre yedi maddenin en az dördüne üç (bazen) ve üzerinde puan veriyorsa oyun bağımlısı olarak tanımlanmıştır.

Araştırmacılar oyun bağımlılığı konusunda karar verirken hem monotetik, hem de politetik tanının kullanılabilceğini önermiş ve oyun bağımlılığı düzeyinin ölçekten alınan toplam puan artışına göre değerlendirilebileceğini göstermiştir (58).

DOBÖ-7 Türkçe geçerlik, güvenlik çalışması IRMAK ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (59). Ölçeğin 6-12 yaş aralığı için iç tutarlılığı ve ölçeğin homojenliğini Cronbach's Alpha ile hesaplanmış homojen ve tutarlı bulunmuştur (Ek-5).

3.4.5. Ebeveyn İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanım Bilgisinin Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından hazırlanmış anket formunun dördüncü ve son kısmı 5 parçadan oluşmakta öncelikle ailenin internet kullanımı bilgisi değerlendirildikten sonra ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin sorgulanması, ebeveynlerin interneti bilinçli ve güvenli kullanma yanlış tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin sorgulanmasına yönelik sorular beşli likert tipinde anket olarak tasarlanmış olup "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen" "Sıklıkla" ve "Her zaman" seçenekleri sırasıyla "0", "1", "2", "3" ve "4" olarak puanlanmaktadır. Alınan puanların toplamı değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin interneti bilinçli ve güvenli kullanma yanlış tutumlarının değerlendirilmesine yönelik sorular ise doğru ve yanlış tutumların karışık olarak değerlendirildiği üçlü likert tipi anket olarak tasarlanmış olup "Katılıyorum ", "Katılmıyorum ", " Fikrim yok " seçenekleri sırasıyla doğru tutum için "Katılıyorum " seçeneği 1 puan, diğer seçenekler sıfır puan, yanlış tutum için ise için "Katılmıyorum " seçeneği 1 puan, diğer seçenekler sıfır puan olarak hesaplanmıştır. Alınan puanların toplamı değerlendirilmiştir (Ek 4).

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.0 ile kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık sınırı olarak $p=0.05$ alınmıştır. Çalışmada gruplar arası karşılaştırmalar; sürekli değişkenler ve parametrik test koşullarını sağlayan veriler parametrik testler, diğerleri nonparametrik testler kullanılarak yapılmıştır. Çalışma ve kontrol grupları arasındaki fark; bağımsız ve sürekli değişkenler için bağımsız ölçekli Student-t testi kullanılarak, kategorik değişkenler ise

ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için verilerin normal dağılıma uygunluk durumuna göre ortalama \pm standart sapma ya da ortanca (minimum-maksimum) şeklinde, kategorik değişkenler için ise frekans (yüzde) olarak verilmiştir.

Oynanan oyunlar PEGİ sınıflandırmasına uygun olarak gruplara ayrılmış, oyunlar hem içindeki buldukları gruplar hem de her grupta yer alan oyun sayıları dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki fark bağımsız ölçekli T testi ile incelenmiştir.

Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği ile bağımlılık skoru hesaplanmıştır. Politetik tanıya göre, kişi yedi maddenin dördüne de üç (bazen) ve üzerinde puan veriyorsa oyun bağımlısı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler

4.1.1. Gruplardaki Çocukların Yaş-Cinsiyet Dağılımları

Çalışmada DEHB grubuna dâhil edilen 50 çocuktan 46'sının, sağlıklı kontrol grubuna dâhil edilen 50 çocuktan 48'inin verileri değerlendirmeye alınmıştır. Grupların yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 4.1.1)

Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında, DEHB grubunda erkek cinsiyetin anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,005$) (Tablo 4.1.2). DEHB grubunda erkeklerin sıklığı % 76,1, kızların sıklığı %23,9 olarak bulunmuştur. Erkek /Kız oranı yaklaşık 1/3 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.1.1. Grupların Yaş Dağılımlarının Karşılaştırılması

Çocuğun Yaşı	N	Ortalama \pm Standart Sapma	Min/Max
DEHB	46	9,72 \pm 1,88	6-12
Kontrol	48	8,65 \pm 1,98	6-12

Bağımsız Örneklem T Testi $p > 0,05$

Tablo 4.1.2. Grupların Cinsiyet Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Erkek n / %	Kız n / %
DEHB	35 / 76,1	11 / 23,9
Kontrol	25 / 52,1	23 / 47,9

Ki-kare Testi, p=0,005

Ev içi faktörlerden ilk çocuk ve tek çocuk olma sıklığı açısından bakıldığında, DEHB ve kontrol grubunda arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.1.3), (p>0,05).

Evde yaşayan çocuk sayısı açısından karşılaştırıldığında, DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p >0,05) (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.3. Çocukların “İlk Çocuk” ve “Tek Çocuk” Olma Durumunun Karşılaştırılması

İlk Çocuk Olma *	DEHB n / %	Kontrol n / %
Evet	22 / 47,8	32 / 66,7
Hayır	24 / 52,2	16 / 33,3
Tek Çocuk Olma *		
Evet	13 / 28,3	14 / 29,2
Hayır	33 / 71,7	34 / 70,8

*Ki-kare Testi, p>0,05

Tablo 4.1.4. Evde Yaşayan Çocuk Sayısının Karşılaştırılması

	N	Ortalama ± Standart Sapma	Min/Max
DEHB	46	2,20 ± 1,088	1-5
Kontrol	48	1,94 ± 0,885	1-5

Bağımsız Örneklem T Testi $p > 0,05$

4.1.2. Grupların Anne- Baba Yaş Dağılımları

Gruplar arasında anne ve baba yaşları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.5. Grupların Anne-Baba Yaş Dağılımları

Anne Yaş Grubu*	n	Ortalama ± Standart Sapma	Min/Max
DEHB	46	37,13± 5,476	27-51
Kontrol	48	37,88 ± 5,188	37-13
Baba Yaş Grubu*	n	Ortalama ± Standart Sapma	Min/Max
DEHB	46	41,24 ± 5,570	30-55
Kontrol	48	40,90 ± 5,356	30-52

* Bağımsız Ölçekli Student-T Testi $p > 0,05$

4.1.3 Anne- Baba Çalışma Durumları

Gruplar arasında anne ve baba çalışma durumları bakımından karşılaştırıldığında DEHB grubunda annelerin çalışma sıklığı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,001$) (Tablo 4.1.6). Babaların çalışma sıklığı açısından ise anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.2. Anne ve Babaların Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması

Anne Çalışma Durumu*	DEHB n / %	KONTROL n / %
Kısmi	5 / 10,9	3 / 6,2
Tam	5 / 10,9	22 / 45,8
Çalışmıyor	36 / 78,3	23 / 47,9
Toplam	46 / 100,0	48 / 100,0
Baba Çalışma Durumu**		
Kısmi	3 / 6,5	1 / 2,1
Tam	39 / 84,8	44 / 91,7
Gece	1 / 2,2	1 / 2,1
Çalışmıyor	3 / 6,5	2 / 4,2
Toplam	46 / 100,0	48 / 100,0

* Ki-kare Testi, $p=0,001$, **Ki-kare Testi, $p>0,05$

4.1.4 Anne- Baba Eğitim Düzeyleri

Gruplar anne ve baba eğitim düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında annelerin eğitim düzeyi DEHB grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 4.1.7). Baba eğitim düzeyi açısından ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.3. Anne- Baba Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyleri	DEHB n / %	Kontrol n / %
Okur-Yazar	3 / 6,5	0 / 0
İlköğretim	7 / 15,2	2 / 4,2
Ortaöğretim	11 / 23,9	9 / 18,8
Lise	17 / 36,9	10 / 20,8

Üniversite	8 / 17,4	27 / 56,2
Ki-kare Testi, p=0,001		
Baba Eğitim Düzeyleri		
Okur-Yazar Değil	1 / 2,2	0
Okur-Yazar	1 / 2,2	0 / 0
İlköğretim	7 / 15,2	4 / 8,3
Ortaöğretim	5 / 10,9	8 / 16,7
Lise	21 / 45,7	19 / 39,6
Üniversite	11 / 23,9	17 / 35,4

Ki-Kare Testi, p>0,05

4.1.5. Anne- Baba Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması

DEHB grubunda annelerin % 82,6 'sında bilinen bir hastalık yoktur, %17,4 'ünde ise kronik bir hastalık mevcuttur. Kontrol grubunda ise annelerin % 83,3'ünde bilinen bir hastalık yoktur, ancak %16,7'sinde kronik bir hastalık mevcuttur. DEHB grubunda babaların % 86,7 'sında bilinen bir hastalık yoktur, %13,3' ünde ise kronik bir hastalık mevcuttur. Kontrol grubunda ise babaların % 91,7 'sinde bilinen bir hastalık yoktur, ancak % 8,3'ünde kronik bir hastalık mevcuttur. Her iki grupta da ebeveynlerin sahip olduğu kronik hastalıklar arasında herhangi bir ruhsal hastalık yoktur. Bilinen hastalık varlığı açısından karşılaştırıldığında, DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.1.8).

Tablo 4.1.4. Anne-Baba Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması

Annede Bilinen Hastalık*	DEHB n / %	Kontrol n / %
Yok	38 / 82,6	40 / 83,3
Var	8 / 17,4	8 / 16,7
Babada Bilinen Hastalık**		
Yok	39 / 86,7	44 / 91,7)
Var	6 / 13,3	4 / 8,3

* Ki-Kare Testi, p>0,05 , ** Ki-Kare Testi, p>0,05

4.1.6. Aile Gelir Düzeyleri

Ailelerin aylık gelir düzeyleri açısından DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.9).

Tablo 4.1.5. Ailelerin Gelir Düzeylerinin Karşılaştırılması

Aylık Gelir Miktarı (TL)	DEHB n / %	Kontrol n / %
2000 ve altı	11 / 23,9	4 / 8,3
2001-4000	17 / 37,0	19 / 39,6
4001 -6000	11 / 23,9	13 / 27,1
6001-10000	6 / 13	10 / 20,8
10 000 üzeri	1 / 2,2	2 / 4,2

Ki-kare Testi, $p>0,05$

4.2. Çocukların Ekran Maruziyetine İlişkin Veriler

4.2.1. Çocukların Ebeveynleriyle Birlikte Gerçekleştirdiği Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

Çocukların ebeveynleri ile birlikte gerçekleştirdikleri aktiviteler ilk 2 yaş, 2-6 yaş ve şimdiki zaman için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sorular buna yönelik düzenlenmiştir.

4.2.1.1 Çocukların İlk 2 Yaş Dönemine Ait Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan DEHB ve Kontrol grupları karşılaştırıldığında ebeveynlerle birlikte en sık yapılan aktivite her iki grupta da “oyun oynamak” olarak saptanmıştır. DEHB grubunun % 91,3’ü, kontrol grubunun ise % 97,9 ‘u ilk 2 yaş döneminde çocuğuyla oyun oynamaktadır. İkinci sırada ise “televizyon izlemek” gelmektedir. DEHB grubunun % 73,9’u, kontrol grubunun ise % 75 ‘i ilk 2 yaş döneminde çocuğuyla birlikte televizyon izlediğini ifade etmektedir. DEHB grubunda % 60,9 ‘u en sık yapılan üçüncü aktivite için vakit bulamadığını belirtirken, kontrol grubu en sık yapılan üçüncü aktivite olarak kontrol grubunun %68’i birlikte kitap okuduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1.İlk 2 Yaş Dönemine Ait En Sık Yapılan Aktivitelerin Değerlendirilmesi

İlk 2 Yaş Döneminde En Sık Yapılan Aktiviteler	DEHB n / %	Kontrol n / %
En sık yapılan aktivite	Oyun Oynamak 42 / 91,3	Oyun Oynamak 47/ 97,9
En sık yapılan ikinci aktivite	TV izlemek 34 / 73,9	TV izlemek 36 / 75
En sık yapılan üçüncü aktivite	Vakti Olmayanlar 38 / 60,9	Kitap Okumak 33 / 68

Çalışmaya katılan DEHB ve kontrol grupları karşılaştırıldığında ilk 2 yaş döneminde ebeveynlerle birlikte kitap okuma sıklığı DEHB grubunda kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo 4.2.2).

DEHB grubundaki ebeveynlerin %39,1'i çocuğuyla geçirecek vakit bulamadığını belirtirken, bu sıklık kontrol grubunda % 12,5'tir. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.2.2). Oyun oynamak, müzik dinlemek, televizyon izlemek, telefon ve tabletle vakit geçirmek açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2.İlk 2 Yaş Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

İlk 2 Yaş Aktiviteleri	DEHB n / %	Kontrol n / %	P*
Oyun Oynamak	42 / 91,3	47/ 97,9	$>0,05$
Kitap Okumak	11 / 23,9	33/ 69,8	$<0,001$
Müzik Dinlemek	37 / 80,4	40/ 83,3	$>0,05$

Televizyon izlemek	36 / 75	34 / 73,9	>0,05
Telefon, tabletle vakit geçirmek	9 / 19,6	8 / 16,7	>0,05
Vakti Olmayanlar	18 / 39,1	6 / 12,5	<0,005

* Ki-kare Testi

4.2.2.2 Çocukların 2-6 Yaş Dönemine Ait Aktivitelerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan DEHB ve kontrol grupları 2-6 yaş döneminde ebeveynlerle birlikte yapılan aktiviteler açısından karşılaştırıldığında oyun oynamak, kitap okumak, müzik dinlemek, televizyon izlemek, telefon, tabletle vakit geçirmek, yüzme ve yürüyüş gibi spor aktivitelerinde bulunmak, bilgisayarda oyun oynamak, parka gitmek, alışverişe gitmek ve vakit bulamama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3. 2-6 Yaş Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

2-6 Yaş Aktiviteleri	DEHB n / %	Kontrol n / %	P*
Oyun Oynamak	38,0 / 82,6	39,0 / 81,2	>0,05
Kitap Okumak	15 / 32,6	25 / 52,1	>0,05
Müzik Dinlemek	2 / 4,3	6 / 12,5	>0,05
Televizyon izlemek	22 / 47,8	34 / 73,9	>0,05
Telefon ve tablet ile vakit geçirmek	10 / 21,7	8 / 16,7	>0,05
Yüzme, yürüyüş gibi spor aktivitelerinde bulunmak	6 / 13,0	3 / 6,2	>0,05
Bilgisayarda oyun oynamak	2 / 4,3	3 / 6,2	>0,05
Parka Gitmek	29 / 63,0	28 / 58,3	>0,05
Alışverişe Gitmek	10 / 21,7	12 / 25,0	>0,05
Vakti Olmayanlar	1 / 2,2	0 / 0	>0,05

* Ki-kare Testi

4.2.2.3 Çocukların 6-12 Yaş Dönemine Ait Aktivitelerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan DEHB ve kontrol grupları 6-12 yaş döneminde ebeveynlerle birlikte yapılan aktiviteler açısından karşılaştırıldığında kitap okuma sıklığı DEHB grubunda (% 13) kontrol grubuna (%52) göre düşük saptanmıştır. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo 4.2.4).

