

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DEPREM SONRASI DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ
İLE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞININ İLİŞKİSİ

Dr. Ahmet KUNDURACI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM 2023

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Bu çalışma, jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan:
..... Üniversitesi

Üye :
..... Üniversitesi

Üye :
..... Üniversitesi

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Mesut SEZİKLİ
Dekan

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan, sorunlarımızı hızlıca çözüme kavuşturan, bize hoşgörüyü yaklaşan, kendisinden çok şey öğrendiğim anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK, uzmanlık eğitimim boyunca bizden desteklerini esirgemeyen, yol gösterici değerli hocalarım Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK' a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Rotasyonlarımız sırasında bilgi ve becerilerini bizimle paylaşan tüm değerli hocalarıma şükranlarımı sunarım. Tüm asistanlık sürecimde vaktini, bilgisini ve tecrübesini benimle paylaşan uzmanlığını tamamlamış kıymetli arkadaşlarıma ve eğitimine devam eden değerli asistan arkadaşlarıma sevgilerimi sunar ve teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sevgisini ve fedakârlığını esirgemeyen, tecrübeleriyle daima yanımda olan, bu günlere gelmemde üzerimde ödenemeyecek emeği bulunan annem Emine KUNDURACI, babam Abdullah KUNDURACI ve ağabeyim Mustafa KUNDURACI'ya en içten sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince iyi günde ve kötü günde daima yanımda olan, yardımını ve fedakârlığını esirgemeyen sevgili eşim Esra KUNDURACI'ya teşekkür ederim. Hayatımıza neşe katan biricik kızım ERVA'ya sevgilerimi sunarım.

Dr. Ahmet KUNDURACI

Çorum-2023

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT.....	vi
V. KISALTMALAR	viii
VI. TABLOLAR LİSTESİ	IX
VII. ŞEKİLLER LİSTESİ	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etiyopatogenez	5
2.1.4. Klinik Özellikler	11
2.1.5. Tanı Ölçütleri.....	12
2.1.6. Ayırıcı Tanı	15
2.1.7. Tedavi.....	16
2.1.8. Prognoz	17
2.2. Sosyal Medya	18
2.2.1. Tanım	18
2.2.2. Sosyal Medya Uygulamaları	18
2.2.3. Sosyal Medya Kullanım Amaçları.....	19
2.2.4. Sosyal Medya Etkileri	19
2.2.5. Sosyal Medya ve Bağımlılık	21
2.2.6. Sosyal Medya Bağımlılığına Yaklaşımlar	23
2.3. Dürtüsellik	26
2.3.1. Dürtüsellüğün Nedenleri.....	26
2.3.2. Dürtüsellüğün Boyutları	28
2.4. Deprem ve Ruh Sağlığı.....	29

2.5. Doğal Afetler ile Sosyal Medya İlişkisi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırma Örnekleme	32
3.2. İşlem.....	33
3.3. Verilerin Toplanması.....	33
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	33
3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1).....	33
3.3.3. Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF)	34
3.4. İstatistiksel Analiz.....	35
4. BULGULAR	36
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	36
4.2. Katılımcıların Sosyal-Medya Kullanım Bulguları.....	38
4.3. Katılımcıların Deprem Sonrası Durum İle İlişkili Değişkenleri	39
4.4. Katılımcıların Ölçeklere Ait Bulguları	40
4.5. Demografik Özellikler ile Ölçekler Arasındaki İlişki.....	45
4.6. Sosyal Medya Kullanımı ile Ölçekler Arasındaki İlişki.....	47
4.7. Deprem Sonrası ile İlişkili Değişkenler ile Ölçekler Arasındaki İlişki	49
4.8. ASRS ve SMBÖ-YF Ölçekleri Arasındaki İlişki	51
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER	76
Ek-1 Sosyodemografik Veri Formu	76
Ek-2 Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1).....	78
Ek-3 Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) Ölçeği	79

III. ÖZET

Amaç: Sosyal medya bağımlılığı, kişinin sürekli olarak sosyal medya platformlarını kullanma ihtiyacını yaratmasına ve kullanma süresinin artmasına neden olmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri olan kişiler; huzursuzluklarını, gergin düşünce ve davranışlarını dengelemek ve sakinleştirmek amacıyla madde veya davranışlara bağımlı hale gelebilirler. Bu nedenle, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin, sosyal medya bağımlılık düzeylerini artırabilecek bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışma, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve sosyal medya bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

Çalışmamız deprem felaketinin sonrasında yapılacağı için, çalışmamızın ikinci amacı dikkat eksikliği ve sosyal medya kullanımının depremdeki kayıplar ve/veya travmatik yaşantılarla ilişkisini gözden geçirmektir.

Gereç ve yöntem: Laçın Aile Sağlığı Merkezinde kesitsel araştırma olarak yürütülen çalışmaya 18-60 yaş arası, okur-yazar, gönüllü 214 kişi katılmıştır. Çalışmayı sürdüremeyecek kadar ileri seviye bilişsel kaybı, mental ya da fiziksel kısıtlılığı olanlar dışlanmıştır. Katılımcılar Aile Sağlığı Merkezinde özel olarak hazırlanmış bir ortamda; sosyodemografik veri formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu ölçeklerini doldurdu.

Bulgular: Katılımcıların %45,8'ini kadınlar, %54,2'sini erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların ortalama yaşı $39,5 \pm 11,5$ yıl olup, yaşları 18-60 aralığındadır. %65,4'ü evli olup eğitim düzeylerinin dağılımında üniversite mezunu olanlar daha yüksek saptandı ve %45,8 oranındadırlar. Meslek dağılımları açısından serbest meslek en sık grup iken (%37,9), bunu memur grubu (%25,2) ve ev hanımları grubu (%15,4) izledi. Deprem nedeniyle bir yakının kaybeden katılımcılarda sanal iletişim puanı ve ortanca toplam puanı daha düşük saptandı ($p=0,031$). Tüm katılımcılarda, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu ölçeklerinin toplam puanları ve alt ölçeklerinin puanları arasında pozitif korelasyon saptandı.

Sonuçlar: Çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri ve sosyal medya bağımlılığı ilişkili bulunmuştur. Deprem felaketinin etkileri göz önüne alınarak yapılan bu çalışma, gerek koruyucu sağlık hizmetleri gerekse tedavi edici hizmetlerde etkin stratejilerin geliştirilmesinde ve toplumun daha sağlıklı yaşam srmesinde yol gsterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: Deprem, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Sosyal Medya Bağımlılığı



IV. ABSTRACT

Aim: Social media addiction leads individuals to develop a constant need to use social media platforms, resulting in increased usage duration. Individuals with symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder might become dependent on substances or behaviors to balance and calm their restlessness, agitated thoughts, and behaviors. Therefore, this study aims to investigate the relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms and Social Media Addiction levels.

Additionally, given that our study will be conducted in the aftermath of an earthquake disaster, the second objective is to review the connection between attention deficit and social media usage in relation to losses and/or traumatic experiences from the earthquake.

Material and Method: The cross-sectional research conducted at Laçın Family Health Center involved 214 voluntary participants aged 18 to 60 who were literate. Those with advanced cognitive impairments, mental or physical limitations preventing them from continuing the study were excluded. Participants completed the sociodemographic data form, Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale, and Social Media Addiction Scale-Adult Form in a specially prepared setting at the Family Health Center.

Results: The participants comprised 45.8% females and 54.2% males. The average age of participants was 39.5 ± 11.5 years, ranging from 18 to 60. 65.4% were married, and participants with higher education levels, particularly university graduates, were found to be 45.8%. In terms of occupation distribution, self-employed individuals constituted the largest group (37.9%), followed by civil servants (25.2%), and housewives (15.4%). Participants who had lost a family member due to the earthquake had lower virtual communication scores and median total scores ($p=0.031$). In all participants, positive correlations were observed between the total scores and sub-scores of the Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale and Social Media Addiction Scale-Adult Form.

Conclusions: The study establishes an association between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Social Media Addiction. Given the effects

of earthquake disasters, this study will serve as a guide in developing effective strategies for both preventive and therapeutic healthcare services, contributing to a healthier community lifestyle.

Keywords: Earthquake, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Social Media Addiction



V. KISALTMALAR

DEHB	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
ASRS	Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WMHS	Dünya Sağlık Örgütü Dünya ruh sağlığı araştırmaları
DMN	Varsayılan mod ağı
EEG	Elektroensefalogram
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
ICD-10	Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması 10. Revizyon
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu
MDB	Majör depresif bozukluk
SMBÖ-YF	Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu
SS	Standart sapma
HDP	Ortanca Hiperaktivite / dürtüsellik puanı
DEP	Ortanca Dikkat eksikliği puanı
TP	Ortanca Toplam puan
STP	Ortanca Sanal tolerans puanı
SİP	Ortanca Sanal iletişim puanı

VI. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	37
Tablo 2. Katılımcıların psikiyatrik hastalık ve ilaç kullanım öykülerine ait dağılımlar	38
Tablo 3. Katılımcıların sosyal medya kullanım bulguları	39
Tablo 4. Katılımcıların depresyon sonrası ile ilişkili değişkenlerinin dağılımı	40
Tablo 5. Katılımcıların ASRS ölçeğine ait bulguları	40
Tablo 6. Katılımcıların ASRS ölçeği puanları	42
Tablo 7. Katılımcıların SMBÖ-YF ölçeğine ait bulguları	43
Tablo 8. Katılımcıların SMBÖ-YF ölçeği puanları	45
Tablo 9. Demografik özellikler ile ASRS puanları arasındaki ilişki	45
Tablo 10. Demografik özellikler ile SMBÖ-YF puanları arasındaki ilişki	46
Tablo 11. Sosyal medya kullanım zamanı ile ASRS puanları arasındaki ilişki	47
Tablo 12. Sosyal medya kullanım amaçları ve ASRS puanları arasındaki ilişki	48
Tablo 13. Sosyal medya kullanım amaçları ile SMBÖ-YF puanları arasındaki ilişki	48
Tablo 14. Depresyon sonrası ile ilişkili değişkenler ile ASRS puanları arasındaki ilişki	49
Tablo 15. Depresyon sonrası ile ilişkili değişkenler ile SMBÖ-YF puanları arasındaki ilişki	50
Tablo 16. ASRS ve SMBÖ-YF ölçekleri arasındaki ilişki	51

VII. ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1. Katılımcıların demografik özellikleri..... 36
Şekil 2. Katılımcıların sosyal medya kullanım amacı..... 39



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), gelişimsel olarak uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve artmış dürtüsellliği içeren klinik olarak heterojen bir nörodavranışsal bozukluktur (1). DEHB genellikle çocukluktan erişkinliğe kadar olan dönemde belirgin semptomlar ve işlev bozuklukları ile karakterizedir ve duygudurum bozuklukları, meydan okuma, antisosyal kişilik bozukluğu, kendine zarar verme, madde kötüye kullanımı gibi toplum ve aileye önemli bir yük getiren çok çeşitli komorbid psikiyatrik bozuklukla ilişkilidir (2). Tanı ölçütlerindeki ve sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıklar nedeniyle herhangi bir popülasyonda DEHB yaygınlığını belirlemek zordur. Küresel olarak, çocukların ve ergenlerin yaklaşık %5'inin DEHB'den etkilendiği tahmin edilmektedir (3). Son zamanlarda, yetişkinlerde DEHB'in tanısı ve tedavisine yönelik araştırmalara olan ilgi artmış ve yetişkinlerdeki prevalans %2,5-5,0 arasında olduğu ileri sürülmüştür (4, 5).

Artan kanıtlar yetişkinlerdeki DEHB'nin bazı yönlerden çocuklardaki DEHB'den farklı olduğunu göstermiştir. Yaş ilerledikçe dikkatsizliğin devam etme eğiliminde olduğu ve hiperaktivite-dürtüsellik belirti kümesinde önemli ölçüde azalma sergiledikleri gözlemlenmiştir (6). Dikkat eksikliği unutkanlık, düzensizlik, başkalarını dinlememe, monoton durumlarda veya yeterli motivasyon yokken dikkatini toplayamama, ilgili uyarıcıları fark edememe ve zamanı etkin yönetememe olarak kendini gösterir. Hiperaktivite, toplantılarda oturamama veya sık sık iş değiştirme olarak ortaya çıkar. Dürtüsellik, sabırsızlık, insanların sözünü kesme, öfkelenmeye hazır olma ve sık iş değiştirme olarak gözlenir (7). DEHB'si olan yetişkinler, duygudurum dengesizliğini düzenlemede veya duygusal tepkileri kontrol etmede güçlük çekerler (8). Yetişkinler için DEHB'in tanısında çocukluk dönemindeki semptomlara, psikiyatrik duruma ve DEHB'e yönelik geniş bir öykü taraması yapılmalıdır (9). Erişkin DEHB için, Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Brown Dikkat Eksikliği Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği, Conners Erişkin DEHB Tanısal Görüşme Formu ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği gibi tanıya yardımcı olabilecek bir takım ölçekler kullanılmaktadır (10).

Sosyal medya bağımlılığı, kişinin sürekli olarak sosyal medya platformlarını kullanma ihtiyacını yaratmasına ve kullanma süresinin artmasına neden olmaktadır. DEHB belirtileri ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda, DEHB'li bireylerin sosyal medya kullanımına daha yatkın olduğunu ve sosyal medyada daha fazla zaman harcadığını göstermektedir (11-13). Bu durum, DEHB'li bireyler huzursuzluklarını, gergin düşünce ve davranışlarını dengelemek ve sakinleştirmek amacıyla madde veya davranışlara bağımlı hale gelmeleri, sıkıcı veya tekrarlayan görevlerden kaçınmaları ve beyinlerindeki dopamin seviyelerini artırmak için sosyal medya gibi uyarıcı aktiviteleri tercih etmeleri gibi nedenlerle ilişkili olabilir (14-17). Sosyal medya kullanımının neden olduğu artmış dürtüsellik, DEHB'li bireylerdeki hiperaktivite belirtilerini artırabilir. Bu nedenle, DEHB belirtilerinin, sosyal medya bağımlılık düzeylerini artırabilecek bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (11, 18).

Aile hekimleri, genç veya yaşlı, kadın veya erkek tüm kişilerin tüm sağlık sorunları ile ilgilenir ve hastalarla ilk temas noktasını oluşturur. Biyopsikososyal bir yaklaşımla koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunarlar. Ayrıca, özgün problem çözme becerisiyle erken dönemde ayrışmamış semptom ve hastalıkları birinci basamakta yönetirler. Bu kapsamda aile hekimleri hem DEHB semptomları konusunda hem de sosyal medya bağımlılığının tespit edilmesinde ve koruyucu önlemlerin alınmasında etkin rolde bulunabilmektedir. DEHB semptomlarının gerek çocukluk çağında gerekse yetişkin dönemde iken saptanmasında ve lüzumu halinde ileri basamaklara sevk edilmesinde birinci basamak olarak aile hekimlerinin önemli görevleri vardır. Bu çalışma, DEHB ve sosyal medya bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. DEHB belirtileri eğer, sosyal medya bağımlılığını artırıyorsa, sosyal medya bağımlılığıyla mücadelede DEHB'ye yönelik yaklaşımlar önem arz edecektir. Bu bağlamda, çalışmamız ile sosyal medya bağımlılığına müdahalede DEHB varlığının ve belirtilerinin göz önünde bulundurulması gerekliliğinin farkındalığını oluşturmayı amaçladık.

Ayrıca, bu çalışma 6 Şubat 2023 depreminin hemen sonrasında yapıldığı için, çok sayıda kişide akut stres sürecinin bir parçası olarak DEHB semptomlarına benzer dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü gibi durumlar söz konusu olabileceği için çalışmamızın ikinci amacı dikkat ve sosyal medya kullanımının depremdeki kayıplar ve/veya travmatik yaşantılarla ilişkisini gözden geçirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu (DEHB), Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı'nın son versiyonu olan 5. baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) göre on iki yaşından önce başlayan ve dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi üç belirti kümesiyle karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (19). DEHB, dikkat süresinin normalden daha kısa olduğu ve dikkatin gerektiği yerlere, gerektiği şekilde ve sürede yönlendirilemediği kalıcı ve sürekli bir durumdur. Bu durum, dürtü kontrolünde eksikliklerle birlikte, ataklık ve huzursuzluk şeklinde davranışlara yol açar. Kurallı bir ortamda uzun süreli bir etkinliğe odaklanma zorluğu, dikkat eksikliği, yerinde duramama, aşırı konuşma ve huzursuzluk gibi hiperaktivite belirtileri gözlemlenebilir (20).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya çapında altı kıtada 35 ülkeden çocuk ve ergenlerden oluşan 100'den fazla çalışmayı içeren üç meta-analizin sonuçları DEHB prevalansının yaklaşık %5 civarında olduğunu göstermiştir (3, 21, 22). Bu çalışmalarda, Avrupa, Okyanusya, Güney Amerika, Asya, Afrika ve Orta Doğu'daki DEHB prevalansının Kuzey Amerika'ya kıyasla farklılık göstermediği ve yaygınlık 1985'ten 2012'ye kadar zaman içinde değişmediği bildirilmiştir. Ancak, ülkeler arasındaki DEHB prevalansındaki

farklılıkların çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklara, tanı ölçütlerine, bilgi kaynaklarına ve tanı faktörleri için işlevsel bozukluğuna bağlı olabileceği gösterilmiştir (3, 21, 22).

19-45 yaş arası erişkinlerde DEHB prevalansını yaklaşık %2.5 olarak tahmin edilmektedir (4). Benzer şekilde 20 ülkedeki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Dünya Ruh Sağlığı Araştırmaları (WMHS), DSM-IV'e dayalı kalıcı yetişkin DEHB prevalansının %2,8 olduğunu ortaya koymuştur (23). DEHB'si olan çocukların klinik örneklerini izleyen boylamsal araştırmalar, semptomlarda genel bir düşüş olduğunu belgelemektedir. Önceki meta-analiz sonuçları, hastaların %15'inin yetişkinlikte tam tanı ölçütlerini sağladığını ve %40-60'ının ise tanı ölçütlerini kısmen karşıladığı tahmin edilmektedir (24). Bu, DEHB'si olan çocukların %40-60'ında bozukluğun yetişkinliğe kadar devam ettiğini göstermektedir (25). Yetişkinlerdeki prevalans, çocuklardaki kalıcılık oranları beklenenden daha yüksektir, bu da yetişkinliği sırasında yeni vakaların ortaya çıkmasına bağlanmaktadır (26).

18 ila 44 yaşları arasındaki ABD yetişkinlerinden oluşan temsili bir örnekleme, erkeklerin %5,4'ü ve kadınların %3,2'si DEHB ölçütlerini karşılamıştır (8). Bazı klinik araştırmalarda yetişkinlerde DEHB'si olan erkeklerin kadınlara oranı 1:1'e yakınken, çocuklarda DEHB'si olan erkeklerin kızlara oranı en az 4:1'dir (25, 27). Dikkat eksikliği bozukluklarının alt tiplerinin, bu bozukluklardan muzdarip bir grup bireyde farklı yaygınlık oranlarına sahip olduğu bulunmuştur. Dikkatsizlik alt tipinin toplam hastaların yaklaşık %18,3'ünde yaygın olduğu, hiperaktif/dürtüsel ve kombine sırasıyla %8,3 ve %70'i temsil ettiği bulunmuştur. Dikkatsiz alt tipin kadın nüfusu arasında daha yaygın olduğu gösterilmiştir. Bozukluklar, farklı araştırmalara göre 2:1 erkek / kadın oranında gözlenmiştir (28). Ülkemizde yapılan çalışmalarda DEHB sıklığı %5-14 arasında bildirilmektedir ve erkek/kız oranı yaklaşık 3:1 oranındadır (29, 30).

DEHB'nin yetişkinlerde ortaya çıkışı çocuklardakinden farklıdır. Bu kısmen hiperaktivite semptomlarında dikkatsizlik semptomlarından daha fazla azalma olması nedenine bağlanmaktadır (25). Ayrıca, yetişkinlikte DEHB ile ilgili semptomlar, çocukluklarından farklı olarak kendini gösterir (31). Çocukluktan yetişkinliğe geçişte, hiperaktivitenin azalan belirtileri huzursuzluk olarak, devam eden dikkatsizlik belirtileri ise görevleri yerine getirmede (örneğin, randevulara uyma, son teslim tarihlerini karşılama veya tek bir göreve odaklanma gibi) güçlük olarak kendini gösterebilir ve hayatın çeşitli yönlerinde önemli işlevleri etkileyebilir (24). Yetişkinlikte DEHB'nin sonuçları, istihdam ve mali zorluklar (örneğin, sık iş değişiklikleri, işsizlik ve

düşük sosyoekonomik durum), kişilerarası sorunlar (örneğin, sosyal uyumsuzluk ve evlilik sorunları) ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları (örneğin, depresyon ve anksiyete) içerir. Sigara içmek de dahil olmak üzere madde bağımlılığı riski de artar (25).

