DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN ERGENLERİN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI DÜZEYLERİ, MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE ANNE BABA TUTUMLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

SİMGE KOÇYİĞİT

TARAFINDAN

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜNE
SUNULAN TEZ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EYLÜL 2019

Sosyal Bilimler Enstitü Onayı

_____

Doç. Dr. Seyfullah YILDIRIM

Enstitü Müdürü V.

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

_____

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Anabilim Dalı Başkanı

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederim.

_____

Dr. Öğr. Üyesi Halime Şenay GÜZEL

Danışman

Jüri Üyeleri

Dr. Öğretim Üyesi Halime Şenay GÜZEL (AYBÜ, Psikoloji) _____

Doç. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR (AYBÜ, Psikoloji) _____

Doç. Dr. Esra GÜNEY (Gazi Üniversitesi, Psikiyatri) _____

Bu tez içerisindeki bütün bilgilerin akademik kurallar ve etik davranış çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu beyan ederim. Ayrıca bu kurallar ve davranışların gerektirdiği gibi bu çalışmada orijinal olmayan her tür kaynak ve sonuçlara tam olarak atıf ve referans yaptığımı da beyan ederim; aksi takdirde tüm yasal sorumluluğu kabul ediyorum.

Adı Soyadı: Simge KOÇYİĞİT

İmza:

ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN ERGENLERİN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI DÜZEYLERİ, MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE ANNE BABA TUTUMLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Koçyiğit, Simge

Yüksek Lisans, Psikoloji Bölümü

Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Halime Şenay Güzel

Eylül 2019, 111 sayfa

Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve almayan 11-14 yaş arası ergenleri akıllı telefon bağımlılığı, mizaç özellikleri ve ebeveyn tutumları açısından karşılaştırmak ve gruplar arasındaki farklılıkları ortaya koymaktır. Bu amaç doğrultusunda çalışmaya DEHB tanılı grupta 67, DEHB tanısı olmayan grupta 76 olmak üzere toplamda 143 çocuk ile anne/babaları dahil edilmiştir. Ebeveynlere Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği uygulanırken, ergenlere Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu ile Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri uygulanmış ve her iki gruba kişisel bilgi formu verilmiştir. Ölçeklerden elde edilen veriler incelenirken öncelikle student t-testi, ki-kare analizi, korelasyon analizi, ANOVA ve MANOVA uygulanmıştır. Sonrasında ise çalışmanın temel amacı doğrultusunda, Akıllı telefon bağımlılığını yordayan değişkenleri incelemek amacıyla DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplar için iki ayrı çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizlere göre, DEHB tanılı

ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı puanları DEHB tanısı olmayan gruba oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, grupların mizaç ve karakter özellikleri ile anne baba tutumları açısından da farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Son olarak, her iki grubun akıllı telefon kullanım amacı ve cinsiyet açısından farklılaştığı tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonuçlarında, DEHB tanılı grupta akıllı telefon bağımlılığını yenilik arayışı mizaç özelliği pozitif yönde, aşırı koruyucu ebeveyn tutumu negatif yönde yordamaktadır. DEHB tanısı olmayan grupta ise akıllı telefon bağımlılığını yenilik arayışı mizaç özelliği pozitif yönde, sebat etme mizaç özelliği ise negatif yönde yordamaktadır. Elde edilen bulgular alanyazın çerçevesinde tartışılmış, ileri çalışmalar için bazı önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, akıllı telefon bağımlılığı, mizaç, anne baba tutumu.

ABSTRACT

COMPARISON OF SMARTPHONE ADDICTION LEVELS, TEMPERAMENT CHARACTERISTICS AND PARENTAL ATTITUDES OF ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Koçyiğit, Simge

M. A., Department of Psychology

Supervisor: Ass. Prof. Dr. Halime Şenay Güzel

September 2019, 111 pages

This study was aimed to compare adolescents between 11-14 years with and without Attention Deficit Hyperacitivity Disorder in terms of smartphone addiction, temperament characteristics and parental attitudes and to reveal differences between groups. For this purpose, a total of 143 children and their parents were included in the study, 67 of which were adolescents who had received ADHD diagnosis and 76 had not received ADHD diagnosis. While parents completed the Parental Attitude Research Instrument-PARI, adolescents were administered the Smart Phone Addiction Scale - Short Form and Junior Temperament and Character Inventory and and both groups were given personal information form. Student's t-test, Chi-squared analysis, correlation analysis, ANOVA and MANOVA were used to analyze the findings obtained from the research. Then, in order to investigate the predictors of smartphone addiction, two different multiple regression analyzes were performed for the groups with and without ADHD. According to the analysis, the smartphone addiction scores of adolescents with ADHD were significantly higher than the non-ADHD group. In addition, ADHD and non-ADHD groups showed differences in temperament characteristics and parental attitudes. Finally, it was determined

that both groups differed in terms of purpose of using smartphones and gender. Regression analysis revealed that, novelty seeking temperament trait positively predict and overprotection parental attitude negatively predict smartphone dependence in ADHD group. In the non-ADHD group, smartphone addiction predicted novelty seeking temperament trait positively and persistence temperament trait predicted negatively. The findings were discussed within the context of the literature and some suggestions were made for further studies.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, smartphone addiction, temperament, parental attitude.

Anneme…

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca hem akademik hem de uygulama alanında kendisinden çok şey öğrendiğim, bilgisi ve sabrıyla her zaman desteğini hissettiğim, değerli tez danışmanım, hocam ve en önemlisi yol göstericim olan Dr. Öğr. Üyesi Halime Şenay GÜZEL'e

Yapıcı eleştiri ve yorumlarıyla tezime katkıda bulunan değerli jüri üyelerim Doç. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR ve Doç. Dr. Esra GÜNEY'e,

Veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatristlerinden Uzm. Dr. Yunus KILLI ve Uzm. Dr. Elif KOÇAK'a,

Tanıştığımız ilk andan itibaren desteğini hissettiğim, olgunluğu ve sevecenliğiyle hayatımı güzelleştirdiğine inandığım, yüksek lisans maceramın bana kazandırdığı kıymetli dostum İrem ADSEVER'e,

Yüksek lisans sürecimi eğlenceli kılan ve yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşım Nesrin ERGÜL ve sevgili sınıf arkadaşlarıma,

Ankara'nın bana kazandırdığı çok kıymetli bir dost olmakla birlikte zekası ve merhameti ile öğrencilerinin çok şanslı olduğunu düşündüğüm Derya IŞIK ve harika ailesine,

Hayatımda çok ayrı bir yeri olduğuna inandığım, mükemmel bir dostun da ötesinde kız kardeşim gibi sevdiğim ve hissettiğim Şule Hilal ATTAR'a,

Düştüğüm zamanlarda beni kaldırmak için hep yanımda olan, daha iyisini başarmam için motive eden, karakterine hayran olduğum Onurhan ALTINTAŞ'a,

Sonsuz sevgi ve fedakarlıkları ile dünyanın en şanslı insanı olduğumu hissettiren, elimden tutup bana yol gösteren, hayatım boyunca arkamda dimdik duran sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. İyi ki varsınız!

İÇİNDEKİLER

İNTİHAL…….iii
ÖZET…….iv
ABSTRACT……..vi
İTHAF……..……...……viii
TEŞEKKÜR…….……...……..ix
İÇİNDEKİLER……..….x
TABLOLAR LİSTESİ……....xiv
BÖLÜM 1
1. GİRİŞ……...1
1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)……1
1.1.1. Tanımlama ve Tarihçe……1
1.1.2. Etiyoloji……..6
1.1.2.1. Genetik Faktörler……...6
1.1.2.2. Çevresel Faktörler……..8
1.1.2.3. Nöropsikolojik Faktörler……...9
1.1.3. Epidemiyoloji……...10
1.1.4. Eş Tanı……..11
1.2. Mizaç……..13
1.2.1. Mizaç Yaklaşımları……...13
1.2.1.1. Thomas (1914-2003) ve Chess Yaklaşımı……...13
1.2.1.1.1. Uyum İyiliği (Goodness of Fit)…….……....14
1.2.1.2. Buss ve Plomin Yaklaşımı……...15
1.2.1.3. Kagan Yaklaşımı……..15
1.2.1.4. Rothbart Yaklaşımı……..16
1.2.1.5. Goldsmith ve Campos Yaklaşımı……16
1.2.1.6. Cloninger'in Psikobiyolojik Yaklaşımı……...17
1.2.2. DEHB ve Mizaç İlişkisini İnceleyen Çalışmalar……..18

1.3. Anne Baba Tutumu……19
1.3.1. Anne Baba Tutumuna İlişkin Modeller……...20
1.3.1.1. Psikodinamik Model……20
1.3.1.2. Davranışçı Model……20
1.3.1.3. Baumrind'in Sınıflaması……..21
1.3.1.4. Maccoby ve Martin'in Modeli……..…22
1.3.2. Anne Baba Tutumu Çeşitleri……22
1.3.2.1. Demokratik Anne Baba Tutumu……..…22
1.3.2.2. Aşırı Koruyucu Anne Baba Tutumu……23
1.3.2.3. Aşırı İzin Verici Anne Baba Tutumu……...23
1.3.2.4. İlgisiz Anne Baba Tutumu……...24
1.3.2.5. Otoriter Anne Baba Tutumu……24
1.3.2.6. Tutarsız Anne Baba Tutumu……25
1.3.2.7. Mükemmeliyetçi Anne Baba Tutumu……..25
1.3.2.8. Helikopter Anne Baba Tutumu……26
1.3.3. DEHB ve Anne Baba Tutumu İlişkisini İnceleyen Çalışmalar……26
1.4. Akıllı Telefon Bağımlılığı……..28
1.4.1. Davranışsal Bağımlılık……28
1.4.1.1. Akıllı Telefon Bağımlılığı……29
1.4.1.1.1. Akıllı Telefon Bağımlılığını Etkileyen Mizaç ve Diğer Psikolojik Faktörler……31
1.4.1.1.2. Akıllı Telefon Bağımlılığının Sonuçları……...32
1.4.2. DEHB ve Akıllı Telefon Bağımlılığı İlişkisini İnceleyen Çalışmalar…….33
1.5. Çalışmanın Amacı ve Önemi……35

BÖLÜM 2

2. YÖNTEM……..37
2.1. Katılımcılar……37
2.2. Veri Toplama Araçları……...41
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu……..41
2.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu (Smart Phone Addiction Scale-Short Form)……41

2.2.3. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (Junior Temperament and Character Inventory) (J-TCI-R)……...42

2.2.4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARI)……42

2.3. İşlem……...43

2.4. İstatiksel Analiz……..44

BÖLÜM 3

3. Bulgular……..46

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Basıklık Çarpıklık Değerleri……...46

3.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması…….48

3.2.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Yaş Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması: T-Test……..…49

3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri…….50

3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Birbirleri ile Olan İlişkisi: Korelasyon Analizi……52

3.5. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç Özellikleri ve Anne Baba Tutumları Açısından Karşılaştırılması..…….55

3.5.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı Açısından Karşılaştırılması: T-Test…….55

3.5.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Mizaç Özellikleri Açısından Karşılaştırılması: Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA)..55

3.5.3. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması: Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA)..57

3.6. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon ve İlgili Değişkenler Açısından Analizi…….……..59

3.6.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması: Univariate ANOVA……..59

3.6.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Kullanım Amaçlarının Cinsiyet Açısından İncelenmesi: Ki-Kare Analizi…….60

3.7. Akıllı Telefon Bağımlılığını Yordayan Değişkenler: Regresyon Analizi……..61

BÖLÜM 4

4. TARTIŞMA……65
4.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması…….65
4.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç Özellikleri ve Anne Baba Tutumları Açısından Karşılaştırılması……...67
4.3. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Diğer Önemli Değişkenler Açısından İncelenmesi…….69
4.4. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizine İlişkin Sonuçların Tartışılması…….72

BÖLÜM 5

5. SONUÇ VE ÖNERİLER……74

KAYNAKÇA……..78

EKLER

A. Bilgilendirilmiş Onam Formu……103
B. Kişisel Bilgi Formu (Ergenler için)……104
C. Kişisel Bilgi Formu (Ebeveynler için)……...105
D. Ergenler İçin Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği……....106
E. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanter……107
F. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği……...108
G. Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni……...109
H. Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni……...110
I. AYBÜ Proje Onay Belgesi…….111

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Akıllı Telefon Bağımlılığı İçin Tanı Kriteri Önerileri……..….31

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Değişkenler ve Akıllı Telefon Kullanım Amacına İlişkin Özellikleri……..40

Tablo 3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları…….41

Tablo 4. Araştırmada Yer Alan Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri……..48

Tablo 5. Grupların Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması……..49

Tablo 6. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Ergen ve Ebeveynlerin Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması…….50

Tablo 7. DEHB Tanılı Grubun Ölçek Puanlarına İlişkin Minimum-Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri……51

Tablo 8. DEHB Tanısı Olmayan Grubun Ölçek Puanlarına İlişkin Minimum-Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri……52

Tablo 9. DEHB Tanılı Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç ve Anne Baba Tutumu Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar ……55

Tablo 10. DEHB Tanısı Olmayan Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç ve Anne Baba Tutumu Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar……...56

Tablo 11. Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı Puanlarının Karşılaştırılması……57

Tablo 12. Grupların Mizaç ve Karakter Envanteri Alt Boyutlarına Göre Ortalama ve Standart Sapmaları……...58

Tablo 13. DEHB Tanılı Grup ve DEHB Tanısı Olmayan Gruplar Açısından Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Her Bir Alt Boyutunun MANOVA Bulguları……59

Tablo 14. Grupların Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Ortalama ve Standart Sapmaları……...60

Tablo 15. DEHB Tanılı Grup ve DEHB Tanısı Olmayan Gruplar Açısından Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği'nin Her Bir Alt Boyutunun MANOVA Bulguları…….61

Tablo 16. Katılımcıların Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Puan Ortalamları ve Standart Sapmaları……...62

Tablo 17. Katılımcıların Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin ANOVA Sonuçları……..62

Tablo 18. Katılımcıların Akıllı Telefon Kullanım Amaçları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi……....63

Tablo 19. DEHB Tanılı Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı Yordayıcılarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları……..65

Tablo 20. DEHB Tanısı Olmayan Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı Yordayıcılarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları……...66

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

1.1.1. Tanımlama ve Tarihçe

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça yaygın görülen nörogelişimsel bir bozukluktur. Dikkati sürdürmede zorluk, dürtüsellik ve hiperaktivite semptomları ile karakterizedir. Gelişimsel düzeye uygun olmayan davranışsal problemler genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkmakta ve uzun yıllar devam etmektedir (Barkley, 1997).

Bir asırdan uzun süredir dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu doğasının anlaşılması konusunda araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar alanda çalışan uzmanları oldukça zorlamış, DEHB' nin tanımlanması konusunda tartışmalı ve tutarsız açıklamalar ortaya çıkmıştır (Wilmshurst, 2008). DEHB' nin ilk tutarlı tanımlaması 1902 yılında George Still tarafından verilmiştir. Still, konferansları sırasında DEHB olan çocukları ''fiziksel engeli bulunmayan çocuklar arasında ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği'' olarak adlandırmıştır (Still, 1902). Fakat daha sonra, hiperaktivite ile ilgili problemlerin bozukluğun temel özellikleri olduğu düşünülmüştür (Barkley, 2014). Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan viral ensefalit salgınından sonra hayatta kalan çocuklarda benzer davranış problemleri görülmüş ve bu nedenle belirtilerin virüs salgını neticesinde ortaya çıktığı düşünülmüştür (Doğangün ve Yavuz, 2011).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hakkında tutarsız açıklamalara paralel olarak isim konusunda da benzer sıkıntılar ortaya çıkmış ve geçmişte DEHB için birçok farklı

isim kullanılmıştır. Bunlar; minimal beyin hasarı sendromu, minimal beyin disfonksiyonu, çocukluk döneminde hiperkinetik reaksiyon ve son olarak halen kullanılan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur (Rowland, Lesesne ve Abramowitz, 2002).

1960'lı yılların sonunda Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından düzenlenen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın ikincisinde (DSM-II), bütün çocukluk dönemi hastalıkları "reaksiyon" olarak tanımlanmış ve DEHB'den "çocukluktaki hiperkinetik reaksiyon'' olarak söz edilmiştir (Klykylo ve Kay, 2006). DSM III' te bu bozukluk, "hiperaktivite ile birlikte görülen dikkat eksikliği'' ve "hiperaktivite ile birlikte görülmeyen dikkat eksikliği'' şeklinde iki kategori altında incelenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980). DSM III revizyonunda ise ilk defa "dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'' tanımı kullanılmaya başlanmıştır (APA, 1987).

DSM IV' te "yıkıcı davranım bozuklukları'' başlığı altında yer alan DEHB, dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm, dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin birlikte bulunduğu bileşik görünüm şeklinde 3 alt tipe ayrılmıştır. Dikkat eksikliği genel özellikleri; kişinin yaşına, sosyal ve kültürel özelliklerine oranla konsantrasyon güçlüğü çekmesi, unutkanlık yaşaması ve dikkatinin çok çabuk dağılması şeklindedir. Aşırı hareketlilik/dürtüsellik genel özellikleri; kişinin yaşına göre oldukça hareketli ve aceleci olması, aşırı konuşkanlık davranışlarıdır. Bileşik görünümde ise hem dikkat eksikliği hem de aşırı hareketlilik/dürtüsellik durumlarının tanı ölçütleri karşılanmaktadır (APA, 1994). DEHB, bugün kullanılan DSM-5'te "nörogelişimsel bozukluklar" başlığı altında incelenmeye başlanmıştır. DSM-IV'te bahsedilen alt tipler DSM-5' te "kendini gösterme şekli'' olarak ifade edilmektedir. Ayrıca DSM-IV'ten farklı olarak DSM-5'te dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna hafif, orta ve ağır sınıflandırmaları eklenmiş, belirtilerin ortaya çıktığı yaş sınırı 7'den 12 olarak değiştirilmiş, tanı konulabilmesi için çocuklarda 6 ya da fazla olması gereken bulgunun 17 yaş üzerinde 5 tane olabileceği belirtilmiştir (APA, 2013).

DSM-5' e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

f. *Çoğu kez aşırı konuşur.*

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

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

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

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

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

D. *Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.*

E. *Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişatı sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu).*

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

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

Varsa belirtiniz:

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

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

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

1.1.2. Etiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalar genetik özellikler ile çevresel biyolojik faktörlerin etkileşimi sonucunda beyinde nörobiyolojik bir bozukluğun meydana geldiğini göstermektedir (Ercan, 2008). DEHB etiyolojisi ayrıntılı incelendiğinde çok etkenli bir bozukluk olabileceği anlaşılmaktadır. Bu nedenle etiyolojide sadece öne çıkan etkenler incelenmiştir.

1.1.2.1. Genetik Faktörler

Genetik faktörleri araştırmak için ailesel, evlat edinme, ikiz ve moleküler genetik çalışmalara bakılmaktadır. Yapılan bir araştırmada DEHB olan bireylerin ailelerinde %30-40 oranında, kontrol grubunun ailelerinde ise sadece %8 oranında DEHB geçmişi rapor edilmiştir (Biederman vd., 1992). DEHB olan bireylerin kardeşlerinde, tanı almayan gruba oranla DEHB riskinin iki kat fazla olduğu gözlenmiştir (Sadock, Sadock ve Kaplan, 2009). Ek olarak, DEHB tanılı ebeveynlerin çocuklarının da DEHB için yüksek risk altında olduğu belirtilmektedir (Wicks-Nelson ve Israel, 2009).

Evlat edinme çalışmaları incelendiğinde, evlat edinen anne babalarla karşılaştırıldığında, DEHB tanısı olan çocukların biyolojik anne babalarının çok daha

yüksek oranda DEHB olduğu görülmüştür. Bu alanda yapılan bir araştırmada DEHB olan çocukların biyolojik ailelerinde %18 oranında DEHB görülürken, DEHB olan evlat edinilmiş çocukların üvey ailelerinde %6 oranında görüldüğü rapor edilmiştir (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy ve Faraone, 2000). 176 çocuk ve aileleri ile yürütülen bir diğer araştırmada, biyolojik ebeveynlerin evlat edinen ebeveynlere oranla daha fazla dikkat problemleri olduğu rapor edilmiştir (Alberts-Corush, 1986).

İkiz çalışmalarından elde edilen verilere göre DEHB, tek yumurta ikizlerinde yaklaşık %80 oranında bir arada görülürken, çift yumurta ikizlerinde ise %32 oranında görülmektedir (Faraone ve Biederman, 1998; Smalley, 1997). 7-15 yaş arasında 181 ikiz ile yürütülen bir çalışmada ise dikkat problemleri tek yumurta ikizlerinde 0.68 oranında korelasyon gösterirken, çift yumurta ikizlerinde bu oran 0.29 bulunmuştur (Edelbrock, Rende, Plomin ve Thompson, 1995). Faraone ve arkadaşları (2005), çeşitli ülkelerde yürütülen 20 farklı ikiz çalışmasını incelemiş ve DEHB'nin %76 oranında kalıtımsal olduğunu rapor etmiştir. Bu çalışmalar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ailesel geçişinde genetik faktörlerin önemli rol oynadığını göstermektedir.

Moleküler genetik çalışmalarında başta dopamin sistemi olmak üzere DEHB ile bağlantılı olabilecek birçok genden söz edilmektedir. Şimdiye kadar araştırılan dopamin reseptör genleri DRD2, DRD3, DRD4 ve DRD5'tir. Dopamin taşıyıcı geni olan DAT1 geninin de DEHB ile ilişkili olabileceği konusunda çalışmalar mevcuttur (Öncü ve Şenol, 2002). Ayrıca serotonin taşıyıcı geni (5-HTT), serotonin 1B reseptör (HTR1B) ve sinaptozomal protein 25 (SNAP-25) genlerinin DEHB ile bağlantıları bulunmuştur (Faraone vd., 2005). Bir başka araştırma ise troid beta reseptör geni ile ilgilidir. Araştırmaya göre bu gendeki mutasyon sonucunda troid hormonuna genel bir direnç gelişmekte ve direnci olan bireylerin %70'inde DEHB bulunduğu rapor edilmektedir (Hauser vd., 1993). Faraone ve Mick (2010), DEHB etiyolojisinde rol oynayabilecek aday gen çalışmalarını incelemiş ve SLC6A3, SNAP-25 ve HTR1B gen kodlarının da DEHB ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Moleküler genetik alanında yapılan çalışmalar DEHB etiyolojisinde tek bir genden söz etmek yerine birden fazla genin rol oynadığını göstermektedir.

1.1.2.2. Çevresel Faktörler

DEHB'nin nedeni üzerine yapılan genetik ile ilgili çalışmaların yanı sıra birçok çalışmada çevresel faktörlerin de önemi ele alınmıştır. Bu çalışmalara göre hamilelik esnasında alkol ve sigara kullanımının zararlı sonuçlarından biri de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur (Huizink ve Mulder, 2006; Linnet vd., 2003; Mick, Biederman, Faraone, Sayer ve Kleinman, 2002). Babanın sigara içmesinin sperm yoluyla bebeğe zarar verebileceği ve DEHB etiyolojisinde rol oynayabileceği hipotezine dayanarak yapılan bir başka çalışmada da DEHB tanısı olan çocukların %35'inin babasında sigara kullanımı görülürken, DEHB tanısı olmayan grubun %23'ünün babasında sigara kullanımına rastlanmıştır (Biederman vd., 2017). Herranz, Vilchez, Ledo ve Sierra (2014), eroin bağımlısı anneden dünyaya gelen 30 katılımcının 25 yıl sonraki psikiyatrik durumlarını değerlendirmiştir. Yapılan kesitsel araştırma sonucunda katılımcıların 1/3'ünde psikiyatrik bozukluğa rastlandığını ve en çok rastlanan bozukluğun DEHB olduğu rapor edilmiştir.

Alkol ve madde kullanımı dışında doğum öncesi ve doğum esnasında yaşanan diğer sorunların da DEHB'ye yol açtığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Annenin sağlık durumunun kötü olması, yaşı, doğum süresi, düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi kanama, vücutta aşırı ödem birikmesi ve tansiyon yüksekliği belirtileriyle giden eklemsi adlı gebelik hastalığı bu sorunlara örnek olarak verilebilir. Ayrıca DEHB oluşumunda rol oynadığı belirtilen bazal çekirdeklerin oksijensiz kalması da risk faktörleri arasındadır (Banerjee, Middleton ve Faraone, 2007).

Anne karnında toksinlere maruz kalma veya yenidoğan dönemi komplikasyonlarının beyindeki prefrontal-striatal-serebellar bölgelerde hacmin az olması veya inaktivitesi gibi problemlere yol açtığı için dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiyolojisinde rol oynadığı belirtilmektedir (Mukaddes ve Ercan, 2018).

Psikososyal faktörleri incelemek DEHB oluşumunu hazırlayıcı unsurları ve bozukluğun gidişatını gözlemlemek açısından önemlidir. Anne baba tutumunun bu faktörler arasında önemli bir yeri bulunmaktadır. Ercan (2008), yanlış anne baba tutumlarının DEHB şiddetinde etkili olduğunu vurgulamaktadır. Okul ortamı ve DEHB ilişkisi incelendiğinde, öğretmenin tutumu ve sınıf içi etkinliklerin organizasyonu gibi faktörlerin DEHB olan

çocukların davranışlarını ve dikkat sürelerini etkilediği gözlenmiştir (Pfiffner, Barkley ve DuPaul, 2006).

Ayrıca çocuk esirgeme kurumu gibi yerlerde kalan çocukların çoğunlukla aşırı aktif ve yetersiz dikkat dağılımına sahip oldukları belirtilmektedir. Bu belirtilerin uzun süreli duygusal yoksunluktan kaynaklandığını ve çocukların koruyucu aile gibi daha destekleyici bir ortama alındıklarında belirtilerin ortadan kalktığı gözlenmiştir (Sadock, Sadock ve Kaplan, 2009). Biederman ve arkadaşları (1995), çalışmalarında olumsuz yaşantılar ile DEHB arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çalışmaya göre tek bir faktörün psikopatolojiye yol açtığını belirtmek yerine evlilikte şiddetli geçimsizlik, düşük sosyoekonomik düzey ve annede zihinsel rahatsızlık gibi faktörlerin bozukluğun gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

1.1.2.3. Nöropsikolojik Faktörler

Beyin görüntüleme çalışmalarında DEHB tanılı bireylerde prefrontal korteks, subkortikal yapılar ve hareket ve dikkatin düzenlenmesinden sorumlu olan serebellum hacminin düşük olduğu bulunmuştur (Biederman, 2005). Beynin biyokimyası ile ilgili araştırmalarda ise dopamin ve norepinefrin eksikliği üzerinde durulmuştur. Bu nörotransmitterlerin eksikliği yürütücü işlevleri, ödül mekanizmasını ve motivasyonu etkilemektedir (Taylor ve Sonuga-Barke, 2008).