6-12 yaş döneminde ebeveynleriyle birlikte telefon, tablet ile vakit geçirme sıklığı DEHB grubunda (% 52,2) ve kontrol grubuna (% 25) göre yüksek olarak saptanmıştır. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

Oyun oynamak, müzik dinlemek, televizyon izlemek, yüzme ve yürüyüş gibi spor aktivitelerinde bulunmak, bilgisayarda oyun oynamak, parka gitmek, alışverişe gitmek ve ebeveyn ile geçirecek vakit bulamama sıklığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p> 0,05$) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.4. 6-12 Yaş Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

6-12 Yaş Aktiviteleri	DEHB n/ %	Kontrol n / %	P*
Oyun Oynamak	18/39,1	26/54,2	>0,05
Kitap Okumak	6 / 13,0	25 / 52,1	<0,001
Müzik Dinlemek	2 / 4,3	6 / 12,5	>0,05
Televizyon izlemek	27 / 58,7	21 / 43,8	>0,05
Telefon, tabletle vakit geçirmek	24 / 52,2	12 / 25,0	<0,05
Yüzme, yürüyüş gibi spor aktivitelerinde bulunmak	8 / 17,4	4 / 8,3	>0,05
Bilgisayarda oyun oynamak	8 / 17,4	3 / 6,2	>0,05
Parka Gitmek	20 / 43,5	24 / 50,0	>0,05
Alışverişe Gitmek	13 / 28,3	19 / 39,6	>0,05

Vaktim Olmayanlar	7 / 15,2	1 / 2,1	>0,05
-------------------	----------	---------	-------

* Ki-kare Testi

4.2.3 Çocukların Dijital Medya Kullanımının Değerlendirilmesi

4.2.3.1 Erken Ekran Maruziyetine İlişkin Veriler

DEHB grubunda ilk ekran maruziyet yaşı ortalaması 17, 28 ± 14,06 ay bulunmuşken, kontrol grubunda ise ilk ekran maruziyet yaşı ortalaması 26 ± 11,42 ay olarak bulunmuştur. DEHB grubunda ekran maruziyet yaşı daha küçük saptanmakla birlikte aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Erken ekran maruziyeti olarak Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerdiği 18 ay sınır değer kabul edildiğinde DEHB grubunda erken ekran maruziyeti sıklığı %52,2, kontrol grubunda ise %31,2 olarak bulunmuştur. DEHB olan çocukların erken ekran maruziyeti sıklığı, sağlıklı kontrol grubuna göre yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05) (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.5. Erken Ekran Maruziyetinin Değerlendirilmesi

Erken Ekran Maruziyeti (< 18 ay)	DEHB n / %	Kontrol n / %
Var	24 / 52,2	15 / 31,2
Yok	22 / 47,8	33 / 68,8

* Ki-kare Testi, p<0,05

4.2.3.2 Dijital Medya Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan DEHB ve kontrol grupları karşılaştırıldığında dijital medya ile tanışmanın her iki grupta en sık olarak televizyon aracılığıyla gerçekleştiği görülmüştür. İlk ekran maruziyet aracı olarak televizyon kullanım sıklığı DEHB grubunda % 89,1 ve kontrol grubunda % 93,3 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p> 0,05) (Tablo 4.2.6).

Dijital medyanın avutma amacıyla kullanım sıklığı DEHB grubunda % 97,8 ve kontrol grubunda % 89,6 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.6).

2 yaşa gelindiğinde DEHB grubunun % 31,1'i televizyon, tablet, bilgisayar gibi cihazları tanırken, kontrol grubunun % 25'i televizyon, tablet, bilgisayar gibi cihazları tanımaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.6).

Televizyon, tablet, bilgisayar gibi dijital medya ile 2 saat ve üzerinde vakit geçirme sıklığı DEHB grubunda % 51,2 ve kontrol grubunda % 32,6 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.6).

Her iki grupta da dijital medyanın kullanım amacının en sık oyun oynamak olduğu saptanmıştır. Sıklık DEHB grubunda % 79,2 ve kontrol grubunda ise % 65,2 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.6).

Tüm çocukluk çağına yönelik sorulan sorulara verilen yanıtlar doğrultusunda gruplar arasında cep telefonu kullanım sıklığı, tablet kullanım sıklığı, evde bilgisayar varlığı, evde internet bağlantısı varlığı, bilgisayar ve internet kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.6. Tüm yaş gruplarında Dijital Medya Kullanımının Değerlendirilmesi

	DEHB n / %	Kontrol n / %	P*

Cihaz	Televizyon 41 / 89,1	Televizyon 45 / 93,8	>0,05
Avutma Aracı olarak kullanım sıklığı	36 / 97,8	43 / 89,6	>0,05
2 yaşta dijital medya araçlarını tanıma	14 / 31,1	12 / 25,0	>0,05
2 saat üzerinde dijital medya kullanımı	21 / 51,2	14 / 32,6	>0,05
Dijital Medya Kullanım Amacı	Oyun Oynamak 38 / 79,2	Oyun Oynamak 30 / 65,2	>0,05
Cep Telefonu Kullanımı	24 / 52,2	16 / 33,3	>0,05
Tablet kullanımı	27 / 58,7	28 / 58,3	>0,05
Evde bilgisayar varlığı	32 / 69,6	37 / 77,1	>0,05
Evde internet bağlantısı varlığı	37 / 80,4	37 / 77,1	>0,05
Bilgisayar kullanımı	28 / 60,9	32 / 66,7	>0,05
İnternet Kullanımı	42 / 91,3	42 / 87,5	>0,05

*Ki-kare Testi

4.3. Dijital Oyunlar

4.3.1. Dijital Oyun Alışkanlıkları

Dijital oyun oynama sıklığı DEHB grubunda % 80,7 iken, kontrol grubunda % 79,2 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.1).DEHB grubunun daha çok online (çevrimiçi) oyun tercih ettiği, kontrol grubunun ise daha çok offline oyun tercih ettiği görülmüştür. Online oyun oynama sıklığı DEHB grubunda % 45,7 iken kontrol grubunda % 22,9 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır

($p < 0,05$) (Tablo 16). Offline oyun oynama sıklığı ise DEHB grubunda % 32,1; kontrol grubunda ise % 50 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.1).

2 saat ve üzerinde dijital oyun oynama sıklığı ise DEHB grubunda % 67,4 kontrol grubunda ise % 38,1 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.1).

Her iki grup da dijital oyun oynamak amacıyla en sık akıllı telefonları kullanmaktadır. Dijital oyun oynama amacıyla akıllı telefon kullanım sıklığı DEHB grubunda % 45,7 ve kontrol grubunda ise % 41,7 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.1).

Şiddet içeren oyun oynama sıklığı DEHB grubunda %64,7 kontrol grubunda ise %21,4 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$) (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. Dijital Oyun Kullanımının Değerlendirilmesi

Dijital Oyun Oynama Özellikleri	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Dijital Oyun Oynama sıklığı	40 / 80,7	38 / 79,2	>0,05
Online oyun oynama sıklığı	21 / 45,7	11 / 22,9	<0,05
Offline oyun oynama sıklığı	15 / 32,6	24 / 50,0	<0,05
2 saat ve üzerinde dijital oyun oynama sıklığı	29 / 67,4	16 / 38,1	<0,05
Dijital Oyun Aracı	Akıllı Telefon 21 / 45,7	Akıllı Telefon 20 / 41,7	>0,05

Şiddet içeren Oyun Oynama Sıklığı	29 / 64,7	9 / 21,4	<0,001
--	------------------	-----------------	------------------

* Ki-kare Testi

4.3.2. Aralıksız Oyun Oynama Süresi

Aralıksız oyun oynama süresi DEHB grubunda ortalama $2,46 \pm 2,22$ saat ve kontrol grubunda ise $1,29 \pm 1,35$ saat olarak bulunmuştur. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,005$) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.2 Aralıksız Oyun Oynama Süresinin Değerlendirilmesi

Aralıksız Oyun Oynama Süresi*	n	Ortalama \pm standart sapma (saat)	Min/Max (saat)
DEHB	46	$2,46 \pm 2,22$	0-10
Kontrol	48	$1,29 \pm 1,35$	0-6

Bağımsız Örneklem T Testi $p < 0,01$

4.3.3. Çocukların Oynadıkları Oyunların Özellikleri

Strateji Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında strateji oyunları oynama sıklığı açısından karşılaştırıldığında Age of Empires, Hearthstone, Moba, Total War Series, League Of Legends, Clash Of Clans oyunlarından herhangi birini oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.3).

DEHB grubundaki çocukların oynadıkları ortalama strateji oyunu sayısı kontrol grubuna göre daha yüksektir ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.3.Strateji Oyunlarının Karşılaştırılması

Strateji Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Age of Empires	1 / 2,2	1 / 2,1	$> 0,05$
Hearthstone	2 / 4,3	1 / 2,1	$> 0,05$

Moba	1 / 2,2	0 / 0,0	> 0,05
Total War Series	3 / 6,5	1 / 2,1	> 0,05
League Of Legends	4 / 8,7	1 / 2,1	> 0,05
Clash Of Clans	9 / 19,6	3 / 6,2	> 0,05

* Ki-kare Testi

Tablo 4.3.4. Çocukların Oynadıkları Ortalama Strateji Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	1,21 ± 1,89	0-6
Kontrol	48	0,39 ± 1,06	0-4

Bağımsız Örneklem T Testi $p < 0,05$

Şavaş Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında savaş oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Call of Duty serisi, Assasin's Creed serisi oynama sıklığı DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.5). Battlefield serisi ise her iki grupta da oynanmamaktadır

DEHB grubundaki çocukların oynadıkları ortalama savaş oyunu sayısı kontrol grubuna göre daha yüksektir. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.6).

Tablo 4.3.5. Savaş Oyunların Karşılaştırılması

Savaş Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Call of Duty serisi	6 / 13	1 / 2,1	<0,05
Assasin's Creed serisi	6 / 13	1 / 2,1	<0,05
Battlefield serisi	0 / 0,0	0 / 0,0	> 0,05

* Ki-kare Testi

Tablo 4.3.6. Çocukların Oynadıkları Ortalama Savaş Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	0,26 ± 0,57	0-2
Kontrol	48	0,04 ± 0,20	0-1

Bağımsız Örneklem T Testi $p < 0,05$

Aksiyon Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında aksiyon oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Counter Strike: Global Offensive oynama sıklığı DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Her iki oyunu oynama sıklığı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 22). Grand Theft Auto serisi, Dark Souls oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.7).

DEHB grubunda çocukların oynadıkları ortalama aksiyon oyunu sayısı, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.8).

Tablo 4.3.7. Aksiyon Oyunların Karşılaştırılması

Aksiyon Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Counter Strike: Global Offensive	9 / 19,6	1 / 2,1	<0,05
Grand Theft Auto serisi	9 / 19,6	3 / 6,2	> 0,05
Dark Souls	1 / 2,2	1 / 2,1	> 0,05

*Ki-kare Testi

Tablo 4.3.8. Çocukların Oynadıkları Ortalama Aksiyon Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	0,41 ± 0,61	0-2

Kontrol	48	0,10 ± 0,42	0-2
---------	----	-------------	-----

Bağımsız Örneklem T Testi $p < 0,05$

Rol Yapma Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında rol yapma oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Witcher, Mass Effect, World of Warcraft, Dragon Age, Kingdoms of Amalour, Diablo serisi oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.9). Her iki grup çocukların oynadıkları ortalama rol yapma oyunu sayısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.10).

Tablo 4.3.0. Rol Yapma Oyunlarının Karşılaştırılması

Rol Yapma Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Witcher	3 / 6,5	1 / 2,1	$> 0,05$
Mass Effect	4 / 8,7	1 / 2,1	$> 0,05$
World of Warcraft	2 / 4,3	1 / 2,1	$> 0,05$
Dragon Age	1 / 2,2	0 / 0	$> 0,05$
Kingdoms of Amalour	1 / 2,2	0 / 0	$> 0,05$
Diablo serisi	0 / 0	0 / 0	$> 0,05$

*Ki-kare Testi

Tablo 4.3.10 Çocukların Oynadıkları Ortalama Rol Yapma Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Ma x
DEHB	46	0,23 ± 0,63	0-3
Kontrol	48	0,06 ± 0,31	0-2

Bağımsız Örneklem T Testi, $p > 0,05$

Macera Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında macera oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Uncharted, Tomb Raider, Beyond: Two Souls, The Longest Journey, Skyrim, Myst and Riven oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.11).

Her iki grup çocukların oynadıkları ortalama macera oyunu sayısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.12).

Tablo 4.3.11. Macera Oyunlarının Karşılaştırılması

Macera Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Uncharted	1 / 2,2	1 / 2,1	> 0,05
Tomb Raider	1 / 2,2	2 / 4,2	> 0,05
Beyond: Two Souls	2 / 4,3	1 / 2,1	> 0,05
The Longest Journey	1 / 2,2	0 / 0,0	> 0,05
Skyrim	2 / 4,3	0 / 0,0	> 0,05
Myst and Riven	0 / 0	0 / 0,0	> 0,05

*Ki-kare Testi

Tablo 4.3.12. Çocukların Oynadıkları Ortalama Macera Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama \pm standart sapma	Min/Max
DEHB	46	0,15 \pm 0,66	0-4
Kontrol	48	0,08 \pm 0,45	0-3

Bağımsız Örneklem T Testi $p>0,05$

Bulmaca Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında bulmaca oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Tetris, Candy Crush, Angry Birds, Zuma, Lucius, Sudoku oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p> 0,05$) (Tablo 4.3.13).

Her iki grup çocukların oynadıkları ortalama bulmaca oyunu sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.14).

Tablo 4.3.13. Bulmaca Oyunlarının Karşılaştırılması

Bulmaca Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Tetris	5 / 10,9	5 / 10,4	> 0,05
Candy Crush	8 / 17,4	6 / 12,5	> 0,05
Angry Birds	10 / 21,7	5 / 10,4	> 0,05
Zuma	0 / 0,0	0 / 0,0	> 0,05
Lucius	1 / 2,2	0 / 0,0	> 0,05
Sudoku	0 / 0,0	0 / 0,0	> 0,05

*Ki-kare Testi

Tablo 4.3.14. Çocukların Oynadıkları Ortalama Bulmaca Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	0,52 ± 1,02	0-4
Kontrol	48	0,37 ± 0,73	0-3

Bağımsız Örneklem T Testi $p > 0,05$

Spor Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında bulmaca oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde FIFA, PES, NBA, Championship Manager, WWE, Fight Night Championship oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.15).

