



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE İNTERNET KULLANIM ÖZELLİKLERİ VE DÜRTÜSELLİK

Dr. Elif MANGAL

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ

ADANA-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Prof. Dr. Lut TAMAM'a, Doç. Dr. Feridun BÜLBÜL'e, Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK'a, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin DEMİRKOL'a, Dr. Öğr. Üyesi Zeynep NAMLI'ya, tezimin her aşamasında büyük emeği geçen, verdiği destek ile tezimi tamamlamamda önemli katkıları olan tez danışmanım Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına, tüm çalışma arkadaşlarıma, servis ve poliklinik hemşire ve personeline, her zaman koşulsuz güveni hissettiren ve desteğini esirgemeyen annem, babam, kardeşlerim ve sevgili eşim Ferit'e teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMA LİSTESİ	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1. DEHB'nin Tanımı	3
2.1.2. DEHB'nin Tarihçesi	3
2.1.3. DEHB'nin Epidemiyolojisi	5
2.1.4. DEHB'nin Etyolojisi	6
2.1.4.1. Biyolojik Etkenler	6
2.1.4.2. Nörokimyasal Etkenler	6
2.1.4.3. Biyokimyasal Etkenler	7
2.1.4.4. Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları	7
2.1.4.5. Psikososyal ve Çevresel etkenler	7
2.1.5. DEHB'de Klinik Görünüm	8
2.1.6. DEHB'de Eş tanı ve Ayırıcı Tanı	9
2.1.7. DEHB Tanısı Konulmuş Bir Çocuğun Ailesi Olmak	10
2.1.8. DEHB Tanı Ölçütleri	13
2.1.8.1. DSM-5	13
2.1.9. DEHB Tedavisi	15
3. İNTERNET	18
3.1. Bağımlılığın Tanımı	18
3.1.1. Maddesel ve Davranışsal bağımlılık	18
3.1.1.1. Maddesel Bağımlılıklar	19
3.1.1.2. Davranışsal (Olgusal) Bağımlılıklar	20
3.2. İnternet Bağımlılığı Alt Grupları	21

3.2.1. Young'un İnternet Bağımlılığı Sınıflandırması.....	22
3.2.2. Shapira 'nin İnternet Bağımlılığı Sınıflandırması	23
3.3. Yoğunluğuna Göre İnternet Kullanımı	23
3.3.1. Sağlıklı İnternet Kullanımı	24
3.3.2. Günlük Kullanımdan Sorunlu Kullanıma Geçiş.....	24
3.4. Patolojik İnternet Kullanımı.....	25
3.4.1. Özgül Patolojik (Sorunlu) İnternet Kullanımı (ÖPİK)	25
3.4.2. Genel Patolojik (Sorunlu) İnternet Kullanımı (GPİK)	25
3.5. İnternet Bağımlılığının Nedenleri	26
3.6. İnternet Bağımlılığının Belirtileri ve Etkileri.....	28
3.7. İOOB	30
3.7.1. İOOB Güncel Tanımlamalar ve Tanı Kriterleri	30
3.7.2. İOOB Epidemiyolojisi	32
3.7.3. İOOB Nörobiyolojik çalışmalar	32
3.7.4. İOOB Etyolojisi.....	34
3.7.5. İOOB Klinik	34
3.7.6. İOOB Tedavi	35
4. DÜRTÜSELLİK	36
4.1. Dürtüselliğin Tanımı	36
4.2. Dürtüselliğin Nörobiyolojisi	38
4.3. Dürtüsellik ve Nörobilişsel İşlevler	39
4.4. Dürtüselliğin değerlendirilmesi ve tedavisi	39
5. DEHB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE PSİKOPATOLOJİ.....	41
5.1. DEHB tanılı çocukların Ebeveynlerinde görülen DEHB.....	41
5.2. DEHB tanılı çocukların Ebeveynlerinde görülen diğer psikopatolojiler	43
6. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
6.1. Verilerin Toplanması	46
6.2. Veri Toplama Araçları	46
6.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	46
6.2.2. İnternet kullanım özellikleri Veri Formu.....	46
6.2.3. SCID-5/CV	47
6.2.4. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu (YİBT-KF):	47

6.2.5. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Versiyonu (ATBÖ-KV).....	47
6.2.6. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği (İOOB-Ö)	48
6.2.7. Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği (KÇSA)	48
6.2.8. Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11(BDÖ-11)	49
6.2.9. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği	49
6.2.10. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender-Utah Rating Scale) (WUDÖ).....	50
6.3. İstatiksel Analiz.....	50
7. BULGULAR	51
7.1. Sosyodemografik değişkenlerin dağılımı.....	51
7.2. İnternet kullanım değişkenlerin dağılımı	54
7.3. İnternet ölçek puanları ve ilişkili verileri	61
7.4. Dürtüsellik ölçeklerin puanları ve ilişkili verileri	73
7.5. Psikometrik Ölçek puanlarının Korelasyon Analizleri	83
8. TARTIŞMA	89
9. SONUÇ VE ÖNERİLER	96
KAYNAKÇA	99
EKLER	113
EK-1. Bilgilendirme ve Onam Formu.....	113
EK-2. Sosyodemografik Veri Formu	114
EK-3. İnternet kullanım Veri formu.....	115
EK-4. Young İnternet Bağımlılığı Testi.....	118
EK-5. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği	119
EK-6. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği	120
EK-7. Çocuk Testi.....	121
EK-8. Bağımlılık Dergisi	122
EK-9. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	123
EK-10. Dürtüsel Davranış Ölçeği Maddelerinin Alt Ölçeklere Dağılımı.....	124
EK-11. Etik kurul Onayı	125
ÖZGEÇMİŞ	126

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. İnternet bağımlılığının etkileri ¹²⁰	29
Tablo 2. Grupların sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıkları	53
Tablo 3. DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanım değişkenleri	58
Tablo 4. DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının karşılaştırılması	62
Tablo 5. DEHB-TÇE grubunda çalışan ve çalışmayanlar arasında internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının karşılaştırılması	63
Tablo 6. Kontrol grubunda çalışan ve çalışmayanlar arasında internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının karşılaştırılması	64
Tablo 7. DEHB-TÇE grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi	65
Tablo 8. Kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi	66
Tablo 9. DEHB-TÇE grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ruhsal hastalığın eşlik edip etmemesi ile ilişkisi	68
Tablo 10. Kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ruhsal hastalığın eşlik edip etmemesi ile ilişkisi	69
Tablo 11. Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ilişkisi	70
Tablo 12. Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ilişkisi	72
Tablo 13. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerindeki ve kontrol grubund WU-Ö 36 puan üzeri ilişkisi	73
Tablo 14. DEHB-TÇE ve kontrol grubunda dürtüsellik ölçek puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo 15. DEHB-TÇE çalışan ve çalışmayanlar arasında dürtüsellik ölçek puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 16. Kontrol grubun çalışan ve çalışmayanlar arasında dürtüsellik ölçek puanlarının karşılaştırılması	76
Tablo 17. DEHB-TÇE dürtüsellik ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi	77
Tablo 18. Kontrollerin dürtüsellik ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi	78
Tablo 19. DEHB-TÇE dürtüsellik ölçek puanlarının ruhsal hastalığın olup olmaması ile ilişkisi	79
Tablo 20. Kontrol grubundaki dürtüsellik ölçek puanlarının ruhsal hastalığın olup olmaması ile ilişkisi	80
Tablo 21. Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda dürtüsellik ile ilgili ölçek puanların ilişkisi	81
Tablo 22. Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda dürtüsellik ile ilgili ölçek puanların ilişkisi	82

Tablo 23.	DEHB-TÇE Psikometrik Ölçek puanların Korelasyon Analizler	84
Tablo 24.	İOOB ölçeğinden alınan puanların Barratt ölçeğiyle alınan puanlarla karşılaştırılması	86
Tablo 25.	İOOB ölçeğinden alınan puanların UPPS ölçeğiyle alınan puanlarla karşılaştırılması.....	88



KISALTMA LİSTESİ

5HT	: Serotonin
5HTT	: Serotonin Taşıyıcısı
ACC	: Anterior Singulat Korteks
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
ADHD	: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMP	: Amfetaminler
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ATBÖ-KF	: Akıllı Telefon Bağımlılığı ölçeği kısa form
BB	: Bipolar Bozukluk
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BDÖ-11	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
BİS	: Barratt Impulsiveness Scale
COMT	: Catechol-o-methyltransferase
COSB	: Compulsive Online Shopping Behavior score
ÇDYKÖAB	: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Anababa Formu
DA	: Dopamin
DDBÖ	: Dürtü Denetim bozukluğu Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-TÇE	: DEHB-Tanlı Çocukların Ebeveyni
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5'th Ed.
EEG	: Elektroensefalogram
FDA	: Food and Drug Administration
FMRI	: İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
GPIK	: Genel Patolojik (Sorunlu) İnternet Kullanımı (GPIK)
ICD-10	: International Classification of Disease-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10)
İGD	: İnternet Gaming Disorder Scale
İOOB	: İnternette Oyun Oynama Bozukluğu
KÇSA	: Kompulsif Çevrimiçi satın alma ölçeği

KOKGB	: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu
MPH	: Metilfenidat
MKB	: Madde kullanımı bozukluğu
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖPİK	: Özgül Patolojik (Sorunlu) İnternet Kullanımı
SCID-II	: DSM-IV Eksen II İçin Yapılandırılmış Tanısal Görüşme
SD	: Standart Deviasyon
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
SSGİ	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSA	: Trisiklik Antidepresan
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YİBÖ-KF	: Young İnternet bağımlılığı Ölçeği kısa form
WUÖ	: Wender Utah Ölçeği

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde İnternet Kullanım Özellikleri Ve Dürtüsellik

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklardan biridir. Literatürde DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerde çeşitli psikiyatrik hastalıkların araştırıldığı çok sayıda çalışma olmasına rağmen, dürtüsel davranışlar ve internet kullanım özelliklerinin araştırıldığı çalışmalar nadirdir. Bu çalışmada DEHB tanısı ile takip edilen çocukların ebeveynlerinde dürtüsellik, internet kullanım özellikleri ve bunlar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma örneklemi olarak Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Balcalı Hastanesinde Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda DEHB tanılı çocukların ebeveynleri ve kontrol grubu seçilmiştir. 65 DEHB tanılı çocuk ebeveyni ve bu bireylerle yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi değişkenler açısından uyumlu olan, çocuklarında DEHB tanısı olmayan 64 gönüllü ebeveyn çalışmanın örneklem grubunu oluşturacaktır. Her 2 gruba tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formu ve İnternet kullanım özellikleri veri formu dolduruldu. 'Wender Utah Ölçeği, Dürtü Denetim bozukluğu Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği kısa form, Young İnternet bağımlılığı Ölçeği kısa form, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği kısa form, İnternet oyun oynama bozukluğu Ölçeği ve Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği'uygulan

Bulgular: Çalışmamızda her iki grupta DEHB ve diğer psikiyatrik hastalıkların komorbiditesi açısından fark bulunamamıştır. Her iki grup ölçekler açısından karşılaştırıldığında ise İOOB ölçeğinde DEHB-TÇE grubu ile kontrol grubu arasında Duygudurum düzenleme, Çatışma, Nüks, Çekilme alt grupları ve İOOB toplam skorlarında arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla Duygudurum düzenleme $p=0.02$; Çatışma $p=0.03$; Nüks $p=0.03$; Çekilme $p=0.03$; Toplam $p=0.02$). KÇSA puanına göre iki grup arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.03$). DEHB-TÇE ruhsal hastalığı olan ve olmayan olarak karşılaştırıldığında ise, ruhsal hastalığı olanlarda KÇSA, İOOB_Toplam, İOOB Belirginlik, İOOB_Çekilme, İOOB_Nüks, İOOB Duygudurum düzenleme, İOOB_Çatışma alt grupları, anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla KÇSA $p<0.001$, Toplam $p=0.002$, Belirginlik $p=0.004$, Çekilme $p=0.001$, Nüks $p=0.005$, Duygudurum düzenleme $p=0.003$, Çatışma $p=0.002$).

DEHB-TÇE ve kontrol grupların ruhsal hastalığı olmayanları karşılaştırıldığında kontrol grubunda KÇSA anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.02$), ruhsal hastalığı olanları karşılaştırıldığında DEHB-TÇE grubunda Tolerans_Belirginlik, Duygudurum düzenleme, Çatışma, Çekilme alt grupları ve İOOB toplam skorlarında arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla Tolerans_Belirginlik $p=0.01$; Duygudurum düzenleme $p=0.01$, Çatışma $p=0.003$; Çekilme $p=0.003$; Toplam $p=0.01$).

Gruplar çalışıp çalışmama ya da cinsiyete göre karşılaştırıldığında ise dürtüsellik ve internet kullanımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB-TÇE gruplarının UPPS_Sebatsızlık ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır ($p=0.03$). DEHB-TÇE ve kontrol grupların ruhsal hastalığı olmayanları karşılaştırıldığında DEHB-TÇE grubunda BD_Ölçeği, UPPS Dürtüsel Davranış_Sıkışıklık ve Sebatsızlık alt ölçekleri

anlamalı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla BDÖ $p= 0.03$, Sıkışıklık $p=0.02$, Sebatsızlık $p=0.03$). Ruhsal hastalığı olan ve olmayan arasında kontrol grubunda UPPSDürtüsel Davranış Sıkışıklık alt grubunda Ruhsal hastalık olanlarda daha yüksek saptanmıştır ($p<0.001$), Tasarlama eksikliği alt gruplarında ise ruhsal hastalığı olmayanlarda daha yüksek saptanmıştır ($p=0.04$).

Sonuç: Çalışmamızda dürtüsellik açısından DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında bağlantı saptanamamıştır. DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında, İOOB nin, Toplam, Duygudurum düzenleme, Çatışma, Nüks Çekilme alt ölçeklerin DEHB-TÇE grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu, kontrol grubunda KÇSA ölçeğinin yüksek olduğu görülmüştür. Bununla ilgili diğer çeşitli ilişkileri açığa çıkarmak için daha geniş DEHB-TÇE grupları ile çalışmak faydalı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, İnternet kullanım İnternette Oyun Oynama Bozukluğu, dürtüsellik

ABSTRACT

Attention Deficiency Hyperactivity Disorders, Internet Usage Properties And Impulsivness In The Parents Of Children

Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neuropsychiatric disorders in childhood. Although there are many studies in the literature that investigate various psychiatric diseases in parents of children with ADHD, studies investigating impulsive behaviors and internet usage features are rare. In this study, it is aimed to investigate the impulsivity, internet usage features and the relationship between them among parents of children who are followed with the diagnosis of ADHD.

Method: The study was carried out at Çukurova University Faculty of Medicine (ÇÜTF) Balcalı Hospital Department of Child Mental Health and Diseases. The study consists of two sample groups: The parents of children diagnosed with ADHD are 65 individuals, and 64 volunteer parents who are compatible with these individuals in terms of age, gender, and educational background, and whose children are not diagnosed with ADHD form the sample groups of the study. In addition to the socio-demographic data form and internet data form created by the authors for the participants, the 'Wender Utah Scale, the Impulse Control Disorder Scale, the Barrat Impulsivity Scale Short Form, the Young Internet Addiction Scale Short Form, the Smart Phone Addiction Scale Short Form, the Internet Game Playing Disorder Scale and the Compulsive Online Shopping Scale was implemented.

Results: No difference was found between the two groups in terms of comorbidity of ADHD and other psychiatric diseases. When both groups were compared in terms of scale scores, a statistically significant relationship was found between the parents of children with ADHD group and the control group for mood regulation, conflict, recurrence, withdrawal subgroups and the total scores of Internet Gaming Disorder Scale (IGDS) (respectively; mood regulation $p = 0.02$; conflict $p = 0.03$; recurrence $p = 0.03$; withdrawal $p = 0.03$; total $p = 0.02$). Moreover, a significant difference between the two groups with respect to the Compulsive Online Shopping Behavior score (COSB) was found ($p = 0.03$). When parents of children with ADHD with and without mental illness were compared, it was found that COSB, İGD_Total, significance, withdrawal, relapse, mood regulation, conflict subgroups were significantly higher among parents with mental disease compared to those without mental disease (respectively COSB $p < 0.001$, total $p = 0.002$, significance $p = 0.004$, withdrawal $p = 0.001$, recurrence $p = 0.005$, mood regulation $p = 0.003$, conflict $p = 0.002$). When parents of children with ADHD and control groups were compared with those without mental illness, COSB was found to be significantly higher in the control group ($p = 0.02$); when patients with mental illness were compared, a statistically significant correlation was found between the tolerance_significance, mood regulation, conflict, withdrawal subgroups and IGD total scores in the parents of children with ADHD group were determined (respectively: tolerance_specificity $p = 0.01$, mood regulation $p = 0.01$, conflict $p = 0.003$; withdrawal $p = 0.003$; total $p = 0.01$). When the groups were compared by working or not and by gender there was no significant difference in terms of impulsivity and internet use. The mean scores on the UPPS impulsive behavior scale were higher for parents of children with ADHD than for the

control group ($p = 0.03$). When the parents of children with ADHD and control groups were compared with those without mental illness, the Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS), UPPS Impulsive Behavior_ congestion and persistence subscales were found to be significantly higher in the parents of children with ADHD group (BIS $p = 0.03$, congestion $p = 0.02$, persistence $p = 0.03$, respectively). In the control group, among those with and without mental illness, UPPS was found to be higher in the impulse subgroup of patients with mental illness ($p < 0.001$).

Conclusion: In our study, in terms of impulsivity, no difference was found between parents of children with ADHD and the control groups. Between parents of children with ADHD group and control groups, the total scores of İGD, mood regulation, conflict, and relapse subscales of the parents of children with ADHD group were significantly higher and the COSB scale was higher in the control group. It will be useful to work with larger samples of parents of children with ADHD to reveal various other relationships related to this.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Internet use Internet Playing Disorder, impulsiv

1. GİRİŞ

İnternet bireyler tarafından kullanılmaya başlandıktan sonra, çok kısa bir süre içinde her yaştan bireyin istek ve ihtiyaçlarını kolaylıkla karşılamalarını sağlayan önemli bir teknolojik devrim haline gelmiştir. İnsanlar ihtiyaç duydukları bilgilere daha hızlı erişebilir, iletişim kurabilir, internet üzerinden oyunlar oynayabilir, film ve dizi izleyip ürün veya hizmet alabilirler. İnternet kullanmanın avantajlarının yanı sıra önemli sorunlara da yol açtığı bilinmektedir. Bunlar arasında en göze çarpan sorunun bağımlılık olduğu düşünülmektedir. İnternetin sadece çocuklar ve ergenler için sorun teşkil ettiği düşünülüyor olsa da yetişkin bireylerde de internet bağımlılığı sıklıkla görülebilmektedir. Yetişkinlikte bu bağımlılık bireylerin özel hayatlarını ve iş yaşamlarını olumsuz etkilemekte ve yerine getirilmesi gereken sorumluklarını ihmal etmektedirler¹.

İnstagram, Twitter, Facebook gibi uygulamalara aşına olmayan bireylere günümüz teknoloji toplumunda çağa ayak uyduramamış gözüyle bakılmaktadır. İnternet günümüz dünyasında giderek yaşamamızın büyük bir parçasını oluşturmakta ve toplumumuzun en önemli iletişim araçlarından biri haline gelmektedir. Dünyadaki gelişmelere internet aracılığıyla kolaylıkla erişebiliyoruz. Olumlu etkilerinin yanı sıra olumsuz etkileri de var. Her şeye erişme özgürlüğü, toplumumuz için tehlikeli hale dönüştüğü gözlenmektedir. Bu negatif durumun sonuçlarından en önemlisi gün geçtikçe artan internet bağımlılığıdır².

Sık internet kullanıma bağlı olarak açığa çıkan nöropsikiyatrik bozukluklardan bir tanesi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur (DEHB). DEHB çocuk ve ergenlerde sıklığı %5-10, yetişkinlerde sıklığı ise yaklaşık %4 olarak bildirilmiştir.

Çocukluk çağının en sık görülen ruhsal bozukluklarından biri olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) epidemiyolojisi konusunda yapılan araştırma sayısı oldukça fazladır. DEHB çocuk ve ergenlerde sıklığı %5-10, yetişkinlerde sıklığı ise yaklaşık %4 olarak bildirilmiştir. Sık internet kullanımının a bağlı olarak açığa çıkan nöropsikiyatrik bozukluklardan bir tanesi de DEHB'dir.

İnternette Oyun Oynama Bozukluğu (İOOB)'na etki eden risk faktörleri araştırıldığında saldırganlık, kendi kendini kontrol edememe ve narsisistik kişilik

belirtileri gibi psikopatolojik özelliklerin bireylerde İOOB oluşmasına sebep olduğu bulunmuştur.

Literatürde DEHB tanılı çocuğı olan ebeveynlerde çeşitli psikiyatrik hastalıkların araştırıldığı çok sayıda çalışma olmasına rağmen, DEHB'nin oluşumunda internet kullanım biçimlerinin, internette geçirilen süre ile dürtüsel davranışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı çalışmalar vardır. Biz bu çalışmayı, DEHB tanısı ile takip edilen çocukların ebeveynlerinde çocukları ile benzer şekilde DEHB tanısı olmayan çocukların ebeveynlerine göre dürtüsellik düzeylerinin yüksek ve internet kullanım özelliklerinin farklı olabileceğı hipotezi üzerine planladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. DEHB'nin Tanımı

Dikkat, bireyin çevreden gelen ve beş duyu organı aracılığı ile algıladığı uyaranlardan seçici olarak birine odaklanabilmesi, bunu sürdürebilmesi ve diğer uyaranları belli bir zaman boyunca dışta bırakabilme yeteneğidir ³. Hareketlilik, bir bireyin yaşından ve sosyal durumundan beklenenden çok daha fazla hareketli süregiden bir belirtidir. Dürtüsellik ise, bireyin yeterince plan yapmadan harekete geçtiği, genellikle istenmeyen sonuçlara neden olan, kendisini ve çevresini zor durumda bırakabilen, kısa vadede kişiyi rahatlatır da uzun dönemdeki zararlarını öngöremeden açığa çıkan bir davranış bozukluğudur ⁴. DEHB belirtilerin 12 yaşından önce başladığı, en az 6 ay devam eden, akademik ve sosyal işlevlerde bozulmaya yol açan, çocuğun gelişimine uygun olmayan düşük düzeyde dikkat süresi, yaşına uygun olmayan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik veya her iki durumun eşzamanlı olarak görüldüğü nörogelişimsel bir bozukluktur ⁵.

2.1.2. DEHB'nin Tarihçesi

Literatür incelendiğinde DEHB ile ilgili ilk yazılı kaynağın 1902'de Sir George Frederic Still tarafından yazıldığı bilinmektedir ⁶. Still altta yatan organik bir hastalığı olmayan aşırı hareketli, yoğunlaşma ve öğrenme güçlükleri olan ve uyumsuz davranışlar gösteren 20 çocukta 9 farklı yakınma ile (tutkulu olma, kusurluluk – zulüm, kıskançlık, kanunsuzluk, sahtekârlık, yaramazlık-yıkıcılık, utanmazlık – arsızlık ve cinsel uygunsuzluk) DEHB'yi tanımlamıştır. Bu belirtiler bütünü “Ahlaki Kontrol Bozukluğu” olarak adlandırılmıştır. Tanımlanan 20 hastadan 15'nin erkek olması güncel verilerle paralellik göstermektedir ⁷.

1917-1928 yılları arasında, yaklaşık 20 milyon çocuğu etkileyen influenza virüsü salgını sonrası gelişen ve “Ensefalitis Letargika” olarak adlandırılan viral ensefalit sonrası sağ kalan çocuklarda, Still'in tanımına benzer şekilde; duygusal istikrarsızlık, bilişsel açıklar, öğrenme güçlükleri, uyku bozuklukları, tikler, depresyon ve zayıf motor kontrolü gibi önemli farklılıklar gözlenmiş ve bu durum “Postensefalitik

Davranış Bozukluğu’’ olarak tanımlanmıştır. Bu çocukların davranışlarına genel olarak aşırı derecede hareketli, anti-sosyal, yıkıcı davranışlar eşlik etmiştir ⁸.

1947 yılında da Strauss ve arkadaşları tarafından “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” terimi kullanılmıştır ^{9 10}. 1960’lı yıllara gelindiğinde İngiliz araştırmacılar tarafından her beyin hasarı olan çocukta hiperaktivite görülmediği ortaya konmuş ve belirlenmiş nörolojik bozukluk kriterlerinden 5 tanesi bulunmayan bu durum Minimal Beyin Disfonksiyonu’’ olarak tanımlanmıştır¹¹.

Uyarılma düzeyinin normal olmadığı, duygu düzenleme kapasite yetersizliğinin söz konusu olduğu ve genetik temelli bir durum olduğu şeklindeki çeşitli varsayımlar bozukluk hakkında farklı yaklaşımlar ortaya koymuştur. 1968’de, hiperaktivite kavramı, artık Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistiksel El Kitabı’nın ikinci baskısında (DSM-II) yer almıştır. Bu durum "Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu" şeklinde tanımlanmıştır ve ‘bozukluk özellikle küçük çocuklarda aşırı aktivite, huzursuzluk, dağılma ve kısa dikkat süresi ile karakterizedir; davranış genellikle ergenlik döneminde azalır’ şeklinde tanımlanmıştır¹². DSM-III’te bozukluk tekrar tanımlanarak “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak adlandırılmış ve hiperaktivitesi olan/hiperaktivitesi olmayan şeklinde iki alt gruba ayrılmıştır ¹³. DSM-IV’te “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında yer almış ve dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip, hiperaktivite/impulsivitenin ön planda olduğu tip ve bileşik tip olmak üzere üç farklı alt tip sınıflandırılma yapılmıştır ^{14 15}. Bu bozukluk ICD-10’de “Hiperkinetik Bozukluk’’ olarak tanımlanmıştır ¹⁶.

Son olarak DSM-5’de DEHB tanısı ‘Nörogelişimsel Bozukluklar’ başlığı altında yer almıştır ve belirtiler iki grupta ele alınmış olup, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirti gruplarının her birinde 9’ar belirti yer alır. Bu iki gruptan en az birinde 6 ya da daha fazla belirti varlığı tanı koyabilmek için gereklidir. Dikkatsizlik belirtilerinden 6 ya da daha fazlasının bulunduğu, ancak hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 5 ya da daha az sayıda olduğu durumda tanı; dikkat eksikliğinin baskın olduğu görünüm (DEHB-DE), hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden 6 ya da daha fazlasının bulunduğu, ancak dikkatsizlik belirtilerinin 5 ya da daha az sayıda olduğu durumda ise tanı; hiperaktivite/dürtüsellik baskın olduğu görünüm (DEHB-HA) olarak adlandırılır. Her iki gruptan da 6 ve daha fazla belirti varlığında ise DEHB birleşik görünüm tanısı koyulur (DEHB-B). DSM-5’te gözlenen

farklar; belirtilerin ortaya çıktığı yaş sınırının 7'den 12'ye yükseltilmiş olması, alt tip yerine görünüm teriminin tercih edilmesi, otizm spektrum bozukluğunun dışlama kriteri olamayacağı ve 17 yaş altı için 9 kriterden 6'sı şart koşulurken 17 yaşından büyük bireyler için 5 kriter yeterlidir ⁵.

2.1.3. DEHB'nin Epidemiyolojisi

Çocukluk çağıının en sık görülen ruhsal bozukluklarından biri olan DEHB'nin epidemiyolojisi konusunda yapılan araştırma sayısı oldukça fazladır. Araştırma sonuçlarının DEHB'nin sıklığının belirlenmesine yönelik %0,2-0,9 gibi düşük ve %19,8-27 gibi yüksek değerler arasında farklılık göstermektedir¹⁷ Oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki prevalansının %5,2-7,1 olduğu görülmüştür. Bu iki meta analiz çalışması sonucunda araştırmacılar, daha önce çok sayıda yapılmış olan çalışmalarda elde edilen ve oldukça farklı olan DEHB prevalanslarının coğrafi ve etnik farklılıklardan daha çok, temelde metodolojik özelliklerden kaynaklandığını belirtmişlerdir ^{18 19}. 27 ülkeden 41 çalışmanın yürütüldüğü, çocuk ve ergenlerde tüm ruhsal bozuklukların sıklığının araştırıldığı, yeni bir meta analiz çalışmasında ortalama ruhsal bozukluk sıklığı %13,4 olarak görülmüş, ortalama DEHB prevalansı ise %3,4 olarak saptanmıştır ²⁰.

Farklı sonuçlar elde edilmesinin sebebi kullanılan tanı ölçütleri, bilginin kimlerden alındığı, yapılandırılmış görüşme şekli, hastanın yaşadığı toplum, klinisyenin kullandığı psikometrik ölçeklerin kesim noktalarının farklı olması ile ilişkilendirilebilir ^{21 22 23}.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %5-8,1 olarak tespit edilmiştir²⁴. Bu çalışmada sadece ölçeklerden bilgi alınarak yalnız sıklığını bildirilmesi amaçlandığından kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır. 2010 yılında yapılan bir diğer çalışmada, ilkokul öğrencilerine yapılandırılmış görüşme uygulanmış ve olguların ebeveyn ve öğretmenlerinden ek bilgi alınmıştır. Çalışmaya katılan 1455 olgudan elde edilen verilerin analiz sonuçlarına göre DEHB prevalansı %13,38 olarak ortaya konmuştur. Tanı alan olguların % 23,6'sı kız ve % 76,4'ü erkektir (erkek/ kız=3,23). Çalışmanın ikinci yılında DEHB prevalansı %12,64 ve erkek/kız oranı 3,4: 1 olarak olduğu belirtilmiştir²⁵. 2019 yılında yayınlanan, çocukluk çağı psikopatoloji sıklığının araştırıldığı çok merkezli prevalans çalışmasında, ülkemizde çocukluk çağı tüm

psikopatoloji sıklığı %37,6 olarak bulunurken, DEHB prevalansı işlevsellikte bozulma göz önüne alındığında %12,4 olarak belirtilmiştir. En sık konulan tanının DEHB olduğu bildirilmiştir ²⁶.

2.1.4. DEHB'nin Etyolojisi

Nöropsikolojik, nörogörüntüleme, nörokimyasal ve genetik çalışmalardan elde edilen veriler frontostriatal (ventrolateral prefrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, dorsal anterior singulat korteks, striatum) bölgelerde bozukluğun DEHB'nin patofizyolojisine katkıda bulunduğunu düşündürmektedir ²⁷.

Hastalığın ortaya çıkmasında etkin olduğu ileri sürülen etkenler şöyledir:

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler

DEHB genetik tanısı olan ikiz bireylerde yapılan çalışmalar, biyolojik ailelerinde DEHB öyküsü varlığının, evlat edinen ailelerden daha yüksek olduğunu, göstermiştir. DEHB'li çocukların anne ve babalarında da DEHB olma olasılığının 2 ile 8 kat arttığı ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde DEHB'nin beraber görülme sıklığı, %50–84, çift yumurta ikizlerinde ise %30–40 saptanmıştır ²⁸. DRD4 ile SLC6A3(DAT1) gen çeşitleri ve dopaminerjik ile serotoninerjik sistemlerin DEHB üzerinde en sık çalışılan ve ilişkisi ortaya konan genler olduğunu düşünülmektedir ²⁹.

2.1.4.2. Nörokimyasal Etkenler

Bu grupta katekolaminler, dopamin, serotonin, GABA, glisin gibi nörotransmisyon sürecinde görevli çeşitli moleküller bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, agresif bireylerde öne çıkan molekül olan serotonin, inhibitör nörotransmitter glisin ve GABA, DEHB'de de rolü olduğu bilinen nörotransmitterlerdir. DEHB olan çocuklarda GABA konsantrasyonu kontrol deneklerine kıyasla azalmaktadır ³⁰. Ama esas olarak, katekolamin transmisyonunu etkileyen ajanlar DEHB'de daha ön plana çıkmaktadırlar. Tedavide kullanılan ilaçlar (metilfenidat, amfetamin, pemolin) dopamin ve noradrenalin düzeylerini arttırmaktadırlar. Bu ilaçlar, bunu hem katekolamin salınımını arttırarak hem de geri alınmasını azaltarak yaparlar. Katekolamin düzeylerindeki artışlar DEHB semptomlarını iyileştirmektedir. Ayrıca

trisiklik antidepresan ilaçlar ve MAO inhibitörleri de hiperaktiviteyi azaltmaktadır. Bu bağıntı dopaminerjik sistemi DEHB etiyolojisinde öne çıkarsa da, süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir³¹.

2.1.4.3. Biyokimyasal Etkenler

DEHB ile ilişkileri açısından en çok incelenen ve öne çıkan biyokimyasal etkenlerin çinko, magnezyum, demir, çoklu doymamış yağ asitleri ve iyot yetmezliği olduğu bildirilmiştir³².

2.1.4.4. Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

DEHB'li çocuklarda, düzensiz elektroensefalogramın (EEG) varlığı DEHB'nin fizyolojik boyutu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca nörofizyoloji çalışmaları sonucu DEHB'li çocukların prefrontal kortekslerinde kan akımının azaldığına dair bulgulara rastlanmıştır³³. Beyin travması sonucu, davranışları etkileyen merkezler etkilenmişse, DEHB bulgularının gözlemlendiğine dair çalışmalar yapılmıştır³⁴. Genel olarak, beynin bölgesel olarak daha küçük hacimli olduğunun tespit edildiği durumlarda, DEHB semptomlarının şiddetinin arttığı tespit edilmiştir³⁵. Görüntüleme çalışmalarında dikkat çeken bir nokta; DEHB olan çocuklarda, boyutu küçük olarak belirlenen beyin bölgelerinin çoğunun, dikkati düzenleyen alanlarda olduğu görüntülenmektedir. DEHB'nda verilen bir görevi tamamlama performansının; prefrontal korteks, kaudat ve globus pallidus hacimleri ile pozitif ilişkisinin olduğu ortaya konmuştur.³⁴ Aynı zamanda DEHB'nin patofizyolojisinde beyin görüntüleme çalışmaları serebellum ve korpus kallosumun rol aldığını ortaya konmuştur. DEHB'li hastaların önemli bir çoğunluğunda daha küçük beyin hacimlerine sahip olduğu izlenmiştir³⁶.

2.1.4.5. Psikososyal ve Çevresel etkenler

Araştırmacılar tarafından psikososyal ve çevresel etkenleri içeren anne baba tutumu, aile işleyişi, kişisel özellikler, diyet, hamilelik dönemi, doğum ve doğum sonrası gibi süreçlere bakılmaktadır. DEHB'ye neden olabilecek olan psikososyal etkenleri araştıran bazı çalışmalar anne-baba ve çocuk ilişkisine odaklanmış ve DEHB tanısı olan çocukların ebeveynleri ile daha olumsuz ve zorlayıcı davranış biçimlerinde

ve geribildirim ile ödüllendirme gibi süreçlerinde daha kısıtlı oldukları tespit edilmiştir³⁷.

DEHB'nin ailesel ve çevresel risk etkenleri ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar; annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyden gelmesi, ailede ve özellikle annede DEHB belirtilerinin bulunmasının, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde DEHB için potansiyel risk faktörleri arasında olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalarda DEHB'nin ortaya çıkmasında hamilelik dönemi kanamaları, yüksek tansiyon (preeklampsi), annenin kronik sağlık sıkıntıları, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, sezaryen doğum yöntemi, bebeğin anne sütü ile beslenişi ve annenin yaşı gibi değişkenlerin önemli rolü olabileceği ileri sürülmektedir ve bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Akut ve travmatik olaylarla kıyaslandığında fetusun oksijensiz kalması ve kronik olarak bazı toksik ve/veya allerjen maddelere maruz kalmasının da DEHB'nin oluşmasında etkili risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Yine annenin hamilelik döneminde alkol ve sigara kullanması ile çocuğun DEHB belirtileri arasında bir ilişki olduğuna yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır³⁸.

2.1.5. DEHB'de Klinik Görünüm

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yaşa uygun olmayan dikkat süresi kısalığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile seyreden çocuk ve ergen psikiyatrisinin konu aldığı en fazla görülen bozukluklarından biridir³⁹.