2.1.3. Etiyopatogenez

2.1.3.1. Genetik Etkenler

DEHB'nin kalıtsallığı yüksektir ve çoğu tahmin %70 ile %80 arasında değişmektedir (32). DEHB'nin kalıtım derecesi yaklaşık 0.8 olan güçlü bir genetik bileşeni olduğu gösterilmiştir. Bunun da genetik faktörlerin fenotipik varyansın yaklaşık %65'ini açıklayabileceği ileri sürülmüştür (33). DEHB ile ilişkili tanımlanan genler şunlardır: ST3GAL3, KDM4A, KDM4A-AS1, PTPRF, SLC6A9, ARTN, DPH2, ATP6V0B, B4GALT2, CCDC24, IPO13 Interjenik, SPAG16 Interjenik, PCDH7, LINC02497, LINC00461, MIR9-2, LINC02060, TMEM161B-AS1, FOXP2, MIR3666, LINC01288, SORCS3, DUSP6, POC1B, SEMA6D, LINC01572 (34). Genom çapında ilişkilendirme çalışmalarından elde edilen veriler bu ilişkilendirmelerin bozukluğun kalıtım derecesinin yaklaşık %22'sinden sorumlu olduğunu göstermektedir. Buna karşın, DEHB'de belirli kopya sayısı değişkenlerinin zenginleştiği de gösterilmiştir (33, 35, 36).

Ayrıca, DEHB ile ilişkili saptanan değişkenler şunlardır: dopaminerjik yolak genleri (DRD1-3, DRD5), serotonerjik sistemde yer alan genler (HTR1B, HTR2A-C), adrenerjik sistemde yer alan genler (ADRA2A-C), kolinerjik sistemde yer alan genler (CHRNA4 reseptör genleri), triptofan, tirozin ve diğer nörotransmitterlerin metabolik sürecinde yer alan genler (DBH, COMT, MAOA-B, TPH1-2, TH, DDC) (37). Ayrıca yapılan bir çalışmada 5p13, 6q, 7p, 11q, 12q ve 17p komozomların DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (38).

DEHB'in genetik kökenle ilişkisi aileler arasında ve özellikle kardeşler arasında daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalarla doğrulanmaktadır. DEHB'li bir çocuğun

birinci derece yakınları arasında DEHB sıklığı, genel topluma kıyasla çok daha yüksek olduğu gösterilmiştir (39). Tek yumurta ikizleri (monozygotik ikizler) ve çift yumurta ikizleri (dizyotik ikizler) arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, DEHB'nin ikizler arasında daha fazla eş hastalanma oranına sahip olduğu bulunmuştur. Tek yumurta ikizleri, genetik açıdan tamamen aynı oldukları için DEHB görülme olasılığı daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çift yumurta ikizleri ise genetik olarak farklı olduklarından, DEHB görülme oranları daha düşük olsada halen risk grubunda gösterilmektedirler (34). İsveç ikiz kayıtlarına ait kantitatif analiz çalışmasında, yalnızca erişkin ikizlerde DEHB'nin genetik katkısının %72 olduğunu gösterilmiştir (40). Evlat edinilmiş çocuk ve ergenler üzerinden yapılan bir çalışmada, biyolojik akrabalarda DEHB görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (41). Bu bulgular, DEHB'nin genetik yatkınlığa sahip olduğunu ve aileler arasında geçişinin daha sık olduğunu göstermektedir.

2.1.3.2. Nörokimyasal Etkenler

DEHB'nin patofizyolojisiyle ilişkili olarak, dopamin ve noradrenalin düzeylerindeki dengesizlikler önemli bir rol oynar. Nöroendokrin sekresyonun yanı sıra dopamin, davranış, biliş ve duygulanmayı kontrol eder. Dopamin, prefrontal bölgede baskın bir reseptör olarak çalışır; özellikle D1 reseptörü üzerinden prefrontal korteksin işlevlerini düzenlemede etkilidir. Noradrenalin, prefrontal korteks işlevleri üzerinde etkilerini postsinaptik alfa 2a adrenerjik reseptörler aracılığıyla gösterir. Bu reseptörler, noradrenalin düzeylerini düzenleyerek prefrontal korteks işlevlerinin regülasyonunda rol oynar. Prefrontal korteks, dikkat, çalışma belleği, davranışsal inhibisyon, planlama, uyarılma ve uyanıklık gibi yürütücü işlevleri yerine getirir. Bu nörotransmitterlerin eksikliği veya dengesizliği, prefrontal korteks işlevlerinde sorunlara ve DEHB semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir (42).

Maymunlarda yapılan deneysel bir çalışmada, $\alpha 2$ adrenerjik antagonist uygulaması sonucunda $\alpha 2$ adrenerjik blokajı oluşturulmuş ve motor aktivasyonunda artış gözlenmiştir ve DEHB'i taklit eden semptomlarla sonuçlanmıştır (43). Metilfenidat, amfetamin gibi uyarıcı ilaçlar ise DEHB tedavisinde yaygın olarak

kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar, dopamin ve noradrenalin düzeylerini artırarak beyindeki dengesizlikleri düzeltmeye yardımcı olurlar (44).

2.1.3.3. Nöroanatomik Etkenler

Beyin yapısı ve işlevi ile ilgili olarak, nörogörüntüleme araştırmalarından elde edilen bulgular, DEHB ile ilişkili bilişsel ve motivasyonel profilleri tamamlamaktadır. DEHB'si olan gençler, prefrontal kortekste dahil olmak üzere serebrumun büyük kısmının en yüksek kalınlığına ulaşmada ortalama 2-3 yıllık bir gecikme göstermiştir (45). Varsayılan mod ağı (DMN), dorsal ve ventral dikkat ağları, belirginlik ağları ve frontostriatal ve mezokortikolimbik devreler (veya dopaminerjik mezolimbik sistem) dahil olmak üzere birkaç büyük sinir ağı DEHB ile ilişkilendirilmiştir (2).

DMN, kişinin kendi kendisiyle ilgilendiği durumlarda, geçmiş deneyimleri hatırladığında, mevcut düşünceleri ve duyguları iç gözlemlediğinde ve gelecek planlarını oluşturduğunda aktive olur. Ayrıca, beyin dinlenme durumundayken de aktiftir ve hayal kurma, geleceğe hazırlanma, çağrışımlar arasında ilişki kurma ve bellek kayıtlarını tamamlama gibi işlevleri temelini oluşturduğu varsayılır (46). DEHB'de, potansiyel olarak dikkat kaynaklarının düzenlenmesindeki bozulma nedeniyle, dikkatin dağılmasına yönelik bir eğilimi yansıtabilir (47). Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları, DEHB'li 6-17 yaş arası çocukların DMN'sinde azalmış bağlantı olduğunu ve serebral korteksin gecikmiş olgunlaşmasına işaret eden gecikmiş DMN nöromatürasyonunu düşündüren bir model göstermiştir (45). Benzer araştırmalarda, DMN ile dorsal ve ventral dikkat ağları ve belirginlik ağı arasındaki atipik etkileşimleri vurgulayarak, DMN'nin dikkat ağlarını ve odaklanmış dikkati sürdürme kapasitesine etki edebileceği veya bu kapasiteyi bozabileceği ileri sürülmektedir (2, 48).

DMN ve dikkat ağlarına ek olarak, DEHB'si olan bireyler ayrıca motive edilmiş davranışlar, beklenen sonuçlar ve güçlendirilmiş öğrenme ile ilişkili bir nöral devre olan dopaminerjik mezolimbik sistem içinde anormallikler gösterir (49). Örneğin, sağlıklı kontrollere göre, DEHB'si olan bireyler, ödüllendirici sonuçlar beklerken nükleus akumbens hacimlerinde azalma (mezolimbik sistem içindeki bir anahtar düğüm), mezolimbik sistemin aktivasyonunda azalma ve mezolimbik sistemin beyaz madde yollarında azalmış fraksiyonel anizotropi gösterir (50-53).

2.1.3.4. Nöropsikolojik Etkenler

DEHB’de nöropsikolojik etkenlerin yürütücü işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (54). Yürütücü işlevler, karmaşık eylemleri planlama, yürütme ve izleme süreçlerinde rol oynayan nörobilişsel becerilerdir. Bu işlevler, bir dizi beceriyi içerir ve bireyin düşüncelerini, davranışlarını ve duygusal tepkilerini düzenlemesine yardımcı olur. Yürütücü işlevler, özellikle prefrontal korteks tarafından kontrol edilir ve aşağıdaki becerileri içerir (55):

İnhibisyon: Dürtüleri kontrol etme, istenmeyen davranışları baskılama ve dikkati odaklama becerisi. İnhibisyon, düşünce ve davranışlar arasında seçim yapma sürecinde önemlidir.

Çalışma Belleği: Kısa süreli hafıza olarak da bilinen çalışma belleği, bilgileri geçici olarak depolama ve bu bilgilere erişme becerisidir. Çalışma belleği, bilgiyi sürekli olarak güncelleyebilme ve manipüle edebilme kapasitesini içerir.

Planlama: Hedef belirleme, adım adım planlama ve planı uygulama becerisi. Planlama, hedefe ulaşmak için kaynakları düzenleme, zaman yönetimi ve strateji geliştirme gibi süreçleri içerir.

Sürekli Dikkat: Dikkati sürekli olarak bir görev üzerinde yoğunlaştırabilme ve dikkati dağıtan unsurları baskılama becerisi. Sürekli dikkat, uzun süreli görevlerde odaklanmayı sürdürme ve dikkat düzeyini koruma yeteneğini içerir.

Bu yürütücü işlevler, günlük yaşamda okul, iş, sosyal etkileşimler ve problem çözme gibi birçok alanda önemli bir rol oynar. Ancak, DEHB tanısı kişilerde yürütücü işlev bozuklukları %30 civarındadır (56). Bu nedenle, nöropsikolojik testlere dayalı DEHB tanısının değerlendirilmesi uygun değildir (54).

2.1.3.5. Nörofizyolojik Etkenler

DEHB olan bireylerde elektroensefalogram (EEG) bulgularının incelendiği bir çalışmada tetra dalgalarının arttığı, beta dalgalarının azaldığı ve tetra/beta dalga

oranının arttığı gösterilmiştir. Bu parametreler, gevşeme, uyanıklık, dikkat ve konsantrasyon ile ilişkilendirilen beyin dalgalarıdır (57).

DEHB'li kişilerde sağlıklı kontrol grubuna kıyasla azalmış N2 ve P3 amplitüdü gözlenmiş ve metilfenidatın paryetal P3'ün normalize edilmesine katkı sağladığı bildirilmiştir (58).

2.1.3.6. Çevresel Etkenler

DEHB'de doğum öncesi madde maruziyetlerini, ağır metal ve kimyasal maruziyetleri, beslenme faktörlerini ve yaşam tarzı/psikososyal faktörleri içeri içeren çevresel risk faktörlerinde rol oynadığı gösterilmiştir. Çevresel risk faktörü ve ilişkili mekanizmaları şu şekildedir (59):

Beslenme faktörleri;

- Bakır eksikliği: Bakır, üretimlerinde önemli bir yardımcı faktör olduğundan, dopaminin ve norepinefrinin azalan mevcudiyeti.
- Demir eksikliği: Kortikal lif iletimi, dopamin ve serotonin sistemleri ve miyelin oluşumundaki değişiklikler.
- Omega-3 yağ asidi eksikliği: Azaltılmış nöronal boyut ve dallanma; dopamin, serotonin ve asetilkolin nöronal salınımının bozulması; dopamin reseptörleri ve dopamin, norepinefrin ve Ser taşıyıcıları için değiştirilmiş membran lokalizasyonu ve aktivitesi.
- Çinko eksikliği: dopamin taşıyıcısı yoluyla çinko, rekabetçi olmayan bir substrat (dopamin) translokasyonu inhibitörü olduğundan, dopamin taşıyıcı aktivitesinde artış.
- Kafein kullanımı: Adenosin reseptörlerinin düzenlenmesi; motor davranışta gelişmiş dopamin kaynaklı değişiklikler.
- Doğum öncesi ve sırasındaki faktörler:
- Alkol kullanımı: Nöronlarda azalma; mezolimbik / kortikal alanlarda dopamin sentezini, alım bölgelerini ve reseptör bağlanma bölgelerini azalttı.
- Antidepresan kullanımı: Fetal beyinde dopamin geri alımının engellenmesi, dopamin sisteminde anormalliklere neden olur.

- Antihipertansif kullanımı: Plasental kan akışında değişiklik; nörogelişimi etkileyebilecek gebelik yaşına göre küçük doğum ve neonatal bradikardi riskinde artış.
- Eroin kullanımı: Nöronal hücre bölünmesi/göçünün değişmesi; artan fetal nöron apoptozu; norepinefrin ve opioid sistemlerinin değiştirilmiş işlevi.
- Tütün kullanımı: dopamin, asetilkolin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA γ -aminobütirik asit salınımını etkileyen fetal beyin nikotinik asetilkolin reseptörlerinin aşırı ekspresyonu/duyarsızlaşması.
- Folat eksikliği: Fetal beyinde hücrelerde net azalmaya ve progenitör hücrelerin kaybına yol açan bozulmuş hücresel büyüme ve replikasyon.
- Obezite: Maternal leptin düzensizlikleri, singulat korteks dahil olmak üzere fetal serebral kortekste nöral kök hücrelerin bakımını ve farklılaşmasını etkileyebilir; insülin ve interlökin-6 seviyelerindeki değişiklikler nörogelişimi bozabilir.
- Stres: Değişen hipokampus ve locus coeruleus nöronal aktivasyonu da dahil olmak üzere yavru hipotalamo-hipofiz-adrenal eksen geri bildirimindeki değişiklikler.

Maruziyet:

- Gıda katkı maddelerine maruz kalma: Sodyum benzoat: dopamin nöronlarında tirozin hidroksilazın ve dopamin taşıyıcı ifadesinin aşağı regülasyonu. Gıda boyaları: 7 gıda, ilaç ve kozmetik boyanın hepsinin bir karışımıyla beslenen hayvanların ölüm sonrası doku analizleri, dopamin, norepinefrinin veya serotoninin beyin seviyeleri üzerinde hiçbir etki göstermemesine rağmen, dopamin ve diğer nörotransmitterlerin alımını önleyen nöron zarı disfonksiyonu.
- Kurşun maruziyeti: Sinaps oluşumunun bozulması; dopamin nöron dallanmasının ve uzunluğunun azaltılması dahil olmak üzere beyin dopamin sistemindeki düzensizlikler.
- Manganez maruziyeti: dopamin nöronlarında manganez birikimi; azaltılmış striatal dopamin seviyeleri ile ilişkili maruz kalma.
- Cıvaya maruz kalma: Sinaptik iletimin bozulması; striatum ve hipotalamusta asetilkolin salınımı ve dopamin seviyelerinde azalma.
- Organoklor maruziyeti: Beyin dopamin düzeylerinin ve işlevinin bozulması; dolaşımdaki tiroid hormon düzeylerinde olası azalma.

- Organofosfat maruziyeti: DNA replikasyonunun ve aksonal ve dendritik büyümenin bozulması; dopamin, norepinefrin, serotonin ve asetilkolin sistemlerinin bozulması.
- Ftalat maruziyeti: Tiroid hormon bozuklukları; sinir hücresi proliferasyonunun baskılanması, dopamin sistemlerinin aşağı regülasyonu.
- Polifloroalkil kimyasal maruziyeti: Nöron hücresi farklılaşmasında, beyin proteinleri tau ve sinaptofizinde, tiroid hormonu seviyelerinde ve asetilkolin sisteminde değişiklikler.
- Travmaya maruz kalma: Frontal korteks, beyincik, hipokampus ve amigdalanın değişmiş gelişimi.
- Psikososyal yoksunluk: Kortikal olgunlaşmaya müdahale (özellikle frontal, temporal ve oksipital alanlarda).
- Elektronik ortama maruz kalma: TV ve video oyunlarındaki sık uyaran değişiklikleri, daha az dikkat çekici görevlere odaklanma yeteneğini engelleyebilir.

2.1.4. Klinik Özellikler

DEHB semptomları dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi temel alanlarda ortaya çıkan belirtilerdir. Aşağıda tarif edilen bu semptomlar, çocukluk çağından başlayarak yetişkinlik dönemine kadar sürebilir (60):

Dikkat Eksikliği:

- Dikkati sürdürmede zorluk yaşama
- Detaylara odaklanmakta güçlük çekme
- İşleri organize etme ve planlama konusunda zorlanma
- Kolaylıkla dikkatinin dağılması
- İşleri tamamlamakta güçlük çekme

Hiperaktivite:

- Hareket etmede aşırı aktiflik
- Sürekli olarak yerinde duramama
- Huzursuzluk hissi

- Sessiz etkinliklerde bile aşırı konuşma
- Zor oturma veya sabit durma

Dürtüsellik:

- Davranışları önceden düşünmeden hemen hareket etme
- Sıranın veya beklemenin zorluğunu yaşama
- İnterrüpte etme veya başkalarının sözünü kesme
- Riskli veya tehlikeli aktivitelere meyil gösterme
- Kendini kontrol etmekte güçlük çekme

Yetişkinlerde bu temel belirtiler eksik olabilir ve erteleme, duygudurum dengesizliği ve düşük benlik saygısı gibi başka sorunlar olarak ortaya çıkabilir. Hiperaktivite semptomları daha iyi kontrol edilebildiğinden, muhtemelen doğaları gereği daha dürtüsel veya dikkatsiz olabilirler. Dikkatsizlik veya hiperaktivite semptomları, uygun bir çocukluk öyküsü yapıldığında muhtemelen ortaya çıkacaktır, ancak gözden kaçırılabilir (60).

Fizik muayene, DEHB'nin teşhisinde yararlı olmasa da tiroid sorunları gibi tıbbi nedenleri dışlamak için kullanılabilir. Ayrıca tedavi seçeneklerini yönlendirebilecek herhangi bir tıbbi sorunun belirlenmesine yardımcı olabilir. Örneğin, hipertansiyonu olan bireyler, tedavi seçeneği olarak uyarıcıları tercih etmeyebilir (61).

2.1.5. Tanı Ölçütleri

DEHB tanısını belirlemek veya kesinleştirmek için herhangi bir laboratuvar bulgusu veya tanı testi bulunmamaktadır. Klinik tanı, hastanın semptomlarının gözlenmesi, özgeçmişin ve belirtilerin değerlendirilmesiyle birlikte yapılan kapsamlı bir değerlendirme ile konulmaktadır. Değerlendirme, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından sunulan DSM-5 kılavuzunda belirtilen ölçütlere ve ICD-10 tanı ölçütlerine göre yapılmaktadır. DSM-5'de tanı ölçütleri için bozuklukla ilişkili semptomların ortaya çıkma yaşı 7'den 12'ye yükseltilmiştir. Ayrıca, 17 yaşından küçüklerde tanı ölçütü 6 ölçütlere göre belirlenirken, 17 yaşından büyüklerde 5 ölçüte göre belirlenmektedir (62).

DEHB tanı için DSM-V ölçütleri şu şekildedir (62);

A. Aşağıdakilerden (1) ve / veya (2) ile birlikte: belirli, işlevselliği veya gelişimi bozan süregelen bir dikkatsizlik ve / veya aşırı hareketlilik / dürtüsellik örüntüsü.

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal, okul ya da işle ilişkili etkinlikleri olumsuz etkileyen aşağıdaki en az altı belirti en az altı aydır süregelmektedir.

- a. Çoğu zaman ayrıntılara dikkat etmez veya işte, okulda veya etkinliklerde dikkatsizce yanlışlar yapar.
- b. Çoğu zaman iş yaparken veya oyun oynarken dikkatini toplamakta zorlanır.
- c. Kendisiyle doğrudan konuşurken çoğu zaman dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğunlukla talimatlara uymaz ve okulda verilen görevleri, günlük işleri veya işyeri görevlerini tamamlayamaz.
- e. Çoğu zaman işleri ve etkinlikleri organize etmekte zorlanır.
- f. Çoğu zaman, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır; bunları sevmez ya da yapmak istemez.
- g. İşi ya da etkinlikler için gerekli olan nesnelere genellikle kaybeder.
- h. Dış uyaranlar genellikle dikkatini kolayca dağıtır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri içerebilir).
- i. Günlük etkinlikleri çoğu zaman unuttur.

Not: Belirtiler, karşıtlık, düşmancıl tutum veya verilen görevleri ve yönergeleri anlamamanın bir sonucu değildir. On yedi yaş ve üstü kişilerde en az beş belirti olmalıdır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal, okul ya da işle ilişkili etkinlikleri olumsuz etkileyen aşağıdaki en az altı belirti en az altı aydır süregelmektedir.

- a. Çoğunlukla kıpırdanır, ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
- b. Oturması beklendiğinde genellikle oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu zaman, uygunsuz ortamlarda koşuturur durur ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde huzursuzlukla sınırlı olabilir).

- d. Çoğu zaman sosyal etkinliklere katılamaz ya da oyun oynayamaz.
- e. Çoğunlukla her zaman hareket halinde.
- f. Genel olarak aşırı konuşuyor.
- g. Genel olarak, soru tamamlanmadan yanıtı yapııştır.
- h. Çoğunlukla sırasını beklemez.
- i. Çoğunlukla başkalarının sözünü keser veya yardım eder.

Not: Belirtiler, karşıtlık, düşmanlık tutum veya verilen görevleri ve yönergeleri anlamamanın bir sonucu değildir. On yedi yaş ve üstü kişilerde en az beş belirti olmalıdır.

- B. On iki yaş öncesi birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik / dürtüsellik belirtisi olmuştur.
- C. İki ya da daha fazla ortamda dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik / dürtüsellik belirtileri görülebilir.
- D. Bu belirtilerin toplumsal, okul veya işle ilgili işlevselliği bozduğuna veya işlevselliğin kalitesini düşürdüğüne dair açık kanıtlar vardır.
- E. Bu belirtiler, şizofreni ya da psikozla seyreden başka bir ruhsal bozukluğun ilerlemesi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz.