Her iki grup çocukların oynadıkları spor oyunu sayısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.16).

Tablo 4.3.15. Spor Oyunlarının Karşılaştırılması

Spor Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
FIFA	8 / 17,4	8/16,7	> 0,05
PES	3 / 6,5	4 / 8,3	> 0,05

NBA	2 / 4,3	2 / 4,2	> 0,05
Championship Manager	2 / 4,3	0 / 0,0	> 0,05
WWE	0/0	0 / 0,0	> 0,05
Fight Night Championship	0/0	0 / 0,0	> 0,05

*Ki-kare Testi

Tablo 4.3.16. Çocukların Oynadıkları Ortalama Spor Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	0,34 ± 0,79	0-3
Kontrol	48	0,29 ± 0,68	0-3

Bağımsız Örneklem T Testi $p>0,05$

Simülasyon Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında simülasyon oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Eurotruck serisi, SimCity, The Sims serisi, Uçak simülatörleri, Trauma Center oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p> 0,05$) (Tablo 4.3.17).

Her çocukların oynadıkları ortalama simülasyon oyunu sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.18).

Tablo 4.3.17. Simülasyon Oyunlarının Karşılaştırılması

Simülasyon Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Eurotruck serisi	4 / 8,7	2 / 4,2	> 0,05
SimCity	4 / 8,7	2 / 4,2	> 0,05
The Sims serisi	2 / 4,3	0 / 0	> 0,05
Uçak simülatörleri	2 / 4,3	1 / 2,1	> 0,05

Trauma Center	1 / 2,2	0 / 0	> 0,05
---------------	---------	-------	--------

*Ki-kare Testi

Tablo 4.3.18. Çocukların Oynadıkları Ortalama Simülasyon Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	0,28 ± 0,62	0-3
Kontrol	48	0,10 ± 0,37	0-2

Bağımsız Örneklem T Testi $p > 0,05$

Dövüş Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında dövüş oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Street Fighter, Sleeping Dogs, UFC 2009, Samurai Shodown, Virtua Fighter 5 oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 34). Mortal Kombat oynama sıklığı DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.19).

DEHB grubunda çocukların oynadıkları ortalama dövüş oyunu sayısı, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.20).

Tablo 4.3.19. Dövüş Oyunlarının Karşılaştırılması

Dövüş Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Mortal Combat	9 / 19,6	2 / 4,2	<0,05
Street Fighter	5 / 10,9	1 / 2,1	> 0,05
Sleeping Dogs	1 / 2,2	0 / 0,0	> 0,05
UFC 2009	1 / 2,2	0 / 0,0	> 0,05
Samurai Shodown	0 / 0	0 / 0,0	> 0,05
Virtua Fighter 5	0 / 0	0 / 0,0	> 0,05

*Ki-kare Testi

Tablo 4.3.20. Çocukların Oynadıkları Ortalama Dövüş Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

Dövüş Oyun Skoru	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	0,34 ± 0,64	0-3
Kontrol	48	0,06 ± 0,31	0-2

Bağımsız Örneklem T Testi $p < 0,05$

Yarış Oyunları

DEHB ve kontrol grubu arasında yarış oyunları oynama sıklığı açısından değerlendirildiğinde Need for Speed, Assetto Corsa, Formula 1 serisi, Project Cars serisi oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 36). Moto GP serisi oynama sıklığı, Forza Motorsports serisi DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Her iki oyunu oynama sıklığı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.21).

DEHB grubunda çocukların oynadıkları ortalama yarış oyunu sayısı, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.22).

Tablo 4.3.21. Yarış Oyunlarının Karşılaştırılması

Motor Yarış Oyunları	DEHB n / %	Kontrol n / %	*P
Need for Speed serisi	6 / 13	6 / 12,5	$> 0,05$
Moto GP serisi	7 / 15,2	1 / 2,1	$< 0,05$
Forza Motorsports serisi	6 / 13	1 / 2,1	$< 0,05$
Assetto Corsa	2 / 4,3	0 / 0,0	$> 0,05$
Formula 1 serisi	8 / 17,4	0 / 0,0	$< 0,005$
Project Cars	1 / 2,2	0 / 0,0	$> 0,05$

Tablo 4.3.22. Çocukların Oynadıkları Ortalama Yarış Oyunu Sayılarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
--	---	---------------------------	---------

DEHB	46	0,65 ± 1,30	0-6
Kontrol	48	0,16 ± 0,42	0-2

Bağımsız Örneklem T Testi $p < 0,05$

4.4. Dijital Oyun Bağımlılığı

Dijital oyun bağımlılığı politetik tanıya göre DEHB grubunda % 37,2 sıklığında kontrol grubunda ise % 16,7 sıklığında bulunmuştur. Her iki grup oyun bağımlılığı skoru açısından karşılaştırıldığında aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1 Dijital Oyun Bağımlılığının Karşılaştırılması

Dijital Oyun Bağımlılığı	DEHB n / %	Kontrol n / %
Var	16 / 37,2	7 / 16,7
Yok	27 / 62,8	35 / 83,3

*Ki-kare Testi $p < 0,05$

4.5. Ebeveyn İnternet Kullanımına İlişkin Veriler

Ebeveyn internet kullanımı DEHB grubunda % 100, kontrol grubunda ise % 97,9 olarak saptanmıştır. DEHB grubunda aile sözleşmesi yapma sıklığı % 17,4 iken, kontrol grubunda % 40,4 olarak saptanmıştır. Aile sözleşmesi yapma sıklığı açısından aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.5.1.)

Tablo 4.5.1 Ebeveyn İnternet Kullanımına İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

	DEHB	Kontrol	P*
Ebeveyn İnternet kullanımı	46 / 100	46 / 97,9	> 0,05
Aile Sözleşmesi	8 / 17,4	19 / 40,4	<0,05

*Ki-kare Testi

4.6. Ebeveyn İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler

Ebeveyn internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.6.1).

Ebeveyn internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım doğru davranış puanı DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.1 Ebeveyn İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımını Bilgisi ve Doğru Davranış Puanlarının Karşılaştırılması

İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanım Bilgisi Puanı	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	10,84 ± 2,70	3-14
Kontrol	48	9,93 ± 3,06	2-14
İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı konusundaki Doğru Davranış Puanı	n	Ortalama ± standart sapma	Min/Max
DEHB	46	31, 67 ± 8,480	0-43
Kontrol	48	36, 83 ± 4,264	26-44

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda AÜTF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ilk kez başvuran ve daha önce herhangi bir merkezde tanı ya da tedavi almamış olan DEHB tanılı 6-12 yaş çocuklar ile AÜTF Sosyal Pediatri Bilim Dalı polikliniğinde izlenen 6-12 yaş sağlıklı çocukların ekran maruziyeti, dijital oyun alışkanlıkları ve ebeveynlerinin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisi ve tutumu karşılaştırılmıştır. DEHB ile ekran maruziyeti, dijital oyun alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen uluslararası yayınlar mevcuttur, ancak bu konuda ulusal yayınlar kısıtlıdır.

Hastalık kontrol önleme merkezi (CDC), zihinsel olarak sağlıklı çocukları “olumlu bir yaşam kalitesine sahip olan ve evde, okulda ve toplumlarında iyi işlev görebilen çocuklar” olarak tanımlar. Zihinsel ve davranış bozukluklarının ise bilişsel, sosyal ve duygusal gelişim açısından beklenenden ciddi sapmalar olması olarak tanımlanır. Araştırmalar çocukluk çağının yaygın görülen ruhsal bozukluklarında çevresel yaşam koşullarının önemli bir etken olduğunu göstermiştir. Boşanmış ebeveynler, madde kullanımı, stresli yaşam koşulları bu faktörlerdendir. Sağlıklı bir ev ortamı özellikle yaşamın ilk yıllarında çocuğun iyiliği için önemli bir bileşendir. Bu çevresel faktörler çocuğun yaşama ve onunla nasıl başa çıktığı konusundaki bakış açısını değiştirebilir ve araştırmalar çocuklarda çevresel faktörler ve DEHB arasında ilişki olabileceğini göstermektedir (28, 82)

DEHB ve kontrol gruplarında tüm çocuklar 6-12 yaş aralığındadır. Her iki grup ebeveyn ve çocuklara ait demografik bilgiler, ekran maruziyetinin sorgulanması, dijital oyun alışkanlıklarının değerlendirilmesi, ebeveyn internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımının değerlendirilmesi başlıklı standart anket formu eşliğinde araştırılmıştır.

DEHB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; grupların yaş dağılımları benzer bulunmuştur. Bu durum, araştırma hipotezimize ilişkin sonuçların etkisinin doğrudan gözlenmesine olanak sağlamıştır.

DEHB tanısı alan çocukların % 76,1’i erkek cinsiyettedir. Çalışmamızda DEHB tanısı alan çocukların cinsiyet dağılımı kız/erkek oranı yaklaşık olarak 1/3 olarak bulunmuştur. Literatürde DEHB’ de cinsiyete göre dağılım kız/erkek oranları 1/3 ile 1/9 arasında değişen oranlarda belirtilmiştir (17, 83). Kızların hastane başvuru oranlarının daha az olduğu görülmüştür. Bu farklılığın, kızlarda davranışsal sorunların daha az bulunması veya erkeklerde eşlik eden hastalıkların ve hiperaktivite semptomlarının daha ön planda olması nedeniyle hastaneye yönlendirmelerin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (17, 84-86). Çalışmamız DEHB cinsiyet dağılımı açısından literatür ile uyumludur.

Yapılan çalışmalarda DEHB ile ebeveyn yaşı arasında net bir ilişki gösterilmemiştir (28, 87). Çalışmamızda DEHB ve Kontrol grupları anne ve baba yaşları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Daha önce yapılan çalışmalarda DEHB ile aile içi faktörlerden ilk çocuk olma ve tek çocuk olma durumu ve evde yaşayan çocuk sayısı arasında diğer faktörlerden bağımsız olarak ilişki saptayan küçük ölçekli çalışmalar mevcut olsa da geniş ölçekli çalışmalarda bir ilişki saptanmamıştır (87, 88). Çalışmamızda tek çocuk olma, ilk çocuk olma ve evde yaşayan durumu açısından DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

DEHB ve kontrol grupları arasında anne ve baba yaşları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB ile ebeveyn yaşları arasında net bir ilişki olduğunu söylemek zordur. Yapılan çalışmalarda çeşitli sonuçlar mevcut olmakla birlikte bu farklılığın örneklem büyüklüğünün farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Literatürde ailenin eğitim düzeyi ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma vardır. Ailenin eğitim düzeyinin düşük oluşunun aile içi iletişimde bozulma, duygusal ve fiziksel istismar açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir. Kabul gören görüş özellikle bakım veren ebeveyn eğitim düzeyinin olumsuz yaşam koşulları ve DEHB ile ilişkili olduğudur (89-92). Çalışmamızda DEHB grubunda annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun sıklığı kontrol grubunda göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Baba eğitim düzeyi karşılaştırıldığında DEHB grubunda babanın eğitim düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük saptanmakla birlikte birlikte arada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Türk toplum yapısında temel bakım veren kişinin anne olduğu göz önüne alındığında çalışmamız literatüre benzer özellikler taşımaktadır.

DEHB ile meslek, eğitim ve gelir düzeyi bileşenlerinden oluşan sosyoekonomik durumun ilişkili olduğunu, düşük sosyoekonomik düzeyin DEHB riskini arttırdığını kanıtlayan çok sayıda çalışma mevcuttur (89, 92-94). Larsson ve arkadaşlarının yaptığı 811.803 kişilik geniş ölçekli kohort çalışmasında düşük gelirin DEHB olasılığını arttırdığı tahmin edilmiştir, ancak düşük gelir, eğitim ve sosyokültürel değişikliklere yol açtığından bu bulguya dayanarak düşük gelirin DEHB riskini doğrudan arttırdığı sonucuna varılamadığı belirtilmiştir (95, 96). Çalışmamızda DEHB grubunun aylık gelir düzeyi kontrol grubuna göre düşük

saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık söz konusu değildir. Bu farklılığın örneklem büyüklüğünden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çocukluk çağında ebeveynler ile yapılan aktivitelerin çocukların fiziksel ve ruhsal halini etkilediğini ve ergenlik-erişkinlik dönemindeki ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Birbiriyle ilişkili bu durumların aydınlatılabilmesi için yaşam koşulları ve DEHB için risk faktörü olduğu tahmin edilen çocuk ve ebeveyn ilişkisi ve ebeveynlerle birlikte gerçekleştirilen aktivitelerin bu konudaki rolünün aydınlatılabilmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda henüz DEHB semptomlarının görülmediği ilk 2 yaşta en sık yapılan aktivitelere bakıldığında oyun oynamak ve televizyon izlemek her iki grupta da en sık yapılan iki aktivite olarak tanımlandıktan sonra DEHB grup ebeveynleri 3.sıklıkta çocuğuyla birlikte gerçekleştirilen aktivitelere vakit bulamadığını belirtirken, DEHB olmayan grup ebeveynleri birlikte kitap okuduğunu belirtmiştir. Bu bulgu ebeveyn çocuk ilişkisinin DEHB açısından önemli olduğunu gösterir niteliktedir. Ancak nedensel ilişkiyi net şekilde ortaya koyabilmek için geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

ABD’de yapılan bir çalışmada bebeklerin %40’ının 3 aylıken düzenli olarak dijital medyaya maruz kaldığı, ekran maruziyeti başlama yaşı ortalama 9 ay olarak belirtilmiştir. 12 aylıktan daha küçük çocukların günde 1 saatten fazla dijital medya ile karşılaştığı ve bu oranın 24 aylık olunca 1,5 saate çıktığı gösterilmiştir (97).

Daha önce yapılan bir çalışmada günlük 2 saat ve üzerinde televizyon izleme sıklığı, 2 saat ve üzerinde internet kullanım DEHB grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (87). Başka bir çalışma ise dijital teknolojinin sınırlı kullanımının çocukların mental sağlığa faydalı olduğu, ancak televizyon ve bilgisayar kullanımı günde 4 saati aştığında, akıllı telefon kullanımı 2 saati aştığında olumsuz etkilerin görülmeye başlandığını göstermiştir (52).

Çalışmamızda 2 saat ve üzerinde dijital medya maruziyeti (akıllı telefon, tablet, bilgisayar, oyun konsolu gibi) DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmakla birlikte anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ekran maruziyet süresi arttıkça kognitif fonksiyonlarda bozulmanın ortaya çıktığı, DEHB sıklığıyla artışa paralel olarak teknolojinin dikkati sağlama ve sürdürmede zorlukla ilişkili olduğunu

gösterilmiştir (36, 82). Tamana ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise çocuklarda okul öncesi dönemde ekran maruziyetindeki artışın dikkatsizlik semptomlarını arttırdığı gösterilmiştir (98). Geniş ölçekli başka bir çalışmada ise 1 yaşında televizyon maruziyeti olan çocuklar ile 3 yaşında televizyon maruziyeti olan çocuklar çalışmaya dahil edilmiş ve 1 yaşında televizyon maruziyetindeki 1 saatlik artışın 7 yaşındaki dikkatsizlik semptomlarını %28 arttırdığı gösterilmiştir . Bu çalışmada erken ekran maruziyeti ve dikkatsizlik arasında ilişki gösterilmiştir (99).

