



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILI BİREYLERDE AKILLI TELEFON
BAĞIMLILIĞI VE SOSYOTELİZM

Dr. Merve KARAKUŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2022



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILI BİREYLERDE AKILLI TELEFON
BAĞIMLILIĞI VE SOSYOTELİZM

Dr. Merve KARAKUŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hayriye Dilek HAMURCU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde mesleki bilgi ve deneyimlerinden her zaman yararlandığım, meslek hayatımda bana verdiği değerli bilgilerden faydalanmaya devam edeceğim anabilim dalı başkanımız ve değerli hocam Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ'ye

Asistanlık eğitimim sürecinde bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bana yol gösteren ve tezimin her aşamasında büyük destek, katkı ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Hayriye Dilek HAMURCU'ya,

Uzmanlık eğitimimde kendilerinden çok şey öğrendiğim ve tecrübelerinden istifade ettiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU, Doç. Dr. Ahmet KOKURCAN, Prof. Dr. Elvan ÖZALP'e,

Bu süreci beraber geçirmekten mutluluk duyduğum, zor zamanlarımda bana her zaman destek olan, tecrübelerini benden esirgemeyen ve bu süreci çekilir kılan tüm asistan arkadaşlarım ve klinik uzmanlarımıza,

Ekip olarak çalışma fırsatı bulduğum, çalışmaktan keyif aldığım tüm hemşire, psikolog, hastane personeli ve sekreterimize ve tüm sıkıntılara rağmen, benimle görüşmeyi kabul eden hastalarım ve onların yakınlarına,

Tanıştığımız günden beri dünyamı güzelleştiren, hayatıma anlam katan, sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiren, çok sevdiğim eşim Emre KARAKUŞ'a

Hayatın getirdiği tüm zorluklara rağmen beni sevgi ve şefkat ile büyüten, hakkını ödeyemeyeceğim canım annem Reyhan BÜYÜKÖNLÜ'ye ve tez sürecimde bana her zaman destek olan, kardeşim gibi hissettiğim meslektaşım sevgili kuzenim ile ailesine,

Aile sıcaklığını her zaman hissettiren, tüm zorluklarımda yanımda olan sevgili annem Halide KARAKUŞ ve babam Akın KARAKUŞ'a

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Merve KARAKUŞ

Ankara, 2022

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| TEŞEKKÜR..... | i |
| İÇİNDEKİLER | ii |
| KISALTMALAR VE SİMGELER..... | v |
| TABLO LİSTESİ..... | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU..... | 3 |
| 2.1.1. Tanım ve Tarihçe | 3 |
| 2.1.2. Epidemiyoloji | 4 |
| 2.1.3. Etiyoloji..... | 4 |
| 2.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı..... | 6 |
| 2.1.5. Tedavi | 7 |
| 2.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Tanılar..... | 9 |
| 2.2. AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI..... | 9 |
| 2.2.1. Akıllı Telefonun Tanımı ve Tarihsel Gelişimi | 9 |
| 2.2.2. Davranışsal Bağımlılıklar Bağlamında Akıllı Telefon Bağımlılığı..... | 10 |
| 2.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığının İlişkili Olduğu Psikolojik Faktörler | 11 |
| 2.2.4. Akıllı Telefon Bağımlılığının Dikkat Eksikliği ve Hiperkativite Bozukluğu ile İlişkisi | 13 |
| 2.2.5. Akıllı Telefon Bağımlılığını Azaltmaya Yönelik Öneriler | 15 |
| 2.3. SOSYOTELİZM..... | 16 |
| 2.3.1. Sosyotelizm Nedir?..... | 16 |
| 2.3.2. Sosyotelizm ile İlgili Yapılmış Araştırmalar | 16 |
| 2.3.3. Sosyotelizmin Sonuçları | 18 |
| 2.3.4. Sosyotelizm ile Mücadele ve Önlemler | 18 |