Belirtiniz:

- Bileşik görünüm: Son altı ay boyunca A1 ve A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.
- Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütünün karşılanmasına rağmen A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.
- Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütünün karşılanmasına rağmen A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

- Tam olmayan yatışma gösteren: Bütün tanı ölçütleri daha önce yerine getirilmiş olsa da, son altı ay içinde bunların sadece bir kısmı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okul ve iş işlevselliğinde azalmaya sebep olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

- Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden biraz daha fazlası vardır ve bu belirtiler toplumsal veya iş işlevselliğini çok az etkilemiştir.
- Orta derecede: Belirtiler ya da işlevselliğin bozulması ağır olmayan ile ağır arasındadır.

- Ağır: Tanı için gerekli belirtilerden çok daha fazlası vardır, özellikle ağır belirtiler vardır ya da belirtiler toplumsal ya da iş işlevselliğini önemli ölçüde bozmuştur.

2.1.6. Ayırıcı Tanı

Erişkin DEHB hastaları konsantrasyon, dikkat ve kısa süreli hafıza ile ilgili zorluklardan şikayet ederler. Erişkin DEHB ile örtüşen semptomlara sahip olabilecek en yaygın psikiyatrik durumlar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, gelişimsel yetersizlikler veya zeka geriliği ve bazı tıbbi durumlar yer alır (63).

Majör depresif bozukluğu olan bireyler dikkatsizlik belirtileri gösterebilir ve kolayca duygudurum bozuklukları sergileyebilirler. Ancak, aynı zamanda en az iki haftalık depresif ruh hali veya çoğu aktivitede ilgi veya zevk kaybı yaşarlar ve yorgunluk, enerji kaybı (hiperaktiviteden ziyade) ve iştah bozukluğundan şikayet ederler (64, 65).

Bipolar bozukluğu olan yetişkinlerde, sevinç dönemleri, şiddetli öfke ve sinirlilik, kendini beğenmişlik, uyku ihtiyacında azalma, yorgun hissetmeme, hiperseksüalite ve değişken kararlılık durumları dahil olmak üzere, belirgin epizodik ruh hali bozuklukları vardır. Sanrılar gibi psikotik semptomları olabilir (66).

Anksiyete bozukluğu olan hastalar, kıpır kıpır ve dikkatsiz davranışlar gibi hiperaktif davranışlar gösterebilir, ancak bu davranışlara, sürekli korku ve endişeler ve anksiyetenin somatik semptomları eşlik eder. Madde kullanım bozukluklarında, semptomlar doğrudan maddelerle zehirlenme ve fizyolojik bağımlılık varsa buna bağlı yoksunluk ile ilişkilidir (67).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar yalan söylemek, aldatmak, çalmak gibi sürekli antisosyal davranışlar sergilemek ve başkalarının haklarını çiğnemek ve onların haklarını ihlal etmek gibi yaygın bir örüntü sergilemeleri ile DEHB'den ayrılırlar. Ayrıca sık sık tutuklanırlar ve daha ciddi yasal sorunları var (63).

Sınırdaki kişilik bozukluğu ve DEHB'nin dürtüsellik, duygusal değişkenlik ve öfke patlamalarını içeren semptomlarında da benzerlikler olsa da, DEHB'de dürtüsellik ve

öfke genellikle düşüncesiz ve kısa sürerken, borderline hastadaki semptomlar daha hedefe yönelik ve sürekli. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalardan farklı olarak, DEHB olan hastalarda yoğun çatışmalı ilişkiler, intiharla meşgul olma, kendini yaralama, kimlik bozuklukları veya terk edilmişlik duygular gözlenmez (68).

Gelişimsel engelleri veya zeka geriliği olan bir yetişkin, DEHB hastalarında görülen bazı belirtilerle başvurabilir, ancak nadiren yetişkinlik döneminde ilk konsültasyona başvurmuş olurlar ve psikolojik testler ile önemli nörobilişsel kusurları ortaya çıkmaktadır (69).

İlk başta yetişkin DEHB'i gibi görünebilen tıbbi durumlar arasında hipertiroidizm, nöbet bozukluğu, kurşun toksisitesi, işitme kusurları, karaciğer hastalığı, uyku apnesi, ilaç etkileşimleri ve kafa travması yer alır. Erişkin DEHB sıklıkla duygusal bozukluklar, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı bozuklukları, öğrenme güçlükleri ve borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik komorbiditelerle kendini gösterir (63).

2.1.7. Tedavi

Farmakolojik tedavi, DEHB'si olan hastalar için tedavinin temel dayanağı olmaya devam etmektedir. Uyarıcılar ve uyarıcı olmayanlar olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Uyarıcılar ayrıca amfetaminler ve metilfenidatlara ayrılır. Her iki uyarıcı türü de presinaptik membranlarda ve postsinaptik membranlarda dopamin geri alımını bloke eder. Amfetaminler ayrıca doğrudan dopamin salgılar. Hastaların yaklaşık %70'inde etkilidirler. Uyarıcıların yan etkileri arasında kan basıncındaki değişiklikler, iştah ve uykuda azalma ve bağımlılık riski yer alır (70).

Nöbet geçiren hastalarda uyarıcı kullanımına ilişkin endişeler mevcuttur. Ancak son araştırmalar, DEHB için uyarıcı kullanımının epilepside güvenli olduğunu göstermiştir (71, 72). DEHB ve Tik bozukluğu olan hastalarda tik sıklığında artış olabilir. Alfa agonistleri eklemek tikleri azaltmaya yardımcı olabilir (73).

Uyarıcı olmayan seçeneğin iki türü vardır: antidepresanlar ve alfa agonistler. Antidepresan kategorisinde, atomoksetin en iyi bilinenidir ve seçici bir norepinefrin geri alım inhibitörü olarak çalışır. Uyarıcılar kadar etkili olmasa da DEHB için bir tedavi

seçeneği olarak birçok denemede etkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca minimal antidepresan etkileri vardır. Genellikle uyarıcıları tolere edemeyen veya kaygısı olan çocuklarda kullanılır. Diğer antidepresanlar arasında dopamin ve serotoninini hedefleyen bupropion ve son seçenek olan trisiklik antidepresanlar bulunur. Bunlar norepinefrini hedefleyerek çalışır (70).

Klonidin ve guanfasin gibi alfa agonistleri, DEHB için etkili bir tedavi olarak kullanılabilir. Bununla birlikte, bunlar kan basıncını düşürme, sedasyon, kilo alımı, baş dönmesi gibi etkilere neden olabilirler. Küçük çocuklarda yetişkinlerden daha etkili oldukları gösterilmiştir (74).

Psikososyal tedavi, bozukluktan muzdarip bireyler için kullanılan diğer tedavi şeklidir. Bu tedavi şekli, aile ve hasta için psiko-eğitim ile kısa ve uzun vadeli hedeflere ulaşmak için hastaya özel tasarlanmış bilişsel-davranışçı eğitim programlarını içerir. Araştırmalar, bu eğitim programlarının farmakoterapi ile birlikte kullanıldığında çok etkili olduğunu kanıtlamıştır. Bununla birlikte, diğer psikiyatrik bozuklukların aksine, tedavisiz ilaç tedavisinin en etkili yöntem olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır (70, 75, 76).

2.1.8. Prognoz

DEHB'nin prognozu, semptomları yaşayan kişinin yaşına bağlı olarak değişkendir. DEHB belirtilerinin ergenlik yıllarına kadar devam ettiği ve yaşamın sosyal ve akademik alanlarını etkileyebildiği görülmektedir. Hastaların önemli bir kısmı ergenlik ya da yetişkinlikte semptomları yaşamaya devam etse de, %50'sinin özellikle tedavi ile DEHB'den "büyüyerek" kurtulduğu ve %25'inin yetişkinlikte tedaviye ihtiyacı olmadığı yönünde bulgular vardır. Bu durum, uyarıcılar zaman içinde ön lobun gelişimini iyileştirmeye yardımcı olması ve yetişkinler genellikle sürekli dikkat gerektirmeyen kariyerleri seçmesi ile ilişkilendirilmektedir (77).

DEHB tedavisinin karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu semptomlarını iyileştirdiği de gösterilmiştir. Madde kullanım riskinin azaldığını göstermiştir. Bununla birlikte, tedavi edilmeyen DEHB, uzun süreli çalışamama, artan

araba kazaları ve artan madde kullanımı dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere kalıcı işlev bozukluğuna ve yıkıcı sonuçlara neden olabilir (78).

2.2. Sosyal Medya

2.2.1. Tanım

Sosyal medya bireylerin içeriğe erişmesi, paylaşması ve içerik üretmesi için internet ve web 2.0 teknolojisine dayalı bir uygulama türü olarak tanımlanmaktadır. Sosyal medyanın terimi bloglar, iş ağları, işbirlikçi projeler, kurumsal sosyal ağlar, forumlar, mikrobloglar, fotoğraf paylaşımı, ürün incelemesi, sosyal paylaşımlar, sosyal oyun gibi çeşitli çevrimiçi platformları tanımlayan geniş bir yelpazeyi kapsar (79). Sosyal paylaşım ağları ise kişilerin oluşturduğu profil üzerinden kişiler arası bağlantı kurma, toplumsal bağların devam ettirilmesinde veya yeni bağların oluşturulmasında ya da ün veya statü arttırma özellikleri sağlayan araçlar olarak tanımlanmaktadır (80).

2.2.2. Sosyal Medya Uygulamaları

Sosyal medya uygulamalarının ilk örnekleri 1995 yılında piyasaya sürülen ve geçmişe yönelik sınıf arkadaşlarının bulunmasını amaçlayan “Classmates.com” internet sitesidir. Bunu takiben 1997 yılında piyasaya çıkan ve kişilerin profil oluşturarak diğer kullanıcılar arasında iletişim kurulmasını sağlayan “SixDegrees.com” internet sitesi izlemiştir. 2000 yıllarda Facebook, Twitter, Myspace, LinkedIn, Hi-5, Friendster ve Netlog gibi sosyal medya uygulamaları piyasaya sürülmüştür. Bunların bazıları günümüzde halen faaliyetlerini sürdürmekle birlikte Youtube, Instagram, Tiktok gibi popüler sosyal medya uygulamalarının çıkması ile birlikte çevrim içi iletişim yelpazesi gittikçe zenginleşmektedir (81).

2.2.3. Sosyal Medya Kullanım Amaçları

İnsanlar doğası gereği sosyal bir türdür ve bu özelliğin evrimsel ve sağlık yararları iyi belgelenmiştir. Sosyal medya platformları içerik paylaşımını ve eğlenceyi kitlelere ulaştırarak arkadaşlık, yakınlık ve bir bağlantı duygusu sağlamak için zaman ve mekân arasında yüzeysel bir köprü kurar. Sosyal medya platformlarına ulaşımının akıllı telefonlar ile birlikte gelişmesi her yaştan bireyin günlük olarak zamanının önemli bir kısmını bu platformlarda geçirmesine neden olmaktadır (82).

Kişilerin sosyal medya platformlarını kullanma amacı arkadaş ortamını genişletme, başkalarının yaşamlarını merak etme, çevrelerinde gerçekleşen olayları merak etme, iletişim eksikliğine bağlı olarak internet ortamında daha rahat davranma nedeniyle kişilerle mesajlaşma, oyun oynama, müzik paylaşımı, sesini duyurma ve bende buradayım mesajı verme, kültürler arası etkileşimi sağlama, bilginin yayılması, iş dünyasında ağlarını genişletilmesi, pazarlama, dijital müdahalelerin yürütülmesi veya bireysel kampanyalar gibi çeşitlilik gösterir (82-84). Psikolojik sıkıntıları nedeniyle yüzyüze ortamda iletişim eksikliği yaşayan bireyler sosyal medya ortamında kendilerini daha rahat bir şekilde ifade edebilirler ve yalnızlık hissinden kurtulmak amacıyla sosyal medya uygulamalarına daha fazla yönelim sergileyebilirler. Diğer yandan kişiler psikolojik tatmin amacıyla sanal kimlikler oluşturabilir ve gerçek karakterlerini saklayarak çevrimiçi ortamda kurdukları arkadaşlık ortamları ile kendilerini tatmin edebilecekleri bir ortam oluşturabilirler (85, 86).

Sosyal medya, güncel haberlere, trendlere ve olaylara hızlı bir şekilde erişim sağlar. Kullanıcılar, haber kaynaklarını takip edebilir, ilgi alanlarına göre içerikleri keşfedebilir ve diğer insanlarla tartışmalara katılabilirler. Sosyal medya platformlarının bilgi yayma konusundaki üstel potansiyeli stratejik bir hedef olarak seçilmektedir. "ALS Ice Bucket Challenge", "Tweet2Quit" ve "#smearforsmear" gibi kampanyalar ile halk sağlığını geliştirme çabalarını yeniden canlandırmak ve hastalıklar hakkında farkındalığı artırmak için kullanılmıştır (82).

2.2.4. Sosyal Medya Etkileri

Bilgiye hızlı erişim sağlayan internet ortamı öğrencilere en son bilgilere erişmek için birçok fırsat sunar. Sosyal medya vatandaş katılımını teşvik edebilir, sağlık sistemlerini optimize edebilir, bilimin yayılması için etkileşimli bir alan olabilir, sağlık politikalarını destekleyebilir ve sağlıklı davranışları teşvik edebilir. Ancak, bilgi edinmedeki muazzam katkılarına rağmen, farklı sosyal medya platformlarından elde edilen araştırma sonuçları, yanlış bilgi yaymak ile halk sağlığı müdahalelerinin kabulü arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir (85).

Sosyal medya ortamında potansiyel olarak yanlış bilgilendirme, çeşitli komplo teorileri, damgalama, şiddet ve dini-kültürel duyguların zarar görme riskini artırabilir. Sosyal medyanın platformlarının uzun süreli kullanımının depresyon, anksiyete ve stresin olumsuz belirti ve semptomları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (87). Bulaşıcı hastalıklarla ilgili resmi halk sağlığı bilgilerini yaymak zordur, çünkü insanlar kişisel etkileşimler veya sosyal medya yoluyla önyargıya ve yanlış anlaşılmaya tabi olan sosyal temaslardan sıklıkla bilgi alırlar. Sosyal medya, halk sağlığı açısından olumlu bir fayda sağlama potansiyeline sahip olsa da, aynı zamanda kalitesiz içeriği artırabilir. Halkın korku ve endişesinin, salgınlar sırasında medyada yer alan sansasyonel haberlerle artabilir ve sosyal medyada paylaşımları olayları şiddetlendirebilir (88).

Sosyal medya, diğerlerinin görmek istediği klişeleri yaratmak ve aynı zamanda diğerleri kadar popüler olmak için çok fazla baskı yaratabilir (89). Kaybetme korkusu (FOMO), diğer insanların sosyal medyada neler yaptığını takip etme motivasyonu ile ilişkili kaygıdır. Siber zorbalık, uyku bölünmesi, stres, depresyon ve sahte prestij, sosyal medyanın günümüz gençliği üzerindeki olumsuz etkilerinden sadece birkaçıdır. Ortaya çıkabilecek diğer zorluklar, istemeden veya kasıtlı olarak insanları gücendirmek ve onların ilişkilerini ve itibarlarını karalamak olabilir. Uyum, güven ve hasta mahremiyeti ile ilgili endişeler nedeniyle sosyal medya, doktor-hasta ilişkileri üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahip olabilir (90). Öğrenciler sosyal medyada eğitim amaçları dışında daha fazla zaman geçirme eğiliminde olduklarından öğrencilerin akademik kariyerlerini etkileyebilir, yerleşik bir yaşam tarzına ve günlük fiziksel aktivite düzeylerinin düşmesine neden olabilir ve bu da onları obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı savunmasız hale getirebilir (91).

Sosyal medya kullanımı gençlerde DEHB semptomlarını artırabileceğine dair artan kanıtlar vardır. Sosyal medya, özellikle DEHB belirtileri olan ergenler için çekici

olabilecek çeşitli özellikler sunar. Akıllı telefonlar aracılığıyla her zaman ve her yerde kullanılabilen sosyal medya uygulamaları kullanıcılara gelen mesajları ve güncellenen içeriği aktif olarak bildirir. Bu nedenle sosyal medya, DEHB belirtileri olan ergenlerin semptomsuz ergenlere göre daha duyarlı olduğu günlük yaşamda çekici dış faktörler olabilir (92). Ayrıca sosyal medya, ergenlerin profiller arasında hızlı bir şekilde gezinmesine ve aynı anda birden fazla sohbete katılmasına izin vererek, acil bilgi ve sosyal ihtiyaçlara hızlı ödüller verilmesini kolaylaştırır. Bu nedenle, DEHB semptomlarının sosyal medya uygulamalarının kullanım yoğunluğunu zaman içinde arttırabilir. Bu, bağımlılık benzeri davranışlarla karakterize edildiğinden, DEHB belirtileri olan ergenler de gelişen sosyal medya ortamındaki sorunlara duyarlılık oluşturabilir (11).

2.2.5. Sosyal Medya ve Bağımlılık

Bağımlılık, bir madde, davranış veya aktiviteye karşı aşırı düzeyde bağımlı olma durumunu ifade eder. Bağımlılık, kişinin bir şeyi sürekli olarak arzulaması, onu kontrol etme yeteneğini kaybetmesi ve onu elde etmek veya yapmak için sürekli olarak güçlü bir içsel dürtü hissetmesiyle karakterizedir. Bağımlılık genellikle olumsuz sonuçlar doğurur ve kişinin işlevselliğini, ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (93).

Sosyal medya bağımlılığı, geniş bir şekilde sosyal medya platformlarında, kullanıcıların kişilerarası ilişkiler, iş veya çalışma performansı ve fiziksel sağlık gibi önemli yaşam alanlarındaki işlevlerini önemli ölçüde bozan zorunlu katılım olarak tanımlanan bir tür davranışsal bağımlılıktır (94). Davranışsal bağımlılığın bileşenler modeline göre, sosyal medya bağımlılığı, altı tür problemleri davranışa ilişkin bir dizi semptom olarak kavramsallaştırılır (95):

1. Kişinin düşüncelerinde ve günlük yaşamında sosyal medya faaliyetlerinin baskınlığını ifade eden belirginlik,
2. Hoşgörü, aynı miktarda haz elde etmek için sosyal medyayı kullanarak artan miktarda zaman geçirme eğilimini ifade eder,

3. Gerçek hayattaki olaylarda yaşanan hoş olmayan duygulardan kaçınmak veya bunları hafifletmek için sosyal medyanın kullanılmasına atıfta bulunan ruh hali değişikliği,
4. Yoksunluk veya kontrol girişimlerinden sonra aşırı sosyal medya kullanımının engellenememesi anlamına gelen nüksetme,
5. Kişinin sosyal medyaya erişemediğinde yaşadığı psikolojik sıkıntıyı ifade eden geri çekilme,
6. Sorunlu sosyal medya kullanımı nedeniyle kişinin işi veya çalışmaları üzerindeki olumsuz etkiyi ifade eden çatışma.

Sosyal medya bağımlılığı olan bireyler, yüz yüze sosyal etkileşimlere göre web tabanlı daha fazla zaman geçirme eğiliminde olduklarından, sosyal becerilerinde ve iletişimlerinde azalma olabilir ve gerçek hayatta insanlarla tanışma korkusunu artırabilir (96). Bu kişiler yüz yüze etkileşimleri bir tehdit kaynağı olarak algılamaya devam ettiklerinden, kaygıları sosyal medya bağımlılığı semptomlarını şiddetlendirebilir (97). Yüz yüze iletişimden korkan insanlar, günlük yaşam durumlarında güvensizlik duygularından kaynaklanabilecek ilişki ihtiyacında bir eksiklik yaşarlar ve bu nedenle sosyal medya, ilişki ihtiyaçlarını tatmin etmek için telafi edici bir araç olarak kullanılabilir (96). Uzun süreli, aşırı sosyal medya kullanımı, yüksek kaygısı olan bireylerde sosyal medya bağımlılığına yol açabilir (98).

1987'den 2011'e kadar yürütülen çalışmaların bir meta-analizinde, geleneksel dijital medya biçimlerinin (örneğin, televizyon izleme ve video oyun konsolu oynama) kullanımının DEHB ve ilgili sonuçlarla mütevazı bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (99). Ancak, dijital medya o zamandan beri hızla gelişmektedir. Modern dijital platformlar çeşitlilik göstermektedir ve mobil cihazlar aracılığıyla sürekli kullanılabilir ve hızlı, yüksek yoğunluklu uyarım sağlanmaktadır. DEHB sürekli olarak, akran ilişkilerini ve yakın arkadaşlıkları yönetme güçlükleri dahil olmak üzere bir dizi sosyal sorunla ilişkilidir (100).

Sosyal medya kendini ifade etme ve akranlarla bağlantı kurma fırsatı sunarken, çevrimiçi dünya zorbalık, mağduriyet, cinsel mesajlaşma ve riskli davranışlar için bir platform olabileceğinden ruh sağlığı için potansiyel olumsuz sonuçları olabilir (15). Önceki çalışmalar, DEHB'yi sosyal medyanın daha sık ve daha sorunlu kullanımıyla ilişkilendirmiştir (16, 101). Problemlili sosyal medya kullanımı, sosyal medya ile sürekli bir meşgulliyet ve kullanmayı bırakamamanın yanı sıra, uyku, aile, arkadaşlar ve okul

gibi çeşitli yaşam alanlarında kişinin sağlığını ve işleyişini ısrarla ihmal etmesi olarak görülmektedir (102).