Bizim çalışmamızda henüz DEHB bulgularının henüz ortaya çıkmadığı ilk 2 yaş dönemi incelenerek erken ekran maruziyetinin DEHB ile ilişkisini incelemeye çalışmıştır. Çalışmamızda DEHB grubunda ilk ekran maruziyet yaş ortalaması yaklaşık olarak 17 ay olarak, kontrol grubunda ise 26 ay olarak bulunmuştur. DEHB grubunun ekran maruziyet yaşı kontrol grubuna göre düşük saptanmakla birlikte aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak AAP'nin önergesi doğrultusunda erken ekran maruziyeti yaşı için sınır değer 18 ay kabul edildiğinde DEHB ve kontrol grupları ebeveynlerin yanıtlarına göre DEHB grubunda erken ekran maruziyeti sıklığı, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Çalışmamız bu açıdan erken ekran maruziyeti ile DEHB arasındaki ilişkinin varlığını destekler niteliktedir.

.DEHB ile internet arasındaki ilişkiye bakıldığında daha önce yapılan çok sayıda çalışma mevcuttur. Problemlerli internet kullanımı ile DEHB ilişkisini bildiren çok sayıda yayın mevcuttur (100-102). 2124 okul çağında çocuğu ele alan bir çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu skoru yüksek olan grubun DEHB skoru normal olan gruba göre internet bağımlılığı daha fazla bulunmuştur (69). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise 771 lise öğrencisine Chen İnternet Bağımlılığı Ölçeği (CİBÖ) uygulanmış, İnternet bağımlılığı saptanan çocuklarda DEHB sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Yine bir başka Uzakdoğu çalışmasında 2000 ergenin değerlendirilmesi sonucunda DEHB internet bağımlılığının en güçlü nedeni olarak belirtilmiştir (103). Problemlerli internet kullanımı ve DEHB birlikte sık görülebilen hastalıklardır. Bernardi ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada DEHB ve problemlerli internet kullanımı birlikteliğini % 14 bulmuştur (104).

Gelişen dijital teknoloji ve dijital medya kullanımının hızla artıyor olması, aynı zamanda DEHB sıklığının da artışı iki durum arasında bir ilişki olabilir mi sorusunu

akla getirmiştir (105) (106). Zamanla yapılan çalışmalarda ekran süresinin (televizyon izlemek ve video oyunu oynamak) DEHB ile ilişkili olduğu görüşü oldukça güç kazanmıştır (107). Bir çalışmada 6-17 yaşında DEHB tanılı çocuklarda ekran süresi daha yüksek bulunmuştur (108). Gentile ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise video oyun oynama ile dikkatsizlik semptomları arasında ilişki saptanmıştır (109). Günümüz bilgileri ışığında problemlili dijital medya kullanımı mı DEHB'ye yol açar DEHB mi problemlili dijital medya kullanımına yol açar sorusu açıkça yanıtlanamamaktadır. Literatür bu açıdan incelendiğinde çocukların 1-3 yaş dönemini değerlendiren ve erken televizyon maruziyeti ile DEHB arasında ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, DEHB ve erken ekran maruziyeti arasında ilişki saptanmamıştır (38, 99). Bu durumun aydınlatılabilmesi için henüz DEHB semptomlarının ortaya çıkmadığı erken çocukluk dönemini inceleyen nedenselliği aydınlatacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Türkiye'deki nüfusun yarısından fazlası internet kullanmakta ve yaklaşık olarak nüfusun yaklaşık yüzde 40'ı dijital oyun kullanıcısıdır (49). Türkiye de 2016 yılında dijital oyun oynayanların sayısı 30 milyona ulaşmıştır. Ülkemizde yapılan değerlendirmelerde yaklaşık 30 milyon dijital oyun kullanıcısı olduğu tahmin edilmektedir. 7 milyon oyuncunun elektronik spora oyuncu veya izleyici olarak yer aldığı ve yerel oyun endüstrisinin yılda ortalama %16-18 oranında büyüdüğü gösterilmiştir (49).

Dijital oyunlar ve DEHB ilişkisini inceleyen geniş ölçekli çalışmalarda Dijital oyunlar ile DEHB arasındaki ilişki için güçlü kanıtlar mevcuttur (110). Tayland'da yapılan 80 DEHB tanılı 102 sağlıklı çocuğu karşılaştırılan bir çalışmada DEHB ve sağlıklı kontrol grupları 2 saat ve üzerinde dijital oyun oynama sıklığı açısından karşılaştırıldığında DEHB grubunun 2 saat ve üzerinde oyun oynama sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (111). Bu çalışmada beklenin dışında DEHB olan grup ile sağlıklı kontrol grubu arasında problemlili video oyunu oynama açısından bir farklılık saptanmamıştır. Ancak aynı çalışmada oyun bağımlılık sıklığı, hafta içi oyun oynama süresi DEHB grubunda anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (111). Bir çalışma günde 1 saat üzerinde video oyunu oynamanın dikkatsizlik semptomlarını şiddetlendirdiği, hiperaktivite semptomlarını ise etkilemediğini göstermiştir. Çalışmamızda dijital oyun oynama sıklığı DEHB

grubunda daha yüksek saptanmakla birlikte aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak 2 saat ve üzerinde dijital oyun oynama sıklığı DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu bulgular problemlili oyun oynama alışkanlıkları ile DEHB arasında ilişki olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Dijital oyun bağımlılığı davranışsal sorunlarla ilişkilidir. Bir çalışmada dijital oyun bağımlılığı ve problemlili oyun oynamanın dikkat eksikliği semptomlarının şiddetini seçilen oyun türüne bakılmaksızın arttığı bildirilmiştir (112). DEHB'nin çocukların problemlili oyun kullanımını arttırdığı bildirilmiştir. Ayrıca genç DEHB tanılı bireylerin ve erkek bireylerin oyun bağımlılığı geliştirme riski daha fazla bulunmuştur (113). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 10-14 yaş grubundaki çocukların dikkat düzeyi ile dijital oyun bağımlılığı arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (114). Çalışmamızda dijital oyun bağımlılığı sıklığı literatür ile uyumlu olarak DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Literatürde oyun içerikleri ve türleri ile DEHB arasındaki ilişkiyi çalışmalar inceleyen oldukça kısıtlıdır. Online oyunların DEHB grubunda daha fazla tercih edildiğini gösteren yayınlar mevcuttur (110, 112, 115). Yapılan bir çalışmada DEHB grubu tanılı çocukların oyun alışkanlıkları ve dijital oyun bağımlılığını araştıran bir çalışma DEHB grubu semptomların şiddeti arttığında online oyunların tercih sıklığı daha yüksek bulunmuşken, semptomların şiddeti azaldığında offline oyunların tercih sıklığı daha yüksek bulunmuştur (112). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak DEHB grubunun kontrol grubuna göre daha fazla online oyun tercih ettiği görülmüştür. Sağlıklı kontrol grubunun ise daha çok offline oyunlar tercih ettiği görülmüştür.

Video oyunları çeşitleri ile DEHB ilişkisini inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu konuda ilk çalışma 2013 yılında yayınlanmıştır. DEHB ve DEHB olmayan gruplar video oyun içeriğinde göre karşılaştırıldığında strateji, simülasyon, rol yapma, bulmaca oyunları oynama sıklığında farklılık saptanmazken spor oyunları oynama sıklığı DEHB grubunda daha düşük saptanmıştır (115). Çalışmamızda video oyunları PEGI (Pan European Game Information)'ye göre türlere ayrıldığında DEHB grubunun savaş, strateji, dövüş ve yarış oyunlarını oynama sıklığının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Aksiyon, rol yapma, bulmaca,

simülasyon, macera ve spor oyunları oynama sıklığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır Call of Duty serisi, Assasin's Creed serisi, Counter Strike: Global Offensive, Moto GP serisi, Forza Motorsports serisi oynama sıklığı DEHB grubunda daha fazla bulunmuştur. Oyun türleri ve içerikleri ile DEHB arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için prospektif ve geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Şiddet içeren oyun oynamanın davranışsal sorunlara ve saldırgan davranışlara yol açtığı bildirilmiştir (107) (116). Yapılan çalışmalarda, video oyunlarındaki şiddet gerçek hayattaki şiddet arasında güçlü bir bağ olduğu ve bu oyunların çocuklarda toplumsal izolasyona, yaratıcı oyun becerilerinde azalmaya, çevre ile kaynaşma ve iletişim yetersizliklerine yol açtığı sonucuna varılmıştır (117). Şiddet içeren oyun oynama sıklığının DEHB olan çocuklarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu gösteren güçlü yayınlar mevcuttur (118) (107, 119). Zimmerman ve Christakis'in yaptığı çalışmada infant ve bebeklik döneminde şiddet içeren medya maruziyetinin dikkat problemleri ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (120). Bizim çalışmamızda şiddet içeren oyun oynama sıklığı DEHB grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Çalışmamız bu açıdan literatürü destekler niteliktedir.

İnternet güvenliği ve bilinçli internet kullanımının riskli internet alışkanlıkları, problemleri internet kullanımına yol açtığı bilinmektedir. Çocukların güvenli internet kullanımında ebeveynlerin katkısı yadsınmaz. Uluslararası ve ulusal literatür tarandığında ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi, bununla ilişkili doğru tutum ve davranışları ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir yayına rastlanmamıştır. Çalışmamız DEHB'li çocukların problemleri internet kullanımı ve bununla ilişkili bazı ebeveyn faktörlerini incelemiştir. Bizim çalışmamızda DEHB ve kontrol gruplarının internet ağında geçirdikleri süre açısından bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda DEHB olan grup ebeveynleri ile kontrol grup ebeveynleri internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi açısından bir farklılık saptanmamıştır. Ancak DEHB grup ebeveynlerinin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı konusundaki doğru davranış puanı daha düşük saptanmıştır. Bu konuda bir ölçek geliştirme gerekliliği ve daha geniş ölçekli, prospektif çalışmalar yapılması gerektiği açıktır.

Literatür incelemesinde DEHB ve dijital medya ile ilgili çalışmaların sıklıkla

ergen yaş grularında yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmanı yapıldığı yaş aralığı daha küçük yaş grubunu da hedeflediği için çocukluk dönemi ekran maruziyeti ve oyun alışkanlıklarının etkilerini daha erken dönemden itibaren değerlendirebilmek mümkün olmuştur.

İnternet bağımlılığı ve problemleri internet kullanımı ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma vardır. Ancak literatürde ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisi ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızı bu açıdan literatür ile karşılaştırmak mümkün olmamıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları;

1. Çalışmamızda ebeveynlerin davranış şekilleri, madde veya alkol bağımlılığı, aile içi ortam, stresli yaşam koşulları, madde kullanımı, fiziksel ve duygusal istismar, gebelikle ilişkili faktörler sorgulanmamıştır. DEHB ile ilişkisi olduğu bilinen bu durumların sorgulanmamış olması bir kısıtlılıktır.
2. Ebeveynde depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik durumların nesnel değerlendirme kriterleri ile dışlanmamış olması bir kısıtlılıktır.
3. İlk 6 yaş dönemini ve erken ekran maruziyetini sorgulayan sorulara verilen yanıtlar anamnestik özellik taşımaktadır. Bu sonuçların güvenilirliğini açısından bir kısıtlılık olarak görülebilir.
4. Çalışmamızda kullanılan internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi ve bu konudaki doğru davranış puanlaması bu konu ile ilişkili bir ölçek bulunmadığından tarafımızca oluşturulmuş bir anketten elde edilen verilere göre değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Kontrol grupları arasında yaş, baba eğitim düzeyi, anne ve baba sağlık durumları, evde yaşayan çocuk sayısı, aylık gelir, anne ve baba yaşları, evde yaşayan çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
2. DEHB ve kontrol grupları arasında anne eğitim düzeyi ve anne çalışma durumu DEHB grubunda anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.
3. Çocukların cinsiyetleri açısından bakıldığında DEHB grubunda kontrol

grubuna kıyasla erkek cinsiyet anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak DEHB grubunda kız-erkek oranı 1/3 bulunmuştur.

4. AAP'nin önerdiği erken ekran maruziyeti için sınır değeri 18 ay olarak kabul edildiğinde erken ekran maruziyeti sıklığı DEHB grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bulgular çalışmanın hipotezini destekler niteliktedir.
5. Dijital medyayla tanışmanın her iki grupta da en sık olarak televizyon aracılığıyla gerçekleştiği, her iki grupta da dijital medyanın avutma aracı olarak kullanıldığı görülmüştür. 2 yaşa gelindiğinde televizyon, tablet, bilgisayar gibi cihazları tanıma sıklığı ise DEHB grubunda % 31,1 ve kontrol grubunda ise % 25 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
6. Televizyon, tablet, bilgisayar gibi dijital medya ile 2 saat üzerinde vakit geçirme, Dijital medyanın kullanımına yol açan faktör olarak avutma yöntemi olarak kullanılması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Dijital medyanın en sık kullanım amacının her iki grupta da oyun oynamak olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında cep telefonu kullanım sıklığı, tablet kullanım sıklığı, evde bilgisayar varlığı, evde internet bağlantısı varlığı, bilgisayar ve internet kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
7. DEHB grubunda 2 saat ve üzerinde oyun oynama sıklığı daha yüksek saptanmıştır. DEHB grubunun daha çok online oyunlar, kontrol grubunun ise daha çok offline oyunlar tercih ettiği görülmüştür.
8. Dijital Oyun bağımlılığı ölçeği doğrultusunda DEHB grubunda oyun bağımlılığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Ayrıca DEHB grubunda aralıksız oyun oynama süresi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.
9. DEHB grubunda şiddet içeren oyun oynama sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
10. Video oyun türleri açısından bakıldığında DEHB grubunun açısından savaş, strateji, dövüş ve yarış oyunlarını kontrol grubuna göre daha fazla oynadığı saptanmıştır.

11. DEHB ve kontrol gruplarının ebeveynlerinin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
12. DEHB ve kontrol gruplarının Ebeveynlerinin Güvenli ve bilinçli internet kullanımı ve tutumları açısından karşılaştırıldığında DEHB grubu ebeveynlerinin doğru tutum sergileme sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.