| | |
|---|----|
| 3. YÖNTEM VE GEREÇLER..... | 1 |
| 3.1. YÖNTEM..... | 20 |
| 3.1.1. Araştırmanın Amacı..... | 20 |
| 3.1.2. Araştırmanın Tipi..... | 20 |
| 3.1.3. Araştırmanın Yeri | 20 |
| 3.1.4. Araştırmanın Evreni..... | 21 |
| 3.2. VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ..... | 23 |
| 3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu | 23 |
| 3.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu..... | 23 |
| 3.2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği | 25 |
| 3.2.4. Sosyotelizm Ölçeği..... | 25 |
| 3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ | 27 |
| 4. BULGULAR..... | 28 |
| 4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİ VE AKILLI TELEFON KULLANIMI İLE İLGİLİ VERİLER | 28 |
| 4.2. KATILIMCILARIN ASRS, SOSYOTELİZM VE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI PUAN ORTALAMALARI..... | 30 |
| 4.3. KATILIMCILARIN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI VE ASRS PUANLARI İLE SOSYOTELİZM VE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ..... | 30 |
| 4.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI OLAN KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON KULLANIM DÜZEYLERİ İLE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI VE SOSYOTELİZM ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR..... | 33 |
| 4.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISININ BULUNMASI AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI VE SOSYOTELİZMİ YORDAR MI?..... | 38 |
| 5. TARTIŞMA..... | 40 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 47 |

| | |
|---|----|
| 7. KAYNAKÇA..... | 48 |
| 8. EKLER..... | 60 |
| EK-1: ETİK KURUL ONAYI VE TEZ ONAY FORMU | 60 |
| EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU..... | 63 |
| EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU | 65 |
| EK-4: AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORMU..... | 67 |
| EK-5: ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ..... | 68 |
| EK-6: SOSYOTELİZM ÖLÇEĞİ..... | 69 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ..... | 70 |



KISALTMALAR VE SİMGELER

- ANOVA** : Analysis of Variance (Tek Yönlü Varyans Analizi)
- ASRS** : Adult ADHD Self Report Scale (Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği)
- DEHB** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruslan Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
- KMO** : Kaiser-Meyer-Olkin
- N** : Kişi sayısı
- P** : Anlamlılık Düzeyi
- Sd** : Serbestlik derecesi
- SPSS** : Statistical Package for the Social Science
- SS** : Standart Sapma

TABLO LİSTESİ

| | | |
|------------------|--|----|
| Tablo 1. | Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu Faktör Analizi Sonuçları..... | 24 |
| Tablo 2. | Sosyotelizm Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları | 26 |
| Tablo 3. | Sosyodemografik ve Akıllı Telefon Kullanımıyla İlgili Bazı Veriler..... | 28 |
| Tablo 4. | Sosyotelizm ve Akıllı Telefon Bağımlılığının DEHB Tanısı Açısından İncelenmesi | 31 |
| Tablo 5. | Sosyotelizm ve Akıllı Telefon Bağımlılığı ile ASRS ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki | 32 |
| Tablo 6. | Akıllı Telefon Bağımlılığı Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi..... | 33 |
| Tablo 7. | Sosyotelizm Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi | 34 |
| Tablo 8. | İletişim Bozukluğu Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi..... | 36 |
| Tablo 9. | Telefon Tutkusu Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi | 37 |
| Tablo 10. | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Akıllı Telefon Bağımlılığı Üzerindeki Etkisi..... | 38 |
| Tablo 11. | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Sosyotelizm Üzerindeki Etkisi..... | 38 |
| Tablo 12. | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun İletişim Bozukluğu Üzerindeki Etkisi | 39 |
| Tablo 13. | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Telefon Tutkusu Üzerindeki Etkisi..... | 39 |

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanımlı hastalar ile sağlıklı kontrol grubunu akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm düzeyleri açısından karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanımlı 150 hasta ve 150 sağlıklı gönüllü grubu dahil edildi. Hastalar ve sağlıklı gönüllülerle klinik görüşme yapıldı ve sosyodemografik veri formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa formu, Sosyotelizm Ölçeği uygulandı. DEHB grubuna ayrıca Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) uygulandı. Sonuçlar istatistiksel olarak $P<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Sağlıklı gönüllülerin akıllı telefon bağımlılığı puanları DEHB tanımlı gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Her iki grup arasında sosyotelizm puanları açısından ise anlamlı bir farklılık saptanmadı. DEHB grubunda ASRS, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik puanları; akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizmin alt boyutu olan telefon tutkusu puanları ile pozitif yönde anlamlı olarak ilişkilidi. Sosyotelizmin diğer alt boyutu olan iletişim bozukluğu ile ASRS arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Sonuç: Kontrol grubumuz DEHB tanımlı gruba göre akıllı telefona daha fazla bağımlıdır. Sosyotelizm puanları açısından ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. DEHB tanımlı gurubumuzda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri arttıkça akıllı telefon bağımlılığının ve sosyotelizmin telefon tutkusu düzeylerinin arttığı görülmektedir. Çalışmamız davranışsal bağımlılıklar ve DEHB ilişkisi açısından literatüre katkı sağlamakla beraber bu alanda yapılacak uzunlamasına geniş örneklemlili izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperkativite Bozukluğu, Akıllı Telefon Bağımlılığı, Sosyotelizm

ABSTRACT

SMARTPHONE ADDICTION AND SOCIOTELISM IN INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH ADULT ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Objectives: In our study, we aimed to compare the patients diagnosed with adult attention deficit and hyperactivity disorder and the healthy control group in terms of smartphone addiction and sociotelism levels.