Çocuklarda fark edilen belirtiler genelde dikkati toplama zorlukları özellikle çocuğa sıkıcı gelebilecek durumlarda ortaya çıkmaktadır, çocuk bu tip durumlarda, dinleyemez, takip edemez, organize olamaz veya önemli eşyaları kaybettiği bilinmektedir. Genellikle sıkıcı, çeldirici, yorucu, tekrarlayıcı ve motivasyonun düşük olduğu ortamlarda odaklanma sorunları görülmektedir. Aşırı hareketlilik ile ilgili yakınmalar ise, yerinde duramama (kıpır kıpır olma), çok konuşma, söz kesme ve huzursuzluk şeklinde seyreden klinik tablolar da mevcuttur. Çoğu zaman bu çocuklar itki tarafından sürükleniyormuş gibi sürekli hareket halindedir. Hareketin yönelimi genellikle zarar verici ve amaçsızdır. Bu durumlar sıklıkla kazalara neden olur ve kişilerarası ilişkilerde gerginlik ve uygunsuz sonuçlara yol açabilir³⁹. Dürtüsellik ise farklı şekillerde görülmektedir. Sonunu düşünmeden eyleme geçme, sabırsızlık,

yönergeleri dinlememe, kendisi ve çevresi için zararlı olabilecek fevri hareketler, sırasını beklemede güçlük çekme gibi davranış sorunları gelişebilir. DEHB belirtileri çoğu zaman 3 yaş ve sonrasında başlamasına karşın, DEHB tanısı ise çocuğun düzenli öğrenim için gerekli olan dikkat süresi ve belirtilerin daha yoğun görüldüğü ilkokul yıllarında konulmaktadır³¹.

DEHB belirtiler olan çocuklar sıklıkla diğer insanların gereksinimlerine duyarsız, üstünlük taslayan ve rahatsız edici kişiler arasındadır. DEHB vakaları hem ailelerinden hem de öğretmenlerinden ve arkadaşlarından çok fazla olumsuz geri bildirimler aldıkları için kendilerine güvenleri yaşıtlarına göre az, anksiyete ve depresif belirtileri daha sık olan çocuklardır. Özellikle okul çağında devam eden bu olumsuz geri bildirimler göz önünde tutulduğunda, bu olguların ergenlik döneminde açığa çıkan adolesanlığa ilişkin tepkilere daha uyumsuz davranışlar geliştirdiği öne sürülmüştür⁴⁰.

2.1.6. DEHB’de Eştanı ve Ayırıcı Tanı

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde komorbid başka bir psikiyatrik hastalığın yüksek oranda görüldüğü çeşitli çalışmalarla saptanmış ve ek hastalığın şiddetini, görünümünü, hastalığın uzun dönemde seyrini, tedaviye cevabı, çocuğun yaşam kalitesine ve işlevselliğine etki ettiği bildirilmiştir⁴¹. Türkiyede yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocukların %73,7’sinde en az bir, %55,6’sında ise iki veya daha fazla psikiyatrik tanı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en sık saptanan tanı grupları için %43,6 ile yıkıcı davranış bozuklukları ve %41,4 ile anksiyete bozuklukları en önde gelirken, en sık tanılar sırası ile karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu (%43,6), enürezis (%21,1), özgül fobi (%17,3) ve sosyal anksiyete bozukluğu (%14,3) ve depresyon (%7,5) olarak gösterilmiştir⁴².

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin %54-84’ü KOKGB kriterlerini karşılamakta ve bu çocukların önemli bir bölümüne davranış bozukluğu eşlik ettiği bildirilmiştir. KOKGB eş tanısı olan DEHB tanılı bireylerin akran ilişkilerinde çok daha fazla problem yaşadığı, okul reddine sebep olabilen depresyon ve anksiyete semptomları gösterdikleri öne sürülmüştür.

Nörogelişimsel bozukluklar ile DEHB’nin eşzamanlılığı mevcuttur. DEHB tanısı alan çocukların %25-35’inde öğrenme ve dil bozuklukları, %50’sinde motor koordinasyon bozuklukları, %2-4’ünde tik bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir^{43 44}.

DEHB tanılı olgularda otizm spektrum bozukluğunun (OSB) eş tanı olma oranı da yüksektir ve benzer şekilde OSB tanılı olgularda da DEHB komorbiditesi yüksek olup %28-83'ünde DEHB komorbiditesi eşlik ettiği bildirilmektedir ^{45,46}. DSM-IV, DEHB ve OSB'ye aynı anda tanı konulmasına izin vermiyorken, 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te bu kriter kaldırılmıştır.

DEHB'nin madde kötüye kullanımına eşlik eden en yaygın komorbidite olduğu, ayrıca internet bağımlılığı ile de çok fazla bir arada görüldüğü bilinmektedir ^{47,48}. Bipolar bozukluğun manik evresinde DEHB'de görüldüğü gibi irritabilite, çok konuşma, yerinde duramama, duygu durum düzenleyememe, dikkatin kolay dağılması gibi bulgular olsa da manik epizod DEHB'den grandiyozitenin artışı, uyku problemleri, cinsel ilgide artış gibi bulgular ve bunların sürekli değil epizodik olması ile ayırıcı özellik olarak ifade edilmektedir ^{49,50}. Bir gözden geçirme çalışmasında bipolar bozukluğu olanların %85'e varan büyük bir oranda DEHB eş tanısına sahip olduğu, DEHB tanılı hastaların ise %22'ye varan oranda Bipolar Bozukluğu eş tanısı aldığı tespit edilmiştir ⁵¹.

Bazı organik rahatsızlıklar, DEHB benzeri bulgulara yol açabilir veya var olan semptomların şiddetini arttırabilir. Demir eksikliği anemisi, B12 vitamini ve folik asit eksikliği, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonlar, ağır metal zehirlenmesi, hipotiroidi dikkat problemlerine yol açabileceğinden, hipertiroidi ise psikomotor ajitasyon ve hareketlilik artışına sebep olabileceğinden ötürü her olguda rutin kan taraması önemlidir. Ayırıcı tanıda KOKGB, davranım bozukluğu, depresyon ve bipolar duygudurum bozukluğu, kaygı bozuklukları, tik bozuklukları, madde kullanımı, yaygın gelişimsel bozukluklar, öğrenme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve zeka geriliği gibi psikiyatrik bozukluklar; ihmal ya da istismar, kötü beslenme, kaotik aile yapısı gibi psikososyal durumlar; işitme ve görme sorunları, absans epilepsi, genetik anormallikler, uyarıcı ilaç kullanımının ayırt edilmesi önemlidir ⁵².

2.1.7. DEHB Tanısı Konulmuş Bir Çocuğun Ailesi Olmak

Çocukların ihtiyaçları sürekli olarak değiştiğinden çocukların gereksinimleri farklılaşır ve buna bağlı olarak çocuk ile ebeveyn arasındaki ilişkinin niteliği önemli bir yer tutar. Anne babanın çocuktan beklentileri, çocuğun cinsiyeti, mizacı, kardeş sayısı, aile ortamı, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve kültürel yapısı gibi pek çok değişken

çocuğun ebeveyn ile arasındaki ilişkisinde belirleyici bir rol oynamaktadır⁵³. Aile içi dinamikleri değiştiren fazla etken olabilir, bunlardan biri de çocuğa/ergene DEHB tanısının konulmasıdır. Ebeveynler diğer anne babalık sorumluluklarının dışında ergende DEHB ile ilişkili ortaya çıkan sorunlarla da birebir ilgilenmek zorunda kalırlar. DEHB tanısı konulmuş çocukların ebeveynlerinin en zorlandığı konuların başında gelen şey, çocuklarının ilgi duydukları okul derslerindeki konuları algılamalarıyla belirgin bir farklılık olmasıdır. Örneğin çocuk çarpım tablosunu ezberlemekte ya da bir hikâyeyi okumakta zorlanırken, sevdiği takımın oyuncularını çok iyi bilebilir⁵⁴. Bu nedenle ebeveynler arasındaki DEHB'nin kaynağına ve çözüm yollarına yönelik görüş farklılıkları olabileceği gibi çocuğun çevresi ile yaşanan sıkıntılar ve ebeveynlik rolüne uyum zorlukları ile ilgili çatışmalar gelişebilir^{55,56}. Bu sorunlara ek olarak, evlilik uyuşmazlığı, psikiyatrik sorunlar, çocukların davranışlarına sınır çizmekte problem yaşama, çocuklarına karşı negatif duygular hissetme, çocuklarla az iletişim kurma anne babada yetersizlik duyguları, özellikle annelerde depresif ve/veya anksiyete şikayetleri eşlik edebilir⁵⁷⁻⁵⁹.

DEHB tanısı almış olan ergenler, duygusal kararsızlık içerisindedirler, genellikle canı sıkılmış, asabi, gergin bir duygulanıma sahiptirler ve şiddetli öfke nöbetleri oluşur. Bu ergenlerin hayal kırıklığına karşı düşük toleransları vardır ve gündelik hayat stresleri ile başa çıkarken başarısız olabilmektedir. Bu sıkıntıyı yaşayan ergenlerin problemleriyle başa çıkmak, pek çok ebeveyn için zor bir durumdur ve aynı zamanda pek çok ebeveyn öfke nöbetleri gibi durumları yönetmekte tamamen sıkıntı çekmektedirler⁶⁰. Pek çok birey çocuklarını yetiştirirken olumlu duyguların yanı sıra endişe, korku, kaygı, öfke ve yorgunluk hissedebilir. Bunun yanı sıra, yapılan çalışmalar normal gelişim gösterenlerle karşılaştırıldığında DEHB tanısı konulmuş çocuğu olan ebeveynlerin bu duyguları daha aktif yaşadığını farketmiştir^{60,61}.

Çocuk yetiştirilirken yapılan hataların ve uygun olmayan davranışların DEHB'nin oluşmasında bir sebep olarak ileri sürülemez. Zaten ebeveynlik uygulamalarında kesinlikle hiç hata yapmamak mümkün değildir. Fakat DEHB tanısı konulmuş çocuğa sahip olan ebeveynlerin çocuğun kendi problemleriyle baş etme kapasitesini desteklemek ve geliştirmek adına daha çok emek vermeleri önem arz etmektedir⁵⁶. DEHB'nin genetik geçişi göz önünde bulundurulduğunda kendisi de DEHB olan bir ebeveyn dürtüsel davranabileceğinden, çocuğunu disipline ederken

negatif duygularını uygun şekilde ifade etmekte zorlanabilir. Aynı zamanda bu ebeveynler, daha çok kısa vadeli hedefler üzerine odaklandığından çocuğunun uygunsuz olan davranışlarına göz yuma bilir. Kurallar konusunda tutarlı olabilmek için daha önce konulan kuralların hatırlanması ve hatırlatılması gerekmektedir³⁷.

DEHB tanısı konulmuş bir çocuğun ya da ergenin ebeveyni olmak zordur, genellikle bu çocuklar ve ergenler normal gelişim gösterenlere göre daha az uyumludur, etkileşim tarzları olumsuzdur ve yönetilmesi tutarlı ve sürekli olmalıdır⁶². Bu nedenle bu ebeveynler çocuklarıyla olan ilişkilerinde sıkça çatışma yaşarlar, ve etkileşimleri olumsuzdur⁶³. Olumsuz ebeveynlik tutumu, DEHB belirtilerini arttırabildiği gibi karşı koyma bozukluğu ve davranış bozukluğunun gelişmesine neden olabilir⁶⁴. Dolayısıyla ebeveynin çocuk yetiştirme tarzı ve çocuğun belirtilerinin şiddeti karşılıklı etkilemektedir. Çocuğun davranışlarının şiddeti arttıkça anne-babalar bu davranışları yönetmekte zorlanmakta ve bu da DEHB'nin gidişatını olumsuz etkilemektedir⁶⁵⁻⁶⁷.

DEHB tanısı konulmuş çocuğu olan ebeveynlerin fazla emir verip, daha cezalandırıcı oldukları, çocuklarını daha az onayladığı⁶⁸ ve çocukların da ebeveynlerini daha reddedici ve fazla denetleyici algıladıkları gösterilmiştir⁶⁹. DEHB tanısı konulmuş çocukların, DEHB tanısı olmayanlara göre ebeveynlerinden daha fazla ret algıladıkları, bunun yanı sıra daha kötü psikolojik uyuma sahip oldukları da bildirilmiştir⁷⁰. DEHB literatüründe bakıldığında anne-çocuk ilişkilerinin üzerinde daha sık durulduğu görülmektedir. Bununla birlikte babaların ele alındığı çalışmalarda ise madde kullanımı bozukluğu (MKB) olan babalarda çocukların daha sık dikkat sorunu yaşadığı ve DEHB semptom sıklığının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur⁷¹. Çocuklardaki DEHB belirtileri ile annelerinde bulunan DEHB belirtileri istatistiksel olarak anlamlı bulunup babalarında bulunan DEHB belirtileriyle ilişkili bulunmamıştır ve babalarının yaşı küçüldükçe çocukların olumsuz sosyal davranışlarının arttığı saptanmıştır⁷². Lifford, Harold ve Thapar, baba-çocuk ilişki problemlerinin çocuktaki DEHB belirtilerini şiddetlendirdiği saptamıştır⁷³. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise çocuğun DEHB tedavisinin uzamasının babalarda psikolojik problemlerin artmasına ve babaların aile işlevselliğini bozuk olarak algılamasına neden olduğu bildirilmiştir⁷⁴. Dolayısıyla tedavi sürecine babanın da dahil edilmesi ve süreç hakkında bilgilendirilmesi önemli bir konudur.

Özetle, bir ailede DEHB tanılı bir ergenin olması genel olarak ailenin yaşam kalitesini düşürür⁷⁵ ve ebeveynlerin duygusal alanda yaşadığı zorluklar, ailenin işlevselliğini olumsuz olarak etkiler⁷⁶. Dolayısıyla DEHB aile bireyleri üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir ve DEHB'nin aile üyeleri açısından birtakım olumsuz sonuçlar için bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur⁶³. Bu nedenle, DEHB tanısı konan çocuklarda aileyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır; çocukların tedavisinin yanı sıra ailelerinin de ruhsal yapılarının belirlenmesi önem taşır^{76,77}. Çocuğun tedavisinin kısa vadede aile işlevlerini henüz iyileştirmese de en azından anne ve babalardaki yakınmalarını hafiflettiği ve dolayısıyla bu sürecin karşılıklı etkileşim halinde olduğu söylenebilir⁷⁶. Bu nedenle, hem çocuğun hem de ailenin yaşamakta olduğu mevcut güçlüklerini düzenlemek için gereken erken müdahalelerin geliştirilip uygulanması belirleyici bir niteliğe sahiptir⁷⁸.

2.1.8. DEHB Tanı Ölçütleri

2.1.8.1. DSM-5

DSM-5 e göre DEHB tanı kriterleri şunlardır:

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır: (1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık.
- c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- d. Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker.
- f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almada isteksizdir.

- g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalem, kitaplar ya da araç gereçler).
- h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
- i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür.

Hiperaktivite

- a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- f. Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik

- g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.
- h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-dürtüsel semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 12 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır [örneğin; okulda (ya da işte) ve evde].

D. Toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin; duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da kişilik bozukluğu).

Altıpları Alt tipler ise şöyle tanımlanmaktadır:

1. Bileşik tip: Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.
2. Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.
3. Hiperaktivite ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

2.1.9. DEHB Tedavisi

Farmakolojik tedavi yaklaşımları:

Stimulanlar :

Metilfenidat (MPH) ve Amfetaminler (AMP) olmak üzere iki gruptan oluşan stimulanlar, DEHB tedavisinde en sık kullanılan ve ilk tercih edilen ilaç grubudur. İki stimulan grubunun da etki büyüklüğü ve yan etki profili birbirine benzer olduğundan tedavide herhangi birinin (MPH veya AMP) seçilebileceği belirtilmektedir ⁷⁹.

Metilfenidat, prefrontal kortekste membran taşıyıcılarını inhibe ederek noradrenalin ve dopamin düzeylerini artırarak etki eder ⁸⁰. Ülkemizde kısa salınlı Metilfenidat (IR-MPH) (Ritalin® 10 mg ve Medikinet® 10 mg) ve uzun salınlı Metilfenidat (ER-MPH) (Concerta® 18, 27, 36, 54 mg ve Medikinet Değiştirilmiş Salınlı Kapsül 10, 20, 30, 40 mg) olmakla iki grup stimulan ilaç bulunmaktadır. Bu grup içerisinde metilfenidat, karışık amfetamin tuzları, dekstroamfetamin ve lisdeksamfetamin 15 dimesilat (ön ilaç) örnek gösterilebilir. Dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek özellikle striatumda sinaptik aralıkta katekolamin düzeyinin artışı sağlayarak striatalfrontal yol aracılığıyla prefrontal kortikal fonksiyonların düzenlenmesinde etkilerini gösterir ⁸¹.

Amfetaminler sinaptik monoamin seviyelerini artırarak etkilerini gösterir. Bu etkilerini; membran taşıyıcılara bağlanarak monoamin geri alımını inhibe ederek ve

monoamin salınımını uyararak etki eder. Amfetamin grubu ilaçlar ülkemizde henüz bulunmamaktadır⁸².

Non- Stimulanlar:

Atomoksetin DEHB tedavisinde kullanılan ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) tarafından onaylanan ilk stimulan olmayan ilaç olan atomoksetin, prefrontal kortekste yüksek oranda presinaptik noradrenalin geri alım inhibitörüdür⁸³. Ülkemizde Strattera® 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg kapsül ve 4mg/ml olarak çözelti, Atomineks® 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg kapsül, Attex® 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg kapsül, Setinox® 10, 18, 25, 40, 60 mg kapsül formları mevcuttur.

Alfa 2 Agonistler

Alfa 2 reseptör agonistleri olan Guanfasin ve Klonidin, 6 yaşından büyük çocuklarda DEHB tedavisinde FDA tarafından onaylanmıştır. Yan etkiler nedeniyle stimulan kullanamayan, stimulandan yeterli fayda görmeyen veya komorbid tik bozukluğu varlığında tek başına ya da kombinasyon tedavisi şeklinde kullanılmaktadır. Sedasyon ve yorgunluk en sık görülen yan etkileridir^{84,85}.

Antidepresanlar

TSA'lar DEHB'li çocuk ve ergenlerin tedavisinde kullanılan off-label ilaçlardan biridir. Stimulan ajanlara yeterli yanıt alınmadığı, stimulan ilaçların kullanılmak istenmediği veya ailelerin stimulan ilaç kullanılmasını istemediği durumlarda TSA'lar olan Imipramin ve Desimipramin kullanılabilir⁸⁶.

Bupropion NA ve DA geri alım inhibitörüdür, daha çok sigara bırakma tedavisi için onay almıştır. 2017 yılında yayınlanan ve veri tabanlarının taraması ile elde edilen DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde bupropion kullanımıyla ilgili 6 çalışmanın incelenmesinde, bupropionun DEHB semptomlarının düzelmesinde etkin olduğu gösterilmiştir⁸⁷.

Nonfarmakolojik tedavi yaklaşımları:

Psikoeğitim

Psikoeğitim genellikle psikiyatrist tarafından tedavinin ilk basamağı olarak sağlanmalıdır. Bu eğitim, hasta ve ailesine DEHB semptomları hakkında bilgilendirilmeyi, tedavi seçeneklerinde işbirliği sağlamayı, çocuğun akademik ve davranışsal işlevselliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerin verilmesini ve ebeveynlere DEHB'li çocukların karşılaşılabileceği güçlükleri öngörmelerine yardımcı olabilecek destekleyici bilgileri içermektedir ⁷⁹.

Ebeveyn eğitim programları

Davranışçı ebeveyn eğitim programları ebeveynlere pozitif davranışları pekiştirmeyi, düşük seviyeli provakatif davranışları göz ardı etmeyi ve kabul edilemez davranışlara açık, tutarlı ve güvenli yanıtlar sağlamayı destekler ⁸⁸. Ebeveyn eğitimi; ebeveynlik becerilerini geliştiren, çocuktaki uyumu bozan davranışları azaltan ve işlevselliğin artırılmasını sağlayabilmek tedavinin önemli bir parçasıdır. Çalışmalara bakıldığında ebeveyn eğitiminin DEHB semptomları için spesifik tedavi yöntemi olduğunu desteklememektedir ⁸⁹. Ebeveyn eğitim programlarına örnek olarak AnneBaba/Çocuk Etkileşim Terapisi (PCIT; Parent-Child Interaction Therapy), Yeni Forest Programı (the New Forest Program), İnanılmaz Yıllar (the Incredible Years series), Üç P Olumlu Anne-Babalık Eğitimi (Triple P; Positive Parenting Program), Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (Helping the Noncompliant Child) programları destekleyebilir⁹⁰.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, DEHB tanısıyla ilaç kullanmakta olan bireylerin tedavisine Üç P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı eklenmesiyle DEHB'nin şiddetinin, davranışsal ve duygusal sorunların azaldığı ve çocukların işlevselliği üzerine olumlu etkileri olduğu ortaya konmuştur⁹¹. Ülkemizde yapılan farklı bir gözlem çalışmasında ise, ebeveyn eğitim programının ilaç tedavisi ile birlikte DEHB belirtileri üzerinde yararlı olduğu ancak tek başına uygulandığı zaman eğitim programının yararlı olamadığı belirtilmiştir ⁹².

3. İNTERNET

3.1. Bağımlılığın Tanımı

"İnternet bağımlılığı" ile neyin kastedildiğini tam olarak anlamak için, internet ve kökenleri kısaca anlatılmakta, internet bağımlılığının kendisi de daha ayrıntılı olarak incelenmeden önce "bağımlılık" terimi de tartışılmaktadır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5) ile birlikte ilk defa bir davranışsal bağımlılık olarak kategorize edilen “Kumar Oynama Bozukluğu”, “Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları” kategorisindeki “Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır ⁵.

3.1.1. Maddesel ve Davranışsal bağımlılık

Bağımlılık, maddesel ve davranışsal olarak iki ana grup altında incelenebilir:

Bağımlılık denildiğinde akla ilk önce kimyasal veya bitkisel maddelere duyulan bağımlılık gelmektedir. Bununla beraber, günümüzde “alışveriş bağımlılığı”, “internet bağımlılığı”, “kumar bağımlılığı”, “seks bağımlılığı” ve “yeme-içme bağımlılığı” gibi tıbbi yardım gerektiren başka bağımlılık türleri de vardır.⁹³ Ögel de, bağımlılığın geniş yelpazesine dikkat çekmek amacıyla hayatta her nesnenin bağımlılığa yol açabileceğini belirtmektedir. Başka bir ifadeyle insan herhangi bir maddeye bağımlı hale gelebilir. Her şeyin bağımlılık riski vardır, fakat bazı maddelerin bağımlılık potansiyeli daha yüksektir. Bu bağımlılık potansiyeli yüksek olan maddelere insanlar daha kolay ve sık olarak bağımlı olmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken şey, bağımlılığın sıklıkla akla gelen kimyasal bağımlılıktan farklı bir diğer ayağı olan eylemsel/davranışsal bağımlılık, genelde fark edilmemekte veya kötü alışkanlık olarak görülüp hastalık olarak değerlendirilmemektedir ⁹⁴.

Literatür tarandığında, bağımlılığın iki temel düzeyde ele alındığı görülmektedir; madde bağımlılığı ve bir davranışa olan bağımlılık. Çay, kahve, sigara, çikolata, kola, uyuşturucu maddeler, alkol gibi maddelere bağımlılık genel olarak madde bağımlılığı kavramı altında incelenmektedir. Bir davranışa bağımlılık ise, belirli bir davranışın, normal dışı düzen ve sıklıkla sergilenmesi sonucu bireyin bedensel, psikolojik ve

toplumsal yapı ve işlevlerinde dengesini yitirmesi, düzeninin bozulması ve ortama uyum sağlamakta zorlandığı şeklinde tanımlanabilecek bağımlılık türüdür⁹⁵.

3.1.1.1. Maddesel Bağımlılıklar

Madde bağımlılığı; uyuşturucu özelliğinde olan maddenin zihinsel faaliyetleri etkilemesi sonucunda ortaya çıkan, haz veren ve verdiği bu mutluluğu hissedebilmek amacıyla devamlı ya da aralıklı olarak madde alma isteği içerisinde olan ve bazı davranış bozukluklarıyla kendisini gösteren patolojik bir beyin rahatsızlığıdır⁹⁶.

Kişinin kullandığı maddeyi birçok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen bırakamaması, giderek madde dozunu arttırması, kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zararlarını görmesine rağmen kullanmayı sürdürmesi, zamanının büyük bölümünü madde arayarak geçirmesi ile belirli bir durumdur⁹⁷. Bir bireyin madde bağımlısı olduğunu öne sürmek için aşağıdaki tanı ölçütlerinden en az üçünün asgari olarak 12 aylık bir süre zarfında klinik açıdan belirgin bir rahatsızlığa ve sorunlara yol açacak şekilde bulunuyor olması gerekmektedir⁹⁸. Bu ölçütler şu şekildedir:

- Kullanılmakta olan maddenin etkisinin azalması sonucunda istenilen tatmini elde edebilmek için kullanılan madde miktarında artışa gidilmesi,
- Kullanılmakta olan madde miktarı azaltıldığında ya da kullanım tamamen bırakıldığında madde eksikliğinde ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesi,
- Kullanılmakta olan maddeye karşı bireyin kendini durduramaması,
- Bireyin kullanmış olduğu maddeden kurtulabilme çabasına rağmen madde kullanımını bırakamaması,
- Bireyin madde kullanırken veya madde etkisi altındayken aşırı derece vakit kaybı yaşaması,
- Sosyal hayatı ve yerine getirmesi gereken mesleki sorumluluklara, katılması gereken etkinliklere katılmaması ya da ayırması gerekenden daha az zaman ayırması, sorumluluklarını yerine getirememesi ve
- Bireyin birçok problem yaşamış olmasına rağmen madde kullanımına devam etmesidir.

Kontrol altına alınamayan madde kullanımı, bilişsel davranış bozuklukları ve fizyolojik bulguların mevcudiyeti madde bağımlılığının esas özelliklerini oluşturmaktadır. Madde bağımlılığı, beynin yapı ve işlevlerini bozan süregelen bir hastalık haline gelmektedir. Tanı ölçütleri arasında yer almasa da bağımlı olunan maddeyi kullanabilmek amacıyla duyulan aşırı istek ve dürtü ile ortaya çıkan madde arayışı birçok bağımlıda oluşur^{98(pp154-155)}.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan ve “DSM-5” şeklinde bir kısaltmayla kullanılan “Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı’nda (APA, 2013) tanımlanan madde bağımlılığı; alkol, kafein, kannabis, hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer bilinmeyen maddeler olarak on farklı kategoride incelenmektedir. DSM-V, alkol ve madde kullanımından kaynaklanan bozuklukları madde kullanımına bağlı bozukluklar ve maddenin sebebiyet verdiği bozukluklar olarak iki kategoriye ayırmaktadır.

3.1.1.2. Davranışsal (Olgusal) Bağımlılıklar

Her obje bağımlılığa sebebiyet verebilir, bu yüzden bireyler herhangi bir madde veya nesneye bağımlı olabildiği gibi madde dışı her şeye de bağımlı hâle gelebilmektedir. Diğer bir ifade ile her insanın bir bağımlılık yaratma olasılığı bulunmaktadır. Bağımlılık yaratma riski yüksek olan madde veya olgulara bireyler daha sık ve kolay bir şekilde bağımlı olmaktadır⁹⁹. Madde dışı olgulara olan bağımlılıklar davranışsal bağımlılıklar olarak tarif edilmekte olup bu bağımlılık türleri de benzer maddesel bağımlılıklarda olduğu gibi birey hayatı üzerinde istenmeyen sonuçlara sebebiyet yaratabilmektedir. Bu durumun temelinde ise her bireyin belli bir seviyede ek bir desteğe, kimse olmasa dahi egosunu tatmin edecek başka bir nesneye ihtiyaç duyabilmesidir. Davranışsal bağımlılıklar sekiz ana başlık altında toplanmaktadır⁹⁹ :

1. İnsan/İlişki Bağımlılığı
2. Bilgisayar Oyun Bağımlılığı
3. Kumar Bağımlılığı
4. Yeme Bağımlılığı
5. Cinsel Bağımlılık/Seks Bağımlılığı
6. Alışveriş Bağımlılığı
7. Elektronik Alet Bağımlılığı
8. İnternet Bağımlılığı

3.2. İnternet Bağımlılığı Alt Grupları

İnternet bağımlılığının henüz DSM IV'te (1995) bağımsız olarak tanı ölçütleri bulunmamaktadır. Bağımsız bir tanı ölçütü olmaması sebebiyle Young (1998), kendine göre en yakın bozuklukmuş gibi düşünülen patolojik kumar oynama ölçütlerini düzenleyerek sekiz maddelik bir değerlendirme ölçeği oluşturmuştur. Birey bu değerlendirme ölçeğinde bulunan sekiz ölçütten beşini karşılıyorsa bağımlı olarak değerlendirilmektedir.

İnternet bağımlılığı, teknoloji bağımlılığının özel bir hali olması sebebiyle davranışsal bağımlılıklar arasında bulunmaktadır. İnternet kullanımının düzeyi düşükten yükseğe doğru aşamalar izlemektedir. Bu aşamalar şu şekildedir ¹⁰⁰:

1. İnternet'in ihtiyaç duyulduğunda kullanımı: Birey yalnızca gerektiği ve ihtiyaç duyduğu zaman internet kullanmaktadır.
2. Sık ve düzenli internet kullanımı: İnternet birey için bir hoş vakit geçirme aracıdır ve bireyler boş zamanlarını internet'te geçirmeyi tercih etmektedirler.
3. Sorunlu internet kullanımı: İnternet kullanımı kontrol altına alınamadığı için bireyin yaşantısında çeşitli sorunları ortaya çıkarmaktadır.
4. İnternet bağımlılığı: Patolojik internet kullanımı, obsesif-kompulsif internet kullanımı, internet kullanımı, siber bağımlılık gibi terimler de bu kapsam içerisinde yer almaktadır.

Bir insana internet bağımlısı diyebilmek için aşağıdaki belirtilerden bir kısmının gerçekleşmesi gerekmektedir ^{100(pp103-104)}:

- İnternet kullanmayı durdurmakta zorlanmak,
- İnternet kullanmayı bırakmaya niyet etse de internet kullanımına devam etmek,
- Diğer bireyler tarafından internet'i daha az kullanma konusunda bireye karşı uyarıların olması,
- Diğer bireylere ve aktivitelere vakit ayırmak yerine, internet'e bağlanmayı ve internet kullanımını tercih etmek,
- Uyku saatleri içerisinde internet kullanmayı tercih etmek,
- İnternet'e bağlanmadığı zamanlarda bile internet ile ilgili şeyler düşünmek,

- İnternet'e bağlanacağı zamanını sabırsızlıkla beklemek,
- İnternet'i daha az kullanmanın gerekliliğine inanmak,
- İnternet'te olduğundan daha az vakit geçirmeye çabalamak ama bunu başaramamak,
- İnternet'e erişemeyince kendini kararsız ve rahatsız hissetmek,
- İnternet kullanımından dolayı fiziksel rahatsızlıkların ortaya çıkması,
- İnternet'e erişim sağlayabilmek amacıyla işten eve gelişte acele etmek,
- Yerine getirilmesi gereken günlük yükümlülükleri internet yüzünden yerine getirememek,
- Herkesten gizli bir şekilde internet'e bağlanmak,
- İnternet'te geçirilen süreyi diğer bireylerden saklamak,
- Kendini mutsuz hissettiği zaman internet'e bağlanma isteği duymak,
- İnternet'i üzüntülerden ve olumsuz düşüncelerden kurtulmak için kullanmak.

Sigara ve alkol gibi madde bağımlılıklarında bağımlılık yapan maddeden tedavi sürecinde yaklaşmamak mümkünken, internet bağımlılığında bu durum daha farklıdır. Çünkü internet günlük hayattaki sayısız işte kullanılmaktadır ve sosyal medya uygulamalarını da içinde barındıran internet'ten mesafeli durmak ya da hayattan çıkarmak mümkün olmamaktadır ^{101(p85)}.

İnternet bağımlılığı, daha iyi bir anlayış için ayrılabilir kapsamlı bir terimdir. K. Young (1998) bağımlılığı beş alt türe ayırır:

- 1) Siber bağımlılık
- 2) Sanal topluluklara / arkadaşlıklara bağımlılık
- 3) Ağ içeriğinin zorunlu kullanımı
- 4) Dataholics
- 5) Bilgi bağımlıları Bilgisayar bağımlılığı

3.2.1. Young'un İnternet Bağımlılığı Sınıflandırması

Young'un (1998) internet bağımlılığı tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir ¹⁰²:

1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş içinde olma
2. İnternete bağlı kalma süresinde artışa ihtiyaç duyma
3. İnternet kullanımını azaltmaya yönelik başarısız girişimlerde bulunma
4. İnternet kullanımının azaltılması durumunda yoksunluk belirtilerini gösterme
5. Başlangıçta olduğundan daha uzun süre internete bağlı kalma
6. İnternetin aşırı kullanılması yüzünden ilişkiler, okul ya da işle ilgili sorunlar yaşama
7. İnternete bağlı kalabilmek için aile üyelerine, terapisteye ya da başkalarına yalan söyleme
8. İnternete bağlı kaldığı süre içerisinde duygulanım değişikliği yaşama (umutsuzluk, suçluluk, kaygı, depresyon gibi)

3.2.2. Shapira 'nin İnternet Bağımlılığı Sınıflandırması

2003 yılında Shapira ve arkadaşları tarafından problemli internet kullanımı adını verdikleri tanı kriterlerini “dürtü kontrol bozukluğu” başlığı altında incelemişler ve üç temel ölçüt ileri sürmüşlerdir. İleri sürülen üç temel ölçüt ¹⁰³:

- A. Aşağıda yer alan maddelerin en az biriyle meydana çıkan internet kullanımıyla alakalı aşırı zihinsel çabanın bulunması
 1. Kişinin internet kullanımını kontrol altında tutma uğraşında başarılı olamaması
 2. Kişinin planladığından daha fazla süre internette vakit geçirmesi
- B. İş, sosyal hayat ya da diğer önemli alanlarda internet kullanımının veyahut aşırı zihinsel uğraşının, işlev yitimine veya klinik semptomlara neden olması
- C. Hipomani veya mani epizotları esnasında meydana çıkmayan aşırı internet kullanımının, diğer bir Eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanmaması

3.3. Yoğunluğuna Göre İnternet Kullanımı

Brand ve arkadaşları işlevsel internet kullanımına, genel internet bağımlılığına ve özgül internet bağımlılığına farklı bakılması gerektiğini belirtmiştir. İşlevsel internet kullanımı kişisel ihtiyaç ve hedefler için interneti sağlıklı bir kullanım aracı olarak ele alırken, hem genel hem de özgün internet bağımlılığının, farklı amaçlara hizmet edebileceğini vurgulamıştır ¹⁰⁴. İnternet kullanımı; sağlıklı internet kullanımı, günlük kullanımdan sorunlu kullanıma geçiş ve patolojik İnternet kullanımı şeklinde üç ana başlığa olmak üzere ayrılmaktadır. Patolojik İnternet kullanımı ise Özgül Patolojik

(Sorunlu) İnternet Kullanımı (ÖPİK) ve Genel Patolojik (Sorunlu) İnternet Kullanımı (GPİK) ise iki alt başlığa ayrılmıştır.

3.3.1. Sağlıklı İnternet Kullanımı

İnternet kullanımı iletişim, eğitim, ticaret, seyahat, alışveriş gibi çok geniş bir yelpazede bilgi erişimine imkan sağlamaktadır. Bireyler internet üzerinden kolayca alışveriş yapabilmekte, toplumlar arasında bilgi çok akıcı bir şekilde yayılabilmektedir^{105(p9)}.

İnternet kullanımının olumlu etkileri içerisinde çocuklarda, ergenlerde hatta özgüveni düşük bireylerde bile özgüven artışı sağlaması ve bireylerin kimlik duygularının gelişimine katkıda bulunması gösterilebilir. Çünkü bireyler sanal bir ortamda kendilerini hayal ettikleri şekilde ifade edebilmekte ve daha güvenli bir ortamda hissetmektedirler^{106(p141)}.