2.2.6. Sosyal Medya Bağımlılığına Yaklaşımlar

2.2.6.1. Bilişsel Davranışçı Model

Bilişsel davranışçı model, insanların düşünceleri, duyguları, davranışları ve fizyolojik tepkileri arasındaki etkileşimi açıklayan bir psikolojik modeldir. Bu model, bireylerin nasıl bilgileri işlediğini, nasıl inançlar ve yargılar oluşturduklarını ve bu düşüncelerin nasıl duygusal tepkilere ve davranışlara yol açtığını vurgular (103). Bilişsel davranışçı modelin temel bileşenleri şunlardır (103):

- **Düşünceler:** Modelin merkezinde, bireylerin düşünceleri, inançları, yargıları ve içsel konuşmaları yer alır. Bu düşünceler, olayları yorumlama, kendileri hakkındaki inançlarını şekillendirme ve dünya ile etkileşimde bulunma şekillerini belirleme konusunda önemlidir.
- **Duygular:** Düşüncelerin duygusal tepkilere yol açtığına inanılır. Olumlu veya olumsuz düşünceler, duygusal durumları etkileyebilir. Örneğin, olumsuz düşünceler depresif duygusal tepkilere neden olabilirken, olumlu düşünceler mutlu ve olumlu duygusal tepkilere yol açabilir.
- **Davranış:** Düşünceler ve duygular, bireylerin davranışlarını etkiler. Örneğin, bir kişinin bir durumu tehdit olarak algılaması, kaçma veya saldırma tepkisine yol açabilir. Davranışlar da çevresel tepkilere neden olabilir ve bireylerin düşüncelerini ve duygularını şekillendirebilir.
- **Fizyolojik tepkiler:** Düşünceler, duygular ve davranışlar, bireylerin fizyolojik tepkilerini etkileyebilir. Örneğin, stresli bir durumla karşılaşan bir kişi, kalp atış hızının artması, terleme veya kas gerilimi gibi fiziksel tepkiler yaşayabilir.

Bilişsel davranışçı modelin bir parçası olarak, işlevsel olmayan düşüncelerin bireylerin yaşadığı sorunlara katkıda bulunabileceği ve bu düşüncelerin çevresel faktörlerle etkileşim halinde olduğu düşünülür. Sosyal izolasyon veya arkadaş eksikliği

gibi çevresel faktörler, işlevsiz düşüncelerin beslenmesine ve sosyal medya kullanımının kompulsif hale gelmesine neden olabilir. İşlevsiz düşünceler, bireyin kendisiyle ve dünyayla ilgili yanlış, olumsuz veya değersiz düşünceleri içerebilir. Örneğin, bir kişi gerçek hayatta kendisini yetersiz veya değersiz hissedebilirken, sosyal medyada daha başarılı, çekici veya beğenilen biri olduğunu düşünebilir. Sosyal medyadaki pozitif geribildirimler, kişinin gerçek hayatta eksik hissettiği değeri ve önemi kazanma arayışını tatmin etmeye çalışabilir. Dış dünyayla ilgili işlevsiz düşünceler, bireyin yaşadığı bazı olumsuz deneyimleri genelleme eğilimini yansıtabilir. Örneğin, bir kişi birkaç olumsuz sosyal etkileşim yaşadığında, bu deneyimleri tüm insanlarla ilişkilendirerek genel bir inanç geliştirebilir. Bu inanç, sosyal medyada insanlardan kaçınma veya güvensizlik gibi davranışlara yol açabilir (104).

2.2.6.2. Sosyal Beceri Modeli

İnsanların sosyal etkileşimlerdeki becerilerini ve performanslarını açıklayan bir psikolojik modeldir. Bu model, sosyal becerilerin öğrenilebilir olduğunu ve çevresel faktörler, öğrenme deneyimleri ve bireysel özelliklerin sosyal beceri gelişimini etkilediğini vurgular. Sosyal Beceri Modeli'nin temel bileşenleri şunlardır (105-107):

- **Sosyal Beceriler:** Modelin merkezinde, bireylerin sosyal etkileşimlerde kullanabilecekleri beceriler bulunur. Bu beceriler, etkili iletişim, empati, problem çözme, çatışma yönetimi, sosyal uyum sağlama gibi davranışları içerebilir. Sosyal beceriler, başkalarıyla etkileşime geçmek, ilişkileri sürdürmek ve sosyal durumlarda başarılı olmak için gereklidir.
- **Sosyal Öğrenme:** Sosyal becerilerin gelişiminde öğrenme süreci önemlidir. Bireyler, çevresel modelleri taklit ederek, geribildirim alarak ve deneyimlerden öğrenerek sosyal becerileri kazanırlar. Sosyal öğrenme, aile, arkadaşlar, öğretmenler ve diğer sosyal etkileşimler yoluyla gerçekleşebilir.
- **Sosyal Kabul:** Sosyal becerilerin gelişimi, bireylerin sosyal etkileşimlerde kabul görmesiyle de ilişkilidir. Sosyal kabul, olumlu geribildirimler almak, ilişkileri sürdürmek ve toplumun sosyal normlarına uygun davranmakla ilgilidir. Sosyal kabul, bireylerin kendilerini güvende hissetmelerini ve sosyal etkileşimlerde rahat bir şekilde yer almalarını sağlar.

- Bireysel Faktörler: Sosyal beceri gelişimi, bireysel özellikler ve kişilik özellikleriyle de etkilenir. Özgüven, öz-yeterlilik, duygusal zeka ve sosyal kaygı gibi faktörler, sosyal beceri performansını etkileyebilir.

Özellikle sosyal becerilerde eksiklik olan kişiler, sanal iletişimi tercih ederek kendilerini daha rahat hissedebilirler. Sosyal medya, kişilerin algıladıkları benlik sunumunu kontrol etmelerini ve sosyal riskleri azaltmalarını sağlayabilir. Bu durumda, kişilerin sosyal beceri eksikliklerini dengelemek ve benlik sunumlarını güçlendirmek için sanal iletişim araçlarına ihtiyaç duyabilirler. Sanal ortam, kişilerin kendilerini daha iyi hissettikleri, daha başarılı ve beğenilen bir imaj yaratma fırsatı sunduğu için pozitif bir araç görevi görebilir. Bu pozitif geribildirimler, kişilerin sosyal medya kullanımını artırarak bağımlılık yaratıcı bir davranışa dönüşebilir (108).

2.2.6.3. Sosyal-Bilişsel Model

Sosyo-bilişsel model, sosyal davranışları ve etkileşimleri açıklamak için bilişsel süreçlerin ve sosyal faktörlerin birleşimini vurgulayan bir psikolojik modeldir. Bu model, bireylerin davranışlarını, düşüncelerini, duygularını ve sosyal çevreleriyle etkileşimlerini içeren karmaşık bir ilişki ağı olarak ele alır. Sosyo-bilişsel modelin temel bileşenleri şunlardır (109):

- Bilişsel Süreçler: Model, bireylerin düşünce süreçlerine odaklanır. Algılama, değerlendirme, inançlar, motivasyon, hafıza ve problem çözme gibi bilişsel süreçler, sosyal davranışları ve etkileşimleri şekillendirmede önemli bir rol oynar. Bireylerin kendi kendini düzenleme yetenekleri ve içsel motivasyonları, sosyal davranışlarını yönlendirmede etkilidir.
- Sosyal Faktörler: Sosyo-bilişsel model, sosyal etkileşimlerin ve sosyal çevrenin önemini vurgular. Sosyal normlar, rol beklentileri, kültürel değerler, sosyal destek ve sosyal ilişkiler gibi faktörler, bireylerin davranışlarını etkiler. Sosyal etkileşimler, diğer insanlarla ilişkiler, grup etkisi ve sosyal bağlantılar sosyal faktörlerin örnekleridir.
- Karşılıklı Etkileşim: Sosyo-bilişsel model, bilişsel süreçlerin ve sosyal faktörlerin karşılıklı etkileşimini vurgular. Bireylerin bilişsel süreçleri, sosyal

çevreleriyle etkileşime girerek şekillenirken, sosyal faktörler de bireylerin düşünce süreçlerini etkiler. Örneğin, bireylerin algılama ve değerlendirme süreçleri, sosyal normlara ve rol beklentilerine bağlı olarak değişebilir.

Sosyo-bilişsel model, kişilerin sosyal medya kullanımında olumlu sonuçlar beklediklerini ve bu beklentileri karşılamak için sosyal medyaya yönlendiklerini vurgular. Ancak, sosyal medya kullanımının obsesif hale gelmesi ve bağımlılığa dönüşmesi durumunda, kişinin oto-kontrol mekanizmasının zayıf olduğu düşünülebilir. Bu bağlamda, sosyal medya kullanımının bağımlılık semptomları olarak nitelendirilen özelliklerin, kişinin oto-kontrol yeteneğinin düşük olduğunun bir göstergesi olabilir. Öz-yeterlilik eksikliği ve düşük oto-kontrol, kişinin sosyal medyayı kontrol etme ve kullanma konusunda zorluk çekmesine neden olabilir. Bu durumda, sosyal medya kullanımı kontrolden çıkarak obsesif bir davranışa dönüşebilir ve bağımlılık gelişme riski artabilir (110).

2.3. Dürtüsellik

Dürtüsellik, düşünmeden ve planlamadan anlık isteklere veya içgüdülere hemen yanıt verme eğilimidir. Dürtüsellik, karar verme sürecinde düşünce kontrolünün azalması ve ani tepkilerin sergilenmesiyle karakterizedir. Özellikle DEHB, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi durumlarla ilişkilendirilmektedir (111).

Dürtüsellik, impulsif davranışlara (ani ve düşünmeden yapılan davranışlar), planlama yapma ve geleceği düşünme yeteneğinin etkilenmesine, ilişki sorunlarına, agresif davranışlara, bağımlılığa, dışarı ve istikrarsız duygusal tepkiler neden olabilir (112).

2.3.1. Dürtüsellik Nedenleri

Dürtüsellik, birçok faktörün etkileşimi sonucunda ortaya çıkabilen karmaşık bir özelliktir. Davranış teorilerinde dürtü kavramı, ödüllendirilmeyen veya cezalandırılmayan bir davranışın devamı olarak tanımlanır. Bu teorilere göre, bir bireyin belirli bir davranışı sürdürme eğilimi, o davranışın ardından gelen ödül veya ceza ile ilişkilidir. Sosyal öğrenme teorisinde ise bireyin çevresindeki modelleri taklit ettiğini ve bu yolla dürtüsel davranışları öğrenebileceğini vurgulanır. Gözlem yoluyla öğrenme, modelin davranışının sonuçlarına dikkat edilerek gerçekleşir. Eğer modelin dürtüsel bir davranışı ödüllendiriliyorsa, birey de aynı davranışı sergileme eğilimi gösterebilir. Psikodinamik kurama göre dürtüsellik, azalan içsel dürtülere karşı artan benlik gerilimi nedenine bağlı olarak eylem durumunun azaltılma çabasıdır (113, 114). Dürtüsellikte, genetik, beyin kimyası ve nörotransmitterler, öz-denetim yeteneği, stres ve duygusal durumlar, çevresel faktörler ve öğrenilmiş davranışlar gibi faktörler rol oynar.

Genetik Faktörler: Dürtüsellik orta derecede kalıtsal olduğu düşünülmektedir (115). MPQ anketi, EPQ ve TCI'nin revize edilmiş formları kullanan çalışmalarda dürtüsellik ölçümlerinin kalıtsallığı %45-50 arasında bildirilmiştir (116-120). Hayvan modelleri, dürtüsellik kalıtsallığını ölçmek için ideal olabilir. Dürtüsellik, al yanaklı makakta da serotonin metabolizmasındaki kalıtsal varyasyonla ilişkili görünmektedir (121). Benzer patern insanlarda da gözlenmiştir (122). Bir kemirgen genetik çalışmasında Htr2b gen-nakavtının saldırganlık fenotipini indirdiği ve yenilik arayışının artmasına neden olduğu gösterilmiştir (123). Ayrıca *SLC6A4* ve *SLC6A3* genlerin dürtüsellik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (124).

Beyin Kimyası ve Nörotransmitterler: Beyindeki kimyasal dengesizlikler veya nörotransmitter aktivitesindeki değişiklikler dürtüsellik düzeyini etkileyebilir. Dopamin, serotonin ve noradrenerjik nörotransmitter aktivitesindeki anormallikler dürtüsellik ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca dopamini metabolize eden monoamin oksidaz aktivasyon enzimindeki azalma yüksek düzeyde heyecan arama, kumar bağımlılığı gibi dürtü kontrolü ile karakterize edilen bozukluklarla ilişkili olarak bildirilmiştir (125).

Öz-denetim Yeteneği: Öz-denetim yeteneği, dürtüleri kontrol etme ve erteleme becerisiyle ilgilidir. Dürtüsellik ve kendini kontrol, madde kullanımı ve internet bağımlılığı dahil olmak üzere bağımlılık davranışlarının 2 önemli içsel faktörüdür (126). Öz-denetim yeteneği düşük olan kişilerde yüksek düzeyde dürtüsellik, ödül arama davranışları ve riskli davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (127).

Dikkat Eksikliği: Dikkat eksikliği, odaklanma güçlüğü, dikkat dağınıklığı ve düşük sabır düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Bu da dürtüsellik eğilimini artırabilir. DEBH'li yetişkin hastaların kontrollere kıyasla daha yüksek aciliyet, önceden tasarlama eksikliği, azim eksikliği ve heyecan arama durumu sergiledikleri saptanmış ve en yüksek ilişkinin azim eksikliği olduğu bildirilmiştir (128).

Stres ve Duygusal Durumlar: Yüksek stres düzeyleri, duygusal sorunlar veya ruh hali bozuklukları da dürtüsellik düzeyini etkileyebilir. Stres altında veya duygusal olarak dengesiz olan bireyler, daha dürtüsel tepkiler gösterebilir (129). Yapılan bir çalışmada, sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerde daha yüksek dürtüsel özellikler sergilemiş ve stres koşullarında dürtüsellik arttığı gösterilmiştir (130).

Çevresel Faktörler: Çevresel etkenler, dürtüsellik üzerinde etkili olabilir. Çocuklukta yaşanan travmatik olaylar, olumsuz çevresel koşullar, aile, arkadaş ve mahalle ortamı gibi faktörler dürtüsellik düzeyini etkileyebilir. Yüksek dürtüsellik seviyelerine sahip ergenlerde aile sıcaklığı ve suç işleme arasındaki ters ilişki bulunmuştur (131). İnsanlarda doğal ortamlara görsel olarak maruz kalmanın faydalarını araştıran bir çalışmada, dağ gibi doğal ortamlara maruz kalmanın nşa edilmiş ve geometrik sahnelere kıyasla daha düşük dürtüsellik ile ilişkili olduğunu göstermiştir (132). Fakir bir ortamda yetişmek daha düşük öz-denetim yeteneği ve daha yüksek dürtüsellik ile ilişkilendirilmektedir (133).

Öğrenilmiş Davranışlar: Dürtüsellik, öğrenilmiş davranışların sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Örneğin, ödül beklentisiyle hızlı kararlar vermek veya anlık tatmin arayışı gibi öğrenilmiş dürtüsel davranışlar geliştirebilir (113, 114).

2.3.2. Dürtüsellik Boyutları

Dürtüsellik, bilişsel, davranışsal, duygusal, risk dürtüsellik gibi farklı şekillerde sınıflarda incelenebilir (134-136):

- **Bilişsel Dürtüsellik:** Dikkat eksikliği, sabırsızlık ve dikkatsizlik gibi bilişsel süreçlerle ilgili dürtüsellik hali. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi durumlarla ilişkilendirilebilir.

- Davranışsal Dürtüsellik: Anlık isteklere veya içgüdülere dayalı olarak gösterilen hızlı ve düşünmeden yapılan tepkileri ifade eder. İçki veya madde bağımlılığı, kumar bağımlılığı gibi durumlarla ilişkili olabilir.
- Duygusal Dürtüsellik: Duygusal tepkilerin kontrol edilememesi ve ani patlamaları ifade eder. Öfke kontrol bozukluğu veya bazı kişilik bozuklukları gibi durumlarla ilişkilendirilebilir.
- Risk Dürtüsellik: Yüksek riskli ve heyecan verici durumları arama ve bu tür aktivitelere yönelme eğilimini ifade eder. Maceraperestlik, yasadışı faaliyetlere katılma veya tehlikeli sporlar gibi davranışlarla ilişkili olabilir.

Bu sınıflandırmadan farklı olarak; dürtüsellik dikkat eksikliği, azim eksikliği, heyecan arayışı ve aciliyet (planlama) gibi sınıflarada ayrılmıştır. Heyecan arayışı son zamanlarda dürtüsellüğün ayrı bir yapısı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca aciliyetin pozitif ve negatif olmak üzere iki özelliği olduğu kabul edilmektedir. Olumlu aciliyet aşırı olumlu etki için düşüncesizce hareket etme eğilimini ifade ederken, olumsuz aciliyet aşırı olumsuz etki için düşünmeden hareket etme eğilimini ifade eder (137).

2.4. Deprem ve Ruh Sağlığı

Deprem gibi bir doğal afetin ardından, nüfusun yaklaşık %4-67'si travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşamaktadır. TSSB tanısı olmayanlar bile, kaygı, depresyon ve duygu tanımada değişiklik dahil olmak üzere duygusal alan bozukluklarından muzdarip olabilir (138). DSM-5'de TSSB ölçütleri, korkunç bir olaya doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalmayı, beş saldırı semptomundan en az birinin meydana gelmesi, travma ile ilgili uyarılardan kaçınma davranışının varlığını ve bilişlerde ve ruh halindeki olumsuz değişiklikleri ve uyarılma ve tepkisellikte travmayla ilişkili değişikliklerin meydana gelmesini içerir. Ayrıca TSSB tanı ölçütlerini karşılayabilmek için belirtilerin 1 aydan fazla sürmesi, etkilenen kişide sıkıntı ya da işlevsellikte bozulma yaratması ve başka hastalıklara ya da ilaç ya da madde kullanımına atfedilemeyecek olması gerekir (139).

Yapılan çalışmalar, deprem gibi ciddi bir travmaya maruz kaldıktan sonra, genel popülasyonun özellikle TSSB, depresyon ve anksiyete semptomları gibi psikiyatrik

sorunlar geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (140, 141). Deprem maruziyeti sonrası insanların toplumun önemli bir kısmı aylarca, hatta yıllarca depresif ve psikotik belirtiler gösterebilir (140).

Afet sonrası ortamlarda başta TSSB ve majör depresif bozukluk (MDB) olmak üzere psikopatolojinin gelişimi için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu faktörler, olay öncesi (önceki kişisel veya ailesel bir ruh sağlığı bozukluğu öyküsü ve travmatik olaylara ve yaşam stres faktörlerine maruz kalma öyküsü), olay anı (aile üyelerinin veya yakın arkadaşların kaybı, sevdiklerinizle iletişim kurmada zorluk, yaralanma derecesi ve ölü bedenlere tanık olma) ve olay sonrası (mali ve sosyal destek kaynaklarının kaybı) olarak sınıflandırılabilir (142). Bununla birlikte, aynı olaya verilen bireysel tepkilerde belirgin bir heterojenlik vardır. Ayrıca, afet öncesi ekonomik yoksunluk seviyesi, düşük yaşam beklentisi, yüksek bulaşıcı hastalık oranları ve şiddete maruz kalma, muhtemelen genel popülasyonda afet öncesi her yerde bulunan bir psikolojik hastalık yüküne yol açabilir. Bu durum, deprem sonrasında genel popülasyondaki TSSB ve MDB insidansını arttırabilir. Diğer yandan, depreme ilgili iş kaybı, deprem sonrası aile akıl sağlığı, ev hasarı ve düşük sosyal destek gibi deprem öncesi ve sonrası stres etkenleri hem TSSB hem de MDB ile ilişkilendirilmiştir (143-145).

2.5. Doğal Afetler ile Sosyal Medya İlişkisi

Sosyal medya uygulamaları, etkili kriz yönetiminde özel bir rol oynamakta, durumsal farkındalığı ve karşılıklı iletişimi artırarak afet yardım kuruluşları için yeni bilgi kaynaklarından biri olarak ön plana çıkmaktadır (146). Ayrıca, kriz ve afet zamanlarında insanların iletişimine büyük katkı sağlayabilmektedirler (147). Bu nedenle kriz yönetiminde sosyal medyanın etkin kullanımı, yönetim stratejilerinin kabul görmesini ve afet yönetim programlarının geliştirilmesini sağlamaktadır (148).

Afetler sırasında sosyal medya aracılığıyla oluşturulan veya paylaşılan bilgilerin güvenilirliği de sorgulanabilir, çünkü bilginin yayılması kimlik doğrulama gerektirmez ve çoğu insan orijinal veri kaynaklarını yayınlamaz (149). İnsanlar kriz hakkında bilgi almak için televizyon ve radyo gibi ana akım medyaya hala büyük ölçüde güvense de, sosyal medyaya olan güvenleri giderek artmıştır (150). Örneğin, 2012'deki Sandy

Fırtınası sırasında Instagram'da #Sandy etiketiyle yaklaşık 800.000 fotoğraf yayınlanmıştır ve bu fotoğraflar aynı zamanda coğrafi konumlarını da göstermektedir (146). 2015 Haiti depreminde, haritada etkilenen bölgeleri ve kurban sayısını gösteren 1500 civarında rapor yayınlayan çeşitli dijital kriz yönetimi araçları kullanılmıştır. Bu araçlar ABD Kızıl Haçı ve Haiti hükümeti tarafından operasyonlar için değerlendirilmiştir (151).