Materials and Methods: A group of 150 patients with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and 150 healthy volunteers were included in the study. Clinical interviews were conducted with the patients and healthy volunteers, and sociodemographic data form, Smartphone Addiction Scale-Short form, Sociotelism Scale were applied. The Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS) was also administered to the ADHD group. The results were statistically evaluated at the $P < 0.05$ significance level.

Results: Smartphone addiction scores of healthy volunteers were found to be significantly higher than the ADHD group. There was no significant difference between the two groups in terms of sociotelism scores. ASRS, attention deficit and hyperactivity/impulsivity scores in the ADHD group; It was positively and significantly correlated with smartphone addiction and phone passion scores, which is a sub-dimension of sociotelism. No significant relationship was found between communication disorder, which is another sub-dimension of sociotelism, and ASRS.

Conclusions: Our control group is more addicted to smartphones than the ADHD group. There was no significant difference between the two groups in terms of sociotelism scores. In our ADHD group, as attention deficit and hyperactivity/impulsivity levels increase, it is seen that smartphone addiction and sociotelism's phone passion levels increase. Although our study contributes to the literature in terms of the relationship between behavioral addictions and ADHD, it shows that there is a need for longitudinal large sample follow-up studies in this area.

Keywords: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Smartphone Addiction, Sociotelism

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağında başlayan, bireyin yaşına ve gelişim düzeyine göre uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile kendini gösteren, etkileri yaşam boyu devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Çocuk ve ergenlerde, ortalama prevalansı %3,4 olarak bildirilmektedir (2). Yaş alma ile birlikte DEHB belirtileri görülme sıklığı azalmakla beraber, erişkinlik döneminde %50-70 oranında devam edebilmekte, klinik görünümde de değişiklikler gözlenmektedir (3,4). Çocukluk döneminde temel belirtiler dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite iken erişkinlik döneminde duygudurumu düzenlemede güçlük, yönetici işlevlerde sorunlar, dikkat sorunları, motor inhibisyonda eksiklikler ve davranışlarını kontrol etmede güçlük görülmektedir. Erişkin bireyler tanı ölçütlerini tam olarak karşılamasalar da akranlarına göre işlevsellik alanında belirgin sorunlar yaşamaktadırlar (4). Alkol madde kullanım bozukluğu ve davranışsal bağımlılık tanılarının eşlik etmesi klinik gidişatı ağırlaştırır ve işlevselliği kötü etkileyen en önemli problemlerdendir. Davranışsal bağımlılıklar ve DEHB’de altta yatan ortak mekanizmalar, davranış üzerinde bilişsel kontrolün yetersizliği, devam eden davranışı durdurabilme yetersizliği, ödül verilmediğinde davranışı sonlandırma güçlüğü, motor inhibisyon bozukluğu, ertelemeye tahammülsüzlük, dikkati yeni uyarılara yönlendirebilme ve ödülün büyüklüğünü tayin etme güçlüğüdür. Tüm bu sebeplerle bağımlılık durumunda DEHB’yi erken tanımak ve tedavi etmek çok önemlidir (5,6).

Davranışsal bağımlılık, psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik alanlarda yol açtığı zararlara rağmen, aşırı ve takıntılı bir biçimde bu davranışı sürdürme, davranışa yönelik engel olunamayan bir istek duyma ve davranış üzerinde kontrolün kaybolması hali olarak tanımlanmaktadır (7,8). Davranışsal bağımlılıklar, çoğunlukla genç erişkinlikte başlayarak yinelemelerle giden kronik bir seyir göstermekte, kişinin işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Başlangıçta benliğe uyumlu iken zamanla benliğe uyumsuz bir hal almakta, heyecan arama ve dürtüsellik ön plana çıkmaktadır. Kumar oynama bozukluğu, internette oyun oynama bozukluğu, internet bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı, yeme bağımlılığı, seks ve pornografi bağımlılığı, egzersiz bağımlılığı, ilişki bağımlılığı, iş bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı gibi tanımlar davranışsal bağımlılık olarak kabul edilmekte ve üzerinde tartışılmaktadır (9). Ruhsal