Günümüz dijital çağının çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilediği bilinmektedir. Dijital medyanın faydaları gibi zararları da mevcuttur. Dijital medyanın ne kadar kullanılması gerektiğine dair farklı yaş grupları için net bir görüş de ortaya konamamıştır. Erken ekran maruziyeti, dijital oyunlar ve internette karşılaşılan sorunlar diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi DEHB ile de ilişkilidir. AAP'nin önerileri doğrultusunda ekran maruziyeti 18 aydan önce başlanmamalı, 2 yaşına dek ebeveyn kontrolünde ve çocuklar için faydalı içerikler tercih edilmelidir. Ebeveyn 18-24 ay arasında içeriği çocukla beraber izleyerek anlamasına yardımcı olmalıdır. Çocukları avutmak için dijital medya kullanımından kaçınılmalıdır. 2-5 yaş dönemi için günlük 1 saat kaliteli içerik, aile ile birlikte izlenmelidir. Bebeklikten okul öncesi döneme kadar yaratıcı, ekrandan bağımsız oyunlara öncelik verilmelidir.. Dijital medya kullanımının olumlu etkileri de bilindiğinden yasaklamak yerine, içerik ve bu cihazlarla geçirilen sürenin kontrol edilerek çocukların dijital medya kullanımı ebeveynler tarafından kontrol edilmelidir. Dijital medyanın bir avutma yöntemi olarak kullanımından kaçınılmalıdır. Dijital oyunların yaşa ve içeriğe göre sınıflandırıldığı bilinmeli, çocuğa uygun içerikli oyunlar tercih edilmelidir. Avrupa'da kullanılmakta olan PEGI benzeri bir bilgi platformunun ülkemiz için de oluşturulmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Ebeveynlere dijital okuryazarlık ve dijital medya kullanımı konusunda eğitimler verilmelidir. Ebeveynler çocukların sanal ortamda karşılaşabileceği kötü durumların farkında olmalı ve buna yönelik önlemler almalıdır. Çocuklara yabancı kişilerle iletişim kurulmaması gerektiği, şifreler, kimlik gibi kişisel bilgilerin, fotoğrafların sanal ortamda açıkça paylaşılması gerektiği belirtilmelidir. Çocukların siber zorbalığa, pornografi ve şiddet içeren unsurlarla karşı karşıya kalabileceği bilinmeli, buna yönelik önlemler alınmalıdır. İnternet kullanımı için

çocuk ve ebeveynler arasında aile sözleşmesi yapılması önerilmektedir. İnternet güvenliği konusunda bilgi veren güvenliweb.org/güvenlinet.org gibi resmi internet siteleri ziyaret edilmelidir ve bu konuda aileleri ve kamuoyunu bilgilendirme çalışmaları arttırılmalıdır.

7. ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada DEHB ile günümüz teknolojisi, ekran maruziyeti, oyun alışkanlıkları, dijital oyun bağımlılığı ve ebeveynlerin internet güvenliği, bilinçli internet kullanımı arasındaki ilişkiyi saptamayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Araştırmanın çalışma grubu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran ve burada ilk kez DEHB tanısı alan hastalar arasından, kontrol grubu ise AÜTF Sosyal Pediatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran, herhangi bir yakınması olmayan çocuklar arasından seçilmiştir.

Vaka ve kontrol gruplarının örneklem büyüklüğü Epiİnfo 7 elektronik istatistik programında StatCalc- Sample Size and Power menüsü kullanılarak hesaplanmıştır. Fleiss w/CC'ye göre örneklem büyüklüğü vaka ve kontrol gruplarında 46 kişi olmak üzere toplam 92 kişi olarak belirlenmiştir (78).

Her iki grup ebeveyn ve çocukların demografik bilgileri, ekran maruziyetinin sorgulanması, dijital oyun alışkanlıklarının değerlendirilmesi, “ebeveyn internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımının değerlendirilmesi” başlıklı standart anket formu ile sorgulanmıştır. Kontrol grubu belirlenmeden önce kontrol grubu ebeveynlerine ayrıca “Yenilenmiş Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği” uygulanmıştır. DEHB açısından risk taşıyan çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çocukların oynadıkları oyunlar PEGİ sınıflandırmasına uygun olarak gruplara ayrılmış, hem içindeki buldukları gruplar hem de her grupta yer alan oyun sayıları

dikkate alınarak değerlendirilmiş ayrıca dijital oyun bağımlılığı ölçeği ile politetik tanıya göre oyun bağımlılığı değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR:

Çalışmamızda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve kontrol grupları arasında sosyodemografik özelliklere açısından karşılaştırıldığında çocuğun yaşı, baba eğitim düzeyi, anne ve baba sağlık durumları, evde yaşayan çocuk sayısı, aylık gelir, anne ve baba yaşları, evde yaşayan çocuk sayısı, tek çocuk olma durumu ve ilk çocuk olma durumu açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB grubunda annenin eğitim düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak DEHB grubunda kız-erkek oranı 1/3 bulunmuştur.

Ekran maruziyet süreci değerlendirildiğinde AAP'nin önerdiği 18 ay erken ekran maruziyeti için sınır değer kabul edildiğinde erken ekran maruziyeti sıklığı DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Dijital medyayla tanışmanın her iki grupta da en sık olarak televizyon aracılığıyla gerçekleştiği, her iki grupta da dijital medyanın avutma aracı olarak kullanıldığı görülmüştür.

Oyun alışkanlıkları açısından bakıldığında DEHB grubunda 2 saat ve üzerinde oyun oynama sıklığı, aralıksız oyun oynama sıklığı kontrol grubuna göre daha fazla saptanmıştır. DEHB grubu daha çok online oyunlar tercih ederken, kontrol grubunun daha çok offline oyunlar tercih ettiği görülmüştür. Dijital Oyun bağımlılığı ölçeği doğrultusunda DEHB grubunda oyun bağımlılığı sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. DEHB grubunda şiddet içeren oyun oynama sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir. Video oyun türleri DEHB grubunun açısından savaş, strateji, dövüş ve yarış oyunlarını kontrol grubuna göre daha sık oynadığı saptanmıştır.

DEHB ve kontrol gruplarının ebeveynlerinin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak DEHB ve kontrol gruplarının ebeveynlerinin güvenli ve bilinçli internet kullanımı ve tutumları açısından karşılaştırıldığında DEHB grubu ebeveynlerinin bu konudaki bilgi düzeyleri normal olsa da doğru davranış sergileme

sıklığı, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

ÖNERİLER: DEHB ile ekran maruziyeti, dijital oyun alışkanlıkları arasındaki nedensel ilişkiyi net olarak ortaya koyabilmek için erken çocukluk çağını da içine alan prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı konusundaki bilgilerini arttırmaya yönelik toplumsal çalışmalar yapılmalıdır. Ebeveyn internet güvenliği ve bilinçli internet kullanım bilgisi ve bu konudaki doğru davranışlarını ölçmeyi hedefleyen ölçek geliştirilme gerekliliği mevcuttur.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ekran maruziyeti, dijital oyunlar, internet

8. SUMMARY

OBJECTIVE: This article aims to determine the relationship between ADHD-related technology, screen exposure, game habits, digital game addiction, and parents' internet security, and conscious internet use.

METHOD: The study group of the study was based on Ankara University Faculty of Medicine (AÜTF) Pediatric Mental Health and Diseases, and among the patients who were diagnosed with ADHD for the first time, and the control group was AÜTF Social Pediatrics Department

StatCalc - Sample Size and Strength values are calculated. According to Fleiss w / CC, to arrange the sample size as a total of 92 people, including 46 people in case and control groups (77).

Both groups were questioned by standard questionnaire forms titled "Parental and demographic information, questioning screen exposure, use of digital game habits," parental internet security and conscious internet usage ". "Revised Conners Parental Rating Scale" was applied. Children at risk in ADHD were excluded from the study.

The games that children play are divided into groups in accordance with the PEGI classification, and the number of games included in the group is evaluated together.

RESULTS:

RESULTS:

In our study, when compared with the attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and sociodemographic characteristics between the control groups, the age of the child, the level of father education, the state of mother and father health, the number of children living at home, monthly income, the age of parents, the number of children living at home, single child There was no significant difference in terms of being a child and being a first child. The education level of the mother in the ADHD group was significantly lower than the control group. Consistent with the literature, the ratio of girls to boys in the ADHD group was 1/3.

When screen exposure process is evaluated, the frequency of early screen exposure was found to be significantly higher in the ADHD group when compared to the control group when the limit value was accepted for the 18-month early screen exposure suggested by AAP. It was observed that meeting with digital media was the most common way in both groups through television, and digital media was used as a hunting tool in both groups.

In terms of game habits, the frequency of playing games for 2 hours or more in ADHD group, and the frequency of playing games without interruption were higher than the control group. While the ADHD group preferred more online games, it was seen that the control group preferred more offline games. In line with the Digital Game addiction scale, the frequency of game addiction was significantly higher in the ADHD group compared to the control group. The frequency of playing violent games in the ADHD group is significantly higher than in the control group. It was determined that video game types played war, strategy, fighting and racing games more frequently in terms of ADHD group than control group.

When the internet security and conscious internet usage knowledge of parents of ADHD and control groups were compared, there was no statistically significant difference. However, when the parents of the ADHD and control groups were compared in terms of safe and conscious internet use and attitudes, the frequency of the behavior of the ADHD group parents on this subject was normal, but the frequency of correct behavior was significantly lower than the control group.

RECOMMENDATIONS: Prospective studies including early childhood are needed to clearly reveal the causal relationship between ADHD and screen exposure, digital game habits. Social studies should be conducted to increase parents' knowledge on internet security and conscious internet use. Parental internet security and conscious internet usage knowledge and the need to develop a scale aiming to measure their correct behavior in this regard are available.

Keywords: Attention deficit and hyperactivity disorder, screen exposure, digital games, internet

9. KAYNAKÇA

1. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019;24(4):562-75.
2. AP. A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®):American Psychiatric Pub; 2013.
3. Kliegman RM GJ. Nelson textbook of pediatrics e-book: Elsevier Health Sciences; 2019.
4. Media and Young Minds. *Pediatrics*. 2016;138(5).
5. Ahn J-S, Min S, Kim M-H. The Role of Uncontrolled Eating and Screen Time in the Link of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Weight in Late Childhood. *Psychiatry investigation*. 2017;14(6):808.
6. Pluhar E, Kavanaugh JR, Levinson JA, Rich M. Problematic interactive media use in teens: comorbidities, assessment, and treatment. *Psychol Res Behav Manag*. 2019;12:447-55.
7. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in human behavior*. 2001;17(2):187-95.
8. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. 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 & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(4):378-85.
9. Ceranoglu TA. Inattention to Problematic Media Use Habits: Interaction Between Digital Media Use and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2018;27(2):183-91.
10. Ring A, Stein D, Barak Y, Teicher A, Hadjez J, Elizur A, et al. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparative study with healthy siblings. *Journal of Learning Disabilities*. 1998;31(6):572-8.

11. Childress AC, Berry SA. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Drugs*. 2012;72(3):309-25.
12. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297(5582):851-4.
13. Crichton A. *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects*: T. Cadell, junior, and W. Davies; 1798.
14. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*. 1902.
15. Parker A, Corkum P. ADHD diagnosis: as simple as administering a questionnaire or a complex diagnostic process? *Journal of attention disorders*. 2016;20(6):478-86.
16. Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*. 2014;48(2):209-25.
17. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American journal of psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
18. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2000;9(3):541-55.
19. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7(1):30.
20. Biederman J, Newcorn J. " Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders": Reply. 1992.

21. Wilens T. Update on attention deficit hyperactivity disorder, I. *Curr Affect Illness*. 1996;15:5-12.
22. Biederman J, Faraone S, Mick E, Wozniak J, Chen L, Ouellette C, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(8):997-1008.
23. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2008;2(1):15.
24. Simpson HA, Jung L, Murphy TK. Update on attention-deficit/hyperactivity disorder and tic disorders: a review of the current literature. *Current psychiatry reports*. 2011;13(5):351.
25. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(1):21-9.
26. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of attention disorders*. 2005;9(2):384-91.
27. Larsson H, Chang Z, D'Onofrio BM, Lichtenstein P. The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological medicine*. 2014;44(10):2223-9.
28. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1990;29(4):526-33.
29. Mick E, Faraone SV. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008;17(2):261-84.

30. Rommelse NN, Altink ME, Arias-Vasquez A, Buschgens CJ, Fliers E, Faraone SV, et al. A review and analysis of the relationship between neuropsychological measures and DAT1 in ADHD. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008;147b(8):1536-46.
31. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Craddock MM, Anand K. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama.* 2002;288(6):728-37.
32. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(4):378-85.
33. Pediatrics AAO. American Academy of Pediatrics announces new recommendations for children's media use. *Advocacy & Policy.* 2016.
34. Rideout VJ, Vandewater EA, Wartella EA. Zero to six: Electronic media in the lives of infants, toddlers and preschoolers. 2003.
35. Rideout V. Zero to Eight. Children's Media Use in America. Common Sense Media, 2011. 2011.
36. Radesky JS, Christakis DA. Increased Screen Time: Implications for Early Childhood Development and Behavior. *Pediatric Clinics.* 2016;63(5):827-39.
37. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics.* 2002;109(6):1028-35.
38. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Harrington A. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *International journal of behavioral nutrition and physical activity.* 2013;10(1):102.
39. Wallace CS, Kilman VL, Withers GS, Greenough WT. Increases in dendritic length in occipital cortex after 4 days of

differential housing in weanling rats. Behavioral and neural biology. 1992;58(1):64-8.

40. Singer J. The Power and Limits of Television: A Cognitive-Affective Analysis, in "The Entertainment Function of Television", edited by Tannenbaum, P. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1980.

41. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant media exposure and toddler development. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2010;164(12):1105-11.

42. Barr R, Lauricella A, Zack E, Calvert SL. Infant and early childhood exposure to adult-directed and child-directed television programming: Relations with cognitive skills at age four. Merrill-Palmer Quarterly (1982-). 2010:21-48.

43. Hinkley T, Salmon J, Okely AD, Trost SG. Correlates of sedentary behaviours in preschool children: a review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2010;7(1):66.

44. Pagani LS, Fitzpatrick C, Barnett TA, Dubow E. Prospective associations between early childhood television exposure and academic, psychosocial, and physical well-being by middle childhood. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2010;164(5):425-31.

45. Radesky JS, Peacock-Chambers E, Zuckerman B, Silverstein M. Use of mobile technology to calm upset children: associations with social-emotional development. JAMA pediatrics. 2016;170(4):397-9.

46. Trudeau F, Shephard RJ. Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. International journal of behavioral nutrition and physical activity. 2008;5(1):10.

47. Ferguson CJ. Everything in moderation: moderate use of screens unassociated with child behavior problems. Psychiatric quarterly. 2017;88(4):797-805.