Nöropsikolojik testlere göre DEHB olan bireylerde bilişsel, emosyonel ve sosyal davranışların düzenlenmesinde rol oynayan ve prefrontal bölgenin fonksiyonları arasında yer alan yürütücü işlevlerde yapısal anormallikler olduğu belirtilmektedir (Mukaddes ve Ercan, 2018). Barkley (1997), DEHB tanılı bireylerin çalışma belleği (working memory), duyguların ve motivasyonun düzenlenmesi, içe konuşma (internal speech) ve yeniden kurma (reconstitution) yürütücü işlevlerinde yapısal bozulmalar olduğunu belirtmektedir.

DEHB olan çocukların düşük puan aldığı nöropsikolojik testlerden biri Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu (WISC-R) küplerle desen alt testidir. Bu alt testteki düşük puanlar görsel algı ve hareket koordinasyon, üç boyutlu düşünebilme gibi becerilerde problem olduğunu göstermektedir (Seidman vd., 1997; Akt. Erdoğan, 2002).

Ayrıca DEHB tanılı çocukların Bender Gestalt Görsel Motor Algı ve Rey Karmaşık Figür testlerinden de kontrol gruplarına oranla düşük puanlar aldıkları rapor edilmiştir (Resta ve Eliot, 1994; Garcia-Sanchez, Estevez-Gonzalez, Suarez-Romerove ve Junque, 1997). Nöropsikolojik testlere ek olarak DEHB olan çocukların ‘’doğal ortamdaki’’ günlük işlev değerlendirilmeleri ve yürütücü işlevlerle ilgili davranışları ebeveyn ve öğretmen formları yardımıyla yapılabilmektedir (Mukaddes ve Ercan, 2018).

1.1.3. Epidemiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığına ilişkin yapılan epidemiyolojik çalışmalarda çeşitli tartışmalar söz konusu olsa da kapsamlı araştırmalara bakıldığında dünya genelinde DEHB, çocuklarda ortalama %5-10 oranında ve yetişkinlerde %4 oranında görülmektedir (Faraone vd., 2003). Amerika’da ise bu oran %5-8 arasında değişmektedir (Dulcan, 1997). DEHB epidemiyolojisinin gelişim dönemlerine ayrılarak incelendiği bir araştırmada ise 4-6 yaş olan okul öncesi dönemde %3.6-13 yaş olan okul çağında %3-7 ve 14-20 yaş olan ergenlik döneminde %6 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı rapor edilmiştir (Lauth ve Schlottke, 2001; Akt. Özmen, 2010).

Türkiye’de yapılan epidemiyolojik araştırmalara bakıldığında 2013 yılında Ercan ve arkadaşları tarafından yapılan ve 4 yıl süren çalışma göze çarpmaktadır. Bu çalışmaya göre DEHB oranı %13’tür (Ercan vd., 2013). Malatya il merkezinde okul çağındaki çocuklarda yapılan bir başka araştırmada DEHB yaygınlığı %9.5 oranında bulunmuştur (Özcan vd., 1998). Kuzey Kıbrıs’ta yapılan bir araştırmada ise ilkokulda DEHB yaygınlığının %12.8 olduğu rapor edilmiştir (Bozkurt, Dirik ve Üneri, 2017).

DEHB epidemiyolojisinde cinsiyet farklılıkları incelendiğinde erkeklerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun kızlara oranla daha sık görüldüğü belirtilmekte ve bu oranın 4:1 ve 2:1 arasında değiştiği rapor edilmektedir (Gershon ve Gershon, 2002; Klykylo ve Kay, 2006). Alt tiplere bakıldığında, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun 3 alt tipte de kızlara oranla erkeklerde daha yüksek görüldüğü belirtilmektedir. Ayrıca kızlarda en yüksek alt tipin dikkat eksikliği baskın tip olduğu rapor edilmektedir (Skounti, Philalithis ve Galanakis, 2007). DEHB tanılı kızlarda içe yönelim sorunları (depresyon, kaygı ve stres) daha fazla görülürken, erkeklerde ise hiperaktivite

semptomları ve dışa yönelim sorunlarının daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (Gaub ve Carlson, 1997; Levy, Hay, Bennet ve Mcstephen, 2005).

Çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tiplerine bakıldığında; dikkatsizliğin baskın olduğu görünümde %4.4, aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünümde %2 ve bileşik görünümde %2.2 oranı görülmektedir (Froehlich vd., 2007). Son olarak sosyoekonomik durumu düşük olan çocuklarda DEHB riskinin daha fazla olduğunu belirten birkaç araştırma olsa da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun bütün sosyoekonomik düzeyde görüldüğü sonucuna varılmıştır (Mash ve Barkley, 2014).

Bu oranlar bilgi alınan kaynak, seçilen örneklem, araştırma yöntemi ve araştırmanın yapıldığı bölgelere göre değişebilmektedir. Son 20 yılda bozukluğun tanımlanmasında değişimler ve DEHB tanısı konulmasındaki zorluklar nedeniyle bu alanda yapılan epidemiyolojik araştırmaların yapılmasında güçlüklere neden olmuştur (Rowland, Lesesne ve Abramowitz, 2002).

1.1.4. Eş Tanı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde sıklıkla eş tanı görülmektedir. Eş tanılar hastalığın gidişatını, belirtilerin şiddetini, tedavi süresini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Klykylo ve Kay, 2006). İsviçre'de çocuklar ile yapılan bir araştırmada, DEHB tanısı olanların %87'sinde en az bir, %67'sinde ise en az iki psikiyatrik eş tanı bulunduğu rapor edilmiştir (Kadesjö ve Gillberg, 2001). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise DEHB olan çocukların %74'ünde en az bir, %56'sında ise en az iki psikiyatrik eş tanıya rastlanmıştır (Hergüner ve Hergüner, 2012).

DSM V' e göre DEHB ile en sık eş tanısı olan bozuklukların başında karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozuklukları gelmektedir. Spencer, Biederman ve Mick (2007), DEHB tanılı çocukların yaklaşık %50'sinde KOKGB görüldüğünü belirtmektedir. KOKGB, negativist, düşmanca ve meydan okuyan davranışlarla karakterizedir. Biederman, Newcorn ve Sprich (1991), DEHB tanılı çocuklarda %30-50 oranında davranım bozukluğu eş tanısı görüldüğünü belirtmektedir. Davranım bozukluğu

ise saldırganlık, yalan söyleme ve çalma gibi yıkıcı davranışlarla karakterizedir (Spencer, Biederman ve Wilens, 1999). Çocukluk döneminde başlayan ve tedavi edilmediklerinde bireyin yaşamında ciddi problemlere neden olan bu bozuklukların DEHB ile birlikteliği, hastalığın gidişatını olumsuz etkilemektedir (Connor, Steeber ve McBurnett, 2010).

DuPaul, Gormley ve Laracy (2013), 2001 ve 2011 yılları arasında yapılan, DEHB ile öğrenme güçlüğü komorbiditesinin araştırıldığı 17 çalışmayı incelemiş ve birliktelik oranının ortalama %45 olduğunu rapor etmişlerdir. Oldukça sık birlikte görülen bu iki bozukluğun ayrımının yapılması önemlidir. DEHB tanılı çocuk/ergen dikkatsizlik belirtilerinden ziyade öğrenme güçlüğünden dolayı akademik olarak sıkıntılar yaşayabileceği gibi gerçekten öğrenme güçlüğü tanısına sahip olabilir ve bu bozukluk sadece yazılı anlatım alanında (disgrafi) ya da matematik alanında (diskalkuli) ortaya çıkabilir (Sadock, Sadock ve Kaplan, 2009).

Brezilya'da yapılan bir araştırmada DEHB olan çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları eş tanı oranı %24, majör depresyon/distimik bozukluk eş tanı oranı ise %11 olarak rapor edilmiştir (Souza, Pinheiro, Denardin, Mattos ve Rohde, 2004). Başka bir araştırmada ise DEHB ile çocukluk dönemi kaygı bozukları eş tanı oranı %25 olarak rapor edilmiştir (Biederman vd., 1991; Akt. Spencer, Biederman ve Wilens, 1999). Anksiyete ve depresyonun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda daha çok ikincil olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. DEHB' nin temel semptomları olan dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik özellikleri çocuğun akademik yaşantısında düşüşe neden olabilmektedir (Wilmshurst, 2008). Akademik yaşantıdaki bu düşüşler çocuk ve ergenlerin özgüvenini düşürmekte, diğer çevresel etmenler ile birleşince depresyon ve anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Sadock, Sadock ve Kaplan, 2009).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavi edilmediğinde ergenlik ve yetişkinlik döneminde devam etmekte ve bu dönemde bağımlılıklar için risk unsuru teşkil etmektedir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları, DEHB ile en sık görülen bağımlılıklar arasındadır. DEHB ile madde kullanım bozukluğu birlikteliği %14-23 oranında görülmektedir (van Emmerik-van Oortmerssen, Konstenius ve Schoevers, 2015). DEHB ile alkol bağımlılığı birlikteliğinin ise %23 olduğu rapor edilmektedir (Ohlmeier vd., 2008). Son olarak DEHB ile internet bağımlılığı birlikteliğinin araştırıldığı bir çalışmada ise eş tanı oranı %10 olarak rapor edilmiştir (Yen, Yen, Chen, Tang ve Ko, 2009).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile eş tanısı olan diğer bozuklukların ise; uyum bozuklukları, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, tik bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu antisosyal ve diğer kişilik bozuklukları olduğu belirtilmiştir (APA, 2013).

1.2. Mizaç

Kişilik, mizaç ve karakter her ne kadar birbirinin yerine kullanılsa da temelde farklı kavramlardır. Mizaç, kalıtımla birlikte ortaya çıkan ve yaşam boyu süreklilik gösteren yapısal özelliklerdir. Karakter, bireyin başta ailesi olmak üzere çevresindeki deneyimlerinden öğrendiği ve zamanla değişebilen özelliklerdir. Kişilik ise mizaç ve karakter kavramlarının birleşimi olarak görülmektedir. Doğuştan gelen yapısal eğilimler ve sonradan edinilen özelliklerin etkileşimi sonucunda kişilik oluşmaktadır (Akiskal, Hirschfeld ve Yerevanian, 1983).

1.2.1. Mizaç Yaklaşımları

1.2.1.1. Thomas (1914-2003) ve Chess Yaklaşımı

Alexander Thomas ve Stella Chess (1977), çalışmalarında erken çocukluk dönemindeki davranışsal farklılıklara odaklandılar ve bu farklılıkların biyolojik temeli olduğunu varsaydılar. Bu görüşten yola çıkarak ortaya konulan New York Boylamsal Araştırması (NYLS) çocukluk mizacı alanında yapılan çalışmaların öncüsü olarak kabul edilmektedir (Thomas ve Chess, 1986).

Bu araştırmada toplamda 141 çocuk ve 85 aileye yer verilmiş ve çocukların bebeklikten ergenliğe uzanan davranışsal gelişimi incelenmiştir. Araştırmanın temel sorusu şudur: ‘’Çocuklar doğumdan itibaren farklı mizaç özellikleri gösterirler. Bu mizaç farklılıklarının doğası ‘nedir’ ve kişiliğin oluşumunda mizaç özellikleri çevreyle ‘nasıl’ bir etkileşim halindedir?’’ (Thomas, Chess ve Birch, 1970).

Thomas ve Chess (1977), aileler ile yapılan görüşmeler sonucunda 9 farklı mizaç özelliği ortaya koymuştur. Bu özellikler; *aktivite düzeyi* (fiziksel/motor aktivite oranı), *düzenlilik derecesi/ritmiklik* (davranışın tahmin edilebilirliği), *uyumluluk* (çevrede meydana gelen değişimlere tepkisi), *yaklaşma/geri çekilme* (yeniliklere karşı verilen tepki), *tepki eşiği* (tepki uyandırmak için gerekli uyarıcı miktarı), *reaksiyon yoğunluğu* (gösterilen tepkinin enerji düzeyi), *duygu durum niteliği* (olumlu ve olumsuz duyguların miktarı), *dikkat dağınıklığı* (dıştan gelen bir uyaranın çocuğun dikkatinin dağılabilmesi üzerinde etkisi), *dikkati sürdürebilme* (çocuğun bir görev üzerinde yoğunlaşabilme süresi) (Akt. Mervielde ve De Pauw, 2012).

Daha sonra bu 9 farklı mizaç özelliği 3 temel kategori altında toplanmıştır. Bunlar:

Kolay Mizaçlı Çocuk: Genellikle pozitif duygudurumuna sahiptir, bebeklik dönemi rutinlerine çabuk uyum sağlar ve yeni deneyimlere çabucak adapte olur.

Zor Mizaçlı Çocuk: Genellikle negatif tepkileri vardır ve sık sık ağlar, günlük rutinlere uyum sağlamada zorlanır (örneğin; uyku ve yemek saatleri düzensizdir) ve değişime açık değildir.

Yavaş Isınan Çocuk: Yeni bir uyaran karşısında önce olumsuz tepki veren fakat daha sonra duruma adapte olabilen çocuklar bu gruba girmektedir.

Thomas ve Chess araştırmalarında çocukların %40 oranının kolay çocuk, %10'unun zor çocuk ve %15'inin yavaş ısınan çocuk kategorisinde olduğunu ortaya koymuştur. Çocukların %35'inin ise herhangi bir kategoriye uymadığını belirtmişlerdir. Son olarak çocukların ait oldukları kategoriye dair davranışsal özellikleri uzun süre devam ettirdikleri rapor edilmiştir (Thomas ve Chess 1977; Thomas ve Chess 1991).

1.2.1.1.1. Uyum İyiliği (Goodness of Fit)

Thomas ve Chess (1970), mizacın temel bir kişilik yapısı olduğunu düşünmekle birlikte sabit ve değişmez olmadığını vurgulamaktadır. Uyum iyiliği kavramını psikolojik gelişim sürecinin dinamiklerini analiz etme çalışmalarının merkezine koyan bu araştırmacılar, uyum iyiliğinin çevrenin beklentileri ve isteklerinin çocuğun mizacı ve diğer karakteristik özellikleri ile uyuştuğunda ortaya çıktığını belirtmektedir (Goldsmith vd., 1987). Çocuk ve

çevre arasında uyum söz konusu olduğunda çocuk için ideal bir gelişim mümkün olmaktadır. Tam tersi çevrenin beklentileri ile çocuğun mizacı arasında farklılıklar olması çocukta uyum problemlerine neden olabilmektedir (Rothbart ve Bates, 2006).

1.2.1.2.Buss ve Plomin Yaklaşımı

Buss ve Plomin (1984), mizacı yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan bir dizi kalıtsal kişilik özelliği olarak tanımlamaktadır. Bu kişilik özellikleri, kalıtım etkisiyle yaşamın ilk yılında ortaya çıkmakta ve sonraki dönemlerde kalıcılığını sürdürmektedir.

Buss ve Plomin'in teorisine göre mizacı oluşturan üç özellik bulunmaktadır. Bu özellikler; *duygusallık*, *aktiflik* ve *sosyalliktir*. Duygusallık, burada stres ile eş değer tutulmuştur. Örnek olarak; aşırı ağlama, öfke nöbetleri, sakinleşmede zorluk ve sempatik sinir sisteminin yoğun aktivasyonu gibi aşırı duygusal uyarılmaları içermektedir. Aktivitenin, tempo ve canlılık olmak üzere iki temel bileşeni bulunmaktadır. Bireyler uyuşukluk ya da çok enerjik davranışlar gösterebilirler. Aktivite düzeyi, konuşma miktarı ve vücut hareketlerine bakılarak ölçülebilmektedir. Sosyallikte ise yalnız olmak yerine başkalarıyla birlikte olmak tercih edilmektedir (Akt. Goldsmith vd., 1987).

1.2.1.3. Kagan Yaklaşımı

Kagan (1994), mizaç teorisinin merkezine *davranışsal ketlenmeyi (behavioral inhibition)* koymuştur. Çocuklar ve bebeklerle yaptığı boylamsal araştırmalar sonucunda iki farklı mizaç kategorisi belirlemiştir. Bunlar davranışsal ketlenmesi olan çocuklar ve davranışsal ketlenmesi olmayan çocuklardır. İki grup karşılaştırıldığında nörokimyasal olarak birbirlerinden farklı oldukları görülmüştür (Mervielde ve De Pauw, 2012).

Davranışsal ketlenmesi olan küçük çocuklar tanıdık olmayan bir insan ya da oyuncakla etkileşime geçmeden önce uzun süre beklemektedirler. Yabancı birisine bakarken annelerine iyice yaklaşmakta ve çok nadiren o kişiyle iletişim kurmaktadırlar. Bu durum 4-5 yaşındaki çocuklarda yoğun kaygı ve öfke tepkileri olarak görülebilmektedir (Kagan, Reznick ve Snidman, 1986). Davranışsal ketlenmesi olmayan çocuklar ise yeni bir durumla

karşılaştıklarında daha az motor aktivasyon ve çok düşük seviyede öfke tepkileri göstermektedirler. Bunun sonucunda davranışsal ketlenmesi olmayan çocuklar daha kolay sosyalleşebilmektedirler. Jerome Kagan ve arkadaşları, boylamsal araştırmaları sırasında bebeklik döneminde gözlemledikleri bu davranışsal özelliklerin erken çocukluk dönemlerinde de devam ettiğini belirtmektedir (Kagan, Reznick ve Snidman, 1998; Akt. Pfeifer, Goldsmith, Davidson ve Rickman, 2002).

1.2.1.4. Rothbart Yaklaşımı

Rothbart (1988), son 30 yılda mizaç alanında en kapsamlı teorilerden birisini ortaya koymuştur. Bu teoriye göre mizaç, *tepkisellik (reactivity)* ve *öz düzenleme (self-regulation)* olmak üzere iki boyutta incelenmektedir. Tepkisellik boyutunda bebeğin farklı nitelik ve yoğunluktaki duyusal uyaranlar karşısında ortaya çıkan ilk fizyolojik ve davranışsal tepkileri vurgulanmaktadır. Bu tepkiselliğin doğumdan itibaren mevcut olduğuna ve bebeğin karakteristik bir özelliğini yansıttığına inanılmaktadır. Öz düzenleme ise büyük ölçüde erken gelişim dönemlerinde ortaya çıkan dikkat ve motor kontrol mekanizmalarıdır (Calkins, 2005).

Rothbart ve Bates (2006), bu teoriyi genişleterek mizacı 3 boyut altında değerlendirmiştir. Bunlar *dışa dönüklük, negatif duygulanım* ve *gayretli kontrol/öz düzenlemedir*. Dışa dönüklük; dürtüsellik, aktivite düzeyi ve heyecan arama ile ilgilidir. Negatif duygulanımda korku, hayal kırıklığı ve üzüntü kavramları bulunmaktadır. Bu çocuklar kolaylıkla üzüntüye kapılabilmekte ve çokça ağlamaktadırlar. Gayretli kontrol grubu ise dikkatin odaklanması ve değişkenliği, ketlenme denetimi ve algısal duyarlılık kavramlarını içermektedir (Rothbart, 2004).

1.2.1.5. Goldsmith ve Campos Yaklaşımı

Golsmith ve Campos (1980), mizacı birincil duygular ve uyarılmaların deneyimlenmesi ve ifade edilmesindeki bireysel farklılıklar olarak tanımlamaktadır. Bu teoriye göre

mizacın belirlenmesinde duygular odak noktadır. Duyguların deneyimlenmesi ve ifade edilmesindeki bireysel farklılıklar mizacı yansıtmaktadır.

Duygular 4 boyutta tanımlanmıştır. Bunlar:

1. Duygular, içsel psikolojik süreçleri düzenlemektedir.
2. Duygular, sosyal ve kişiler arası davranışları düzenlemektedir.
3. Temel duyguların yüz, ses ve mimik ifadeleri kendine özgüdür.
4. Temel duygular, doğuştan gelen kodlanmamış iletişim sürecini kullanmaktadır.

Burada söz edilen temel duygular evrensel kabul edilen öfke, üzüntü, korku, iğrenme, şaşırma, ilgi, sevinç ve memnuniyettir (Goldsmith vd., 1987).

1.2.1.6. Cloninger'in Psikobiyolojik Yaklaşımı

Cloninger (1987), kişilik bozukluklarının tanılanması ve sınıflandırılmasındaki eleştirilerinden yola çıkarak hem normal hem de anormal kişilik değişkenlerinin klinik tanımı ve sınıflandırılması için genel bir psikobiyolojik kuram önermiştir. Bu kurama göre *yenilik arayışı*, *zarardan kaçınma* ve *ödül bağımlılığı* olmak üzere genetik açıdan birbirinden bağımsız üç temel kişilik boyutu ortaya çıkarılmıştır. İlerleyen süreçlerde kişiliğin temel bileşenleri olan mizaç ve karakter özelliklerine yeni boyutlar eklenmiş ve psikobiyolojik kişilik modeli son halini almıştır. Mizaç özelliğindeki boyutlar şu şekildedir:

- ***Zarardan Kaçınma:*** Bu mizaç özelliği belirgin olan bireyler korkulu, kötümser, utangaç ve çabuk yorulan olarak tanımlanmaktadır. Genellikle negatif yönde düşündükleri için diğer insanların endişelenmeyeceği durumlarda bile endişelenebilirler. Bu nedenle her türlü tehlike olasılığına karşı aşırı dikkatli ve planlıdırlar.
- ***Yenilik Arayışı:*** Yenilik arayışı, keşfetme ve araştırmaya yönelik aktivitelerde bulunma, dürtüsellik, taşkınlık ve düzensizlikle ilgilidir. Yeni durumlara çabuk adapte olabilen bu bireyler engellenme karşısında aşırı öfke tepkileri gösterebilirler.

- ***Ödül Bağımlılığı:*** Ödül bağımlılığı, yakın sosyal ilişkilerle birlikte bağımlılık, sosyal ayrışma karşısında sıkıntı ve aşırı duygusallık olarak tanımlanmaktadır. Bu bireyler sıcakkanlı ve sevgi dolu oldukları için sosyal ilişkiler kurmakta zorluk çekmezler. Fakat kişiler arası ilişkilerde bağımlılığa yatkın oldukları için gereğinden fazla ödün verirler.
- ***Sebat Etme (Persistence):*** Bu bireyler hevesli, hırslı, mükemmeliyetçi ve başarı odaklıdırlar. Zorluklar karşısında çabuk yılmaz ve pes etmezler. İşkolik olmaya yatkındırlar.

Karakter özelliğindeki boyutlar ise:

- ***Kendini Yönetme:*** Amaç odaklı, davranışlarının sonuçlarına katlanabilen ve sorumluluk sahibi bu bireyler "olgun " olarak tanımlanmaktadır.
- ***İşbirliği Yapma:*** Bu boyuttaki insanların toplumsal hoşgörü ve empati düzeyleri yüksektir. Yardımsever ve merhametlidirler, ahlaki değerlere önem verirler. Takım çalışmalarının aranan isimleridir.
- ***Kendini Aşma:*** Bu bireyler mütevazı, sabırlı, hoşgörülü, yaratıcı ve özverilidirler. Manevi yönleri ve belirsizliğe tahammülleri yüksektir (Cloninger, 1994; Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1998).

1.2.2. DEHB ve Mizaç İlişkisini İnceleyen Çalışmalar

DEHB ve mizaç arasındaki ilişkiyi bebeklikten yetişkinliğe her dönemde inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada DEHB olan 17-22 yaş arası ergen ve genç erişkinlerin mizaç ve karakter özellikleri incelenmiştir. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI) kullanılarak yapılan araştırma sonucunda DEHB olan bireylerin yenilik arayışı mizaç özelliği puanları anlamlı derecede yüksek bulunurken; sebat etme, kendini aşma, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının kontrol grubuna oranla daha düşük olduğu rapor edilmiştir (Güney vd., 2013).

Erişkin DEHB'lilerin yenilik arayışı ve zarardan kaçınma mizaç özelliklerinin yüksek olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Anckarsater vd., 2006; Downey, Stelson, Pomerleau ve Giordani, 1997; Jacob vd., 2007). Tillman ve arkadaşları (2003) ise DEHB olan bireylerin yenilik arayışı mizaç özelliğini yüksek bulurken, ödül bağımlılığı, sebat etme, işbirliği yapma ve kendini yönetme puanlarının düşük olduğunu rapor etmiştir.

Koreli ilkokul çocuklarının DEHB belirtileri ve mizaç özellikleri ilişkisinin incelendiği bir çalışmada Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (Junior Temperament and Character Inventory - JTCI) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının yenilik arayışı mizaç özelliği ile pozitif korelasyon gösterdiği rapor edilirken; sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma mizaç özellikleri ile negatif yönde korelasyon gösterdiği belirtilmiştir (Yoo vd., 2006). Aynı envanterin kullanıldığı kullanıldığı bir diğer araştırmada ise DEHB ve düşük sebat etme arasında bağımsız ilişki bulunduğu rapor edilmiştir (Rettew, Copeland, Stanger ve Hudziak, 2004).

1.3. Anne Baba Tutumu

Bireyin yaşamı, dünyaya geldiği andan itibaren içinde bulunduğu aile ortamı tarafından şekillenmektedir. Bu aile ortamında anne, baba ve çocukların birbirleriyle olan ilişkisi ebeveyn tutumlarına bağlı olarak gelişmektedir (Yavuzer vd., 2010).

Ebeveyn tutumları, anne ve babanın çocuklarına karşı olan davranışları, onlarla iletişim kurma tarzları ve bunların ifade edildiği duygusal ortamı içermektedir (Bornstein, 2002). Ebeveynler, kendi değer ve inançları doğrultusunda farklı çocuk yetiştirme tutumları sergilemekte ve bu tutumlar, çocuk ve ergenin psikolojik gelişim sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (Erbil, Divan ve Önder, 2006).

1.3.1. Anne Baba Tutumuna İlişkin Modeller

Çocuk yetiştirme tutumlarına ilişkin araştırmalar, 20. yüzyılın ortalarına doğru davranışçı ve Freudyen teorisyenlerin, anne baba tutumlarının çocukların davranışları üzerindeki etkisine ilişkin çıkarımlarına dayanmaktadır. Daha sonra Baumrind'in (1971) sınıflaması ve Maccoby ve Martin'in (1983) iki boyutlu bakış açısı modelleri bu alanda yapılan çalışmalara yeni boyutlar kazandırmıştır (Darling ve Steinberg, 1993).

1.3.1.1. Psikodinamik Model

Psikodinamik bakış açısında göre, gelişimin temel belirleyicisi biyolojik faktörlerdir ve ebeveynlerin istekleri ile toplumsal gereklilikler arasındaki çatışma kaçınılmazdır. Çocuğun libidinal ihtiyaçları ile aile ortamı arasındaki etkileşim, çocukların gelişimindeki bireysel farklılıkları belirlemektedir. Çocuk ve ebeveyn arasındaki duygusal iletişimin çocuğun psikoseksüel, psikososyal ve kişilik gelişiminde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Çocuk ve ebeveyn ilişkisindeki farklılıklar ebeveyn tutumlarındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Darling ve Steinberg, 1993).