Bozukluların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) beşinci versiyonunda, kumar oynama bozukluğu “Maddeyle İlişkili Olmayan Bağımlılıklar” alt kategorisinde tanısal sınıflamada yer alan ilk davranışsal bağımlılıktır (1). Tanımlanan diğer davranışsal bağımlılıkların tanısal geçerliliği hakkındaki tartışmalar devam etmektedir (9). Davranışsal bağımlılıklar kategorisinde akıllı telefon bağımlılığının önemli bir yeri vardır. Akıllı telefon kullanımının günlük yaşamda sağladığı avantajlarla gittikçe popülerleşmesi ve bilişim teknolojilerindeki gelişmelerin hızlanması bu yeni bağımlılık türünü sosyal bir problem haline dönüştürmüştür. Günlük aktivitelere ayrılan zamanda azalma, dürtü kontrolü bozuklukları gibi durumlara sebep olmaktadır (10). Kişinin başka kişilerle bulunduğu sosyal ortamda akıllı telefonu ile ilgilenmesi ve algısını kişilerarası iletişimden uzaklaştırması durumu ise sosyotelizm olarak tanımlanmıştır. Sosyotelizm, akıllı telefonların kapsamlı kullanım olanağı sağlaması sebebiyle akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı, sosyal medya, oyun ve uygulama bağımlılığı gibi bağımlılıkları içinde barındıran ve çok boyutlu yapısı olan bir kavramdır. Sosyotelizm davranışını sergileyen bireylerin empati yapamadıkları, davranışlarını düzenlemekte güçlük yaşadıkları, öz düzenleme yetilerinin düşük olduğu, iletişim becerileri açısından yetersiz oldukları ve iletişim kurulan kişiyle göz teması kurmakta zorlandıkları, aktarılanları eksik anladıkları, bazılarının çevreden gelen uyarınları tamamen fark etmediği gözlenmiştir (11). Sosyotelist bireylerin sosyal, iletişim, davranış ve dikkat alanlarında yaşadıkları bu güçlüklerin çoğunun DEHB’si olan bireylerde de görüldüğü bilinmektedir. Dolayısıyla bu iki bozukluğun birbirine eşlik etmesi psikopatoloji düzeyini ağırlaştırıcı bir risk faktörüdür.

DEHB tanısı olan bireylerde daha fazla dürtüsellik, davranış kontrolünde yetersizlik ve ödüle hassasiyet vardır. Akıllı telefon kullanımıyla bir hedefin kontrolünde olma hissi, kullanım ile ortaya çıkan birçok uyarıcı ve kendini ifade etme özgürlüğü sunması, DEHB’li bireyler için yüksek motivasyon ve ödül sağlayabilir (12). Biz de literatürdeki bulgulardan yola çıkarak çalışmamızda DEHB tanısı olan bireylerde akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm düzeylerinin yüksek olacağını öngördük. Bu çalışmada polikliniğimize başvuran erişkin DEHB tanısı alan hastalarda akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm düzeylerini araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

DEHB, okul öncesi dönemde başlayarak yetişkinliğe değin süren, dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri ile kendini gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur (13).