48. Frasca G. Videogames of the oppressed: Videogames as a means for critical thinking and debate: School of Literature, communication, and culture, Georgia Institute of ...; 2001.
49. Ajansı AK. Dijital Oyun Sektörü Raporu. Ankara Kalkınma Ajansı, Ankara. 2016.
50. International Telecommunication Union estimates 2017 [Available from: <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>]
51. Digital Oyunlar Raporu 2017 [Available from: <https://www.guvenliweb.org.tr/dosya/82MsL.pdf>.
52. Przybylski AK, Weinstein N. A large-scale test of the goldilocks hypothesis: quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents. Psychological Science. 2017;28(2):204-15.
53. TOPÇU S. Çocuk ve Sanal Ortam. Kocatepe Tıp Dergisi.19(1):27-33.
54. Aytekin G. Dijital Oyunlar ve Bireyler Üzerindeki Etkileri 2017 [Available from: <https://www.guvenliweb.org.tr/blog-detay/dijital-oyunlar-ve-bireyler-uzerindeki-etkileri>.
55. Przybylski AK. Electronic gaming and psychosocial adjustment. Pediatrics. 2014;134(3):e716-e22.
56. <https://pegi.info/> 2020 [
57. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. BMC Med. 2013;17:133-7.
58. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and validation of a game addiction scale for adolescents. Media psychology. 2009;12(1):77-95.
59. Irmak AY, Erdogan S. Validity and reliability of the Turkish version of the Digital Game Addiction Scale/Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2015;16(S1):10-9.
60. BAYZAN Ş, ÖZBİLEN A. DÜNYADA İNTERNETİN GÜVENLİ KULLANIMINA YÖNELİK UYGULAMA ÖRNEKLERİ VE TÜRKİYEDE

BİLİNÇLENDİRME FAALİYETLERİNİN İNCELENMESİ VE TÜRKİYE İÇİN ÖNERİLER. Engineering Sciences. 2011;7(2):521-31.

61. <https://www.rtuk.gov.tr/> ÇOCUKLARIN YENİ MEDYA

KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

VE SİBER ZORBALIK

2018 ARAŞTIRMASI

2018 [

62. Çubukcu A, Bayzan Ş. Türkiye’de dijital vatandaşlık algısı ve bu algıyı internetin bilinçli, güvenli ve etkin kullanımı ile artırma yöntemleri. Middle Eastern & African Journal of Educational Research. 2013;5:148-74.

63. Valcke M, Bonte S, De Wever B, Rots I. Internet parenting styles and the impact on Internet use of primary school children. Computers & Education. 2010;55(2):454-64.

64. TÜİK 2013 yılı hanehalkı bilişim teknolojileri kullanımı sonuçları. Ankara, 2013.

2017 [Available from: <http://www.tuik.gov.tr/>.

65. Özdemir DF. İnternet Bağımlılığı ve Problemlı İnternet Kullanımı2017.

66. Young KS. Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. American behavioral scientist. 2004;48(4):402-15.

67. TAHİROĞLU AY, Çelik GG, Fettahoğlu Ç, Yildirim V, Toros F, AVCI A, et al. Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Problemlı İnternet Kullanımı. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi. 2010;47(3).

68. guvenliweb.org. <http://www.ogelk.net/makale/159-guvenli-internet-ve-bilgisayar-kullanımının-ailesözleşmesi-.html> [

69. Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Wu H-Y, Yang M-J. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and

hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of adolescent health*. 2007;41(1):93-8.

70. Samur G, Caferoglu Z. *Yurdakök Pediatri*. 2017.

71. Cao F, Su L. Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. *Child: care, health and development*. 2007;33(3):275-81.

72. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *Journal of School Health*. 2008;78(3):165-71.

73. Flisher C. Getting plugged in: an overview of internet addiction. *Journal of paediatrics and child health*. 2010;46(10):557-9.

74. Fu K-w, Chan WS, Wong PW, Yip PS. Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;196(6):486-92.

75. Çam HH, Nur N. Adölesanlarda internet bağımlılığı prevalansı ile psikopatolojik semptomlar ve obezite arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2015.

76. Aktepe E, Olgaç-Dündar N, Soyöz Ö, Sönmez Y. Possible internet addiction in high school students in the city center of Isparta and associated factors: a cross-sectional study. *Turkish Journal of Pediatrics*. 2013;55(4).

77. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*. 2010;105(3):556-64.

78. Center for Disease Control and Prevention, Elektronik istatistik programı. Online erişim : <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.htm> [

79. Preston J. Abbreviated forms of the WISC-R. *Psychological reports*. 1978;42(3):883-7.

80. Conners C. CRS-R, Conners' Rating Scales–Revised: Instruments for Use with Children and Adolescents. Multi-Health Systems Inc, Toronto. 1997.

81. KANER S, BÜYÜKÖZTÜRK Ş, İŞERİ E, AK A, ÖZAYDIN L. CONNERS ANABABA DERECELEME ÖLÇEĞİ YENİLENMİŞ UZUN FORMU: FAKTÖR YAPISI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI.
82. Weiss MD, Baer S, Allan BA, Saran K, Schibuk H. The screens culture: impact on ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2011;3(4):327-34.
83. Spetie L, Arnold LE. Ethical issues in child psychopharmacology research and practice: emphasis on preschoolers. *Psychopharmacology*. 2007;191(1):15-26.
84. Flood E, Gajria K, Sikirica V, Dietrich CN, Romero B, Harpin V, et al. The Caregiver Perspective on Paediatric ADHD (CAPPA) survey: understanding sociodemographic and clinical characteristics, treatment use and impact of ADHD in Europe. *Journal of affective disorders*. 2016;200:222-34.
85. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*. 2006;36(2):159-65.
86. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Mick E, Lapey KA. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*. 1994;53(1):13-29.
87. du Prel Carroll X, Yi H, Liang Y, Pang K, Leeper-Woodford S, Riccardi P, et al. Family-environmental factors associated with attention deficit hyperactivity disorder in Chinese children: a case-control study. *PloS one*. 2012;7(11):e50543.
88. Johnston C, Chronis-Tuscano A. Families and ADHD. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 4th ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. p. 191-209.
89. Barkley RA. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*: Guilford Publications; 2006.
90. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC. Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of

- adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American journal of psychiatry*. 2002;159(9):1556-62.
91. Claycomb CD, Ryan JJ, Miller LJ, Schnakenberg-Ott SD. Relationships among attention deficit hyperactivity disorder, induced labor, and selected physiological and demographic variables. *Journal of clinical psychology*. 2004;60(6):689-93.
92. Counts CA, Nigg JT, Stawicki JA, Rappley MD, Von Eye A. Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(7):690-8.
93. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
94. Hjern A, Weitoft GR, Lindblad F. Social adversity predicts ADHD-medication in school children—a national cohort study. *Acta paediatrica*. 2010;99(6):920-4.
95. Larsson H, Sariaslan A, Långström N, D'Onofrio B, Lichtenstein P. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: A quasi-experimental study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(5):428-35.
96. Biederman J, Petty CR, Fried R, Kaiser R, Dolan CR, Schoenfeld S, et al. Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008.
97. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(5):473-9.
98. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, Lefebvre DL, Azad MB, Moraes TJ, et al. Screen-time is associated with inattention

problems in preschoolers: Results from the CHILD birth cohort study. *PloS one*. 2019;14(4):e0213995.

99. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*. 2004;113(4):708-13.

100. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Coskun KS, Ugurlu H, Yildirim FG. Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2013;16(4):272-8.

101. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-S, Yeh Y-C, Yen C-F. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2009;163(10):937-43.

102. Chan PA, Rabinowitz T. A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry*. 2006;5(1):16.

103. Han DH, Lee YS, Yang KC, Kim EY, Lyoo IK, Renshaw PF. Dopamine genes and reward dependence in adolescents with excessive internet video game play. *Journal of addiction medicine*. 2007;1(3):133-8.

104. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50(6):510-6.

105. Christakis DA. The effects of infant media usage: what do we know and what should we learn? *Acta Paediatrica*. 2009;98(1):8-16.

106. Nigg JT. Future directions in ADHD etiology research. *Journal of clinical child & adolescent psychology*. 2012;41(4):524-33.

107. Nikkelen SW, Valkenburg PM, Huizinga M, Bushman BJ. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: a meta-analysis. *Developmental Psychology*. 2014;50(9):2228.

108. Lo CB, Waring ME, Pagoto SL, Lemon SC. A television in the bedroom is associated with higher weekday screen time among youth with attention deficit hyperactivity disorder (ADD/ADHD). *Preventive medicine reports*. 2015;2:1-3.
109. Saleem M, Anderson CA, Gentile DA. Effects of prosocial, neutral, and violent video games on children's helpful and hurtful behaviors. *Aggressive behavior*. 2012;38(4):281-7.
110. Haghbin M, Shaterian F, Hosseinzadeh D, Griffiths MD. A brief report on the relationship between self-control, video game addiction and academic achievement in normal and ADHD students. *Journal of behavioral addictions*. 2013;2(4):239-43.
111. Kietglaiwansiri T, Chonchaiya W. Pattern of video game use in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and typical development. *Pediatr Int*. 2018;60(6):523-8.
112. Mathews CL, Morrell HER, Molle JE. Video game addiction, ADHD symptomatology, and video game reinforcement. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(1):67-76.
113. Chou T-J, Ting C-C. The role of flow experience in cyber-game addiction. *CyberPsychology & Behavior*. 2003;6(6):663-75.
114. Orhan E. 10-14 yaş arasındaki çocukların fiziksel aktivite seviyesi, dijital oyun bağımlılığı ve dikkat düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
115. Mazurek MO, Engelhardt CR. Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics*. 2013;132(2):260-6.
116. Bushman BJ, Huesmann LR. Twenty-five years of research on violence in digital games and aggression revisited. *European Psychologist*. 2014.
117. Kutner L, Olson C. *Grand theft childhood: The surprising truth about violent video games and what parents can do*: Simon and Schuster; 2008.
118. Frolich J, Lehmkuhl G, Dopfner M. [Computer games in childhood and adolescence: relations to addictive behavior,

ADHD, and aggression]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2009;37(5):393-402; quiz 3-4.

119. Rehbein F, Psych G, Kleimann M, Mediasci G, Mößle T. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.* 2010;13(3):269-77.

120. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 2007;161(5):473-9.



10.EKLER
EK-1.ETİK KURUL ONAY FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Dr. Betül Biçer -

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	6-12 yaş arası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocuklarda ekran maruziyeti ve anne-baba internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Betül ULUKOL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sosyal Pediatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Vaka-Kontrol Araştırması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	6-12 yaş arası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocuklarda ekran maruziyeti ve anne-baba internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	DİL	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	REVOLÜTİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:06-475-19	Tarih:25 Mart 2019			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmasının başvuru dosyasında belirtilen risklerle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan üyeler tarafından tasarrufla kabul edilmiştir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Melli</i>
Prof.Dr.İrfan SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>İrfan Soykan</i>
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Serdar Öztürk</i>
Prof.Dr. Levent YAZICIOĞLU	Kalp ve Damar Cerrahisi	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Levent Yazicioğlu</i>
Prof.Dr.Şule SENGÜL	Nefroloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Şule Sengül</i>
Prof.Dr.İnci İLHAN	Rah Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>İnci İlhan</i>
Prof.Dr.Serap SİVRİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Serap Sivri</i>
Prof.Dr.Zafer ŞENOCAK	Hükek	A.Ü.Hükek Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Zafer Şenocak</i>
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Banu Çakır</i>
Doç.Dr.Derya GÖKMEN	Biyoistatistik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Derya Gökmén</i>
Doç.Dr.Selma Koçak TOPRAK	Histoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Selma Koçak Toprak</i>
Doç.Dr.Pinar HÜRİ	Biyoimünohematoloji	A.Ü.Mühendislik Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Pinar Hürü</i>
Dr.Öğr.Öyesi Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Nüket Kutlay</i>
Dr.Öğr.Öyesi Özden İLOLU	Top Tarih ve Dil	H.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Özden İlo lu</i>
İlhan BERKTAŞ	Matematik Mühendisliği	Türkiye Kömür İşletmeleri Genel Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>İlhan Berktaş</i>

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

M. Melli

BOĞAZİÇİ
İ.Ü.T.İ. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
ASST. GÖZÜK

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

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Anne yaşı:

Baba yaşı:

1) Annenin çalışma durumu:

- Kısmi zamanlı (yarım gün)
- Tüm zamanlı (tam gün)
- Gece
- Çalışmıyor

2) Babanın çalışma durumu:

- Kısmi zamanlı (yarım gün)
- Tüm zamanlı (tam gün)
- Gece
- Çalışmıyor

3) Anne eğitim düzeyi:

- Okur-yazar değil
- Okur-yazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu

4) Baba eğitim düzeyi:

- Okur-yazar değil
- Okur-Yazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu

5) Annenin sağlık problemleri:

- Yok
- Varsa belirtiniz:

6) Babanın sağlık problemleri:

- Yok
- Varsa belirtiniz

7) Ailenin toplam aylık gelir durumu:

- 2000 TL ve daha düşük
- 2000-4000 TL
- 4001-6000 TL
- 6001-10000 TL
- 10000 TL ve üzeri

8) Evde yaşayan çocuk sayısı:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ve daha fazla

9) Evde çekirdek aile dışında yaşayan diğer bireyler:

- Yok
- Varsa belirtiniz(babaanne, dede, teyze vb):

10) Çocuğunuzun yaşı (anketi adına doldurduğunuz): yıl
Çocuğunuzun cinsiyeti

- Kız
- Erkek

11) Kaçınıcı çocuğunuz?

12) Çocuğunuza gündüz koşullarında (okuldan geldiğinde ya da okula gitmediği zamanlarda) bakım veren kişi: (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Anne
- Baba
- Bakıcı
- Anneanne veya babaanne
- Teyze, hala gibi aile bireyi
- Diğer (belirtiniz)

EK-3. EKCRAN MARUZİYETİ SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ekran maruziyeti: Çocuğunuzun televizyon, tablet, bilgisayar, cep telefonu gibi dijital medya ile karşılaşması olarak tanımlanabilir. Sinema buna dahil değildir

1) Çocuğunuzla birlikte boş vakitlerde en sık yaptığınız üç aktiviteyi işaretleyiniz?
(Çocuğunuzun ilk 2 yaşını düşünerek yanıtlayınız)

- Oyun oynamak
- Kitap okumak
- Müzik dinlemek
- Televizyon izlemek
- Telefondan, tablettten, video izletme, internette gezinme gibi aktivitelerde bulunmak
- Vaktim olmuyordu
- Diğer

2). Çocuğunuzla birlikte boş vakitlerde en sık yaptığınız üç aktiviteyi işaretleyiniz?
(Çocuğunuzun 2- 6 yaş dönemini düşünerek yanıtlayınız)

- Oyun oynamak
- Kitap okumak
- Müzik dinlemek
- Televizyon izlemek
- Telefondan, tablettten, video izletme, internette gezinme gibi aktivitelerde bulunmak
- Yüzme, yürüyüş gibi spor aktivitelerinde bulunmak
- Bilgisayarda oyun oynamak
- Parka gitmek
- Alışverişe gitmek
- Vaktim olmuyordu
- Diğer

3) Çocuğunuzla birlikte boş vakitlerde en sık yaptığınız üç aktiviteyi işaretleyiniz?
(Çocuğunuzun şu anki dönemini düşünerek yanıtlayınız)

- Oyun oynamak
- Kitap okumak
- Müzik dinlemek
- Televizyon izlemek
- Telefondan, Tablettten, video izletme, internette gezinme gibi aktivitelerde bulunmak
- Yüzme, yürüyüş gibi spor aktivitelerinde bulunmak
- Bilgisayarda oyun oynamak
- Parka gitmek

- Alışverişe gitmek
- Vaktim olmuyordu
- Diğer

Aşağıdaki soruları çocuğunuzun ilk 6 yaş dönemine düşünerek yanıtlayınız.