Sağlıklı internet kullanıcıları, internet üzerinden gerçekleştirdikleri haberleşme biçimleri gerçek yaşamdaki iletişimden daha sağlıklı bir şekilde ayırabilmektedirler. internet'i bir yaşama sebebi olarak değil de onu kendilerine yardımcı bir araç olarak kullanmaktadır^{100(p116)}.

3.3.2. Günlük Kullanımdan Sorunlu Kullanıma Geçiş

Sorunlu internet kullanımı bireylerin düşünce yapılarından ve davranış biçimlerinden meydana gelmektedir. Bu düşünceler ise başka davranışların çeşitlenip derinleşmesinde veya uygunsuz davranışların kalıcı bir hale bürünmesinde rol oynamaktadır^{100(p134)}. Bireylerde, özellikle ergenlerde, gelişim aşamalarında farklı kimlik denemeleri yapmak, buna bağlı olarak da değişik heyecanlar aramak, risk barındıran davranışlar sergilemek ve bir gruba ait olmak, güç sahibi olmak, özgürlük peşinde koşmak, eğlence arayışı içerisinde olmak gibi psikolojik ihtiyaçları tatmin etme çabaları şiddetli bir biçimde gözlenmektedir. Yetişkin ve ergenlerde internet'in gösterdiği anonimlik, ulaşılabilirlik ve özgürlük gibi olanaklara rahatça sahip olabilmek bireylerin gerçek yaşamlarını ihmal etmelerine sebep olmaktadır. Bu durum da bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için internet'e başvurmalarına ve böylece de patolojik bir şekilde internet kullanımına yol açmaktadır¹⁰⁷. Bireyler, aile ve arkadaşlarından sosyal destek göremediği durum ya da arkadaşları tarafından sosyal

açından yalnız bırakıldığı zamanlarda günlük internet kullanımından sorunlu internet kullanımına geçebilmektedir. Çünkü bireylerin internet ortamında sahip olduğu sosyal ilişkiler ve pekiştirmeler bireyin sanal sosyal yaşamda kalma ihtiyacının daha da artmasına vesile olmaktadır ^{100(p135)}. Yapılan incelemeler sonucunda ise problemlili internet kullanımı ve depresyon ya da yalnızlık arasında önemli bir bağlantı olduğunu sonucuna ulaşılmaktadır ¹⁰⁸.

3.4. Patolojik İnternet Kullanımı

Patolojik internet kullanımı ise özgül patolojik internet kullanımı (ÖPİK) ve genel patolojik internet kullanımı (GPİK) şeklinde iki alt grup olarak incelenmektedir.

3.4.1. Özgül Patolojik (Sorunlu) İnternet Kullanımı (ÖPİK)

Özgül patolojik internet kullanımı, internet'in bazı özelliklerini aşırı veya zararlı bir şekilde kullanma anlamına gelmektedir. Kişi kötü alışkanlıklarını internet üzerinden devam ettirmektedir. Örneğin, birey internet üzerinden kumar oynayıp cinsel içerikli sitelerde vakit geçirmektedir. Bu insanlar internet'i doğrudan kullanmak yerine, bir hedefe ulaşabilmek amacıyla kullanmayı tercih etmektedirler ^{100(p131)}. Özgül patolojik internet kullanımının klinik ve medya alanındaki kullanımı, internet aracılığıyla cinsel ve kumar bağımlılığı olan bireyleri içermektedir ^{109(p27)}. Özgül tip internet kullanımı çevrimiçi bir eylem ile daha önce var olan psikopatolojik durumun bir araya gelmesinden kaynaklandığı varsayılmaktadır. Mevcut olan psikopatolojik sorunlar çevrimiçi aktiviteler sırasında ortaya çıkar. Takıntılı bir şekilde kumar oynayan bir birey, internet üzerinden kumar oynandığında özgül tip internet kullanıcısı olarak görülmektedir ^{110(p192)}.

3.4.2. Genel Patolojik (Sorunlu) İnternet Kullanımı (GPİK)

Genel patolojik internet kullanımına (GPİK) sebep olan asıl etken bireylerin içinde bulunduğu sosyal hayatlarıyla bağlantılı olmaktadır. Bireyler sosyal yaşantısında bir takım eksikliklere maruz kalırlarsa bu durum bireylerde genel patolojik internet kullanımına yol açmaktadır ¹⁰⁰. Genel patolojik internet kullanıcısı belirli bir amaca dönük olmaksızın sohbet odalarında internet aracılığıyla uzun vakit geçirmektedir ^{100(p132),110,111}. GPİK, bireyler tarafından geniş bir şekilde kullanılan sohbetler ya da

elektronik postaların kullanımıyla bağlantılı olmaktadır. Bireyler içinde bulundukları hayattan alamadıkları zevki sosyal yaşamda gidermeye çalışmaktadırlar. Bu yüzden de birey sürekli internet ortamında vakit geçirmeye tercih etmektedir. Bireyler sosyal sorumluluklarından kaçış yolu olarak internete daha fazla bağlanmaktadır. Bu yüzden bireyler elektronik postalarında herhangi bir hareket olup olmadığına kontrol etmek için posta hesaplarına giriş çıkış yapmaktadırlar. Bireyler gereksiz yere herhangi bir amaca yönelik olmadan günlerini tamamlamaktadırlar. Böylece yapılması gereken işler, yerine getirilmesi gereken sorumluluklar yığılmaktadır. Bu durum ise özel hayat ve iş hayatında sorunlar ortaya çıkartmaktadır ^{100(p132)}. Bu durumdaki bireylerin sıkıntılı durumları önemli derecede sorun yaratmaktadır. Çünkü bu bireyler internet'in olmadığı ortamlarda bulunmak istememektedirler. Bireyler henüz bağımlı duruma gelmeden önce farklı ruh hallerine girmektedirler ve hatalı düşünce ve davranışlar göstermektedirler. İçinde bulundukları ruh hallerini ve durumlarını ifade edecekleri bir yol bulamadıkları için çareyi internet'te aramaktadırlar. Bireyler yaşadıkları stresten dolayı daha fazla agresif bir hale dönüşmektedirler ve bu durum gittikçe daha kötü bir hal alıp bağımlılığa adım atmış olurlar ^{100(p133)}. Bu kriterlere sahip olan bireyler sorumluluklarını yerine getirmemektedirler; örneğin “öğrencilerde alması gerekenin altında not alma, herhangi bir işte çalışanların iş performansının düşmesi” gibi internette vakit geçirmekten dolayı bireylerde “sosyal, psikolojik ve mesleki bozukluk” gibi durumlar saptanmaktadır ^{112(p103)}. Bireyler internet'e giremezlerse kendilerini çıkmaz sokakta hissetmektedirler ve internet'i bu ruh halinden çıkabilmek için tek çıkış noktası olarak görmektedirler ^{110(pp192-193)}.

3.5. İnternet Bağımlılığının Nedenleri

Bağımlılığın meydana gelmesinde klasik ve edimsel koşullanmanın, internet bağımlılığının nedenlerine sebep olabilmektedir. Klasik koşullanma Beard'e göre internet bağımlısı bireylerin davranışlarını değiştirmede, korumada ve başlatmada rol almaktadır. İnternet bağımlılarının davranışlarını başlatma, sürdürebilmede ve değiştirmede görevi bulunan farklı bir psikolojik yol ise edimsel koşullanmadır. Bilgilere hızlıca ulaşmak ve kişilerle iletişim kurmak gibi birçok yardımcı unsur tarafından internet kullanımı desteklenmektedir ¹¹³.

İnternet bağımlısı olan insanların büyük bir gurubu, internete duygu durumlarını değiştirmek ve problemlerden kaçmak için girmektedirler. Yani internet, tedavi amacıyla ilaç niyetine kullanılmaktadır. Pek çok internet bağımlısı, yaşamlarında yüz yüze gelmek istemedikleri bir takım sıkıntıdan kaçabilmekte fakat kaçtıklarını ise saklamaktadırlar. Kişi devamlı olarak sorun, stres ve heyecan yaşıyor ise bilgisayar ya da internet o kişinin dikkatini dağıtması için bir çözümdür. Bu şekilde kişinin dikkatini başka bir alana odaklaması, onun içsel problemlerini yaşamasını önlemekte ya da şiddetini hafifletmektedir ^{114(p98)}.

Gündelik hayatında ulaşamadığı sosyalleşme ihtiyacını birey, sanal ortamda gidermeyi arz eder. Kişi sosyal bağlamda arkadaşlık ilişkileri kurmakta ve sürdürmekte ciddi problemler yaşıyorsa o da bu gereksinimini başka ortamlarda kompanse etmek ister. Bu ortamlardan bazıları; e-mailler, chat uygulamaları, tartışma odaları, arkadaşlık siteleri ve çevrimiçi oyunlardır. İnternet bu açıdan, bilinen sosyalleşme kavramını yıkarak yerine farklı ve eğlenceli bir sosyalleşme şekli sunmaktadır ¹¹³.

Önemli bir diğer neden ise yalnızlık ve yabancılaşma faktörleridir. “Yabancılaşma”, kişinin toplumdan uzaklaşması anlamında kullanılır ve internet bağımlılığında problemli davranışların kavranması amacıyla kullanılır. Yabancılaşma, toplumdan soyutlanma, can sıkıntısı ya da sosyalleşememe gibi terimlerle yalnızlık teriminin arasında bağlantı olduğu düşünülür. İnternet bağımlılığı için yalnızlık bir sebep ve aynı zamanda bir sonuç olarak ele alınabilir. Bu sebebi Ögel incelerken dikkat edilmesi gereken kısmın aşırı internet kullanmaya iten sebebin kişinin toplum içerisinde yalnız kalmasıyla açıklanabilmesinin yanında kişinin aşırı internet kullanımı nedeniyle zamanla toplumdan soyutlanarak yalnız kalması biçiminde de düşünmüştür ¹¹⁵.

İnternet bağımlılığına olan yatkınlığın diğer psikiyatrik hastalıkların da artmasına neden olduğu düşünülmektedir. İnternet bağımlılığı Odabaşioğlu ve arkadaşlarına göre, genç yaş grubunda eşlik eden pek çok başka psikiyatrik bozuklukla birlikte bulunabilmesinin yanı sıra bu rahatsızlıklar internet bağımlılığının meydana gelmesinde uygun bir alt yapı oluşturabilmektedir. Bilhassa dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, sosyal fobi ve depresyon halleriyle ailede bağımlılığa eğilimin olması durumunu bu çalışmada, problemli internet kullanımı olan çocuk ve ergen vakalarında daha dikkatli olunması gerektiğini göstermiştir ^{116(p72)}.

3.6. İnternet Bağımlılığının Belirtileri ve Etkileri

Literatür tanı ölçütlerinin internet bağımlılık belirtilerinden de söz edilmektedir. Suler (2004) bu belirtileri şu şekilde tanımlamıştır:

“İnternet başında aşırı zaman geçirmeye bağlı olarak yaşam biçiminde değişikliklerin olması, fiziksel aktivitelerde azalma, internet aktivitesinin bir sonucu olarak kişinin sağlığında bozulma, internette fazla zaman geçirmek için önemli yaşam aktivitelerinden kaçınma, buna bağlı olarak uyku aktivitesinde bozulma, arkadaşları kaybetme ve sosyalizasyonda azalma, aile ve arkadaşları ihmal etme, iş ve kişisel sorumlulukları ihmal etme, bilgisayarda zaman geçirmediğinde eksiklik hissetme, internete giremediğinde endişe yaşama ¹¹⁷.” Griffiths (1999) de benzeyen şekilde internet bağımlılığı belirtilerinin neler olduğunu açıklamış ve bu belirtileri "en önemli on uyarı sinyali" olarak ilan etmiştir. Bu uyarı sinyalleri şunlardır:

1. Yalnızca birkaç dakika harcamaya niyetli olunduğu halde, bilgi aramak için saatlerce zaman harcama
2. Çalışma arkadaşlarına, özel hayattaki arkadaşlara ya da eşe bilgisayar başında geçirilen zaman hakkında yalan söyleme
3. Monitörün başında her oturuşta saatlerce kalındığı için fiziksel rahatsızlıklar (bel, boyun, kas ve eklem ağrısı) yaşama
4. Sürekli olarak bir sonraki internet oturumunu heyecanla bekleme
5. Aranılan bilgiyi bulmaya hep "bir adımcık" kaldığını düşünme
6. Anonim bir kişiliğe bürünmenin kişiye heyecan vermesi, insanlarla internet üzerinden konuşmayı yüz yüze konuşmaktan daha kolay bulma
7. E-postalara yeni bir şey var mı diye bakmak için zorlayıcı bir istek duyma
8. İnternete girmek için yemek öğünlerini atlama ve dersleri, randevuları önemsememe
9. Bilgisayar başında fazla zaman geçirildiği için suçluluk duyma ve büyük bir zevk alma arasında duygusal çelişkiler yaşama
10. Bilgisayardan uzak kalındığında yoksunluk belirtilerini yaşama

Yukarıda sayılan bu belirtiler kişinin internet bağımlılığı açısından gidişatı hakkında fikir vermekte ve gerekli önlemlerin alınmasında yol gösterici olmaktadır¹¹⁸.

Ögel (2102) ve Griffiths de internet bağımlılığını değerlendirirken bu belirtilerin öneminden bahsetmektedir. Bunun yanında Ögel aşırı internet kullanımına sahip bireylerde tüm kriterlerin bir arada bulunmayabileceğini, her aşırı kullanımı olan kişilerin bağımlı olmadığını düşünmektedir. Bu noktada esas önemli etken psiko-sosyal işlevin etkilenip etkilenmediğidir. Ayrıca tüm bu belirtiler olmasına rağmen kişinin hayatını, sorumluluklarını, aile hayatı, okul ve iş başarısı, sosyal ilişkiler gibi yaşam alanlarını etkilemeyen internet kullanımları olan bireyleri bağımlı olarak değerlendirmek doğru değildir.

İnternet bağımlılığının birey üzerinde çeşitkili etkileri olmaktadır. Yapılmış bir çalışmada bu etki alanları fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel olarak dört grupta değerlendirilmiştir¹¹⁹. Sally ise bu etkileri “davranışsal”, “fiziksel ve ruhsal” ve “sosyal” olarak üç grupta toplamıştır. Bu gruplar tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. İnternet bağımlılığının etkileri¹²⁰

Grup	Belirtiler
Davranışsal Etkiler	* Tolerans: Gözle görülür biçimde giderek artan miktarda çevrimiçi zaman geçirmeye ihtiyaç duyma * Niyetlenildiğinden daha uzun ve daha sık internet kullanma * İnternetle bağlantılı etkinliklerde büyük miktarda zaman harcama * Kullanım düzeyi hakkında yalan söyleme * Zihnini sürekli internetle meşgul etme * Problemlerden kaçış için internet kullanma * Muhtemelen internet kullanımından kaynaklanan sürekli bir fiziksel, toplumsal, mesleki ve psikolojik bir soruna sahip olduğunu bilmesine rağmen, internet kullanımına devam etme
Fiziksel ve Ruhsal Etkiler	* Geri çekilme belirtisi: İnternet kullanımının sonuçlarını endişe içinde karşılama, internet hakkında saplantılı düşüncelere kapılma * İnternet kullanımını kontrol etme veya azaltmak için sürekli arzu duyma * Kan basıncı, kalp dolaşım sistemi, stres, hatırlama zorlukları, konsantrasyon eksikliği, baş, mide ve kas ağrıları ile görme zayıflıklarındaki artış * Durgunluk, uykusuzluk, panik atak ve kızgınlık hallerinde artış yaşama
Sosyal Etki	* İnternet kullanımı sebebiyle önemli sosyal, mesleki veya boş zaman etkinliklerini terk etme * İş yerinde artan bir gerilim ve rekabet sonucunda verimlilikte azalma * Çalışma günlerinde uzama, serbest zamanlarda azalma

Yapılan alışmalar kontrolsüz internet kullanımının işyeri ve okul performansının dūřme, uyku bozuklukları, internetsiz bir hayatın çok sıkıcı ve boş gelmesiyle kendini gösteren yoğun değişim, kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi birçok alanda birey açısından problem oluşturabileceğini göstermektedir^{100,102,121}.

Tarhan ve Nurmedov'un, internet bağımlısı olan ve olmayanlara yönelik yaptıkları bir çalışmada, internet bağımlılarının stres altındayken gerçeklerden kaçıp internete yönelmeyi tercih ettikleri ve daha fazla işlevsel olmayan davranış sergileme eğiliminde oldukları gösterilmiş, bu kişilerin bağımlı olmayanlara kıyasla daha fazla yalnızlık, depresif duygudurumu ve zorlanım yaşadıkları bildirilmiştir. Görüldüğü üzere internet bağımlılığı, bireyin yaşamını birçok alanda etkilemekte ve bu alanlarda problem oluřturmaktadır¹²².

Özetle, internet bağımlılığının birtakım psikolojik, fizyolojik ve toplumsal etkilerinin olduğu, bilgisayar ve internetin aşırısı kullanılması durumunda bu etkilerin sağlıklı (yeterli düzeyde) kullanımlara oranla daha ciddi boyutlarda hissedildiği anlaşılmaktadır. İnternet bağımlılığı, henüz DSM IV'te bağımsız bir tanı olarak yer almamasına rağmen birçok araştırmacı tarafından kavramsal olarak kabul edilmistir.

3.7. İOOB

3.7.1. İOOB Güncel Tanımlamalar ve Tanı Kriterleri

Son yıllarda yapılan çalışmalarla beraber İOOB, Davranışsal Bağımlılıklar veya Dürtü Kontrol Bozuklukları içinde kavramsallaştırılmaya bařlandı¹²³. İOOB ve Kumar Oynama Bozukluęu gibi davranışsal bağımlılıklar, bağımlılık yapıcı bir madde olmaksızın dürtü kontrol bozukluğu ile başlayan ancak sonrasında madde bağımlılığı kriterlerine uygun şekilde kontrolden çıkıp davranışa bağımlılığı anlatan bir kavram olmuřtur¹²⁴. Van Rooij'in yaptığı büyük bir çalışmada ise oyunların internet başında kalmayı kompulsif bir hale getirdiği ortaya konmuş, kompulsif internet kullanımının online oyunlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu ilişkinin sohbet, paylaşım, indirme, alışveriş gibi alanlarda da görüldüğü fakat hiçbirinin online oyunlar kadar fazla olmadığını göstermiřtir¹²⁵. Bu anlamda bağımlı olunan şeyin internetten çok internet aracılığı ile ulaşılan özellikli davranışsal alanlar olduğu dūřünülmektedir. Bu

düşüncelerden kaynaklanarak internet bağımlılığı ve Oyun Oynama Bozukluğu'nun tamamen farklı şeyler olduğu belirtilmektedir ¹²⁶.

2013'te Amerikan Psikiyatri Derneği'nin yıllık toplantısında DSM V'in yayımlanmasının kararı ile "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu"nun el kitabına eklenip eklenmeyeceği gündeme gelmiştir ⁵.

İOOB'nin önerilen tanı kriterleri, Kumar Oynama Bozukluğu'na oldukça benzerdir. DSM-5, İOOB'yi son 12 ay içinde klinik olarak önemli bir bozulmaya yol açan, aşağıdaki 9 kriterin en az 5'ini içerecek şekilde sürekli ve tekrarlayan, genellikle diğer oyuncularla beraber video oyunlarına katılma davranışı olarak tanımlamıştır. Kriterler ise şu şekildedir ⁴⁷:

1. İnternet oyunları ile aşırı zihinsel uğraş,
2. İnternette oyun oynamadan uzaklaşıldığında oluşan çekilme belirtileri,
3. Tolerans, internet oyunları ile uğraşmak için gittikçe artan miktarda zaman harcamaya ihtiyaç duyma,
4. İnternet oyunlarına katılımı kontrol etmek için başarısız girişimler,
5. İnternet oyunlarının sonucu olarak ve oyunların dışında önceki hobilere ve eğlencelere olan ilginin kaybı,
6. Psikososyal sorunların bilgisine rağmen aşırı derecede oyun oynamaya devam etme,
7. İnternette oyun oynama miktarı ile ilgili aile bireylerini, terapistleri veya diğerlerini aldatma veya yalan söyleme,
8. Olumsuz ruh hallerinden kaçmak ya da hafifletmek için oyun oynama,
9. İnternet oyunlarına katılımdan ötürü önemli bir ilişki, iş veya eğitim veya kariyer fırsatını tehlikeye atma veya kaybetme

Griffiths 2017 yılında yayınladığı bir çalışmasında konuyu tekrar gündeme getirmiş, internet bağımlılığı kavramının doğru adlandırma olmadığını bildirmiştir. DSM5'de yer aldığı şekli olan İOOB'nun Oyun Oynama Bozukluğu'nun (OOB) bir alt grubu olduğunu vurgulamıştır. Hatta OOB'nun adlandırma olarak daha uygun olduğunu ve internette var olan bağımlılıkların özgül adları (örn: pornografi, kumar) ile vurgulanması gerektiğini belirtmiştir ¹²⁷. Belki de bu kavramsallaştırmalar ICD 11'in

Beta sürümünde dikkate alınmış olacak ki “Bağımlılıklar” başlığı altında, “Davranışsal Bağımlılıklar” grubu içinde OOB artık net bir şekilde tanımlanmış ve çevirimiçi ve çevirimdışı olarak altgrupları dahi belirtilmiştir ¹²⁸.

3.7.2. İOOB Epidemiyolojisi

İOOB prevelansı ile ilgili çalışmalar 2006 yılında artmaya başlamıştır ve 2013 yılında DSM-5’in yayımlanması ile birlikte çalışmalar büyük bir hız kazanmıştır ¹²⁹. 2017 yılında yayınlanan iki sistematik çalışmaya göre İOOB’nin toplum örneklemindeki ortalama prevelansı % 0.7 ile % 27.5 arasında değişmektedir ^{129,130}. Sadece erkeklerin değerlendirildiği çalışmalarda belirtilen en düşük prevelans ise % 0.8 olarak bildirilmişken, literatürde erkekler arasında genel prevelansın % 2 ile % 22.7 arasında değiştiğine dair veriler de mevcuttur ¹³⁰. Sadece kadınların dahil edildiği çalışmalarda ise ortalama prevelans % 0 ila % 14.9 arasında rapor edilmiştir ¹³¹.

Yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda ortalama prevelans değerlerinin genç erkek gruplarında daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır ^{129,130}.

Ülkemizde ise oyun bağımlılığı ile ilgili epidemiyolojik bir çalışma halen bulunmamaktadır.

3.7.3. İOOB Nörobiyolojik çalışmalar

2014 yılında yapılan beyin görüntüleme çalışmalarının sonucunda orbito-frontal kortekste Dopamin 2 reseptör aracılı disregülasyonun kompulsif oyun oynama ve davranışın üzerindeki kontrolün kaybında önemli olabileceği vurgulanmıştır. Yine aynı çalışma bu vurguya rağmen halen İOOB’nin nörobiyolojik alt yapısı konusunda bilginin çok fazla olmadığı belirtilmiştir ¹³².

Özellikle frontol korteks ve singulat gyrus alanlarının İOOB ile bağlantılı olabileceği belirtilmektedir ¹³³. Genel internet bağımlılığı ve yürütücü işlevlerdeki fonksiyonel farklılıkların arasında gösterilen ilişkinin oyun bağımlılığı bağlamında da önemli olabileceği düşünülmektedir ¹⁰⁴.

Bazı çalışmalarda İOOB ile karar verme, davranışsal inhibisyon ve duygusal düzenlemeye ile ilişkili olan beyin bölgelerinden inferior frontal gyrus, insula, amigdala ve anterior singulatta daha düşük beyaz cevher yoğunluğu göstermiştir ¹³⁴.

Weng ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda sağlıklı gönüllülere göre oyun bağımlısı gruptaki olgularda, sağ orbitofrontal korteks, bilateral insula ve sağ

suplementer motor alanda önemli gri cevher atrofisi saptanmıştır. Sağ korpus kallosum, bilateral frontal lob beyaz cevher ve sağ dış kapsül fraksiyonel anizotropide anlamlı azalma gösterilmiştir. Sonuç olarak bu bulguları, oyun bağımlısı grupta gri ve beyaz maddenin mikro yapı anormalliklerinin mevcut olabileceğini düşünülmektedirler¹³⁵.

2015 yılında yapılmış bir meta-analizde 10 fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmasına yer verilmiştir. Çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında İOOB olan gruptaki olgularda, bilateral medial frontal girus (MFG) ve sol singulat gyrus'un yanı sıra sol medial temporal girus ve fuziform gyrus da önemli bir aktivasyon artışı saptanmıştır. Bunun dışında deneklerin çevrimiçi oldukları zamanlarda, sol MFG ve sağ singulat girusta aktivasyon artışı olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular ile İOOB'nin nöropatolojik mekanizmasında disfonksiyonel prefrontal lobun önemli rolü ortaya koyulmuştur. Meng ve arkadaşları prefrontal lobun ödül ve kendini düzenleyici sistemdeki rolünün çakıştığı bilgisi de göz önünde bulundurulduğunda, elde edilen tüm veriler İOOB'nin bir davranışsal bağımlılık olarak yeniden sınıflandırılması için destekleyici olmaktadır¹³⁶.

Ko ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada da benzer şekilde İOOB'yi davranışsal bağımlılıklar içinde sınıflandırmanın nörobiyolojik olarak uygun olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca oyun ile ilişkili bir ipucu tarafından indüklenen aktiviteler ile ilgili çalışmalarda, dorso lateral prefrontal korteksin ve parahipokampusun oyun uyarı yanıtında benzer rollere sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak hem internet Bağımlılığı hem de OOB için net bir sonuca varmanın erken olacağı, daha fazla fMRI çalışmaları, makul hipotezler, etkili tasarımlar ve entegre araştırma ekipleri ile çalışmaların arttırılması gerektiği düşünülmektedir¹³⁷.

Sonuç olarak yapılan çalışmalar sonucunda özellikle frontal lobdaki beyin bölgelerinde (dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, prefrontal girus ve orta frontal girus), parahipokampal girusta, insula ve talamusta hem işlevsel hem yapısal bazı değişiklikler olduğu gösterilmiştir. Ödül arama davranışının kontrolü ve duygusal düzenleme becerileri prefrontal korteks ile ilişkilendirilmiş, bu bölgedeki fonksiyonel değişikliklerin ödül arama davranışı üzerindeki kontrolün azalmasıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Madde Kullanım Bozuklukları ile OOB nörogörüntülemeleri açısından en fazla bilginin maddeye veya davranışa özlem duyma, aşerme olarak anlatılabilecek (craving) durum açısından benzediği vurgulanmaktadır¹³⁸.

3.7.4. İOOB Etiyolojisi

İOOB etiolojisi halen net olarak bilinmemektedir. Bir çok komorbid hastalıkla beraber görülebilmesine rağmen yalnızca bir semptom olarak görülmemektedir. Bozukluğun gelişmesi için önerilen tüm modeller temel olarak biyopsikososyal modelin üzerinde kurulmakla beraber iç ve dış faktörler aşağıda sıralanmıştır ¹³⁹. Ayrıca, genetik, öğrenme, motivasyon, oyunla ilgili ve nörobiyolojik yönlerde dikkate alınmalıdır. Uzun dönem çalışmaların kısıtlı olması sebebi ile psikiyatrik hastalıkların sebep veya sonuç olması halen net değildir ¹⁴⁰.

İç Faktörler olarak:

- Yürütücü işlevler ile ilgili problemler
- Yetersiz öz-düzenleme ve karar verme yanlılığı
- Duygu durum ve ödül sistemleri düzensizlikleri
- Benlik saygısının azlığı ve öz-yeterlilik
- Nörobiyolojik yatkınlıklar
- Kişisel risk faktörleri
- Kişilik Özellikleri
- Bilişsel yapılanma

Dış Faktörler olarak :

- Ailesel faktörler
- Sosyal faktörler
- Oyunlarla ilişkili faktörler

3.7.5. İOOB Klinik

İOOB klinik olarak değerlendirmesi, Paik ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladıkları bir çalışmada oluşturdukları algoritma ile düzenli hale getirilmiştir. Öncelikle mevcut problem davranış ile ilgili tarama ölçekleri kullanarak, problemin alanı ve şiddeti değerlendirilmelidir. Taramalar sonucu pozitif sonuç olan olgularla tanısal görüşmeler yapılmalı, tanının net olarak konulması sağlanmalıdır. Sonraki basamak pozitif olan olgularda komorbid hastalıklar (DEHB, Depresyon, OKB, Kaygı

Bozuklukları gibi) ve nörobilişsel alanlar (yürütücü işlevler, impulsivite, karar verme, impuls inhibisyonu gibi) ile ilgili değerlendirmeler yapılmalıdır ¹⁴¹.

3.7.6. İOOB Tedavi

Oyun Oynama Bozukluğu ile ilgili tedavi rejimleri kısıtlıdır. 2017 yılında King ve arkadaşlarının yayınladıkları uluslararası bir sistemik gözden geçirme çalışması incelendiğinde, İOOB ile ilgili verilen büyük çoğunluğunun Kuzey Kore, Hong Kong ve Çin'den geldiği görülmektedir. Ayrıca halen OOB için psikolojik ve farmakolojik tedavilerinin etkinliği hakkında bir net bir kanaat oluşturmanın şu an zor olduğu bildirilmiştir. Bu zamana kadar yapılan çalışmaların birçoğunda psikolojik müdahalelerin, temel olarak Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin önemi anlatılmıştır. Ayrıca diğer müdahalelere kıyasla bilişsel davranışçı müdahalelerin daha etkili olduğu belirtilmektedir ^{142,143}.

4. DÜRTÜSELLİK

4.1. Dürtüselliğin Tanımı

Dürtüsellik; davranışsal, bilişsel ve nörofizyolojik bileşenleri içeren çok yönlü ve karmaşık bir kavramdır ¹⁴⁴⁻¹⁴⁶. Yazında, dürtüselliğin farklı yönlerini içeren farklı tanımlara rastlanmaktadır. Dürtüsellik kavramının tanımı ‘yetersiz olarak tasarlanmış, zamanından önce ortaya konulan, aşırı derecede riskli ya da duruma uygun olmayan ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlar doğuran davranışlar’ olarak tanımlanmaktadır ¹⁴⁶.

Hollander ve Evers dürtüselliğin davranışın ölçülebilir bir özelliği olduğunu ve sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan ve haz arama, yaşanan travmanın beklenenden az hissedilmesi ve dışa dönüklük şeklinde gözlemlenebileceğini belirtmiştir ¹⁴⁷. Moeller ve arkadaşları dürtüselliğin tanımında 3 temel özelliklerin yer alması gerektiğini bildirmektedir. Buna göre dürtüsellik;

- 1-Davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma,
- 2-Bilginin işlenmesi tamamlanmadan önce uyarana hızlı, plansız tepki verme,
- 3-Uzun dönem sonuçlara önem verme eksikliği olarak tanımlanabilir ¹⁴⁴.

Dickman ise her dürtüsel davranışın negatif olmadığı konusuna dikkat çekmekte ve dürtüselliği işlevsel dürtüsellik ve aynı zamanda işlevsel olmayan dürtüsellik olarak iki alt boyutta ele almaktadır. Dürtüsel bireylerin, verilen göreve daha az zaman harcadıklarını, buna bağlı olarak da dikkat ve odaklanmayı gerektiren görevlerde daha kötüyken, dikkatin hızlıca yön değiştirmesi gereken durumlarda daha başarılı oldukları görülmüştür ¹⁴⁸. Dürtüselliğin bazı işlevsel ve uyum sağlayıcı yönleri olduğu öne sürülse de genelde suç, şiddet, kendine fiziksel olarak zarar verme, kabul gören sosyal standartlara uyumsuzluk gibi davranışlarla ilişkili işlevsel olmayan bir özelliği de varsaymak gerekiyor ¹⁴⁹.

Dürtüsellik; istemli olarak verilen cevabı erteleme, kısa yanıt eşiği, derinlemesine düşünme eksikliği (lack of reflection) ve dikkat sorunları gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal eğilimler olarak da tanımlanabilmektedir ¹⁵⁰. Başka bir yaklaşıma göre dürtüsellik; büyük ve gecikmiş ödül yerine küçük ve hemen gelen ödülü tercih etmek olarak tanımlanırken, “öz-denetim” kavramı ile tam tersi davranışın altı

çizilmektedir. Dolayısıyla dürtüsellik ve öz-denetim aynı zihinsel sürecin iki ayrı yüzü olarak düşünülmektedir ¹⁵¹.

Barratt ve Patton ise dürtüsellik; nörofizyolojik temele dayanan, davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlamış; motor aktivasyon, dikkatsizlik ve plan yapmama şeklinde incelemiştir ¹⁵².

Yazında dürtüsellik; plan yapmama, risk alma, dışa dönüklük, heyecan arama, yanıt inhibisyonu, karar verme gibi bilişsel süreçlerle bağlantılı olduğu bildirilmektedir. Bu süreçler eş anlamlı olmasa da büyük oranda birbiri ile ilişkili süreçlerdir ¹⁵³⁻¹⁵⁵.

Yanıt inhibisyonu paradigmasında dürtüsellik erken, zamanından önce tepki verme ya da yanıtı ertelemede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır ¹⁵⁶. Yanıt inhibisyonunun uyarana yanıt vermeden önce kapsamlı değerlendirme yetersizliği olarak açıklanan ‘hızlı-tepki dürtüsellik’ ve kişinin daha sonra gelecek olan büyük ödül için yanıtını erteleyemediği ‘ödül erteleme dürtüsellik’ olarak birbirini tamamlayan iki mekanizma vardır ¹⁴⁶.

Karar verme; davranışın olası yarar ve bedelini tahmin edebilmektir; tercihleri sıralama, eylemleri seçme ve düzenleme, davranışların sonuçlarını değerlendirme ve sonuçlardan öğrenme süreci, seçimlerimizin kısa vadedeki sonuçları ile uzun vadedeki sonuçları arasında denge sağlanması anlamına gelmektedir. Karar aşamalarının düzenlenmesi ve değerlendirilmesi, riskli durumlarda tercih verirken büyük ölçüde algı ve dikkat kapasitesine bağlıdır. Karar verme ve risk alma davranışlarının belirlenmesinde gelişmiş yargılama becerileri, yüksek işleme hızı, dikkat ve bellek işlevleri etkin role sahiptir. Ayrıca, baş etme stratejileri, farkındalık becerileri, duygu düzenlenmesi, plan yapma ve problem çözme gibi bilişsel işlevler de önemli etkenlerdendir ^{157,158}.

Risk alma, zarar veya tehlike ile sonuçlanma olasılığı çok yüksek fakat aynı zamanda kişiye zevk veren aktivitelere katılma anlamındadır. Risk alma davranışı stratejik bir yanıtın seçilmesi olarak kabul edilirken, dürtüsellik ise bir eğilim ve davranış örüntüsüdür ^{159,160}.

Dürtüsellik ile ilişkin unutulmaması gereken noktalardan biri, dürtüsellikle bir davranıştan değil bir yatkınlıktan bahsedilmektedir. İkincisi dürtüsellik, bir hareketin sonucunu bilinçli olarak değerlendirmeden hızlı ve plansız bir şekilde hareket etmeyi içermektedir. Son olarak da dürtüsellikte bir hareketin sonuçlarını göz önünde

bulundurmada eyleme geçme ve risk alma davranışı söz konusudur fakat bu daha çok zevk arayışıyla ilişkili olan risk alma davranışından farklıdır. Bu noktalar özellikle dürtüsellik biyolojik alt yapısının anlaşılması ve tedavi stratejileri geliştirilebilmesi için önem tařır¹⁶¹.

Dürtüsellik, durumsal ve sürekli olmak olarak ele alınmaktadır. Sürekli dürtüsellik (trait impulsivity) oğu zaman davranışa yansımada süreğen kişilik özelliklerini oluşturur. Durumsal dürtüsellik (state impulsivity) ise çevresel ve biyolojik koşullara bağlı değişen bir çeşitliliği ifade eder. Dürtüsel davranış için toplam risk durumsal ve sürekli dürtüsellik için etkileşimine bağlıdır. Bu iki bileşenin etkileşimi belirli bir eşik değeri geçtiğinde dürtüsel davranış ortaya ıkabilir¹⁶².