1902 yılında ilk kez George Still, DEHB'yi hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, dikkat problemleri ve davranım bozuklukları olan çocuklarda "ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği" olarak tanımlamıştır (14). Kahn ve Cohen, birinci dünya savaşından sonra ortaya çıkan influenza ensefaliti epidemisinde hastalığa yakalanan çocuklarda gelişen hiperaktivite, dürtüsellik ve duygusal değişikliklerin beyin sapındaki hasara bağlı olabileceğini düşünerek bozukluğu "organik kökenli" olarak tanımlamışlardır (15). 1937'de Bradley bozukluğu minimal beyin disfonksiyonu olarak tanımlamış, amfetamin tedavisiyle hiperaktif çocukların belirtilerinde düzelme olduğunu saptamıştır (16). Minimal beyin hasarı üzerinde geçmiş yıllarda durulmuş olsa da 1960'larda Clements ve Peters, beyin hasarının çocukların çok küçük bir kısmında görüldüğünü saptamıştır (17). Erişkin DEHB'ye yönelik yapılan ilk yayın ise 1968 yılında erişkinlerde yaptığı nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmeleri sonucu DEHB'nin erişkin dönemde de sürdüğünü belirten Hartocollis'e aittir (18). 1968 yılında bozukluk DSM-II' de "Hiperkinetik Sendrom", DSM-III' de "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak tanımlanmıştır. Ayrıca DSM-III'de hiperaktivitesi olan ve olmayan diye iki gruba ayrılmıştır. 1987'de DSM-III-R'de "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" terimi ilk kez kullanılmıştır. DSM-IV' de başlık olarak "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" şeklinde verilmiştir (19–22). DSM-V te ise Nörogelişimsel Bozuklular başlığı altında "Dikkat Eksikliği/ Aşırı Hareketlilik Bozukluğu" olarak tanımlanmıştır (1).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB'nin yaygınlığına ilişkin fikir birliği olmamasına rağmen, yapılan kapsamlı araştırmalar çocuklarda ortalama %5-10, erişkinlerde %4 oranında görülme sıklığı bildirmiştir (23). Polanczyk, De Lima ve arkadaşlarının 2007 yılında dünya genelinde yaptıkları meta analiz çalışmasında DEHB prevalansı, çocuk ve adolesanlarda %5.2; erişkinlerde %4.4 oranında saptanmıştır (24). Sivas il merkezinde 901 kişinin katıldığı erişkin DEHB'ye yönelik yapılan tarama testlerinde kesme puanı üzerinde yer alan grup klinik görüşme yapılarak değerlendirilmiş, erişkin DEHB yaygınlığı %2.7 olarak saptanmıştır (25).

Yaşlı bireylerde DEHB sıklığını araştıran çalışmaların sayısı kısıtlı olmakla birlikte prevalansının %3-4 olduğu tahmin edilmektedir (26,27). 65 yaş ve üstü 231 hastada DEHB prevalansı %4.2 olarak bulunmuştur (26).

DEHB tüm alt tiplerinde erkeklerde daha yüksek oranda görülmekte iken, kızlarda en yüksek olan görünüm dikkat eksikliği baskın olan tiptir (28). Froehlich ve arkadaşlarının çocuklarda DEHB alt tiplerine yönelik yaptığı bir çalışmada hiperaktivite ve dürtüsellik tipi %4,4; dikkatsizlik tipi %2, bileşik tipi %2,2 olarak saptanmıştır (29).

Ülkemizde yapılan en kapsamlı çalışmalardan birinde ilkökul ikinci sınıf öğrencilerinin öyküleri aile ve öğretmenlerinden alınmış, DSM-IV tanı ölçütlerine göre klinik görüşme yapılmıştır. Kısa Weschler çocuklar için zeka testi uygulanmıştır. DEHB sıklığı değerlendirmenin ilk yılı %13.38, ikinci yılı %12.53, üçüncü yılı %12.22, dördüncü yılı % 12.55 olarak bildirilmiştir (30).

2.1.3. Etiyoloji

DEHB, etyolojisi tam olarak aydınlatılamayan, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan multifaktöriyel bir psikiyatrik bozukluktur. Tutarlı bir kalıtım biçimi gösterilememiş olmakla beraber yüksek genetik geçiş gösterdiği bilinmektedir (31).

Faraone ve arkadaşları, 20 ikiz çalışmasını incelemişler ve DEHB'nin kalıtılabilirliğini yaklaşık %76 olarak saptamışlardır (32). DEHB olan çocukların birinci derece yakınlarında bozukluğun sıklığının arttığı, anne babalarında 2 ile 8 kat, kardeşlerinde ise 2 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (33). Monozigot ikizlerde %59-

92, dizigotik ikizlerde %29-42 eş hastalanma sıklığı bulunmuştur (13). Moleküler genetik çalışmalar birden çok gen üzerinde durmuş, özellikle dopamin taşınımından sorumlu DAT1, DRD4 ve DRD5 gibi dopamin reseptör genleri ön plana çıkmıştır. Serotonin transporter geni 5HTR1B, kolinerjik yolakta CHRNA4 geni, sinir sisteminin gelişimsel yollarında rol oynayan SNAP-25 geni de araştırılan diğer hedeflerdendir (34). Özellikle DEHB ve DRD4 geninin 7 tekrar alleli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (35). Hauser ve arkadaşları, 3.kromozomda bulunan tiroid reseptör-β geninin otozomal dominant geçiş gösteren mutasyonunda tiroid hormonuna direnç geliştiğini ve %42 oranında DEHB hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının bu duruma eşlik ettiğini saptamışlardır (36).