1.3.1.2. Davranışçı Model

Çocuklarla çalışan davranışçılar, yakın çevredeki pekiştirecin, çocuğun gelişimini nasıl şekillendirdiğine ilişkin sorularına yanıt aramışlardır. Çalışmalarını Bandura'nın (1974), *sosyal öğrenme teorisi* temelinde yürüten araştırmacılar, ebeveyn tutumlarını belirlemek için ebeveyn davranışlarını incelemişlerdir. Bu bakış açısında göre, çocukların gelişim sürecindeki farklılıklar çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Çocuklar bu süreçte en çok anne ve babalarının davranışlarını gözlemleyerek öğrendikleri için ebeveyn davranışları, çocuğun gelişimindeki bireysel farklılıkları belirlemektedir (Darling ve Steinberg, 1993).

1.3.1.3. Baumrind'in Sınıflaması

Baumrind (1971), anne baba tutumlarının çocuğun gelişimi ve davranışları üzerindeki etkisini incelemiş ve bu alanda önemli çalışmalar ortaya koymuştur. Okul öncesi çocuklar ve aileleri ile yaptığı uzun süreli araştırmalar sonucunda *demokratik/dengeli (authoritive), otoriter (authoritarian)* ve *izin verici (permissive)* olmak üzere 3 temel anne baba tutumu belirlemiştir. Otoriter anne baba tutumunda ebeveynler, çocuklarının davranışlarını katı ve kuralcı yollarla kontrol etmeye çalışırlar. Genellikle geleneksel değerler göz önünde bulundurularak konulan bu kurallarda çocuğun fikri sorulmaz ve olduğu gibi kabul etmesi beklenir. Baumrind (1978), otoriter ailelerin erkek çocuklarında düşmanca ve saldırgan davranışlar, kız çocuklarında ise bağımlı ve itaatkar özellikler bulunduğunu belirtmektedir. Demokratik/dengeli anne baba tutumunda ise çocukların davranışları daha mantığa uygun ve problem odaklı yollarla yönlendirilmeye çalışılır. Kurallar vardır fakat çok katı değildir. Kurallar konulurken çocuğa bunun nedeni anlayabileceği bir şekilde anlatılır. Çocuğun bireyselliğine saygı gösterilir. Baumrind (1991), demokratik/dengeli ailelerin kız çocuklarında daha dominant ve başarı odaklı davranışlar gözlemlerken, erkek çocuklarında ise daha arkadaşça ve yardımsever davranışlar olduğunu rapor etmiştir. İzin verici anne baba tutumunda ebeveynler daha az kontrolcü, çocuğun dürtü ve davranışları karşısında daha kabullenici bir tutum sergilerler. Çocuklarından çok az talepte bulunurlar ve genellikle kendi başlarına bırakırlar. Baumrind, ebeveynleri izin verici tutum sergileyen okul öncesi çocuklarda yaşıtlarına oranla daha az başarı odaklı davranışlar gözlendiğini rapor etmiştir (Baumrind, 1971).

Baumrind'in temel anne baba tutumları olan otoriter, demokratik/dengeli ve izin verici anne baba tutumları 4 boyutun kombinasyonu altında incelenmiştir. Bunlar; *olgunluk beklentisi (maturity demand), ebeveyn çocuk iletişiminde açıklık, ebeveyn kontrolü* ve *bakım-destek (nurturance)* boyutlarıdır. Olgunluk beklentisi boyutu, ebeveynlerin çocuklarını çeşitli alanlarda başarılı olması için ne derece teşvik ettiklerini göstermektedir. Ebeveyn çocuk iletişiminde açıklık boyutunda ebeveynlerin çocukların fikirlerine ne derecede önem verdikleri, kuralları koyarken çocuklarına bunların nedenlerini ne oranda açıkladıklarını göstermektedir. Ebeveyn kontrolü boyutunda konulan kuralların katılık ya da esneklik oranları yani çocuğun bu kurallara ne derecede uymak zorunda olduğunu göstermektedir. Bakım-destek boyutu ise ebeveynlerin çocuğun ihtiyaçlarını karşılarken ne

derece yakın, samimi ve içten davrandıklarını göstermektedir (Baumrind 1971; Akt. Yılmaz, 2000).

1.3.1.4. Maccoby ve Martin'in Modeli

Maccoby ve Martin (1983), anne baba tutumlarını *kontrol/talepkarlık (demandingness)* ve *duyarlılık (responsiveness)* boyutları arasında sınıflandırmıştır. Destekleyici ve sıcak olma şeklinde de adlandırılan duyarlılık, çocuğun bireyselliğini kazanması yönünde teşvik edilmesi, istekleri ve taleplerinin karşılanmasıdır. Kontrol/talepkarlık boyutu ise çocuğun ailesi ile uyum içerisinde olması yönünde şekillendirilmesi, itaatsizliklerine karşı disiplin ve denetim uygulanmaya çalışılmasıdır. Ayrıca Maccoby ve Martin, Baumrind'in çalışmalarında belirttiği izin verici anne baba tutumunu *izin verici-hoşgörülü* ve *izin verici-demokratik* olmak üzere ikiye ayırmış, bunun sonucunda 4 tür anne baba tutumu ortaya çıkmıştır. Ebeveyn, çocuk yetiştirme açısından hem talepkarlık hem de duyarlılık boyutunda yüksek puanlar alıyorsa ‘’demokratik dengeli’’, her iki boyutta düşük puanlar alıyorsa ‘’ihmalkar/ilgisiz’’ olarak tanımlanmaktadır. Eğer talepkarlık boyutunda yüksek, duyarlılık boyutunda düşük ise ″otoriter", talepkarlık boyutunda düşük ve duyarlılık boyutunda yüksek ise "izin verici" olarak tanımlanmaktadır.

1.3.2. Anne Baba Tutumu Çeşitleri

1.3.2.1. Demokratik Anne Baba Tutumu

Çocuk gelişimi için en uygun tutum olan demokratik anne baba tutumunda ebeveynler hoşgörülü ve destekleyicidir (Yalçın ve Türnüklü, 2011). Aile ilişkileri sevgi ve saygı temeli üzerine kurulmuştur. Anne baba kadar çocukların da fikirlerine değer verilir ve alınan kararlarda onlara da söz hakkı tanınır. Ebeveynlerin davranışları birbiriyle tutarlı ve dengelidir (Özdemir, Özdemir, Kadak ve Nasıroğlu, 2012).

Aile içerisinde kurallar vardır fakat çok katı ya da çok esnek değildir. Çocuğun gelişim düzeyi dikkate alınarak konulan bu kurallar, baskı ya da ceza yöntemleri yerine çocuğun

gönüllü benimsemesi yoluyla konulur (Kaya, 1997). Çocukta istenilmeyen davranışlar, sebep ve sonuçları ile birlikte çocuğun anlayabileceği bir şekilde aktarılır. Belirlenen sınırlar içerisinde özgür bırakılan çocuğun sorumluluk duygusu ve kendine güveni artar. Böylece benlik saygısı yükselerek kendi kendini yönetebilme becerisi (otonom) kazanır (Yavuzer vd., 2010).

Demokratik aile ortamında yetişen çocuklar ilerleyen zamanlarda iletişim becerileri yüksek, bağımsızlığını kazanmış, özgüvenli, öfke kontrolünü sağlayabilen, akademik alanda başarılı, sosyal çevresinde sevilen ve sorumluluk düzeyi yüksek bireyler haline gelirler (Bannon, 2011).

1.3.2.2. Aşırı Koruyucu Anne Baba Tutumu

Aşırı koruyucu anne baba tutumu sergileyen ebeveynler çocuk yetiştirme konusunda gerektiğinden fazla kontrolcü davranır ve özen gösterirler (Yavuzer, 1994). Çocuklarının okula yalnız gidip gelmesine, sokakta bisiklet sürmesine ya da arkadaşlarıyla dışarıda vakit geçirmesine karşı çıkarlar. Bu yaklaşımları sayesinde çocuklarını tehlikelere karşı koruduklarını düşünürler (Ungar, 2009). Çocuğun aktivitelerini kısıtlayarak bağımsızlık kazanması konusunda cesaretini kırarlar (Sarigiani, 2011). Bütün bunlar çocuğun bağımlı, özgüveni düşük ve hassas bir kişilik geliştirmesine neden olur (Yavuzer vd., 2010). Psiko-sosyal gelişim süreci olumsuz etkilenen çocuk ilerleyen süreçlerde özellikle kendini ifade etme ve arkadaş edinme konusunda problemler yaşar (Acar, 2012). Aşırı koruyucu anne baba tutumu genellikle engelli çocuğu olan (Chao, Tseng ve Bornstein, 2002) ya da küçüklüğünde duygusal yönden destek göremeyen ebeveynlerde gözlenmektedir (Yalçın ve Türnüklü, 2011).

1.3.2.3. Aşırı İzin Verici Anne Baba Tutumu

Aşırı izin verici anne baba tutumunda yüksek derecede ilgi, düşük derecede kontrol ve beklenti söz konusudur. Baumrind (1978), izin verici ebeveyn tutumunun çocuk hakları

hareketiyle yaygınlaşmaya başladığını belirtmektedir. Bu görüşe göre, çocuğun kendini gerçekleştirmeye yönelik doğal bir eğilimi bulunmaktadır ve kendi başına bırakıldığında öğrenmesi gereken her şeyi öğrenecektir.

Aşırı izin verici aile ortamında disiplinsizlik söz konusudur. Çocuğun hatalı davranışları anne baba tarafından görmezden gelinir (Robinson, Mandleco, Olsen ve Hart, 1995). Ebeveynler otorite kuramamakta ve çocuk tarafından yönlendirilmektedir. Aile içerisinde istediği gibi davranan çocuğun sorumluluk duygusu yeterince gelişemez (Küçükturan, 2005). Okul ortamında aynı şekilde davranamayacağını fark edince kurallara uymakta zorlanır Bu ebeveynlik tutumu genellikle geç çocuk sahibi olan anne babalarda ya da kalabalık yetişkinlerin bulunduğu aile ortamında gözlenmektedir. (Yavuzer, 1994).

1.3.2.4. İlgisiz Anne Baba Tutumu

İlgisiz anne baba tutumunda, ebeveynler çocuğun ihtiyaçları karşısında duyarsız kalmaktadır. Disiplinsiz bir ortamda büyüyen çocuk, ihtiyacı olan ilgi ve sevgiden mahrum kalır. Aile içerisinde iletişim kopukluğu yaşanır ve çocuk adeta yok sayılır (Kaya, 1997). Ebeveynler çoğu zaman kendi problemleriyle meşguldür ve anne baba olmanın getirdiği sorumluluklara karşı kayıtsızdır. Çocuk problem çıkarmadığı sürece bu kayıtsızlıkları devam eder (Yörükoğlu, 1996). Başıboş bırakılan çocuk, şiddet ve suç işlemeye yönelik davranışlarda bulunabilir. Bu aile ortamında büyüyen çocukların en dezavantajlı grup olduğu belirtilmektedir (Sümer, Gündoğdu Aktürk ve Helvacı, 2010).

1.3.2.5. Otoriter Anne Baba Tutumu

Otoriter anne baba tutumunda, ebeveynler son derece katı ve kuralcı bir tavır sergilemektedir. Düşük derecede ilgi ve sevgi gösterilen çocuktan sorgusuz itaat beklenilir. Kullanılan stratejiler baskı, tehdit ve cezalandırmaya yöneliktir (Barber, 2002). Çocuk, gelişim sürecinde bağımsızlığını ve bireyselliğini kazanması konusunda anne ve babasından destek alamaz**.** Anne ve baba, çocuklarına koşula bağlı olarak sevgi ve sıcaklık

gösterir. Çocuk kendinden beklenilen şekilde davrandığında (sorumluluklarını yerine getirmek, iyi notlar almak gibi) duygusal destek almaya hak kazanır (Ingram, 2011). Fakat ebeveynler genellikle akademik performans konusunda yüksek beklentilere sahip oldukları ve baskıcı davrandıkları için çocuğun kaygı düzeyi artar. Bunun sonucunda okul performansında düşüşler ve uyum sorunları yaşanmaktadır (Wang, Deng ve Du, 2018).

Baskıcı bir ortamda yetişen birey pasif ve ürkek olur, otorite ortadan kalktığında ise saldırgan davranışlar içerisine girer. Yoğun korku ve kızgınlık duyguları görülmektedir. Böyle bir aile ortamında büyüyen çocukta isyankarlık ve dışa yönelim sorunları ortaya çıkabilmektedir (Yıldız, 2004).

1.3.2.6. Tutarsız Anne Baba Tutumu

Tutarsız ya da dengesiz/kararsız olarak bilinen bu anne baba tutumunda değişkenlik söz konusudur. Çocuğun davranışları bir gün onaylanırken diğer gün kabul görmeyebilir. Çocuk hangi davranışın doğru hangisinin yanlış olduğunu öğrenemez. Bu tutarsızlık, anne baba arasındaki görüş ayrılıklarından meydana geldiği gibi ebeveyn davranışlarındaki değişkenlikten de kaynaklanabilir (Yavuzer, 1994). Tutarsız anne baba tutumu karşısında çocuk kendisini huzursuz hissedebilir ve davranış problemleri gösterebilir (Çubukçu, 2004; Akt. Derman ve Başal, 2013).

1.3.2.7. Mükemmeliyetçi Anne Baba Tutumu

Mükemmeliyetçi ebeveynler, çocuklarının hayatın her alanında başarılı olmasını isterler. Çocuklarını katı kurallar çerçevesinde büyüttükleri ideal çocuk yetiştirme kalıpları vardır. (Bozaslan, 2018). Bu kalıplar genellikle geçmiş yaşantılarında yaşadıkları zorluklar sonucunda oluşmuştur. Çocuklarının da aynı zorlukları yaşamaması adına onun için belirledikleri hedeflere ulaşmalarını beklerler. Çocuğun istekleri değil kendi beklentileri ön plandadır. Mükemmeliyetçi ailede yetişen çocuk, başarılı olmak için sürekli çabalarlar. Üzerinde sürekli bir baskı hisseden çocuk, başarısızlığa uğradığında kendisini değersiz hisseder (Yavuzer, 2013).

1.3.2.8. Helikopter Anne Baba Tutumu

Bu anne babalar çocuklarının hayatına son derece dahildir. Sürekli çocuklarıyla iletişim halinde olup onlar için kararlar verir ve çocuklarının gelecekleri için hiçbir yatırımdan sakınmazlar (Odenweller, Booth-Butterfield ve Weber, 2014). Yüksek destek ve sıcaklıkla birlikte çocukları ile ilgili konularda kontrolcüdürler. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte helikopter anne babaların çocukları üzerindeki kontrolleri daha da artmaya başlamıştır. Çocuklarına her an ulaşabilecekleri cep telefonları, nerede ne yaptıklarını öğrenebilecekleri sosyal medya hesapları vardır. Cep telefonları çocukları ve ebeveynleri birbirine bağlayan ‘’elektronik göbek kordonu’’ haline gelmiş durumdadır (LeMoyne ve Buchanan, 2011). Çocuğa, yaşına uygun özerkliği sağlamada yetersiz kalırlar.

Helikopter anne babanın çocuğu büyüdüğü zaman bir sorunla karşılaştığında problem çözmede zorlanır. Çünkü çocukluk döneminde ebeveynleri bütün problemlerini çözmek için yanı başındadır. Çocuk, arkadaşlarıyla problem yaşadığında anne babası olaya müdahale eder, derslerinden düşük bir not aldığında yine ebeveyn, öğretmeni bunaltacak derecede olaya dahil olur (Padilla-Walker ve Nelson, 2012).

1.3.3. DEHB ve Anne Baba Tutumu İlişkisini İnceleyen Çalışmalar

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar ve ebeveynleri çeyrek asırdan uzun süredir araştırılmakta ve konu ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Johnston ve Mash, 2001). Anne baba tutumları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada 8-17 yaş arası çocuk ve ergenlere yer verilmiştir. Araştırma sonucunda Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) kabul/ilgi ve kontrol/denetleme puanları; Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) demokratik tutum ve eşitlik tanıma puanlarının DEHB olan grupta kontrol grubuna oranla daha düşük olduğu belirtilirken, sıkı disiplin puanlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Çöp, Çengel Kültür ve Şenses Dinç, 2016).

DEHB olan 11-18 yaş arası ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumlarının incelendiği bir araştırmada dikkat eksikliği ve bileşik alt tipindeki çocukların ebeveynlerini daha izin

verici-ihmalkar, hiperaktif çocukların ise ebeveynlerini daha otoriter olarak algıladıkları saptanmıştır (Ertuğrul ve Toros, 2010). Börekçi (2017), DEHB belirtileri gösteren 4-6 yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerinin otoriter ve aşırı hoşgörülü tutumları daha fazla gösterdiğini rapor etmiştir. Çakır (2017) ise, 7-13 yaş arası DEHB olan çocuklar ve anneleri ile yaptığı çalışmada DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna oranla daha fazla otoriter ve ilgisiz tutuma sahip olduğunu saptamıştır. Aynı yaş aralığında DEHB tanılı çocuklar ile yapılan bir çalışmada DEHB olan çocukların annelerinin yetkeci ve izin verici anne baba tutumlarını sergiledikleri belirtilmiştir (Keser, 2010).

İran'da yapılan bir araştırmada DEHB olan çocukların anne baba tutumları, tanı almamış grubun anne baba tutumlarıyla karşılaştırılmıştır. 7-12 yaş arası çocuklar ve ebeveynlerinin yer aldığı araştırma sonucunda DEHB olan grubun izin verici ve otoriter ebeveynlik tutumlarının DEHB olmayan gruba oranla daha düşük olduğu rapor edilmiştir (Moghaddam, Assareh, Heidaripoor, Rad ve Pishjoo, 2013). İran'da yapılan bir başka çalışmada ise DEHB olan ve olmayan 7-11 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri yer almıştır. Araştırma sonucunda DEHB ile demokratik ebeveyn tutumu arasında negatif yönde; otoriter ebeveyn tutumu ile pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (Alizadeh ve Andries, 2002). Cang ve arkadaşları (2012), DEHB olan 11-18 yaş arası ergenlerin babalarının ebeveynlik stilleri ve ergenler ile babalarının ilişkilerini incelemiş ve DEHB grubundaki babaların sağlıklı gruba oranla çocuklarına karşı daha az ilgi/bakım gösterdikleri; daha fazla aşırı koruyucu yaklaşım ve otoriter ebeveynlik tarzı sergilediklerini rapor etmiştir. Lange ve arkadaşları (2005), DEHB olan çocukların ebeveynlerinin yüksek derecede otoriter anne baba tutumu sergilediklerini belirtmiştir.

1.4. Akıllı Telefon Bağımlılığı

1.4.1. Davranışsal Bağımlılık

Davranışsal bağımlılık, bireyin olumsuz sonuçlarla karşılaşılacağını bilmesine rağmen kısa süreli haz duygusu yaşamak, duygusal veya fiziksel sıkıntılardan kaçınmak için tekrarlayıcı davranışlar içerisine girmesidir. Bu durum alkol ve uyuşturucu gibi herhangi bir psikoaktif madde kullanımı olmadan gerçekleşmekte ve kişinin davranışları üzerinde kontrolünün azalmasına neden olmaktadır (Grant, Potenza, Weinstein ve Gorelick, 2010).

Şu anda ‘’kumar oynama bozukluğu’’ olarak adlandırılan ‘’patolojik kumar oynama’’ DSM-III’ te yer alarak davranışsal bağımlılıkların psikiyatrik bir tanı olarak kabul edilmesinin önünü açmıştır (APA, 1980). 2000 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından düzenlenen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nın dördüncüsünün revizyonunda (DSM-IV TR), patolojik kumar oynama ve kleptomani gibi bozukluklar ‘’başka türlü sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları’’ başlığı altında yer almaktaydı. DSM-5’te ise kumar oynama bozukluğu, ‘’madde ile ilişkili olmayan bozukluklar’’ başlığı altında yer almıştır. Ayrıca DSM-5’te seks, egzersiz ve alışveriş gibi diğer davranışsal bağımlılıklar da tartışılmaktadır (APA, 2013).

Griffiths (2000), davranışsal bağımlılığın ana bileşenlerinden söz etmiştir. Bunlar; dikkat çekme (salience), duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk belirtileri (withdrawal symptoms), çatışma ve nüksetmedir. Dikkat çekme, davranışsal bağımlılığın bireyin hayatında önemli bir yere gelmesi ve bu davranışla ilgili aşırı zihinsel uğraşları içermektedir. Duygudurum değişikliği, bireyin kaçmak ya da uyuşmak gibi kişisel deneyimler yaşayarak davranışsal bağımlılığı bir başa çıkma stratejisi olarak kullanmasıdır. Tolerans, yapılan davranıştan aynı etkiyi görmek için bireyin her defasında o davranışı daha fazla miktarda uygulamaya ihtiyaç duymasıdır. Yoksunluk belirtileri, bireyin bağımlı olduğu davranışı yapamadığı zamanlarda ortaya çıkan hoş olmayan duygulardır. Çatışma, bireyin davranışsal bağımlılığı yüzünden kendisiyle ve çevresindekilerle problemler yaşamasıdır. Nüksetme ise uzun süre kaçınmadan sonra kontrol altına alındığı düşünülen davranışın tekrar ortaya çıkması ya da ortaya çıkma ihtimalinin her zaman olduğudur.

Günümüzde başta kumar, seks, aşırı yeme, egzersiz ve alışveriş olmak üzere birçok davranışsal bağımlılık çeşidinden söz edilmektedir. Ayrıca teknolojiyle ilgili davranışsal

bağımlılıklar da oldukça yaygın bir şekilde görülmektedir. Bunlar; internet, medya, online oyun, televizyon, tablet, bilgisayar ve akıllı telefon bağımlılıklarıdır (Günüç ve Kayri, 2010).

1.4.1.1. Akıllı Telefon Bağımlılığı

Akıllı telefonlar, sıradan mobil telefonlara oranla daha gelişmiş bilgi işlem ve bağlantı kapasitesi bulunan cihazlardır (Kim ve Zeelim-Hovav, 2011). Kullanıcılarına konuşma, mesajlaşma, internette gezinme, çeşitli uygulamalar yükleme ve tercihen dokunmatik özellikler sunması nedeniyle oldukça kullanışlı bulunmaktadır (Yurdagül, 2011). Neredeyse bilgisayara yakın özellikleri sayesinde masaüstü ve dizüstü bilgisayarlara olan ilgi azalmış, akıllı telefon kullanımı artmıştır (Güler, Şahinkayası ve Şahinkayası, 2017). Dünya çapında akıllı telefon sahipliğinin 2019 yılında 2.5 milyardan fazla olacağı tahmin edilmektedir (Statista, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre hanelerin %96.9'unda cep telefonu veya akıllı telefon bulunmaktadır (TÜİK, 2016). Yaş gruplarına bakıldığında, 11-15 yaş arası ergenlerde cep telefonu ve akıllı telefon kullanımı %37.9 oranında görülmektedir (TÜİK, 2013).

Mobil (cep) telefonların bu kadar yaygın kullanılması, konuyla ilgili yapılan çalışmaların artmasına neden olmuştur. Araştırmacılar, telefonundan uzak kalan bireylerin tıpkı fobiye benzer belirtiler gösterdiklerini ve yeni bir fobi teriminin ortaya çıktığını belirtmiştir. ''Nomofobi'' olarak adlandırılan mobil telefondan uzak kalma korkusu özellikle ergenlerde görülmektedir (Şar ve Işıklar, 2012). Nomofobisi olan bireyler, vakitlerinin önemli bir kısmını telefonda geçirmekte ve yanlarında sürekli şarj aleti taşımaktadırlar. Telefon kullanımlarının engellendiği ya da kısıtlandığı durumlarda (şebeke kapsama alanının dışında bulunma, şarjın bitmesi, telefonun kaybolması) kendilerini endişeli ve gergin hissetmektedirler. Telefonlarına arama veya mesaj gelip gelmediğini kontrol etmek için sürekli ekrana bakma ihtiyacı duymaktadırlar. Telefonlarını 24 saat açık bulundurmakta ve gece yatağa telefonla girmektedirler. İnsanlarla yüz yüze iletişim kurmak stresli ve kaygı verici gelmekte, cep telefonları vasıtasıyla iletişim kurmayı tercih etmektedirler. Nomofobisi olan kişiler cep telefonları için büyük harcamalar yapmayı göze alabilmektedirler (Bragazzi ve Del Puente, 2014).

Lin ve arkadaşları (2016), akıllı telefon kullanımının geldiği noktayı bağımlılık olarak değerlendirmiş ve bu doğrultuda üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı tanı kriterleri ve DSM-5'te yer alan internette oyun oynama bozukluğu için önerilen kriterlerinden yola çıkarak akıllı telefon bağımlılığı tanı kriterleri önerisinde bulunmuşlardır. Bu kriterler 3 kategoride incelenmiştir. Tablo 1'de gösterilen bu kategorilerin ilkinde akıllı telefon bağımlılığı semptomları belirtilmiştir. İkinci kategoride akıllı telefon kullanımına bağlı gelişen işlevsellikte bozulmalar, üçüncü kategoride ise dışlama kriterleri yer almaktadır.

Tablo 1. Akıllı Telefon Bağımlılığı İçin Tanı Kriteri Önerileri

Kriter Kategorileri	**Tanım**
A Kriteri	Aynı 3 aylık süre içerisinde herhangi bir zamanda meydana gelen, klinik olarak anlamlı düzeyde bozulma ve sıkıntıya yol açan uygunsuz akıllı telefon kullanımı.
	1.Akıllı telefon kullanma dürtüsüne karşı koyamama 2.Akıllı telefon kullanımının olmadığı dönemi takiben ortaya çıkan, kaygı, gerginlik ve çökkün duygu durumunun kendini gösterdiği yoksunluk belirtileri 3.Planlanandan uzun süre akıllı telefon kullanımı 4.Akıllı telefon kullanımını azaltmaya ya da bırakmaya yönelik istek duyma ve/veya bu duruma yönelik başarısız girişimler 5.Akıllı telefonu kullanmaya ya da bırakmaya yönelik uzun süreli vakit harcama 6.Akıllı telefonun oldukça fazla kullanılması sonucunda ortaya çıkan psikolojik ve fiziksel problemler yaşanmasına rağmen aşırı kullanıma devam etme
B Kriteri	İşlevsellikte Bozulma: Aşağıdaki belirtilerden iki (ya da daha çoğunun) varlığı:
	1.Kalıcı veya tekrarlayan fiziksel ya da psikolojik problemlerle sonuçlanan aşırı telefon kullanımı 2.Fiziksel olarak tehlikeli bir durumda akıllı telefon kullanımı (araba sürerken, karşıdan karşıya geçerken) veya akıllı telefon kullanımının günlük yaşamda olumsuz etkilere yol açması 3.Akıllı telefon kullanımının sosyal ilişkilerde, okul başarısında veya iş performansında bozulmalara neden olması 4.Akıllı telefon kullanımının önemli derecede öznel sıkıntıya neden olması ve zaman alması
C Kriteri	Dışlama Kriteri
	Akıllı Telefon Bağımlılığı davranışı Obsesif Kompulsif Bozukluk ya da Bipolar I Bozukluk ile daha iyi açıklanmamaktadır.