Dürtüsellik, hem normal hem de klinik yani bütün popülasyonda görülebilmektedir. Patolojik boyuttaki dürtüsellik kişilerin yaşam kalitesini bozmakta ve işlevselliklerini kötü yönde etkilemektedir¹⁵⁷. Artmış dürtüsellik; madde kötüye kullanımı, intihar davranışı ve diğer ciddi davranışsal problemlerle yol aabilir¹⁶³. B kümesi, bağımlı ve şizotipal kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile başta bipolar bozukluğu olmak üzere duygudurum durum bozukluğu, şizofreni, madde kullanım bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla birbiriyle ilişkilidir^{146,151,164–166}. Davranışsal inhibisyon eksikliği bu psikiyatrik bozukluklar için ortak zelliktir¹⁴⁴.

4.2. Dürtüsellik Nörobiyolojisi

Dürtüsellik düzeyinin belirlenmesinde genetik bir yatkınlık olduğu bilinmektedir¹⁶⁷. Dürtüsellik için genetik aktarımında serotonin ve dopamin sistemlerinin de bir rol oynamaktadır¹⁶⁸. Kişiler arasında dürtüsellik açısından ortaya çıkan farkların genetik ve mizaç özelliklerinin veya farmakolojik ve nöral faktörlerin çevresel deneyimlerle etkileşmesi sonucunda oluştuğu ne srlmektedir¹⁶⁹.

5-HT düzeyinin azalması ile, dürtüsel davranışlarda artış, dürtü kontrolünün bozulması, saldırganlık ve intihar davranışlarının ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır¹⁷⁰. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ile yapılmış; prefrontal bölgede, bölgesel 5HT dağılımlarını inceleyen bir nörogörüntüleme çalışmasında dürtüsel kişilerde ACC' de 5HT Transporte işlevinde azalma dikkat ekmiřtir¹⁷¹.

Dopamin (DA) ve norepinefrin sistemlerinin de dürtü kontrolünde önemli oldukları belirtilmektedir ¹⁷². Amfetamin, metilfenidat ve kokain gibi DA agonistleri dürtüsel seçimleri azaltmış, DA antagonistleri ise arttırmıştır ¹⁷³. Nukleus akkumbensta DA aktivitesinin artışı motor dürtüsellığı artırırken PFC veya bir bölümü olan orbitofrontal kortekste (OFC) DA artışı dürtüsel karar vermeyi azaltması, DA' nın dürtüsellikteki rolünün heterojen niteliğine işaret eder ¹⁷⁴.

Dürtüsellikte glutamaterjik sistemin ciddi bir rolüne işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır. Non-selektif NMDA reseptör antagonisti ve selektif NMDA-2B reseptör subünit antagonisinin sistemik enjeksiyonunun nörobilişsel testlerde dürtüsellik artışına yol açtığı görülmektedir. Medial frontal korteks infralimbik bölgede glutamat transmisyon değişimi dürtüsellik ile ilişkilendirilmiştir ¹⁷⁵.

4.3. Dürtüsellik ve Nörobilişsel İşlevler

Bilgi işleme gerektiren yada yanıt karmaşasının arttığı görevlerde dürtüsel kişilerin tepki sürelerinin yavaşladığı bilinmektedir ¹⁵². Dickman ın çalışmasında bilişsel işlevlerin dürtüsellik ile ilişkisini incelediğinde, kişiler arasındaki dürtüsellik farklılıklarının kişilerin dikkat mekanizmalarındaki farklılığı yansıtabileceğini ileri sürmektedir. Düşük dürtüsellığe sahip bireyler dikkati sabitlemeyi gerektiren testlerde daha başarılı olurken, diğer yandan yüksek dürtüsellığe sahip bireylerin dikkatin hızlı bir şekilde kaydırılması gereken testlerde başarılı oldukları öne sürülmüştür ¹⁷⁶.

Tepki hızı, dikkat, sözel ve görsel bellek, dil, yürütücü işlevler ve dürtüsellik değerlendirmesini içeren bir araştırmada Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) puanları ile özellikle bellek ve yürütücü işlevler arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu göstermiştir ^{177,178}.

İşlem belleğindeki bozulmanın dürtüsellik ölçümlerinde yüksek puanlar alan kişilerin bilişsel ve davranışsal kontrol problemlerini olduğu düşünülmektedir ¹⁷⁹.

4.4. Dürtüsellığın değerlendirilmesi ve tedavisi

Bireylerin dürtüsellik seviyesini boyutsal açıdan ele alınırken yaptığı davranışın sosyal açıdan kabul edilebilirlik düzeyi bireyin içinde bulunduğu topluma, yaşına, yaşadığı döneme göre farklılık gösterebilmektedir ¹⁴⁶. Fakat genel anlamda çok boyutlu olan dürtüsellığın değerlendirilmesinde temel olarak 3 yöntem kullanılır:

1. Davranışsal Ölçümler: Bu ölçümlerde sıklıkla ileride kazanılacak olan büyük ödül yerine şimdiki küçük ödülün tercih edilmesi paradigması ve yanıtın hemen verilmesi ve engellenememesi paradigmasıdır (yanıt paradigması)
2. Kişinin kendi bildirimine dayalı ölçekler (Barratt Dürtüsellik Ölçeği, UUPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, Eysenk Kişilik Anketi vd.)
3. Elektrofizyolojik çalışmalar: Beynin elektriksel çalışmasının ölçülmesidir fakat bu ölçümler doğrudan dürtüsellığe özgü değil; belirli davranış kalıplarında ölçülür ve sosyal yönü kapsamaz^{144,149,180,181}.

Dürtüsellğin tedavisinde çeşitli psikoterapötik ve farmakolojik yöntemleri kullanılmaktadır. Psikanalitik yaklaşımda dürtüsellik ile ilgili olarak ‘İçgörü Yönelimli Psikoterapi’ uygulanmıştır. İçgörü yönelimli psikoterapi de düşük engellenme eşiği ve ani davranışları engellemede yaşanan zorluk ‘dürtüsel nevroz’ ile ifade edilir ve az sayıda hasta grubuna kullanılmıştır¹⁸².

Bilişsel davranışçı terapide genel amaç hastanın hayatında sorun yaratan davranışın altında yatan sorunlu düşünce sistemini değiştirerek davranışa şekillendirmektir. Dürtüsellikle ilgili çalışmalarda ise bireyin dürtüsel Platt Taube, Metzger ve Duome bireylerde kişiler arası ilişkilerde sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi için bilişsel davranışçı terapi uygulamışlar ve bu bireylerin topluma uyumunda artış, tutuklanma oranlarında azalmalar meydana geldiği görülmüştür. Borderline kişilik bozukluğu ile ilgili dürtüsellik tedavisinde de ‘Diyalektik Davranışçı Terapi’ uygulanmış; terapi sonrası daha az intihar girişimi ve hastaneye yatış gözlenmiştir. Beklenmedik olayların yönetimi, dürtüsel bozukluktaki ani gelişen olayların sonucundaki ödül ve cezaların, davranışların muhtemel sonuçlarının üzerinde çalışılmasını içeren edimsel koşullanma yöntemidir¹⁸³. Dürtüsel davranışların tedavisinde iki farklı farmakolojik yaklaşım bulunmaktadır: Birincisi dürtüsellliği belirtisi olarak görülen hastalığın içerisinde alarak tedavi etmek; ikincisi dürtüsellliği psikiyatrik bir rahatsızlık olarak tedavi etmek. Dürtüsellikte etkin görülen tedaviler içerisinde; lityum, klozapin, karbamazepin, valproat, okskarbamazepin, topiramat ile antipsikotiklerden ise klozapin, ketiyapin, olanzapin, β -adrenerjik agonistler, 5HT1A parsiyel agonisti buspiron ve omega-3 serbest yağ asitleri kullanılmaktadır¹⁸⁴.

5. DEHB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE PSİKOPATOLOJİ

DEHB olan çocuklarda eş tanı riskini artıran anne-baba işlevselliği, anne-babalarda var olan DEHB ve DEHB dışı psikopatoloji, sosyodemografik özellikler gibi etkenlerin ele alınması bu konu ile ilgili yapılacak çalışmaların gücünü artıracaktır. Bu nedenle bu bölümde DEHB tanısı konulmuş çocukların ebeveynlerinde ve sağlıklı kontroller ile ilgili çeşitli olgular ve çalışmalar sunulacaktır.

5.1. DEHB tanılı çocukların Ebeveynlerinde görülen DEHB

Sprich in 2000 yılında yapılan çalışmasında DEHB'nin genetik bir komponenti olup olmadığı araştırılmış. Evlat edinilmiş ve DEHB tanısı olan 25 çocuğun, 101 DEHB tanısı olan ve biyolojik ebeveyn ile büyüyen 101 çocuğun, DEHB tanısı olmayan ve biyolojik ebeveyni ile büyüyen 50 çocuğun ebeveyni kıyaslanmıştır. Bu çalışmada evlat edinilmiş ebeveynlerinde %6, biyolojik ebeveynlerinde %18 ve kontrol grubunun ebeveynlerinde %3 DEHB tanısı konulmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, DEHB'nin genetik bir bileşene sahip olduğu hipotezini desteklemiştir¹⁸⁵.

2011 yılında yapılan bir çalışma DEHB olan çocukların anne-babalarında DEHB belirti sıklığının araştırılması, DEHB belirtileri olan anne-babaların çocuklarında bozukluğun belirti şiddeti ve eş hastalanma düzeyinin değerlendirilmiştir. DEHB tanısı konmuş 7-16 yaşları arasındaki 81 çocuk ve kontrol grubu olarak, DEHB tanısı konmayan, yaş, cinsiyet, zeka düzeyi açısından eşleştirilen 60 çocuk ile toplam 282 anne-baba çalışmaya alınmıştır. Anne-Babalar Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği ile (DEHÖ-E) değerlendirilmiştir. DEHB olan çocukların anne-babalarının WUDÖ ve DEHÖ-E puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı oranda yüksektir. Yaşam boyu DEHB belirtileri gösteren anne-babaların çocuklarında ek tanı sıklığı, yaşam boyu DEHB belirtisi olmayan anne-babaların çocuklarından anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak DEHB olan çocukların anne-babalarında kontrol grubuna göre DEHB belirti düzeyinin daha yüksek olduğu, DEHB'li anne-babaların çocuklarında DEHB belirti

şiddeti ve eş hastalanma oranının DEHB'si olmayan anne-babaların çocuklarına göre yüksek olduğu saptanmıştır¹⁸⁶.

2014 yılında yapılan bir çalışmada DEHB olan 34 çocuğun anne ve babaları araştırma grubuna alındı ve DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu (YDB) tanıları dışlanan 34 çocuğun anne ve 31 babaları alınmış. Ebeveynlere, Belirti Tarama listesi (Symptom Check List: SCL-90-R) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (DEHÖ-E) uygulandı. Hasta grubunda bulunan ebeveynler, kontrol grubundaki ebeveynlere göre anlamlı oranda daha fazla DEHB belirtilerine ve psikiyatrik belirtilere sahip bulundu¹⁸⁷.

2014 yapılan başka bir çalışmada, DEHB tanısı ile takip edilen 167 çocuğun 249 ebeveyn ile, çocuğunda ve kendisinde DEHB tanısı olmayan 146 kişiden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. Tanısal değerlendirmede DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmıştır. Ayrıca, DSM-V için önerilen tanı kriterlerinden ve DEHB belirtilerini tarama ölçeklerinden (Wender Utah Derecelendirme Ölçeği-25, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği) yararlanılmıştır. DEHB tanı kriterlerini karşılayan ebeveynlerin, bu kriterleri karşılamayan ebeveynlere ve sağlıklı kontrollere göre hemen hemen tüm sorunlu yaşam olaylarını daha yüksek oranda yaşadıkları bulundu¹⁸⁸.

2006 yılında yapılan bir çalışma DEHB tanısı konulmuş çocukların ebeveynlerinde Psikiyatrik sıklığına bakılmıştır. Çalışma grupları 69 DEHB tanılı çocukların ebeveynlerine ve kontrol grubuna K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. DEHB grubundaki ebeveynlerin 23'ünde (% 33.8), kontrol grubundakilerin 2'sinde (%6.3) DEHB bulguları saptanmıştır. Kontrol grubu ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamıydı. Sonuç olarak DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde erişkin döneminde DEHB belirtileri oranı ve çocukluk döneminde DEHB belirtileri daha fazladır¹⁸⁹.

2003 yılında yapılan başka bir çalışmada 98 DEHB ile komorbid yıkıcı davranış bozuklukları olan çocukların ebeveynlerinde ve 116 DEHB ve yıkıcı davranış olmayan çocukların ebeveynlerinde psikolojik bozuklukların prevalansı karşılaştırılmıştır. Çocukluk çağında DEHB'si olan anne ve babaların çocuklarında DEHB görülüp görülmediği ile ilişkiliydi. DEHB ve KOKGB tanılı çocukların ebeveynlerinde maternal duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve uyarıcı/kokain bağımlılığı ve

bunun yanı sıra bu çalışmadaki babalarda çocukluk çağı Davranım bozukluğu olduğu raporlanmıştır. DEHB ve KOKGB olan çocuklarının babalarında alkol bağımlılığına ilişkin sorunların yüksek olduğu bildirilmiştir¹⁹⁰.

5.2. DEHB tanılı çocukların Ebeveynlerinde görülen diğer psikopatolojiler

1997 Rucklidge ve Kaplan'ın yaptığı çalışmasında 51 DEHB'li tanılı çocukların anneleriyle ve 51 DEHB'si olmayan çocukların annelerine göre daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdiği, daha düşük benlik saygısına ve stresle daha zayıf başa çıkma becerilerine sahip olduğu saptanmıştır^{186,191}.

2015 yılında yapılan başka bir çalışmada 62 DEHB tanılı çocukların aile işlevselliği ve annelerindeki kaygı düzeyi 62 kontrolle karşılaştırılmıştır. Annelere DuPaul DEHB ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve annelerin kaygısını değerlendirmek için Spielberger Süreklilik ve Durumluk Kaygı ölçeği kullanılmıştır. DEHB ve kontrol grubunun ADÖ alt ölçekleri açısından kıyaslandığında “roller”, “gereken ilgiyi gösterme”, “davranış kontrolü” alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Yine DEHB tanılı çocuğu olan annelerin durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur¹⁹².

2016 yılında yapılan bir ölçek çalışmasında 62 DEHB tanılı çocuğun annelerine ve 62 DEHB tanısı olmayan çocuğun annelerine Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) uygulanmıştır. DEHB grubundaki anneler ile kontrol grubundaki anneler arasında ölçekteki amaçlar, stratejiler, dürtüler ve kabul etmeme alt gurupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Ancak, DEHB grubunun kontrol grubuna göre duygusal değişkenlik puanları daha yüksekken, duygu düzenleme puanları daha düşüktü¹⁹³.

Biederman'ın 2000 yılında yapılan çalışmasında DEHB'li olan çocukları 1 derece akrabalarında psikiyatrik ek tanılara bakılmıştır. Çalışma grupları 140 DEHB tanılı çocukları ve 120 DEHB tanısı olmayan çocukların 1 derece akrabalarına, toplamda 822 erişkine bakılmıştır. Kontrollerle karşılaştırıldığında, DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde davranış, duygudurum ve anksiyete bozukluklarına sahip olma olasılığı daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrollerin 1 derece akrabaları ile karşılaştırıldığında, DEHB olan hastaların akrabalarında DEHB, antisosyal bozukluklar,

majör depresif bozukluk, madde bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları için daha yüksek risklerin olduğu görülmüştür ¹⁹⁴.

2004 yılında yapılan bir çalışmada DEHB tanısı konulmuş çocukların ebeveynlerinde Psikiyatrik yüklülüğe bakılmıştır. Çalışma grupları 118 DEHB ve 115 enürezis nokturna tanıları ile izlenen çocukların ebeveynlerinden oluşturulmuştur. Değerlendirmeler için sosyodemografik form, Turgay DEHB ölçeği ve SCID-I kullanılmıştır. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerde duygudurum bozukluğu (%12.3) ve anksiyete bozukluğu (%8.1) bulunma oranı EN tanılı çocukların ebeveynlerinde bulunma oranından (sırasıyla %4.8, %3.5) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinden 16 tanesi (%6.8) erişkin tip DEHB tanı ölçütlerini doldurmuştur. Erişkin DEHB tanısı alanların %62.5 i kadındır. Erişkin tip DEHB tanısı alanların %12.5'inde duygudurum bozukluğu ve %25'inde anksiyete bozukluğu (çoğunlukla panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk) eştanıları saptanmıştır ¹⁹⁵.

2011 yılında Gökçen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da DEHB olan çocukların anne babalarında psikolojik belirtiler ve aile işlevselliğine bakılmış. DEHB olan 43 çocuğun anne babası ve kontrol grubu olarak da DSM-IV'e göre DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu (YDB) tanıları dışlanan 38 çocuğun anne babası alınmıştır. Her iki grubun anne babalarının psikolojik belirtilerinin saptanması amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) verilmiştir. DEHB'li çocukların hem anne hem babaları kontrol grubu anne babalarına göre daha fazla ruhsal belirtiye sahiptir. Aile işlevselliğinde ise DEHB'li çocukların ailelerinde problem çözme, roller, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyon alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre bozuk işlevsellik saptanmıştır ¹⁹⁶.

Harvey ve arkadaşlarının 2004 yılında çocuklarında DEHB semptomları olan 46 anne ve 26 baba ile yaptıkları çalışmalarında ebeveyn'in DEHB olma sıklığı ve ebeveyn-çocuk davranışı arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Ebeveynin DEHB belirti şiddeti ve sıklığının, ebeveyn ile çocuğun ilişkisini etkilediği ve bozukluğun gidişatına olumsuz etki yapabileceği öne sürülmüştür ³⁷.

2012 yılında yapılan başka bir çalışmada bilişsel-sosyal işlev düzeyinde belirgin bir bozulması olmayan DEHB'lilerin aile işlevselliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada 27 dikkat eksikliği alt tipi (DEHB-DE), 18 hiperaktivite/ dürtüsellik alt tipi (DEHB-

HD), 32 bileşik alt tipi (DEHB-B) tanımlı hasta ve kontrol için yer alan 35 çocuk ve anneleri değerlendirilmiştir. Veriler, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği, Conners Anne/Baba ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılarak toplanmıştır. ADÖ alt testlerine ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, problem çözme davranışı açısından DEHB-HD, iletişim alt testinde DEHB-DE, roller alt testinde DEHB-B, gereken ilgiyi gösterme alt testinde DEHB-DE, DEHB-HD ve genel işlevler açısından da DEHB-HD alt tipinde yer alan katılımcıların yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. ADÖ'ye ilişkin yapılan tek yönlü üvaryans analizi sonucunda da davranış kontrolü alt ölçeği dışındaki ölçeklerde, gruplar arasında fark olduğu belirlenmiştir ¹⁹⁷.

Karabekiroğlu ve arkadaşların 2020 yılında yayınladığı bir çalışmada DEHB ve otizm ile ilgili yanlış değerlendirmeleri ve damgalamaları (STİGMA) incelenmiştir. Bu çalışmada çocuk psikiyatri kliniğine gelen hastaların 666 anne babaları ve 453 öğretmenleri çalışmaya alınmıştır ve DEHB ile Otizmle ilgili anketleri doldurmuşlardır. İki grupta DEHB'ye ilişkin "damgalama" düzeyi ile otizme ilişkin "damgalama" ve DEHB'ye ilişkin "yanlış değerlendirme" düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Öğretmenler arasında, doğu illerinde ve eğitim düzeyi daha düşük ailelerde damgalama düzeyi daha yüksek bulunmuştur ¹⁹⁸.

2009 yılında yapılan bir tez çalışmasında DEHB olan çocuklarda ve bu çocukların ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve rahatsızlığın psikososyal boyutu incelenmiştir. Bu çalışmaya 76 DEHB çocuk ve aileleri ve 59 sağlıklı çocuk ve aileleri dahil edilmiştir. Katılımcıların tümüne Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu (ÇDYKÖ-Ç), Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Anababa Formu (ÇDYKÖAB), Kısa Form 36 (SF-36), Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ), Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDB-TDÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçekleri (ADÖ) verilmiştir. ÇDYKÖ-AB formunda fiziksel sağlık alt ölçeği puanlarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ÇDYKÖ –AB psikososyal sağlık puanı ve ölçek toplam puanı DEHB'si olan grupta anlamlı derecede düşük bulunmuştur. ADÖ verilerine bakıldığında, Problem Çözme, İletişim, Duygusal Tepki Verebilme, Genel İşlevler, Gereken İlgiyi Gösterme ve Roller Alt ölçeklerinde iki grup arasında anlamlı fark olduğu, Davranış Kontrolü alt ölçeğinde ise iki grup arasında fark olmadığı saptanmıştır ¹⁹⁹.

6. GEREÇ VE YÖNTEM

6.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya, etik kurul onayı alındıktan sonra, Eylül 2019 tarihinde başlandı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Balcalı Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda ayaktan başvuran 25-65 yaş arası 65 DEHB tanılı çocukların ebeveynleri ve DEHB tanısı olmayan çocukların 64 gönüllü ebeveyni seçilmiştir. DEHB tanılı çocukların ebeveynleri ve sağlıklı çocukların ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların yaklaşık 60-90 dakika süren görüşmesi aynı klinisyen tarafından yapıldı. Görüşmede tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu ve hastalığın klinik özelliklerinin sorgulandığı (internet ile tanışma yaşı, kullanım alışkanlığı) internet alışkanlığı Veri Formu dolduruldu. Eşlik eden ek tanılarının belirlenmesi için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu (SCID-5/CV) uygulandı. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde ile sağlıklı kontrol grubuna Wender Utah Ölçeği, Dürtü Denetim Bozukluğu Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği kısa form, Young İnternet bağımlılığı Ölçeği kısa form, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği kısa form, İnternet oyun oynama bozukluğu Ölçeği ve Kompulsif Çevrimiçi satın alma ölçeği Derecelendirme Ölçeği uygulandı.

6.2. Veri Toplama Araçları

6.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada tarafımızca hazırlanan veri formu kullanıldı. Bu form kullanılarak tüm katılımcıların, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, yaşam biçimi, sosyokültürel düzeyleri, fiziksel hastalık, ailede psikiyatrik hastalık, alkol-madde kullanımı, kullanmakta oldukları ilaçlar gibi sosyodemografik veriler, katılımcıların verdiği bilgilerle, klinisyen tarafından doldurulmuştur.

6.2.2. İnternet kullanım özellikleri Veri Formu

Çalışmada DEHBT-TÇE ve kontrol grubuna medya kullanım özellikleri veri Formu hazırlanmış ve kullanılmıştır. Klinisyen tarafından doldurulan bu form ile Cep

telefonun olup olmadığını, Cep Telefonun internet bağlantısı olup olmadığını, Cep Telefonu ile oyun oynadığını/oynamadığını, Evinde Bilgisayar olup olmadığını, İnterneti en çok nerede kullandığını, en sık ne aracılığı ile İnternete girdiğini, hangi sitelerde ne kadar zaman geçirdiğini, en sık hangi sosyal medya platformlarında zaman geçirdiğini, İnternetle tanıştığı yaşı, en çok günün hangi saatinde internet kullandığını, hafta içi/sonu günlük internet kullanım süresin sorgulanmıştır.

6.2.3. SCID-5/CV

Çalışmada DEHBT-TÇE ve kontrol gurubuna psikiyatrik tanıları saptamak amacıyla Elbir ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanma ve güvenilirlik çalışması yapılan SCID-5 klinik versiyonu kullanılmıştır. SCID-5 ağır bilişsel kusuru, ağır psikotik belirtileri, ajitasyonu olmayan, 18 yaş üstü bireylerde uygulanabilir. Bilgi kaynakları hastanın kendisi, hastanın ailesi ve yakınları, sağlık ekibi, tıbbi kaynaklar ve gözlemlerdir. Ortalama uygulama süresi 45 dakikadır. SCID-5/CV için tüm tanılarının uyuşma yüzdesi %97,2 bulunmuştur, kappa katsayısı 0,74 bulunmuştur. Kappa katsayısı 0,65–1,00 arasında değişmektedir ve hepsi istatistiksel olarak anlamlıdır²⁰⁰.

6.2.4. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu (YİBT-KF):

Young tarafından internet bağımlılık belirtilerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen ve Pawlikowski, Altstötter-Gleichve Brand tarafından ise kısa forma dönüştürülen ölçek toplamda 12 maddeden oluşmaktadır ve 5’li likert (1=Hiçbir zaman, 5=Çok sık) tipine sahiptir (29,30). İç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği de yapılmıştır (31). Alınan toplam puanların artması internet bağımlılığı düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin alphası .88 bulunmuştur²⁰¹.

6.2.5. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Versiyonu (ATBÖ-KV)

“Akıllı telefon bağımlılığı”nı ölçmeye yönelik kendini değerlendirme türünde olan bir ölçme aracıdır. Ölçeğin orijinal hali, 6’lı likert tarzında derecelendirmeli (1: Kesinlikle katılmıyorum, 6: kesinlikle katılıyorum) 10 maddeden meydana gelmektedir. Bu ölçekten elde edilebilecek puan aralığı 10 ile 60 arasındadır. Ölçeğin psikometrik özellikleri incelendiğinde güvenilirlik için hesaplanan Cronbach α katsayısının 0.91

olduğu bulunmuştur. Ölçme aracını geliştiren yazarlar tarafından standart belirleme çalışması (kesme puanı) yapılmış ve kızlar için kesme puanı 33 ve AUC değeri 0.947 (0.887-1.000) olduğu, erkekler için kesme puanı 31 ve AUC değeri ise 0.963 (0.888-1.000) olduğu belirlenmiştir (Kwon, Kim, Cho ve Yang, 2013). Elde edilen bulgulara dayalı olarak ölçme aracı kullanılarak elde edilen ölçümlere ilişkin geçerli ve güvenilir kanıtlar sunulmuştur²⁰².

6.2.6. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği (İOOB-Ö)

İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği Pontes ve arkadaşları tarafından (2014) internet oyun oynama bozukluğunun semptomlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek, DSM 5’de İnternet Oyun Oynama Bozukluğunun dokuz kriterini yansıtan ve bağımlılık bileşenleri modelinin (belirginlik, duygudurum değişimi, tolerans, çekilme belirtileri, çatışma ve nüks) teorik çerçevesini içeren maddeleri kapsamaktadır. Bağımlılık bileşenleri modelinin her bir ögesi ölçeğin bir alt boyutuna karşılık gelmektedir. Bu kapsamda modelin altı bileşeni, ölçeğin altı alt boyutunu oluşturmaktadır. Belirginlik alt boyutu 1, 7, 13. maddeleri, duygudurum düzenleme alt boyutu 8, 2, 14. maddeleri, tolerans alt boyutu 3, 9, 15. maddeleri, çekilme belirtileri alt boyutu 4, 10, 16. maddeleri, çatışma alt boyutu 5, 11, 17, 19, 20. maddeleri, nüks etme alt boyutu 6, 12, 18. maddelerini içermektedir. 20 madde ve 6 alt boyuttan oluşan ölçeğin 2 ve 19. maddeleri negatif ifade içermekte olup, ters puanlanmaktadır. Ölçeğin yanıt seçenekleri (1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) ne katılıyorum ne katılmıyorum, (4) katılıyorum, (5) kesinlikle katılıyorum şeklinde değişmek olup, 5’li likert tiptedir. Dokuz maddeli İOOBÖ’nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesinin sonuçları orijinal ölçeğin bulguları ile benzer bulunmuştur. Bu bulgular, tek yönlü bir yapı ölçen dokuz maddeli İOOBÖ’nin Türkçe versiyonunun, genç yetişkinler arasında problem oluşturan İOOB’yi belirlemede ve ayrıca erken teşhis ve diğer ilgili araştırmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir İOOB tarama aracı olduğunu desteklemektedir²⁰³.

6.2.7. Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği (KÇSA)

Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği, Andreassen ve arkadaşları tarafından 2015’te geliştirilen Bergen Alışveriş Bağımlılığı Ölçeği’nin (Bergen Shopping

Addiction Scale; BSAS) internet alışverişleri için Türkçe'ye uyarlanmış halidir. Ölçeğin orijinal formdaki cronbach alfa değeri .87 olarak hesaplanmıştır. Orijinalinde kompulsif alışveriş yapmayı ölçen bu ölçeğe 'çevrimiçi' ibaresi eklenmesiyle internetten yapılan kompulsif alışverişler değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 5'li likert ölçek tipinin kullanıldığı bu ölçekte toplam 28 soru bulunmaktadır. Ölçekte maddelere verilebilecek yanıtlar (0= Kesinlikle Katılmıyorum, 7= Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde sıralanmıştır. Ölçek ruh hali değişimi, çatışma, tolerans, tekrar, geri çekilme ve problem boyutlarından oluşmakta ve bireylerin internetten yaptığı alışverişlerinin kompulsif olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekten en az 0, en çok 112 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, kişilerin çevrimiçi kompulsif alışveriş bozukluğu düzeyinin arttığını işaret etmektedir²⁰⁴.

6.2.8. Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11(BDÖ-11)

Dürtüsellliği değerlendirmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan, 4'lü Likert tipi bir öz-değerlendirme ölçeğidir. 'Planlama', 'motor dürtüsellik' ve 'dikkat ile ilişkili dürtüsellik' olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır¹⁸⁰. Her bir madde için katılımcılardan 'nadiren/ hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun olanı işaretlemesi istenir. Türkçe için uyarlaması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²⁰⁵. Alt faktörlerinin iç tutarlıkları toplam ölçek için Cronbach alfa: 0,82, Plan yapamama alt ölçeği için 0,80, motor dürtüsellik için 0,70 ve dikkat dürtüsellliği için ise 0,64 olarak belirlenmiştir. FrSDa (toplam ölçek ve tüm alt ölçek) ile orta-iyi düzeyde (0,31-0,67) pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur²⁰⁵.

6.2.9. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği

Dürtüsellliği değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan, 45 sorudan oluşan 4'lü Likert tipinde bir ölçektir 4 alt ölçeği bulunmaktadır: 'Sıkışıklık'; stres ve negatif duygulanım karşısında sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilim, 'Tasarlama eksikliği'; olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeden düşüncesizce davranma, 'Sebatsızlık'; sıkıcı ya da zor görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluk, 'Heyecan arayışı'; riskli, heyecan verici ve tehlikeli deneyimlerden hoşlanma ve bunları arama. Türkçe için uyarlama çalışması yapılmıştır²⁰⁶.

6.2.10. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender-Utah Rating Scale) (WUDÖ)

DEHB ile ilişkili erişkinlerin çocukluk çağındaki belirti ve bulguları değerlendirmek için Wender ve Reimherr'in içinde bulunduğu Utah grubu tarafından 1993'te geliştirilmiştir. İlk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek daha sonra DEHB hasta kontrol grubundan ayırabildiği belirlenen 25 maddesinden oluşan şekline kısaltılmıştır ²⁰⁷. Her 33 bir maddesinin '0' ile '4' arasında derecelendirildiği (0=hiç, 4=aşırı) beşli likert tipinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. DEHB tanısı için kesme puanı 46 ve üstü gerekmektedir. WUDÖ'un hem DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği hem de DEHB hastalarının psikofarmakolojik tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir ²⁰⁸. Cronbach alfa katsayısı 0.93, test tekrar test korelasyonu (toplam puan) 0.81, madde toplam puan korelasyonları 0.31-0.75 arasında saptanmış. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8 saptanmıştır ²⁰⁹.

6.3. İstatiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında tanımlayıcı istatistikler frekanslar ve yüzdeler ile belirtilmiştir. Normallik varsayımı çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 aralığında olduğu durumlarda kabul edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Ölçeklere göre gruplar arası karşılaştırma Mann-Whitney U ve bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Kategorik değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisinin analizinde Pearson Ki-kare, Yates istatistiği ve Exact Test kullanılmıştır. Ölçekler arası korelasyonun incelenmesi için Spearman ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma ve sıra ortalaması belirtilmiş yanılma yüzdesi 0.05 alınmıştır.

7. BULGULAR

7.1. Sosyodemografik değişkenlerin dağılımı

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı betimleyici istatistiksel yöntemlerle elde edilmiştir. Sosyodemografik özellikler kapsamında katılımcılardan yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, ailede ruhsal bir bozukluğun olup olmadığı, sigara ve alkol kullanıp kullanmadıkları bilgileri edinilmiştir.

Tablo 2’de görüldüğü gibi, katılımcıların yaş ortalamalarına bakıldığında DEHB tanılı çocukların ebeveynleri için ortalamanın 39.43 (± 6.62) kontrol grubu için 40.47 (± 6.49) olduğu, yaş açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p=0.42$).

DEHB tanılı çocukların ebeveynleri eğitim düzeylerine bakıldığında, %1,5 okur yazar olmadığını ($n=1$), %30,8 ilkokul mezunu ($n=20$), %18,5 ortaokul mezunu ($n=12$), %35,4 Lise mezununu ($n=23$) ve %13,8 Üniversite mezunu olduğu ($n=9$), anlaşılmaktadır. Kontrol grubunun %18,8 ilkokul mezunu ($n=12$), %10,9 ortaokul mezunu ($n=7$), %50 Lise mezununu ($n=32$) ve %20,3 Üniversite mezunu ($n=13$) olduğu anlaşılmaktadır. Ki-kare analizine göre gruplar ve eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.16$).

DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubundaki katılımcıların % 76,9 ’i kadın ($n = 50$), % 23,1’i erkek ($n = 15$); kontrol grubundaki katılımcıların % 75’si kadın ($n = 48$), % 25’ü erkek ($n = 16$). En küçük teorik değer 15.38 olduğu için Yates kriteri kullanılmıştır. Buna göre $\chi^2=0.002$, $p=0.96$ olduğundan cinsiyet değişkeni ile gruplar arasında bir ilişki yoktur.

Katılımcılar medeni duruma göre incelendiğinde DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubundakilerin % 4,6 unun bekar ($n = 3$), % 95,4’inin evli ($n = 62$) olduğu; kontrol grubundaki katılımcıların % 6,3’sinin bekar ($n=4$), % 93,8’ünün evli ($n = 60$) olduğu görülmüştür.

Çalışma durumuna göre dağılımlara bakıldığında, DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubundaki katılımcıların % 52,3’ünün çalışmadığı ($n = 34$), % 47,7 sinin çalıştığı ($n = 31$); kontrol grubundaki katılımcıların % 54,7’unun çalışmadığı ($n = 35$),

% 29,8'inin çalıştığı (n = 29) bilgisi alınmıştır. Ki-kare analizine göre gruplar ile çalışma durumu arasında bir ilişki yoktur ($\chi^2=0.07$; $p=0.86$).

Katılımcıların yaşadıkları yere göre dağılımı incelendiğinde DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunun % 7,7'sinin il merkezinden küçük (n = 5), % 92,3'inin il merkezinden bir yerleşim alanında (n = 60); kontrol grubunun % 1,6'ünün il merkezinden küçük (n = 1), % 98,4'sinin il merkezinde bir yerleşim alanında (n = 63) yaşadığı gözlenmiştir. 5'den küçük göze sayısı oranı %50 olarak bulunmuş olup Exact testi uygulanmıştır. Buna göre gruplar ve yaşadığı yer arasında anlamlı ilişki yoktur($p=0.21$).

Katılımcıların fiziksel hastalık öyküsünün olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunun % 83,1'unun fiziksel hastalık öyküsünün olmadığı (n = 54), %16,9'ünün fiziksel hastalık öyküsünün bulunduğu (n = 11), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında %71,9'ünün fiziksel hastalık öyküsünün olmadığı (n = 46), % 28,1 ünün fiziksel hastalık öyküsünün bulunduğu (n = 18), saptanmıştır. En küçük teorik değer 14.39 olduğu için Yates kriteri kullanılmıştır. Buna göre $\chi^2=1.72$, $p=0.19$ olduğundan fiziksel hastalık ile gruplar arasında bir ilişki yoktur.

Katılımcıların ruhsal hastalık öyküsünün olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunun % 81,5'unun ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (n = 53), %18,5'ünün ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu (n = 12), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında %73,4'ünün ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (n = 47), % 26,6 ünün ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu (n = 17), saptanmıştır. En küçük teorik değer 14.39 olduğu için Yates kriteri kullanılmıştır. Buna göre $\chi^2=0.79$, $p=0.37$ olduğundan ruhsal hastalık ile gruplar arasında bir ilişki yoktur.