DEHB'li bireylerde dorsolateral prefrontal korteks ile orbitofrontal kortekste işlev bozukluğu saptanmıştır. Bozuklukların birincil olarak prefrontal korteks mi yoksa prefrontal korteks ile ilişkili beyin bölgelerine mi bağlı olduğu henüz kesinlik kazanmamıştır. Bu sebeple DEHB'nin fronto-subkortikal bir bozukluk olarak tanımlanması daha uygundur (37). DEHB tanılı çocukların beyin görüntülemeleri kontrol grubu ile karşılaştırılmış corpus callosum splenium bölgesi, posterior inferior serebellar vermis, sağ kaudat, total ve sağ serebral volümde hacimsel azalmanın olduğu gözlenmiştir (38). Yapılan ilk erişkin dikkat eksikliği yapısal beyin MR çalışmasında; dikkat, yürütücü ve bilişsel işlevlerde önemli rol oynayan dorsolateral prefrontal kortekste, medial dorsoanterior singulatta belirgin hacim küçülmesi ve beyaz cevherde genişleme gösterilmiştir (39).

Dikkat, biliş, motivasyon, uyanıklık gibi işlevlerde noradrenalinin önemli rolü olmakla beraber, ortamdaki düzeyinde dengesizlik olması locus cereleusta inhibisyon olmasını engeller. Davranışların ayarlanması ve sıraya konması, organize olabilme, dikkati odaklama, öğrenme, sözel akıcılık açısından mezokortikal dopamin yolağı önemlidir. Mezokortikal dopamin yolağı ve prefrontal bölgeye projekte olan noradrenerjik nöronların işlevlerinde aksama, DEHB'nin dikkat eksikliği semptomlarından sorumlu görünmektedir. Nigrostriatal dopamin yolağı, motor aktiviteyi kontrol etmesi açısından hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarını açıklamada önem kazanmıştır. Castellanos'a göre bu yolda DEHB'li bireylerde dopamin aktivitesinde rölatif bir artış söz konusudur (40).

DEHB'nin etiyojisinden sorumlu olabilecek pek çok çevresel etken de araştırılmış gebelik ve doğum sorunlarından özellikle fetusta hipoksiye yol açan nedenlerin DEHB semptomlarına sebep olabileceği görülmüştür. Annenin sağlık durumunun kötü olması, anne yaşı, beslenme bozuklukları, intrauterin enfeksiyonlar, doğumun süresi, düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi kanama, eklampsi, postmatürite, doğumun süresi, perinatal ve neonatal hipoksi bu sorunlara örnek olarak verilebilir (33,41).

2.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı

DEHB; hiperaktivite, dikkat dağınıklığı ve dürtüsellik belirtilerinden oluşan, kişinin işlevselliğini her alanda etkileyen kronik nörogelişimsel bir bozukluktur (1,42,43). DEHB, çocukluk dönemi sorunu olarak tanınsa da erişkin yaşamda da bazı klinik belirtileri devam etmektedir. Çocukluk döneminde tanı almış bireylerin %15'inden fazlası 25 yaşında tanı ölçütlerini tam karşılıyor görünmekle beraber, yarısında semptomlar işlevselliği etkileyecek oranda devam etmektedir (43).

DSM-5 tanı ölçütlerinde son 6 aydaki semptomlara göre bileşik tip, dikkatsizliğin baskın olduğu tip ve aşırı hareketliliğin/dürtüsellik baskın olduğu tip olmak üzere 3 alt tip belirtilmiştir (1). DSM-5'in hariç tutma kriterlerine otizm spektrum bozukluğu dahil edilmemiştir ve belirtilerin başlangıç yaşı 7'den 12'ye yükseltilmiştir (1,13). Ayrıca, DSM-5'te erişkinlerde DEHB tanısının karşılanması için 17 yaş ve üzerinde dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinden altısı yerine, beşinin bulunması yeterlidir (1).

Erişkin DEHB'de belirtiler çocukluk çağındaki belirtilerden farklılıklar göstermektedir. Çocukluk çağında hiperaktivite belirtileri ön plandayken, erişkinlik döneminde dikkatsizlik ve yürütücü işlevlerde sorunlar görülmektedir. Yürütücü işlevlerde yetersizlik olması sorun çözme becerilerinde, bilginin uygun biçimde yönlendirilmesi ve sentezinde aksaklığa sebebiyet verir. Barkley davranışsal inhibisyonun yetersiz olmasını yürütücü işlevlerde sorun yaşama ile bağdaştırmış, bunun sebebini frontal bölge gelişimi gecikmesine bağlamıştır (44,45).