1.4.1.1.1. Akıllı Telefon Bağımlılığını Etkileyen Mizaç ve Diğer Psikolojik Faktörler

Bilindiği üzere cep telefonlarının diğer insanlarla iletişimi sağlaması gibi temel bir kullanım amacı bulunmaktadır. Bu amaç doğrultusunda gündelik yaşamlarında yalnızlık yaşayan bireylerin cep telefonu yoluyla belli bir oranda bu problemlerinin üstesinden geldikleri belirtilmektedir. Sosyal açıdan yetersiz aktivitelerde bulunan bireyler yalnız olma konusundaki kaygılarını akıllı telefonları yardımıyla azaltmaktadırlar. Bu nedenle yalnız olmanın akıllı telefon bağımlılığını etkilediği belirtilmektedir (Bragazzi ve Del Puente, 2014).

Akıllı telefon bağımlılığına yatkın olan bir diğer grup da utangaç olan bireylerdir. Bu kişiler diğer insanlarla iletişim kurmaları gerektiği durumlarda kendilerini rahatsız ve yetersiz hissetmekte ve yüz yüze iletişim kurmayı oldukça zorlayıcı bulabilmektedir (Baker ve Oswald, 2010). Akıllı telefonları yardımıyla iletişim süreci boyunca kontrolün ellerinde olduğunu bilmek bu bireyler için oldukça rahatlatıcı olabilmektedir (Park, Kim, Shon ve Shim, 2013). Hatta telefonlarındaki mesaj yazma özelliği sayesinde karşıdakinin sesini dahi duymadan işlerini halletmek utangaç bireyler için oldukça cazip bir özelliktir. Bu nedenle utangaç kişilerin akıllı telefon bağımlılığına daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Bragazzi ve Del Puente, 2014).

Bunun tersi bir önerme de Eyesenck'in kişilik teorisinden yola çıkarak yapılmıştır. Bu kurama göre dışa dönük bireyler başka insanlarla konuşmaya ve iletişim kurmaya daha çok ihtiyaç duyarlar (Eysenck ve Eysenck, 1987). Akıllı telefon bu ihtiyaçlarını gidermek için mükemmel bir araçtır. Bu nedenle dışa dönük olmanın akıllı telefon bağımlılığında etkisinin olabileceği belirtilmektedir (Bianchi ve Phillips, 2015).

Yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı mizaç özelliklerinin bağımlılıkla ilişkisini inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır (Gelernter vd., 1997; Han vd., 2007; Wills, Windle ve Cleary, 1998; Wills, Vaccaro ve McNamara, 1994). Ayrıca bağımlılıkların beyindeki ödül ve ceza mekanizmalarına dayalı olan davranışsal ketlenme/davranışsal aktivasyon sistemlerinden kaynaklandığı bilinmektedir (Gray, 1987). Bu teoriye göre davranışsal aktivasyonu yüksek olan dürtüsel bireylerin bağımlılıklara daha yatkın olduğu, bu nedenle akıllı telefon bağımlılığı konusunda bu özelliklerin bir risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (Kim vd., 2016).

Kaygılı ve depresif özelliklere sahip bireyler birçok uyarana aşırı duygusal tepkiler verdiği için bağımlılıklar karşısında riskli grupta yer almaktadır (Bianchi ve Phillips, 2015). Bu nedenle kaygı bozukluğu, depresyon ve duygu düzenleme problemleri olan bireylerin problemli telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığına daha yatkın olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Akgönül, Demirci ve Akpınar, 2015; Elhai, Levine, Dvorak ve Hall, 2016; Elhai, Dvorak, Levine ve Hall, 2017; Yıldız, 2017).

Yapılan araştırmalar gençlerin teknolojiyi benimsemelerinin daha kolay olduğunu göstermektedir (Kim, 2011; Akt. Bianchi ve Phillips, 2015; Park vd., 2013). Özellikle ergenler arasında akıllı telefon kullanımı yaygın bir şekilde görülmektedir (Oksman ve Rautiainen, 2003). Lopez-Pernandez, Honrubia-Serrano ve Freixa-Blanxart (2014), problemli telefon kullanımının en çok 11-14 yaş arası ergenlerde görüldüğünü belirtmektedir. Ergenler, akıllı telefonlarını eğlence amaçlı kullanmakta ve akranları arasında bir prestij göstergesi olarak düşünmektedirler (Choliz, 2012). En önemlisi akıllı telefonları aracılığıyla akranlarıyla iletişim kurmakta ve sosyal çevrelerini genişletmektedirler. Bu nedenle akıllı telefonlar ergenler açısından oldukça cazip bulunmaktadır (Oksman ve Turtiainen, 2004). Cinsiyet açısından akıllı telefon kullanım oranları incelendiğinde, anlamlı derecede farklılık gösteren çalışmalara rastlanmamakta ve her iki cinsiyetin de eşit oranda akıllı telefon bağımlılığına yatkın olduğu belirtilmektedir (Bianchi ve Phillips, 2015).

Sonuç olarak tek bir kişilik ve mizaç özelliğinin ya da tek bir patolojinin akıllı telefon bağımlılığını yordamada yetersiz olabileceği söylenebilir. Bu nedenle literatürde konuyla ilgili daha fazla araştırmanın yer alması akıllı telefon bağımlılığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

1.4.1.1.2. Akıllı Telefon Bağımlılığının Sonuçları

Akıllı telefonun aşırı kullanılmasından dolayı özellikle ergenler ve ebeveynler arasında tartışmalar ortaya çıkmaktadır (Hammersley, 2010). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada telefon bağımlılığının öğrencilerin sınıf içi aktiviteler ve akademik faaliyetlere katılımlarını engellediği belirtilmektedir (Roberts, Yaya ve Manolis, 2014). Çetin, Pamuk

ve Donmuş (2015), problemli cep telefonu kullanımının akademik erteleme davranışına yol açtığını rapor etmişlerdir.

Kontrol edilemez, uygunsuz ve aşırı akıllı telefon kullanımı bireylerin yaşamlarında başta psikolojik ve fiziksel olmak üzere birçok problemle karşılaşmalarına neden olmaktadır (Hammersley, 2010). Akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerde uzun süreli stres, gerginlik, depresyon, kaygı ve uyku bozuklukları gibi psikolojik problemlerin ortaya çıktığı rapor edilmektedir (Söderqvist, Carlberg ve Hardell, 2008; Thomee vd., 2007; Thomee, Harenstam ve Hagberg, 2011).

Uzun süreli akıllı telefon kullanımı sonucu ortaya çıkan fiziksel problemler:

- Baş ağrıları
- Baş dönmesi
- Konsantrasyon eksikliği
- Unutkanlık
- Bitkinlik (Al-Khlaiwi ve Meo, 2004)
- Gözlerde yanma
- Göz kurulukları (Wagner, 2014)
- Kas-iskelet sistemi problemleri (Goswami ve Singh, 2016).

Bütün bu belirtiler akıllı telefonların karanlık yönünü gözler önüne sermektedir. Teknoloji yüzünden bireyler gün geçtikçe daha pasif ve bağımlı olmaya, köleleşmeye başlamaktadır. Fakat diğer yandan teknolojiyi kullanmanın birçok olumlu tarafı olduğu da yadsınamaz. Akıllı telefonlar sayesinde insanlar tek adımda günlük işimizi halletmekte ve zamandan kazanarak daha da özgürleşmektedir. Teknolojinin insanları bir yandan özgürleştirip diğer yandan köleleştirmesine ‘’teknoloji paradoksu’’ adı verilmektedir (Mick ve Fournier, 1988).

1.4.2. DEHB ve Akıllı Telefon Bağımlılığı İlişkisini İnceleyen Çalışmalar

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile akıllı telefon bağımlılığı ilişkisini inceleyen çalışmalar literatürde son derece sınırlı sayıda yer almaktadır. Nitekim alanyazın tarandığında ülkemizde bu konuda yapılmış bizim rastladığımız tek bir çalışma

bulunmaktadır. Bu uzmanlık tezi çalışmasında DEHB'de akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı ve duygusal zeka ile ilişkili özellikler incelenmiştir. DEHB tanılı 12-18 yaş arası ergenlerin dahil edildiği araştırmada Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda DEHB'li olguların %42'sinde akıllı telefon bağımlılığı bulunduğu saptanmıştır (Yapça Kaypaklı, 2017). Türkiye'de yapılan bu çalışmayla oldukça paralel olarak Kore'de yapılan bir başka çalışmada da DEHB tanılı ortaokul ve lise ergenlerinin akıllı telefon bağımlılıkları ölçülmüş ve DEHB grubunun %40'ında akıllı telefon bağımlılığı eğilimi görülmüştür. Aynı çalışmada kontrol grubunun %12.8'inde bağımlılık eğilimi bulunduğu belirtilmiştir (Lee vd., 2015).

Kim (2018), psikolojik sorunlar ve problemli akıllı telefon kullanımında DEHB'nin moderatör (düzenleyici) rolünü incelemiştir. 19-40 yaşları arasında 615 katılımcının yer aldığı çalışmada Problemli Mobil Telefon Kullanım Ölçeği'nden *(Problem Mobile Phone Use Scale)* yararlanılmıştır. Araştırmaya göre; yalnız olan bireyler başkalarıyla iletişim kurmak amacıyla akıllı telefonlarına yönlenmekte fakat bunun sonucunda problemli akıllı telefon kullanımı ile mücadele edebilmektedirler. Araştırma bulgularında DEHB olan kişilerin, olmayan gruba oranla daha yüksek derecede yalnızlık ve başkalarıyla iletişim kurma ihtiyacı *(social assurance)* hissettiği ve problemli akıllı telefon kullanımı sergiledikleri rapor edilmiştir. Seo, Kim ve David (2015), benzer bir hipotez ile DEHB semptomları, problematik cep telefonu kullanımı, diğer insanlarla sürekli iletişimde olma ihtiyacı ve çoklu iletişim *(multicommunicating)* arasında ilişki olabileceğini belirtmiştir. Bu hipotezden yola çıkarak 16-68 yaş arasındaki 432 katılımcıyla yaptıkları araştırma sonucunda DEHB ile problemli cep telefonu kullanımı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunduğu belirtilmiştir.

Literatürde yer alan diğer çalışmalar akıllı telefon kullanımının DEHB semptomları üzerindeki etkisine dayanmaktadır. Konuyla ilgili Fransa'da yapılan bir araştırmada akıllı telefon, televizyon, tablet ve bilgisayar ekranı maruziyetinin öz bildirime dayalı dikkat eksikliği ve hiperaktivite problemleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda genç erişkinlerde ekran maruziyeti süresi ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite problemleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu rapor edilmiştir (Montagni, Guichard ve Kurth, 2016). Erişkinlerle yapılan bir diğer çalışmada ise akıllı telefonlardan gelen bildirimlerin bireyler üzerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite problemleri ortaya çıkardığı belirtilmektedir (Kushlev, Proulx ve Dunn, 2016). Doğum öncesi ve doğum sonrası

dönemde cep telefonu maruziyetinin çocukların davranış problemleri üzerindeki etkisinin incelendiği bir araştırmada hiperaktivitenin de bu problemler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Divan, Kheifets, Obel ve Olsen, 2008).

1.5. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) toplumda yaygın bir şekilde görülen, gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkati sürdürmede güçlük ve yetersiz dürtü kontrolü gibi temel belirtilerin gözlendiği psikiyatrik bir bozukluktur (McCracken, 2000). Oldukça yaygın olarak görülen bu bozukluğun en iyi şekilde araştırılması ve başta mizaç ve ebeveyn tutumları olmak üzere DEHB ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireylerin toplum geneline göre daha fazla bağımlılık riski taşıdıkları bilinmektedir (Doğan ve Arıkan, 2014). DEHB olan ergenlerde bağımlılık riski olan durumlardan birisinin de akıllı telefon kullanımı olduğu düşünülmektedir. Her geçen gün akıllı telefon kullanım yaşının düşmesi ve ön ergenler arasında kullanımın yaygınlaşması göz önünde bulundurulduğunda bu durumun birtakım problemleri de beraberinde getirmekte olduğu varsayılmaktadır. Bu nedenle araştırmanın, DEHB olan ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı ve gelecekte risk faktörlerine yönelik çeşitli önlemler geliştirilmesinde faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı olan 11-14 yaş arası ergenleri akıllı telefon bağımlılığı, mizaç özellikleri ve ebeveyn tutumları açısından, DEHB tanısı olmayan grupla karşılaştırmalı olarak incelemek ve gruplar arasındaki farkları ortaya koymaktır.

Bu çalışmada aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır:

1) Akıllı telefon bağımlılığı açısından DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenler arasında farklılık var mıdır?

2) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin yenilik arayışı mizaç alt boyutu arasında farklılık var mıdır?

3) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin zarardan kaçınma mizaç alt boyutu arasında farklılık var mıdır?

4) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin ödül bağımlılığı mizaç alt boyutu arasında farklılık var mıdır?

5) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin sebat etme mizaç alt boyutu arasında farklılık var mıdır?

6) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin kendini yönetme mizaç alt boyutu arasında farklılık var mıdır?

7) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin işbirliği yapma mizaç alt boyutu arasında farklılık var mıdır?

8) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin ebeveynlerinin anne baba tutumları arasında fark var mıdır?

9) DEHB tanısı olan 11-14 yaş arası ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı cinsiyet açısından farklılık göstermekte midir?

10) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenler akıllı telefon kullanım amacı ve cinsiyet açısından farklılık göstermekte midir?

11) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenler ebeveynlerinde psikiyatrik tanı bulunma açısından farklılık göstermekte midir?

12) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenler ailelerinde psikiyatrik tanı bulunma açısından farklılık göstermekte midir?

13) DEHB tanılı grupta yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı mizaç özellikleri ile evlilik çatışması anne baba tutumu, akıllı telefon bağımlılığını yordamaktadır.

14) DEHB tanısı olmayan gruptaki yenilik arayışı ve sebat etme mizaç özellikleri ile aşırı koruyucu anne baba tutumu, akıllı telefon bağımlılığını yordamaktadır.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Araştırmada 11-14 yaş arası DEHB tanısı olan ve olmayan ergenler ve ebeveynlerine yer verilmiştir. Araştırmanın DEHB tanılı örneklemi Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi ve Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk/ergen ruh sağlığı polikliniklerinden alınmıştır. DEHB tanısı olmayan örneklemi ise Ankara'nın Çankaya ilçesinde bulunan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı bir ortaokuldan oluşmaktadır. Çalışmaya DEHB tanısı alan grupta 67, DEHB tanısı almayan grupta 76 olmak üzere toplamda 143 çocuk ile ebeveynleri katılmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 115 tanesi annelerden, 28 tanesi ise babalardan oluşmaktadır. Yapılan post-hoc güç analizinde Tip I hata $\alpha=0.05$, tip II hata $\beta=0.2$ olarak ele alınmış ve gruplara dağıtım oranı 1:1 olacak şekilde yapılmıştır.

$n= \frac{2\sigma^2(Z\alpha/2 + Z\beta)^2}{d^2}$ formülü kullanıldığında her bir grup için n=74 rakamına ulaşılmıştır.

DEHB tanılı örneklem için dışlama kriterleri şunlardır:

- Mental retardasyon, özgül öğrenme güçlüğü, tıbbi veya nörolojik bozukluk tanısının olması
- Psikiyatrik eş tanı bulunması
- Fiziksel bir engelinin olması

- Akıllı telefon kullanmıyor olmak
- 11-14 yaş aralığı dışında bulunmak
- Katılımcıların araştırmada yer alma konusunda gönüllü olmamaları

DEHB tanısı olmayan örneklem için dışlama kriterleri şunlardır:

- Psikiyatrik tanı almış olmak
- Akıllı telefon kullanmıyor olmak
- 11-14 yaş aralığı dışında bulunmak
- Katılımcıların araştırmada yer alma konusunda gönüllü olmamaları

Araştırmada yer alan DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan 143 ergen ve anne ya da babalarının demografik özellikleri ve akıllı telefon kullanım amaçlarına ilişkin bulgular kişisel bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir. DEHB tanılı ergenlerin 19'unun (%28.4) kız, 48'inin (%71.6) erkek olduğu, yaş ortalamalarının 12.67 olduğu, annelerinin 25'inin (%37.3) lise mezunu olduğu ve babalarının 24'ünün (35.8) lise mezunu olduğu belirlenmiştir. DEHB tanısı olmayan ergenlerin 26'sının (%34.2) kız, 50'sinin (%65.8) erkek olduğu, yaş ortalamalarının 12.71 olduğu, annelerinin 27'sinin (%35.5) lise mezunu ve babalarının 28'inin (%36.8) lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan ergenler ve ebeveynlerinin demografik özellikleri ve ergenlerin akıllı telefon kullanım amaçlarına ilişkin bilgiler Tablo 2 ve Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Değişkenler ve Akıllı Telefon Kullanım Amacına İlişkin Özellikleri

		DEHB Tanılı		DEHB Tanısı Olmayan	
		N	%	N	%
Cinsiyet					
	Kız	19	28.4	26	34.2
	Erkek	48	71.6	50	65.8
Gelir düzeyi					
	1000 TL ve altı	7	10.4	5	6.6
	1001-3000	33	46.3	34	44.7
	3001-5000	18	26.9	26	34.2
	5001-7000	3	4.5	5	6.6
	7001-10000	4	6.0	5	6.6
	10001 TL ve üzeri	2	3.0	1	1.3
Kardeş sayısı					
	Yok	9	13.4	6	7.9
	1 kardeş	35	52.2	36	47.9
	2 kardeş	13	19.4	22	28.9
	3 kardeş	7	10.4	5	6.6
	4 ve üzeri	3	4.5	7	9.2
Anne eğitim düzeyi					
	Okur-yazar değil	1	1.5	2	2.6
	İlkokul	18	26.9	15	19.2
	Ortaokul	17	25.4	16	21.1
	Lise mezunu	25	37.3	27	35.5
	Üniversite	5	7.5	15	19.7
	Yüksek lisans ve üzeri	1	1.5	1	1.3
Baba eğitim düzeyi					
	Okur-yazar değil	-	-	1	1.3
	İlkokul	17	25.4	9	11.8
	Ortaokul	17	25.4	16	21.1
	Lise mezunu	24	35.8	28	36.8
	Üniversite	9	13.4	19	25.0
	Yüksek lisans ve üzeri	-	-	3	3.9
Evde çekirdek ailede dışında yaşayan					
	Var	15	22.4	13	17.1
	Yok	52	77.6	63	82.9

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Değişkenler ve Akıllı Telefon Kullanım Amacına İlişkin Özellikleri (devam)

		DEHB Tanılı		DEHB Tanısı Olmayan	
		N	%	N	%
Formu dolduran ebeveyn	Anne	58	86.6	57	75.5
	Baba	9	13.4	19	25.5
Anne psikiyatrik tanı	Var	19	32.8	5	8.8
	Yok	39	67.2	52	91.2
Baba psikiyatrik tanı	Var	1	11.1	1	53.3
	Yok	8	88.9	18	94.7
Ailede psikiyatrik tanı	Var	26	38.8	9	11.8
	Yok	41	61.2	67	88.2
Ebeveyn birlikteliği					
	Beraberler	60	89.6	71	93.4
	Boşandılar	6	9.0	4	5.3
	Ayrı yaşıyorlar	1	1.5	1	1.4
Telefon kullanım amacı	Konuşma	2	3.0	7	9.2
	Mesajlaşma	8	11.9	5	6.6
	İnternette sörf	6	9.0	6	7.9
	Sosyal medya	17	25.4	24	31.6
	Eğlence amaçlı	34	50.7	34	44.7

Tablo 3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları

	DEHB Tanılı			DEHB Tanısı Olmayan		
	N	Ortalama	*SS*	N	Ortalama	*SS*
Ergen yaş	67	12.67	1.147	76	12.71	0.921
Anne yaş	58	38.83	4.853	57	39.35	4.608
Baba yaş	9	43.33	4.796	19	46.53	5.620

2.2.Veri Toplama Araçları

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda çalışmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerine ilişkin sorular bulunmaktadır. Araştırmaya katılan ergenlere yönelik hazırlanan kişisel bilgi formunda yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, ailenin gelir düzeyi, annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, çekirdek aile dışında evde yaşayanların olup olmadığı, ailede psikiyatrik tanı ve akıllı telefon kullanım amacına ilişkin sorular yer almaktadır. Ebeveyne yönelik hazırlanan kişisel bilgi formunda ise formu dolduran ebeveyn, yaşı, kendisinin ve çalışmaya dahil edilen çocuğunun psikiyatrik tedavi geçmişine ilişkin sorular yer almaktadır.

2.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu (Smart Phone Addiction Scale-Short Form)

Kwon, Kim, Cho ve Yung, 2013 yılında Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği'nin kısa formunu geliştirmiş ve yaş ortalaması 14.5 olan ergenler üzerinde geçerlilik ve güvenlirlik analizini yapmıştır. Ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan ölçek 10 maddeden oluşmakta ve 5'li likert tipindedir. Ölçekten alınabilen en düşük puan 10, en yüksek puan ise 50'dir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik analizleri Akın, Altundağ, Turan ve Akın (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, orijinal formda olduğu gibi tek boyutta uyum verdiği görülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik kat sayısı 0.88 olarak bulunmuş olup düzeltilmiş madde-test korelasyonları 0.43 ile 0.76 arasında sıralanmıştır. Ölçeğin bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.79 olarak hesaplanmıştır.

2.2.3. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (Junior Temperament and Character Inventory) (J-TCI-R)

Luby, Svrakic, McCallum, Przybeck ve Cloninger (1999) tarafından geliştirilen ölçek Cloninger'in biyopsikososyal modeline dayanmakta olup çocuklar ve ergenlerde mizaç ve karakter boyutlarını değerlendirmektedir. 5'li likert tipinde olan ölçek 125 soru ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların dördü mizaç ve ikisi karakter boyutlarıdır. Ölçeğin mizaç alt boyutları yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etmedir. Karakter alt boyutları ise kendini yönetme ve işbirliği yapmadır. Alt boyutlar sırasıyla 24, 21, 19, 18, 24 ve 19 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Köse, Çelikel, Akın, Kaya, Cumurcu, Etikan ve Cloninger (2017) tarafından yapılmış olup ilkokul ve ortaokul çağındaki çocuk ve ergenlerin mizaç ve karakter özelliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değeri 0.60 to 0.75 arasında değişmektedir. Test-tekrar test korelasyonu yenilik arayışı mizaç alt boyutu için 0 .60, zarardan kaçınma mizaç alt boyutu için .58, ödül bağımlılığı mizaç alt boyutu için 0.58, sebat etme mizaç alt boyutu için 0.64, kendini yönetme karakter alt boyutu için 0.72 ve işbirliği yapma karakter alt boyutu için .67'dir. Bu çalışmada ölçeğin Chronbach alfa değeri 0.64 olarak bulunmuştur. Nunnally ve Bernstein (1994), kabul edilebilir minimum Cronbach alfa katsayısı değerinin 0.60 olduğunu belirtmiştir. Ayrıca elde edilen rakam ölçeğin orijinal iç tutarlık değeri ile uyumlu bulunmuştur.

2.2.4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARI)

Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilen ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının ölçmek amacıyla kullanılan Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği'nin orijinal versiyonu 115 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Güney LeCompte, Ayhan LeCompte ve Serap A. Özer (1978) tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye çevrildiğinde anlam kaybına neden olabilecek maddeler çıkarılmış ve son hali 60 madde

olarak belirlenmiştir. 4'li likert tipinde olan ölçekte ''hiç uygun bulmuyorum'' (1 puan), ''biraz uygun buluyorum'' (2 puan), ''oldukça uygun buluyorum'' (3 paun) ve ''çok uygun buluyorum''(4 puan) şeklinde ifadeler yer almaktadır.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği 5 alt boyuttan oluşmaktadır. İlki ''aşırı annelik'' alt boyutudur. Toplam varyansın %37'sini oluşturan bu boyutta aşırı koruyuculuk, fedakarlık, yüksek kontrol, çocuktan bağımlı ve çalışkan olmasını isteme konuları yer almaktadır. Varyansın %10'unu oluşturun ''demokratik tutum ve eşitlik tanıma'' alt boyutu çocuğun fikirlerini açıkça belirtmesi için cesaretlendirmek, onunla arkadaşlık etmek ve paylaşımda bulunmak gibi konuları içermektedir. ''Ev kadınlığı rolünü reddetme'' alt boyutu varyansın %7'sini oluşturmaktadır. Bu boyut çocuklarla uzun süre vakit geçirmekten hoşlanmamak, sinirlilik ve yeni doğan bebeğin bakımını üstlenmekten ürkme gibi konuları kapsamaktadır. ''Evlilik çatışması-geçimsizlik'' alt boyutu karı koca arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği ve anneye yardımcı olmayışı gibi konuları kapsamakta ve varyansın %5'ini içermektedir. Son olarak ''artık boyut ya da sıkı disiplin'' alt boyutu önceki dört faktör ile belirgin bir korelasyon göstermeyip, kendi aralarında korelasyon gösteren bazı alt ölçeklerin birleştirilmesiyle elde edilmiştir. 16 maddeden oluşan bu boyutta cinsel davranışı ve saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, çocuk üzerinden hakimiyet kurmaya inanma ve katı disiplin gibi olumsuz çocuk yetişirme tutumuna işaret eden ifadeler yer almaktadır (LeCompte ve ark, 1978). Çalışmamızda Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği'nin Chronbach alfa değeri 0.86 olarak hesaplanmıştır.

2.3. İşlem

Araştırma için öncelikle Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Onayı alınmıştır. Daha sonra araştırmanın klinik örneklemi için; Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden bilimsel çalışma izni, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurul onayı ve Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yetkililerinden bilimsel çalışma uygulama izni alınmıştır. Araştırmanın DEHB tanısı olmayan örneklemi için ise Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü'nden bilimsel çalışma izni alınmıştır.

DEHB tanılı örneklemdeki katılıcımlar hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerinin baskın görüldüğü ve yukarıda adı geçen hastanelerin

çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniklerinde ayakta tedavi gören ergenler ile anne veya babalarından oluşmaktadır. DEHB tanısı, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarınca DSM-5 tanı ölçütlerine göre konulmuştur. Veri toplama işlemi başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacının açıklandığı, kişisel bilgilerin alınmayacağını belirtildiği, verilen bilgilerin gizli tutulacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebileceklerine dair ayrıntılı bilgi içeren bir onam formu sunulmuştur. Onamları alanın katılımcılar çalışmaya davet edildikten sonra araştırmacı tarafından ergenlere Kişisel Bilgi Formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu ile Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri verilmiştir. Çocukların anne veya babalarına ise Kişisel Bilgi Formu ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği verilmiştir. DEHB tanısı olmayan katılımcılara ise Ankara'nın Çankaya ilçesinde bulunan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı bir ortaokuldan erişilmiştir. Aynı şekilde bu gruptaki ergenlere Kişisel Bilgi Formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu ile Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri, anne veya babalarına ise Kişisel Bilgi Formu ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği verilerek hedeflenen sayıya ulaşılmıştır.