Sosyal medya kullanımındaki sansürsüz resim, video ve diğer içeriklerin paylaşılması ve izlenmesi yoluyla dolaylı travmaya maruz kalma olasılığını artırabilir (87). Bu eğilimler, Ebola salgını sırasında Amerikan medyasında risk yükselten mesajların öne çıkması gibi, önceki salgınlar sırasında tanımlanmıştır (152). COVID-19 salgını sırasında, Rusya, Bangladeş ve Irak'ta yapılan kesitsel anketler, COVID-19 ile ilgili haberleri çok sık takip eden kişilerde temel kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulunmuştur (153-155). COVID-19 salgını sırasında Fransa'da karantinaya alınan lisans öğrencileri arasında düşük kaliteli bilgi yayma ile bu kişilerde akıl sağlığının daha da kötüleştiği rapor edilmiştir (156). Salgınlar sırasında düşük kaliteli bilgilerin paylaşılması, 2015 ile 2016 yılları arasında Zika salgınına halkın verdiği tepkilere ilişkin daha önceki bir infodemiyojik analizde de vurgulanmış ve Dünya Sağlık Örgütü'nde dahil olmak üzere güvenilir kaynaklar, en yüksek sıralamadaki tüm paylaşımların %0,1'inden azını oluştururken, Facebook ve Twitter gibi sosyal medya aracılığıyla içerik yayma yolu %25'den fazla olduğu bildirilmiştir (157).

Afet sonrası ortamlarda ruh sağlığı ve yaşam kalitesi sonuçlarının belirleyicisi olarak sosyal ağ kullanımının potansiyel rolünü ele alan bir epidemiyolojik çalışmada 2009 yılında İtalya'da gerçekleşen bir depremden sağkalan 25-54 yaş arası kişiler dahil edilmiştir. Çalışma sonuçları, cinsiyete göre ayarlama yapıldıktan sonra dahi sosyal ağ kullanımının hem depresyon hem de TSSB ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sosyal medya uygulamaları kullananlarda yaklaşık 2 kat daha fazla depresyon riski gözlenmiştir (158). 2011 yılında Japonya depreminden ve tsunamasından sağkalan kişilerde yapılan bir anket çalışmasında, sosyal medya uygulamalarına erişim eksikliğinin olması ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir (159). Benzer popülasyonda yapılan bir meta-analiz çalışmasında da sosyal medya uygulamalarına erişim eksikliğinin olması ruh sağlığı sorunları için önemli bir belirleyici olduğu gösterilmiştir (160).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Örnekleme

Bu tez çalışması Laçın Aile Sağlığı Merkezi'nde kesitsel çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı Laçın Aile Sağlığı Merkezi yaklaşık 4500 kişilik bir nüfusa sağlık hizmeti vermektedir. Çalışma, Nisan-Haziran 2023 tarihleri arasında Laçın İlçesi Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir nedenle başvurup sağlık hizmeti almak isteyen kişilere çalışmamıza katılmak isteyip istemedikleri sorularak, yazılı ve sözlü onamları alınarak gerçekleştirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 18-60 yaş arası 214 kişi dahil edildi. Çalışma için örneklem büyüklüğünün hesaplamasında G*Power programı kullanıldı. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) ile Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ-YF) toplam puanları arasında en az $r = 0.25$ düzeyinde anlamlı bir ilişki olabileceği varsayıldı. Buna göre; örneklem büyüklüğü $\alpha=0,05$ tip 1 hata (%95 güven aralığı) ve %95 güç ile en az 202 gönüllü erişkin olarak saptandı (Ek 2).

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

- Laçın İlçesi Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir nedenle başvuran 18-60 yaş arası çalışmaya katılacak gönüllü kişiler
- Verilecek ölçekleri okuyup anlayacak düzeyde Türkçe okuma-yazma becerisi olan kişiler çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

- Akıllı telefon kullanmayanlar,
- Çalışmayı sürdüremeyecek kadar ileri seviye bilişsel kaybı, mental ya da fiziksel kısıtlılığı olan kişiler dahil edilmemiştir.

Bu tez çalışması; 2013 yılında Brezilya'da güncellenmiş Helsinki Deklerasyonu kararlarında, hasta hakları yönetmeliğine ve İyi Klinik Uygulamalar Kurallarına uygun olarak planlanmıştır.

Bu tez çalışması Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28.02.2023 tarihli ve 2023-27 No’lu karar ile onay almıştır (Ek 1).

3.2. İşlem

Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra Sosyodemografik veriler, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) ve Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) ölçeklerini doldurması istendi. Her bir katılımcı ile tek seferde görüşme yapıldı ve özel bir oda ayrılarak sessiz bir ortamda yeterli süre sağlanarak gözlem altında, gerektiğinde hekime danışarak doldurulması sağlandı. Anket formundaki tüm veriler SPSS veritabanına kaydedildi.

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren bilgi formu dolduruldu. Sosyodemografik Veri Formu katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim ve mevcut çalışma durumu vb. diğer bilgileri içermektedir (Ek 1).

3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)

2005 yılında R.C. Kessler ve arkadaşları tarafından “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini” ölçmek için geliştirilen 2 alt boyutu bulunan, 18

maddeden oluşan bir kendi bildirim ölçeğidir. Her madde 4 farklı seçenek içerir ve katılımcılar kendine en uygun olanı seçmesi beklenir. Ölçek; asla, nadiren, bazen, sık, çok sık şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen değerlendirilmeye sahiptir (Ek 2). Ölçek, Doğan ve ark. (2009) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,88 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur (161).

3.3.3. Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF)

Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde ilk olarak alanyazın taraması yapılmış (162-168) kavramsal çerçeve ve ölçeğin genel özellikleri oluşturulmaya çalışılmıştır. Böylece alanyazından elde edilen bilgiler ve alan uzmanlarının görüşleri doğrultusunda SMBÖ-YF'nun kapsamına ilişkin 78 maddeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuş ve bir taslak form hazırlanmıştır. Oluşturulan taslak form; alan uzmanları (bir eğitim sosyolojisi, iki rehberlik ve psikolojik danışmanlık ve iki bilgisayar ve öğretim teknolojisi öğretim üyesi) tarafından kapsam geçerliği açısından incelenmiştir. Sonra dil uzmanı tarafından maddi hatalar ve kapsam geçerliği açısından düzeltmeler yapılmıştır. Tüm bu analizlerin ardından 46 maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Ölçek formu 41'i olumlu ve 5'i olumsuz maddelerden "(1) Bana hiç uygun değil", "(2) Bana uygun değil", "(3) Kararsızım", "(4) Bana uygun", "(5) Bana çok uygun" şeklinde beşli derecelendirme kullanılmıştır. Olumsuz ifadelerde ise tersi kodlama puanlanmıştır. Gerçekleştirilen açımlayıcı ve doğrulayıcı analizler sonucunda SMBÖ-YF'nun beşli Likert tipi, 2 alt boyut (sanal tolerans ve sanal iletişim) ve 20 betimlemeden oluşan bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. Faktör yükleri 0,61 ile 0,87 arasında değerler almaktadır. Ölçeğin geneli için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,94; alt boyutlardan sanal tolerans için 0,92 ve sanal iletişim için 0,91 bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları geneli için 0,93; alt boyutlardan sanal tolerans için 0,91 ve sanal iletişim için 0,90 olarak belirlenmiştir. Analizler SMBÖ-YF'nun, yetişkinlerin sosyal medya bağımlılığını belirlemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu ortaya koymuştur (169) (Ek 3).

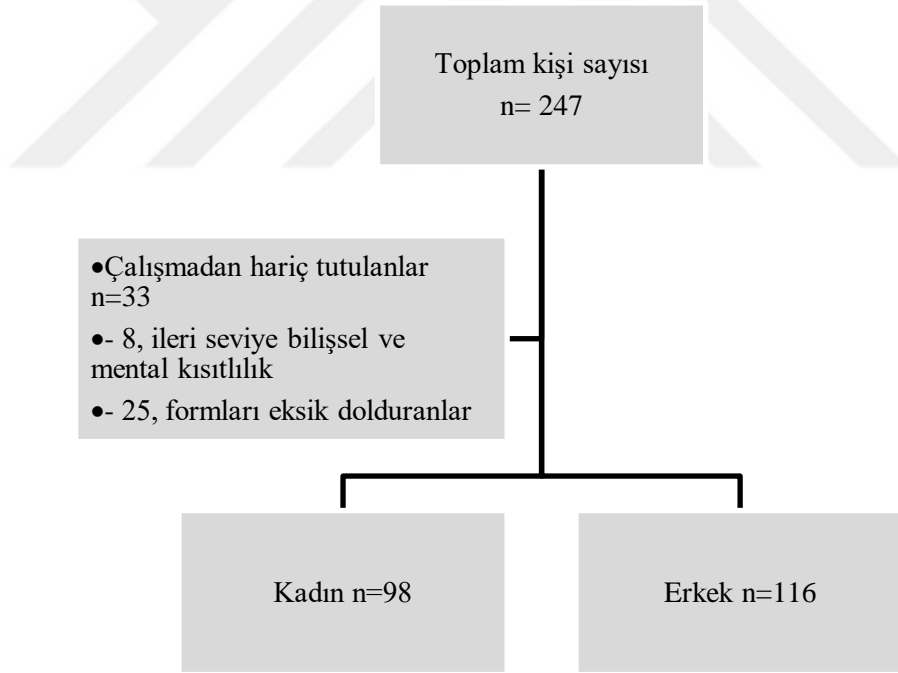
3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 23 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren sayısal veriler ortalama±standart sapma olarak, normal dağılım göstermeyen sayısal veriler ortanca (min-max) olarak gösterildi. Niteliksel veriler sayı ve yüzde olarak belirtildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren sayısal verilerin iki grup arası kıyaslanmasında bağımsız örneklerde T testi, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin gruplar arası kıyaslanmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren sayısal verilerin 2'den fazla gruplar arası kıyaslanmasında ANOVA testi (post hoc: Bonferroni test), normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin kıyaslanmasında Kruskal Wallis H testi (post hoc: Dunn's test) kullanıldı. Tanıtıcı bilgi formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği kullanılarak elde edilecek sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler veri normal dağılımına bağlı olarak Pearson veya Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmanın yapıldığı süre boyunca çalışmaya alınan 247 kişinin 8'i çalışmayı sürdüremeyecek kadar ileri seviye bilişsel ve mental kısıtlılığı nedeniyle, 25 kişi de veri formlarındaki eksiklikleri nedeniyle çalışmadan hariç tutulmuştur. Sonuç itibari ile 98'i (%45,8) kadın, 116'sı (%54,2) erkek olmak üzere 214 kişi araştırmaya dahil edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Katılımcıların demografik özellikleri

Katılımcıların ortalama yaşı $39,5 \pm 11,5$ yıl (aralık= 18-60 yıl). Medeni durumlarının dağılımında evli olanların oranı (%65,4) ve eğitim düzeylerinin dağılımında üniversite mezunu olanların oranı (%45,8) daha yüksek saptandı. Meslek

dağılımları açısından serbest meslek en sık grup iken (%37,9), bunu memur grubu (%25,2) ve ev hanımları grubu (%15,4) izledi (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Grup	n (%)
Cinsiyet	Kadın	98 (45,8)
	Erkek	116 (54,2)
Medeni Durum	Evli	140 (65,4)
	Bekar	62 (29,0)
	Dul	9 (4,2)
	İlişkisi var	3 (1,4)
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	0
	Okur-yazar	5 (2,3)
	İlkokul mezunu	43 (20,1)
	Ortaokul mezunu	19 (8,9)
	Lise mezunu	49 (22,9)
	Üniversite mezunu	98 (45,8)
Meslek	Öğrenci	19 (8,9)
	Ev hanımı	33 (15,4)
	Çalışmıyor	11 (5,1)
	Serbest meslek	81 (37,9)
	Memur	54 (25,2)
	Emekli	16 (7,5)

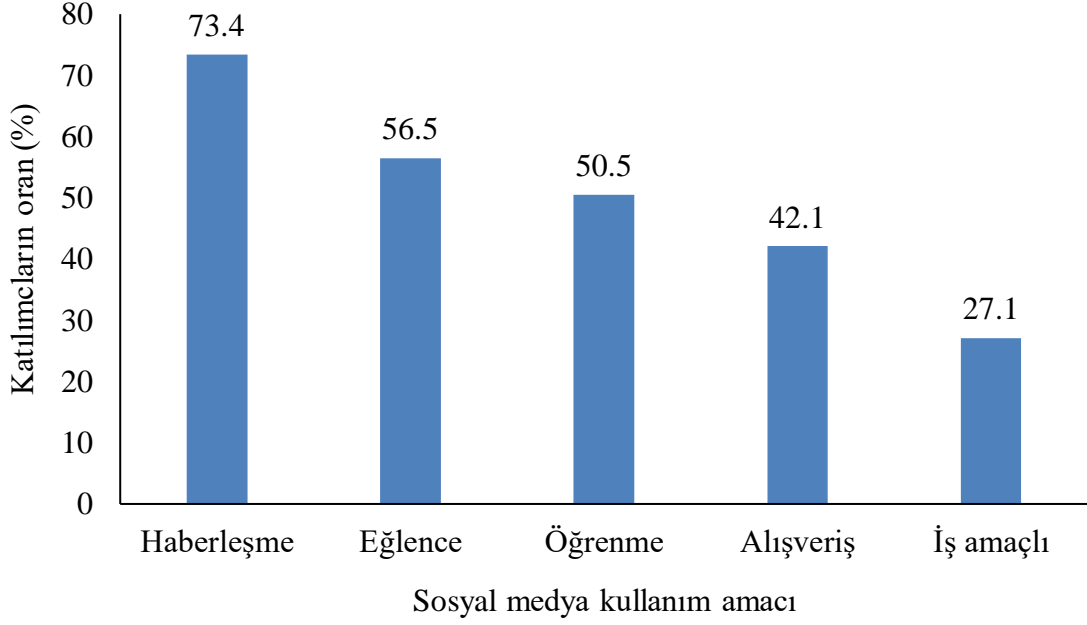
Katılımcıların %6,1'inde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu belirlendi ve bu hastalıklar arasında depresyonun en sık grup (%78,6) olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların psikiyatrik hastalık ve ilaç kullanım öykülerine ait dağılımlar

Değişkenler	Alt Kategori	n (%)
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Hayır	201(93,9)
	Evet	13(6,1)
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olanların Hastalık Dağılımları	Depresyon	11(78,6)
	DEHB	2(14,3)
	Şizofreni	1(7,1)
İlaç Öyküsü	Bupropiyon	1 (0,5)
	Duloksetin	1 (0,5)
	Essitalopram	1 (0,5)
	Fluoksetin	2 (0,9)
	Metilfenidat	1 (0,5)
	Paroksetin	1 (0,5)
	Sertralin	5 (2,3)

4.2. Katılımcıların Sosyal-Medya Kullanım Bulguları

Katılımcıların gün içinde sosyal medyayı kullanma sıklığı en yüksek akşam vakti (%39,7) olduğu saptandı. Bunu gün içinde sosyal medya kullanımı (%30,4) ve öğleden sonra sosyal medya kullanımı (%17,3) izledi. Katılımcıların haberleşme amacıyla sosyal medya kullanımı en sık (%73,4) nedendi. Bunu eğlence (%56,5), öğrenme (%50,5) ve alışveriş (%42,1) amacıyla sosyal medya kullanımı izledi. İş amaçlı sosyal medya kullanan katılımcıların oranı en düşük gruptu (%27,1) (Tablo 3).



Şekil 2: Katılımcıların sosyal medya kullanım amacı

Tablo 3: Katılımcıların sosyal medya kullanım bulguları

Değişkenler	Alt Kategori	n (%)
Sosyal Medya Kullanım Zamanı	Sabah	14(6,5)
	Öğleden sonra	37(17,3)
	Akşam	85(39,7)
	Gece	13(6,1)
	Gün boyu	65(30,4)
Sosyal Medya Kullanım Amacı	Haberleşme	157(73,4)
	Eğlence	121(56,5)
	Öğrenme	108(50,5)
	Alışveriş	90(42,1)
	İş amaçlı	58(27,1)

4.3. Katılımcıların Deprem Sonrası Durum İle İlişkili Değişkenleri

Katılımcılar arasında 1 kişi depremde mal kaybı yaşadığını, 3 kişi yakınlarında yaralanma olduğunu, 7 kişi herhangi bir yakınını kaybettiğini, 24 kişi arkadaş çevresinde deprem nedeniyle ölüm veya yaralanmanın olduğunu ve 26 kişi daha önce deprem yaşadığını beyan etti (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların deprem sonrası ile ilişkili değişkenlerinin dağılımı

Değişkenler	Alt Kategori	n (%)
Depremde mal kaybı yaşadınız mı?	Hayır	213(99,5)
	Evet	1(0,5)
Depremde bir yakınınızı yaralandı mı?	Hayır	211(98,6)
	Evet	3(1,4)
Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Hayır	207(96,7)
	Evet	7(3,3)
Arkadaş çevresinde deprem nedeniyle ölüm veya yaralanma oldu mu?	Hayır	190(88,8)
	Evet	24(11,2)
Etraftan veya medyadan kayıp yaşayan duydunuz mu?	Hayır	88(41,1)
	Evet	126(58,9)
Daha önce deprem yaşadınız mı?	Hayır	188(87,9)
	Evet	26(12,1)
Deprem sonucunda hiçbirşeyle karşılaşmadım.	Evet	71(33,2)

4.4. Katılımcıların Ölçeklere Ait Bulguları

Katılımcıların ASRS ölçeğine ait bulguları Tablo 5'te detaylı olarak gösterildi. Buna göre; ortanca hiperaktivite/dürtüsellik puanı 11,5 (en düşük = 0, en yüksek = 30), ortanca dikkat eksikliği puanı 12 (en düşük = 0, en yüksek = 34) ve ortanca toplam puanı 24 (2-56) olarak saptandı (Tablo 6).

Tablo 5: Katılımcıların ASRS ölçeğine ait bulguları

ASRS Soruları	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?	72(33,6)	68(31,8)	51(23,8)	18(8,4)	5(2,3)

Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?	61(28,5)	81(37,9)	56(26,2)	13(6,1)	3(1,4)
Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?	80(37,4)	71(33,2)	37(17,3)	22(10,3)	4(1,9)
Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?	44(20,6)	76(35,5)	57(26,6)	26(12,1)	11(5,1)
Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?	39(18,2)	41(19,2)	55(25,7)	63(29,4)	16(7,5)
Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?	36(16,8)	56(26,2)	74(34,6)	38(17,8)	10(4,7)
Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?	39(18,2)	86(40,2)	65(30,4)	21(9,8)	3(1,4)
Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?	37(17,3)	82(38,3)	64(29,9)	28(13,1)	3(1,4)
Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	52(24,3)	82(38,3)	51(23,8)	21(9,8)	8(3,7)
Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzun hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	44(20,6)	66(30,8)	70(32,7)	27(12,6)	7(3,3)
Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?	26(12,1)	55(25,7)	76(35,5)	46(21,5)	11(5,1)

Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?	62(29,0)	80(37,4)	47(22,0)	20(9,3)	5(2,3)
Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?	30(14,0)	85(39,7)	72(33,6)	21(9,8)	6(2,8)
Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?	46(21,5)	75(35,0)	65(30,4)	23(10,7)	5(2,3)
Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?	50(23,4)	61(28,5)	56(26,2)	39(18,2)	8(3,7)
Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?	47(22,0)	75(35,0)	56(26,2)	31(14,5)	5(2,3)
Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?	52(24,3)	65(30,4)	60(28,0)	25(11,7)	12(5,6)
Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?	105(49,1)	41(19,2)	41(19,2)	21(9,8)	6(2,8)

Tablo 6: Katılımcıların ASRS ölçeği puanları

ASRS Puanları	Ortalama±SS	Ortanca	En düşük-En yüksek
Hiperaktivite/dürtüsellik Puanları	12,2±6,2	11,5	0-30
Dikkat Eksikliği Puanları	12,9±6	12	0-34
Toplam Puan	25,1±10,7	24	2-56

Katılımcıların SMBÖ-YF ölçeğine ait bulguları Tablo 7’de detaylı olarak gösterildi.