Katılımcıların ailelerinde ruhsal bozukluk öyküsünün olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunun % 83,1'unun ailelerinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (n = 54), %16,9'ünün ailelerinde ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu (n = 11), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında %78,1'ünün ailelerinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (n = 50), % 21,9 ünün ailelerinde ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu (n = 14), saptanmıştır. En küçük teorik değer 12.40 olduğu için Yates kriteri kullanılmıştır. Buna göre $\chi^2=0.24$, $p=0.63$ olduğundan ailede ruhsal bozukluk ile gruplar arasında bir ilişki yoktur.

Tablo 2. Grupların sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıkları

		DEHB-TÇE (n=65)		Kontrol (n=64)		Önem Düzeyi	
		n	%	N	%		
Cinsiyet						$\chi^2=0.002$ p=0.96	
Kadın		50	76.9	48	75		
Erkek		15	23.1	16	25		
Medeni durum						p=0.72	
Bekar		3	4.6	4	6.3		
Evli		62	95.4	60	93.8		
Eğitim Düzeyi						$\chi^2=6.51$ p=0.16	
Okur-yazar değil		1	1.5	0	0		
İlkokul		20	30.8	12	18.8		
Ortaokul		12	18.5	7	10.9		
Lise		23	35.4	32	50		
Üniversite		9	13.8	13	20.3		
Çalışma Durumu						$\chi^2=0.07$ p=0.86	
Çalışmıyor		34	52.3	35	54.7		
Çalışıyor		31	47.7	29	45.3		
Yaşadığı yer						p=0.21	
il merkezinden küçük		5	7.7	1	1.6		
il Merkezi		60	92.3	63	98.4		
Fiziksel Hastalığı						$\chi^2=1.72$ p=0.19	
Yok		54	83.1	46	71.9		
Var		11	16.9	18	28.1		
Ailede Ruhsal Bozukluk						$\chi^2=0.24$ p=0.63	
Yok		54	83.1	50	78.1		
Var		11	16.9	14	21.9		
		DEHB-TÇE (n=65)		Kontrol(n=64)			
	Sıra ort.	Ort±SS	Medyan	Sıra ort.	Ort±SS	Medyan	Önem Düzeyi
Gelir Durumu	65.58	1698.46±	1500(0-2500)	64.41	1694.06±2614.25	0(0-3000)	U=2042.5 Z=-0.19 p=0.85
Yaş(Sıra ort.)	62.35	39.43±6.62	39(34.5-44)	67.70	40.47±6.49	39.5(36-44)	U=1907.5 Z=-0.81 p=0.42

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

7.2. İnternet kullanım değişkenlerin dağılımı

Tablo 3’de görüldüğü gibi, katılımcıların Cep Telefon sahipliği olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede bakıldığında DEHB tanılı Çocukların Ebeveynleri için %1,5 (n=1) cep telefonu olmadığı, %98,5 Cep Telefon sahipliği bulunduğu (n = 64), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında %4,7 ’ünün cep telefonu olmadığı (n = 3), %95,3 Cep Telefon sahipliği bulunduğu (n = 61), görülmüştür. 5'den küçük göze sayısı oranı %50 olarak bulunmuş olup Exact testi uygulanmıştır. Buna göre gruplar ve cep telefonu sahipliği arasında anlamlı ilişki yoktur(p=0.37).

Katılımcılar cep telefonuna İnternet olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede bakıldığında DEHB tanılı çocukların ebeveynleri için %4,6 (n=3) cep telefonuna İnternet olmadığı, %95,4 cep telefonuna İnternet bulunduğu (n = 62), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında %6,3’ünün cep telefonuna İnternet olmadığı (n=4), %93,8 cep telefonuna İnternet sahipliği bulunduğu (n = 60), görülmüştür. 5'den küçük göze sayısı oranı %50 olarak bulunmuş olup Exact testi uygulanmıştır. Buna göre gruplar ve cep telefonunda internet varlığı arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.72).

Katılımcılar cep telefonuna Oyun Oynuyor olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede bakıldığında DEHB tanılı çocukların ebeveynleri için %47,7 (n=31) cep telefonuna oyun oynamadığı, %52,3 cep telefonuna oyun oynadığı (n = 34), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında %54,7’ (n= 35) ünün cep telefonuna oyun oynamadığı, %45,3 cep telefonuna oyun oynadığı (n = 29), görülmüştür. Pearson Ki-kare testine göre gruplar ile cep telefonunda oyun oynayıp oynamama arasında anlamlı bir ilişki yoktur $\chi^2=0.63$ (p=0.43).

Katılımcıların evinde bilgisayar olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede bakıldığında DEHB tanılı çocukların ebeveynleri için %44,6 (n=29) evinde bilgisayar olmadığına, % 55,4 evinde bilgisayar olduğunu (n = 36), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında % 32,8 ünün evinde bilgisayar olmadığına (n= 21), % 67,2 evinde bilgisayar olduğunu (n=43), görülmüştür. Yates istatistiğine göre gruplar ile evde bilgisayar olup olmama durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur(p=0.23).

Katılımcıların evinde internet olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede bakıldığında DEHB tanılı çocukların ebeveynleri için %9,2 evinde internet olmadığına (n=6), % 90,8 evinde internet olduğunu (n = 59), görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında % 17,2 ünün evinde internet olmadığına (n= 11), % 82,8 evinde internet

olduğunu (n=53), görülmüştür. Yates istatistiğine göre gruplar ile evde internet olup olmama durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur $\chi^2=1.16$ (p=0.28).

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin internet mekan ilişkisine bakıldığında, %3,1 hiçbir yerde internet kullanmadığını (n=2), %24,6 evinde interneti kullandığını (n=16), %6,2 işyerinden (n=4), %66,2 cep telefonundan (n=43) kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubunun %1,6 hiçbir yerde internet kullanmadığını (n=1), %70,3 evinde interneti kullandığını (n=45), %9,4 işyerinde (n=6), %18,8 cep telefonundan (n = 12) kullandığı görülmüştür. Exact teste göre internet kullanılan yerler ile gruplar arasında anlamlı ilişki vardır (p<0.001). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin büyük çoğunluğu interneti cep telefonlarından kullanırken, kontrol grubu ise en fazla evden interneti kullanmaktadır.

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin internete hangi araç ile girdiğine bakıldığında, %3,1 hiçbir yerde internete girmediği (n=2), % 1,5 evindeki bilgisayarıyla interneti kullandığı (n=1), %95,4 cep telefonundan (n = 62) kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubunun %3,1 hiçbir yerde internete girmediği (n= 2), %1,6 işyerinin bilgisayarıyla, %1,6 evindeki bilgisayarıyla internet kullandığı (n =1), %93,8 cep telefonundan (n=60), kullandığı saptanmıştır. Exact teste göre internet kullanma araçları ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki yoktur(p=0.90).

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin internette hangi sitelerde vakit geçirdiğine bakıldığında, %38.5'i sosyal medyada vakit geçirirken (n=25), %21.5'i haber kanalında (n= 14), %12.3'ü eğitim sitelerinde (n=8), %9.2'i oyun sitelerinde (n=6) ve yine %9,2 alışveriş sitelerinde vakit geçirmektedir (n = 6). Kontrol grubunun % 40,6 'i sosyal medyada vakit geçirirken (n=26), %7,8'i haber kanalında (n= 18), %28,1'ü eğitim sitelerinde (n=18), %7,8'i oyun sitelerinde (n=5) ve % 4,7 alışveriş sitelerinde vakit geçirmektedir (n = 3). Exact teste göre hangi sitelerde zaman geçirildiği ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki vardır(p=0.03). DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu ve kontrol grubunda eşit bir şekilde sosyal medya platformu kullanmaktadır. DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu, kontrol grubundan daha fazla haber siteleri kullanmaktadır. Kontrol grubu ise DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubundan daha fazla eğitim sitelerde vakit geçirmektedir.

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin hangi sosyal medya platformlarında en fazla vakit geçirdiğine bakıldığında, %27,7 Facebook (n= 18), %1,5 Twitter (n=1),

%36,9 Instagram (n=24), %33,8 hiçbir yerde vakit geçirmektedir (n=22). Kontrol grubu ise %6,3 Facebook (n= 4), % 4,7 Twitter (n=3), % 70,3 Instagram (n=45), %18,8 hiçbir yerde vakit geçirmektedir (n=12). Exact teste göre kullanılan sosyal medya platformları ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu, kontrol grubundan daha fazla Facebook sitesinde vakit geçirmektedir. Kontrol grubu ise DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubundan daha fazla Instagram sitesinde vakit geçirmektedir. DEHB tanılı Çocukların Ebeveynleri %4,6 sabah (n=3), %47,7'si öğlen (n=31), %29,2'si akşam (n= 19), %15,4'ü ise gece (n=10) internet kullanmaktadır. Kontrol grubu ise %46.9'u öğlen (n=30), %46,9 akşam (n=30), %4,7'si ise gece (n=3) internet kullanmaktadır. Exact teste göre günün hangi saatinde internet kullanıldığı ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.04$). DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu, kontrol grubundan daha fazla geceleri internet kullanmaktadır. Kontrol grubu ise DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubundan daha fazla akşamları internet kullanmaktadır.

İnternetle tanışma yaşı ve DEHB tanılı çocukların ebeveynleri /kontrol grupları arasında gerçekleştirilen normallik testine göre değişkenlerin normalden sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle gruplar arasında İnternetle tanışma yaşı ortalamaları açısından fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Sıra ortalama puanına bakıldığında katılımcılarda 74,08 Ort:29,69 (SS: 9,26) kontrol gurubunda ise 55,77 Ort 26,6 (SS: 8,56). İnternetle tanışma yaşı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($U=1489.5$; $Z=-2.81$; $p=0.005$). DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu 29 yaşında internetle tanışmış kontrol grubu ise 26 yaşında tanışmıştır.

Hafta içi internet kullanım süresi ve DEHB tanılı çocukların ebeveynler /kontrol grupları arasında gerçekleştirilen normallik testine göre değişkenlerin normalden sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle guruplar arasında hafta içi internet kullanım süresi ortalamaları açısından fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Sıra ortalama puanına bakıldığında katılımcılarda 56,31 Ort 1,83 (SS: 0,67) kontrol gurubunda ise 73,83 Ort 2,23 (SS: 0,83). Hafta içi internet kullanım süresi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($U=1515$; $Z=-2.92$; $p=0.003$). DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu kontrol grubundan daha az süre ile hafta içi internet kullanmaktadır.

Hafta sonu internet kullanım süresi ve DEHB tanılı çocukların ebeveynler /kontrol grupları arasında gerçekleştirilen normallik testine göre değişkenlerin normalden sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle gruplar arasında hafta sonu internet kullanım süresi ortalamaları açısından fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Sıra ortalama puanına bakıldığında katılımcılarda 56,70 Ort:1,80 (SS:0,73) kontrol gurubunda ise 73,43 Ort:2,28 (SS:0,97). Hafta sonu internet kullanım süresi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır (U=1540.5; Z=-2.79 ;p=0.005). DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu kontrol grubundan daha az süre ile hafta sonu internet kullanmaktadır.



Tablo 3. DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanım değişkenleri

	DEHB-TÇE		Kontrol		Önem Düzeyi
	n (65)	%	n (64)	%	
Cep telefonu					p=0.24
Yok	1	1.5	3	4.7	
Var	64	98.5	60	93.8	
Cep Telefonun internet bağlantısı var mı?					p=0.72
Yok	3	4.6	4	6.3	
Var	62	95.4	60	93.8	
Cep Telefonu ile oyun oynuyor musunuz?					$\chi^2=0.63$ p=0.43
Hayır	31	47.7	35	54.7	
Evet	34	52.3	29	45.3	
Evinizde Bilgisayar var mı?					$\chi^2=1.43$ p=0.23
Yok	29	44.6	21	32.8	
Var	36	55.4	43	67.2	
İnterneti en çok nerede kullanıyorsunuz?					p<0.001*
Evde	16	24.6	45	70.3	
İşte	4	6.2	6	9.4	
Mobil	43	66.2	12	18.8	
Yok	2	3.1	1	1.6	
En sık ne aracılığı ile internete giriyorsunuz?					p=0.9
Cep telefonu	62	95.4	60	93.8	

Bilgisayar (masaüstü/laptop)	1	1.5	1	1.6	
İşteki bilgisayar	0	0	1	1.6	
Yok	2	3.1	2	3.1	
Hangi sitelerde ne kadar zaman geçiriyorsunuz?					p=0.03*
Sosyal medya platform	25	38.5	26	40.6	
E-mail	3	4.6	0	0	
Oyun siteleri	6	9.2	5	7.8	
Haber siteleri	14	21.5	5	7.8	
Eğitim	8	12.3	18	28.1	
Film	1	1.5	5	7.8	
Alışveriş	6	9.2	3	4.7	
Yok	2	3.1	2	3.1	
En sık hangi sosyal medya platformlarında zaman geçiriyorsunuz?					p<0.001*
Facebook	18	27.7	4	6.3	
Twitter	1	1.5	3	4.7	
Instagram	24	36.9	45	70.3	
Yok	22	33.8	12	18.8	
Evinizde İnternet					$\chi^2=1.16$

bağlantınız var mı?							p=0.28
Yok	6	9.2	11	17.2			
Var	59	90.8	53	82.8			
En çok günün hangi saatinde internet kullanıyorsunuz?							p=0.04*
Sabah	3	4.6	0	0			
Öğlen	31	47.7	30	46.9			
Akşam	19	29.2	30	46.9			
Gece	10	15.4	3	4.7			
Yok	2	3.1	1	1.6			
	DEHB-TÇE			Kontrol			
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Önem Düzeyi
İnternetle tanıştığınızda kaç yaşındaydınız?	74.08	29.69±9.26	30(25-35)	55.77	26.6±8.56	25(20-30)	u=1489.5 z=-2.81 p=0.005*
Hafta içi günlük internet kullanım süreniz kaç saat?	56.31	1.83±0.67	2(1-2)	73.83	2.23±0.83	2(2-3)	u=1515 z=-2.92 p=0.003*
Hafta sonu günlük internet kullanım süreniz kaç saat?	56.70	1.80±0.73	2(1-2)	73.43	2.28±0.97	2(2-3)	u=1540.5 z=-2.79 p=0.005*

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma N=sayı,%=sayı/χ²=Ki-kare,

7.3. İnternet ölçek puanları ve ilişkili verileri

Tablo 4 da YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB, KÇSA- ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları DEHB tanılı çocukların ebeveynler ve kontrol grubunda karşılaştırılmıştır. Ölçekler dağılım toplam puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir.

Young internet bağımlılığı testi-kısa formu (YİBT-KF) toplam puanı ile gruplar arasında gerçekleştirilen normallik testine göre gruplar arasında YİBT-KF ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. YİBT-KF toplam puanı DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunda Ort: 25,37 (SS: 9,21), kontrol grubunda Ort 22,72 (SS: 8,52) olduğu görülmüştür ($t= 1.696$; $p=0.09$).

ATBÖ-KF Levene testine göre varyanslar homojendir($p=0.32$). Toplam puanı DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunda Ort: 28,02 (SS: 11,33), kontrol grubunda Ort 24,89 (SS: 12,48) olduğu görülmüştür. Gruplar arasında akıllı telefon bağımlılığı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($t=1.49$, $p=0.14$).

İOOB ölçeğinde Levene testine göre varyanslar homojendir buna göre DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubu ile kontrol grubunun Duygudurum düzenleme, Çatışma, Nüks alt grupları ve İOOB toplam skorlarında arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (Duygudurum $t=2.39$, $p=0.02$; Çatışma $t=2.17$, $p=0.03^*$; Nüks $t=2.27$, $p=0.03^*$; İOOB_Çekilme $U=1642$, $Z=-2.22$, $p=0.03^*$; İOOB_ Toplam $t=2.298$, $p=0.02^*$). Buna göre DEHB çocukların ebeveynlerindeki grubu İOOB_ Duygudurum düzenleme, İOOB_çatışma ortalamaları, Çekilme ve toplam puanları DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunda kontrol grubundan fazladır.

İOOB_ Belirginlik-Tolerans alt grubunda Levene testine göre varyanslar homojendir. Toplam puanı DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunda Ort: 11,58 (SS: 6,06), kontrol grubunda Ort 9,78 (SS: 5,27) olduğu görülmüştür. Gruplar arasında İOOB_ Belirginlik-Tolerans puanı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır($p=0.07$).

Kompulsif çevrimiçi satın alma puanı ile gruplar arasında gerçekleştirilen normallik testine göre normallik varsayımında sapma tespit edilmiştir. KÇSA puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile

araştırılmıştır. Toplam puanı DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunda Ort: 17,14 (SS: 23,47), kontrol grubunda Ort 23,08 (SS: 23,53) olduğu görülmüştür. KÇSA puanına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.03^*$). Kontrol grubunun KÇSA puanı hasta grubundan yüksektir.

Tablo 4. DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının karşılaştırılması

	DEHB-TÇE			Kontrol			Önem Düzeyi
	Ortalama $\pm$ S.Sapma			Ortalama $\pm$ S.Sapma			
YİBT-KF toplam puanı	25.37 $\pm$ 9.21			22.72 $\pm$ 8.52			t=1.696 p=0.09
ATBÖ-KF toplam puanı	28.02 $\pm$ 11.33			24.89 $\pm$ 12.48			t=1.49 p=0.14
İOOB Ölçeği Toplam	39.98 $\pm$ 19.96			32.66 $\pm$ 16.08			t=2.298 p=0.02*
İOOB_Toleran_Belirginlik	11.58 $\pm$ 6.06			9.78 $\pm$ 5.27			t=1.80 p=0.07
İOOB_Duygudurum düzenleme	6.82 $\pm$ 4.05			5.34 $\pm$ 2.84			t=2.39 p=0.02*
İOOB_Çatışma	9.92 $\pm$ 5.39			8.09 $\pm$ 4.10			t=2.17 p=0.03*
İOOB_Nüks	5.78 $\pm$ 2.99			4.69 $\pm$ 2.49			t=2.27 p=0.03*
	Sıra ortalaması	Ort $\pm$ SS	Medyan	Sıra ortalaması	Ort $\pm$ SS	Medyan	Önem Düzeyi
İOOB_Çekilme	71.74	5.86 $\pm$ 3.14	5(3-8)	58.16	4.69 $\pm$ 2.59	3(3-6)	u=1642 z=-2.22 p=0.03*
KÇSA	58.27	17.14 $\pm$ 23.47	0(0-39)	71.84	23.08 $\pm$ 23.53	15.5(0-45)	u=1642.5 z=-2.14 p=0.03*

*ortalamalarda anlamlı fark: $p<0.05$; Ort $\pm$ SS = ortalama Standart sapma

Tablo 5 da YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB-Ö, KÇSA-Ö ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları DEHB tanılı çocukların ebeveynlerin çalışma durumu ile karşılaştırılmıştır. Ölçekler dağılım toplam puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre toplam için çalışma durumu arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 5. DEHB-TÇE grubunda çalışan ve çalışmayanlar arasında internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çalışmıyor (n=34)			Çalışıyor (n=31)			Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma			Ortalama±S.Sapma			
YİBT-KF	23.91±9.86			26.97±8.30			t=-1.34 p=0.18
ATBÖ-KF toplam puanı	27.09±11.83			29.03±10.85			t=-0.69 p=0.49
IOOB_Belirgin	10.82±6.08			12.42±6.04			t=-1.06 p=0.29
IOOB_Çekilme	5.53±3.02			6.23±3.28			t=-0.89 p=0.38
IOOB_Çatışma	9.21±4.85			10.71±5.91			t=-1.13 p=0.27
IOOB_Nüks	5.26±2.53			6.35±3.38			t=-1.48 p=0.14
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Önem Düzeyi
İOOB_Ölçeği Toplam	60.66	37.68±19.92	30(20-50)	35.56	42.52±20.01	45(20-61)	u=447.5 z=-1.08 p=0.28
IOOB_Duygudurum düzenleme	31.85	6.76±4.53	6(3-10.25)	34.26	6.87±3.52	7(3-9)	u=488 z=-0.53 p=0.596
KÇSA	33.74	18.32±24.45	0(0-40)	32.19	15.84±22.67	0(0-36)	u=502 z=0.36 p=0.72

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 6 da YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB-Ö, KÇSA-Ö ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları kontrol grubun ebeveynlerin çalışma durumu ile karşılaştırılmıştır. Ölçekler dağılım toplam puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre toplam için çalışma durumu arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 6. Kontrol grubunda çalışan ve çalışmayanlar arasında internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çalışmıyor (n=35)		Çalışıyor (n=29)		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
YİBT-KF	22±9.18		23.59±7.71		t= -0.74 p= 0.46
ATBÖ-KF toplam puanı	23.40±12.73		26.69±12.16		t= -1.05 p=0.298
İOOB_Belirgin	9.34±5.28		10.31±5.29		t= -0.73 p=0.47
KÇSA	24.14±25.28		21.79±21.60		t= 0.395 p= 0.69
	Çalışmıyor		Çalışıyor		
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Sıra ortalaması	Ort±SS	Önem Düzeyi
İOOB_Ölçeği Toplam	29.40	30.40±15.80	36.24	35.38±16.26	u= 399 z= -1.52 p= 0.13
İOOB_Duygudurum düzenleme	29.97	5.06±2.91	35.55	5.69±2.75	u= 419 z= -1.25 p=0.21
İOOB_Çekilme	30.47	4.40±2.39	34.95	5.03±2.81	u= 436.5 z= -1.08 p=0.28
İOOB_Çatışma	29.56	7.51±4.31	36.05	8.79±3.80	u= 404.5 z= -1.53 p=0.13
İOOB_Nüks	29.36	4.37±2.46	36.29	5.07±2.51	u=397.5 z= -1.65 p=0.10

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 7 de YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB-Ö, KÇSA-Ö ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları ve toplam puanlarının DEHB tanılı çocukların ebeveynlerin cinsiyet ile ilişkisi gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre toplam için cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 7. DEHB-TÇE grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi

	Kadın (n=50)			Erkek (n=15)			Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma			Ortalama±S.Sapma			
YİBT-KF	25.20±9.20			25.93±9.55			t=-0.27 p=0.79
ATBÖ-KF	28.20±10.93			27.40±12.95			t=0.24 p=0.81
İOOB_Toplam	39.18±20.31			42.67±19.16			t=-0.59 p=0.56
İOOB_Belirginlik	11.36±6.11			12.33±6.07			t=-0.54 p=0.59
İOOB_Duygudurum düzenleme	6.90±4.37			6.53±2.83			t=0.38 p=0.70
İOOB_Çekilme	5.84±3.15			5.93±3.24			t=-0.1 p=0.92
İOOB_Çatışma	9.42±4.90			11.60±6.71			t=-1.38 p=0.17
İOOB_Nüks	5.62±2.78			6.33±3.68			t=0.11 p=0.42
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Önem Düzeyi
KÇSA	34.5	19.26±23.98	1(0-40.25)	28	10.07±20.86	0(0-4)	u=300 z=-1.27 p=0.20

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 8 de YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB-Ö, KÇSA-Ö ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları ve toplam puanlarının kontrol grubun ebeveynlerin cinsiyet ile ilişkisi gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre toplam için cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 8. Kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi

	Kadın (n=48)		Erkek (n=16)		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
YİBT-KF	22.58±8.55		23.13 ±8.69		t= -0.22 p=0.83
ATBÖ-KF	24.56±12.59		25.88±12.51		t= -0.36 p=0.72
IOOB Toplam	32.67±16.42		32.63±15.50		t= 0.009 p=0.99
IOOB_Belirginlik	9.88±5.37		9.50±5.09		t= 0.25 p=0.81
IOOB_Duygudurum düzenleme	5.27±2.82		5.56±2.97		t= -0.35 p=0.73
KÇSA	24.29±24.32		19.44±21.28		t= 0.71 p=0.48
	Kadın		Erkek		
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Sıra ortalaması	Ort±SS	Önem Düzeyi
IOOB_Çekilme	32.61	4.67±2.56	32.16	4.75±2.74	u=378.50 z=-0.10 p=0.92
IOOB_Çatışma	32.66	8.08±4.11	32.03	8.13±4.21	u=376.5 z=-0.13 p=0.90
IOOB_Nüks	31.58	4.56±2.40	35.25	5.06±2.79	u=340 z= -0.76 p= 0.45

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 9’da DEHB tanılı Çocukların Ebeveynlerin de YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB-Ö, KÇSA-Ö ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları ruhsal hastalık olup olmama durumu ile karşılaştırılmıştır. Ölçekler dağılım toplam puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir.

Young internet bağımlılığı testi-kısa formu (YİBT-KF) toplam puanı ile gruplar arasında gerçekleştirilen normallik testine göre gruplar arasında YİBT-KF ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. YİBT-KF toplam puanı ruhsal hastalığı olmayan grubunda Ort: 24,57 (SS: 8,89), ruhsal hastalığı olan grubunda Ort: 28,92 (SS: 10.16) olduğu görülmüştür. ($t = -1,49$; $p=0.14$).

İOOB ölçeğinde (Toplam puan) Levene testine göre varyanslar homojendir buna göre ruhsal hastalığı olmayan ve olan grubunda Duygudurum düzenleme, Çatışma, Belirginlik, Çekilme, Nüks alt grupları ve İOOB toplam skorlarında arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. İOOB_toplam ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin İOOB_Toplam puanı ruhsal hastalığı olmayanlardan daha fazladır. ($t = -3,31$; $p=0.002$). Ruhsal hastalığı olan bireylerin İOOB_Belirginlik puanları, hastalığı olmayanlardan daha fazladır. ($t = -2.96$; $p=0.004$). Ruhsal hastalığı olan bireylerin İOOB_Çekilme puanları, hastalığı olmayanlardan daha fazladır. ($t = -3,36$; $p=0.001$). Ruhsal hastalığı olan bireylerin İOOB_Nüks puanları, hastalığı olmayanlardan daha fazladır ($t = -2,89$; $p=0.001$). Ruhsal hastalığı olan bireylerin İOOB_Duygudurum düzenleme puanları hasta olmayanlardan fazladır. ($p=0.003$). Ruhsal hastalığı olan bireylerin İOOB_Çatışma puanları hasta olmayanlardan fazladır. ($p=0.002$).

ATB-KF puanı ortalamalarına göre ruhsal hastalık olup olmama durumları arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Toplam puanı ruhsal hastalığı olmayan grubunda sıra ort 31,41, ruhsal hastalığı olan grubunda sıra ort 40,04 olduğu görülmüştür. ATB-KF toplam puanı ile gruplar arasında gerçekleştirilen normallik testine göre gruplar arasında ATB-KF ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ($p=0.15$).

Kompulsif çevrimiçi satın alma puanı ile gruplar arasında gerçekleştirilen normallik testine göre normallik varsayımında sapma tespit edilmiştir. KÇSA puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Ruhsal hastalığı olmayan grubunda sıra ort 29.09 , ruhsal hastalığı olan grubunda sıra Ort 50,25 olduğu görülmüştür. Ruhsal hastalığı olan bireylerin KÇSA puanları hasta olmayanlardan fazladır. ($p<0.001$)

Tablo 9. DEHB-TÇE grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ruhsal hastalığın eşlik edip etmemesi ile ilişkisi

	Ruhsal Hastalığı Yok(n=53)	Ruhsal Hastalığı Var(n=12)	Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma	Ortalama±S.Sapma	
YİBT-KF	24.57±8.89	28.92±10.16	t=-1.49 p=0.14
İOOB Toplam	36.36±18.73	56±17.78	t=-3.31 p=0.002*
İOOB_Belirginlik	10.58±5.76	10±5.59	t=-2.96 p=0.004*
İOOB_Çekilme	5.28±2.92	8.42±2.87	t=-3.36 p=0.001*
İOOB_Nüks	5.30±2.93	7.92±2.35	t=-2.89 p=0.005*
	Sıra ortalaması	Sıra ortalaması	Önem Düzeyi
ATB-KF	31.41	40.04	U=233.5 Z=-1.43 p=0.15
İOOB_Duygudurum düzenleme	29.75	47.38	U=145.5 Z=-3.02 p=0.003*
İOOB_Çatışma	29.67	47.71	U=141.5 Z=-3.08 p=0.002*
KÇSA	29.09	50.25	U=111 Z=-3.81 p<0.001*

Tablo 10 da YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB-Ö, KÇSA-Ö ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları kontrol grubunda ruhsal hastalıkların olup olmaması ile ilgili ilişkisi gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre toplam için ruhsal hastalıkların olup olmaması arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 10. Kontrol gurubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ruhsal hastalığın eşlik edip etmemesi ile ilişkisi

	Ruhsal Hastalığı Yok		Ruhsal Hastalığı Var		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
YİBT-KF	21.66±8.15		25.65±9.08		t= -1.68 p= 0.10
İOOB_Toplam	31.94±15.02		34.65±19.06		t= -0.59 p=0.56
İOOB_Belirginlik	9.64±5.21		10.18±5.56		t= -0.36 p=0.72
İOOB_Nüks	4.38±1.97		5.53±3.48		t= -1.28 p=0.21
ATB_KF	23.23±11.69		29.47±13.78		t= -1.79 p= 0.08
İOOB_Çatışma	8.04±3.82		8.24±4.94		t= -0.17 p=0.87
KÇSA	22.26±22.72		25.35±26.23		t= 0.46 p=0.65
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Sıra ortalaması	Ort±SS	Önem Düzeyi
İOOB_Çekilme	32.30	4.64±2.57	33.06	4.82±2.72	u=390 z= -0.16 p=0.87
İOOB_Duygudurum düzenleme	31.91	5.15±2.60	34.12	5.88±3.43	u= 372 z= -0.44 p= 0.66

Tablo 11’ de ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE ve kontrol gruplarında ölçek ortalamalarına göre anlamlı farklılık olup olmadığını tespit edebilmek adına normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız gruplar t testi; normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ruhsal hastalığı olmayan bireylerde KÇSA ortalamalarına göre DEHBT-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır(p=0.02). Buna göre ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubunun KÇSA ortalamaları DEHBT-TÇE grubundan daha fazladır

Tablo 11. Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ilişkisi

	Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE		Ruhsal hastalığı olmayan Kontrol		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
YİBT-KF toplam puanı	24.57±8.89		21.66±8.15		t= 1.696 p= 0.09
ATBÖ-KF toplam puanı	27.04±11.11		23.23±11.69		t= 1.67 p=0.09
İOOB Ölçeği Toplam	36.36±18.73		31.94±15.02		t= 1.31 p= 0.19
İOOB_Toleran_Belirginlik	10.58±5.76		9.64±15.02		t=0.86 p= 0.39
İOOB_Nüks	5.30±2.93		4.38±1.97		t=1.86 p=0.07
KÇSA	11.87±20.43		22.26±22.72		t= -2.41 p=0.02*
	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	
İOOB_Duygudurum düzenleme	52.87	6.17±3.91	47.83	5.15±2.60	u= 1120 z= -0.91 p= 0.36
İOOB_Çatışma	52.41	9.02±5.22	48.35	8.04±3.82	u=1144.5 z=-0.74 p=0.46
İOOB_Çekilme	53.22	5.28±2.92	47.44	4.64±2.57	u= 1101.5 z= -1.09 p= 0.28

Tablo 12 de ruhsal hastalığı olan bireylerde İOOB-toplam ortalamalarına göre DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır($p=0.01$). Buna göre ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE grubunun İOOB-toplam ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Ruhsal hastalığı olan bireylerde İOOB-belirginlik ortalamalarına göre DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır($p=0.01$). Buna göre ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE grubunun İOOB-belirginlik ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Ruhsal hastalığı olan bireylerde İOOB-duygudurum_düzenleme ortalamalarına göre DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır($p=0.01$). Buna göre ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE grubunun İOOB-duygudurum_düzenleme ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Ruhsal hastalığı olan bireylerde İOOB-çatışma ortalamalarına göre DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır($p=0.003$). Buna göre ruhsal hastalığı olan hasta grubunun İOOB-çatışma ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Ruhsal hastalığı olan bireylerde İOOB-nüks ortalamalarına göre DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır($p=0.049$). Buna göre ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE grubunun İOOB-nüks ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Ruhsal hastalığı olan bireylerde İOOB-çekilme sıra ortalamalarına göre DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır($p=0.003$). Buna göre ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE grubunun İOOB-çekilme sıra ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Tablo 12. Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda internet kullanımı ile ilgili ölçek puanlarının ilişkisi

	Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE		Ruhsal hastalığı olan Kontrol		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
YİBT-KF toplam puanı	28.92±10.16		25.65±9.08		t=0.91 p=0.37
İOOB Ölçeği_Toplam	56±17.78		34.65±19.06		t=3.05 p=0.01*
IOOB_Toleran_Belirginlik	16±5.59		10.18±5.56		t=2.77 p=0.01*
IOOB_Duygudurum düzenleme	9.67±3.52		5.88±3.43		t=2.896 p=0.01*
IOOB_Çatışma	13.92±4.34		8.24±4.94		t=3.20 p=0.003*
IOOB_Nüks	7.92±2.35		5.53±3.48		t=2.06 p=0.049
KÇSA	40.42±22.51		25.35±26.23		t=1.61 p=0.12
	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	
ATBÖ-KF toplam puanı	16	32.33±11.72	14.29	29.47±13.78	u=90 z=-0.53 p=0.62
IOOB_Çekilme	20.42	8.42±2.87	11.18	4.82±2.72	u=37 z= -2.97 p=0.003*

7.4. Dürtüsellik ölçeklerin puanları ve ilişkili verileri

Tablo 13 de WU-Ö, toplam puanın 36 üzerinde olup olmaması ile ilişkisi gösterilmiştir. Yates istatistiğine göre anlamlı ilişki yoktur($p=0.34$).