Hiperaktivite, yaş aldıkça yerini içsel huzursuzluk ve bunaltı hissine bırakır. Gerginlik, yerinde duramama, engellenmeye dayanamama, sabırsızlık, aşırı konuşma gibi hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri de gözlenir. Dikkatsizlik

belirtileri olarak, zaman yönetiminde güçlükler, işin sonunu getirmede sorun yaşama, sık sık iş değiştirme, plan yapamama görülebilir. DEHB’li birey tedavisiz kaldığında uzun dönemde akademik sorunlar, alkol madde kullanımı, kumar oynama, intihar davranışı, kendine zarar verme, suç işleme, trafik kazaları, okula devam edememe gibi davranışlara yönelebilir. Ayrıca işsizlik, sosyoekonomik düzey olarak beklentinin altında kalma, benlik saygısında azalma, kişiler arası ilişkilerde ve evlilikte problem yaşama gibi sonuçlara da sıklıkla rastlanabilir (4,43,46–50).

Erişkin dönemde tanı koymak için hasta ve yakınlarıyla yapılan klinik görüşme ve derecelendirme ölçekleri önem taşır. Hastanın halihazırda mevcut semptomları ile geçmiş yaşantısındaki semptomları ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalıdır. Şikayetleri değerlendirirken son 6 ay göz önünde bulundurulup işlevselliği ne ölçüde etkilediğine bakılmalıdır. Çocukluk dönemi semptomları da mutlaka sorgulanmalı, ayrıntılı gelişim öyküsü alınmalıdır. Hastanın eğitim, iş, evlilik ve aile öyküsü değerlendirilmelidir. Eşlik eden psikiyatrik ve tıbbi eş tanılar göz önünde bulundurulmalı, gerekli tıbbi incelemeler yapılmalıdır (51).

Değerlendirmede ölçeklerin kullanılması işlev bozukluklarını saptama ve güncel belirtileri değerlendirmede önemlidir. Çocukluktaki belirtileri geçmişe yönelik değerlendiren ölçeklerden Wender Utah Derecelendirme Ölçeği’nin Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Güncel belirtileri sorgulayan ölçeklerden Türkçeye uyarlananlar ise Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği-Turgay Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Mevcut Semptomlar Ölçeği şeklindedir (52).

2.1.5. Tedavi

Hem çocukluk hem erişkinlik dönemi DEHB’de birincil tedavi seçeneği farmakolojik tedavidir. Bozukluğun kişinin işlevselliğine olan etkisi ve eşlik eden tanılar göz önünde bulundurularak tedavi planı yapılmalıdır. İlaç tedavisine psikoeğitim, davranışsal ve bilişsel yaklaşımların eklenmesinin de faydalı olduğu gözlenmiştir (53,54).

2019 Avrupa konsensüs raporunda ilaç tedavisinde ilk seçenek olarak monoaminooksidaz enzimini inhibe eden, dopamin noradrenalin geri alınımını engelleyen, presinaptik dopamin, noradrenalin ve serotonin salınımını arttırarak katekolamin taşınmasını arttıran psikostimulanlar önerilmektedir (55).

Metilfenidatın hızlı salınımlı formunun 4-6 saat, yavaş salınımlı formunun 11-12 saat etki süresi olup en sık tercih edilen psikostimulandır. Doz aralığının 0,3-1 mg/kg olarak alınması önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda bildirilen yan etkiler çarpıntı, sersemlik, uykusuzluk, kilo kaybı, iştah azalması, baş ağrısı, kaygı artışı ve vazomotor bozukluklardır. Çocuklarda beklenen boy ve ağırlık artışını ılımlı düzeyde azalttığı görülmüştür (56,57). Metilfenidatın hızlı salınımlı formunda, davranış geri tepmesi olarak adlandırılan ilaç etki süresi sonunda hastalık belirtilerinin artmış bir şekilde ortaya çıkması görülebilir. Bu durumda verilen toplam dozu gün içine bölmek ya da yavaş salınımlı forma geçiş denenebilir. Metilfenidat yavaş salınımlı formu ile dopamin artışı yavaş ve sürekli olduğundan ilaca bağımlılık gelişmediği düşünülmektedir (58). Ergen/genç yetişkinlerle yapılan 6 çalışmanın meta-analizinde ilaç tedavisi alan ve almayanlar karşılaştırıldığında tedavi alanlarda madde kullanım ve alkol kullanım bozuklukları 1,9 kat azalmıştır (59).