Tablo 7: Katılımcıların SMBÖ-YF ölçeğine ait bulguları

SMBÖ-YF Soruları	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Kararsızım	Uygun	Çok Uygun
Sosyal medyayı gerçek dünyadan bir kaçış olarak görüyorum.	94(43,9)	41(19,2)	37(17,3)	30(14,0)	12(5,6)
Sosyal medyada planladığımdan daha uzun süre kalırım.	58(27,1)	48(22,4)	36(16,8)	50(23,4)	22(10,3)
Kendimi mutsuz hissettiğim zamanlarda sosyal medyada olmak beni rahatlatır.	62(29,0)	48(22,4)	42(19,6)	42(19,6)	20(9,3)
Sosyal medyada çok zaman geçirdiğimden işlerimi aksatıyorum.	79(36,9)	58(27,1)	38(17,8)	24(11,2)	15(7,0)
Sosyal medyaya gerekmedikçe girmem.	37(17,3)	56(26,2)	45(21,0)	42(19,6)	34(15,9)
Sosyal medya yüzünden verimliliğimin azaldığını fark ediyorum.	62(29,0)	44(20,6)	46(21,5)	42(19,6)	20(9,3)
Sosyal medyada çok zaman geçirdiğim için çevremdekiler beni eleştirirler.	82(38,3)	59(27,6)	37(17,3)	23(10,7)	13(6,1)
Sosyal medyayı kullanırken biri beni rahatsız ettiğinde sinirleniyorum.	84(39,3)	48(22,4)	38(17,8)	23(10,7)	21(9,8)
Sosyal medyada iken kendimi özgür hissediyorum.	74(34,6)	57(26,6)	52(24,3)	17(7,9)	14(6,5)
Sabah uyandığымda ilk işim sosyal medyaya girmek olur.	89(41,6)	49(22,9)	28(13,1)	28(13,1)	20(9,3)
Sosyal medya kullanmayı sevmiyorum.	57(26,6)	58(27,1)	49(22,9)	31(14,5)	19(8,9)

Güncel olaylardan haberdar olmak için sosyal medyadan ayrılamıyorum.	42(19,6)	49(22,9)	55(25,7)	44(20,6)	24(11,2)
Çevremde birileri varken bile, sosyal medyada olmayı tercih ederim.	61(28,5)	70(32,7)	48(22,4)	26(12,1)	9(4,2)
Özel bazı duyuruları görebilmek ya da paylaşabilmek için sosyal medyada daha çok zaman geçiriyorum.	59(27,6)	50(23,4)	45(21,0)	46(21,5)	14(6,5)
Sosyal medyadan dolayı aile üyelerini ihmal ettiğim olur.	102(47,7)	48(22,4)	33(15,4)	21(9,8)	10(4,7)
İnsani amaçlı sosyal projelerde yer almak için sosyal medyayı kullanmaktan kendimi alamıyorum.	65(30,4)	53(24,8)	48(22,4)	31(14,5)	17(7,9)
Sosyal medyada bağlantı kurduğum insanlara kendimi daha iyi anlatıyorum	77(36,0)	62(29,0)	44(20,6)	18(8,4)	13(6,1)
Sosyal medyadaki arkadaşlıkları gerçek yaşamdaki arkadaşlıklara tercih ederim	121(56,5)	40(18,7)	27(12,6)	18(8,4)	8(3,7)
Sosyal medya gruplarıyla iletişim halinde olabilmem için sosyal medyayı daha uzun süre kullanırım.	68(31,8)	60(28,0)	44(20,6)	30(14,0)	12(5,6)
Çeşitli sosyal duyarlılıklar konusunda çabuk haberdar olma isteği beni daha çok sosyal medyada olmaya itiyor.	52(24,3)	44(20,6)	47(22,0)	49(22,9)	22(10,3)

Ortanca sanal tolerans puanı 25 (en düşük = 11, en yüksek = 53), ortanca sanal iletişim puanı 21 (en düşük = 9, en yüksek = 45) ve ortanca toplam puanı 45 (25-98) olarak saptandı (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların SMBÖ-YF ölçeği puanları

SMBÖ-YF Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En düşük-En yüksek
Sanal Tolerans Puanı	26,7±8,1	25	11-53
Sanal İletişim Puanı	21,3±7	21	9-45
Sosyal Toplam Puanı	47,9±13,9	45	25-98

4.5. Demografik Özellikler ile Ölçekler Arasındaki İlişki

ASRS puanları ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslek durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Üniversite mezunu olanlarda diğer eğitim düzeylerine kıyasla ortanca hiperaktivite/dürtüsellik puanı ve ortanca toplam puan daha yüksek saptandı. Dikkat eksikliği puanı eğitim düzeyleri açısından anlamlı farklılık sergilemedi. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara kıyasla ortanca dikkat eksikliği puanı ve ortanca toplam puan daha yüksek saptandı. Ancak ortanca hiperaktivite/dürtüsellik puanı psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilişki göstermedi (Tablo 9).

Tablo 9: Demografik özellikler ile ASRS puanları arasındaki ilişki

Değişkenler	Alt kategori	ASRS puanları					
		HDP	p	DEP	p	TP	p
Yaş		r= -0,103	0,134	r = -0,045	0,513	r = -0,064	0,353
Cinsiyet	Kadın	12(0-30)	0,694	12(4-31)	0,96	24(6-52)	0,908
	Erkek	11(0-29)		12(0-34)		24(2-56)	
Medeni durum	Evli	11(0-30)	0,077	12(1-34)	0,589	24(4-56)	0,215
	Bekar	13(2-29)		13(0-28)		24(2-53)	
	Dul	9(4-24)		10(5-26)		21(12-47)	
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	10(0-25)	0,044	12(0-31)	0,084	22,5(2-52)	0,050
	Ortaokul	10(3-23)		12(5-23)		23(10-46)	
	Lise	11(0-29)		11(4-27)		21(6-56)	
	Üniversite	12(3-30)		14(3-34)		26(6-53)	

Meslek	Öğrenci	11(3-25)	0,083	9(6-20)	0,115	20(10-43)	0,059
	Ev hanımı	12(2-25)		14(5-31)		27(7-52)	
	Çalışmıyor	15(8-29)		15(10-28)		26(19-53)	
	Serbest	11(2-30)		13(0-34)		24(2-56)	
	Memur	12(0-29)		11(3-25)		23(6-46)	
	Emekli	10(2-17)		11(1-21)		19(6-37)	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	14(3-29)	0,163	16(8-31)	0,018	31(11-56)	0,021
	Hayır	11(0-30)		12(0-34)		23(2-53)	

SMBÖ-YF puanları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek durumu ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 10).

Tablo 10: Demografik özellikler ile SMBÖ-YF puanları arasındaki ilişki

Değişkenler	Alt Kategori	SMBÖ-YF puanları					
		STP	p	SİP	p	TP	p
Yaş		r = -0,105	0,126	r = -0,125	0,068	r = -0,128	0,061
Cinsiyet	Kadın	25(12-47)	0,26	21(9-42)	0,967	45(25-89)	0,42
	Erkek	26(11-53)		21(9-45)		46(25-98)	
Medeni durum	Evli	25(12-53)	0,363	20(9-45)	0,131	45(26-98)	0,233
	Bekar	27(11-47)		22(9-43)		46(25-89)	
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	24(14-44)	0,725	21(9-38)	0,968	45(26-80)	0,897
	Ortaokul	27(12-53)		21(9-45)		45(26-98)	
	Lise	25(17-43)		21(10-36)		45(32-79)	
	Üniversite	26(11-47)		21(9-43)		46(25-89)	
Meslek	Öğrenci	29(15-45)	0,302	26(11-36)	0,103	55(30-79)	0,165
	Ev hanımı	25(14-42)		21(11-41)		45(28-81)	
	Çalışmıyor	32(11-47)		23(14-43)		57(25-89)	
	Serbest meslek	25(14-53)		21(9-45)		46(26-98)	
	Memur	25(12-40)		20(9-31)		45(25-67)	
	Emekli	24(14-37)		17(9-26)		39(26-59)	

Psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	26(15-43)	0,614	18(14-35)	0,463	45(32-78)	0,952
	Hayır	25(11-53)		21(9-45)		45(25-98)	

4.6. Sosyal Medya Kullanımı ile Ölçekler Arasındaki İlişki

Sosyal medya kullanım zamanı ile ASRS puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, ortanca dikkat eksikliği puanı ve ortanca toplam puan sabah veya gece sosyal medya kullanan katılımcılarda birbirlerine kıyasen benzerdi. Öğleden sonra ve akşam sosyal medya kullanan katılımcılarda ortanca dikkat eksikliği ve ortanca toplam puanları benzer olup, diğer zaman zamanlarda sosyal medya kullanan katılımcılara kıyasla daha düşüktü (Tablo 11).

Tablo 11: Sosyal medya kullanım zamanı ile ASRS puanları arasındaki ilişki

Değişkenler	Alt Kategori	ASRS Puanları					
		HDP	p	DEP	p	TP	p
Sosyal Medya Kullanım Zamanı	Sabah	10(2-23)	0,050	16(3-28)	0,008	26(8-49)	0,021
	Öğleden sonra	10(0-27)		11(2-26)		23(4-49)	
	Akşam	11(2-30)		11(0-34)		21(2-52)	
	Gece	9(5-29)		15(10-31)		27(19-39)	
	Gün boyu	13(3-29)		14(4-27)		28(10-56)	

Sosyal medyayı haberleşme amacıyla kullanan ve kullanmayan katılımcılarda ASRS puanları farklılık göstermedi. Eğlence amacıyla sosyal medyayı kullanan katılımcılarda eğlence amacıyla sosyal medyayı kullanmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek ASRS puanları saptandı. İş amacıyla sosyal medyayı kullanan katılımcılarda iş amacıyla sosyal medyayı kullanmayan katılımcılara kıyasla ortanca dikkat eksikliği puanı ve ortanca toplam puan daha yüksek saptandı, ancak ortanca hiperaktivite/dürtüsellik puanı anlamlı farklılık göstermedi. Öğrenme amacıyla sosyal medyayı kullanan katılımcılarda öğrenme amacıyla sosyal medyayı kullanmayan katılımcılara kıyasla ortanca dikkat eksikliği puanı ve ortanca toplam puan daha yüksek

saptandı, ancak ortanca hiperaktivite/dürtüsellik puanı anlamlı farklılık göstermedi. Alışveriş amacıyla sosyal medyayı kullanan katılımcılarda alışveriş amacıyla sosyal medyayı kullanmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek ASRS puanları saptandı (Tablo 12).

Tablo 12: Sosyal medya kullanım amaçları ve ASRS puanları arasındaki ilişki

Sosyal Medya Kullanım Amacı	Alt Kategori	ASRS Puanları					
		HDP	p	DEP	p	TP	p
Haberleşme	Hayır	10(2-29)	0,337	13(0-27)	0,325	24(2-46)	0,879
	Evet	12(0-30)		12(1-34)		24(4-56)	
Eğlence	Hayır	10(0-29)	0,002	11(1-25)	0,007	21(4-46)	0,001
	Evet	13(2-30)		13(0-34)		26(2-56)	
İş amaçlı	Hayır	11(0-29)	0,106	12(0-28)	0,006	23(2-56)	0,006
	Evet	13(2-30)		15(4-34)		27(6-53)	
Öğrenme	Hayır	11(0-25)	0,244	11(0-27)	<0,001	22(2-52)	0,005
	Evet	12(0-30)		14(3-34)		26(6-56)	
Alışveriş	Hayır	10(0-29)	0,003	12(0-27)	0,043	22(2-52)	0,008
	Evet	13(3-30)		13(3-34)		26(10-56)	

Haberleşme, iş veya öğrenme amaçlı sosyal medyayı kullanan ve kullanmayan katılımcılarda SMBÖ-YF puanları farklılık göstermedi. Eğlence amacıyla sosyal medyayı kullanan katılımcılarda eğlence amacıyla sosyal medyayı kullanmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek SMBÖ-YF puanları saptandı. Alışveriş amacıyla sosyal medyayı kullanan katılımcılarda alışveriş amacıyla sosyal medyayı kullanmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek SMBÖ-YF puanları saptandı (Tablo 13).

Tablo 13: Sosyal medya kullanım amaçları ile SMBÖ-YF puanları arasındaki ilişki

Sosyal Medya Kullanım Amacı	Alt Kategori	SMBÖ-YF Puanları					
		STP	p	SİP	p	TP	p
Haberleşme	Hayır	24(14-53)	0,578	20(9-45)	0,188	44(25-98)	0,394
	Evet	26(11-47)		21(9-43)		46(25-89)	

Eğlence	Hayır	24(15-44)	0,011	20(9-36)	0,049	45(25-80)	0,024
	Evet	27(11-53)		22(9-45)		47(25-98)	
İş amaçlı	Hayır	25(12-53)	0,132	20(9-45)	0,242	45(25-98)	0,164
	Evet	27(11-47)		22(9-38)		46(25-80)	
Öğrenme	Hayır	25(12-53)	0,233	20(9-45)	0,086	45(25-98)	0,139
	Evet	26(11-47)		21(10-43)		46(25-89)	
Alışveriş	Hayır	24(11-53)	0,003	20(9-45)	0,011	44(25-98)	0,004
	Evet	27(12-47)		22(12-43)		47(26-89)	

4.7. Deprem Sonrası ile İlişkili Değişkenler ile Ölçekler Arasındaki İlişki

Depremde mal kaybı veya bir yakını yaralanan katılımcıların düşük sayıda olması nedeniyle ASRS puanları ile ilişkileri değerlendirilemedi. Katılımcıların diğer deprem sonrası ile ilişkili değişkenleri ile ASRS puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 14: Deprem sonrası ile ilişkili değişkenler ile ASRS puanları arasındaki ilişki

Değişkenler	Alt Kategori	ASRS Puanları					
		HDP	p	DEP	p	TP	p
Depremde bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Hayır	11(0-30)	0,542	12(0-34)	0,943	24(2-56)	0,845
	Evet	14(5-23)		11(7-23)		23(12-46)	
Herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne veya yaralandığına şahit oldunuz mu?	Hayır	11(0-29)	0,334	12(0-34)	0,547	24(2-53)	0,322
	Evet	12(2-30)		13(3-27)		27(6-56)	
Etraftan veya medyadan kayıp yaşayan duyduunuz mu?	Hayır	11(2-30)	0,916	13(0-34)	0,943	24(2-52)	0,937
	Evet	12(0-29)		12(1-31)		24(6-56)	

Daha önce deprem yaşadınız mı?	Hayır	12(0-29)	0,659	12(0-34)	0,582	23(2-56)	0,485
	Evet	12(5-30)		12(3-31)		24(8-52)	

Depremde mal kaybı veya bir yakını yaralanan katılımcıların düşük sayıda olması nedeniyle SMBÖ-YF puanları ile ilişkileri değerlendirilemedi. Depremde bir yakını kaybeden katılımcılarda depremde bir yakını kaybetmeyen katılımcılara kıyasla ortanca sanal iletişim puanı ve ortanca sosyal toplam puanı daha düşük saptandı. Diğer deprem sonrası ile ilişkili değişkenleri ile SMBÖ-YF puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 15).

Tablo 15: Deprem sonrası ile ilişkili değişkenler ile SMBÖ-YF puanları arasındaki ilişki

Değişkenler	Alt Kategori	SMBÖ-YF Puanları					
		STP	p	SİP	p	TP	p
Depremde bir yakını kaybettiniz mi?	Hayır	25(11-53)	0,168	21(9-45)	0,008	46(25-98)	0,031
	Evet	22(14-27)		15(11-19)		39(25-45)	
Herhangi birinin deprem esnasında öldüğüne veya yaralandığına şahit oldunuz mu?	Hayır	25(11-53)	0,755	21(9-45)	0,887	45(25-98)	0,643
	Evet	26(12-43)		21(11-35)		47(25-78)	
Etraftan veya medyadan kayıp yaşayan duyduunuz mu?	Hayır	27(11-47)	0,102	21(9-43)	0,699	46(25-89)	0,254
	Evet	25(12-53)		21(9-45)		45(26-98)	
Daha önce deprem yaşadınız mı?	Hayır	26(11-53)	0,614	21(9-45)	0,914	45(25-98)	0,910
	Evet	24(14-42)		22(11-30)		48(28-69)	

4.8. ASRS ve SMBÖ-YF Ölçekleri Arasındaki İlişki

Tüm katılımcılarda ASRS ve SMBÖ-YF puanları arasında pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca ASRS ve SMBÖ-YF ölçeklerinin alt puanları arasında da pozitif korelasyon belirlendi (Tablo 16).

Tablo 16: ASRS ve SMBÖ-YF ölçekleri arasındaki ilişki

Ölçekler		Korelasyon	ASRS Puanları			SMBÖ-YF Puanları		
			HDP	DEP	TP	STP	SİP	TP
ASRS puanları	HDP	r	-	0,527	0,861	0,384	0,245	0,351
		p	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	DEP	r	0,527	-	0,866	0,396	0,310	0,381
		p	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	TP	r	0,861	0,866	-	0,442	0,317	0,417
		p	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001
SMBÖ-YF puanları	STP	r	0,384	0,396	0,442	-	0,627	0,905
		p	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001
	SİP	r	0,245	0,310	0,317	0,627	-	0,889
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001
	TP	r	0,351	0,381	0,417	0,905	0,889	-
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, ülkemizde meydana gelen 6 Şubat 2023 tarihli depremlerin sonrasında sosyodemografik verilerle birlikte DEHB belirtileri ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki bağlantıların varlığını araştırmayı amaçlamıştır. Önceki literatüre dayanarak, bu bağlantıların anlamlı olabileceğine dair hipotezlerimizi ortaya koyduk.

Katılımcıların %6,1'inde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu belirlendi ve bu hastalıklar arasında depresyonun en sık grup (%78,6) olduğu saptandı. Katılımcılardan 2 kişide (%0.93) DEHB hastalığı mevcut. Tüm dünyada erişkinlerde DEHB prevalansı %2.5 iken (21) bizim çalışmamızda kesin tanısı olan DEHB hastalığına sahip kişilerin sıklığının daha düşük olması araştırma için kullanılan örneklemin büyüklüğünün azlığından kaynaklı olabilir. Başka bir sebep olarak, çalışma popülasyonumuzda DEHB hastalığına sahip olup da kesin tanı almamış bireyler de bulunabilir. Bu kişilerin tespiti için uzmanlarca detaylı psikiyatrik muayene gerekir. Böylelikle literatürde yer alan DEHB hastalığı prevalansına daha yakın bir sonuç elde edilebilir.

Üniversite düzeyinde eğitimi olan kişilerde hiperaktivite/dürtüsellik puanı yüksek çıkmıştır. Üniversite eğitim düzeyinde olan kişilerde DEHB belirtilerinin yüksek çıkmasının bazı olası nedenleri olabilir. Üniversite eğitimi, yoğun ve karmaşık akademik gereksinimlerle doludur. Bu gereksinimler, dikkat eksikliğine sahip olan kişiler için daha zorlayıcı olabilir. Üniversite yaşamı, öğrencilere çeşitli stres ve baskılar getirebilir. Bu durum, DEHB belirtilerini artırabilir veya mevcut belirtileri daha belirgin hale getirebilir. Eğitim sürecinde öğrencilerin genellikle uyku düzeni, beslenme düzeni ve egzersiz alışkanlıkları olumsuz etkilenmektedir. Bu çevresel faktörler, DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olabilir.

Çalışmamızda psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda dikkat eksikliği puanı ve ASRS toplam puanı yüksek bulundu. Birçok psikiyatrik bozukluk, DEHB ile benzer belirtilere sahip olabilir. Bunlara örnek olarak anksiyete bozukluğu, majör depresyon veya bipolar bozukluk verilebilir. Bu sebeple, psikiyatrik bozukluk öyküsü olan kişilerde ASRS sonuçları, DEHB belirtileriyle örtüşebilir ve yüksek puanlar çıkabilir. Bir diğer faktör ise komorbidite durumlarıdır. DEHB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür. Örneğin, bir kişi hem depresyon hem de DEHB belirtileri

yaşıyorsa, ASRS sonuçları bu iki durumun belirtilerinin bir kombinasyonunu yansıtabilir ve sonuçları yüksek puanlara yönlendirebilir.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada SMBÖ-YF ortalama puanı 52,75 (en düşük 22- en yüksek 81) bulunmuş (170). Çalışmamızda öğrencilerin SMBÖ-YF ortalama puanı 55 (en düşük 30-en yüksek 79) bulunmuş olup benzerlik göstermektedir.

23533 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada kadın olmak, sosyal medyanın bağımlılık yapıcı seviyelerde kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir (171). Fakat bizim çalışmamızda cinsiyete göre SMBÖ-YF puanlarında anlamlı bir fark bulunmadı. Seçtiğimiz örneklemin büyüklüğünün daha az olmasından kaynaklı olabileceği düşüncesindeyiz.

Sosyal medyayı öğleden sonra (12:00-18:00) ve akşam (18:00-24:00) saatlerinde kullanan kişilerde diğer zaman dilimlerine göre ASRS toplam puanları daha düşük çıkmıştır. Öğleden sonra ve akşam saatlerinde ASRS toplam puanı ve dikkat eksikliği puanlarının düşük olması, dış uyaranların ve iş yoğunluğunun sabah saatlerine göre daha az olmasıyla açıklanabilir. Biyolojik olarak gece saatlerinde uyku hali ve yorgunluk düzeyleri yüksek olduğundan dikkat eksikliği artmaktadır. Bu da bulgularımızı açıklar niteliktedir.

Çalışmamızda, sosyal medyayı eğlence amaçlı kullananların eğlence amaçlı kullanmayanlara göre hiperaktivite/dürtüsellik, dikkat eksikliği ve ASRS toplam puanları yüksek çıkmıştır. Eğlence amaçlı sosyal medya kullanıcıları, sürekli olarak yeni içerikleri ve etkileşimleri takip etmek zorunda kalabilirler. Bu durum, dikkat eksikliği ve dikkatin hızla dağılmasına yol açtığından dikkat eksikliği alt tipi puanlarındaki yüksekliği açıklar. Sosyal medyanın eğlence amaçlı kullanımı önemli görevlerden veya işlerden kaçınma eğilimi oluşturabilir ve bu, DEHB belirtileriyle ilişkili olan erteleme davranışına katkıda bulunabilir. Sosyal medya platformları, bildirimler, beğeniler ve yorumlar gibi uyarıcılarla kullanıcıların dikkatini sürekli olarak çekebilir. Bu uyarıcılar, eğlence amaçlı sosyal medya kullanıcılarının hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerini artırabilir ve hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının yüksek olmasına neden olabilir.