Tablo 13. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerindeki ve kontrol grubund WU-Ö 36 puan üzeri ilişkisi

	DEHB-TÇE (n=65)		Kontrol (n=64)		Önem Düzeyi
	n	%	n	%	
DEHB yok	53	48.2	57	51.8	$\chi^2= 0.92$ $p= 0.34$
DEHB var	12	63.2	7	36.8	
Ruhsal hastalık yok	53	81.5	47	73.4	$\chi^2=0.79$ $p=0.37$
Ruhsal hastalık var	12	18.5	17	26.6	

Tablo 14 de WU-Ö, Barratt-Ö, UPPS ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları DEHB tanılı çocukların ebeveynler ve kontrol grubunda karşılaştırılmıştır. Ölçekler dağılım toplam puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre sadece UPPS _Sebatsızlık ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($t=2.21$; $p=0.03$). DEHB-TÇE gruplarının UPPS _Sebatsızlık ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Tablo 14. DEHB-TÇE ve kontrol grubunda dürtüsellik ölçek puanlarının karşılaştırılması

	DEHB-TÇE			Kontrol			Önem Düzeyi
	Ortalama $\pm$ S.Sapma			Ortalama $\pm$ S.Sapma			
WU Ölçeği toplam puanı	20.55 $\pm$ 15.74			17.47 $\pm$ 13.42			$t=1.197$ $p=0.23$
BD_ Motor	17.58 $\pm$ 4.28			18.31 $\pm$ 4.38			$t=-0.96$ $p=0.34$
UPPS Dürtüsel Davranış_ Toplam	116.51 $\pm$ 15.51			112.67 $\pm$ 11.69			$t=1.59$ $p=0.12$
UPPS Dürtüsel Davranış_ Heyecan Arayışı	21.18 $\pm$ 9.06			21.58 $\pm$ 7.44			$t=-0.27$ $p=0.79$
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık	33.82 $\pm$ 5.65			31.52 $\pm$ 6.17			$t=2.21$ $p=0.03^*$
	Sıra ortalama ması	Ort $\pm$ SS	Medya n	Sıra ortalama ması	Ort $\pm$ SS	Medya n	Önem Düzeyi
BD_ Ölçeği_ Toplam	69.30	56.45 $\pm$ 11.27	53(48.5-63)	60.63	51.89 $\pm$ 3.58	52(46-62)	$u=1800.5$ $z=-1.32$ $p=0.19$
BD_ Dikkat	70.18	14.80 $\pm$ 3.89	15(11.5-17.5)	59.74	13.81 $\pm$ 3.98	13(11-16)	$u=1743.5$ $z=-1.59$ $p=0.11$
BD_ Planlama	67.65	24.25 $\pm$ 5.47	24(19.5-29)	62.31	25.02 $\pm$ 0.88	23.5(19-28)	$u=1908$ $z=-0.81$ $p=0.42$
UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği	67.81	37.68 $\pm$ 6.11	40(34-42.5)	62.15	37.44 $\pm$ 4.92	38(35-40)	$u=1897.5$ $z=-0.87$ $p=0.39$
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık	66.54	23.83 $\pm$ 9.61	21(15-33)	63.44	22.14 $\pm$ 6.77	21(16-25-26)	$u=1980$ $z=-0.47$ $p=0.64$

*ortalamalarda anlamlı fark: $p<0.05$; Ort $\pm$ SS = ortalama Standart sapma

Tablo 15 de WU-Ö, Barratt-Ö, UPPS ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları çalışma durumu ile karşılaştırılmıştır. Ölçekler dağılım toplam puanı ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre toplam için çalışma durumu arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 15. DEHB-TÇE çalışan ve çalışmayanlar arasında dürtüsellik ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çalışmıyor(n=34)			Çalışıyor(n=31)			Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma			Ortalama±S.Sapma			
WU Toplam	11.12±15.16			23.23±16.18			t=-1.31 p=0.19
BD_Toplam	55.88±11.51			57.06±11.15			t=-0.42 p=0.68
BD_ Dikkat	14.5±4.14			15.13±3.64			t=-0.65 p=0.52
BD_ Planlama	24.06±5.74			24.45±5.25			t=-0.29 p=0.78
UPPS Dürtüsel Davranış_ Toplam	116.24±15.44			116.81±15.82			t=-0.15 p=0.88
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık	24.41±9.93			23.19±9.36			t=0.51 p=0.61
UPPS Dürtüsel Davranış_ Heyecan Arayışı	20.88±8.58			21.52±9.69			t=-0.28 p=0.78
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık	33.5±5.62			34.16±5.76			t=-0.47 p=0.64
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Önem Düzeyi
BD_ Motor	31.93	17.32±4.07	16(15-19.25)	34.18	17.87±4.55	17(15-20)	u=490.5 z=-0.48 p=0.63
UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği	31.25	37.44±5.75	40(34-41)	34.92	37.94±6.57	40(33-44)	u=467.5 z=-0.79 p=0.43

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 16. Kontrol grubun çalışan ve çalışmayanlar arasında dürtüsellik ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çalışmıyor(n=35)		Çalışıyor(n=29)		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
BD_ Dikkat	13.57±3.92		14.10±4.10		t= -0.53 p= 0.598
UPPS Dürtüsel Davranış_ Toplam	112±13.20		113.48±9.72		t= -0.50 p=0.62
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık	21.57±7.19		22.83±6.27		t= -0.74 p= 0.46
UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği	38.37±4.41		36.31±5.33		t= 1.69 p=0.10
	Çalışmıyor(n=34)		Çalışıyor(n=31)		
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Sıra ortalaması	Ort±SS	Önem Düzeyi
WU Toplam	30.27	16.37±13.57	35.19	18.79±13.35	u=429.5 z=-1.05 p=0.29
BD Toplam	31.79	51.91±13.66	32.78	51.86±13.73	u=482.5 z=-0.34 p=0.74
BD_ Planlama	32.27	24.63±10.55	32.78	25.48±11.43	u=499.5 z=-0.11 p=0.91
BD_ Motor	29.56	17.77±4.62	36.05	18.97±4.06	u=404.5 z=-1.395 p=0.16
UPPS Dürtüsel Davranış_ Heyecan Arayışı	29.13	20.20±7.49	36.57	23.24±7.14	u=389.5 z=-1.60 p=0.11
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık	34.14	31.86±6.86	30.52	31.10±5.31	u=450 z=-0.78 p=0.44

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 17 de WU-Ö, BD-Ö, UPPS ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde cinsiyet ile ilişkisi gösterilmiştir. Ortalamalarına göre cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Normallik testine göre normallik varsayımında sapma tespit edilen puanı ortalamalarına göre cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre toplam için cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 17. DEHB-TÇE dürtüsellik ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi

	Kadın (n=50)			Erkek (n=15)			Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma			Ortalama±S.Sapma			
WU Toplam	19.14±15.43			25.27±16.39			t=-1.33 p=0.19
BD_Toplam	55.58±10.95			59.33±12.20			t=-1.13 p=0.26
BD_Planlama	23.80±5.53			25.73±5.20			t=-1.20 p=0.23
UPPS Dürtüsel Davranış Toplam	115.40±16.58			120.20±10.83			t=-1.05 p=0.297
UPPS Dürtüsel Davranış Sıklık	24.38±9.97			22±8.33			t=0.84 p=0.40
UPPS Dürtüsel Davranış Sebatsızlık	33.48±5.78			34.93±5.20			t=-0.87 p=0.39
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Sıra ortalaması	Ort±SS	Medyan	Önem Düzeyi
BD_Dikkat	32.10	14.62±3.97	15(11-17)	36	15.40±3.68	15(13-18)	u=330 z=-0.70 p=0.48
BD_Motor	32.53	17.38±4.06	16.5(15-19.25)	34.57	18.27±5.05	17(14-20)	u=351.5 z=-0.37 p=0.71
UPPS Dürtüsel Davranış Tasarlama eksikliği	30.67	37.24±5.73	39.5(33.75-41)	40.77	39.13±7.25	41(40-44)	u=258.5 z=-1.84 p=0.07
UPPS Dürtüsel Davranış Heyecan Arayışı	30.97	20.30±8.67	18(14-23.25)	39.77	24.13±10.01	22(15-29)	u=273.5 z=-1.59 p=0.11

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 18 de WU-Ö, BD-Ö, UPPS ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları kontrol grubun ebeveynlerinde cinsiyet ile ilişkisi gösterilmiştir. Ortalamalarına göre cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Normallik testine göre normallik varsayımında sapma tespit edilen puanı ortalamalarına göre cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre toplam için cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 18. Kontrollerin dürtüsellik ölçek puanlarının cinsiyet ile ilişkisi

	Kadın (n=48)	Erkek (n=16)	Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma	Ortalama±S.Sapma	
UPPS Dürtüsel Davranış_ Toplam	112.63±11.98	112.81±11.12	t= -0.06 p=0.96
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık	21.69±6.55	23.50±7.44	t= -0.93 p=0.36
BD_ Dikkat	13.67±3.57	14.25±5.13	t=0.42 p=0.68
BD_ Motor	17.90±4.04	19.56±5.21	t=-1.33 p=0.19
UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği	38.17±4.05	35.25±6.59	t=1.67 p=0.11

	Kadın		Erkek		Önem Düzeyi
	Sıra ortalaması	Ort±SS	Sıra ortalaması	Ort±SS	
WU Toplam	30.75	16.79±13.83	37.75	19.5±12.29	u=300 z=-1.30 p=0.19
BD Toplam	32.97	52.67±12.28	31.09	49.56±17.16	u=361.5 z=- 0.35 p= 0.73
BD_ Planlama	31.59	24.06±9.43	35.22	27.88±14.38	u=340.5 z= -0.68 p=0.50
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık	34.58	32.13±6.14	26.25	29.69±6.07	u= 284 z= -1.55 p= 0.12
UPPS Dürtüsel Davranış_ Heyecan Arayışı	30.76	20.65±6.93	37.72	24.38±8.42	u= 300.5 z= -1.30 p= 0.19

Tablo 19 da WU-Ö, BD-Ö, UPPS ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları ruhsal hastalıkların olup olmaması ile ilişkisi gösterilmiştir. Ortalamalarına göre ruhsal hastalıkların olup olmaması arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Normallik testine göre normallik varsayımında sapma tespit edilen puanı ortalamalarına göre ruhsal hastalıkların olup olmaması arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre UPPS_toplam ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.01$). Buna göre ruhsal rahatsızlığı olmayan bireylerin UPPS_toplam puanları hastalardan daha fazladır. Diğer ölçekler ise ruhsal hastalıkların olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 19. DEHB-TÇE dürtüsellik ölçek puanlarının ruhsal hastalığın olup olmaması ile ilişkisi

	Ruhsal Hastalığı Yok(n=53)	Ruhsal Hastalığı Var(n=12)	Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma	Ortalama±S.Sapma	
WU toplam	21.57±16.53	16.08±11.11	t=1.09 p=0.28
Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam	55.49±10.99	60.67±11.97	t=-1.45 p=0.15
BD_ Planlama	23.91±5.49	25.75±5.38	t=-1.06 p=0.296
UPPS Dürtüsel Davranış_ toplam	118.09±16.42	109.5±7.65	t=2.72 p=0.01*
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık	24.17±9.54	22.33±10.17	t=0.595 p=0.55
UPPS Dürtüsel Davranış_ Heyecan Arayışı	21.49±9.72	19.83±5.37	t=0.57 p=0.57
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık	34.06±5.97	32.75±3.98	t=0.72 p=0.47
	Sıra ortalaması	Sıra ortalaması	Önem Düzeyi
BD_ Dikkat	31.63	39.04	u=245.5 z=-1.23 p=0.22
BD_ Motor	31.75	38.50	u=252 z=-1.12 p=0.26
UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği	35.13	23.58	u=205 z=-1.93 p=0.05

Tablo 20 de WU-Ö, BD-Ö, UPPS ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları ruhsal hastalıkların olup olmaması ile ilişkisi gösterilmiştir. Ortalamalarına göre ruhsal hastalıkların olup olmaması arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Normallik testine göre normallik varsayımında sapma tespit edilen puanı ortalamalarına göre ruhsal hastalıkların olup olmaması arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre UPPS_Tasarlama eksikliği ($p=0.04$); UPPS_Sıkışıklık ($p<0.001$) ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Buna göre ruhsal rahatsızlığı olmayan bireylerin UPPS_toplam puanları hastalardan daha fazladır. Diğer ölçekler ise ruhsal hastalıkların olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir

Tablo 20. Kontrol grubundaki dürtüsellik ölçek puanlarının ruhsal hastalığın olup olmaması ile ilişkisi

	Ruhsal Hastalığı Yok		Ruhsal Hastalığı Var		Önem Düzeyi
	Ortalama $\pm$ S.Sapma		Ortalama $\pm$ S.Sapma		
WU toplam	17.49 $\pm$ 13.93		17.41 $\pm$ 12.28		t= 0.02 p= 0.98
BD toplam	49.87 $\pm$ 14.35		57.47 $\pm$ 9.45		t= -2.03 p=0.05
UPPS Dürtüsel Davranış_ Toplam	112.72 $\pm$ 12.17		112.53 $\pm$ 10.57		t= 0.06 p=0.95
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık	20.43 $\pm$ 6.16		26.88 $\pm$ 6.21		t= -3.69 p<0.001*
UPPS Dürtüsel Davranış_ Heyecan Arayışı	22.49 $\pm$ 7.79		19.06 $\pm$ 5.86		t= 1.65 p=0.10
BD_ Dikkat	13.62 $\pm$ 4.18		14.35 $\pm$ 3.43		t=-0.65 p=0.52
UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği	38.19 $\pm$ 4.65		35.35 $\pm$ 5.18		t= 2.09 p=0.04*
	Sıra ortalaması	Ort $\pm$ SS	Sıra ortalaması	Ort $\pm$ SS	Önem Düzeyi
BD_ Planlama	29.96	24.91 $\pm$ 12.37	39.53	25.29 $\pm$ 5.13	u=280 z= -1.82 p= 0.07
UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık	33.27	31.62 $\pm$ 6.45	30.38	31.24 $\pm$ 5.49	u= 516.5 z= -0.55 p=0.58
BD_ Motor	32.65	18.49 $\pm$ 4.78	32.09	17.82 $\pm$ 3.11	u=392.5 z= -0.11 p=0.92

*ortalamalarda anlamlı fark: $p<0.05$; Ort $\pm$ SS = ortalama Standart sapma

Tablo 21 de ruhsal hastalığı olmayan bireylerde BD_toplam ortalamalarına göre DEHBT-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0.03). Buna göre ruhsal hastalığı olmayan DEHBT-TÇE grubunun BD_toplam ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Ruhsal hastalığı olmayan bireylerde UPPS_Sıkışıklık ortalamalarına göre DEHBT-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0.02). Buna göre ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE grubunun UPPS_Sıkışıklık ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Ruhsal hastalığı olmayan bireylerde UPPS_Sebatsızlık sıra ortalamalarına göre DEHBT-TÇE ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır(p=0.03). Buna göre ruhsal hastalığı olmayan DEHBT-TÇE grubunun UPPS_Sebatsızlık sıra ortalamaları kontrol grubundan daha fazladır.

Tablo 21. Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda dürtüsellik ile ilgili ölçek puanların ilişkisi

	Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE		Ruhsal hastalığı olmayan Kontrol		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
WU Ölçeği toplam puanı	21.57±16.53		17.49±13.93		t= 1.32 p=0.19
BD_Ölçeği_Toplam	55.49±10.995		49.87±14.35		t= 2.21 p= 0.03*
BD_ Dikkat	14.51±3.81		13.62±4.18		t= 1.12 p=0.27
BD_ Motor	17.30±4.14		18.49±4.78		t=-1.33 p=0.19
UPPS Dürtüsel Davranış_Toplam	118.09±16.42		112.72±12.18		t= 1.84 p= 0.07
UPPS Dürtüsel Davranış_Sıkışıklık	24.17±9.54		20.43±6.16		t=2.36 p=0.02*
UPPS Dürtüsel Davranış_Tasarlama eksikliği	38.38±5.64		38.19±4.65		t= 0.18 p=0.86
UPPS Dürtüsel Davranış_Heyecan Arayışı	21.49±9.72		22.49±7.79		t=-0.56 p=0.58
	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	
BD_Planlama	53.41	23.91±5.49	47.22	24.91±12.37	u= 1091.5 z= -1.07 p= 0.29
UPPS Dürtüsel Davranış_Sebatsızlık	56.48	34.06±5.97	43.76	31.62±6.45	u= 928.5 z=-2.195 p=0.03*

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05; Ort±SS = ortalama Standart sapma

Tablo 22 de WU-Ö, BD-Ö, UPPS ölçeklerinin toplam puanları ve alt grup puanları kontrol grubun ebeveynlerinde cinsiyet ile ilişkisi gösterilmiştir. Ortalamalarına göre cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar T testi ile araştırılmıştır. Varyans homojenliği ise Levene testi ile incelenmiştir. Normallik testine göre normallik varsayımında sapma tespit edilen puanı ortalamalarına göre cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre toplam için cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Tablo 22. Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE ve kontrol grubunda dürtüsellik ile ilgili ölçek puanlarının ilişkisi

	Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE		Ruhsal hastalığı olan Kontrol		Önem Düzeyi
	Ortalama±S.Sapma		Ortalama±S.Sapma		
WU Ölçeği toplam puanı	16.08±11.11		17.41±12.28		t=-0.298 p=0.77
BD_Ölçeği_Toplam	60.67±11.97		57.47±9.45		t=0.80 p=0.43
BD_Planlama	25.75±5.38		25.29±5.13		t=0.23 p=0.82
BD_Dikkat	16.08±4.19		14.35±3.43		t=1.22 p=0.23
UPPS Dürtüsel Davranış Toplam	109.5±7.65		112.53±10.57		t=-0.85 p=0.41
UPPS Dürtüsel Davranış Sıkışıklık	22.33±10.17		26.88±6.21		t= -1.38 p=0.19
UPPS Dürtüsel Davranış Heyecan Arayışı	19.83±5.37		19.06±5.86		t=0.36 p=0.72
UPPS Dürtüsel Davranış Sebatsızlık	32.75±3.98		31.24±5.49		t=0.81 p=0.42
	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	Sıra Ort.	Ortalama±S.Sapma	
BD_Motor	15.29	18.83±4.84	14.79	17.82±3.11	u=98.5 z= -0.16 p=0.88
UPPS Dürtüsel Davranış Tasarlama eksikliği	14.54	34.58±7.33	15.32	35.35±5.18	u=96.5 z=-0.25 p=0.81

7.5. Psikometrik Ölçek puanlarının Korelasyon Analizleri

Tablo 23’de DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunda YİBT-KF, ATBÖ-KF, İOOB, KÇSA, Wender Utah, Barratt, UPPS toplam puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin korelasyon analizinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışmada 0.05’e eşit ya da küçük p değerleri bulunan korelasyon katsayılarının anlamlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca $r < 0.2$ ise çok zayıf ilişki ya da korelasyon yok, 0.2-0.4 arasında ise zayıf korelasyon, 0.4-0.6 arasında ise orta şiddette korelasyon, 0.6-0.8 arasında ise yüksek korelasyon, $0.8 >$ ise çok yüksek korelasyon olduğu şeklinde yorumlandı. Normal dağılımdan sapma gösteren değişkenlerin korelasyon analizinde ise Spearman kullanılmıştır.

YİBT-KF ile ATB toplam arasında pozitif ve çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır ($r^a=0.85$; $p<0.001$). YİBT-KF ile İOOB arasında orta şiddette pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($r^a=0.54$; $p<0.001$). YİBT-KF ile KÇSA arasında orta şiddette pozitif bir ilişki vardır ($r^a=0.52$ $p<0.001$). YİBT-KF toplam ile Wender Utah arasında zayıf ve pozitif bir ilişki vardır ($r^b=0.33$ $p<0.001$). YİBT-KF ile Barratt toplam zayıf ve pozitif bir ilişki vardır ($r^b=0.33$ $p<0.001$).

ATBÖ-KF ile İOOB arasında orta şiddette pozitif bir ilişki vardır ($r^a=0.54$; $p<0.001$). ATBÖ-KF ile KÇSA arasında orta şiddette pozitif bir ilişki vardır ($r^a=0.52$; $P<0.001$). ATBÖ-KF toplam ile Barratt toplam arasında zayıf ve pozitif bir ilişki vardır ($r^b=0.31$; $p<0.001$).

İOOB ile KÇSA arasında zayıf ve pozitif bir ilişki vardır ($r^a=0.35$; $p<0.001$). İOOB ile Barratt arasında zayıf ve pozitif bir ilişki vardır ($r^b=0.33$; $p<0.001$).

KÇSA toplam ile Barratt toplam arasında pozitif ve çok zayıf bir ilişki vardır ($r^b=0.18$; $p=0.04$). KÇSA toplam ile UPPS toplam arasında zayıf ve pozitif bir ilişki vardır ($r^a=0.25$; $p=0.005$).

Wender Utah ile Barratt toplam arasında orta şiddette pozitif bir ilişki vardır ($r^b=0.52$; $p<0.001$).

Tablo 23. DEHB-TÇE Psikometrik Ölçek puanların Korelasyon Analizler

	YİBT-KF toplam	ATBÖ-KF	İOOB_toplam	KÇSA toplam	Wender Utah	Barratt toplam	UPPS toplam
YİBT-KF toplam	1	$r^a=0.85$ p<0.001*	$r^a=0.54$ p<0.001*	$r^a=0.52$ p<0.001*	$r^a=0.24$ p=0.007*	$r^b=0.33$ p<0.001*	$r^a=0.12$ p=0.17
ATBÖ-KF toplam		1	$r^a=0.54$ p<0.001*	$r^a=0.52$ p<0.001*	$r^a=0.14$ p=0.13	$r^b=0.31$ p<0.001*	$r^a=0.03$ p=0.77
İOOB_toplam			1	$r^a=0.35$ p<0.001*	$r^a=0.09$ p=0.31	$r^b=0.33$ p<0.001*	$r^a=0.02$ p=0.85
KÇSA toplam				1	$r^a=0.13$ p=0.13	$r^b=0.18$ p=0.04*	$r^a=0.25$ p=0.005*
Wender Utah					1	$r^b=0.52$ p<0.001*	$r^a=0.13$ p=0.14
Barratt toplam						1	$r^b=0.07$ p=0.45
UPPS toplam							1

a: Pearson Korelasyon b: Spearman Korelasyon

Tablo 24’de DEHB tanılı çocukların ebeveynler ve kontrol grubunda Barratt ölçeğinin alt grupları ile IOOB ölçeğinin alt grupları arasındaki ilişki incelenmiştir. DEHB tanılı çocukların ebeveynler grubunda normallik koşullarında yapılmış analize göre IOOB_Çatışma ve IOOB_Nüks ile Barratt_Toplam arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki bulunmaktadır (IOOB_Çatışma ve Barratt_Toplam $r^a=0.27$ $p=0.03$, IOOB_Nüks ve Barratt_Toplam $r^a=0.25$ $p=0.048$).

Kontrol grubunda IOOB_Belirgin ile Barratt_Dikkat ve Barratt_Toplam puanları arasında pozitif orta dereceli bir ilişki, IOOB_Belirgin ile Barratt_Motor puanları arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır. (IOOB_Belirgin ile Barratt_Dikkat $r^a=0.40$ $p=0.001$; IOOB_Belirgin ve Barratt_Toplam için $r=0.43$ $p<0.001$; IOOB_Belirgin ile Barratt_Motor için $r=0.35$ $p=0.005$).

IOOB_Duygudurum ile Barratt_Dikkat, Barratt_Motor, Barratt_Toplam arasında pozitif ve zayıf bir ilişki bulunmaktadır (IOOB_Duygudurum ve Barratt_Dikkat için $r=0.34$ $p=0.006$; IOOB_Duygudurum ve Barratt_Motor için $r=0.23$ $p=0.07$; IOOB_Duygudurum ve Barratt_Toplam için $r=0.35$ $p=0.004$).

IOOB_Çekilme ile Barratt_Dikkat, Barratt_Toplam arasında pozitif orta şiddetli ilişki bulunmaktadır (IOOB_Çekilme ve Barratt_Dikkat için $r=0.51$ $p<0.001$; IOOB_Çekilme ve Barratt_Toplam için $r=0.42$ $p=0.001$). IOOB_Çekilme ile Barratt_Motor arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır (IOOB_Çekilme ve Barratt_Motor için $r=0.37$ $p=0.002$).

IOOB_Çatışma ile Barratt_Dikkat, Barratt_Toplam arasında pozitif orta şiddetli ilişki bulunmaktadır (IOOB_Çatışma ve Barratt_Dikkat için $r=0.46$ $p<0.01$; IOOB_Çatışma ve Barratt_Toplam için $r=0.41$ $p=0.001$). IOOB_Çatışma ile Barratt_Motor arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır (IOOB_Çatışma ve Barratt_Motor için $r=0.39$ $p=0.001$).

IOOB_Nüks ile Barratt_Dikkat, Barratt_Toplam arasında pozitif orta şiddetli ilişki bulunmaktadır (IOOB_Nüks ve Barratt_Dikkat için $r=0.46$ $p<0.001$; IOOB_Nüks ve Barratt_Toplam için $r=0.497$ $p<0.001$). IOOB_Nüks ile Barratt_Motor arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır (IOOB_Nüks ve Barratt_Motor için $r=0.31$ $p=0.01$).

IOOB_Toplam ile Barratt_Dikkat, Barratt_Toplam arasında pozitif orta şiddetli ilişki bulunmaktadır (IOOB_Nüks ve Barratt_Dikkat için $r=0.46$ $p<0.001$; IOOB_Nüks ve Barratt_Toplam için $r=0.44$ $p<0.001$). IOOB_Toplam ile Barratt_Motor arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır (IOOB_Toplam ve Barratt_Motor için $r=0.37$ $p=0.003$).

Tablo 24. İOOB ölçeğinden alınan puanların Barratt ölçeğiyle alınan puanlarla karşılaştırılması

DEHB-TÇE	Barratt_Dikkat	Barratt_Motor	Barratt_Planlama	Barratt_Toplam
IOOB_Belirginlik	$r^a=0.17$ p=0.19	$r^a=0.13$ p=0.31	$r^a=0.05$ p=0.68	$r^a=0.21$ p=0.09
IOOB_Duygudurum	$r^a=0.11$ p=0.39	$r^a=0.08$ p=0.51	$r^a=0.02$ p=0.87	$r^a=0.15$ p=0.22
IOOB_Çekilme	$r^a=0.11$ p=0.39	$r^a=0.13$ p=0.32	$r^a=0.01$ p=0.92	$r^a=0.17$ p=0.17
IOOB_Çatışma	$r^a=0.16$ p=0.21	$r^a=0.15$ p=0.25	$r^a=0.17$ p=0.19	$r^a=0.27$ p=0.03*
IOOB_Nüks	$r^a=0.17$ p=0.18	$r^a=0.18$ p=0.16	$r^a=0.09$ p=0.47	$r^a=0.25$ p=0.048*
IOOB_Toplam	$r^a=0.16$ p=0.22	$r^a=0.14$ p=0.26	$r^a=0.07$ p=0.60	$r^a=0.23$ p=0.07
KONTROL				
IOOB_Belirginlik	$r^a=0.40$ p=0.001*	$r^a=0.35$ p=0.005*	$r^b=0.09$ p=0.50	$r^b=0.43$ p<0.001*
IOOB_Duygudurum	$r^a=0.34$ p=0.006*	$r^a=0.23$ p=0.07*	$r^b=0.001$ p=0.99	$r^b=0.35$ p=0.004*
IOOB_Çekilme	$r^b=0.51$ p<0.001*	$r^b=0.37$ p=0.002*	$r^b=0.14$ p=0.29	$r^b=0.42$ p=0.001*
IOOB_Çatışma	$r^a=0.46$ p<0.01*	$r^a=0.39$ p=0.001*	$r^b=0.13$ p=0.29	$r^b=0.41$ p=0.001*
IOOB_Nüks	$r^a=0.46$ p<0.001*	$r^a=0.31$ p=0.01*	$r^b=0.18$ p=0.16	$r^b=0.497$ p<0.001*
IOOB_Toplam	$r^a=0.46$ p<0.001*	$r^a=0.37$ p=0.003*	$r^b=0.06$ p=0.65	$r^b=0.44$ p<0.001*

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05

Tablo 25’da DEHB tanılı çocukların ebeveynler ve kontrol grubunda UPPS ölçeğinin alt grupları ile IOOB ölçeğinin alt grupları arasındaki ilişki incelenmiştir. DEHBT-TÇE grubunda ölçekler arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Kontrol grubunda IOOB_Belirginlik ile UPPS_Tasarlama Eksikliği, UPPS_Sebatsızlık puanları arasında negatif ve zayıf bir ilişki vardır. IOOB_Belirgin ile Barratt_Motor puanları arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır. (IOOB_Belirginlik ile UPPS_Tasarlama Eksikliği $r^a=-0,34$ $p=0.006$; IOOB_Belirginlik ile UPPS_Sebatsızlık için $r=-0.31$ $p=0.01$).

IOOB_Çekilme ile UPPS_Tasarlama Eksikliği, UPPS_Sebatsızlık puanları arasında negatif ve zayıf bir ilişki vardır. IOOB_Çekilme ile UPPS_Sıkışıklık puanları arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır. (IOOB_Çekilme ile UPPS_Tasarlama Eksikliği $r^a=-0,304$ $p=0.02$; IOOB_Çekilme ile UPPS_Sebatsızlık için $r=-0.33$ $p=0.008$; IOOB_Çekilme ile UPPS_Sıkışıklık $r^a=-0,27$ $p=0.03$).

IOOB_Çatışma ile UPPS_Tasarlama Eksikliği, UPPS_Sebatsızlık puanları arasında negatif ve zayıf bir ilişki vardır. IOOB_Çatışma ile UPPS_Sıkışıklık puanları arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır. (IOOB_Çatışma ile UPPS_Tasarlama Eksikliği $r^a=-0,30$ $p=0.02$; IOOB_Çatışma ile UPPS_Sebatsızlık için $r=-0.32$ $p=0.01$; IOOB_Çatışma ile UPPS_Sıkışıklık $r^a=-0,27$ $p=0.03$).

IOOB_Nüks ile UPPS_Tasarlama Eksikliği, UPPS_Sebatsızlık puanları arasında negatif ve zayıf bir ilişki vardır. IOOB_Nüks ile UPPS_Sıkışıklık puanları arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır. (IOOB_Çatışma ile UPPS_Tasarlama Eksikliği $r^a=-0,34$ $p=0.006$; IOOB_Nüks ile UPPS_Sebatsızlık için $r=-0.37$ $p=0.003$; IOOB_Nüks ile UPPS_Sıkışıklık $r^a=-0,27$ $p=0.03$).

IOOB_Toplam ile UPPS_Tasarlama Eksikliği, UPPS_Sebatsızlık puanları arasında negatif ve zayıf bir ilişki vardır. IOOB_Toplam ile UPPS_Sıkışıklık puanları arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır. (IOOB_Toplam ile UPPS_Tasarlama Eksikliği $r^a=-0,34$ $p=0.007$; IOOB_Nüks ile UPPS_Sebatsızlık için $r=-0.31$ $p=0.003$; IOOB_Toplam ile UPPS_Sıkışıklık $r^a=-0,26$ $p=0.04$).

Tablo 25. İOOB ölçeğinden alınan puanların UPPS ölçeğiyle alınan puanlarla karşılaştırılması

DEHB-TÇE	UPPS Tasarlama eksikliği	UPPS Sıkışıklık	UPPS Heycan	UPPS Sebatsızlık	UPPS Toplam
IOOB_Belirginlik	$r^b=-0.11$ p=0.36	$r^a=0.05$ p=0.70	$r^a=0.07$ p=0.60	$r^a=0.09$ p=0.48	$r^a=0.05$ p=0.68
IOOB_Duygudurum	$r^b=-0.10$ p=0.45	$r^a=0.13$ p=0.31	$r^a=-0.05$ p=0.69	$r^a=0.13$ p=0.32	$r^a=0.06$ p=0.63
IOOB_Çekilme	$r^b=-0.08$ p=0.55	$r^a=0.05$ p=0.70	$r^a=-0.03$ p=0.83	$r^a=0.11$ p=0.40	$r^a=0.02$ p=0.89
IOOB_Çatışma	$r^b=-0.14$ p=0.28	$r^a=0.03$ p=0.81	$r^a=0.12$ p=0.35	$r^a=0.08$ p=0.51	$r^a=0.06$ p=0.61
IOOB_Nüks	$r^b=-0.103$ p=0.41	$r^a=-0.02$ p=0.90	$r^a=0.06$ p=0.63	$r^a=0.13$ p=0.30	$r^a=0.04$ p=0.78
IOOB_Toplam	$r^b=-0.11$ p=0.39	$r^a=0.04$ p=0.74	$r^a=0.05$ p=0.68	$r^a=0.11$ p=0.40	$r^a=0.05$ p=0.72
KONTROL					
IOOB_Belirginlik	$r^a=-0.34$ p=0.006*	$r^a=0.24$ p=0.06	$r^a=0.09$ p=0.47	$r^a=-0.31$ p=0.01*	$r^a=-0.11$ p=0.39
IOOB_Duygudurum	$r^a=-0.23$ p=0.07	$r^a=0.16$ p=0.20	$r^a=0.01$ p=0.92	$r^a=-0.21$ p=0.10	$r^a=-0.102$ p=0.42
IOOB_Çekilme	$r^b=-0.304$ p=0.02*	$r^b=0.27$ p=0.03*	$r^b=0.07$ p=0.59	$r^b=-0.33$ p=0.008*	$r^b=-0.14$ p=0.29
IOOB_Çatışma	$r^a=-0.30$ p=0.02*	$r^a=0.27$ p=0.03*	$r^a=0.08$ p=0.56	$r^a=-0.32$ p=0.01*	$r^a=-0.09$ p=0.49
IOOB_Nüks	$r^a=-0.34$ p=0.006*	$r^a=0.27$ p=0.03*	$r^a=0.07$ p=0.61	$r^a=-0.37$ p=0.003*	$r^a=-0.14$ p=0.28
IOOB_Toplam	$r^a=-0.34$ p=0.007*	$r^a=0.26$ p=0.04*	$r^a=0.08$ p=0.54	$r^a=-0.31$ p=0.01*	$r^a=-0.11$ p=0.41

*ortalamalarda anlamlı fark: p<0.05

8. TARTIŞMA

Bizim çalışmamızda seçilen DEHB-TÇE grubu ile kontrol grubu arasındaki internet kullanım özellikleri ve dürtüsellik ilişkisine bakılmıştır.

Çalışmamızda, DEHB-TÇE kontrol grubuna göre internet kullanım özellikleri ve internet ölçek puanları anlamlı farklılıklar saptanmıştır. DEHB-TÇE dürtüsellik belirtileri ile ilgili birkaç alt ölçekte fark saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda DEHB-TÇE en çok internetti telefondan % 66.2 kontrol grubu ise %70.3 evden kullanmıştır ($p<0.001$).

Bizim çalışmamızda hangi sitelerde zaman geçirildiği bakıldığında, DEHB-TÇE % 38.5 ve kontrol grubu %40.6 ile sosyal medya platformu kullandığı saptanmıştır ($p=0.03$).

Hangi sosyal medya platformlarında zaman geçirildiği bakıldığında gruplar arasında aynı şekilde anlamlı bir ilişki vardı. Bizim çalışmada DEHB-TÇE %36.9 instagram kullanımının en yüksek yüzdeye sahiptir. Kontrol grubu ise %70.3'ünün en yüksek yüzde ile instagram kullanmasına ilişkin farklılık anlamlıdır. Twitter kullanımı ise her iki grupta da en düşük seviyededir.

2011 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %32'si sosyal medya olarak en sık Facebook'u kullanmaktadır. Facebook'u %24 ile Whatsapp, %20 ile Facebook Messenger, %17 ile Twitter, %16 ile Instagram ve % 15 ile Skype takip etmektedir ²¹⁰.

Çalışmamızda günün hangi saatinde internet kullanıldığına bakıldığında da gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DEHB-TÇE grubunun en çok öğlenleri, kontrol grubu ise öğlen ve akşam eşit bir şekilde internetti kullanmaktadır ($p=0.04$).

İnternetle tanışma yaşı açısından karşılaştırıldığında DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. DEHB-TÇE grubunun internetle tanışma yaşı 29 yaş iken kontrol grubunun 26'dır. DEHB-TÇE grubundaki katılımcılar kontrol grubuna göre internetle daha ileri yaşta tanışmaktadır.

Hafta içi internet kullanım süresi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. DEHB-TÇE grubu kontrol grubundan daha az süre ile hafta içi internet kullanmaktadır ($p=0.003$).

Hafta sonu internet kullanım süresi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. DEHB-TÇE grubu kontrol grubundan daha az süre ile hafta sonu internet kullanmaktadır ($p=0.005$).

Hussain ve ark. yaptığı akıllı telefon ile internet erişiminin değerlendirildiği çalışmada ise Akıllı telefonlardan internete erişim süresinin günlük ortalama 2 saat 35 dakika olarak belirlenmiştir²¹⁰.

DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda, İOOB_Toplam, İOOB_Duygudurum düzenleme alt grub, İOOB_Çatışma alt grub, İOOB_Nüks alt grub, İOOB_Çekilme alt grubu DEHB-TÇE grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu, KÇSA ölçeğinde ise kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu, YİB ve ATB ölçeklerinde DEHB-TÇE ve kontrol grubunda anlamlı fark olmadığını görmekteyiz.

Bu sonuç literatürdeki bazı veriler ile örtüşmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verileri incelendiğinde, internet kullanan bireylerin %40,8'i interneti oyun oynamak için kullandığını belirtmektedir (TÜİK 2016). 2017 yılında yayınlanan iki sistematik gözden geçirme çalışmasına göre İOOB ortalama prevalansı toplum örnekleminde % 0,7 ila % 27,5 arasında değişmektedir^{129,130}.

Bizim çalışmamızda DEHB-TÇE ve kontrol grubu arasında çalışmayan ve çalışanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat örneğin, Hussein ve ark. yapılan çalışmalara göre yıllardır oyun oynayan bir kişinin işsiz kaldığında İOOB geliştirme riski, önceki durumuna nazaran daha fazladır²¹¹.

Çalışmamızda YİB, ATB, İOOB ve KÇSA ölçek puanlarında her DEHB-TÇE ve kontrol grubunda da cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatüre baktığımızda oyun oynama bozukluğu, kompulsif çevrimiçi satın alma bozukluğu, internet bağımlılığında cinsiyetler arası fark olmadığını bildiren çalışmaların yanında, kompulsif çevrimiçi satın almanın kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Black ve Shapira tarafından yapılan çalışmaya göre kompulsif çevrimiçi satın alma bozukluğunun çoğunlukla kadın tüketicilerde²¹² ve genç nesilde görüldüğü belirlenmiştir²¹³. Literatürde bizim bulgulara benzer olarak cinsiyetler arasında fark bulunmadığını gösteren çalışmalar vardır^{214,215}.