2.4. İstatiksel Analiz

Bu çalışmada veri toplama araçlarından elde edilen veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) 22.0 sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. İlk olarak ergen katılımcıların ve ebeveynlerinin sosyodemografik özelliklerine yönelik olarak bazı hesaplamalar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yapılmıştır. Daha sonra çalışmanın tüm değişkenlerinin ortalamaları, standart sapmaları ve aralık değerleri belirlenmiştir. Araştırmada bulunan tüm değişkenler; Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği, Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma alt ölçekleri, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği'nin aşırı annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, evlilik çatışması-geçimsizlik ve artık boyut ya da sıkı disiplin alt ölçeklerinin birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan grupların Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği ve Mizaç ve Karakter Envanteri'nin alt ölçek maddeleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Akıllı telefon bağımlılığı puanlarının DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplarda cinsiyete

göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla Univariate ANOVA analizi, gruplardaki ergenlerin akıllı telefon kullanım amaçlarının cinsiyet açısından ilişkisini sınamak amacıyla da Ki-Kare testi (Chi-Square test) yapılmıştır. Son olarak ise yapılan korelasyon analiz sonuçları göz önünde bulundurularak akıllı telefon bağımlılığı puanlarını yordayan değişkenleri incelemek üzere her iki grup için iki ayrı çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu bölüm araştırmada yer alan bulgular ve bu bulgulara ilişkin istatistiksel analizlerden oluşmaktadır. Öncelikle verilerin dağılımının homojen olup olmadığını incelemek amacıyla ölçeklerin basıklık çarpıklık değerleri verilmiştir. İkinci aşamada DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplar demografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Üçüncü aşamada araştırmada kullanılan ölçeklerin betimleyici istatistiklerine bakılmıştır. Dördüncü aşamada araştırmada kullanılan ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Beşinci aşamada DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplar araştırmada kullanılan ölçekler açısından analiz edilmiştir. Altıncı aşamada gruplar, akıllı telefon ve ilgili değişkenler açısından incelenmiştir. Son olarak hiyerarşik çoklu regresyon analizi ile grupların akıllı telefon bağımlılığını yordayıcı değişkenler incelenmiştir.

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Basıklık Çarpıklık Değerleri

Araştırmada elde edilen ölçek toplam puanları için uygun görülen analizlerin yapılabilmesi adına verilerin analize uygun olup olmadıkları değerlendirilmiştir. Bu noktada Tabachnick ve Fidell ‘in (2013) önerdiği çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir; normal dağılım varsayımının karşılanması açısından bu değerlerin -1,5 ve +1,5 aralığında yer alması gerekmektedir. Tablo 4’e göre akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin (çarpıklık=0.510, basıklık=-0.193) normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Mizaç ölçeğinin yenilik arayışı alt ölçeği (çarpıklık=0.213, basıklık=-0.125), zarardan kaçınma alt ölçeği (çarpıklık=0.055, basıklık=0.119), ödül bağımlılığı alt ölçeği (çarpıklık=-0.208,

basıklık=-0.010), sebat etme alt ölçeği (çarpıklık=0.431, basıklık=-0.310), kendini yönetme alt ölçeği (çarpıklık=0.152, basıklık=-0.502) ve işbirliği yapma alt ölçeği (çarpıklık=-0.123, basıklık=-0.308) normal dağılım göstermektedir. Ebeveyn Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği'nin aşırı koruyuculuk alt ölçeği (çarpıklık=-0.320, basıklık=-0.557), demokratik tutum alt ölçeği (çarpıklık=0.360, basıklık=0.042), ev kadınlığını reddetme alt ölçeği (çarpıklık=0.270, basıklık=-0.247), evlilik çatışması alt ölçeği (çarpıklık=0.057, basıklık=-0.761) ve artık boyut/disiplin alt ölçeği (çarpıklık=0.142, basıklık=-0.433) normal dağılım göstermektedir.

Tablo 4. Araştırmada Yer Alan Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Min.	**Max.**	**Ort.**	**SS**	**Çarpıklık**	**Basıklık**
Akıllı Telefon	1.00	4.90	2.41	0.87	0.510	-0.193
Mizaç						
Yenilik arayışı	1.67	4.21	2.83	0.50	0.213	-0.125
Zarardan kaçınma	1.76	4.24	2.91	0.47	0.055	0.119
Ödül bağımlılığı	1.84	4.58	3.32	0.49	-0.208	-0.010
Sebat etme	2.11	4.78	3.22	0.57	0.431	-0.310
Kendini yönetme	2.33	5.00	3.60	0.56	0.152	-0.502
İşbirliği yapma	2.26	4.95	3.69	0.54	-0.123	-0.308
Anne Baba Tutumu						
Aşırı koruyuculuk	1.63	4.00	3.02	0.56	-0.320	-0.557
Demokratik tutum	2.22	4.00	3.00	0.35	0.350	0.042
Ev kadınlığını reddetme	1.15	3.92	2.28	0.54	0.270	-0.247
Evlilik çatışması	1.00	4.00	2.50	0.67	0.057	-0.761
Artık boyut/Disiplin	1.31	4.00	2.48	0.55	0.142	-0.433

3.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Araştırma kapsamında DEHB tanılı grup ve DEHB tanısı olmayan grubun temel bazı özellikler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmesi amacıyla t-test analizi ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tablo 5'te sunulan analiz sonucuna göre; DEHB tanılı olan ve tanılı olmayan gruplar arasında cinsiyet açısından [$t(141)= 0.748$, $p>0.05$] ve evde çekirdek aile dışında yaşayanların olması açısından [$t(141)= -0.791$, $p>0.05$] anlamlı bir farklılık bulunmazken, ebeveyn psikiyatrik tanı [$t(104)= -3.411$, $p<0.05$] ve ailede psikiyatrik tanı [$t(112)= -3.817$, $p<0.05$] açısından gruplar arasında istastiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Detaylı incelendiğinde; DEHB tanılı ergenlerin ebeveynleri ($\bar{x}= 29.9$), DEHB tanısı olmayan gruba oranla ($\bar{x}=9.9$) daha fazla psikiyatrik tanı almaktadır. Benzer şekilde DEHB tanılı grubunun ailesinde ($\bar{x}=38.8$), DEHB tanısı olmayan gruba ($\bar{x}= 11.8$) oranla daha fazla psikiyatrik tanı görülmektedir.

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan grupların gelir düzeyi, ebeveyn birlikteliği, kardeş sayısı, evde çekirdek aile dışında yaşayanların olması, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi ve telefon kullanım amacı değişkenleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Grupların gelir düzeyi ($F=0.426$; 0.83), ebeveyn birlikteliği ($F=0.374$; 0.69), kardeş sayısı ($F=1.073$; 0.37), evde çekirdek aile dışında yaşayanların olması ($F=0.625$; 0.43), anne eğitim düzeyi ($F=1.027$; 0.40), baba eğitim düzeyi ($F=2.026$; 0.08) ve telefon kullanım amacı ($F=1.022$; 0.40) açısından farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 5. Grupların Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

	p
Cinsiyet	0.46
Gelir Düzeyi	0.83
Ebeveyn Psikiyatrik Tanı	0.00
Ailede Psikiyatrik Tanı	0.00
Ebeveyn Birlikteliği	0.69
Kardeş Sayısı	0.37
Evde Çekirdek Aile Dışında Yaşayan	0.43
Anne Eğitim Düzeyi	0.40
Baba Eğitim Düzeyi	0.08
Telefon Kullanım Amacı	0.40

3.2.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Yaş Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması: T-Test

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki ergenler ve ebeveynlerinin yaş ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklemler t-test analizi yapılmıştır. Tablo 6'da yer verilen analiz sonuçlarında DEHB tanılı ergenlerin yaş ortalamasının 12.67, DEHB tanısı olmayanların ise 12.71 olduğu bulunmuştur. Her iki gruptaki ergenler arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark [t(126)= -0.22, p>0.05] bulunmamaktadır. Anne [t(113)= -0.59, p>0.05] ve baba yaşı [t(26)= -1.52, p>0.05] açısından karşılaştırıldığında benzer şekilde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 6. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Ergen ve Ebeveynlerin Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort.	*SS*	t	df	p
Ergenin							
Yaşı	DEHB tanılı	67	12.67	1.15	-0.22	126	0.83
	DEHB olmayan	76	12.71	0.92			
Annenin							
Yaşı	DEHB tanılı	58	38.83	4.85	-0.59	113	0.55
	DEHB olmayan	57	39.35	4.61			
Babanın							
Yaşı	DEHB tanılı	9	43.33	4.80	-1.52	26	0.14
	DEHB olmayan	19	46.63	5.62			

3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri

Tablo 7'de DEHB tanılı grup, Tablo 8'de ise DEHB tanısı olmayan grupta kullanılan ölçüm araçları ve hepsinin alt boyutlarına dair minimum-maksimum değerleri, ortalamaları ve standart sapmaları hakkında bilgiler yer almaktadır.

Tablo 7. DEHB Tanılı Grubunun Ölçek Puanlarına İlişkin Minimum-Maximum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	N	Min.	Maks.	Ortalama	*SS*
Akıllı Telefon	67	10	49	26.75	8.80
Mizaç					
Yenilik arayışı	67	47	101	71.15	11.32
Zarardan kaçınma	67	37	89	62.33	10.94
Ödül bağımlılığı	67	35	77	60.13	8.62
Sebat etme	67	38	71	53.13	7.67
Kendini yönetme	67	56	107	82.30	12.08
İşbirliği yapma	67	43	87	67.69	95.55
Anne Baba Tutumu					
Aşırı koruyuculuk	67	26	64	47.48	9.64
Demokratik tutum	67	20	32	26.84	2.67
Ev kadınlığını reddetme	67	17	51	30.34	6.27
Evlilik çatışması	67	6	23	15.45	3.97
Artık boyut/Disiplin	67	21	57	38.88	8.94

Tablo 8. DEHB Tanısı Olmayan Grubun Ölçek Puanlarına İlişkin Minimum-Maximum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	N	Min.	Maks.	Ortalama	*SS*
Akıllı Telefon	76	10	44	21.83	8.06
Mizaç					
Yenilik arayışı	76	40	91	64.91	12.11
Zarardan kaçınma	76	40	82	60.00	8.62
Ödül bağımlılığı	76	39	87	65.50	9.20
Sebat etme	76	28	86	62.11	10.30
Kendini yönetme	76	62	120	89.60	13.68
İşbirliği yapma	76	48	94	70.64	10.57
Anne Baba Tutumu					
Aşırı koruyuculuk	76	33	64	49.00	8.42
Demokratik tutum	76	21	36	28.28	3.42
Ev kadınlığını reddetme	76	15	45	29.04	7.54
Evlilik çatışması	76	7	24	14.06	3.97
Artık boyut/Disiplin	76	21	64	40.22	8.77

3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Birbirleri ile Olan İlişkisi: Korelasyon Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkilerini öğrenmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 9'da DEHB tanılı grubun akıllı telefon bağımlılığı, mizaç ve anne baba tutumu ölçekleri arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir. Detaylı incelendiğinde, akıllı telefon bağımlılığı puanları ile yenilik arayışı (r=.459, p<0.01) mizaç alt ölçeği arasında pozitif yönde, sebat etme (r=-.262, p< 0.05) mizaç alt ölçeği arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı ile zarardan kaçınma (r=.081, p>0.05), ödül bağımlılığı (r=-.038, p>0.05), kendini yönetme (r=-.217, p>0.05) ve işbirliği yapma (r=.038, p>0.05) mizaç alt ölçekleri arasında ilişki bulunamamıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile aşırı koruyuculuk (r=-.216, p>0.05), demokratik tutum (r=.156, p>0.05), ev kadınlığını reddetme (r=.031, p>0.05), evlilik çatışması (r=.026, p>0.05) ve artık boyut/disiplin (r=-.168, p>0.05) anne baba tutumu alt ölçekleri arasında ilişki bulunmamıştır.

Mizaç alt ölçekleri ile anne baba tutumu alt ölçekleri arasındaki korelasyon incelendiğinde yalnızca işbirliği yapma mizaç alt ölçeği ile evlilik çatışması anne baba tutumu alt ölçeği arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (.256, p< 0.05). Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme ve kendini yönetme mizaç alt ölçekleri ile anne baba tutumu alt ölçekleri arasında ilişki bulunamamıştır.

Tablo 10'da ise DEHB tanısı olmayan grubun akıllı telefon bağımlılığı, mizaç ve anne baba tutumu ölçekleri arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir. Detaylı incelendiğinde, akıllı telefon bağımlılığı puanları ile yenilik arayışı (r= .557, p< 0.01) ve zarardan kaçınma (r= .289, p< 0.05) mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde; sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma mizaç alt ölçekleri arasında negatif yönde (r=-.496, p<0 .01; r=-.445, p< .01; r=-.365, p< 0.01) ilişki bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı ve ödül bağımlılığı (r=-.201, p>0.05) mizaç alt ölçeği arasında ilişki bulunamamıştır. Akıllı telefon bağımlılığı ile aşırı koruyuculuk (r=-.103, p>0.05), demokratik tutum (r=.044, p>0.05), ev kadınlığını reddetme (r=-.026, p>0.05), evlilik çatışması (r=.065, p>0.05) ve artık boyut/disiplin (r=-.135, p>0.05) anne baba tutumu alt ölçekleri arasında ilişki bulunmamıştır. Mizaç alt ölçekleri ile anne baba tutumu alt ölçekleri arasında ilişki bulunamamıştır.

Tablo 9. DEHB Tanılı Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç ve Anne Baba Tutumu Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar

	1a	2a	2b	2c	2d	2e	2f	3a	3b	3c	3d	3e
1a Akıllı telefon	1											
2a Yenilik arayışı	.459**	1										
2b Zarardan kaçınma	.081	.029	1									
2c Ödül bağımlılığı	-.038	.195	-.097	1								
2d Sebat etme	-.262*	-.327**	-.199	-.168	1							
2e Kendini yönetme	-.217	-.444**	-.364**	-.057	.323**	1						
2f İşbirliği yapma	.038	-.126	-.130	.394**	.099	.246*	1					
3a Aşırı koruyuculuk	-.216	-.026	.173	-.122	.165	-.135	-.021	1				
3b Demokratik tutum	.156	.083	.105	-.112	.034	.031	-.053	.067	1			
3c Ev kadınlığını reddetme	.031	.002	.141	.029	.073	-.113	.144	.485**	-.002	1		
3d Evlilik çatışması	.026	-.063	.081	.214	.084	-.120	.256*	.342**	.201	.467**	1	
3e Artık boyut/Disiplin	-.168	-.034	.062	-.100	.214	-.191	-.086	.714**	-.091	.449**	.298*	1

Not. *p< .05, ** p< .01

Tablo 10. DEHB Tanısı Olmayan Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç ve Anne Baba Tutumu Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar

	1a	2a	2b	2c	2d	2e	2f	3a	3b	3c	3d	3e
1a Akıllı telefon	1											
2a Yenilik arayışı	.557**	1										
2b Zarardan kaçınma	.289*	.328**	1									
2c Ödül bağımlılığı	-.201	-.309**	-.109	1								
2d Sebat etme	-.496**	-.576**	-.313**	.508**	1							
2e Kendini yönetme	-.445**	-.565**	-.610**	.400**	.682**	1						
2f İşbirliği yapma	-.365**	-.514**	-.236*	.645**	.655**	.575**	1					
3a Aşırı koruyuculuk	-.103	-.112	.123	.085	-.109	-.006	.023	1				
3b Demokratik tutum	.044	.027	-.179	.063	.110	.144	.012	.071	1			
3c Ev kadınlığını reddetme	-.026	-.062	.180	-.071	-.080	-.122	-.092	.465**	-.067	1		
3d Evlilik çatışması	.065	.118	.091	-.021	-.031	-.053	-.017	.231*	.026	.454**	1	
3e Artık boyut/Disiplin	-.135	-.023	.194	.088	-.149	-.047	-.054	.748**	-.121	.368**	.307**	1

Not. *p< .05, ** p< .01

3.5. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç Özellikleri ve Anne Baba Tutumları Açısından Karşılaştırılması

3.5.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı Açısından Karşılaştırılması: T-Test

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan ergenlerin Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği (ATBÖ) puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklemler t-testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda her iki grup arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark [t (141)=3.49, p<0.05, d=0.579] bulunmuştur. Tablo 11'de görüldüğü üzere DEHB tanılı grubunun akıllı telefon bağımlılığı ortalamaları ($\bar{x}$=2.67), DEHB tanısı olmayan gruba ($\bar{x}$=2.18) oranla daha yüksektir.

Tablo 11. Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı Puanlarının Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort.	*SS*	t	df	p	Cohen's d
ATBÖ								
	DEHB Tanılı	67	2.67	0.88	3.49	141	0.00	0.579
	DEHB Olmayan	76	2.18	0.81				

ATBÖ= Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

3.5.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Mizaç Özellikleri Açısından Karşılaştırılması: Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA)

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan ergenlerin mizaç alt ölçekleri ortalama puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini ölçmek amacıyla DEHB tanılı grup ve DEHB tanısı olmayan grupların bağımsız değişken, Mizaç ve Karakter Envanteri'nin yenilik arayışı, zarardan kaçınma, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma alt boyutlarının bağımlı değişken olarak ele alındığı çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır.

Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan tek yönlü çok değişkenli varyans analizi sonucunda. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin alt boyutları (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, sebat

etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma) üzerinde DEHB tanılı grup ve DEHB tanısı olmayan grupların anlamlı etkisinin olduğu görülmektedir (Wilks Lambda= 0.76, F= 7.46, p=0.00 ve serbestlik derecesi=6). MANOVA'da görülen grupların ana etkisinin hangi bağımlı değişkenden kaynaklandığını belirlemek için bir dizi ANOVA analizi yapılmıştır. Tablo 13'te görüldüğü üzere, Mizaç ve Karakter Envanteri'nin yenilik arayışı (F (1, 143)= 10.05, p<0.05), ödül bağımlılığı (F (1, 143)= 12.85, p<.05), sebat etme F (1, 143)= 34.23, p<0.05) ve kendini yönetme (F (1, 143)= 11.29, p<0.05) alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplarda anlamlı olarak farklılık bulunmuştur. Zarardan kaçınma (F (1, 143)=2.02, p>0.05) ve işbirliği yapma (F (1, 143)= 3.05, p>0.05) alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından gruplarda anlamlı olarak farklılık bulunmamıştır.

Anlamlı bulunan alt boyutlar detaylı incelendiğinde, yenilik arayışı alt boyutunda DEHB tanılı grubunun puan ortalamaları (ort=2.96; *SS*=0.47) DEHB tanısı olmayan grubunun puan ortalamalarına göre (ort=2.70; *SS*=0.50) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bir başka değişle, DEHB tanılı grupta yenilik arayışı mizaç özelliği kontrol grubuna oranla daha fazla görülmektedir. DEHB tanısı olmayan grubun ise ödül bağımlılığı (ort=3.45; *SS*=0.48), sebat etme (ort=3.45; SS=0.57) ve kendini yönetme (ort=3.73; *SS*=0.57) mizaç puanları, DEHB grubu ödül bağımlılığı (ort=3.16; *SS*=0.45), sebat etme (ort=2.95; *SS*=0.43) ve kendini yönetme (ort=3.43; SS=0.50) mizaç puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Analizde kullanılan değişkenlere ait ortalama ve standart sapma değerlerine Tablo 12'den bakılabilinir.

Tablo 12. Grupların Mizaç ve Karakter Envanteri Alt Boyutlarına Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

	DEHB Tanılı			**DEHB Tanısı Olmayan**		
	N	Ort.	*SS*	N	Ort.	*SS*
Yenilik Arayışı	67	2.96	0.47	76	2.70	0.50
Zarardan Kaçınma	67	2.97	0.52	76	2.86	0.41
Ödül Bağımlılığı	67	3.16	0.45	76	3.45	0.48
Sebat Etme	67	2.95	0.43	76	3.45	0.57
Kendini Yönetme	67	3.43	0.50	76	3.73	0.57
İşbirliği Yapma	67	3.56	0.50	76	3.72	0.56

Tablo 13. DEHB Tanılı Grup ve DEHB Tanısı Olmayan Gruplar Açısından Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Her Bir Alt Boyutunun MANOVA Bulguları

Kaynak	Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	df	Ort. Kareler	F	p	η^2
Gruplar							
	Yenilik arayışı	2.41	1	2.41	10.05	0.00	0.07
	Zarardan kaçınma	0.44	1	0.44	2.02	0.16	0.01
	Ödül bağımlılığı	2.84	1	2.84	12.85	0.00	0.08
	Sebat etme	8.87	1	8.87	34.23	0.00	0.20
	Kendini yönetme	3.29	1	3.29	11.29	0.00	0.04
	İşbirliği yapma	0.86	1	0.86	3.05	0.08	0.02

3.5.3. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması: Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA)

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan grupların anne baba tutumu alt ölçekleri ortalama puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini ölçmek amacıyla DEHB tanılı grup ve DEHB tanısı olmayan grupların bağımsız değişken, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Alt Ölçeği'nin aşırı koruyuculuk, demokratik tutum, ev kadınlığını reddetme, evlilik çatışması ve artık boyut/disiplin alt boyutlarının bağımlı değişken olarak ele alındığı çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır.

Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan tek yönlü çok değişkenli varyans analizi sonucunda Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Alt Ölçeği'nin alt boyutları (aşırı koruyuculuk, demokratik tutum, ev kadınlığını reddetme, evlilik çatışması ve artık boyut/disiplin) üzerinde DEHB tanılı grup ve DEHB tanısı olmayan grupların anlamlı etkisinin olduğu görülmektedir (Wilks Lambda= 0.89, F= 3.27, p=0.01 ve serbestlik derecesi=5). MANOVA'da görülen grupların ana etkisinin hangi bağımlı değişkenden kaynaklandığını belirlemek için bir dizi ANOVA analizi yapılmıştır. Tablo 15'te görüldüğü gibi Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Alt Ölçeği'nin demokratik tutum ($F(1, 143)= 6.67$, $p<0.05$) ve evlilik çatışması ($F(1, 143)= 4.42$, $p<0.05$) alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplarda anlamlı olarak farklılık

bulunmuştur. Aşırı koruyuculuk (F (1, 143)=2.02, p>0.05), ev kadınlığını reddetme (F (1, 143)= 3.05, p>0.05) ve artık boyut/disiplin (F (1, 143)=2.02, p>0.05) alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından gruplarda anlamlı olarak farklılık bulunmamıştır.

Analiz sonuçlarına göre, DEHB tanısı almış ergenlerin ebeveynlerinin demokratik tutum (ort=2.98; *SS*=0.04) puanları DEHB tanısı almamış gruba (ort=3.13; *SS*=0.04) oranla düşük bulunmuştur. Bir başka değişle, DEHB tanısı olmayan ergenlerin ebeveynleri, DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerine oranla daha fazla demokratik çocuk yetiştirme tutumu sergilemektedir. Evlilik çatışması alt ölçeği puanlarına bakıldığında ise DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerinin evlilik çatışması (ort=2.58; *SS*=0.08) puanları, DEHB tanısı almamış grubua (ort=2.34; *SS*=0.08) oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Buradan yola çıkarak DEHB tanılı ergenlerin ebeveynleri arasında evlilik çatışmasının, DEHB tanısı olmayan ergenlere oranla daha fazla görüldüğü sonucuna varılmaktadır. Analizde kullanılan değişkenlere ait ortalama ve standart sapma değerlerine Tablo 14'ten bakılabilinir.

Tablo 14. Grupların Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

	DEHB Tanılı			**DEHB Tanısı Olmayan**		
	N	Ort.	*SS*	N	Ort.	*SS*
Aşırı Koruyuculuk	67	2.97	0.07	76	3.06	0.06
Demokratik Tutum	67	2.98	0.04	76	3.13	0.04
Ev Kadınlığını Reddetme	67	2.33	0.07	76	2.23	0.06
Evlilik Çatışması	67	2.58	0.08	76	2.34	0.08
Artık boyut/Disiplin	67	2.43	0.07	76	2.51	0.06

Tablo 15. DEHB Tanılı Grup ve DEHB Tanısı Olmayan Gruplar Açısından Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği'nin Her Bir Alt Boyutunun MANOVA Bulguları

Kaynak	Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	df	Ort. Kareler	F	p	η^2
Gruplar							
	Aşırı koruyuculuk	0.32	1	0.32	10.01	0.32	0.01
	Demokratik tutum	0.79	1	0.79	6.67	0.01	0.04
	Ev kadınlığını reddetme	0.36	1	0.36	1.26	0.26	0.01
	Evlilik çatışması	1.94	1	1.94	4.42	0.04	0.03
	Artık boyut/Disiplin	0.25	1	0.83	0.83	0.36	0.01

3.6. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon ve İlgili Değişkenler Açısından Analizi

3.6.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması: Univariate ANOVA

Akıllı telefon bağımlılığı puanlarının DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplarındaki kız ve erkek öğrencilere göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla yapılan Univariate ANOVA analizi yapılmıştır. Tablo 16 ve Tablo 17'de yer alan analiz sonuçlarına göre akıllı telefon bağımlılığı puanlarının cinsiyet/grup etkileşimine göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($F=0.04$, $p>0.05$, $\eta^2=0.00$). Her iki grupta da kız öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı puanları erkek öğrencilere oranla yüksek bulunmuştur. Fakat bu oran istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 16. Katılımcıların Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

		N	Ort.	SS
DEHB Tanılı				
	Kız	19	2.85	1.00
	Erkek	48	2.60	0.82
DEHB Tanısı				
Olmayan	Kız	26	2.31	0.83
	Erkek	50	2.12	0.79
TOPLAM				
	Kız	45	2.54	0.94
	Erkek	98	2.35	0.84

Tablo 17. Katılımcıların Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Etki	F	df	Karelerin Ortalaması	p	η^2
Grup	11.44	1	8.08	0.00	0.08
Cinsiyet	2.19	1	1.54	0.14	0.02
Grup x Cinsiyet	0.04	1	0.03	0.84	0.00

3.6.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Kullanım Amaçlarının Cinsiyet Açısından İncelenmesi: Ki-Kare Analizi

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki ergenlerin akıllı telefon kullanım amaçlarının cinsiyet açısından ilişkisini sınamak amacıyla Ki-Kare testi (Chi-Square test) yapılmıştır. Bu analiz iki kategorik değişken arasında bir ilişki olup olmadığını ölçek amacıyla kullanılmaktadır. Analiz sonucunda katılımcıların telefon kullanım amaçları ve cinsiyetleri arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır [$\chi 2$ (4)= 16.34, $p<0.05$, $\Phi=0.338$]. Tablo 18'de görüldüğü üzere, DEHB tanılı gruptaki kızlar akıllı telefonlarını çoğunlukla eğlence amaçlı kullanırken (%10.4), DEHB tanısı olmayan gruptaki kızlar sosyal medya amaçlı kullanmaktadır (%17.1). Öte yandan DEHB tanılı grupta da (%40.3) DEHB tanısı olmayan grupta da (%38.2) erkeklerin akıllı telefonlarını çoğunlukla eğlence amaçlı kullandıkları görülmektedir. Analiz sonuçları genel olarak değerlendirildiğine, kız öğrenciler akıllı

telefonlarını daha çok sosyal medya amaçlı kullanırken (%11.9), erkek öğrencilerin eğlence amaçlı kullandıkları saptanmıştır (%39.2).