Araştırmamızda, sosyal medyayı iş amaçlı kullananların iş amaçlı kullanmayanlara göre dikkat eksikliği ve ASRS toplam puanları yüksek çıkmıştır. İş ve görev amaçlı sosyal medyayı kullanan kişiler, iş ilişkileri ve görevleriyle ilgili

durumları sıkı takip ederek güncel hallerini korumak istediklerinden dolayı sürekli dikkat dağınıklığı yaşayabilmektedirler. Sonuçlardaki anlamlı yüksekliği açıklayabilir.

Sosyal medyayı alışveriş amaçlı kullananların alışveriş amaçlı kullanmayanlara göre hiperaktivite/dürtüsellik, dikkat eksikliği ve ASRS toplam puanları yüksek çıkmıştır. Sosyal medya platformları; reklamlar, teklifler ve ürünlerle doludur. Alışveriş amaçlı sosyal medya kullanıcıları, bu içeriklere sürekli olarak maruz kalabilir ve dikkatlerinin dağılmasına neden olabilir. Sosyal medyada, anlık satın alma teklifleri, indirimler ve cazip reklamlar yer alabildiğinden sosyal medyayı alışveriş amaçlı kullananlar bu uyarılar karşısında dürtülerini kontrol etmekte zorluk yaşayabilirler. Sosyal medyada yapılan alışverişlerin ödüllendirici etkinlikleri bu kullanıcıları daha fazla alışveriş yapmaya teşvik ederek dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüselliklerinde önemli artışa sebep olmaktadır.

Depremzede üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada DEHB ASRS puanlarının TSSB ile ilişkili olduğu saptanmış (172). Biz çalışmamızda depremle ilgili değişkenlerin DEHB belirtileri ve sosyal medya bağımlılığı ile ilişkisini de inceledik. Depremde mal kaybı veya bir yakını yaralanan katılımcıların düşük sayıda olması nedeniyle ASRS puanları ile ilişkileri değerlendirilemedi. Katılımcıların diğer deprem sonrası ile ilişkili değişkenleri ile ASRS puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Çalışmayı yürüttüğümüz bölgenin depremden doğrudan etkilenen bir bölge olmaması böyle bir sonuca ulaşmamızın sebebi olabilir.

Yakınını kaybetme gibi büyük bir kayıp, stres ve anksiyete düzeylerini artırabilir. Bu, bazı kişilerde sosyal medya kullanımını azaltabilirken, bazı kişilerde de arttırabilme potansiyeli taşır. Farklı insanlar stresle başa çıkma mekanizmalarını farklı şekillerde kullanır, bu nedenle bu tür etkileşimler karmaşık ve bireysel olabilir. Ancak bizim çalışmamızda depremde bir yakınını kaybeden kişilerin SMBÖ-YF toplam puanı düşük çıktı. Şu şekilde de düşünülebilir: Deprem gibi travmatik olaylar, insanların yaşamında büyük psikolojik etkilere neden olabilir. Yakınını kaybetmiş kişiler, bu tür deneyimlerin etkisiyle sosyal medyaya olan ilgi ve bağlılıklarında azalma yaşayabilirler. Bu tür zorlayıcı olaylar, sosyal medya kullanımını daha az çekici hale getirebilir ve acı veren duygusal süreçlerle başa çıkmak için farklı mekanizmalara yönlendirebilir. Deprem sonrası yakınını kaybetmiş kişiler genellikle sosyal destek sistemlerine ihtiyaç duyarlar. Bu destek, çevrelerindeki insanlarla daha fazla fiziksel ve duygusal bağlantı kurmalarını teşvik edebilir ve bu nedenle sosyal medya kullanımına daha az zaman ayırabilirler. Gerçek hayatta bağlantı ve destek arayışı, sosyal medya bağımlılığını

azaltabilir. Bir başka bakış açısıyla bakarsak: Deprem gibi büyük trajediler, insanların önceliklerini değiştirebilir. Yakınını kaybetmiş kişiler, hayatlarının diğer yönlerine odaklanmak ve sosyal medyadan uzaklaşmak isteyebilirler. Bu, sosyal medya bağımlılığının azalmasına yol açabilir.

Araştırmamızın sonucunda tüm katılımcılarda ASRS ve SMBÖ-YF puanları arasında pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca ASRS ve SMBÖ-YF ölçeklerinin alt puanları arasında da pozitif korelasyon belirlendi. Bu konuyla ilgili olabilecek bir çalışmada DEHB olan ergenlerin, DEHB olmayanlara kıyasla daha fazla sahte Facebook hesabına sahip olduklarını, kendi hesaplarını daha uzun süredir kullandıklarını, Facebook'u daha fazla motivasyon türü için kullandıklarını ve Facebook aşırı kullanımının daha sık olduğunu göstermiş (173). Bir başka çalışmada ise bulgular, DEHB belirtilerinin bağımlılık yapıcı düzeylerde Facebook kullanımı için önemli ve istatistiksel olarak anlamlı bir öngörücü olduğunu göstermiş (174). Bu çalışmalar, DEHB belirtilerinin sosyal medya bağımlılığını artırıcı bir etken olabileceğini gösteriyor. Oysaki, anlamlı DEHB semptomları olmayan ergenlerde yapılan uzunlamasına bir çalışmada, dijital medya faaliyetlerine (sosyal veya sosyal olmayan) daha fazla katılımın, iki yıl sonra kendi kendine bildirilen DEHB semptomlarıyla ilişkili olduğu bulunmuş (175). Yani bu çalışma sosyal medyanın daha fazla kullanımının, DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olduğunu belirterek ters yönde bir neden-sonuç ilişkisi sunmaktadır. Ancak bu çalışmada RA C. ve ark. Sosyal medya bağımlılığı gibi bir kavramdan bahsetmemiş olup dijital medya faaliyetlerine daha fazla katılımı ilgili bir yaklaşım sergilemiş.

Araştırmamızda beklediğimiz sonuçlardan biri DEHB belirtilerinin artması sosyal medya bağımlılık düzeyini artırır şeklindeydi. Şu şekilde bir detay söz konusu ki araştırmamızın bulgularında yer alan ASRS ve SMBÖ-YF puanları ve alt ölçeklerin puanları arasındaki pozitif korelasyon, neden-sonuç niteliği taşımamaktadır. Yazımızda örneklerinden bahsettiğimiz gibi literatürde hipotezimizi destekleyen çalışmaların var olduğunu yanı sıra tersi yönde bağlantının bulunduğunu gösteren çalışmalar da var. Ancak bizim bulgularımızda neden-sonuç ilişkisi kurmak pek mümkün görünmüyor. Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri de budur. Farklı bir bakış açısı sunabilecek şöyle bir çalışma yapılmış ki; sosyal medya kullanım yoğunluğunun değil, kişinin bildirdiği sosyal medya kullanım problemlerinin, zaman içinde kişinin bildirdiği DEHB semptomlarını öngördüğünü göstererek sosyal medya kullanımının sıklığı ya da bağımlılık düzeyinde kullanımı değil sosyal medya kullanımında yaşanan problemlerin

zaman içinde DEHB belirtilerine sebep olduğunu belirtmiş (11). Sonuç olarak DEHB belirtilerinin sosyal medya bağımlılığına veya bunun tersi yönünde neden-sonuç ilişkisinin olabileceğine dair ya da sosyal medyayla DEHB belirtilerinin hangi yönlerden ilişkili olabileceğine dair daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemiz yakın tarihte büyük bir deprem felaketi yaşadı. Biz bu araştırmayı planlarken depremde olmanın veya depremden etkilenişin dikkatte dağılmaya ve sosyal medya kullanımında artışa neden olabileceğini öne sürmüştük. Çalışmamızda depremde bir yakınını kaybeden kişilerin SMBÖ-YF toplam puanı düşük çıktı. Depremde yakınlarını kaybeden, mal kaybı ve sağlığında bozulma yaşayan ve herhangi bir şekilde etkilenen her kişi için psikososyal destek sunulmalıdır. Deprem sonrası DEHB ve sosyal medya kullanımıyla ilgili risk değerlendirmeleriyle birlikte multidisipliner yaklaşım sağlanmalıdır.

Deprem sonrasında araştırmayı gerçekleştirdiğimiz popülasyonda depremin kişiler üzerindeki doğrudan ya da dolaylı etkisinin DEHB belirtileriyle ya da sosyal medya bağımlılığıyla ilişkisinin olup olmadığıyla ilgili anlamlı başka bir sonuca ulaşamadık. Bunu, araştırmayı yürüttüğümüz yerleşim yerinin depremden doğrudan etkilenen ve yıkımların gerçekleştiği bir bölge olmamasına bağlayabiliriz. Araştırmayı yaptığımız popülasyonun bulunduğu Laçın ilçesi, depremdeki yıkıcı etki nedeniyle olan göçlerin yoğun olarak gerçekleştiği yerleşim yerlerinden biri olarak pek sayılmaz. DEHB belirtileri ve sosyal medya bağımlılığının depremle ilişkisini derin olarak ortaya koyabilmek için belki de doğrudan deprem bölgesindeki popülasyon üzerinde ya da depremedelerin göç ettiği ve yerleştiği toplu yaşam alanlarında daha fazla kişinin çalışmaya dahil edildiği büyük çaplı bir çalışmanın yürütülmesi gerekebilir.

Sosyal medya, kişilerin güncel haberlere ve olaylara hızlıca ulaşabildiği dijital bir araçtır. Sosyal medya kullanımı kişilerde duygusal değişikliklere yol açabildiğinden, kişi bir olayı doğrudan yaşamamış da olsa o olayın içindeymiş gibi hareket edebiliyor. Bireyin sosyal medya sayesinde şahsen kendisinin o olaydan etkilenmiş gibi bir tepkisel davranış sergileyebilmesi özelliğinden kaynaklı araştırmamızda deprem faktörünü incelemeyi yine de istedik ve gerekli gördük. Çünkü depremin DEHB ve sosyal medya bağımlılığıyla ilgili etkilerinin olabileceğinden yola çıkarak sağlık çalışanlarında bu etkilerle ilgili bir farkındalık oluşturmak istedik. Deprem felaketi sonrasında kişilerde gerek DEHB belirtileriyle ilgili gerekse sosyal medya bağımlılığıyla ilgili belirtiler

konusunda aile hekimlerinin bilgi ve hassasiyetlerine çalışmamızın bir katkısının olabileceğini düşündük.

Araştırmamızın sonucunda DEHB belirtileriyle sosyal medya bağımlılığının ilişkili olduğunu saptadık. Toplumda, DEHB belirtileri ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkinin farkındalığını artırmaya yönelik eğitim programları geliştirilmelidir. Sosyal medya platformları, kullanıcıların günlük kullanım sürelerini takip edebilecekleri ve belirli sınırlamalar koyabilecekleri araçlar sunmalıdır. Bu, bireylerin daha sağlıklı dijital alışkanlıklar geliştirmelerine yardımcı olabilir.

Üniversite düzeyinde eğitimi olan kişilerde hiperaktivite ve dürtüsellik yüksek çıkmıştır. Psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda dikkat eksikliği puanı ve toplam ASRS puanı yüksek bulundu. Sosyal medyayı iş amaçlı kullananların iş amaçlı kullanmayanlara göre dikkat eksikliği ve ASRS toplam puanları yüksek çıktı. Sosyal medyayı alışveriş amaçlı kullananların alışveriş amaçlı kullanmayanlara göre HDP, DEP ve ASRS toplam puanı yüksek bulunmuştur. Tüm bu sonuçların ışığında, DEHB belirtileri ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki hakkında kapsamlı eğitim programları düzenlenmelidir. Sosyal medyanın güvenli kullanımıyla ilgili olarak dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı eğitimleri verilmelidir. Sosyal medya firmalarıyla politika üreticiler iş birliğinde bulunarak, kullanıcıları aşırı kullanıma karşı uyarıcı ve bilgilendirici içeriklerle destekleyen özelliklerin geliştirilmesiyle kontrollü sosyal medya kullanımının sağlanması amaçlanmalıdır. Sağlık sisteminde DEHB ve sosyal medya bağımlılığı konusunda hizmet içi eğitimler artırılmalı, destek ve tedavi konusunda fiziki altyapı oluşturulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):175-86.
2. Gallo EF, Posner J. Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):555-67.
3. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434-42.
4. Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):204-11.
5. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.
6. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(6):631-42.
7. Prakash J, Chatterjee K, Guha S, Srivastava K, Chauhan VS. Adult attention-deficit Hyperactivity disorder: From clinical reality toward conceptual clarity. *Ind Psychiatry J*. 2021;30(1):23-8.
8. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
9. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;931:1-16.
10. Taylor A, Deb S, Unwin G. Scales for the identification of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Res Dev Disabil*. 2011;32(3):924-38.

11. Boer M, Stevens G, Finkenauer C, van den Eijnden R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Symptoms, Social Media Use Intensity, and Social Media Use Problems in Adolescents: Investigating Directionality. *Child Dev.* 2020;91(4):e853-e65.
12. Demirci K, Akgonul M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict.* 2015;4(2):85-92.
13. Yeung A, Ng E, Abi-Jaoude E. TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *Can J Psychiatry.* 2022;67(12):899-906.
14. Farchakh Y, Dagher M, Barbar S, Haddad C, Akel M, Hallit S, et al. Association Between Problematic Social Media Use and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Sample of Lebanese Adults. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2022;24(2).
15. Dekkers TJ, van Hoorn J. Understanding Problematic Social Media Use in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Narrative Review and Clinical Recommendations. *Brain Sci.* 2022;12(12).
16. Ra CK, Cho J, Stone MD, De La Cerda J, Goldenson NI, Moroney E, et al. Association of Digital Media Use With Subsequent Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents. *JAMA.* 2018;320(3):255-63.
17. Turel O, Bechara A. Social Networking Site Use While Driving: ADHD and the Mediating Roles of Stress, Self-Esteem and Craving. *Front Psychol.* 2016;7:455.
18. Thorell LB, Buren J, Strom Wiman J, Sandberg D, Nutley SB. Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022.
19. Weiner L, Perroud N, Weibel S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:3115-29.
20. Moss SB, Nair R, Vallarino A, Wang S. Attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Prim Care.* 2007;34(3):445-73.

21. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
22. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-65.
23. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9(1):47-65.
24. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36(2):159-65.
25. Volkow ND, Swanson JM. Clinical practice: Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 2013;369(20):1935-44.
26. Asherson P, Agnew-Blais J. Annual Research Review: Does late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder exist? *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(4):333-52.
27. Biederman J, Fried R, Petty CR, Wozniak J, Doyle AE, Henin A, et al. Cognitive development in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study in medication-naive adults across the adult life cycle. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(1):11-6.
28. Salvi V, Migliarese G, Venturi V, Rossi F, Torriero S, Vigano V, et al. ADHD in adults: clinical subtypes and associated characteristics. *Riv Psichiatr*. 2019;54(2):84-9.
29. Ersan EE, Dogan O, Dogan S, Sumer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):354-61.
30. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73(2):132-40.
31. Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatr Clin North Am*. 1998;21(4):761-74.

32. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
33. Kuntsi J, Neale BM, Chen W, Faraone SV, Asherson P. The IMAGE project: methodological issues for the molecular genetic analysis of ADHD. *Behav Brain Funct*. 2006;2:27.
34. Demontis D, Walters RK, Martin J, Mattheisen M, Als TD, Agerbo E, et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet*. 2019;51(1):63-75.
35. Martin J, O'Donovan MC, Thapar A, Langley K, Williams N. The relative contribution of common and rare genetic variants to ADHD. *Transl Psychiatry*. 2015;5(2):e506.
36. Thapar A. Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. *Am J Psychiatry*. 2018;175(10):943-50.
37. Li Z, Chang SH, Zhang LY, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Res*. 2014;219(1):10-24.
38. Hebebrand J, Dempfle A, Saar K, Thiele H, Herpertz-Dahlmann B, Linder M, et al. A genome-wide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in 155 German sib-pairs. *Mol Psychiatry*. 2006;11(2):196-205.
39. Boomsma DI, Saviouk V, Hottenga JJ, Distel MA, de Moor MH, Vink JM, et al. Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults. *PLoS One*. 2010;5(5):e10621.
40. Larsson H, Asherson P, Chang Z, Ljung T, Friedrichs B, Larsson JO, et al. Genetic and environmental influences on adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms: a large Swedish population-based study of twins. *Psychol Med*. 2013;43(1):197-207.
41. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1432-7.

42. Arnsten AF. Toward a new understanding of attention-deficit hyperactivity disorder pathophysiology: an important role for prefrontal cortex dysfunction. *CNS Drugs*. 2009;23 Suppl 1:33-41.
43. Ma CL, Arnsten AF, Li BM. Locomotor hyperactivity induced by blockade of prefrontal cortical alpha2-adrenoceptors in monkeys. *Biol Psychiatry*. 2005;57(2):192-5.
44. Prince J. Catecholamine dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(3 Suppl 2):S39-45.
45. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104(49):19649-54.
46. Raichle ME. The brain's default mode network. *Annu Rev Neurosci*. 2015;38:433-47.
47. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2020;395(10222):450-62.
48. Sonuga-Barke EJ, Castellanos FX. Spontaneous attentional fluctuations in impaired states and pathological conditions: a neurobiological hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2007;31(7):977-86.
49. Posner J, Rauh V, Gruber A, Gat I, Wang Z, Peterson BS. Dissociable attentional and affective circuits in medication-naive children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*. 2013;213(1):24-30.
50. Cha J, Fekete T, Siciliano F, Biezonski D, Greenhill L, Pliszka SR, et al. Neural Correlates of Aggression in Medication-Naive Children with ADHD: Multivariate Analysis of Morphometry and Tractography. *Neuropsychopharmacology*. 2015;40(7):1717-25.
51. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310-9.
52. Plichta MM, Scheres A. Ventral-striatal responsiveness during reward anticipation in ADHD and its relation to trait impulsivity in the healthy population: a meta-analytic review of the fMRI literature. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;38:125-34.

53. Konrad A, Dielentheis TF, El Masri D, Bayerl M, Fehr C, Gesierich T, et al. Disturbed structural connectivity is related to inattention and impulsivity in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Neurosci*. 2010;31(5):912-9.
54. Nikolas MA, Nigg JT. Neuropsychological performance and attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychology*. 2013;27(1):107-20.
55. Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:135-68.
56. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*. 2008;13(11):977-84.
57. Lazzaro I, Gordon E, Whitmont S, Plahn M, Li W, Clarke S, et al. Quantified EEG activity in adolescent attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Electroencephalogr*. 1998;29(1):37-42.
58. Johnstone SJ, Barry RJ, Clarke AR. Ten years on: a follow-up review of ERP research in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Neurophysiol*. 2013;124(4):644-57.
59. Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(5):333-44.
60. Magnus W, Nazir S, Anilkumar AC, Shaban K. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *StatPearls*. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Saad Nazir declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Arayamparambil Anilkumar declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Kamleh Shaban declares no relevant financial relationships with ineligible companies.2023.
61. Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CMAJ*. 2003;168(6):715-22.
62. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12(2):92-8.
63. Gentile JP, Atiq R, Gillig PM. Adult ADHD: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Medication Management. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006;3(8):25-30.
64. Goodman D. Adult ADHD and comorbid depressive disorders: diagnostic challenges and treatment options. *CNS Spectr*. 2009;14(7 Suppl 6):5-7; discussion 13-4.

65. Sadeghian Nadooshan MR, Shahrivar Z, Mahmoudi Gharai J, Salehi L. ADHD in adults with major depressive or bipolar disorder: does it affect clinical features, comorbidity, quality of life, and global functioning? *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):707.
66. Baud P, Perroud N, Aubry JM. [Bipolar disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in adults: differential diagnosis or comorbidity]. *Rev Med Suisse*. 2011;7(297):1219-22.
67. Grogan K, Gormley CI, Rooney B, Whelan R, Kiiski H, Naughton M, et al. Differential diagnosis and comorbidity of ADHD and anxiety in adults. *Br J Clin Psychol*. 2018;57(1):99-115.
68. Asherson P, Young AH, Eich-Hochli D, Moran P, Porsdal V, Deberdt W. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr Med Res Opin*. 2014;30(8):1657-72.
69. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(12):1792-8.
70. Geffen J, Forster K. Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8(1):25-32.
71. Brikell I, Chen Q, Kuja-Halkola R, D'Onofrio BM, Wiggs KK, Lichtenstein P, et al. Medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and the risk of acute seizures in individuals with epilepsy. *Epilepsia*. 2019;60(2):284-93.
72. Fosi T, Lax-Pericall MT, Scott RC, Neville BG, Aylett SE. Methylphenidate treatment of attention deficit hyperactivity disorder in young people with learning disability and difficult-to-treat epilepsy: evidence of clinical benefit. *Epilepsia*. 2013;54(12):2071-81.
73. Osland ST, Steeves TD, Pringsheim T. Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;6(6):CD007990.
74. Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med*. 2010;122(5):97-109.