Bununla beraber Willoughby, Morahan-Martin, Kim ve arkadaşları yaptığı çalışmalarda erkeklerde YİB ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir^{216,217}.

KÇSA ölçek puanları karşılaştırıldığında ise çalışmamızda KÇSA ölçek puanına göre DEHB-TCE ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kontrol grubunun KÇSA ölçek puanının DEHB-TÇE grubundan yüksek olduğu saptanmıştır.

2017 yılında Lee ve ark. tarafından yapılan çalışmada KÇSA olan bireylerin, benlik kaygısı²¹⁸ depresyon, anksiyete bozukluğu, hayal dünyasında yaşama ve aile kaynaklı mutsuz deneyimler ile düşük sosyo- kültürel seviye gibi benzer özellikler taşıdığı görülmüştür^{219,220}.

DEHB-TÇE ruhsal hastalığı olmayan ve olanlar gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda, İOOB_Toplam, İOOB_Duygudurum düzenleme, IOOB_Çatışma, IOOB_Nüks, İOOB_Çekilme alt grup ölçeklerinde, KÇSA ölçeğinde ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu, YİBT ve ATB ölçeklerinde DEHBT-TÇE ruhsal hastalığı olmayan ve olanlar arasında anlamlı fark olmadığını görmekteyiz.

Kontrol grubu ruhsal hastalığı olmayan ve olanlar gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda anlamlı fark olmadığını görmekteyiz.

Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda KÇSA ölçeğinde kontrol grubunda ruhsal hastalığı olmayanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda İOOB Ölçeği_Toplam, IOOB_Tolerans_Belirginlik, IOOB_Duygudurum düzenleme, IOOB_Çatışma, IOOB_Çekilme ölçeğinde DEHB-TÇE ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

İnternet bağımlılığı ile ilgili Ko ve ark. tarafından yapılan araştırmalarda internet bağımlılığına sıklıkla diğer psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği öne sürülmüştür²²¹. Hatta problemli internet kullanımı olan bireylerde diğer psikiyatrik hastalıkların varlığının istisnadan ziyade bir kural olduğu belirtilmektedir. Black ve arkadaşlarının yetişkinlerle yaptıkları bir çalışmada internet bağımlılığı olan bireylerin %50'sinde ek bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır²²². Shapira ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise araştırmacılar problemli internet kullanımı olan bireylerin % 70'inde

duygudurum bozuklukları (depresyon % 10, bipolar %60), % 60'inde anksiyete bozukluğu (en sık sosyal anksiyete bozukluğu % 40), % 10'unda madde kötüye kullanımı/bağımlılığı (yaşam boyu % 55) tespit etmişlerdir ²²³. Bernardi ve arkadaşlarının yetişkin internet bağımlılarıyla yaptığı başka bir çalışmada ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%14), hipomani (%7), yaygın anksiyete bozukluğu (%15), sosyal anksiyete bozukluğu (%15), distimi (%7), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%7), borderline kişilik bozukluğu (%14) ve çekingen tip kişilik bozukluğu (%7) komorbid psikiyatrik tanımlar olarak gözlenmiş ve aynı çalışmada dissosiyatif deneyimler ölçeğinde görülen yüksek skorların internet bağımlılığının şiddeti ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır ²²⁴. Willoughby, Kim ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda aşırı internet kullanımının depresyon, ölüm-intihar düşünceleri, düşük benlik saygısı, yalnızlık ve sosyal izolasyon ile ilişkili olduğu bulunmuş ve yine depresyon ölçeği skorlarının internet bağımlılarında daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ^{225,226}.

Yingjiao ve ark. yaptığı çalışmalarda, internette oyun oynama bozukluğu olan kişilerin depresyon, kaygı ve stres seviyelerinde artış görülürken yaşam zevkleri azaldığı tespit edilmiştir ²²⁷.

Calado un çalışmasında, çevrim içi oyunlar- yapısal özellikleri -özellikle çok oyunculu çevrim içi oyunlar- gereği bir ödül mekanizması şeklinde işlev gördüklerinden oyuncuların kredi, ödül, para kazanmasını sağlamalarına ve “sanal bir ekonomi” yaratarak patolojik kumar oynama gibi ekstra psikiyatrik sorunlara da ortam hazırlamaktadırlar ²²⁸.

Mueller ve ark. yaptığı çalışmalarda dürtüsellik ve İOOB'nin şiddet, dikkatsizlik, yaralanma ve internette riskli davranışlar benzeri davranış problemleri ile de ilişkili olduğu belirlenmiştir. İOOB'nin okulu ya da işi bırakma, boşanma, ailevi ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi duygusal yaşamı zedeleyici ciddi sonuçlar doğurduğu da bilinmektedir ²²⁹.

Güney Koreli 535 ilköğretim öğrencisiyle yapılan bir çalışmada Yoo ve arkadaşları (2004) problemleri internet kullandıkları belirlenen 80 öğrencinin % 30'unda aynı zamanda DEHB semptomları olduğunu saptamışlardır ²³⁰. 2008 yılında Ko ve arkadaşlarının 216 Tayvanlı üniversite öğrencisiyle yaptıkları başka bir çalışmada ise

problemlı internet kullanımı olanlarda DEHB oranı % 32 iken olmayanlarda oran % 8 olarak bulunmuştur²³¹.

Yapılan alışmalar göz önünde bulundurulduğunda ruhsal bozukluğā sahip olmanın internet bağımlılığına yatkınlık mı oluşturduğı yoksa internet bağımlılığının ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştıran bir durumu olduğı henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Black ve Li her ikisinin de doğru olabileceğı ve bu iki durumun birbirinin tetikleyicisi olarak görüldüğü fikrine sahiptir^{231,232}.

Manchiraju de benzer şekilde internet bağımlılığı ve depresyonla pozitif ilişki tespit etmiştir²³³.

Literatürde DEHB birçok patoloji ile ilişkilendirilmiştir. Bipolar duygulanım bozukluğu, dürtü denetim bozukluğu, davranım bozuklukları, alkol bağımlılığı ve kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğı düşünölmüştür⁴.

Çalışmamızın diğeri önemli amacı internet bağımlılığının dürtüsellik ile ilişkisinin değeriendirilmesidir.

Bizim alışmamızda DEHB-TE ve kontrol grubunda kendisinde eşlik eden ruhsal hastalık bulunup bulunmaması ile gruplar arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır.

Yapılan Wender Utah ölçeğinde, ölçek puanlarında DEHB-TE ve kontrol grubunda bir farklılık çıkmamıştır. Fakat literatüre bakıldığında DEHB olan çocukların anne-babalarında DEHB belirti sıklığının araştırılmıştır ve burada DEHB olan çocukların anne-babalarının Wender Utah ölçeğinde puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı oranda yüksektir¹⁸⁶.

Başka bir çalışmada ise DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde erişkin döneminde DEHB belirtileri oranı ve çocukluk döneminde DEHB belirtileri daha fazladır¹⁸⁹. 2014 yılındaki çalışmada DEHB li çocukların ebeveynlerine bakıldığında hasta grubunda bulunan ebeveynler, kontrol grubundaki ebeveynlere göre anlamlı oranda daha fazla DEHB belirtilerine ve psikiyatrik belirtilere sahip bulundu görölmüştü¹⁸⁷.

Başka bir çalışmanın sonucunda DEHB olan çocukların anne-babalarında kontrol grubuna göre DEHB belirti düzeyinin daha yüksek olduğı, DEHB'li anne-babaların ocuklarında DEHB belirti şiddeti ve eş hastalanma oranının DEHB'si olmayan anne-babaların çocuklarına göre yüksek olduğı saptanmıştır¹⁸⁶.

Bizim çalışmada DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda, UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık alt grubunda DEHB-TÇE grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu, WU_Toplam, BDÖ-11 ölçeği toplam ve BD_alt ölçeklerde, UPPS Dürtüsel Davranış_Toplam ve alt ölçeklerinde DEHB-TÇE ve kontrol grubunda anlamlı fark olmadığını görmekteyiz.

DEHB-TÇE ve kontrol grubunda çalışan ve çalışmayan arasında dürtüsellik ölçekleri ile ilgili bizim çalışmamızda anlamlı bir fark gözlenmedi.

DEHB-TÇE ve kontrol grubunda cinsiyet arasında dürtüsellik ölçekleri ile ilgili bizim çalışmamızda bir fark gözlenmedi. Literatürde bakıldığında bir çalışmada DEHB'li çocukların hem anne hem babalarının kontrol grubundaki anne babalara göre daha fazla ruhsal belirtiyeye sahip olduğu bulunmuştur¹⁹⁶.

Başka bir çalışmada ise Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin öfke düzeyi ve dürtüsellik davranışlarının incelendiğinde öfkenin ve dürtüsellik hiçbir boyutunun cinsiyete ve gelir grubuna göre farklılık göstermediği ancak hem dürtüsellik hem de öfkenin yaş ve öğrenim görülen sınıfa göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir.

DEHB-TÇE ruhsal hastalığı eşlik etmeyen ve eşlik eden bireyler arasında dürtüsellik ölçek puanları ile ilgili çalışmamızda bir fark gözlemlendi. UPPS Dürtüsel Davranış_ toplam puanı ruhsal hastalığı olmayan grupta daha yüksek, UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği ruhsal hastalığı olmayan grupta sınırda saptandı.

Kontrol grubunda ruhsal hastalığı eşlik etmeyen ve eşlik eden bireyler arasında dürtüsellik ölçek puanları ile ilgili çalışmamızda bir fark gözlemlendi. UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık puanı ruhsal hastalığı olanlarda daha yüksek, UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği ruhsal hastalığı olmayan grupta daha yüksek, BD toplam puanı ruhsal hastalığı olanlarda sınırda saptandı.

DEHB-TÇE ve kontrol grubunda ruhsal hastalığı eşlik etmeyene bakıldığında BD_Ölçeği_Toplam puanı, UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık puanı, UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık puanları DEHB-TÇE daha yüksek saptandı.

DEHB-TÇE ve kontrol grubunda ruhsal hastalığı eşlik eden bireyler arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.

Hechtman ve arkadaşları (1996) yaptıkları on yıllık bir izlem çalışmasında DEHB’li çocukların anne babalarının kontrol grubuna göre daha fazla psikiyatrik tedavi aldığını saptamışlardır ²³⁴.

Fones, Biederman ve ark. yaptıkları çalışmalarda DEHB’li çocukların anne babalarında kontrol grubuna göre daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermişlerdir ⁶⁴. Özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu (özellikle de panik bozukluğu), artmış alkol ve madde kullanımı bu anne babalarda kontrol gruplarına göre daha fazla görülmektedir ^{194,235,236}.



9. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnternet kullanımının artması ve etkilerinden dolayı internet bağımlılığı ve internet oyun oynaması son zamanlarda çalışma konularında tercih edilen başlıklardan biri haline gelmiştir. Gerek ergen gerekse yetişkinlerde internet bağımlılığı ve internette oyun oynama oldukça büyük bir sorun teşkil etmektedir ve ilerleyen dönemlerde davranış bozuklukları listelerinde resmi olarak yerini alacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, internet kullanımı ve özellikle internette oyun oynamanın DEHB tanısı ile takip edilen çocukların ebeveynlerinde bağımlılık ve dürtüsellik üzerine etkileri araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılmış olan bu araştırmada; nicel ve nitel analizlerin birlikte kullanıldığı açıklayıcı sıralı karma desenden yararlanılmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında DEHB-TÇE ve kontrol grubuna ait demografik bilgilere ulaşmak ve dürtüsellik ve internet bağımlılık düzeylerini belirleyebilmek amacıyla anket ve ölçek yönteminden yararlanılmıştır.

Yapılmış olan araştırmanın sonuçlarına göre; ebeveynlerin bir kısmı internet, oyun ya da sosyal medya ile meşgul ettiklerini çalışmamızda tespit ettik. Bu durum yavaş yavaş alışkanlığa sonrasında ise bağımlılığa yol açmaktadır. Teknolojinin de değişip gelişmesiyle birlikte ebeveynler internet'e sadece bilgisayar üzerinden değil daha fazla telefon vasıtasıyla da ulaşabilmektedir. Ebeveynler sohbet, eğlence ve çeşitli amaçlarla internet ve telefon kullanım oranını her geçen gün daha da arttırmaktadır.

1. Bizim çalışmamızda dürtüsellik açısından DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında bağlantı saptanamamıştır. Bu durum örneklem sayısının yetersiz olmasından kaynaklanabilir.
2. DEHB-TÇE grubunda WU ölçeğinde bir yükseklik saptayamadık, fakat DEHB nin genetik bir komponenti olduğunu bildimiz için burada bir ilişki beklerdik.
3. Patolojik ve problematik internet kullanımı ile normal internet kullanımını ayırmak zor olabilir. Halen bunun bir davranış örüntüsü mü, yoksa bir bozukluk mu olduğuna yönelik tartışmalar mevcuttur. Daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

4. İnternet kullanımı ve yaygınlığı ile ilgili genel toplumda ve çeşitli klinik örneklemelerdeki çok sayıda araştırma yapılmasına rağmen DEHB-TÇE grubunda çalışmalar oldukça sınırlıdır.
5. DEHB-TÇE grubu en çok interneti telefondan (% 66.2), kontrol grubu ise evden (%70.3) kullanmıştır.
6. DEHB-TÇE grubunda % 38.5 ve kontrol grubunda %40.6 ile sosyal medya platformu kullandığı saptanmıştır.
7. İki grubu karşılaştırdığımızda instagram kullanımı sosyal media kullanımlar içerisinde instagram kullanımı daha yüksektir. Bu yükseklik kontrol grubunda daha belirgindir (%70,3). Twitter kullanımı ise her iki grupta da en düşük seviyededir.
8. DEHB-TÇE grubu en çok öğlenleri, kontrol grubu ise öğlen ve akşam eşit bir şekilde interneti kullanmaktadır.
9. Çalışmamızın sonucuna göre DEHB-TÇE grubunda katılımcılara daha ileri yaşta internetle tanışmaktadır.
10. DEHB-TÇE grubu kontrol grubundan daha az süre ile hafta içi internet kullanmaktadır.
11. DEHB-TÇE grubu kontrol grubundan daha az süre ile hafta sonu internet kullanmaktadır.
12. DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında, İOOB nin, Toplam, Duygudurum düzenleme, Çatışma, Nüks Çekilme alt ölçeklerin DEHB-TÇE grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu, kontrol grubunda KÇSA ölçeğinin yüksek olduğu görülmüştür.
13. DEHB-TÇE ve kontrol gruplarında çalışan ve çalışmayan ile cinsiyet açısından karşılaştırdığımızda internet ölçekleri ile ilgi anlamlı bir fark gözlenmedi.
14. DEHB-TÇE ve kontrol grubu arasında psikiyatik komorbidite açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır.
15. DEHB-TÇE ruhsal hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda, İOOBnin Toplam, Duygudurum düzenleme Çatışma, Nüks, Çekilme, Çekilme alt ölçeklerinde, KÇSA ölçeğinde ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu, görülmüştür. Kontrol grubunda ise ruhsal

hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda anlamlı fark olmadığını görmekteyiz.

16. Ruhsal hastalığı olmayan DEHB-TÇE ve kontrol grupları arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda KÇSA ölçeğinde kontrol grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.
17. Ruhsal hastalığı olan DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda, İOOB alt ölçeklerinde Toplam, Tolerans_Belirginlik, Duygudurum düzenleme, Çatışma, Çekilme alt grupların ölçeğinde DEHB-TÇE anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.
18. DEHB-TÇE ve kontrol gruplar arasında ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda, UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık alt grubunda DEHB-TÇE grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu, WU_Toplam, BDÖ-11 ölçeği toplam ve BD_alt ölçeklerde, UPPS Dürtüsel Davranış_Toplam ve alt ölçeklerinde DEHB-TÇE ve kontrol grubunda anlamlı fark olmadığını görmekteyiz.
19. DEHB-TÇE ve kontrol gruplarında çalışan ve çalışmayan ile cinsiyet açısından karşılaştırdığımızda dürtüsellik ölçekleri ile ilgi anlamlı bir fark gözlenmedi.
20. DEHB-TÇE ruhsal hastalığı olmayan grupta UPPS Dürtüsel Davranış_ toplam puanı yüksek iken, UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği puanı sınırdı saptandı.
21. Kontrol grubunda ruhsal hastalığı olanlarda UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık puanı ruhsal hastalığı olmayanlarda ise UPPS Dürtüsel Davranış_ Tasarlama eksikliği puanı yüksek saptandı, BDÖ toplam puanı ruhsal hastalığı olanlarda sınırdı saptandı.
22. DEHB-TÇE ve kontrol grubunda ruhsal hastalığı olmayanlarda bakıldığında BDÖ Toplam, UPPS Dürtüsel Davranış_ Sıkışıklık, UPPS Dürtüsel Davranış_ Sebatsızlık puanları DEHB-TÇE daha yüksek saptandı.
23. Çalışmamızın kısıtlılıkları bir üniversite hastanesinde yürütölmüş olması, örneklem grubunun küçüklüğü, sadece kesitsel özellikli olmasıdır. Daha geniş örneklem grubu ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. **Boyd Danah M., Ellison NB.** Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *J Comput Commun.* **2007**;13(1):210-230.
2. **Leidlmaier DP, Fuchs L, Hathway J.** Internetsucht. (0416901).
3. **Eyesenck MW.,** *Cognitive Psychology, A Student's Handbook.* 4th ed. Psychology Press; **2000.**
4. **Ozdemir P, Selvi Y, Aydin A.** Impulsivity and Its Treatment. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry.* **2012**;4(3):293.
5. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual Od Mental Disorders-5.* American Psychiatric Association; **2013.**
6. **F. SG.** "The Goulstonian Lectures". *Some Abnormal Psychical Conditions in Children.*
7. **Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O.** The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord.* **2010**;2(4):241-255.
8. **Hohman LB.** *Postencephalitis Behavior Disorders in Children.* 33rd ed. John Hopkins Hospital; **1922.**
9. **Strauss A L.** *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child.* Grune & Stratton; **1947.**
10. **Weis M WG.** *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* No Title. 3th ed. Lippincott Williams & Wilkins; **2002.**
11. **CLEMENTS SD.** Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child. *Arch Gen Psychiatry.* **1962**;6(3):185.
12. **APA.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-2).*; **1968.**
13. **APA.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-3).*; **1980.**
14. **APA.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4).*; **1994.**
15. **APA.** *Psikiyatri Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı.* Dördüncü B. (E. K, ed.). Hekimler Yayın Birliği; **2001.**
16. **Organization WH.** *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines.*; **1992.**
17. **Polanczyk G, Jensen P.** **Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update.** *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* **2008**;17(2):245-260.
18. **Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA.** The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry.* **2007**;164(6):942-948.
19. **Willcutt EG.** The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics.* **2012**;9(3):490-499.
20. **Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA.** Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* **2015**;56(3):345-365.

21. **Polanczyk G, Rohde LA.** Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry.* **2007**;20(4):386-392.
22. **Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al.** The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry.* **2006**;163(4):716-723.
23. **Huang CL-C, Chu C-C, Cheng T-J, Weng S-F.** Epidemiology of Treated Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) across the Lifespan in Taiwan: A Nationwide Population-Based Longitudinal Study. Allen P, ed. *PLoS One.* **2014**;9(4):e95014.
24. **Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H.** The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* **2004**;13(6):354-361.
25. **ERCAN ES.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Epidemiyolojik Veriler. *Türkiye Klin J Pediatr Sci.* **2010**;6(2):1-5.
26. **Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, et al.** The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry.* **2019**;73(2):132-140.
27. **Bush G, Valera EM, Seidman LJ.** Functional Neuroimaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Suggested Future Directions. *Biol Psychiatry.* **2005**;57(11):1273-1284.
28. **Kessler RC, Adler LA, Barkley R, et al.** Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Persistence into Adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* **2005**;57(11):1442-1451.
29. **Zhang L, Chang S, Li Z, et al.** ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Res.* **2012**;40(D1):D1003-D1009.
30. **Edden RAE, Crocetti D, Zhu H, Gilbert DL, Mostofsky SH.** Reduced GABA Concentration in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* **2012**;69(7).
31. **Köroğlu E, Gülec C SS.** *Psikiyatri Temel Kitabı.* Psikiyatri Temel Kitabı; **2007**.
32. **Kiddie JY, Weiss MD, Kitts DD, Levy-Milne R, Wasdell MB.** Nutritional Status of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. *Int J Pediatr.* **2010**;2010:1-7.
33. **Öç ÖY, Ağaoğlu B, Berk F, Komsuoğlu S, Coşkun A, Karakaya I.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Beyin Kan Akımı, ve Elektriksel Beyin Aktivasyonunun Değerlendirilmesi. *Eval Cereb Blood Flow Electr Act ADHD.* **2008**;11(2):53-60.
34. **Thaler NS, Allen DN, Park BS, McMurray JC, Mayfield J.** Attention processing abnormalities in children with traumatic brain injury and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differential impairment of component processes. *J Clin Exp Neuropsychol.* **2010**;32(9):929-936.
35. **Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, et al.** Quantitative Brain Magnetic Resonance Imaging in Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* **2001**;58(3):289.
36. **Castellanos FX.** Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA.* **2002**;288(14):1740. doi:10.1001/jama.288.14.1740
37. **Harvey E, Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, Friedman JL.** Parenting of children with Attention-Defecit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord.* **2003**;7(1):31-42.

38. **Banerjee T Das, Middleton F, Faraone S V.** Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr.* **2007**;96(9):1269-1274.
39. **Sadock BJ, Sadock VA RP.** *Kaplan & Sadock Psikiyatri.* Günes Tip. (Editor BA, ed.); **2016.**
40. **Rickel AU BR.** *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults.* 1ed. Hogrefe Huber Publishers; **2007.**
41. **Spencer TJ, Biederman J, Mick E.** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *J Pediatr Psychol.* **2007**;32(6):631-642.
42. **Hergüner S, Hergüner A.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. *Noropsikiyatri Ars.* **2012**;49(2):114-118.
43. **Pliszka, Steven R. ; Carlson, Caryn L. ; Swanson JM.** *ADHD with Comorbid Disorders: Clinical Assesment and Management.*; **1999.**
44. **Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, et al.** Comorbid Problems in ADHD: Degree of Association, Shared Endophenotypes, and Formation of Distinct Subtypes. Implications for a Future DSM. *J Abnorm Child Psychol.* **2009**;37(6):793-804.
45. **Mukaddes NM.** Otistik Spektrum Bozukluklarında Psikiyatrik Komorbidite. *Klin Pediatr Sci.* **2007**;3(3):25-30.
46. **Mukaddes NM, Fateh R.** High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *World J Biol Psychiatry.* Published online **2009**:1-7.
47. **Barkley RA, Brown TE.** Unrecognized Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults Presenting with Other Psychiatric Disorders. *CNS Spectr.* **2008**;13(11):977-984.
48. **Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Chen S-H, Chung W-L, Chen C-C.** Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci.* **2008**;62(1):9-16.
49. **Geller B, Zimmerman B, Williams M, et al.** DSM-IV Mania Symptoms in a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype Compared to Attention-Deficit Hyperactive and Normal Controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* **2002**;12(1):11-25. doi:10.1089/10445460252943533
50. **Wozniak J, Biedermann J, Kiely K, et al.** Mania-Like Symptoms Suggestive of Childhood-Onset Bipolar Disorder in Clinically Referred Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **1995**;34(7):867-876.
51. **Singh MK, DelBello MP, Kowatch RA, Strakowski SM.** Co-occurrence of bipolar and attention-deficit hyperactivity disorders in children. *Bipolar Disord.* **2006**;8(6):710-720.
52. **Gizer IR, Ficks C, Waldman ID.** Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet.* **2009**;126(1):51-90.
53. **Aydoğmuş.** *Çocuklarda Uyum ve Davranış Bozuklukları.* 9 Baskı. Remzi Kitap.; **2001.**
54. **Ercan, S. ; Aydın C.** *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.* 3 Baskı. Pupa; **2012.**
55. **Chen M, Seipp CM, Johnston C.** Mothers' and Fathers' Attributions and Beliefs in Families of Girls and Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* **2008**;39(1):85-99.

56. **Alpan F.** ksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması. Published online **2013**.
57. **Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K, Metevia L.** The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Consult Clin Psychol.* **2001**;69(6):926-941.
58. **Shur-Fen Gau S.** Parental and Family Factors for Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese Children. *Aust New Zeal J Psychiatry.* **2007**;41(8):688-696.
59. **Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, et al.** Child and Parent Predictors of Perceptions of Parent—Child Relationship Quality. *J Atten Disord.* **2007**;11(1):37-48.
60. **Brown TE.** *Dikkat Eksikliği Bozukluğu: Çocuklarda ve Yetişkinlerde Odaklanamayan Zihin.* 3th ed. (Sönmez Ç, ed.). ODTÜ Geliştirme Vakfı; **2010**.
61. **Sürücü Ö.** *Anababa-Öğretmen El Kitabı-Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.* YA-PA; **2003**.
62. **Mash EJ, Johnston C.** Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol.* **1983**;51(1):86-99.
63. **Deault LC.** A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev.* **2010**;41(2):168-192.
64. **Johnston, C. ve Mash EJ.** Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Rev.* **2001**;4(3):183-207.
65. **Anderson CA, Hinshaw SP, Simmel C.** Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships with overt and covert externalizing behavior. *J Abnorm Child Psychol.* **1994**;22(2):247-265.
66. **Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J. ve Faraone S V.** Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry.* **1995**;152(11):1652-1658.
67. **Smith AJ, Brown RT, Bunke V, et al.** Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord.* **2002**;5(3):165-177.
68. **BARKLEY RA, FISCHER M, EDELBROCK CS, SMALLISH L.** The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **1990**;29(4):546-557.
69. **Çöp E, Kültür SEÇ, Dinç GS.** Association between parenting styles and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Türk Psikiyatr Derg.* **2017**;28(1):1-8.
70. **Guzel HS, Guney E, Senses Dinc G.** Assessment of perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment levels of children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* **2018**;31(1):50-60.
71. **Çalışkan E.** Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptom sıklığının araştırılması. Published online **2015**.
72. **Özcan H.** Okul öncesi çocukların ve ebeveynlerinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve çocuklardaki bu belirtilerin okul davranışlarına etkisi. Published online **2017**.

73. **Lifford KJ, Harold GT, Thapar A.** Parent–Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. *J Abnorm Child Psychol.* **2008**;36(2):285-296.
74. **Gökçen, C., Özatalay, E. ve Fettahoğlu EÇ.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında psikolojik belirtiler ve aile işlevselliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* **2011**;18(2):95-104.
75. **Xiang Y-T, Luk ESL, Lai KYC.** Quality of Life in Parents of Children with Attention-Deficit–Hyperactivity Disorder in Hong Kong. *Aust New Zeal J Psychiatry.* **2009**;43(8):731-738.
76. **Kaya SŞ.** Çocukların, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan tedavi öncesi ve sonrasında; ebeveynlerinde anksiyete, depresyon düzeyleri, Aile Değerlendirilmesi., İşlevselliğinin. Published online **2014**.
77. **Befera M schulte, Barkley RA.** HYPERACTIVE AND NORMAL GIRLS AND BOYS: MOTHER-CHILD INTERACTION, PARENT PSYCHIATRIC STATUS AND CHILD PSYCHOPATHOLOGY*. *J Child Psychol Psychiatry.* **1985**;26(3):439-452.
78. **Rimestad ML, O’Toole MS, Hougaard E.** Mediators of Change in a Parent Training Program for Early ADHD Difficulties: The Role of Parental Strategies, Parental Self-Efficacy, and Therapeutic Alliance. *J Atten Disord.* Published online October 3, **2017**.
79. **Pliszka S.** Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **2007**;46(7):894-921.
80. **SM S.** *Stahl’s Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications:* Cambridge university press; **2013**.
81. **Gamo NJ, Wang M, Arnsten AFT.** Methylphenidate and Atomoxetine Enhance Prefrontal Function Through α 2-Adrenergic and Dopamine D1 Receptors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **2010**;49(10):1011-1023.
82. **Hodgkins P, Shaw M, McCarthy S, Sallee FR.** The Pharmacology and Clinical Outcomes of Amphetamines to Treat ADHD. *CNS Drugs.* **2012**;26(3):245-268.
83. **Zhou J.** Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future.* **2004**;29(12):1235.
84. **HAZELL PL, STUART JE.** A Randomized Controlled Trial of Clonidine Added to Psychostimulant Medication for Hyperactive and Aggressive Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **2003**;42(8):886-894.
85. **Sallee FR, Kollins SH, Wigal TL.** Efficacy of Guanfacine Extended Release in the Treatment of Combined and Inattentive Only Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* **2012**;22(3):206-214.
86. **Otasowie J, Castells X, Ehimare UP, Smith CH.** Tricyclic antidepressants for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* Published online September 19, **2014**.
87. **Ng QX.** A Systematic Review of the Use of Bupropion for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* **2017**;27(2):112-116.
88. **Gleason MM, Goldson E, Yogman MW.** Addressing Early Childhood Emotional and Behavioral Problems. *Pediatrics.* **2016**;138(6):e20163025-e20163025.

89. **Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M**, et al. Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. **2018**;59(9):932-947.
90. **Abikoff HB, Thompson M, Laver-Bradbury C**, et al. Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs. *J Child Psychol Psychiatry*. **2015**;56(6):618-631.
91. **Öztürk DY, Triple P** OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİMİ'NİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 7-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILDIĞI RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA. Published online **2013**.
92. **Ercan ES, Ardic UA, Kutlu A, Durak S**. No Beneficial Effects of Adding Parent Training to Methylphenidate Treatment for ADHD + ODD/CD Children. *J Atten Disord*. **2014**;18(2):145-157.
93. **Uzbay**. No Title. *Türk Eczac Birliği Mesl İçi Sürekli Eğitim Derg*. **2009**;21(22):5-15.
94. **Menderes A**, Sa RUH, Hem VEH, et al. Lise öğrencisi ergenlerde depresyon, internet bağımlılığı ve ilişkili faktörler. Published online **2015**.
95. **Derin S**. LİSE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE ÖZNEL İYİ OLUŞ. Published online **2013**.
96. **Uzbay T**. Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Mesl İçi Sürekli Eğitim Derg*. **2009**;(21-22):5-15.
97. **Danışma P**, Dalı RB, Derin S, Lisans Tezi Y. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı LİSE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE ÖZNEL İYİ OLUŞ. Published online **2013**.
98. **Tarhan, N.** ve NURMEDOV S. *Bağımlılık: Sanal Veya Gerçek. Timaş Yayınları*. 7 baskı. Timaş Yayınları; **2019**.
99. **Ögel K**. *İnsan, Yaşam ve Bağımlılık; Tartışmalar ve Gerçekler*. IQ Kültür Sanat Yayıncılık; **2001**.
100. **Ögel K**. *İnternet Bağımlılığı: İnternetin Psikolojisini Anlamak ve Bağımlılıkla Başa Çıkmak*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; **2012**.
101. **Tutgun Ünal A**. Sosyal Medya Bağımlılığı: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Published online **2015**.
102. **Young KS**. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology Behav*. **1998**;1(3):237-244.
103. **Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD**, et al. Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depress Anxiety*. **2003**;17(4):207-216.
104. **Brand M, Young KS, Laier C**. Prefrontal Control and Internet Addiction: A Theoretical Model and Review of Neuropsychological and Neuroimaging Findings. *Front Hum Neurosci*. **2014**;8.
105. **Demir E**. Birey ve Aile Yaşamına İlişkin Konularda İnternet Kullanımının Etkisinin Belirlenmesi. Published online **2006**.
106. **SİYEZ, D.M. ve UZ BAŞ A**. "İnternet Bağımlılığı ve Psikososyal Faktörler." Eğitim ve Öğretim Araştırmalar Dergisi 2 (1) 19-25 **2013**.

107. **Ceyhan AA, Balkaya Çetin A.** Adolescents' Identity Experiments on the Internet and Problematic Internet Use Behavior. *Addicta Turkish J Addict*. Published online January 15, **2015**.
108. **Caplan SE.** Problematic Internet Use And Psychological WellBeing: Development Of A TheoryBased Cognitive- Behavioral Measurement Instrument. *Comput Human Behav*. **2002**;18(5):553-575.
109. **Derin S.** Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve Öznel İyi Oluş. Published online **2013**.
110. **Davis RA.** A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Human Behav*. **2001**;17(2):187-195.
111. **Gönül AS.** Patolojik internet kullanımı. *Yeni Symp*. **2002**;40(3):105-110.
112. **Gürçan, N. ve Hamarta E.** *Problemlı İnternet Kullanımı ve Uyum*. (KALKAN, C. M ve K, eds.). Anı Yayıncılık; **2013**.
113. **Beard KW.** Internet Addiction: A Review of Current Assessment Techniques and Potential Assessment Questions. *CyberPsychology Behav*. **2005**;8(1):7-14.
114. **TARCAN Ahmet.** *İnternet ve Toplum*. Anı Yayıncılık; **2005**.
115. **Ögel K.** *İnternet Bağımlılığı: İnternetin Psikolojisini Anlamak ve Bağımlılıkla Başa Çıkmak*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; **2012**.
116. **Vd FO.** *İnternet, Çocuk ve Aile*,. Nobel Yayın Dağıtım; **2007**.
117. **Suler J.** Computer and cyberspace "addiction." *Int J Appl Psychoanal Stud*. **2004**;1(4):359-362.
118. **Griffiths M.** Internet addiction: Fact or fiction? *Psychologist*. **1999**;12(5):246-250.
119. **Muslu Karayağız, G. ve Bolışık B.** Çocuk ve gençlerde internet kullanımı. *TAF Prev Med Bull*. **2009**;8(5):445-450.
120. **Sally LPM.** Prediction of internet addiction for undergraduates in Hong Kong. Published online **2006**.
121. **Nalwa K, Anand AP.** Internet Addiction in Students: A Cause of Concern. *CyberPsychology Behav*. **2003**;6(6):653-656.
122. **Tarhan, N. ve Nurmedov S.** *Bağımlılık: Sanal Veya Gerçek*. Timaş Yayınları; **2011**.
123. **Kuss DJ, Griffiths MD.** Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *J Behav Addict*. **2012**;1(1):3-22.
124. **Kuss DJ, Griffiths MD.** Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *Int J Ment Health Addict*. **2012**;10(2):278-296.
125. **van Rooij AJ, Schoenmakers TM, van de Eijnden RJJM, van de Mheen D.** Compulsive Internet Use: The Role of Online Gaming and Other Internet Applications. *J Adolesc Heal*. **2010**;47(1):51-57.
126. **Griffiths MD, Pontes HM, Kuss DJ.** Online Addictions: Conceptualizations, Debates, and Controversies. *Addicta Turkish J Addict*. Published online November 15, **2016**.
127. **Griffiths MD.** Conceptual Issues Concerning Internet Addiction and Internet Gaming Disorder: Further Critique on Ryding and Kaye (2017). *Int J Ment Health Addict*. **2018**;16(1):233-239.
128. **WHO.** *ICD-11*; **2019**.