Tablo 18. Katılımcıların Akıllı Telefon Kullanım Amaçları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Gruplar	Cinsiyet	Konuşma	Mesajlaşma	İnternette Sörf	Sosyal Medya	Eğlence Amaçlı	χ^2	df	p	Φ
DEHB Tanılı										
	Kız	%3	%7.5	%1.5	%6	%10.4				
	Erkek	-	%4.5	%7.5	%19.4	%40.3				
DEHB Yok										
	Kız	%5.3	%2.6	%2.6	%17.1	%6.6				
	Erkek	%3.9	%3.9	%5.3	%14.5	%38.2				
Toplam							16.34	4	0.00	0.338
	Kız	%4.2	%4.9	%2.1	%11.9	%8.4				
	Erkek	%2.1	%4.1	%6.3	%16.8	%39.2				

3.7. Akıllı Telefon Bağımlılığını Yordayan Değişkenler: Regresyon Analizi

Mizaç özellikleri ve anne baba tutumlarının ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı düzeyini yordadığı varsayılmış ve bu araştırma sorusundan yola çıkarak DEHB tanılı grup ve DEHB tanısı olmayan gruplar için ayrı ayrı hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. DEHB tanılı grup için demografik özelliklerin olası etkisini kontrol altına almak için ilk blokta ebeveyn psikiyatrik tanı ve ailede psikiyatrik tanı enter metodu ile analize girilmiştir. Analizde bağımlı değişken olan akıllı telefon bağımlılığı ile demografik değişkenler kontrol edildikten sonra, ikinci blokta çocuğun mizaç ve karakter özellikleriden yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme alt ölçekleri, üçüncü blokta ise aile işlevleri ve çocuk yetiştirme tutumu özellikleri aşırı koruyuculuk ve evlilik çatışması alt ölçekleri aşamalı (stepwise) metodu ile denkleme girilmiştir.

DEHB tanılı olmayan grup için de benzer şekilde demografik özelliklerin olası etkisini kontrol altına almak için ilk blokta ebeveyn psikiyatrik tanı ve ailede psikiyatrik tanı enter

metodu ile analize girilmiştir. Analizde bağımlı değişken olan akıllı telefon bağımlılığı ile demografik değişkenler kontrol edildikten sonra, ikinci blokta çocuğun mizaç ve karakter özellikleriden yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma alt ölçekleri, üçüncü blokta ise aile işlevleri ve çocuk yetiştirme tutumu özelliği olan aşırı koruyuculuk alt ölçeği aşamalı (stepwise) metodu ile denkleme girilmiştir.

Tablo 19'da DEHB tanılı grubun akıllı telefon bağımlılığı yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinde yer alan değişkenlerin analiz sonuçları gösterilmiştir. İlk sırada denkleme blok halinde girilen demografik değişkenler, varyansın %2'sini açıklamaktadır [Freg (2,64)=0.50, p>0.05]. Denkleme ikinci blokta giren Mizaç ve Karakter Envanteri'nin yenilik arayışı alt boyutunun anlamlı düzeyde yordayıcı etkisi olduğu ve toplam varyansın %21'ini açıkladığı bulunmuştur. Yenilik arayışı mizaç özelliğinin yüksek olması [β= 0.86, t(66)= 4.14, p<0.05] akıllı telefon bağımlılığı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Denkleme son olarak giren Aile İşlevleri ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği alt boyutu olan aşırı koruyuculuk anne baba tutumunun anlamlı düzeyde yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Aşırı koruyuculuk ebeveyn tutumunun düşük olması [β= -0.33, t(66)= -2.08, p<0.05] akıllı telefon bağımlılığı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak bu değişkenler kendisinden önceki değişkenlerle birlikte akıllı telefon bağımlılığındaki varyansın %28'ini açıklamaktadır (R= 0.53, R^2=0.28).

Tablo 19. DEHB Tanılı Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı Yordayıcılarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı	R^2	Uyarlanmış R^2	β	t	F	R^2 değişim	F değişim
1	Ebeveyn Psikiyatrik Tanı			-0.09	-0.25			
	Ailede Psikiyatrik Tanı	0.02	-0.02	0.28	0.83	0.50	0.02	0.50
2	Ebeveyn Psikiyatrik Tanı			-0.26	-0.79			
	Ailede Psikiyatrik Tanı			0.34	1.13			
	Yenilik Arayışı	0.23	0.19	0.86	4.14	6.14	0.21	17.15
3	Ebeveyn Psikiyatrik Tanı			-0.38	-1.17			
	Ailede Psikiyatrik Tanı			0.43	1.45			
	Yenilik Arayışı			0.86	4.24			
	Aşırı Koruyuculuk	0.28	0.23	-0.33	-2.08	5.93	0.05	4.33

Tablo 20'de DEHB tanısı olmayan grubun akıllı telefon bağımlılığı yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinde yer alan değişkenlerin analiz sonuçları gösterilmiştir. İlk sırada denkleme blok halinde girilen demografik değişkenler, varyansın %2'sini açıklamaktadır [Freg (2,73)=0.92, p>0.05]. Denkleme ikinci blokta giren Mizaç ve Karakter Envanteri'nin alt boyutu olan yenilik arayışı alt boyutunun anlamlı düzeyde yordayıcı etkisi olduğu ve toplam varyansın %31'ini açıkladığı bulunmuştur. DEHB grubu ile benzer şekilde kontrol grubunda da yenilik arayışı mizaç özelliğinin yüksek olması [β= 0.88, t(75)= 5.70, p<0.05] akıllı telefon bağımlılığı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Denkleme son olarak giren sebat etme alt ölçeğinin anlamlı düzeyde yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Sebat etme alt ölçeğindeki azalma [β= -0.35, t(75)= -2.12, p<0.05] yüksek akıllı telefon bağımlılığını yordamaktadır. Ayrıca sebat etme mizaç özelliğinin yordamaya bağımsız katkısı olduğu görülmektedir [Fdeğişim (1,71)=4.50, p<0.05]. Sonuç olarak bu değişkenler kendisinden önceki değişkenlerle birlikte akıllı telefon bağımlılığındaki varyansın %37'sini açıklamaktadır (R= 0.61, R^2=0.37).

Tablo 20. DEHB Tanısı Olmayan Grubun Akıllı Telefon Bağımlılığı Yordayıcılarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı	R^2	Uyarlanmış R^2	β	t	F	R^2 değişim	F değişim
1	Ebeveyn Psikiyatrik Tanı			0.47	0.82			
	Ailede Psikiyatrik Tanı	0.02	-0.00	-0.62	-1.30	0.92	0.02	0.92
2	Ebeveyn Psikiyatrik Tanı			0.20	0.42			
	Ailede Psikiyatrik Tanı			-0.44	-1.12			
	Yenilik Arayışı	0.33	0.30	0.88	5.70	11.70	0.30	32.48
3	Ebeveyn Psikiyatrik Tanı			0.18	0.38			
	Ailede Psikiyatrik Tanı			-0.37	-0.95			
	Yenilik Arayışı			0.66	3.55			
	Sebat Etme	0.37	0.33	-0.35	-2.12	10.33	0.04	4.50

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı olan ergenleri akıllı telefon bağımlılığı, mizaç özellikleri ve ebeveyn tutumları açısından, DEHB tanısı olmayan grupla karşılaştırmalı olarak incelemek ve gruplar arasındaki farkları ortaya koymaktır. Bu bölümde, belirtilen amaca yönelik uygulanan istatiksel analizler sonucu elde edilen veriler alan yazın çerçevesinde tartışılmıştır.

4.1. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Araştırmada yer alan DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan grupların cinsiyet, yaş ve gelir düzeyleri açısından eşit dağılmasına özen gösterilmiştir. Bu nedenle gruplar arasında söz edilen değişkenler açısından farklılık bulunmamaktadır. DEHB tanılı grup incelendiğinde erkek oranının (%71.4) kızlara göre (%28.4) daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. DEHB tanısının kızlara oranla, erkeklerde daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Cohen vd., 1993; Graetz, Sawyer ve Baghurst, 2005; Hartung ve Widiger, 1998; Hasson ve Fine, 2012).

Diğer demografik değişkenlere bakıldığında, ebeveyn evlilik durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı incelenmiştir. Konu ile ilgili literatürde yapılan araştırmalar farklılık göstermektedir. DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde DEHB olmayan gruba oranla daha sık boşanma ve ayrılmalar meydana geldiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (Brown ve Pacini, 1989; Wymbs vd., 2008). Öte yandan iki grup arasında farklılığın bulunmadığı araştırmalar da yer almaktadır (Minde vd., 2003; Szatmari, Offord ve Boyle, 1989). Bu çalışmada evlilik durumu açısından DEHB tanılı

ergenler ile DEHB olmayan grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu konuda yapılan araştırmalar arasında meydana gelen farklılıklar ergenlerde DEHB tanısının şiddetine ve kendini gösterme şekline, tanıya eşlik eden karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) gibi davranış problemlerinin görüldüğü eş tanıların varlığına, ebeveynlerde başta antisosyal kişilik bozukluğu, depresyon ve anksiyete olmak üzere psikopatolojinin varlığına göre değişebilmektedir. Bu gibi durumların aile içi dinamikleri etkileyerek, eşler arasında anlaşmazlıklara ve boşanmalara neden olabileceği belirtilmektedir (Faraone, Biederman, Keenan ve Tsuang, 1991; Johnston ve Mash, 2001).

Araştırmada yer alan bir diğer demografik değişken de kardeş sayısıdır. Kardeş sayısının fazla olmasının ebeveynde strese yol açabileceği (Harrison ve Sofronoff, 2002) ve ebeveyn stresinin anne baba tutumunu olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Yousefia, Far ve Abdolahian, 2011). Bu görüşten yola çıkarak yapılan analiz sonucunda gruplar arasında kardeş sayısı açısından farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç alanyazındaki bazı çalışma bulguları ile tutarlıdır (Çıkılı Uytun, 2015; Demirci, Öztop ve Melikgazi, 2015).

Bu çalışmada, DEHB tanılı gruptaki ergenlerin aile ve ebeveynlerinde psikiyatrik tedavi geçmişi DEHB tanısı olmayan gruba oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Elde edilen sonuç literatürdeki çalışmalar ile uyumludur (Biederman vd., 1992; Cantwell, 1972). Biederman (1995), ebeveynde psikiyatrik tanı bulunması gibi olumsuz çevresel faktörlerin DEHB için risk oluşturabileceğini belirtmektedir. Morrison (1973) ise genetik faktörlerin üzerinde durmakta ve evlat edinen çocuklar ile yaptığı araştırmada DEHB tanısı olan çocukların biyolojik ebeveyn ve ailelerinde, evlat edinen aileler ve DEHB olmayan gruba oranla daha fazla psikiyatrik tanı bulunduğunu belirtmektedir. Bütün bunlar DEHB'nin ''nesilden nesile aktarılan bir psikiyatrik bozukluk'' olduğu görüşünü desteklemektedir (Mukaddes ve Ercan, 2018).

4.2. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı, Mizaç Özellikleri ve Anne Baba Tutumları Açısından Karşılaştırılması

DEHB tanısı alan ve almayan ergenler akıllı telefon bağımlılığı puanları açısından karşılaştırıldığında, DEHB tanılı ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı paunları DEHB tanısı olmayan gruba oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bir başka deyişle, DEHB tanılı ergenlerin tanısı olmayan ergenlere oranla akıllı telefon bağımlılığına daha yatkın oldukları söylenebilir. Doğan ve Arıkan (2014), bu durumun başlıca nedeni olarak DEHB'nin dürtü kontrol bozukluğu doğasını ileri sürmektedir. Dürtüselliğin, isteklerini engelleyememek ve anlık ödüllere karşı koyamamak olarak tanımlandığı düşünüldüğünde, elde edilen sonucun literatürde yer alan DEHB ve akıllı telefon bağımlılığı çalışmaları ile uyumlu olduğu söylenebilir (Yapça Kaypaklı, 2017; Lee vd., 2015). Yen ve arkadaşları (2009), dürtüselliğin yanı sıra dikkat eksikliğinin de teknoloji bağımlılığında önemli rol oynadığını belirtmektedir. Dikkat eksikliğinin belirtileri olan dikkati sürdürmede güçlük ve çabuk sıkılma gibi davranışlar çalışma belleği ile ilişkilendirilmekte olup teknolojik aletlerin gelişmiş donanımları sayesinde anlık yanıt alma ve aynı anda birden fazla etkinliklerde bulunma gibi özellikleri hem çalışma belleğindeki açığı kapatmakta hem de kişinin can sıkıntısı yaşamasını önlemektedir. Dolayısıyla, literatürde DEHB ve teknoloji bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koyan çok sayıda araştırma, çalışmamızın bu sonucunu desteklemektedir (Chassiakos vd., 2016; Greenfield, 1999; Hyun vd., 2015; Ko vd., 2008; Yen vd., 2009).

Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri alt ölçekleri puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan varyans analizi sonucunda DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki ergenlerin yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme ve kendini yönetme mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılaştığı tespit edilmiştir. Detaylı incelendiğinde, DEHB tanılı gruptaki ergenlerin yenilik arayışı mizaç özelliklerinin DEHB olmayan gruba oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Cloninger, Przybeck ve Svrakic (1991), yüksek yenilik arayışının düşük dopamin düzeyi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Dopaminin DEHB etiyolojisinde oldukça önemli rol oynadığı bilindiğine göre bu grupta yenilik arayışı mizaç özelliğinin öne çıkması beklendik bir durumdur. Aynı zamanda DEHB/hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarının baskın olduğu görünümde dürtüsellik, meraklı olmak, çabuk öfkelenmek, çabuk sıkılmak ve düzenli olamamak gibi davranışların, yenilik arayışı mizaç

özelliğini tanımladığı düşünüldüğünde elde edilen sonuç literatür ile uyumlu bulunmuştur (Güney vd., 2013; Yoo vd., 2006).

Bu çalışmada DEHB grubundaki ergenlerin sebat etme mizaç özellikleri DEHB olmayan gruba oranla düşük bulunmuştur. Sebat etme puanının düşük olması çalışkan olamama, çabuk vazgeçme ve başlanılan işi bitirmekte zorlanma anlamına gelmekle birlikte DEHB belirtileri ile örtüşmektedir. Bu belirtiler DEHB'de yürütücü işlevlerde meydana gelen yapısal bozulmalar ile ilişkilendirilebilir (Biederman vd., 2007). Çalışmada gruplar arasında farklılık gösteren kendini yönetme karakter alt boyutu, amaçlı odaklı, sorumluluk sahibi ve olgunluk gibi özellikler içermektedir (Cloninger, 1991). DEHB olan bireylerin daha az olgun ve sorumluluklarını kabullenmeyen davranışları olduğu düşünüldüğünde, DEHB grubunda kendini yönetme puanının DEHB olmayan gruba oranla düşük olması beklendik bir sonuçtur. Gruplar arası farklılık gösteren bir diğer mizaç alt boyutu ödül bağımlılığıdır. Elde edilen bulgularda DEHB tanılı ergenlerin ödül bağımlılığı mizaç özelliği DEHB olmayan gruba oranla düşük bulunmuştur. Literatürde benzer sonuçların bulunduğu araştırmalar yer almaktadır (Faraone, Kunwar, Adamson ve Biederman, 2009; Tillman vd., 2003). DEHB grubunda ödül bağımlılığı mizaç özelliğinin düşük olması bireyin sosyal açıdan problemler yaşadığını göstermektedir.

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu alt ölçekleri puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan istatiksel analizler sonucunda DEHB tanılı ve DEHB olmayan gruptaki ergenlerin ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumları açısından farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu farklılığa neden olan demokratik tutum ve evlilik çatışması anne baba tutumu alt ölçeklerine bakıldığında, DEHB grubundaki ergenlerin ebeveynlerinde DEHB olmayan gruba oranla evlilik çatışmasının daha fazla, demokratik çocuk yetiştirme tutumunun daha az olduğu gözlenmiştir.

Literatürde DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde evlilik çatışmasının daha fazla olduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Barkley, Fischer, Edelbrock ve Smallish, 1991; Schermerhorn vd., 2002). Webster-Stratton ve Hammond (1990), eşler arasındaki çatışmanın ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmektedir. Evlilik çatışması dolaylı yoldan DEHB semptomlarına katkıda bulunabileceği gibi DEHB tanılı çocuğa sahip olmak da ebeveynlerin stres düzeylerini

arttırarak eşler arasında problemlere neden olabilmektedir (Counts, Nigg, Stawicki, Rappley ve Von Eye, 2005).

Demokratik anne baba tutumunun çocuğun gelişimi ve ebeveyn-çocuk iletişimi açısından en uygun tutum olduğu bilinmektedir (Yalçın ve Türnüklü, 2011). Barkley ve arkadaşları (1991), DEHB tanılı ergenlerin anne baba tutumlarının daha agresif ve çocukları ile olan iletişimlerinin negatif yönde olduğunu vurgulamaktadır. Bu görüşten yola çıkarak DEHB tanısı olmayan gruptaki ebeveynlerin daha olumlu çocuk yetiştirme tutumları sergilemesi beklenmektedir. Nitekim bu çalışmada DEHB tanısı olmayan gruptaki ebeveynler, DEHB grubuna oranla demokratik çocuk yetiştirme tutumunu daha fazla sergileyerek literatür ile uyumlu sonuçlar vermiştir (Alizadeh ve Andries, 2002; Çöp vd., 2016).

4.3. DEHB Tanılı ve DEHB Tanısı Olmayan Grupların Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Diğer Önemli Değişkenler Açısından İncelenmesi

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki akıllı telefon telefon bağımlılığı ve mizaç ilişkisini inceleyen korelasyon analizi sonucunda, her iki grupta da telefon bağımlılığı ile yenilik arayışı mizaç özelliği arasında pozitif yönde, sebat etme mizaç özelliği arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Yenilik arayışı ve sebat etmenin hem DEHB hem de DEHB olmayan gruptaki akıllı telefon bağımlılığı puanları ile korelasyon göstermesi, bu mizaç özelliklerinin akıllı telefon bağımlılığındaki önemine dikkat çekmektedir. Literatürde yüksek yenilik arayışı ve düşük sebat etmenin bağımlılıkla ilişkili bulunduğu çalışmalara rastlanmaktadır (June vd., 2007; Zilberman, Tavares ve El-Guebaly, 2003).

Yenilik arayışı ve sebat etme mizaç özelliklerine ek olarak DEHB olmayan grubun korelasyon analizinde, zarardan kaçınma mizaç özelliği ile akıllı telefon bağımlılığı arasında pozitif yönde, kendini yönetme ve işbirliği karakter özellikleri ile akıllı telefon bağımlılığı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Zarardan kaçınma ve akıllı telefon bağımlılığı ilişkisine bakıldığında, bu mizaç özelliğine sahip bireylerin korkulu, kötümser ve endişeli düşünce içeriklerinden dolayı stres ve kaygıya karşı daha savunmasız oldukları belirtilmektedir (Milivojevic vd., 2012). Dolayısıyla, bu mizaç özelliği belirgin olan

bireylerin olumsuz duygular ile başa çıkabilmek amacıyla bağımlılığa yöneldikleri düşünülmektedir. Ayrıca, zarardan kaçınma mizaç özelliğine sahip bireylerin olumsuz düşünce içeriklerinden dolayı her türlü tehlike olasılığına karşı aşırı dikkatli davranıkları belirtilmektedir (Cloninger, 1987). Dikkat problemlerinin DEHB semptomları arasında yer aldığı düşünüldüğünde, bu mizaç özelliğinin neden DEHB olmayan grubunun korelasyon analizinde ortaya çıkıp DEHB grubunda ortaya çıkmadığı anlaşılabilinir.

DEHB tanısı olmayan grupta kendini yönetme karakter özelliği ve akıllı telefon bağımlılığı ilişkisi incelendiğinde, düşük kendini yönetme özelliğine sahip kişilerin problem çözme becerilerinin yetersiz olduğu ve kendileriyle barışık olmadıkları düşünülmektedir. Bu özelliklerinden dolayı düşük kendini yönetme karakter özelliğine gösteren bireylerin sosyal alanlarda sorunlar yaşadıkları ve bu sorunlarla başa çıkmakta zorlandıklarından dolayı teknoloji bağımlılığına yatkın oldukları belirtilmektedir (Montag, Jurkiewicz ve Reuter, 2010). Akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili bulanan bir diğer karakter özelliği işbirliği yapmadır. İşbirliği yapma karakter özelliğine sahip bireylerin empati düzeyleri yüksek, yardımsever ve hoşgörülü olmalarından dolayı daha iyi sosyal ilişkiler kurabildikleri düşünülmektedir. Bu karakter özelliğinin düşük olması, düşük kendini yönetme karakter özelliği ile benzer şekilde sosyal ilişkilerde problemler yaşamaya neden olmaktadır. Bragazzi ve Del Puente (2014), yetersiz sosyal ilişkiler ve yalnız olmanın akıllı telefon bağımlılığını etkilediğini belirtmektedir.

Akıllı telefon bağımlılığı puanlarının DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki kız ve erkek öğrencilere göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla yapılan varyans analizi sonucunda akıllı telefon bağımlılığının cinsiyet/grup etkileşimine göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Cinsiyet ve grupların akıllı telefon bağımlılığı ile olan ilişkisi tek tek incelendiğinde tartışmanın önceki kısımlarında belirtildiği gibi DEHB tanılı gruptaki ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı ortalamaları DEHB tanısı olmayan gruba oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Cinsiyet açısından incelendiğinde akıllı telefon bağımlılığı puanları kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu durum akıllı telefonların çok yönlü fonksiyonları olması nedeniyle her iki cinsiyete de hitap edebildiği şeklinde yorumlanabilir.

DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki ergenlerin akıllı telefon kullanım amacı ve cinsiyet ilişkisini incelemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; DEHB grubundaki kız öğrencilerin akıllı telefonlarını daha çok eğlence amaçlı kullandıkları

(%10.4), DEHB olmayan gruptaki kız öğrencilerin ise sosyal medya amaçlı kullandıkları (%17.1) görülmektedir. Bulgularda her iki grupta da erkek öğrencilerin telefonlarını çoğunlukla eğlence amaçlı kullandıkları saptanmıştır. Ada, Çiçek ve Kaynakyeşil (2013), kız öğrencilerin sosyal medya kullanımına yönelmesinin nedenleri arasında diğer insanlarla iletişim kurma isteği, bilgi paylaşımı ve sosyal ilişkilerin devam ettirilmesi gibi faktörlerin etkili olduğunu vurgulamaktadır. Choliz (2012) ise akıllı telefonu eğlence amaçlı kullanmanın ergenler arasında bir prestij göstergesi olabileceğini belirtmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, gruplar arasında kız öğrencilerin akıllı telefon kullanma motivasyonlarının farklılaştığı düşünülmektedir. DEHB tanılı gruptaki kız öğrencilerin prestij odaklı, DEHB olmayan gruptaki kız öğrencilerin ise sosyal iletişim ve paylaşım odaklı olmasının DEHB tanılı bireylerin sosyal iletişim kurma ve sürdürme becerilerindeki yetersizliklerinden (Nixon, 2001) kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Toplam puanlara bakıldığında, DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki kız öğrenciler telefonlarını çoğunlukla sosyal medyada gezinme (%11.9), erkek öğrenciler ise eğlence amaçlı kullanmaktadır (%39.2). Bu sonuçla benzer olarak Karaaslan ve Budak (2012) da kızların cep telefonu kullanım amaçlarını bilgi paylaşımı ve iletişim kurma ihtiyacı etkilerken, erkeklerin eğlence amaçlı özelliklerinden dolayı cep telefonu kullanımına motive olduklarını belirtmiştir. Erkeklerin eğlence amaçlı cep telefonu kullanımı dürtüsellik ile açıklanabilir. Turnera ve Piquero (2002), dürtüselliğin önemli bir bileşini olan özdenetim (self-control) becerisinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle erkeklerin keyif verici ve eğlence içerikli aktivitelere daha fazla yöneldikleri ve akıllı telefonlarını da genellikle eğlence amaçlı kullanmayı tercih ettikleri düşünülmektedir. Van Deursen, Bolle, Hegner ve Kommers (2015), sosyal medyada gezinme amaçlı akıllı telefon kullanmanın daha hızlı alışkanlık yaptığını ve akıllı telefon bağımlılığına daha çok yatkınlaştırdığını belirtmektedir. Bu çalışmada sosyal medyada gezinme amaçlı telefon kullanımının kız öğenciler arasında daha yaygın olduğu düşünüldüğünde, kızların akıllı telefon bağımlılığı karşısında erkeklere oranla daha çok risk altında oldukları sonucuna varılmaktadır. Nitekim, bu çalışmada akıllı telefon bağımlılığı puanlarının DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplardaki kız ve erkek öğrencilere göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmasa da her iki grupta da kızların akıllı telefon bağımlılığı puanlarının erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmüştür.

4.4. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizine İlişkin Sonuçların Tartışılması

Bu araştırmada DEHB tanılı ve DEHB tanısı olmayan gruplarındaki akıllı telefon bağımlılığının incelenmesi amacıyla akıllı telefon bağımlılığı yordayıcılarının neler olduğuna bakılmıştır. Araştırmada akıllı telefon bağımlılığı ölçeği bağımlı değişken, mizaç ve anne baba tutumları bağımsız değişken olarak ele alınmış. Demografik özellikler kontrol edilerek her iki grupta ayrı ayrı yordayıcı değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Birinci analiz incelendiğinde dikkat eksikliği hiperakitivite bozukluğu tanılı ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı düzeylerini yordayıcı değişken olarak yenilik arayışı mizaç özelliğinin pozitif yönde öne çıktığı görülmüştür. DEHB etiyolojisinde rol oynayan DRD4 geninin DEHB'deki yüksek dürtüselliğe bağlı olabileceği düşünülen yenilik arayışı mizaç özelliği ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Ebstein vd., 1994). Ayrıca, bağımlılıkla ilgili yapılan araştırmalar yenilik arayışı ve DEHB ilişkisinde rol oynadığı düşünülen nörotransmitter sistemlerinin bağımlılıkta da öne çıktığını belirtmiştir (Comings vd., 1999). Dolayısıyla bu çalışmada DEHB tanılı ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı puanlar üzerinde yenilik arayışı mizaç özelliğinin alanyazın ile tutarlı bulunmaktadır.