75. Han DH, McDuff D, Thompson D, Hitchcock ME, Reardon CL, Hainline B. Attention-deficit/hyperactivity disorder in elite athletes: a narrative review. *Br J Sports Med.* 2019;53(12):741-5.
76. Ching C, Eslick GD, Poulton AS. Evaluation of Methylphenidate Safety and Maximum-Dose Titration Rationale in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2019;173(7):630-9.
77. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2000;9(3):711-26.
78. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med.* 2012;10:99.
79. Aichner T, Grunfelder M, Maurer O, Jegeni D. Twenty-Five Years of Social Media: A Review of Social Media Applications and Definitions from 1994 to 2019. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2021;24(4):215-22.
80. Toprak A, Yıldırım Eroğlu A, Binark F, Çomu T, Senem B, Aygöl E. Toplumsal Paylaşım Ağı Facebook Görölüyorum Öyleyse Varım. 2009.
81. Hazar M. Sosyal medya bağımliliği-bir alan çalışması. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi.* 2011:151-75.
82. Gunasekeran DV, Chew A, Chandrasekar EK, Rajendram P, Kandarpa V, Rajendram M, et al. The Impact and Applications of Social Media Platforms for Public Health Responses Before and During the COVID-19 Pandemic: Systematic Literature Review. *J Med Internet Res.* 2022;24(4):e33680.
83. Demir M. Kullanım ve doyumlar kuramı bağlamında sosyal medya kullanımı: Beykent Üniversitesi örneği. *İletişimde Sosyal Medya Sosyal Medyada Etkileşim.* 2015:131-98.
84. Güngör N, Aydın D. *İletişim.* Ankara: Siyasal Kitabevi. 2011.
85. Chen J, Wang Y. Social Media Use for Health Purposes: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2021;23(5):e17917.
86. Bour C, Ahne A, Schmitz S, Perchoux C, Dessenne C, Fagherazzi G. The Use of Social Media for Health Research Purposes: Scoping Review. *J Med Internet Res.* 2021;23(5):e25736.

87. Hall BJ, Xiong YX, Yip PSY, Lao CK, Shi W, Sou EKL, et al. The association between disaster exposure and media use on post-traumatic stress disorder following Typhoon Hato in Macao, China. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1558709.
88. Chew AMK, Gunasekeran DV. Social Media Big Data: The Good, The Bad, and the Ugly (Un)truths. *Front Big Data*. 2021;4:623794.
89. Karim F, Oyewande AA, Abdalla LF, Chaudhry Ehsanullah R, Khan S. Social Media Use and Its Connection to Mental Health: A Systematic Review. *Cureus*. 2020;12(6):e8627.
90. Kanchan S, Gaidhane A. Social Media Role and Its Impact on Public Health: A Narrative Review. *Cureus*. 2023;15(1):e33737.
91. Kolhar M, Kazi RNA, Alameen A. Effect of social media use on learning, social interactions, and sleep duration among university students. *Saudi J Biol Sci*. 2021;28(4):2216-22.
92. Van den Eijnden R, Koning I, Doornwaard S, Van Gurp F, Ter Bogt T. The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *J Behav Addict*. 2018;7(3):697-706.
93. Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1010:21-41.
94. Kuss DJ, Griffiths MD. Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3).
95. Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*. 2005;10(4):191-7.
96. Lee-Won RJ, Herzog L, Park SG. Hooked on Facebook: The Role of Social Anxiety and Need for Social Assurance in Problematic Use of Facebook. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2015;18(10):567-74.
97. Ruggieri S, Santoro G, Pace U, Passanisi A, Schimmenti A. Problematic Facebook use and anxiety concerning use of social media in mothers and their offspring: An actor-partner interdependence model. *Addict Behav Rep*. 2020;11:100256.
98. Casale S, Fioravanti G. Satisfying needs through Social Networking Sites: A pathway towards problematic Internet use for socially anxious people? *Addict Behav Rep*. 2015;1:34-9.

99. Nikkelen SW, Valkenburg PM, Huizinga M, Bushman BJ. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Dev Psychol.* 2014;50(9):2228-41.
100. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(4):692-708.
101. Beyens I, Valkenburg PM, Piotrowski JT. Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018;115(40):9875-81.
102. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Curr Opin Psychol.* 2022;44:58-68.
103. Fenn K, Byrne M. The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT.* 2013;6(9):579-85.
104. Windgassen S, Moss-Morris R, Goldsmith K, Chalder T. Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety. *J Psychosom Res.* 2019;118:73-82.
105. Spence SH. *Social Skills Training with Children and Young People: Theory, Evidence and Practice.* Child Adolesc Ment Health. 2003;8(2):84-96.
106. Elliott S, Gresham F. *Social skills improvement system: Performance screening guides.* Bloomington, MN: Pearson Assessments. 2007.
107. Nyatanga L. Social skills training: some ideas on its origin, nature and application. *Nurse Educ Today.* 1989;9(1):56-65.
108. Uyaroglu AK, Ergin E, Tosun AS, Erdem O. A cross-sectional study of social media addiction and social and emotional loneliness in university students in Turkey. *Perspect Psychiatr Care.* 2022;58(4):2263-71.
109. Zhang G, Yue X, Ye Y, Peng MY. Understanding the Impact of the Psychological Cognitive Process on Student Learning Satisfaction: Combination of the Social Cognitive Career Theory and SOR Model. *Front Psychol.* 2021;12:712323.
110. Cudo A, Misiuro A, Kopis-Posiej N, Jaskiewicz M, Misiuro T. Cognitive functioning and social networking sites addiction - a review. *Psychiatr Pol.* 2022;56(3):471-91.

111. Hollander E, Rosen J. Impulsivity. *J Psychopharmacol*. 2000;14(2 Suppl 1):S39-44.
112. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*. 2001;30(4):669-89.
113. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.
114. Adler G. Psychodynamics of impulsive behavior. *Working with the impulsive person*. 1979:3-17.
115. Coccaro EF, Bergeman CS, McClearn GE. Heritability of irritable impulsiveness: a study of twins reared together and apart. *Psychiatry Res*. 1993;48(3):229-42.
116. Hur YM, Bouchard TJ, Jr. The genetic correlation between impulsivity and sensation seeking traits. *Behav Genet*. 1997;27(5):455-63.
117. Pedersen NL, Plomin R, McClearn GE, Friberg L. Neuroticism, extraversion, and related traits in adult twins reared apart and reared together. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55(6):950-7.
118. Keller MC, Coventry WL, Heath AC, Martin NG. Widespread evidence for non-additive genetic variation in Cloninger's and Eysenck's personality dimensions using a twin plus sibling design. *Behav Genet*. 2005;35(6):707-21.
119. Zietsch BP, Verweij KJ, Bailey JM, Wright MJ, Martin NG. Genetic and environmental influences on risky sexual behaviour and its relationship with personality. *Behav Genet*. 2010;40(1):12-21.
120. Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S, Bullmore ET, Robbins TW. Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biol Psychiatry*. 2010;68(8):770-3.
121. Higley JD, Thompson WW, Champoux M, Goldman D, Hasert MF, Kraemer GW, et al. Paternal and maternal genetic and environmental contributions to cerebrospinal fluid monoamine metabolites in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(8):615-23.

122. Limson R, Goldman D, Roy A, Lamparski D, Ravitz B, Adinoff B, et al. Personality and cerebrospinal fluid monoamine metabolites in alcoholics and controls. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(5):437-41.
123. Bevilacqua L, Doly S, Kaprio J, Yuan Q, Tikkanen R, Paunio T, et al. A population-specific HTR2B stop codon predisposes to severe impulsivity. *Nature*. 2010;468(7327):1061-6.
124. Bevilacqua L, Goldman D. Genetics of impulsive behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2013;368(1615):20120380.
125. Williams WA, Potenza MN. The neurobiology of impulse control disorders. *Braz J Psychiatry*. 2008;30 Suppl 1(0 1):S24-30.
126. Yu Y, Mo PK, Zhang J, Li J, Lau JT. Impulsivity, Self-control, Interpersonal Influences, and Maladaptive Cognitions as Factors of Internet Gaming Disorder Among Adolescents in China: Cross-sectional Mediation Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(10):e26810.
127. McKewen M, Skippen P, Cooper PS, Wong ASW, Michie PT, Lenroot R, et al. Does cognitive control ability mediate the relationship between reward-related mechanisms, impulsivity, and maladaptive outcomes in adolescence and young adulthood? *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2019;19(3):653-76.
128. Lopez R, Dauvilliers Y, Jaussent I, Billieux J, Bayard S. A multidimensional approach of impulsivity in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*. 2015;227(2-3):290-5.
129. Sharpe BM, Simms LJ, Wright AGC. Impulsivity, Affect, and Stress in Daily Life: Examining a Cascade Model of Urgency. *J Pers Disord*. 2021;35(4):494-512.
130. Cackowski S, Reitz AC, Ende G, Kleindienst N, Bohus M, Schmahl C, et al. Impact of stress on different components of impulsivity in borderline personality disorder. *Psychol Med*. 2014;44(15):3329-40.
131. Chen P, Jacobson KC. Impulsivity moderates promotive environmental influences on adolescent delinquency: a comparison across family, school, and neighborhood contexts. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(7):1133-43.

132. Berry MS, Sweeney MM, Morath J, Odum AL, Jordan KE. The nature of impulsivity: visual exposure to natural environments decreases impulsive decision-making in a delay discounting task. *PLoS One*. 2014;9(5):e97915.
133. Mittal C, Griskevicius V. Sense of control under uncertainty depends on people's childhood environment: a life history theory approach. *J Pers Soc Psychol*. 2014;107(4):621-37.
134. Herman AM, Critchley HD, Duka T. Risk-Taking and Impulsivity: The Role of Mood States and Interoception. *Front Psychol*. 2018;9:1625.
135. Starosta J, Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K, Lizinczyk S. Impulsivity and Difficulties in Emotional Regulation as Predictors of Binge-Watching Behaviours. *Front Psychiatry*. 2021;12:743870.
136. Revall AS, Patton KA, Connor JP, Sheffield J, Wood AP, Castellanos-Ryan N, et al. From Impulse to Action? Cognitive Mechanisms of Impulsivity-Related Risk for Externalizing Behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 2020;48(8):1023-34.
137. Kozak K, Lucatch AM, Lowe DJE, Balodis IM, MacKillop J, George TP. The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. *Ann N Y Acad Sci*. 2019;1451(1):71-91.
138. Pistoia F, Conson M, Carolei A, Dema MG, Splendiani A, Curcio G, et al. Post-earthquake Distress and Development of Emotional Expertise in Young Adults. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:91.
139. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
140. Medved S, Imsiragic AS, Salopek I, Puljic D, Handl H, Kovac M, et al. Case Series: Managing Severe Mental Illness in Disaster Situation: the Croatian Experience After 2020 Earthquake. *Front Psychiatry*. 2021;12:795661.
141. Farooqui M, Quadri SA, Suriya SS, Khan MA, Ovais M, Sohail Z, et al. Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(2):135-43.

142. Cerda M, Paczkowski M, Galea S, Nemethy K, Pean C, Desvarieux M. Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety*. 2013;30(5):413-24.
143. Kun P, Han S, Chen X, Yao L. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1134-40.
144. Rhodes J, Chan C, Paxson C, Rouse CE, Waters M, Fussell E. The impact of hurricane Katrina on the mental and physical health of low-income parents in New Orleans. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80(2):237-47.
145. Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1992;149(3):328-32.
146. Tim Y, Pan SL, Ractham P, Kaewkitipong L. Digitally enabled disaster response: the emergence of social media as boundary objects in a flooding disaster. *Information Systems Journal*. 2017;27(2):197-232.
147. Schultz F, Utz S, Göritz A. Is the medium the message? Perceptions of and reactions to crisis communication via twitter, blogs and traditional media. *Public relations review*. 2011;37(1):20-7.
148. Huang C-M, Chan E, Hyder AA. Web 2.0 and Internet social networking: a new tool for disaster management?-Lessons from Taiwan. *BMC medical informatics and decision making*. 2010;10(1):1-5.
149. Cho SE, Jung K, Park HW. Social media use during Japan's 2011 earthquake: how Twitter transforms the locus of crisis communication. *Media International Australia*. 2013;149(1):28-40.
150. Sakurai M, Thapa D. Building resilience through effective disaster management: an information ecology perspective. *International Journal of Information Systems for Crisis Response and Management (IJISCRAM)*. 2017;9(1):11-26.
151. Henríquez-Coronel P, García García J, Herrera-Tapia J, editors. Management of natural disasters based on twitter analytics. 2017 Mexico earthquake. *Information Technology and Systems: Proceedings of ICITS 2019*; 2019: Springer.

152. Sell TK, Boddie C, McGinty EE, Pollack K, Smith KC, Burke TA, et al. Media Messages and Perception of Risk for Ebola Virus Infection, United States. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(1):108-11.
153. Ahmad AR, Murad HR. The Impact of Social Media on Panic During the COVID-19 Pandemic in Iraqi Kurdistan: Online Questionnaire Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(5):e19556.
154. Nekliudov NA, Blyuss O, Cheung KY, Petrou L, Genuneit J, Sushentsev N, et al. Excessive Media Consumption About COVID-19 is Associated With Increased State Anxiety: Outcomes of a Large Online Survey in Russia. *J Med Internet Res.* 2020;22(9):e20955.
155. Hossain MT, Ahammed B, Chanda SK, Jahan N, Ela MZ, Islam MN. Social and electronic media exposure and generalized anxiety disorder among people during COVID-19 outbreak in Bangladesh: A preliminary observation. *PLoS One.* 2020;15(9):e0238974.
156. Wathélet M, Duhem S, Vaiva G, Baubet T, Habran E, Veerapa E, et al. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2020;3(10):e2025591.
157. Pobiruchin M, Zowalla R, Wiesner M. Temporal and Location Variations, and Link Categories for the Dissemination of COVID-19-Related Information on Twitter During the SARS-CoV-2 Outbreak in Europe: Infoveillance Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(8):e19629.
158. Masedu F, Mazza M, Di Giovanni C, Calvarese A, Tiberti S, Sconci V, et al. Facebook, quality of life, and mental health outcomes in post-disaster urban environments: the l'aquila earthquake experience. *Front Public Health.* 2014;2:286.
159. Yokoyama Y, Otsuka K, Kawakami N, Kobayashi S, Ogawa A, Tannno K, et al. Mental health and related factors after the Great East Japan earthquake and tsunami. *PLoS One.* 2014;9(7):e102497.
160. Ando S, Kuwabara H, Araki T, Kanehara A, Tanaka S, Morishima R, et al. Mental Health Problems in a Community After the Great East Japan Earthquake in 2011: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry.* 2017;25(1):15-28.
161. Doğan S, Öncü Çetinkaya B, Saraçoğlu Varol G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2009.

162. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & behavior*. 1998;1(3):237-44.
163. Şahin C. An analysis of internet addiction levels of individuals according to various variables. 2011.
164. Griffiths M. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*. Division Of Clinical Psychology of the British Psychol Soc. 1995.
165. Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg GS, Pallesen S. Development of a Facebook addiction scale. *Psychological reports*. 2012;110(2):501-17.
166. Bányai F, Zsila Á, Király O, Maraz A, Elekes Z, Griffiths MD, et al. Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PloS one*. 2017;12(1):e0169839.
167. Al-Menayes J. Psychometric properties and validation of the Arabic social media addiction scale. *Journal of addiction*. 2015;2015.
168. Tutgun-Ünal A, Deniz L. Development of the social media addiction scale. *AJIT-e: Academic Journal of Information Technology*. 2015;6(21):51-70.
169. Şahin C, Yağcı M. Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu: Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2017;18(1):523-38.
170. Ertem A, Güzel A. Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2021;7(1): 245-260.
171. Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, Pallesen S. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2016;30(2): 252–262.
172. Özdemir O, Boysan M, Güzel Özdemir P, Yılmaz E. Relations between Post-traumatic Stress Disorder, Dissociation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Earthquake Survivors. *Noro Psikiyatr Ars*. 2015;52(3):252-257.

173. Gul H, Yurumez Solmaz E, Gul A, Oner O. Facebook overuse and addiction among Turkish adolescents: are ADHD and ADHD-related problems risk factors?. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018;28(1): 80-90
174. Settanni M, Marengo D, Fabris MA, Longobardi C. The interplay between ADHD symptoms and time perspective in addictive social media use: a study on adolescent Facebook users. *Children and Youth Services Review*. 2018;89: 165-170
175. Ra C, Cho J, Stone MD, De La Cerda J, Goldenson N, Moroney E, Tung I, Lee SS, Leventhal AM. Association of digital media use with subsequent symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. *JAMA*. 2018;320: 255–263.



8. EKLER

Ek-1 Sosyodemografik Veri Formu

Deprem Sonrası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile Sosyal Medya Bağımlılığının İlişkisi

1. Yaş:

2. Cinsiyet: Kadın / Erkek

3. Medeni durum: a. Evli b. Bekar c. Dul (evlenmiş boşanmış) d. İlişkisi var

4. Eğitim durumu:

a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlkokul mezunu
d. Ortaokul mezunu e. Lise mezunu f. Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz:

a. Öğrenci b. Ev Hanımı c. Çalışmıyor d. Serbest meslek e. Memur f. Emekli
Diğer.....

6. Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konuldu mu veya geçirdiniz mi?

a. Evet(belirtiniz).....İlaç ismi:
b. Hayır

7. Sosyal medyayı gün içinde en çok hangi zaman dilimlerinde kullanıyorsunuz?
- Sabah (saat 06:00-12:00 arası)
 - Öğleden Sonra (saat 12:00-18:00 arası)
 - Akşam (saat 18:00-24:00 arası)
 - Gece (saat 00:00-06:00 arası)
 - Tüm gün boyunca
8. Sosyal medyayı en sık hangi amaçla kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
- Haberleşme
 - Eğlence (Oyun oynamak, videolar, profiller veya hikayeler gibi içerikleri izlemek için)
 - İş/meslek amaçlı
 - Öğrenme (Eğitim veya bilgi edinmek için)
 - Alışveriş amaçlı (Gıda, tekstil, elektronik eşya, hediyelik eşyalar vb. alışverişleri)
 - Diğer
9. 6 Şubat 2023 tarihinde ve sonrasında ülkemizde gerçekleşen depremler sonucunda aşağıdakilerden hangileriyle karşılaştınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
- Mal kaybı/maddi hasarlı kayıp yaşadım. (Konut, işyeri hasarı ve meslekle ilgili kayıplar vb.)
 - Yakınlarımdan hafif veya ağır yaralananlar var.
 - Yakınlarımdan yaşamını yitirenler var.
 - Arkadaş çevremden yaralanan veya yaşamını yitirenler var.
 - Kendim kayıp yaşamadım; etraftan ya da medyadan duyduklarım var.
 - Daha önce deprem yaşamıştım.
 - Hiçbirisi

Ek-2 Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Sorular yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

Ek-3 Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda internette sosyal medya kullanımıyla ilgili çeşitli durumlar verilmiştir. Sizden, her ifadeyi dikkatlice okumanız ve kendiniz için en doğru olan ifadenin üzerine **X** işaretini koymanız istenmektedir. Lütfen boş madde bırakmayınız ve her durum için bir işaretleme yapınız.

- ① Bana Hiç Uygun Değil ② Bana Uygun Değil ③ Kararsızım
④ Bana Uygun ⑤ Bana Çok Uygun

1	Sosyal medyayı gerçek dünyadan bir kaçış olarak görüyorum.	①	②	③	④	⑤
2	Sosyal medyada planladığımdan daha uzun süre kalırım.	①	②	③	④	⑤
3	Kendimi mutsuz hissettiğim zamanlarda sosyal medyada olmak beni rahatlatır.	①	②	③	④	⑤
4	Sosyal medyada çok zaman geçirdiğimden işlerimi aksatıyorum.	①	②	③	④	⑤
5	Sosyal medyaya gerekmedikçe girmem.	①	②	③	④	⑤
6	Sosyal medya yüzünden verimliliğimin azaldığını fark ediyorum.	①	②	③	④	⑤
7	Sosyal medyada çok zaman geçirdiğim için çevremdekiler beni eleştirirler.	①	②	③	④	⑤
8	Sosyal medyayı kullanırken biri beni rahatsız ettiğinde sinirleniyorum.	①	②	③	④	⑤
9	Sosyal medyada iken kendimi özgür hissediyorum.	①	②	③	④	⑤
10	Sabah uyandığımda ilk işim sosyal medyaya girmek olur.	①	②	③	④	⑤
11	Sosyal medya kullanmayı sevmiyorum.	①	②	③	④	⑤
12	Güncel olaylardan haberdar olmak için sosyal medyadan ayrılıyorum.	①	②	③	④	⑤
13	Çevremde birileri varken bile, sosyal medyada olmayı tercih ederim.	①	②	③	④	⑤
14	Özel bazı duyuruları görebilmek ya da paylaşabilmek için sosyal medyada daha çok zaman geçiriyorum.	①	②	③	④	⑤
15	Sosyal medyadan dolayı aile üyelerini ihmal ettiğim olur.	①	②	③	④	⑤
16	İnsani amaçlı sosyal projelerde yer almak için sosyal medyayı kullanmaktan kendimi alamıyorum.	①	②	③	④	⑤
17	Sosyal medyada bağlantı kurduğum insanlara kendimi daha iyi anlatıyorum.	①	②	③	④	⑤
18	Sosyal medyadaki arkadaşlıkları gerçek yaşamdaki arkadaşlıklara tercih ederim.	①	②	③	④	⑤
19	Sosyal medya gruplarıyla iletişim halinde olabilmem için sosyal medyayı daha uzun süre kullanırım.	①	②	③	④	⑤
20	Çeşitli sosyal duyarlılıklar konusunda çabuk haberdar olma isteği beni daha çok sosyal medyada olmaya itiyor.	①	②	③	④	⑤