Ekran maruziyeti: Çocuğunuzun televizyon, tablet, bilgisayar, cep telefonu gibi dijital medya ile karşılaşması olarak tanımlanabilir. Sinema

1) Çocuğunuzun ilk ekran maruziyeti ne zaman oldu?

İlk ekran maruziyetini hangi cihaz aracılığıyla gerçekleştirdi ?

- Televizyon
- Telefon
- Bilgisayar
- Tablet
- Diğer.....

2) Çocuğunuzun avutmak için bu araçlardan yararlanır mıydınız?

- Her zaman
- Sıklıkla
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

3) Çocuğunuz bu araçlarla günde ne kadar vakit geçirirdi?

- Hiç
- 1-2 saat
- 3-4 saat
- 5-6 saat
- 6 saatten daha uzun süre

4) Çocuğunuz 2 yaşına geldiğinde televizyon, tablet, bilgisayar ve cep telefonunu tanıyor muydu?

- Evet, tamamını tanıyordu
- Evet, bir kısmını tanıyordu
- Hayır, tanımıyordu

5) Çocuğunuzun ilk ekranla karşılaşma kararında aşağıdaki durumlardan hangilerini dikkate aldınız?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Doğru zaman olduğunu düşünmeniz
- Hayatınızı etkileyecek önemli bir olay (taşınma, boşanma, ölüm, yeni kardeşinin olması, yeni bakıcı gibi)
- Kreş önerisi
- Diğer aile bireylerinin/büyüklerin önerileri
- Hekiminizin önerisi
- Avutma yöntemi olarak kullanmanın işe yaraması

- Oyun , hikaye ile ilgilenmiyor oluğu
 - Zekayı geliřtirdiđini dűřünmeniz
 - Diğer.....
- 6) Çocukların ekranla ilk karşılaşması için sizce uygun zaman nedir?
- 7) Çocuğunuzun televizyon, tablet, cep telefonu, bilgisayar gibi araçlarla ilgilenmesi size yararlı geliyor muydu? Kısaca açıklayın lütfen.
- Evet ... Çünkü;
 - Hayır... Çünkü;
- 8) Çocuğun ekranla ilk karşılaşma yaşının küçük olması sizce zararlı mıdır ?
- Evet
 - Hayır
 - Bilgim yok



EK-4. EBEVEYNLERİN İNTERNET GÜVENLİĞİ VE BİLİNÇLİ İNTERNET KULLANIMI BİLGİSİNİN SORGULANMASI

A)Aşağıda internet kullanımına ilişkin bazı sorular yer almaktadır.

Uygun cevabı yandaki kutucuklara işaretleyin lütfen.

1) İnternet Kullanıyor musunuz ?

- Evet
- Hayır

2) Çocuğunuz internet Kullanıyor mu ?

- Evet
- Hayır

3) Çocuklarınızla aranızda internet kullanımı ile ilgili aile sözleşmesi yaptınız mı ?

- Evet
- Hayır

B.Aşağıda çocuğunuzun internet kullanımına ilişkin bazı sorular yer almaktadır.

Uygun cevabı yandaki kutucuklara işaretleyin lütfen.

	Herzaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiç
1) Çocuğunuzun internete nereden bağlandığını biliyor musunuz ? (Ev,okul,internet cafe, mobil cihazlar vb)					
2) Çocuğunuzun nasıl ve ne amaçla internet kullandığını biliyor musunuz ?					
3) Çocuğunuzun internet kullanımına sınırlama getirir misiniz ? (Ödevden sonra, yemekte sonra gibi)					

4) Çocuğunuzun internet kullanımını yasaklar mısınız?					
5) Çocuğunuzun internet kullanımı nedeniyle sosyal aktivitelerden kaçındığı, ödevlerini aksattığı düşüncesiyle çocuğunuzun internet kullanımına müdahale ediyor musunuz?					
6) Çocuğunuzun sanal ortamda gezindiğı web sitelerini biliyor musunuz?					
7) Çocuğunuzun sanal ortamda gezindiğı web sitelerini siz de kullanıyor musunuz?					
8) Çocuğunuzun sanal ortamda gezindiğı web sitelerini kontrol ediyor musunuz?					
9) İnternette başına gelen kötü bir olayı (tehdit, hakaret, müstehcenlik vb.)size anlatır mı ?					
10) Bazı çevrimiçi oyunlar şiddet, vahşet, cinsellik, pornografik içerik ve faşizm gibi zararlı unsurlar içerir. Çocuğunuzun çevrimiçi ortamlarda veya herhangi bir sitede oynadığı oyunların, aktivitelerin yaşına uygun olup olmadığını kontrol ediyor musunuz?					
11) Çocuğunuzun internetten tanışılan yabancı kişilerle iletişim kurup kurmadığını, dolandırma ve pazarlama gibi					

İlişkiler kurup kurmadığını kontrol ediyor musunuz?					
---	--	--	--	--	--

C) Aşağıda çocukların güvenli internet kullanımı konusunda bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerle ilgili düşüncelerinizi yandaki kutucukları işaretleyerek belirtin lütfen.

		Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
1	İnternet kullanımının çocukların fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilir			
2	İnternet kullanımının çocukların ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir (Öfke, şiddet ve yalnızlık gibi psikolojik sorunlar gibi)			
3	Çocuğunuzun profilinde gizlilik ayarları yapmanıza gerek yoktur. Çocuğunuzun riskli web sayfalarını ziyaret etmeyeceğine dair güveniniz tamdır.			
4	Evde taşınabilir olmayan internet aracı (bilgisayar) çocuğun odasında bulunmalıdır. Böylece ödevlerini rahatça yapar.			
5	İnternette karşılaştığı ve kafasında şüphe oluşturan her durumu size anlatmasına gerek yoktur, kendisi de baş edebilir			
6	İnternette başına gelen kötü bir olayı (tehdit, hakaret, müstehcenlik vb.) size anlatmalıdır			
7	Çocuğunuza internette tanıştığı insanlara ve hiçbir web sitesine; adres, telefon numarası, okul adı, şifre, aile resimleri, internet kullanıcı adı gibi önemli bilgileri vermemesi gerekmektedir Çocuğa bu açıkça belirtilmelidir, çünkü bu konuda çocuğum kandırılabilir.			
8	Çocuğunuza internette tanıştığı insanlara ve hiçbir web sitesine; adres, telefon numarası, okul adı,			

	şifre, aile resimleri, internet kullanıcı adı gibi önemli bilgileri verip vermediği kontrol etmeye gerek yoktur, Çocuğuma bu konuda güvenirim			
9	İnternette tanışılan yabancı kişiler her zaman doğru bilgiler vermeyebilir, bu kişiler dolandırma, pazarlama gibi kötü amaçlı kişiler olabilir			
10	Sırf çocuğunuzun bir sosyal paylaşım sitesine üye olduğu için sizin de o siteye üye olmanıza gerek yoktur			
11	Çocuğunuzun sizden izinsiz internette alışveriş yapması mümkün değildir, o nedenle bu konuda uyarıya gerek yoktur			
12	Çocuğunuzun kendisiyle ilgili özel bilgileri ve fotoğrafları paylaşmaması, internette tanıştığı bir yabancıyla gerçek hayatta buluşmaması, web kamerası kullanarak konuşmaması gerektiği açıkça ifade edilmelidir			
13	Çocuğunuza şüpheli e-postaları, linkleri ve pop-up pencerelerini, spam mailleri tıklamamaları ve açmamaları gerektiğini belirtmeye gerek yoktur, bunu kendisi zaten bilir			
14	İnternet güvenliği hakkında bilgi veren siteleri ziyaret etmeme gerek yoktur, bu konuda bilgimin tam olduğunu düşünüyorum			

D) İnternet güvenliği konusunda bildiğiniz ve kullandığımız web sitelerinin isimleri

.....

E) Çocuğunuz internette başına gelen kötü bir olayı (tehdit, hakaret, müstehcenlik vb.) size anlattığı takdirde nasıl tepkiler verirsiniz lütfen yazarak açıklayınız (öfke, sinirlenme, kızma, korkutma gibi)

.....
.....
.....

EK-5. OYUN ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm çocuk tarafından doldurulacaktır

1. Yaşınız kaç :.....
2. Cep telefonunu kullanıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
3. Bilgisayar kullanıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
4. Tablet kullanıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
5. Bilgisayar, cep telefonu veya tablet kullanırken vaktinizi en çok neye ayırırsınız?(tek seçenek işaretleyiniz)
 - İletişim amacıyla
 - Oyun oynayarak
 - Sosyal medyada gezinerek
 - Kitap/dergi/gazette okuyarak
 - İnternette gezinerek
 - Diğer
6. Evinizde bilgisayar var mı?
 - Evet
 - Hayır
7. Evinizde internet bağlantısı var mı?
 - Evet
 - Hayır
8. Günlük İnternet kullanma süreniz nedir?
 - Günde bir saat
 - Günde iki –üç saat
 - İki günde bir saat
 - Haftada bir –iki saat
 - Diğer

9. Bilgisayar,Cep telefonu,tablet benzeri cihazlarda oyun oynuyor musunuz?

- Evet
- Hayır

a. Cevabınız hayır ise anketi sonlandırınız.

10. Bağlantı tercihine göre hangi oyunları daha çok oynuyorsunuz?

- Online oyunlar
- Offline oyunlar
- Browser (tarayıcı) oyunları
- Oyun oynamıyorum

11. Hangi çevrimiçi oyun veya oyunları oynuyorsunuz? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ()Hearthstone ()Age of Empires ()Moba ()Total War Series ()League of Legends ()Clash of Clans
- ()Call of Duty serisi ()Assasin's Creed serisi ()Battlefield serisi
- ()Counter Strike: Global Offensive ()Grand Theft Auto serisi ()Dark Souls
- ()Witcher ()Mass Effect ()World of Warcraft ()Dragon Age()Kingdoms of Amalour ()Diablo serisi
- ()Uncharted ()Tomb Raider ()Beyond: Two Souls ()The Longest Journey ()Skyrim ()Myst and Riven
- ()Tetris ()Candy Crush ()Angry Birds ()Zuma ()Lucius ()Sudoku
- ()FIFA ()PES ()NBA ()Championship Manager ()WWE ()Fight Night Championship
- ()Eurotruck serisi ()SimCity ()The Sims serisi ()Uçak simülâtörleri ()Trauma Center
- ()Mortal Combat ()Street Fighter ()Sleeping Dogs ()UFC 2009 ()Samurai Shodown ()Virtua Fighter 5
- ()Need for Speed serisi ()Moto GP serisi ()Forza Motorsports serisi
- ()Assetto Corsa ()Formula 1 serisi ()Project Cars

- 12.** Şiddet içeren oyunlar oynuyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
- 13.** Oyunları en çok hangi platformda oynuyorsunuz?
- Bilgisayar
 - Akıllı telefon
 - Tablet
 - Virtual reality
 - Playstation
 - Xbox
 - Diğer.....
- 14.** Oyunların yaş gruplarına ve içeriğe göre sınıflandığını biliyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
- 15.** Günde ortalama kaç saat oyun oynuyorsunuz?
- 0-1 saat
 - 2-3 saat
 - 4-5 saat
 - 6-7 saat
 - 8-9saat
 - 10 saatten fazla
- 16.** Temel ihtiyaçlarınızı gidereceğiniz vakitler hariç (tuvalet, yemek gibi) hiç ara vermeden oyun oynadığınız en uzun süre kaç saattir?
- 17.** Ailenizin sizin bilgisayar oyunu oynamanız hakkındaki tavrı nasıldır?
- Yasaklar
 - Karışmaz
 - Sınır getirmek ister
 - Destekler

EK-6. DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (DOBÖ-7)

- 1- Bir bilgisayar oyununu tüm gün boyunca oynamayı düşündün mü?
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazen
 - Sık sık
 - Her zaman
- 2-Oyun için harcadığın zamanı giderek arttırdın mı?
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazen
 - Sık sık
 - Her zaman
- 3- Günlük yaşamdan uzaklaşmak için oyun oynadığın oldu mu?
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazen
 - Sık sık
 - Her zaman
- 4- Yakınındaki kişiler (aile bireyleri, arkadaşlar gibi) oyun süreni azaltmada başarısız oldu mu?
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazen
 - Sık sık
 - Her zaman
- 5- Oyun oynayamadığın zaman kendini kötü hissettin mi?
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazen
 - Sık sık
 - Her zaman

6- Oyunda harcadığın zaman konusunda yakınındaki kişiler ile (aile bireyleri, arkadaşlar gibi) kavga ettin mi?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

7- Oyun oynamak için diğer önemli faaliyetleri (okul, iş, spor gibi) ihmal ettin mi?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

EK-7.CONNERS EBEVEYN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ UZUN FORM (CEDÖ-YU)

YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Çocuğun Adı:	Cinsiyeti: K E (daire içine al)
Doğum tarihi : / / Ay Gün Yıl	Yaşı: Sınıf:
Anne ya da Babasının Adı:	Bugünün Tarihi: / / Ay Gün Yıl

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

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1 Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2 Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3 Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4 Ürkektir, kolavca korkar	0	1	2	3
5 Her sev verli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6 Hiç arkadaşı yoktur.	0	1	2	3
7 Karnı ağır.	0	1	2	3
8 Kavea eder.	0	1	2	3
9 Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da	0	1	2	3
10 Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11 Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12 Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13 Carsıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14 İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15 Bir sevlere tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16 Cabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17 Ağrıları ve sızıları olur	0	1	2	3
18 Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19 Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20 Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21 Hiddetlenir.	0	1	2	3
22 Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23 Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24 Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25 Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26 Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
27 Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28 Kolav hevecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29 Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3

Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.

Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.