DEHB tanılı grupta akıllı telefon bağımlılığını yordayan diğer değişken ise aşırı koruyucu anne baba tutumudur. Regresyon analizi sonucuna göre aşırı koruyucu ebeveynlik tutumunun düşük olması akıllı telefon bağımlılığını arttırmaktadır. Chen, Chen ve Gau (2015), aşırı koruyucu ebeveynlerin kontrolcü özelliklerinden dolayı çocuklarının teknoloji kullanımlarına limitler ve sınırlamalar koyarak bağımlılık riskini azalttıklarını belirtmektedir. DEHB grubunda aşırı koruyucu ebeveynlik ve akıllı telefon bağımlılığı ilişkisinin negatif yönde olması bu gruptaki ebeveynlerin çocuklarına daha fazla sınırlar ve limitler koymaları gerektiğini düşündürtmektedir. Essig (2012), teknoloji bağımlılığı ile ilgili çalışmasında bu görüşle paralel bir şekilde teknoloji bağımlılığı tedavisi sürecinde ebeveynlik becerilerinin bu yönde geliştirilmesi gerektiğini önermektedir.

İkinci regresyon analizi incelendiğinde, DEHB tanısı olmayan gruptaki ergenlerin akıllı telefon bağımlılıklarının yüksek yenilik arayışı ve düşük sebat etme mizaç özellikleri tarafından yordandığı görülmektedir. Regresyona ilk olarak giren yenilik arayışı mizaç özelliği, literatürde bağımlılıkla en çok ilişkili bulunan özellikler arasında yer almaktadır.

(Milivojevic vd., 2012; Wills, Vaccaro ve McNamara, 1994; Wills, Windle ve Cleary, 1998). Ayrıca, bu özelliğin hem DEHB tanılı grup ve hem de DEHB tanısı olmayan grupta yordayıcı değişken olarak öne çıkması, grubun özelliğinden bağımsız bir şekilde akıllı telefon bağımlılığında güçlü bir mizaç özelliği olabileceğini ortaya koymaktadır. Yenilik arayışı her ne kadar DEHB tanılı ergenlerde belirgin bir mizaç özelliği olsa da ergenliğin doğası ile de yakından ilişkilidir. Bu dönemde kimlik arayışı ve beynin yapısal ve nörokimyasal değişimi ile birlikte yeniliklere atılma, risk alma ve keşfetme özellikleri sıkça görülebilmektedir (Yavuzer, 2005).

DEHB tanısı olmayan grupta akıllı telefon bağımlılığını yordayıcı diğer değişken sebat etme mizaç özelliğidir. Bu bulgu literatürdeki çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (Akvardar vd., 2005; Ha vd., 2007). Sebat etme mizaç özelliği belirgin olan bireylerin hırslı, mükemmeliyetçi ve başarı odaklı oldukları düşünüldüğünde karşılaştıkları zorluklar ve engellemeler karşısında daha güçlü durmaları beklenmektedir (Cloninger, 1987). Öte yandan düşük sebat etme gösteren kişilerin zorluklar karşısında çabuk vazgeçme eğiliminde oldukları ve engellemeleri tolere edebilme düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Bu özellikler, düşük sebat etme mizaç özelliğine sahip bireyleri bağımlılığa daha yatkın hale getirmektedir. Son olarak, DEHB tanısı olmayan grupta akıllı telefon bağımlılığını yordayıcı değişken olarak ebeveynlik tutumu alt ölçeklerinden hiçbirinin analize girmeği görülmüştür. Başka bir deyişle, bu çalışmada psikiyatrik tanısı bulunmayan ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı düzeylerinde anne baba tutumlarının etkisinin görülmediği bulunmuştur.

BÖLÜM 5

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada DEHB tanısı olan 11-14 yaş arası ergenler, akıllı telefon bağımlılığı, mizaç özellikleri ve ebeveyn tutumları açısından, DEHB tanısı olmayan grupla karşılaştırmalı olarak incelenmiş ve gruplar arasındaki farklar ortaya konmuştur. Ülkemizde ve Dünya'da DEHB tanısının yaygınlığı ve akıllı telefon bağımlılığı oranındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalar son derecede sınırlı görülmüştür. Bu araştırmanın DEHB olan ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı ve gelecekte risk faktörlerine yönelik çeşitli önlemler geliştirilmesinde faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada oluşturulan araştırma soruları ve elde edilen bulgular neticesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1) Akıllı telefon bağımlılığı açısından DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenler arasında farklılık bulunmaktadır.

2) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin yenilik arayışı mizaç alt boyutu arasında farklılık bulunmaktadır.

3) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin zarardan kaçınma mizaç alt boyutu arasında farklılık bulunmamaktadır.

4) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin ödül bağımlılığı mizaç alt boyutu arasında farklılık bulunmaktadır.

5) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin sebat etme mizaç alt boyutu arasında farklılık bulunmaktadır.

6) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin kendini yönetme mizaç alt boyutu arasında farklılık bulunmaktadır.

7) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin işbirliği yapma mizaç alt boyutu arasında farklılık bulunmamaktadır.

8) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin ebeveynlerinin demokratik tutum ve evlilik çatışması anne baba tutumları arasında farklılık bulunmaktadır.

9) DEHB tanısı olan 11-14 yaş arası ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı cinsiyet açısından farklılık göstermemektedir.

10) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenler akıllı telefon kullanım amacı ve cinsiyet açısından farklılık göstermektedir.

11) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenler ebeveynlerinde psikiyatrik tanı bulunma açısından farklılık göstermektedir.

12) DEHB tanısı olan ve olmayan 11-14 yaş arası ergenlerin ailelerinde psikiyatrik tanı bulunma açısından farklılık göstermektedir.

13) DEHB tanılı grupta yenilik arayışı mizaç özelliği akıllı telefon bağımlılığını yordamaktadır.

14) DEHB tanılı grupta ödül bağımlılığı mizaç özelliği akıllı telefon bağımlılığını yordamamaktadır.

15) DEHB tanılı grupta evlilik çatışması anne baba tutumu akıllı telefon bağımlılığını yordamamaktadır.

16) DEHB tanısı olmayan grupta yenilik arayışı mizaç özelliği akıllı telefon bağımlılığını yordamaktadır.

17) DEHB tanısı olmayan grupta sebat etme mizaç özelliği akıllı telefon bağımlılığını yordamaktadır.

18) DEHB tanısı olmayan grupta aşırı koruyucu anne baba tutumu akıllı telefon bağımlılığını yordamamaktadır.

Araştırmanın sınırlılıklarına bakılınacak olursa, ilk göze çarpan durum DEHB tanılı örneklemdeki ergenlerin hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerinin baskın olduğu görünümden oluşmasıdır. Bu konu ile ilgili ileride yapılacak olan çalışmalara DEHB'nin yalnızca dikkat eksikliği ya da yalnızca hiperkaktivite/dürtüsellik şeklinde kendini gösteren boyutlarının dahil edilmesi önerilmektedir. Böylece, araştırmada yer alan değişkenlerin DEHB'de baskın olan görünüm özellikleri açısından farklılık gösterip göstermediği saptanabilir. DEHB tanılı örneklem ile ilgili bir diğer sınırlılık ise DEHB şiddetinin ölçülmemiş olması ya da tedavi sürecinin hangi aşamasında olunduğunun belirtilmemesidir. DEHB tanısı olmayan gruptaki ergenlerin psikiyatrik tanı almamış olmasına özen gösterilmiştir. Psikiyatrik tanı alıp almama durumu her ne kadar Kişisel Bilgi Formu ve okulun rehberlik birimi ile işbirliği kurularak belirlenmiş olsa da kontrol grubunun psikiyatrik bir muayeneden geçmiş olmaması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

Araştırmada klinik popülasyon kullanılması, kontrol grubunun dahil edilmesi ve kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliliklerinin ispatlanmış olması araştırmanın güçlü yönleri arasındadır. Ayrıca DEHB tanısı alan ve almayan grupların yaş, gelir ve cinsiyet açısından eşit tutulması da araştırmanın güçlü bir yönüdür.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; DEHB tanılı grupta akıllı telefon bağımlılığı puanlarının DEHB olmayan gruba oranla anlamlı derecede yüksek bulunması, uzmanların DEHB tanılı ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı riskine karşı daha dikkatli davranmasını gerektirmektedir. Akıllı telefonu yordayıcı değişkenler arasında yer alan mizaç ve ebeveyn tutumları konu ile ilgili risklerin bilinmesi ve önlem alınması açısından önemlidir. Ayrıca bu yordayıcı değişkenlerden DEHB ve akıllı telefon bağımlılığı tedavisi sürecinde de yararlanılabileceği düşünülmektedir. Zoccali ve arkadaşları (2007) sebat etme mizaç özelliğine sahip bireylerin, bağımlılığın tedavi sürecinde daha fazla istikrar gösterdikleri ve tedaviyi tamamlama oranlarının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Araştırmamızda da DEHB tanısı olmayan grupta benzer şekilde akıllı telefon bağımlılığı ve düşük sebat etme mizaç özelliğinin ilişkili bulunması bu gibi mizaç özelliklerinin belirlenmesi ve tedavi sürecinde göz önünde bulundurulması açısından önemlidir. Ayrıca, yapılan analizlerde DEHB tanısı olan ve DEHB tanısı olmayan grupların ebeveyn tutumları açısından farklılaştığı görülmektedir. Elde edilen sonuca istinaden DEHB

tedavisinde yer alan ebeveyn eğitim programlarına ağırlık verilmesi gerektiği önerilmektedir.

Uluslararası literatürde bu araştırmadaki değişkenlerle ilgili yapılan çalışma sayısının az olduğu düşünüldüğünde DEHB ve akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili değişkenlerin belirlenmesi ve konu ile ilgili gelecekte oluşabilecek problemlere yönelik önlem alma açısından çalışmanın literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Acar, E. (2012). *Bağırıp çağırmadan çocuk eğitimi.* Yediveren Yayınları.

Ada, S., Çiçek, B. ve Kaynakyeşil, G. (2013). Çevrimiçi sosyal ağ sitesi kullanımını etkileyen motive edici faktörler üzerine bir araştırma. *In Academic Informatics Conference, Antalya.*

Akın, A., Altundağ, Y., Turan, M. E. ve Akın, U. (2014). The validity and reliability of the Turkish version of the smart phone addiction scale-short form for adolescent. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 152,* 74-77. doi:10.1016/j.sbspro.2014.09.157

Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M. ve Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: *A critical review. Archives of general psychiatry, 40(7),* 801-810. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790060099013

Akvardar, Y., Arkar, P. H., Akdede, B. B., Gül, S., Sarı, P. Ö. ve Tunca, Z. (2005). Alkol Kullanim Bozukluklarinda Kişilik Özellikleri. *Journal of Dependence, 6,* 53-59.

Alberts-Corush, J., Firestone, P. ve Goodman, J. T. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*(3), 413-423.

Alizadeh, H. ve Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child ve family behavior therapy, 24*(3), 37-52.

Al-Khlaiwi, T. ve Meo, S. A. (2004). Association of mobile phone radiation with fatigue, headache, dizziness, tension and sleep disturbance in Saudi population. *Saudi medical journal, 25*, 732-736.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-III.* Washington DC.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Rev*. Washington.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Ed.* Washington.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Text Revision ed.)*. Washington DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı* (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Anckarsater, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S. B., Niklasson, L., Nyden, A., Wentz, E., Westergren, S., Cloninger, C.R., Gillberg, C. ve Rastam, M. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry, 163*(7), 1239-1244.

Baker, L. R. ve Oswald, D. L. (2010). Shyness and online social networking services. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*(7), 873-889. doi:10.1177/0265407510375261

Bandura, A. (Ed.). (1974). *Psychological modeling: Conflicting theories*. Transaction Publishers.

Banerjee, T. D., Middleton, F. ve Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica, 96*(9), 1269-1274.

Bannon, R. S. (2011). Inductive parenting. In *Encyclopedia of child behavior and development* (pp. 807-807). Springer, Boston, MA.

Barber, B. K. (2002). Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents. *American Psychological Association*.

Barkley, R. A. (Ed.). (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder: *A handbook for diagnosis and treatment.* Guilford Publications.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, *121*(1), 65.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. ve Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother–child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*(2), 233-255.

Baumrind, D. (1971). Harmonious parents and their preschool children. *Developmental psychology*, *4*(1), 99-102.

Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth ve Society*, *9*(3), 239-267.

Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. *Family transitions*, *2*(1), 1.

Bian, M. ve Leung, L. (2015). Linking loneliness, shyness, smartphone addiction symptoms, and patterns of smartphone use to social capital. *Social Science Computer Review*, *33*(1), 61-79.

Bianchi, A. ve Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology ve Behavior*, *8*(1), 39-51.

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, *57*(11), 1215-1220.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M. S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M. B. ve Tsuang, M. T. (1992). 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. *Archives of general psychiatry*, *49*(9), 728-738.

Biederman, J., Fitzgerald, M., Spencer, T. J., Bhide, P. G., McCarthy, D. M., Woodworth, K. Y., Saunders, A. ve Faraone, S. V. (2017). Is paternal smoking at conception a risk for ADHD? A controlled study in youth with and without ADHD. *Journal of attention disorders.* doi:10.1177/1087054717690809

Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, S., Warburton, R. ve Reed, E. (1995). Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of general psychiatry, 52*(6), 464-470.

Biederman, J., Newcorn, J. ve Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry, 148*(5), 564-577.

Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Doyle, A. E., Spencer, T., Seidman, L. J., Gross, L., Poetzl, K. ve Faraone, S. V. (2007). Stability of executive function deficits into young adult years: A prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(2), 129-136.

Bornstein, M. H. (2002). *Handbook of parenting: Vol. 2: Biology and Ecology of Parenting*. Psychology Press.

Bozaslan, H. (2018). Sınıf Öğretmeni Adaylarının Anne Baba Tutumlarının Epistemolojik İnanç ve Alternatif Bilişsel Özellikler Açısından İncelenmesi (Harran Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma). *Journal of European Education, 2*(1).

Bozkurt, Ö. H., Dirik, E. ve Üneri, Ö. Ş. (2017). Prevalence of ADHD in Northern Cyprus. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 18*(5), 478.

Börekçi, B. (2017). *Okul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, davranışsal, sosyal problemler, aile işlevselliği ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul:Işık Üniversitesi.

Bragazzi, N. L. ve Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-5. *Psychology research and behavior management, 7*, 155.

Brown, R. T. ve Pacini, J. N. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities, 22*(9), 581-587.

Buss, A. H. ve Plomin, R. (1984). Theory and measurement of EAS. *Temperament: Early developing personality traits*, 98-130.

Calkins, S. D. (2005). Temperament and its impact on child development: Comments on Rothbart, Kagan, Eisenberg, and Schermerhorn and Bates.

Cantwell, D. P. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry, 27*(3), 414-417.

Chao, R., Tseng, V. ve Bornstein, M. H. (2002). *Handbook of parenting: Vol. 4: Social conditions and applied parenting.* Psychology Press.

Chassiakos, Y. L. R. Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. A. ve Cross, C. (2016). Children and adolescents and digital media. *Pediatrics, 138*(5), e20162593.

Chen, Y. L., Chen, S. H. ve Gau, S. S. F. (2015). ADHD and autistic traits, family function, parenting style, and social adjustment for Internet addiction among children and adolescents in Taiwan: A longitudinal study. *Research in Developmental Disabilities, 39,* 20-31.

Choliz, M. (2012). Mobile-phone addiction in adolescence: the test of mobile phone dependence (TMD). *Progress in Health Sciences, 2*(1), 33-44.

Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: *A proposal. Archives of general psychiatry, 44*(6), 573-588.

Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology, 4*(2), 266-273.

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R. ve Svrakic, D. M. (1991). The tridimensional personality questionnaire: US normative data. *Psychological reports, 69*(3), 1047-1057.

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. ve Przybeck, T. R. (1998). A psychobiological model of temperament and character. *The development of psychiatry and its complexity*, 1-16.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. ve Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence - I. Age and gender specific prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry, 34*(6), 851-867.

Comings, D. E., Gonzalez, N., Wu, S., Gade, R., Muhleman, D., Saucier, G., Johnson, P., Verde, R., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., Miller, W. B. ve

MacMurray, J. P. (1999). Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *American journal of medical genetics, 88*(4), 358-368.

Connor, D. F., Steeber, J. ve McBurnett, K. (2010). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of Developmental ve Behavioral Pediatrics, 31*(5), 427-440.

Counts, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappley, M. D. ve Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry, 44*(7), 690-698.

Çakır, B. (2017). *DEHB tanısı almış çocukların aile resmi çizimlerinin algılanan ebeveyn tutumları ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Işık Üniversitesi.

Çetin, F. H., Pamuk, M. ve Donmuş, V. (2015). Ergenlerde problemli cep telefonu kullanımı ile akademik erteleme arasındaki ilişkide internet bağımlılığının aracılık rolünün incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 22*(1), 60-61.

Chang, L. R., Chiu, Y. N., Wu, Y. Y. ve Gau, S. S. F. (2013). Father's parenting and father–child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive psychiatry, 54*(2), 128-140.

Çıkılı Uytun, M. (2015). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu olan erkek çocuk ve ergenlerde nöropsikolojik test ve dinlenme hali fonksiyonek manyetik rezonans görüntüleme (rs-fMRG) profili* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi.

Çöp, E., Çengel Kültür, E. ve Şenses Dinç, G. (2016). Anababalık Tutumları ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi, 27*. doi: 10.5080/u11227

Darling, N. ve Steinberg, L., (1993). Parenting style as context: An integrative model. *American Psychological Association.*

Demirci, K., Akgönül, M. ve Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of behavioral addictions, 4*(2), 85-92. doi: 10.1556/2006.4.2015.010

Demirci, E. Ö., Öztop, D. B. ve Melikgazi, K. (2015, September). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Olan Erkek Çocuk ve Ergenlerde Agresyon, Empati ve 2D: 4D Parmak Oranlarının İlişkisi. In *Yeni Symposium* (Vol. 53, No. 3, p. 2).

Derman, M. T. ve Başal, H. A. (2013). Okulöncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerinin anne-baba tutumları arasındaki ilişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2*(1), 115-144.

Divan, H. A., Kheifets, L., Obel, C. ve Olsen, J. (2008). Prenatal and postnatal exposure to cell phone use and behavioral problems in children. *Epidemiology,* 523-529.

Doğangün, B. ve Yavuz, M. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Pediatri Arşivi, 46*(11). doi:10.4274/tpa.46.27

Downey, K. K., Stelson, F. W., Pomerleau, O. F. ve Giordani, B. (1997). Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. *The Journal of nervous and mental disease, 185*(1), 32-38.

Dulcan, M. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry, 36*(10), 85S-121S.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J. ve Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities, 46*(1), 43-51.

Ebstein, R. P., Novick, O., Umansky, R., Priel, B., Osher, Y., Blaine, D., Bennett, E. S., Nemanov, L., Katz, M. ve Belmaker, R. H. (1996). Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature genetics, 12*(1), 78.

Edelbrock, C., Rende, R., Plomin, R. ve Thompson, L. A. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(5), 775-785.

Eisenberg, D. ve Schneider, H. (2007). Perceptions of academic skills of children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*(4), 390-397. doi:10.1177/1087054706292105

Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C. ve Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of affective disorders, 207,* 251-259.

Elhai, J. D., Levine, J. C., Dvorak, R. D. ve Hall, B. J. (2016). Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior, 63,* 509-516.

Erbil, N., Divan, Z. ve Önder, P. (2006). Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 10*(10).

Ercan, E. S. (2008). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*. Doğan Kitap.

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

Erdoğan, E. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Frontal ve Parietal Bölge Disfonksiyonları. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 5*(3), 145-150.

Ertuğrul, G. ve Toros, F. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerin Algıladıkları Ebeveyn Tutumu Ve Ebeveynlerinin Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki. *New Symposium Journal, 48*(3), 172-183.

Essig, T. (2012). The addiction concept and technology: Diagnosis, metaphor, or something else? A psychodynamic point of view. *Journal of clinical psychology*, *68*(11), 1175-1184.

Eysenck, H. J. ve Eysenck, M. W. (1987). *Personality and individual differences.* New York, NY: Plenum.

Faraone, S. V. ve Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological psychiatry, 44*(10), 951-958.

Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K. ve Tsuang, M. T. (1991). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological Medicine, 21*(1), 109-121.

Faraone, S. V., Kunwar, A., Adamson, J. ve Biederman, J. (2009). Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychological medicine, 39*(4), 685-693. doi:10.1017/S0033291708003917

Faraone, S. V. ve Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics, 33*(1), 159-180.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. ve Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry, 57*(11), 1313-1323.

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

Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K. ve Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of pediatrics ve adolescent medicine, 161*(9), 857-864.

Garcia-Sanchez, C., Estevez-Gonzalez, A., Suarez-Romero, E. ve Junque, C. (1997). Right hemisphere dysfunction in subjects with attention-deficit disorder with and without hyperactivity. Journal of child neurology, 12(2), 107-115.

Gaub, M. ve Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry, 36*(8), 1036-1045.

Graetz, B. W., Sawyer, M. G. ve Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry, 44*(2), 159-168.

Greenfield, D. N. (1999). Psychological characteristics of compulsive Internet use: A preliminary analysis. *Cyberpsychology ve behavior, 2*(5), 403-412.

Gelernter, J., Kranzler, H., Coccaro, E., Siever, L., New, A. ve Mulgrew, C. L. (1997). D4 dopamine-receptor (DRD4) alleles and novelty seeking in substance-dependent, personality-disorder, and control subjects. *The American Journal of Human Genetics, 61*(5), 1144-1152.

Gershon, J. ve Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders, 5*(3), 143-154. doi:10.1177/108705470200500302

Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R.A. ve McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child development,* 505-529.

Goldsmith, H. H. ve Campos, J. J. (1980). The nature and determinants of infant temperament. *In Developmental Psychobiology Research Group Workshop, Estes Park,* CO.

Goswami, V. ve Singh, D. R. (2016). Impact of mobile phone addiction on adolescent's life: A literature review. *Int J Home Sci, 2*(1), 69-74.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. ve Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse, 36*(5), 233-241. doi:10.3109/00952990.2010.491884

Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality, 21*(4), 493-509.

Griffiths, M. (2000). Does Internet and computer addiction exist? Some case study evidence. *CyberPsychology and Behavior, 3*(2), 211-218.

Güler, H., Şahinkayası, Y. ve Şahinkayası, H. (2017). İnternet ve Mobil Teknolojilerin Yaygınlaşması: Fırsatlar ve Sınırlılıklar. *Sosyal Bilimler Dergisi, 7*(14).

Güney, E., Şenses Dinç, G., İşeri, E., Güzel, H. Ş., Yalçın, Ö. ve Şener, Ş. (2013). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergen ve genç erişkinlerin mizaç ve karakter özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14*(4).

Günüç, S. ve Kayri, M. (2010). Türkiye'de internet bağımlılık profili ve internet bağımlılık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik-güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 39*(39).

Hammersley, R. (2010). Dangers of banning spice and the synthetic cannabinoid agonists. *Addiction, 105*(2), 373-373.

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

Han, D. H., Lee, Y. S., Yang, K. C., Kim, E. Y., Lyoo, I. K. ve Renshaw, P. F. (2007). Dopamine genes and reward dependence in adolescents with excessive internet video game play. *Journal of addiction medicine, 1*(3), 133-138.

Harrison, C. ve Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry, 41*(6), 703-711.

Hartung, C. M. ve Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM–IV. *Psychological bulletin, 123*(3), 260.

Hauser, P., Zametkin, A. J., Martinez, P., Vitiello, B., Matochik, J. A., Mixson, J. A. ve Weintraub, B. D. (1993). Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *New England Journal of Medicine, 328*(14), 997-1001.

Hergüner, S. ve Hergüner, A. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi, 49*(2).

Herranz, G. S., Vilchez, M. A. L., Ledo, J. D. ve Sierra, A. M. (2014). Children born to heroin-addicted mothers: what's the outcome 25 years later. *Journal of Addiction Research Therapy, 5*(180), 2.

Hoza, B., Owens, J. S., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., Hinshaw, S.P, Arnold, L. E. ve Kraemer, H. C. (2000). Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology, 28*(6), 569-583.

Huizink, A. C. ve Mulder, E. J. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews, 30*(1), 24-41.

Hyun, G. J., Han, D. H., Lee, Y. S., Kang, K. D., Yoo, S. K., Chung, U. S. ve Renshaw, P. F. (2015). Risk factors associated with online game addiction: a hierarchical model. *Computers in human behavior, 48*, 706-713.

Ingram, P. B (2011). Authoritarian Parenting Style. In *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 175-177). Springer, Boston, MA.

Jacob, C. P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schafer, H., Schmidtke, A., Boning, J. ve Lesch, KP. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 257*(6), 309-317.

Johnston, C. ve Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review, 4*(3), 183-207.

June, K. J., Sohn, S. Y., So, A. Y., Yi, G. M. ve Park, S. H. (2007). A study of factors that influence Internet addiction, smoking, and drinking in high school students. *Journal of Korean Academy of Nursing, 37*(6), 872-882.

Kadesjö, B. ve Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines, 42*(4), 487-492.

Kagan, J. (2018). *Galen's prophecy: Temperament in human nature.* Routledge.

Kagan, J., Reznick, J. S. ve Snidman, N. (1986). Temperamental inhibition in early childhood. *The study of temperament: Changes, continuities and challenges, 53*-67.

Karaaslan, İ. A. ve Budak, L. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Cep Telefonu Özelliklerini Kullanımlarının ve Gündelik İletişimlerine Etkisinin Araştırılması. *Journal of Yasar University, 7*(26).

Kaya, M. (1997). Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *9*(9), 193-204.

Keser, N. (2010). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ve almamış çocukların duygu ayarlama, anne baba tutumları, annenin DEHB belirti ve bilgi düzeyinin incelenmesi.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi.

Keskin, G. ve Çam, O. (2008). Ergenlerin ruhsal durumlari ve anne baba tutumlari ile baglanma stilleri arasindaki iliskinin incelenmesi/Relationship between mental health, parental attitude and attachment style in adolescence. *Anadolu psikiyatri dergisi*, *9*(3), 139.

Kim, J. H. (2018). Psychological issues and problematic use of smartphone: ADHD's moderating role in the associations among loneliness, need for social assurance, need for immediate connection, and problematic use of smartphone. *Computers in Human Behavior*, *80*, 390-398.

Kim, S. ve Zeelim-Hovav, A. (2011). The impact of smart phone usability on group task performance in a university environment: media synchronicity perspective. In *CONF-IRM 2011 Proceedings* (pp. 1-8).

Kim, Y., Jeong, J. E., Cho, H., Jung, D. J., Kwak, M., Rho, M. J., Yu, H., Kim, D.J. ve Choi, I. Y. (2016). Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: Behavioral inhibition and activation systems, impulsivity, and self-control. *PloS one*, *11*(8), e0159788.

Klykylo, W. M. ve Kay, J. (Eds.). (2006). *Clinical child psychiatry.* John Wiley ve Sons.

Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H. ve Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PloS one*, *8*(12), e83558.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C. ve Yen, C. F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS spectrums*, *13*(2), 147-153. doi:10.1017/S1092852900016308

Kose, S., Celikel, F. C., Akin, E., Kaya, C., Cumurcu, B. E., Etikan, I. ve Cloninger, C. R. (2017). Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Junior Temperament and Character Inventory-Revised. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27*(1), 6-13. doi:10.1080/24750573.2017.1295517

Kushlev, K., Proulx, J. ve Dunn, E. W. (2016). Silence your phones: Smartphone notifications increase inattention and hyperactivity symptoms. In *Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1011-1020). ACM. doi:10.1145/2858036.2858359

Küçükturan, G. (2005). Anne Baba Tutum Ölçeği. *Eurasian Journal of Educational Research (EJER),* (19).

Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Belton, M., Doyle, M., Gaffney, P., Lawlor, M. ve Mulligan, A. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy, 27*(1), 76-96.

LeCompte, G., LeCompte, A. ve Özer, S. (1978). Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. *Psikoloji dergisi, 1*(1), 5-9.

Lee, H. C., Hong, M. H., Oh, C. K., Shim, S. H., Jun, Y. J., Lee, S. B., Lee, K. K., Paik, K. C., Baek, H. S. ve Lim, M. H. (2015). Smart-phone addiction, depression/anxiety, and self-esteem with attention-deficit hyperactivity disorder in Korean children. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *26*(3), 159-164.

LeMoyne, T. ve Buchanan, T. (2011). Does “hovering” matter? Helicopter parenting and its effect on well-being. *Sociological Spectrum, 31*(4), 399-418. doi:10.1080/02732173.2011.574038

Levy, F., Hay, D. A., Bennett, K. S. ve Mcstephen, M. (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry, 44*(4), 368-376.

Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., Kotimaa A., Moilanen, I., Thomsen, P. H., Olsen, J. ve Jarvelin, M. R. (2003).

Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1028-1040.

Lin, Y. H., Chiang, C. L., Lin, P. H., Chang, L. R., Ko, C. H., Lee, Y. H. ve Lin, S. H. (2016). Proposed diagnostic criteria for smartphone addiction. *PloS one*, *11*(11), e0163010.

Lopez-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, L., Freixa-Blanxart, M. ve Gibson, W. (2014). Prevalence of problematic mobile phone use in British adolescents. *CyberPsychology, Behavior, and social networking*, *17*(2), 91-98. doi:10.1089/cyber.2012.0260

Luby, J. L., Svrakic, D. M., McCallum, K., Przybeck, T. R. ve Cloninger, C. R. (1999). The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure. *Psychological reports*, *84*(3_suppl), 1127-1138.

Maccoby, E. E. ve Martin, J. A. (1983). Socialization in the contex of the family: Parent-child interaction. *Handbook of Child Psychology 4th Edition. Socialization, personality, and social development*, Vol 4, 1-101.

Mash, E. J. ve Barkley, R. A. (Eds.). (2014). *Child psychopathology*. Guilford Publications.

Mervielde, I. ve De Pauw, S. S. (2012). *Models of child temperament*. Handbook of temperament, 21-40.

Mick, D. G. ve Fournier, S. (1998). Paradoxes of technology: Consumer cognizance, emotions, and coping strategies. *Journal of Consumer research*, *25*(2), 123-143.

Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J. ve Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, *41*(4), 378-385.

Milivojevic, D., Milovanovic, S. D., Jovanovic, M., Svrakic, D. M., Svrakic, N. M., Svrakic, S. M. ve Cloninger, C. R. (2012). Temperament and character modify risk

of drug addiction and influence choice of drugs. *The American journal on addictions, 21*(5), 462-467.

Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B. ve Looper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(4), 637-646. doi:10.1111/1469-7610.00150

Moghaddam, M. F., Assareh, M., Heidaripoor, A., Rad, R. E. ve Pishjoo, M. (2013). The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 15*(4), 45-49.

Montag, C., Jurkiewicz, M. ve Reuter, M. (2010). Low self-directedness is a better predictor for problematic internet use than high neuroticism. *Computers in Human Behavior, 26*(6), 1531-1535. doi:10.1016/j.chb.2010.05.021

Montagni, I., Guichard, E. ve Kurth, T. (2016). Association of screen time with self-perceived attention problems and hyperactivity levels in French students: a cross-sectional study. *BMJ open, 6*(2), e009089.

Morrison, J. R. ve Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry, 28*(6), 888-891.

Mukaddes, N. M. ve Ercan, E. S. (2018). *Nörogelişimsel Bozukluklar*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.

Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*(4), 172-180. doi:10.1111/1475-3588.00342

Nunnally, J.C. ve Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory,* (3rd ed.). New York: McGraw - Hill.

Odenweller, K. G., Booth-Butterfield, M. ve Weber, K. (2014). Investigating helicopter parenting, family environments, and relational outcomes for millennials. *Communication Studies, 65*(4), 407-425. doi:10.1080/10510974.2013.811434

Ohlmeier, M. D., Peters, K., Wildt, B. T. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B. ve Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with

attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol ve Alcoholism, 43*(3), 300-304.

Oksman, V. ve Rautiainen, P. (2003). Extension of the hand: Children's and teenagers' relationship with the mobile phone in Finland. *Mediating the human body: Technology, communication and fashion*, 103-112.

Oksman, V. ve Turtiainen, J. (2004). Mobile communication as a social stage: Meanings of mobile communication in everyday life among teenagers in Finland. *New media ve society, 6*(3), 319-339. doi:10.1177/1461444804042518

Öncü, B. ve Şenol, S. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 5*(2), 111-119.

Özcan, M. E., Eğri, M., Kutlu, N. O., Yakıncı, C., Karabiber, H. ve Genç, M. (1998). Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı: Ön çalışma.

Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T. ve Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4*(4). doi: 10.5455/cap.20120433

Özmen, S. K. (2010). Okulda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6*(2).

Padilla-Walker, L. M. ve Nelson, L. J. (2012). Black hawk down?: Establishing helicopter parenting as a distinct construct from other forms of parental control during emerging adulthood. *Journal of adolescence, 35*(5), 1177-1190.

Park, N., Kim, Y. C., Shon, H. Y. ve Shim, H. (2013). Factors influencing smartphone use and dependency in South Korea. *Computers in Human Behavior, 29*(4), 1763-1770.

Pfeifer, M., Goldsmith, H. H., Davidson, R. J. ve Rickman, M. (2002). Continuity and change in inhibited and uninhibited children. *Child Development, 73*(5), 1474-1485.

Pfiffner, L. J., Barkley, R. A. ve DuPaul, G. J. (2006). Treatment of ADHD in school settings. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3, 547-589.

Resta, S. P. ve Eliot, J. (1994). Written expression in boys with attention deficit disorder. *Perceptual and motor skills, 79*(3), 1131-1138.

Rettew, D. C., Copeland, W., Stanger, C. ve Hudziak, J. J. (2004). Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25*(6), 383.

Roberts, J., Yaya, L. ve Manolis, C. (2014). The invisible addiction: Cell-phone activities and addiction among male and female college students. *Journal of behavioral addictions, 3*(4), 254-265. doi:10.1556/JBA.3.2014.015

Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F. ve Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological reports, 77*(3), 819-830.

Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I. ve Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of school psychology, 47*(3), 167-185. doi:10.1016/j.jsp.2009.02.001

Rothbart, M. K. (1988). Temperament and the development of inhibited approach. *Child Development*, 1241-1250.

Rothbart, M. K. (2004). Temperament and the pursuit of an integrated developmental psychology. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-), 492*-505.

Rothbart, M. ve Bates, J. (2006). Temperament. Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional, and personality development, (pp. 99–166). Hoboken

Rowland, A. S., Lesesne, C. A. ve Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Developmental Disabilities Research Reviews, 8*(3), 162-170.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Kaplan, H. I. (2009). *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Lippincott Williams ve Wilkins.

Sarigiani, P. A (2011). Shy Children. In *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 1356-1360). Springer, Boston, MA.

Schaefer, E. S. ve Bell, R. Q. (1958). Development of a parental attitude research instrument. *Child development*, 339-361.

Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Emery, R. E., Turkheimer, E., Harden, K. P., Heath, A. C. ve Martin, N. G. (2012). Offspring ADHD as a risk factor for parental marital problems: Controls for genetic and environmental confounds. Twin Research and Human Genetics, 15(6), 700-713.

Scholtens, S., Rydell, A. M. ve Yang-Wallentin, F. (2013). ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation: A longitudinal study. *Scandinavian journal of psychology, 54*(3), 205-212.

Seo, M., Kim, J. H. ve David, P. (2015). Always connected or always distracted? ADHD symptoms and social assurance explain problematic use of mobile phone and multicommunicating. *Journal of Computer-Mediated Communication, 20*(6), 667-681. doi:10.1111/jcc4.12140

Silver, L. B. (2008). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A clinical guide to diagnosis and treatment for health and mental health professionals*. American Psychiatric Pub.

Skounti, M., Philalithis, A. ve Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics, 166*(2), 117-123.

Smalley, S. L. (1997). Genetic influences in childhood-onset psychiatric disorders: autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *The American Journal of Human Genetics, 60*(6), 1276-1282.

Souza, I., Pinheiro, M. A., Denardin, D., Mattos, P. ve Rohde, L. A. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil. *European child ve adolescent psychiatry, 13*(4), 243-248.

Söderqvist, F., Carlberg, M. ve Hardell, L. (2008). Use of wireless telephones and self-reported health symptoms: a population-based study among Swedish adolescents aged 15–19 years. *Environmental Health, 7*(1), 18. doi:10.1186/1476-069X-7-18

Spencer, T. J., Biederman, J. ve Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of pediatric psychology, 32(*6), 631-642.

Spencer, T., Biederman, J. ve Wilens, T. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America, 46*(5), 915-927.

Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. ve Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry, 39*(11), 1432-1437. doi:10.1097/00004583-200011000-00018

Statista (2014). Number of smartphone users worldwide from 2014 to 2020 (in billions). Erişim Tarihi: 18.01.2019, https://www.statista.com/statistics/330695/number-of-smartphone-users-worldwide.

Still, G. F. (1902). The Goulstonian Lectures. *Some abnormal psychical conditions in children,* 1008-1012.

Sümer, N., Gündoğdu Aktürk, E. ve Helvacı, E. (2010). Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye'de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları, 13*(25), 42-59.

Szatmari, P., Offord, D. R. ve Boyle, M. H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*(2), 205-217.

Şar, A. H. ve Işıklar, A. (2012). Adaptation of problem mobile phone use scale to Turkish. *Journal of Human Sciences, 9*(2), 264-275.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics, 6th edn Boston. *Ma: Pearson*

Taylor, E. ve Sonuga-Barke, E. (2008). Disorders of attention and activity. *Rutter's child and adolescent psychiatry,* 521-542. doi:10.1002/9781444300895

Thomas, A. ve Chess, S. (1977). *Temperament and development.* NewYork: Brunner/Mazel.

Thomas, A. ve Chess, S. (1986). The New York longitudinal study: From infancy to early adult life. *The study of temperament: Changes, continuities, and challenges*, 39-52.

Thomas, A. ve Chess, S. (1991). Temperament in adolescence and its functional significance. *Encyclopedia of adolescence, 2*.

Thomas, A., Chess, S. ve Birch, H. G. (1970). The origin of personality. *Scientific American, 223(2),* 102-109.

Thomée, S., Eklöf, M., Gustafsson, E., Nilsson, R. ve Hagberg, M. (2007). Prevalence of perceived stress, symptoms of depression and sleep disturbances in relation to information and communication technology (ICT) use among young adults–an explorative prospective study. *Computers in Human Behavior, 23*(3), 1300-1321.

Thomee, S., Härenstam, A. ve Hagberg, M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults-a prospective cohort study. *BMC public health, 11*(1), 66.

Tillman, R., Geller, B., Craney, J. L., Bolhofner, K., Williams, M., Zimerman, B., Frazier, J. ve Beringer, L. (2003). Temperament and character factors in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13* (4). doi:10.1089/104454603322724922

Turner, M. G. ve Piquero, A. R. (2002). The stability of self-control. *Journal of Criminal Justice, 30*(6), 457-471.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). 06-15 Yaş grubu çocuklarda bilişim teknolojileri kullanımı ve medya. Erişim Tarihi: 17.01.2019, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15866.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Türkiye İstatistik Kurumu hane halkı bilişim teknolojileri kullanımı araştırması. Erişim Tarihi: 17.01.2019, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779.

Ungar, M. (2009). Overprotective parenting: Helping parents provide children the right amount of risk and responsibility. *The American Journal of Family Therapy, 37*(3), 258-271.

Van Deursen, A. J., Bolle, C. L., Hegner, S. M. ve Kommers, P. A. (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior: The role of smartphone usage types,

emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender. *Computers in human behavior*, *45*, 411-420.

Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Konstenius, M. ve Schoevers, R. A. (2015). ADHD and Addiction. *In Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders* (pp. 179-191). Springer, Berlin, Heidelberg.

Wagner, R. S. (2014). Smartphones, video display terminals, and dry eye disease in children. *Journal of pediatric ophthalmology and strabismus, 51*(2), 76-76.

Wang, M., Deng, X. ve Du, X. (2018). Harsh parenting and academic achievement in Chinese adolescents: Potential mediating roles of effortful control and classroom engagement. *Journal of school psychology*, 67, 16-30.

Webster-Stratton, C. ve Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy, 21*(3), 319-337.

Wicks-Nelson, R. ve Israel, A. C. (2009). *Abnormal child and adolescent psychology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Wills, T. A., Vaccaro, D. ve McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of substance abuse*, *6*(1), 1-20.

Wills, T. A., Windle, M. ve Cleary, S. D. (1998). Temperament and novelty seeking in adolescent substance use: convergence of dimensions of temperament with constructs from Cloninger's theory. *Journal of personality and social psychology, 74*(2), 387.

Wilmshurst, L. (2008). *Abnormal child psychology: A developmental perspective*. Routledge.

Wymbs, B. T., Pelham Jr, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Wilson, T. K. ve Greenhouse, J. B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(5), 735.

Yalçın, F. ve Türnüklü, A. (2011). Algılanan ana-baba davranışları ile çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişki. *E-Journal of New World Sciences Academy Education Sciences, 6*(1), 717-735.

Yapça Kaypaklı, G. (2017). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı ve duygusal zeka ile ilişkili özellikler*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi

Yavuzer, H. (1994). *Anne-Baba ve Çocuk.* 7. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2005). *Gençleri Anlamak*. Remzi Kitabevi; 2. Basım. İstanbul.

Yavuzer, H. (2013). *Ana Baba Okulu*, 18. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H., Köknel, Ö., Kulaksızoğlu, A., Ayhan, H., Dodurgalı, A. ve Ekşi, H. (2010*). Çocuk ve ergen eğitiminde: anne baba tutumları.* Timaş.

Yeniacun, Y. (2018*). Genç yetişkinlerde anne-Baba tutumu ve duygu düzenlemenin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkisi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.

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

Yıldız, M. A. (2017). Emotion regulation strategies as predictors of internet addiction and smartphone addiction in adolescents. *Journal of Educational Sciences ve Psychology, 7*(1), 66-78.

Yıldız, S. A. (2004). Ebeveyn tutumları ve saldırganlık. *Polis Bilimleri Dergisi, 6*(3-4), 1331-150.

Yılmaz, A. (2000). *Eşler arasındaki uyum ve çocuğun algıladığı anne-baba tutumu ile çocukların, ergenlerin ve gençlerin akademik başarıları ve benlik algıları arasındaki ilişkiler.* (Yayınlanmamış doktora tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Yoo, H. J., Kim, M., Ha, J. H., Chung, A., Sim, M. E., Kim, S. J. ve Lyoo, I. K. (2006). Biogenetic temperament and character and attention deficit hyperactivity disorder in Korean children. *Psychopathology, 39*(1), 25-31.

Yousefia, S., Far, A. S. ve Abdolahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 1666-1671.

Yörükoğlu, A. (1996). *Gençlik çagi: ruh saglıgı ve ruhsal sorunları.* Özgür Yayın Dağıtım.

Yurdagül, B. (2011). Akıllı telefon nedir, ne işe yarar? Dünya'daki akıllı telefon kullanım oranları ve Türkiye'deki durum. *Android Türkiye, Aralık, 24.*

Zilberman, M. L., Tavares, H. ve El-Guebaly, N. (2003). Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders. *BMC psychiatry*, *3*(1), 1.

Zoccali, R., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Bilardi, F., De Stefano, C., Felletti, E., Isgro, S., Micalizzi, V., Mico, U., Romero, A. ve Meduri, M. (2007). Temperament and character dimensions in opiate addicts: Comparing subjects who completed inpatient treatment in therapeutic communities vs. incompleters. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *33*(5), 707-715.

EKLER

EK-A

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Psikolog Simge Koçyiğit tarafından yürütülen "DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI DÜZEYLERİ, MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE ANNE BABA TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırma kapsamında, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri, mizaç özellikleri ve anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi planlanmaktadır. Tez çalışması amacıyla yapılan araştırma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı Yüksek Lisans programı kapsamında Yrd. Doç. Dr. Halime Şenay Güzel danışmanlığında yürütülmektedir. Bu araştırmada yer almanız durumunda, öngörülen süre 20 dakikadır.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Çocuk için;

☐ Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ebeveyn için;

☐ Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Yardımcı olduğunuz ve içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Sorularınız için iletişim adresi:

E-Mail: simgekocyigit@gmail.com

EK-B

Kişisel Bilgi Formu

(Ergenler İçin)

Bu bölümde sizi ve ailenizi daha iyi tanımaya yönelik sorular bulunmaktadır. Lütfen kendinize en yakın bulduğunuz yanıtı işaretleyiniz.

1. Cinsiyetiniz : ( ) Kız ( ) Erkek

2. Yaşınız: ( ) 11 ( ) 12 ( ) 13 ( )14

3. Ailenizin ortalama aylık geliri: ( )1000 TL ve altı ( )1001-3000 TL
( )3001-5000 TL ( )5001-7000 TL
( )7001-10000 TL ( )10001 TL ve üzeri

4. Anne ve babanızın evlilik durumu:

( ) Beraberler ( ) Boşandılar ( ) Ayrı yaşıyorlar

5. Kardeşiniz var mı?

( ) Hayır

( ) Evet (Evet ise kaç kardeşiniz var? …….)

5. Anne baba ve kardeş/kardeşlerinizden başka sizinle sürekli yaşayan birileri var mı? (Örn: Babaanne, anneanne, dede, hala, amca, üvey kardeş, vb.)

( ) Evet ( ) Hayır

6. Annenizin eğitim durumu:

( ) Okur- Yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul

( ) Lise mezunu ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ve üzeri

7. Babanızın eğitim durumu:

( ) Okur- Yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul

( ) Lise mezunu ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ve üzeri

8. Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı?

( ) Hayır

( ) Evet

(Varsa hastalığın adını ve yakınlık derecenizi yazınız:……)

9. Akıllı telefonunuzu en çok hangi amaçla kullanıyorsunuz?

( ) Konuşma

( ) Mesajlaşma

( ) İnternette sörf

( ) Sosyal medya

( ) Eğlence amaçlı (fotoğraf ve video çekme, müzik dinleme, oyun vb.)

EK-C

Kişisel Bilgi Formu
(Ebeveynler İçin)

Bu bölümde sizi daha iyi tanımaya yönelik sorular bulunmaktadır. Lütfen kendinize en yakın bulduğunuz yanıtı işaretleyiniz.

Formu Dolduran Ebeveyn:

( ) Anne ( ) Baba

Yaşınız:……

Daha Önce Psikiyatrik Bir Tedavi Aldınız Mı?

( ) Hayır

( ) Evet

(Evet ise ne olduğunu belirtiniz:,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,)

Formu Size Getiren Çocuğunuzun Psikiyatrik Rahatsızlığı Var Mı?

( ) Hayır

( ) Evet

(Evet ise ne olduğunu belirtiniz:,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,)

EK-D

Ergenler için Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

	Değerli katılımcı. Aşağıda akıllı telefon kullanımlarınızla ilgili bir takım ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerden sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Akıllı telefon kullandığımdan dolayı planladığım işleri yapamıyorum	1	2	3	4	5
2	Akıllı telefon kullandığımdan dolayı, sınıfta ödev yaparken veya çalışırken dikkatimi toplamakta zorlanıyorum	1	2	3	4	5
3	Akıllı telefon kullanırken bileğimde veya ensemde ağrılar hissediyorum	1	2	3	4	5
4	Akıllı telefonumun olmamasına dayanamam	1	2	3	4	5
5	Akıllı telefonum elimde olmayınca sabırsız ve huzursuz olduğumu hissediyorum	1	2	3	4	5
6	Kullanmadığım zaman bile akıllı telefonum aklımdan çıkmıyor	1	2	3	4	5
7	Günlük hayatımı çok fazla etkilese bile akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçmeyeceğim	1	2	3	4	5
8	Sosyal medya üzerindeki paylaşımları kaçırmamak için akıllı telefonumu düzenli olarak kontrol ediyorum	1	2	3	4	5
9	Akıllı telefon kullanırken belirlediğim süre kısıtlamasına uymakta zorlanıyorum	1	2	3	4	5
10	Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu gereğinden fazla kullandığımı söylüyorlar	1	2	3	4	5

EK-E

Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri (Örnek Maddeler)

Başlamaya Hazırız. Öncelikle aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

	Erkek	Kız			
Erkek çocuğu mu yoksa kız çocuğu musunuz?	○	○			
	3.	4.	5.	6.	7.
Kaçıncı sınıfa gidiyorsunuz?	○	○	○	○	○

Karnenizi aldığınızda, çoğu kez notlarınız nasıldır? (Aşağıdaki yanıtlardan en yakın olanını seçiniz):

Pekiyi	İyi	Orta	Geçer	Başarısız
○	○	○	○	○

Başlayınız!

		Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
1.	Her zaman elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.	○	○	○	○	○
2.	Mecbur olduğumdan fazla çalışmak istemem.	○	○	○	○	○
3.	Okuldan döndüğümde, dışarıya çıkıp oynamak yerine dinlenmeyi tercih ederim.	○	○	○	○	○
4.	Öğretmenlerim bana haksızlık yaparlar.	○	○	○	○	○
5.	Olayları benim gibi görmeyen insanlardan rahatsızlık duyarım.	○	○	○	○	○
6.	Bazen düşünüp hareket edeceğime düşünmeden hareket ederim.	○	○	○	○	○
7.	Bir şey uydurduğumda diğer çocukları buna inandırırım.	○	○	○	○	○
8.	Riskli, tehlikeli işler yapmayı severim.	○	○	○	○	○
9.	Kendim için çok para harcamaktan hoşlanırım.	○	○	○	○	○
10.	Kendimle ilgili sırlarımı arkadaşlarımdan gizlemem.	○	○	○	○	○
11.	Diğer çocuklarla oynamaktansa kendi kendime oynamayı tercih ederim.	○	○	○	○	○
12.	Bir iş ne kadar kolaysa o işi yapmaktan o kadar çok hoşlanırım.	○	○	○	○	○
		Yanlış	**Çoğu kez yanlış**	**Kararsızım!**	**Çoğu kez doğru**	**Doğru**
13.	Kalabalık içinde olmaktan hoşlanırım.	○	○	○	○	○
14.	Arkadaşlarımdan daha güzel giysilerim olsun isterim.	○	○	○	○	○
15.	Bir şeyde başarısız olursam, diğerlerinin bana yardım etmeyişi yüzünden olurum.	○	○	○	○	○
16.	Karnemdeki notlarımı fazla dert etmem.	○	○	○	○	○
17.	İstediğim şeyleri beklemekten nefret ederim.	○	○	○	○	○
18.	Bir şeyleri yaparken, önceki yöntemler sonuç verse bile yeni yöntemler denerim.	○	○	○	○	○
19.	Hemen harcamaktansa para biriktirmekten hoşlanırım.	○	○	○	○	○
20.	Gelecek için fazla ümit beslemem, karamsarım.	○	○	○	○	○

2

EK-F

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (Örnek maddeler)

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği" ile sizlerin çocuk yetiştirme tutumlarınız hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır. Ölçekte bulunan "Çok Uygun Buluyorum", "Oldukça Uygun Buluyorum", "Biraz Uygun Buluyorum", "Hiç Uygun Bulmuyorum" seçeneklerinden size uygun gelen birini işaretlemeniz yeterlidir. Bu ifadelerde doğru veya yanlış ifade yoktur.

Araştırma için bütün ifadelerin işaretlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle bazı ifadeler benzer dahi olsa boş bırakmamanızı rica ederiz.

	Çok Uygun Buluyorum	Oldukça Uygun Buluyorum	Biraz Uygun Buluyorum	Hiç Uygun Bulmuyorum
1.Çocuk yorucu ve zor işlerden korunmalıdır.				
2.Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.				
3.Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.				
4.Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.				

EK-G

Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 14588481-605.99-E.8264496
Konu : Araştırma İzni

25.04.2018

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİNE
(Sosyal Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2017/25 nolu Genelgesi.
b) 02/03/2018 Tarihli ve 13983731 sayılı yazınız.

Enstitünüz, Klinik Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Simge KOÇYİĞİT'in **"DEHB Olan Ergenlerin Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyleri Mizaç Özellikleri ve Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** konulu tez çalışması kapsamında uygulama talebi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve uygulamanın yapılacağı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bilgi verilmiştir.

Görüşme formunun (9 sayfa) araştırmacı tarafından uygulama yapılacak sayıda çoğaltılması ve çalışmanın bitiminde bir örneğinin (cd ortamında) Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme (1) Şubesine gönderilmesini rica ederim.

Vefa BARDAKCI
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı İle Aynıdır.
25/04/2018

Konya yolu Başkent Öğretmen Evi arkası Beşevler ANKARA
e-posta: istatistik06@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için
Tel: (0 312) 221 02 17/135-134

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 8e6c-47ce-3c7d-bfb3-1f70 kodu ile teyit edilebilir.

EK-H

Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni





T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60247264-044
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sosyal Bilimler Enstitüsü)

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü 1. sınıf öğrencisi Simge Koçyiğit'in **"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerin Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyleri, Mizaç Özellikleri ve Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi "** konulu bilimsel çalışmasını **Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Seyhan Devlet Hastanesi'**nde yapmak istemeleri ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile **uygun bulunmuş** olup,.konu ile ilgili Valilik Makam Olur'u ekte sunulmuştur.

Arz ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Bilimsel Araştırmalar Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı

Yeni Baraj Mah. Hacı Ömer Sab. Cad. Eski Numune Hastanesi
Faks No:0322322833 0
e-Posta:hayriye.guvel@saglik.gov.tr İnt.Adresi: adana.dh11@saglik.gov.tr

Bilgi için:Hayriye GÜVEL
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0322 321 57 52' den 1049

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 5307116e-9207-45ee-9ec9-68dbc6ec587b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-I

AYBÜ Proje Onay Belgesi

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji bölümü öğrencilerinden Simge KOÇYİĞİT'in, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerin Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyleri, Mizaç Özellikleri ve Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☒

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2017/140
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	25.12.2017
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	17.01.2018/25
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	Üye	

12