129. **Feng W, Ramo DE, Chan SR, Bourgeois JA.** Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998–2016. *Addict Behav.* 2017;75:17-24.
130. **Mihara S, Higuchi S.** Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci.* **2017**;71(7):425-444.
131. **Thomas N, Martin FH.** Video-arcade game, computer game and Internet activities of Australian students: Participation habits and prevalence of addiction. *Aust J Psychol.* **2010**;62(2):59-66.
132. **Tian M, Chen Q, Zhang Y, et al.** PET imaging reveals brain functional changes in internet gaming disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* **2014**;41(7):1388-1397.
133. **Kuss DJ, Griffiths MD.** Internet and Gaming Addiction: A Systematic Literature Review of Neuroimaging Studies. *Brain Sci.* **2012**;2(3):347-374.
134. **Lin X, Dong G, Wang Q, Du X.** Abnormal gray matter and white matter volume in ‘Internet gaming addicts.’ *Addict Behav.* **2015**;40:137-143.
135. **Weng C-B, Qian R-B, Fu X-M, et al.** Gray matter and white matter abnormalities in online game addiction. *Eur J Radiol.* **2013**;82(8):1308-1312.
136. **Meng Y, Deng W, Wang H, Guo W, Li T.** The prefrontal dysfunction in individuals with Internet gaming disorder: a meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Addict Biol.* **2015**;20(4):799-808.
137. **Ko, C. H., Liu, G. C., & Yen JY.** *Functional Imaging of Internet Gaming Disorder.* In *Internet Addiction*. 2nd ed. Springer; **2015**.
138. **Weinstein A, Livny A, Weizman A.** New developments in brain research of internet and gaming disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;75:314-330. **2017**.01.040
139. **Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C.** Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* **2018**;60(7):645-659.
140. **Griffiths MD, King DL, Demetrovics Z.** DSM-5 internet gaming disorder needs a unified approach to assessment. *Neuropsychiatry (London).* **2014**;4(1):1-4.
141. **Paik S-H, Cho H, Choi J-S, Choi S-W, Kim D-J.** Comprehensive Evaluation of Internet Gaming Disorder: Clinical and Neurobiological Assessments. *J Korean Neuropsychiatr Assoc.* 2016;55(4):334. doi:10.4306/jknpa.2016.55.4.334
142. **King DL, Delfabbro PH, Wu AMS, et al.** Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clin Psychol Rev.* **2017**;54:123-133.
143. **Zajac K, Ginley MK, Chang R, Petry NM.** Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychol Addict Behav.* **2017**;31(8):979-994.
144. **Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC.** Psychiatric Aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry.* **2001**;158(11):1783-1793.
145. **Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, et al.** Characterizing impulsivity in mania. *Bipolar Disord.* **2009**;11(1):41-51.
146. **Evenden JL.** Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology (Berl).* **1999**;146(4):348-361.
147. **Hollander E, Evers M.** New developments in impulsivity. *Lancet.* **2001**;358(9286):949-950. doi:10.1016/S0140-6736(01)06114-1

148. **Dickman SJ.** Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol.* **1990**;58(1):95-102. doi:10.1037/0022-3514.58.1.95
149. **Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L.** Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev.* **2008**;32(4):777-810.
150. **Ho M-Y, Mobini S, Chiang T-J, Bradshaw CM, Szabadi E.** Theory and method in the quantitative analysis of "impulsive choice" behaviour: implications for psychopharmacology. *Psychopharmacology (Berl).* 1999;146(4):362-372.
151. **Kalenscher T, Ohmann T, Güntürkün O.** The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *Int J Psychophysiol.* **2006**;62(2):203-211.
152. **Barratt ES PJ.** Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety. **1983**;77:116.
153. **Eysenck SBG, Eysenck HJ.** The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol.* **1977**;16(1):57-68.
154. **Miller E, Joseph S, Tudway J.** Assessing the component structure of four self-report measures of impulsivity. *Pers Individ Dif.* **2004**;37(2):349-358.
155. **Christodoulou T, Lewis M, Ploubidis GB, Frangou S.** The relationship of impulsivity to response inhibition and decision-making in remitted patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry.* **2006**;21(4):270-273.
156. **Dougherty DM, Bjork JM, Marsh DM MG.** A comparison between adults with conduct disorder and normal controls on a continuous performance test: differences in impulsive response characteristics. *Psychol Rec.* **2000**;50:203.
157. **BOYER T.** The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Dev Rev.* **2006**;26(3):291-345.
158. **Kjome KL, Lane SD, Schmitz JM, et al.** Relationship between impulsivity and decision making in cocaine dependence. *Psychiatry Res.* **2010**;178(2):299-304.
159. **Crews FT, Boettiger CA.** Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* **2009**;93(3):237-247.
160. **Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Wnorowska A, et al.** Impulsivity, risky behaviors and accidents in alcohol-dependent patients. *Accid Anal Prev.* **2013**;51:150-155.
161. **Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J.** The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat.* **2001**;21(4):193-198.
162. **Iribarren MM, Jiménez-Giménez M, García-de Cecilia JM, Rubio-Valladolid G.** Validation and psychometric properties of the State Impulsivity Scale (SIS). *Actas Esp Psiquiatr.* 39(1):49-60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21274822>
163. **Swann AC, Gerard Moeller F, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM.** Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord.* **2007**;9(3):206-212.
164. **Chamorro J, Bernardi S, Potenza MN, et al.** Impulsivity in the general population: A national study. *J Psychiatr Res.* **2012**;46(8):994-1001.
165. **NAJT P, PEREZ J, SANCHES M, PELUSO M, GLAHN D, SOARES J.** Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* **2007**;17(5):313-320.

166. **Chamberlain SR, Sahakian BJ.** The neuropsychiatry of impulsivity. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(3):255-261.
167. **Seroczynski AD, Bergeman C., Coccaro EF.** Etiology of the impulsivity/aggression relationship: Genes or environment? *Psychiatry Res*. 1999;86(1):41-57.
168. **Robbins TW.** Chemistry of the mind: Neurochemical modulation of prefrontal cortical function. *J Comp Neurol*. 2005;493(1):140-146.
169. **Gvion Y, Apter A.** Aggression, Impulsivity, and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Arch Suicide Res*. 2011;15(2):93-112.
170. **Mann JJ.** Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4(10):819-828.
171. **Leyton M, Okazawa H, Diksic M, et al.** Brain Regional α -[11 C]Methyl- 1 -Tryptophan Trapping in Impulsive Subjects With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):775-782.
172. **Kertzman S, Grinspan H, Birger M KM.** Computerized neuropsychological examination of impulsiveness: A selective review. *Psychiatry Relat Sci*. 2006;43:74-80.
173. **van Gaalen MM, van Koten R, Schoffelemeier ANM, Vanderschuren LJMJ.** Critical Involvement of Dopaminergic Neurotransmission in Impulsive Decision Making. *Biol Psychiatry*. 2006;60(1):66-73.
174. **YA YK.** Dürtüselliliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2:254-280.
175. **Patitj T, Vanderschuren L.** The neuropharmacology of impulsive behaviour. *Trends Pharmacol Sci*. 2008;29(4):192-199.
176. **Dickman SJ.** Impulsivity and information processing. In: *The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment*. American Psychological Association; 1993:151-184.
177. **Fino E, Melogno S, Ilceto P, D'Aliesio S, Pinto M, Sabatello U.** Executive functions, impulsivity, and inhibitory control in adolescents: A structural equation model. *Adv Cogn Psychol*. 2014;10(2):32-38. doi:10.5709/acp-0154-5
178. **Keilp JG, Sackeim HA, Mann JJ.** Correlates of trait impulsiveness in performance measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res*. 2005;135(3):191-201.
179. **Finn PR, Mazas CA, Justus AN, Steinmetz J.** Early-onset alcoholism with conduct disorder: go/no go learning deficits, working memory capacity, and personality. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(2):186-206. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964558>
180. **Jim H Patton. Matthew S Stanford EB.** (PDF) Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 51: 768-774. Accessed July 1, 2020. https://www.researchgate.net/publication/14424955_Patton_JH_Stanford_MS_Barratt_ES_Factor_structure_of_the_Barratt_Impulsiveness_Scale_J_Clin_Psychol_51_768-774
181. **Whiteside, S. P., & Lynam DR.** The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personal Individ Differ*. 2001;30(4):669-689.
182. **Steiger H, Young SN, NG Ying Kin NMK, et al.** Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychol Med*. 2001;31(1):85-95.
183. **Platt, J. J., Taube, D. O., Metzger, D., & Duome MAJ.** Training in interpersonal problem solving (TIPS). *J Cogn Psychother*. 1998;2:5-34.

184. **Özdemir, P. G., Selvi, Y., & Aydın A.** Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*,. **2012**;4(3):293-314.
185. **Sprich S, Biedermann J, Crawford MH, Mundy E, Farone S V.** Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **2000**;39(11):1432-1437.
186. **Tuğba Camcıoğlu, Özlem Yıldız BA.** DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatr Derg*. **2011**;12(3):212-220.
187. **Şimşek Ş, Gökçen C FC.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Derg*. **2012**;25:230-237.
188. **Pazvantoğlu O, Akbaş S, Sarısoy G, et al.** DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. Published online March 15, **2014**:61-68.
189. **Aydın H, Diler RS, Yurdağül E, Uğuz Ş SG.** DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klin Psikiyatr Derg*. **2006**;9:70-74.
190. **Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS.** Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **2003**;42(12):1424-1432.
191. **Rucklidge JJ, Kaplan BJ.** Psychological functioning of women identified in adulthood with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord*. **1997**;2(3):167-176.
192. **Gonca Ö, Akay AP, Yusuf Öztürk.** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Olgularda Aile İşlevselliği ve Anne Anksiyetesinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg*. **2015**;3:162-172.
193. **Ozyurt G, Pekcanlar A, Ozturk Y, Baykara B, Emiroglu N.** Evaluating emotional regulation in children with attention deficit and hyperactivity disorder and their mothers. *Anatol J Psychiatry*. **2016**;17(5):393.
194. **Biederman J, Faraone S V., Keenan K, et al.** Further Evidence for Family-Genetic Risk Factors in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Patterns of Comorbidity in Probands and Relatives in Psychiatrically and Pediatrically Referred Samples. *Arch Gen Psychiatry*. **1992**;49(9):728-738.
195. **Güçlü O, Erkıran M, Ruh B, et al.** *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük SUMMARY Psychiatric Loading in Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Vol 7.; **2004**.
196. **Gökçen C, Özatalay E, Fettahoğlu EÇ.** *DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN ANNE BABALARINDA PSİKOLOJİK BELİRTİLER VE AİLE İŞLEVSELLİĞİ*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi:18 (2) **2011**.
197. **Soysal AŞ, Yıldırım A, Acar A, Karateke B, Kılıç KM.** Investigation of effects of attention deficit and hyperactivity disorder subtypes on family functions. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. Published online September 15, **2013**:286-294.
198. **Karabekiroğlu, K., Memik, N., Özcan O.** DEHB ve Otizm ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Damgalama: Sınıf Öğretmenleri ve Anababalarla Çok Merkezli Bir Çalışma. *Klin Psikiyatr*. **2009**;12:79-89.
199. **KANDEMİR DH.** DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLAR VE AİLELERİNDE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Published online **2009**.

200. **Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, et al.** Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. *Turkish J Psychiatry*. Published online **2019**.
201. **Mustafa Kutlu, Mustafa Savcı, Yasin Demir FA.** Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formunun Türkçe uyarlaması: Üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Turkish adaptation of Young ' s Internet Addiction Test-Short Form : a reliability and validity study on universit. **2016**;17:69-76.
202. **Onur Noyan C, Enez Darçin A, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N.** Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun üniversite öğrencilerindeTürkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatr Derg.* **2014**;16(1):73-81.
203. **Evren C, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N, Evren B.** The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Internet Gaming Disorder Scale. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* **2017**;30(4).
204. **Bozdağ Y, Alkar ÖY.** Adaptation of Bergen Shopping Addiction Scale to the Compulsive Online Shopping Behavior. Vol 19.; **2018**.
205. **Güleç H, Yazici M, Güleç H, et al.** Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 Evaluation of the CYP polymorphisms in psychiatry patients View project Is Anxiety and Depression Related with Personality in Caregivers for Patients with Bipolar Disorder. *Clin Psychopharmacol.* **2008**;18(4).
206. **Yargıç İ, Ersoy E, Serap Batmaz Oflaz U.** Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile Psikiyatri Hastalarında Dürtüsellüğün Ölçümü. Published online **2016**.
207. **M F Ward , P H Wender FWR.** The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder [published erratum appears in Am J Psychiatry 1993 Aug;150(8):1280]. *Am J Psychiatry.* **1993**;150(6):885-890.
208. **McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P.** Discriminant Validity of the Wender Utah Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* **2000**;12(2):240-245.
209. **Dr. Bedriye ÖNCÜ, Psikolog. Şenay ÖLMEZ DVS.** Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu ' nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. **2005**;16(4):252-259.
210. **Mihalis KUYUCU.** Gençlerde Akıllı Telefon Kullanımı Ve Akıllı Telefon Bağımlılığı Sorunsalı: "Akıllı Telefon(Kolik)" Üniversite Gençliği.; 2017. Accessed June 29, **2020**. <https://www.guvenliweb.org.tr/dosya/6OV1q.pdf>
211. **Hussain Z, Griffiths MD, Baguley T.** Online gaming addiction: Classification, prediction and associated risk factors. *Addict Res Theory.* **2012**;20(5):359-371.
212. **O'Guinn TC, Faber RJ.** Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration. *J Consum Res.* **1989**;16(2):147.
213. **Dittmar H.** A new look at "compulsive buying": Self-discrepancies and materialistic values as predictors of compulsive buying tendency. *J Soc Clin Psychol.* **2005**;24(6):832-859.
214. **Lam LT, Peng Z, Mai J, Jing J.** Factors Associated with Internet Addiction among Adolescents. *CyberPsychology Behav.* **2009**;12(5):551-555.
215. **Subrahmanyam K, Lin G.** ADOLESCENTS ON THE NET: INTERNET USE AND WELL-BEING. Vol 42. Libra Publishers, Inc., 3089C Clairemont Dr; **2006**.

216. **Willoughby T.** A short-term longitudinal study of Internet and computer game use by adolescent boys and girls: Prevalence, frequency of use, and psychosocial predictors. *Dev Psychol.* **2008**;44(1):195-204.
217. **Kim K, Ryu E, Chon M-Y, et al.** Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* **2006**;43(2):185-192.
218. **Black DW.** A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry.* 2007;6(1):14-18. Accessed June 29, **2020**. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17342214>
219. **Li S, Unger A, Bi C.** Different facets of compulsive buying among Chinese students. *J Behav Addict.* **2014**;3(4):238-245.
220. **Leity Workman, Paper D.** Compulsive Buying: A Theoretical Framework | The Journal of Business Inquiry. Accessed June 29, **2020**. <http://journals.uvu.edu/index.php/jbi/article/view/221>
221. **Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Chen C-C.** The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *Eur Psychiatry.* **2012**;27(1):1-8.
222. **Black DW, Belsare G, Schlosser S.** Clinical Features, Psychiatric Comorbidity, and Health-Related Quality of Life in Persons Reporting Compulsive Computer Use Behavior. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(12):839-844.
223. **Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL.** Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord.* **2000**;57(1-3):267-272.
224. **Bernardi S, Pallanti S.** Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry.* **2009**;50(6):510-516.
225. **Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukophadhyay T, Scherlis W.** Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol.* **1998**;53(9):1017-1031. d
226. **Young KS, Rogers RC.** The Relationship Between Depression and Internet Addiction. *CyberPsychology Behav.* **1998**;1(1):25-28.
227. **Lee S-Y, Lee HK, Choo H.** Typology of Internet gaming disorder and its clinical implications. *Psychiatry Clin Neurosci.* **2017**;71(7):479-491.
228. **Calado F, Alexandre J, Griffiths MD.** Mom, Dad It's Only a Game! Perceived Gambling and Gaming Behaviors among Adolescents and Young Adults: an Exploratory Study. *Int J Ment Health Addict.* **2014**;12(6):772-794.
229. **Bargeron AH, Hormes JM.** Psychosocial correlates of internet gaming disorder: Psychopathology, life satisfaction, and impulsivity. *Comput Human Behav.* **2017**;68:388-394.
230. **YOO HJ, CHO SC, HA J, et al.** Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58(5):487-494. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01290.x
231. **Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-S, Chen C-C, Yen C-F.** Psychiatric Comorbidity of Internet Addiction in College Students: An Interview Study. *CNS Spectr.* **2008**;13(2):147-153.
232. **Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J.** "Computer addiction": A critical consideration. *Am J Orthopsychiatry.* **2000**;70(2):162-168.
233. **Manchiraju S, Sadachar A, Ridgway JL.** The Compulsive Online Shopping Scale (COSS): Development and Validation Using Panel Data. *Int J Ment Health Addict.* **2017**;15(1):209-223.

234. **Hechtman L.** Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Can J Psychiatry*. **1996**;41(6):350-360.
235. **Fones CSL, Pollack MH, Susswein L, Otto M.** History of childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) features among adults with panic disorder. *J Affect Disord*. **2000**;58(2):99-106.
236. **Biederman J, Faraone S V., Keenan K, Steingard R, Tsuang MT.** Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. **1991**;148(2):251-256.



EKLER

EK-1. Bilgilendirme ve Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU DEHB Grubu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde internet kullanım özellikleri ve dürtüsellik

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sosyodemografik veri formuna ek olarak *‘Wender Utah Ölçeği, Dürtü Denetim bozukluğu Ölçeği, Barrat Dürtüsellik ölçeği, Young İnternet bağımlılığı Ölçeği kısa form, Akıllı Telefon Bağımlılığı ölçeği kısa form, İnternet oyun oynama bozukluğu Ölçeği ve Kompulsif Çevrimiçi satın alma ölçeği’* isimli ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ
RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

Yaş				Tarih
Cinsiyet	1.Kadın	2.Erkek		
Eğitim yılı:				
Meslek	1. Çalışmıyor	2. Çalışıyor		
Aylık gelir:	Siz:	Eşiniz:		
Medeni durum	1. Bekar	2. Evli	3. Dul	
Yaşadığı yer	1. İl merkezi	2. İl merkezinden küçük		
Fiziksel hastalık	1. Yok	2. Var (hangi hastalıklar)		
Psikiyatri hastalık	1. Yok	2. Var (hangi hastalıklar)		
ailede Ruhsal bozukluk (çocuk dışında)	1. Yok	2. Var (hangi hastalıklar)		
Alışkanlıklar:	1. Sigara 1. Yok	2. Var	paket	kaç yıldır
	2. Alkol 1. Yok	2. Var	kaç	ne kadar yıldır
	3. Madde 1. Yok	2. Var	ne	ne kadar
				kaç yıldır

EK-3. İnternet kullanım Veri formu

Size ait cep telefonunuz varmı	1. Yok	
	2. Var	kac yıldır
Cep telefonunuzun internet bağlantısı varmı:	1. Yok	
	2. Var	kac yıldır
Cep telefonunuzun oyun oynuyormusunuz	1. Yok	
	2. Var	kac yıldır
Evinizde bilgisayar varmı	1. Yok	
	2. Var	kac yıldır
İnternet kullanıyormusunuz	1. Yok	
	2. Var	kac yıldır
İnterneti en çok nerede kullanıyorsunuz?		
χ Evde	χ işde	χ Mobil(cep telefonu vs)
İnternet cafede		
En sık ne aracılığı ile internete giriyorsunuz?		
χ Cep telefonu	χ Kişisel bilgisayar(masaüstü/laptop)	χ tablet
χ işdeki masaüstü bilgisayar		
Hangi sitelerde ne kadar zaman geçiriyorsunuz?(saat olarak belirtiniz)		
Sosyal medya platformları (facebook,twitter,instagram vs)		saat
E-mail.....		saat
Oyun siteleri		saat
Haber siteleri		saat
Eğitim/bilgi içerikli siteler.....		saat
Film, dizi siteleri.....		saat
Alışveriş siteleri.....		saat
En sık hangi sosyal medya platformlarında vak		
χ Facebook	χ Twitter	χ Instagram
χ Diğer(belirtiniz).....		
İnternetle tanıştığınızda kaç yaşınızdaydınız?		
.....		
Telefonunuzda internet bağlantınız var mı?	1. Yok	
	2. Var	
En çok günün hangi saatinde internet kullanıyorsunuz?		
sabah		
öğlen		
akşam		
gece.....		

Hafta içi günlük internet kullanım süreniz kaç saat?

1. 0-1
2. 1-3
3. 3.-6
4. 6'dan fazla

Hafta sonu günlük internet kullanım süreniz kaç saat?

1. 0-1
2. 1-3
3. 3.-6
4. 6'dan fazla

İnternet başında aralıksız en fazla ne kadar zaman geçirirsiniz?saat

Son 6 ay içinde internette geçirirken günlük ortalama süre?

- haftada 1 günden az
- haftada 1 gün
- haftada 2-4 gün
4. haftada 5-6 gün
- hergün

Oyun oynamak la ilgili çok düşünceniz oluyormu? 1. Yok

2. Var

Oyun oynamadığında Terleme, titreme, huzursuzluk, Sinirlilik, gerginlik, mutsuzluk belirtileri oluyormu?

1. Yok

2. Var

İnternet oyunlarına giderek artan miktarda zaman ayırma ihtiyacı duyuyormusunuz?

1. Yok

2. Var

Oyun oynamayı azaltma, kontrol altına alma ya da bırakma denemeleriniz oluyormu?

1. Yok

2. Var

Oyun için aktivitelerden vazgeçiyormusunuz?

1. Yok

2. Var

Yol açtığı psikososyal sorunların bilinmesine rağmen oyun oynamayı sürdürüyorsunuz?

1. Yok

2. Var

Oyun hakkında aile üyelerine, terapistine ya da başkalarına yalan söylüyormusunuz?

1. Yok

2. Var

Olumsuz duygudurumdan (Umutsuzluk, suçluluk, kaygı gibi...) kurtulmak için oyun oynuyormusunuz?

1. Yok

2. Var



EK-4. Young İnternet Bağımlılığı Testi

YOUNG İNTERNET BAĞIMLILIĞI TESTİ - KISA FORMU (YİBT-KF)

AÇIKLAMA: Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumları hangi sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman

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

Ölçek kaynak gösterilerek kullanılabilir.

EK-5. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

Ek 1. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form

Yönerge: Aşağıda akıllı telefon kullanımı ile ilgili çeşitli duygu ve düşünceleri içeren anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımın size ne kadar uyduğunu değerlendirerek en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız.

1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kısmen katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 5-Katılıyorum, 6-Kesinlikle katılıyorum

1 Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım.	1	2	3	4	5	6
2 Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5	6
3 Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissederim.	1	2	3	4	5	6
4 Akıllı telefonumun yanımda olmasına tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6
5 Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum.	1	2	3	4	5	6
6 Kullanmasam da, akıllı telefonum aklımdadır.	1	2	3	4	5	6
7 Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem.	1	2	3	4	5	6
8 İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim.	1	2	3	4	5	6
9 Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım.	1	2	3	4	5	6
10 Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığını söylerler.	1	2	3	4	5	6

Değerlendirme: Ölçek maddeleri 1'den 6'ya doğru puanlandırılmıştır. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Testten elde edilen puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. Ölçek bir faktörlü olup alt ölçekleri yoktur. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir.

EK-6. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği

İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği (Pontes ve ark., 2014) (Türkçeyeuylarlama: Çakıroğlu ve Soylu, 2018)

AÇIKLAMA: Bu ölçekte yer alan sorular sizin son bir yıl (son 12 ay) içindeki oyun oynama eğindiliğinizi belirlemek için oluşturulmuştur.

“Oyun eğindiliği” maaşuunu diruşu bilatavir tabirler, ağıallı telefon, oyun konsolu vava başka bir tür cihazda çevrimicik-online ve vava çevrimicik olmayan herhanai bir oyunda ilgili eğindilik demektir.

No	İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Oyunların uzun zaman alması sebebiyle sık sık uykusuz kalırım.	()	()	()	()	()
2	Oyunları kendimi daha iyi hissetmek için oynamam.	()	()	()	()	()
3	Son bir yılda oyun oynadığım seviyeyi önemli ölçüde arttırdım.	()	()	()	()	()
4	Oyun oynamadığım zamanlarda kendimi daha huzursuz hissedirim.	()	()	()	()	()
5	Oyun oynamaktan diğer hobilere yönelik ilgimi kaybettim.	()	()	()	()	()
6	Oyunlara ayırdığım zamanı azaltmamak istiyorum ama bunu yapmak zor geliyor.	()	()	()	()	()
7	Oyun oynamadığım zamanlarda genellikle bir sonraki oyunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
8	Yasadığım olumsuz duygularla baş etmemeye yarımcı olması için oyun oynarım.	()	()	()	()	()
9	Oyun oynamaya giderek daha fazla zaman ayırma ihtiyacı hissediyorum.	()	()	()	()	()
10	Oyun oynamamamam kendimi mutsuz hissedirim.	()	()	()	()	()
11	Ailemdeki kişilere oyunlara harcadığım süre ile ilgili yalan söyledim olur.	()	()	()	()	()
12	Oyun oynamayı bırakabileceğimi düşünmüyorum.	()	()	()	()	()
13	Oyun oynamamam hayalimde en fazla zaman alan etkinlik haline geldiğini düşünüyorum.	()	()	()	()	()
14	Beni rahatsız eden şeyleri unutmak için oyun oynarım.	()	()	()	()	()
15	Oyunlarda yapmam gereken her şeyi yapabiliş için bütün bir günün yerli olm adığını sık sık düşünürüm.	()	()	()	()	()
16	Herhangi bir nedenle oyun oynamamamam kendimi kaygılı hissedirim.	()	()	()	()	()
17	Oyun oynamamam kızı arkadaşlarımla ilişkimde tehlikeye soktuğumu düşünüyorum.	()	()	()	()	()
18	Oyunları daha az oynamayı sık sık denedim fakat bunu yapamam.	()	()	()	()	()
19	Günlük mesai etkinliklerim (eğitim, iş, ev işleri vb) oyun oynamamdan olumsuz etkilenmez.	()	()	()	()	()
20	Oyun oynamamam hayalimde en fazla zaman alan etkinlik haline geliyor.	()	()	()	()	()

EK-7. Çocuk Testi

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere daldırdım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdu.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

EK-8. Bağımlılık Dergisi

Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence

KOMPULSİF ÇEVİRİMİÇİ SATIN ALMA ÖLÇEĞİ (KÇSA)

Lütfen her madde için sizi en iyi tanımlayan yanıtları işaretleyiniz. Maddelere son 12 aydaki düşünceleriniz, duygularınız ve eylemlerinizi baz alarak cevap veriniz.

Her cümlemin karşısında bulunun;

- (0) Tamamen katılmıyorum
(1) Katılmıyorum
(2) Ne katılıyorum ne katılmıyorum
(3) Katılıyorum
(4) Tamamen katılıyorum

	Maddeler	0	1	2	3	4
1.	İnternette alışveriş yapmak hayatımdaki en önemli şeydir.					
2.	Her zaman internette alışveriş yapmakla ilgili düşünürüm.					
3.	İnternette alışveriş yapmayı düşünürken ya da planlarken çok fazla zaman harcıyorum.					
4.	İnternette alışveriş yapmayla ilgili düşünceler aklıma gelir.					
5.	Bazen daha iyi hissetmek için çevrimiçi alışveriş yaparım.					
6.	Bazen ruh halimi (duygu durumumu) değiştirmek için internette alışveriş yaparım.					
7.	Kişisel problemlerimi unutmak için internette alışveriş yaparım.					
8.	Suçluluk, kaygı, çaresizlik, yalnızlık ve /veya depresyon hislerimi azaltmak için internette bazı şeyler satın alırım.					
9.	O kadar fazla internette alışveriş yapıyorum ki günlük yükümlülüklerim (ör: okul ve iş) olumsuz yönde etkileniyor.					
10.	İnternette alışveriş yapmam sebebiyle hobilerime, boş zaman etkinliklerime, iş/okul ya da egzersizlerime daha az öncelik veririm.					
11.	İnternette alışveriş yapmam sebebiyle sevgilimi/ eşimi, ailemi ve arkadaşlarımı ihmal ederim.					
12.	İnternette alışveriş yapmam sebebiyle genellikle diğerleriyle konuşmalarımı tartışmayla biter.					
13.	İnternette alışveriş yapmak için kendimde artan bir eğilim hissediyorum.					
14.	İnternette planladığımdan çok daha fazla alışveriş yaparım.					
15.	Eskiden olduğu gibi doyuma ulaşamam için gittikçe daha fazla miktarda internette alışveriş yapmak zorunda hissediyorum.					
16.	İnternette alışveriş yapmak için gittikçe daha fazla zaman harcıyorum.					
17.	İnternette alışveriş yapmayı azaltmaya yönelik başarısız denemelerim oldu.					
18.	Başkaları tarafından internette alışveriş yapmayı azaltmam gerektiği söylendi.					
19.	İnternette alışveriş yapmayı azaltmaya karar verdim ama henüz başaramadım.					
20.	İnternette alışveriş yapmayı bir süreliğine kısıtlamayı başardım ama sonra bu alışkanlığım nüksetti.					
21.	İnternette alışveriş yapmam engellenirse, strese girerim.					
22.	Bazı sebeplerden dolayı internette alışveriş yapamayacağımı hissedersen huysuz ve hırçın olurum.					
23.	Bazı sebepler internette alışveriş yapmamı engellerse kendimi kötü hissedirim.					
24.	Son internet alışverişimin üzerinden zaman geçtiyse, çevrimiçi alışveriş yapmak için güçlü bir dürtü hissedirim.					
25.	İnternette o kadar çok alışveriş yaparım ki, parasal sorunlara sebep olur.					
26.	İnternette o kadar çok alışveriş yaparım ki, psikolojik sağlığımı bozar.					
27.	İnternette alışveriş yapma sorunum hakkında o kadar çok endişelenirim ki, bazen beni uyku tutmaz.					
28.	İnternette yaptığım alışverişler yüzünden vicdanen rahatsız olurum.					

EK-9. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Psychometric properties of the Turkish version of the barratt impulsiveness scale-11

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Türkçe Versiyonu

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1 İşlerimi dikkatle planlarım	☐	☐	☐	☐
2 Düşünmeden iş yaparım	☐	☐	☐	☐
3 Hızla karar veririm	☐	☐	☐	☐
4 Hiç bir şeyi dert etmem	☐	☐	☐	☐
5 Dikkat etmem	☐	☐	☐	☐
6 Uçuşan düşüncelerim var	☐	☐	☐	☐
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım	☐	☐	☐	☐
8 Kendimi kontrol edebilirim.	☐	☐	☐	☐
9 Kolayca konsantre olurum	☐	☐	☐	☐
10 Düzenli para biriktirim	☐	☐	☐	☐
11 Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	☐	☐	☐	☐
12 Dikkatli düşünen birisiyim	☐	☐	☐	☐
13 İş güvenliğine dikkat ederim	☐	☐	☐	☐
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim	☐	☐	☐	☐
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	☐	☐	☐	☐
16 Sık sık iş değiştiririm	☐	☐	☐	☐
17 Düşünmeden hareket ederim	☐	☐	☐	☐
18 Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım	☐	☐	☐	☐
19 Aklıma estiği gibi hareket ederim	☐	☐	☐	☐
20 Düşünerek hareket ederim	☐	☐	☐	☐
21 Sıklıkla evimi değiştiririm	☐	☐	☐	☐
22 Düşünmeden alışveriş yaparım	☐	☐	☐	☐
23 Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim	☐	☐	☐	☐
24 Hobilerimi değiştiririm	☐	☐	☐	☐
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım	☐	☐	☐	☐
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur	☐	☐	☐	☐
27 Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	☐	☐	☐	☐
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam	☐	☐	☐	☐
29 Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	☐	☐	☐	☐
30 Geleceğini düşünen birisiyim	☐	☐	☐	☐

Turkish version of BIS-11:

1st Order Factor Item Content

The first first-order factor (12 items): 1*, 2, 5, 8*, 12*, 13*, 14, 17, 19, 20*, 28, 30*

The second first-order factor (4 items): 6, 15*, 16, 22

The third first-order factor (5 items): 3, 7*, 9*, 18, 24

The fourth first-order factor (2 items): 11, 29*

The fifth first-order factor (3 items): 4, 21, 25

The sixth first-order factor (4 items): 10*, 23, 26, 27

2nd Order Factor Item Content

The first second-order factor (14 items): 1*, 2, 5, 8*, 11, 12*, 13*, 14, 17, 19, 20*, 28, 29*, 30*

The second second-order factor (7 items): 4, 6, 15*, 16, 21, 22, 25

The third second-order factor (9 items): 3, 7*, 9*, 10*, 18, 23, 24, 26, 27

*Reversed item scored 4, 3, 2, 1

Patton et. al. (1995)' study:

1st Order Factor Item Content

Attention (5 items): 5, 9*, 11, 20*, 28

Motor (7 items): 2, 3, 4, 17, 19, 22, 25

Self-Control (6 items): 1*, 7*, 8*, 12*, 13*, 14

Cognitive Complexity (5 items): 10*, 15*, 18, 27, 29*

Perseverance (4 items): 16, 21, 23, 30*

Cognitive Instability (3 items): 6, 24, 26

2nd Order Factor Item Content

Attentional Impulsiveness (8 items): 6, 5, 9*, 11, 20*, 24, 26, 28

Motor Impulsiveness (11 items): 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30*

Non-planning Impulsiveness (11 items): 1*, 7*, 8*, 10*, 12*, 13*, 14, 15*, 18, 27, 29*

*Reversed item scored 4, 3, 2, 1

EK-10. Dürtüsel Davranış Ölçeği Maddelerinin Alt Ölçeklere Dağılımı

Tablo 1: UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği maddelerinin

alt ölçeklere dağılımı

Tasarlama Eksikliği

1. İhtiyatlı ve tedbirli biriyimdir.
2. Düşüncelerim ölçülü ve bir amaca yöneliktir.
3. Düşünmeden konuşan biri değilim.
4. Harekete geçmeden önce biraz durup yapacağım şey üzerine düşünürüm.
5. Nasıl yürüteceğimi tam olarak bilmediğim bir projeye başlamak istemem.
6. Karşılaştığım sorunları mantıklı bir biçimde değerlendirerek "makul" bir yaklaşımda bulunma eğilimindeyim.
7. Kararlarımı genellikle dikkatlice enine boyuna düşünerek veririm.
8. İhtiyatlı biriyimdir.
9. Yeni bir durumun içine girmeden önce, o durumun bana neler kazandırabileceğini bilmek isterim.
10. Herhangi bir şey yapmadan önce genellikle iyice düşünürüm.
11. Bir konuyla ilgili karar vermeden önce tüm avantaj ve dezavantajları hesaba katarım.

Sıkışıklık

12. Dürtülerimi kontrol etmede sorun yaşıyorum.
13. Şiddetli isteklerime direnç göstermede sorun yaşıyorum. (örneğin, yemek, sigara içmek vb.)
14. Kendimi çoğu kez, sonradan pişman olup da kurtulmak istediğim işlerin içine sokarım.
15. Kendimi kötü hissettiğimde, çoğu kez o anda iyi hissettiren fakat sonradan yaptığımı pişman olduğum şeyler yaparım.
16. Kendimi kötü hissettiğim bazı zamanlarda, kendimi kötü hissettirse bile yapmakta olduğum şeyi durduramam.
17. Üzgün olduğum zamanlarda çoğu kez düşünmeden hareket ederim.
18. Reddedildiğimi hissettiğim zamanlarda, çoğu kez sonradan pişman olduğum şeyler söylerim.
19. Duygularıma göre hareket etmemin önüne geçemiyorum.
20. Sorunlarla karşılaştığımda onları çoğu kez içinden çıkılmaz bir hale getiririm çünkü üzgün olduğum zamanlarda düşünmeden hareket ederim.
21. Bir tartışmanın en ateşli anında, çoğu kez sonradan pişman olduğum sözler söylerim.
22. Duygularımı her zaman kontrol altında tutmayı başarabilirim.

Heyecan Arayışı

23. Bazen aklıma eseni yapar ve sonra pişman olurum.
24. Genellikle yeni ve heyecan verici deneyimler ve duygular ararım.
25. Bu hayatta her şeyi bir kere deneyeceğim.
26. Bir sonraki hamlenin çabuk yapıldığı spor ve oyunlardan hoşlanırım.
27. Su kayağı yapmaktan keyif alabilirim.
28. Risk almaktan hoşlanırım.
29. Paraşütle atlamak hoşuma gidebilir.
30. Biraz korkutucu ya da gelenek dışı dahi olsalar, yeni deneyimler ve duygular yaşamaya açığım.
31. Uçak kullanmayı öğrenmek hoşuma gidebilir.
32. Ara sıra biraz korkutucu işler yapmaktan keyif alırım.
33. Yüksek bir dağın tepesinden aşağıya hızla kayarken hissedilen duygular bana keyif verebilir.
34. Hava tüpü olmadan dalış yapmak hoşuma gidebilir.

Sebatsızlık

35. Arabayı hızlı sürmek hoşuma gidebilir.
36. Genellikle olayları sonuna kadar takip etmeyi severim.
37. Kolayca pes etme eğiliminde olan biriyim.
38. Bitmemiş, yarım kalan işler canımı sıkar.
39. Bir şey yapmaya başladığımda, durmaktan

Winc
Maddeler