Türkçe çeviri ve uyarılma çalışması (*) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Bütükköztürk, Aylin Ak ve Latife Özyayın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.

*Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sınırlıdır.	0	1	2	3
32	Kıvrır kıvrırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her sev, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Bası ağır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3
38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine acıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder.	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalınsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3
45	Dikkatinin dağılıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiç bir seviye yokken hastalıktan yakınır.	0	1	2	3
47	Ofke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey vaatmesi için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
50	Günlük etkinliklerde unutkanlıktır.	0	1	2	3
51	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında kosturur durur.	0	1	2	3
53	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
54	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
55	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıvrır kıvrırdır.	0	1	2	3
56	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
57	Alıngandır ya da baskaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
58	Özenli bir el vazısı vardır.	0	1	2	3
59	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
60	Utangacıdır, çekiniktir.	0	1	2	3
61	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle baskalarını suçlar	0	1	2	3
62	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
63	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
64	Bir baskası ona ait sevgileri veniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3
65	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere vapısır	0	1	2	3
66	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
67	Baskalarını kızdıran sevgileri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
68	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sınırlanır.	0	1	2	3
69	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu sevgilere dikkatini verir	0	1	2	3
70	Kinlidir ya da öc almak ister.	0	1	2	3
71	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
72	Baskalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3
73	Çok zaman vorzun ya da bitkin görünür	0	1	2	3
74	İmlası zavıftır.	0	1	2	3
75	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
76	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
77	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir	0	1	2	3
78	Cabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3
79	Dissal uyarılarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
80	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır	0	1	2	3

EK-8 . Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Gözden Geçirilmiş Şekli (WISC-R)

Ayrı bir görüşmede, klinik psikologlar tarafından çocukların zeka düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanmıştır. WISC-R gittikçe zorlaşan sorular aracılığı ile sözel ve performans düzeyini ölçmek üzere oluşturulan iki bölümden oluşmaktadır. Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilen bu test 1974 yılında gözden geçirilmiş ve Türkçe'ye uyarlanmıştır

EK.9.ÇALIŞMA KATILIMCILARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU VAKA GRUBU

ANKET BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Veli,

Sağlıklı çocuklarda ve Dikkat Eksikliği ve Hiperkativite Bozukluğu olan çocuklarda ekran maruziyeti, dijital oyun alışkanlıkları ve ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin değerlendirileceği bir araştırma yapılacaktır.

Son yıllarda gelişen teknoloji ve teknolojiye ulaşma imkanlarının artışı ile akıllı telefon, tablet, akıllı televizyon, bilgisayar gibi teknolojik gereçlerin kullanımı artmıştır. Bu artışın çocukların konuşmasını, duygusal zeka gelişimini, görsel ve işitsel hafıza gelişimini etkilediği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda çocukların davranış modelleri ile dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik arasında ilişki olabileceğinin üzerinde durulmaktadır. Bu davranış modelleri arasında çocuğun oyun alışkanlıkları, internet kullanımının artışı, erken yaşta ekran maruziyetinin başlaması sayılabilir. Ayrıca ebeveyn tutumları ile çocukların internet ve dijital ortam etkinliklerinin farklılık göstermesi söz konusudur.

Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile çocuk davranış kalıpları üzerinde belirgin rol oynadığı düşünülen oyun alışkanlıkları, ekran maruziyeti yaşı ve ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemektedir.

Araştırmada sizin ve çocuğunuzun doldurmasını beklediğimiz toplam 4 adet

anket ve değerlendirme formu bulunmaktadır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizin ‘sosyodemografik özellikler’, ‘ekran maruziyeti sürecinin değerlendirilmesi’, ‘ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin değerlendirilmesi’ adlı formları, çocuğunuzun ise ‘oyun alışkanlıklarının değerlendirilmesi’ adlı formları doldurması gerekmektedir.

Formlarda sizin ve çocuğunuzun fiziksel ve ruhsal sağlık durumunuzu etkileyecek herhangi bir soru ya da bilgi bulunmamaktadır. Sorular yalnızca mevcut durumu belirlemek üzere hazırlanmıştır.

Çalışmaya dahil olma sürecinde gönüllülük esastır. İstedığınız zaman bu araştırmadan çocuğunuzu çekme hakkına sahipsiniz. Çalışmaya dahil olmayı reddettiğinizde ya da çalışmadan ayrılmak istediğinizde herhangi bir yaptırım uygulanmayacaktır. Çalışmaya katılmayı reddetmeniz halinde, ocuğunuzun Ankara niversitesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana bilim Dalı polikliniklerinden aldığımız sağlık hizmeti hiç bir şekilde değişime uğramayacaktır. Çocuğunuzun bulguları çalışma koşullarına uygunluk göstermiyorsa rızanız sorulmadan araştırma harici bırakılabilirsiniz. Çalışma sırasında size ve bağlı olduğunuz SGK kurumundan ek bir ücret tahsil edilmeyecektir

Araştırma ile ilgili merak ettiğiniz konularda veya araştırmayla ilgili bir endişe varlığında Prof. Dr.Betül Ulukol’a ve Dr.Bilgehan Betül Biçer’e 0 312 595 72 93 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz

Prof.Dr.Betül Ulukol
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Sosyal Pediatri Bilim Dalı
betul.ulukol@gmail.com

Dr. Bilgehan Betül Biçer
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
bilgehanbicer@hotmail.com

KATILIMCI İSMİ :

CİNSİYETİ :

DOĞUM TARİHİ :

Çocuğumun katılımı sorulan klinik çalışmanın amaç ve işlemleri bana açıklanmıştır.

Bu çalışma ile ilgili olası yararlar ve görülmesi mümkün olan herhangi bir risk ve bu çalışmaya bağlı rahatsızlıklar bana bildirildi. Tüm sorularıma yeterince cevap aldım.

Bu çalışmaya katılımın gönüllü olduğunu ve çocuğumu bu çalışmadan istediğim zaman çekebileceğimi ve bunu yaptığımda, çocuğumun doktorundan ileride göreceğim bakım ve ilgiyi etkilemeyeceğini anladım.

Çocuğumla ilgili olan verilere ulaşmaya ve düzeltilmesini istemeye hakkım olduğu bana bildirilmiştir.

Ben, ismi olan çocuğun velisi/vasisi olarak, bu klinik araştırmada yer almasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

ADRES:

TELEFON NUMARASI:

TARİH:

İMZA:

VELİ/VASİ İMZASI:

ONAY ALMA OLAYINI GERÇEKLEŞTİREN KİŞİ:

İSİM:

İMZA:

TARİH:

İMZA:

TARİH:

**EK.10 .ÇALIŞMA KATILIMCILARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ
OLUR FORMU KONTROL GRUBU
ANKET BİLGİLENDİRME FORMU**

Sayın Veli,

Sağlıklı çocuklarda ve Dikkat Eksikliği ve Hiperkativite Bozukluğu olan çocuklarda ekran maruziyeti, dijital oyun alışkanlıkları ve ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin değerlendirileceği bir araştırma yapılacaktır.

Son yıllarda gelişen teknoloji ve teknolojiye ulaşma imkanlarının artışı ile akıllı telefon, tablet, akıllı televizyon, bilgisayar gibi teknolojik gereçlerin kullanımı artmıştır. Bu artışın çocukların konuşmasını, duygusal zeka gelişimini, görsel ve işitsel hafıza gelişimini etkilediği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda çocukların davranış modelleri ile dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik arasında ilişki olabileceğinin üzerinde durulmaktadır. Bu davranış modelleri arasında çocuğun oyun alışkanlıkları, internet kullanımının artışı, erken yaşta ekran maruziyetinin başlaması sayılabilir. Ayrıca ebeveyn tutumları ile çocukların internet ve dijital ortam etkinliklerinin farklılık göstermesi söz konusudur.

Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile çocuk davranış kalıpları üzerinde belirgin rol oynadığı düşünülen oyun alışkanlıkları, ekran maruziyeti yaşı ve ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Araştırmada sizin ve çocuğunuzun doldurmasını beklediğimiz toplam 5 adet anket ve değerlendirme formu bulunmaktadır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizin ‘sosyodemografik özellikler’, ‘ekran maruziyeti sürecinin değerlendirilmesi’, ‘ebeveynlerin internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin değerlendirilmesi’, ‘yenilenmiş Connors ebeveyn değerlendirme ölçeği’ adlı formları, çocuğunuzun ise ‘oyun alışkanlıklarının değerlendirilmesi’ adlı formları doldurması gerekmektedir.

Formlarda sizin ve çocuğunuzun fiziksel ve ruhsal sağlık durumunuzu etkileyecek herhangi bir soru ya da bilgi bulunmamaktadır. Sorular yalnızca mevcut durumu belirlemek üzere hazırlanmıştır.

Çalışmaya dahil olma sürecinde gönüllülük esastır. İstedığınız zaman bu

araştırmadan çocuğunuzu çekme hakkına sahipsiniz. Çalışmaya dahil olmayı reddettiğinizde ya da çalışmadan ayrılmak istediğinizde herhangi bir yaptırım uygulanmayacaktır. Çalışmaya katılmayı reddetmeniz halinde, ocuğunuzun Ankara niversitesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana bilim Dalı polikliniklerinden aldığınız sağlık hizmeti hiç bir Şekilde değişime uğramayacaktır. Çocuğunuzun bulguları çalışma koşullarına uygunluk göstermiyorsa rızanız sorulmadan araştırma harici bırakılabılırsiniz. Çalışma sırasında size ve bağlı olduğunuz SGK kurumundan ek bir ücret tahsil edilmeyecektir

Araştırma ile ilgili merak ettiğiniz konularda veya araştırmayla ilgili bir endişe varlığında Prof. Dr. Betül Ulukol'a ve Dr.Bilgehan Betül Biçer'e 0 312 595 72 93 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz

EK-11 .ÇOCUK BİLGİLENDİLRMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (VAKA GRUBU)

Merhaba sevgili küçük arkadaşım;

Ben bir çocuk doktoruyum, çocukların daha iyi olmasını sağlayabilmem için senin yardımına ihtiyacım var. Senin okul başarını, arkadaşların, öğretmenlerin ve ailen ile olan ilişkilerini, kendine güvenini önemsiyorum. Bu nedenle seni muayeneye getiren anne veya babana bu konularda bazı sorular yönelteceğim. Sana ise boş vakitlerinde yaptığın aktiviteler ve oyun alışkanlıklarınla alakalı bazı sorular yönelteceğim. Eğer kabul edersen bu formu imzalamanı rica ediyorum. Benim anlatmak istediklerimi okuyarak vakit ayırdığın için sana teşekkür ederim.

Eğer istemezsen bu testlerin hiçbirini yapmak zorunda değilsin. Benim anlatmak istediklerimi dinleyerek vakit ayırdığın için çok teşekkür ederim.

ÇOCUĞUN ADI-SOYADI:

İMZASI:

TARİH:

EK-12. ÇOCUK BİLGİLENDİLRMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU KONTROL GRUBU

Merhaba sevgili küçük arkadaşım;

Ben bir çocuk doktoruyum, çocukların daha iyi olmasını sağlayabilmem için senin yardımına ihtiyacım var. Senin okul başarını, arkadaşların, öğretmenlerin ve ailen ile olan ilişkilerini, kendine güvenini önemsiyorum. Bu nedenle seni muayeneye getiren anne veya babana bu konularda bazı sorular yönelteceğim. Sana ise boş vakitlerinde yaptığın aktiviteler ve oyun alışkanlıklarınla alakalı bazı sorular yönelteceğim. Eğer kabul edersen bu formu imzalamanı rica ediyorum. Benim anlatmak istediklerimi okuyarak vakit ayırdığın için sana teşekkür ederim.

Eğer istemezsen bu testlerin hiçbirini yapmak zorunda değilsin. Benim anlatmak istediklerimi dinleyerek vakit ayırdığın için çok teşekkür ederim.

ÇOCUĞUN ADI-SOYADI:

İMZASI:

TARİH:

EK-13. ARAŐTIRICININ BİLGİLENDİRİLDİĞİNE DAİR BELGE

(6-12 yaş yaş için hazırlanmıştır)

“6-12 Yaş Arası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ekran Maruziyeti ve Anne-Baba İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı Bilgisinin Değerlendirilmesi ve Aynı Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarla Karşılaştırılması “ adlı araştırma ile ilgili bilgiye sahibim. TŒrkiye’ de Klinik Araştırmalar ve Yasal DŒzenlemeler kitapçığıını; iyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu’nu dikkatle okudum ve araőtırmamı gösterdiği doğrultuda yŒrŒteceĐime dair bu belgeyi imzalıyorum.

Prof. Dr. BetŒl Ulukol

Dr. Bilgehan BetŒl Biçer

Prof . Dr. Birim GŒnay Kılıç

ŒĐr.GŒr. Dr. Merve Uytun Çıkılı

EK-14. İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZUNUN OKUNDUĞU VE UYGULANACAĞI HAKKINDA BELGE

“6-12 Yaş Arası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ekran Maruziyeti ve Anne-Baba İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı Bilgisinin Değerlendirilmesi ve Aynı Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarla Karşılaştırılması “ başlıklı çalışmaya katılan ve aşağıda imzası olan sorumlu ve yardımcı araştırmacı olarak Sağlık Bakanlığının 28.05.2010 tarihinde yayınlamış olduğu “İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu”nu okuduğumuzu ve gereklerini yapacağımızı beyan ve taahhüt ederiz.

Prof. Dr. Betül Ulukol

Dr. Bilgehan Betül Biçer

Prof . Dr. Birim Günay Kılıç

Öğr.Gör. Dr. Merve Uytun Çıkılı

EK-15. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “ 6-12 Yaş Arası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ekran Maruziyeti ve Anne-Baba İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı Bilgisinin Değerlendirilmesi ve Aynı Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarla Karşılaştırılması “ adlı tanımlayıcı araştırma için bütçe desteği gerekmemektedir.

Prof. Dr. Betül Ulukol

Dr. Bilgehan Betül Biçer

Prof . Dr. Birim Günay Kılıç

Öğr.Gör. Dr. Merve Uytun Çıkılı

EK-15.GİZLİLİK TAAHHÜTNAMESİ

“ 6-12 Yaş Arası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ekran Maruziyeti ve Anne-Baba İnternet Güvenliği ve Bilinçli İnternet Kullanımı Bilgisinin Değerlendirilmesi ve Aynı Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarla Karşılaştırılması “ adlı tanımlayıcı araştırmada hastaların kullanılmayacağını, verilerin araştırma amaçları dışında kullanılmayacağını ve çalışma sonuçlarının paylaşılmasında kişi mahremiyetinin korunacağını taahhüt ederim.

Prof. Dr. Betül Ulukol

Dr. Bilgehan Betül Biçer

Prof . Dr. Birim Günay Kılıç

Öğr.Gör. Dr. Merve Uytun Çıkılı