Beyinde norepinefrin taşıyan geri alım inhibitörlerinin, frontal lobda baskın dopamin düzenleyicisi olduğu ve dopamin selektif reseptörleri etkileyebildiği gösterilmiştir. Atomoksetin, seçici noradrenalin geri alım inhibitörü etkisiyle DEHB tedavisinde kullanılmakta olup “Food and Drug Administration” tarafından kullanımı onaylanmış ilk uyarıcı olmayan ilaçtır. Özellikle anksiyete, tik ve madde kullanım bozuklukları eş tanısı olduğunda ilk seçenektir. Uyarıcı ilaç kullanımını tolere edemeyen ya da fayda görmeyen hastalar ve uyarıcıların kontrendike olduğu hastalarda önemli bir alternatiftir. 0,5 mg /kg /gün olarak başlanarak, 1,2 mg /kg /gün doza 2 haftalık süreçte çıkılması ve maksimum dozaj olarak 1,4mg /kg /gün kullanılması önerilmiştir. Yan etkileri ender görülmekle beraber karaciğer fonksiyonlarında bozulma ve öz kırım düşüncelerinin takibinin yapılması önemlidir (60).

Selektif serotonin ve noradrenalin gerialım inhibitörlerinden olan venlafaksin ile yapılan beş çalışmada DEHB bulgularını gidermede etkin olabileceği gösterilmiştir (61). Selektif serotonin geri alım inhibitörü ve trisiklik antidepresan kullanımı ile ilgili

yeterli veri yoktur ve tek başına kullanımı önerilmemektedir. DEHB'ye anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği durumlarda stimulanların yanına selektif serotonin geri alım inhibitörü ekleme tercih edilebilir (55).

2.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Tanılar

Erişkin DEHB'li bireylerin %87 sinin en az bir, %56 sının en az iki psikiyatrik eş tanısı vardır (62). Çocukluk döneminde karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu gibi diğer yıkıcı davranım bozuklukları, öğrenme güçlüğü, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları eş tanıları sık görülürken, erişkin dönemde en sık duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik başta olmak üzere kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları eşlik eder (63).

DEHB'de davranışsal bağımlılıklar ve alkol madde kullanım bozukluğu riskinin arttığı ve bağımlılıkların eşlik etmesi durumunda işlevselliğin olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Bağımlılıklara DEHB'nin eşlik etmesi de klinik tabloyu ağırlaştırır ve gidişatı olumsuz etkiler. Eş tanı durumunda DEHB'nin tedavisine madde kullanımı sorgulandıktan sonra başlanmalıdır (5).

2.2. AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI

2.2.1. Akıllı Telefonun Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

İletişim, iki farklı şekilde tanımlanabilir. İlk olarak çeşitli yollarla düşünce, bilgi ve duyguların aktarımı, ikinci olarak teknolojik araçlar olan telefon, televizyon ve radyodan akan bilgi şeklindedir (64). İletişimde devrim niteliğinde olan ilk telefon Graham Bell tarafından 10 Mart 1876'da icat edilmiştir. 1991'de ilk kablosuz cep telefonunun icadı, Finlandiya'da gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de ise bu teknoloji 1994 yılında faaliyete başlamıştır (65). 1991 yılında kullanılmaya başlanan cep telefonları sadece sesli konuşma ve kısa mesaj gönderebilen cihazlar iken, 2007 yılında geliştirilen dokunmatik ekran kavramı akıllı telefonların miladıdır. Cep telefonlarına taşınabilir küçük cep bilgisayarları özelliklerinin eklenmesiyle internete bağlanmak, alışveriş yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak, oyun oynamak, film izlemek, alışveriş yapmak gibi pek çok özelliği barındıran akıllı telefonlar üretilmiştir (66,67).

Dünya genelinde teknolojik cihaz kullanımında ilk sırayı %88 oranla Güney Kore almakta, ülkemiz ise %59'luk oranla on ikinci sırada yer almaktadır (68). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 Eylül sonu raporunda cep telefonu aboneliği bulunanların sayısı 83 milyon kişi, internet aboneliği bulunanların sayısı 77 milyon kişiyi bulmuştur (69). "We are Social"da yer alan 2021 global dijital çalışma raporuna göre Türkiye'de geçen yıl 76,89 milyon olan mobil kullanım %2,7'lik artış ile 2 milyon artış göstererek mobil bağlantı sayısı toplam nüfusun %90,8'ine ulaşmıştır (70).

2.2.2. Davranışsal Bağımlılıklar Bağlamında Akıllı Telefon Bağımlılığı

Davranışsal bağımlılık, bir davranışın ruh ve beden sağlığı, sosyal yaşamda yol açtığı zararlara rağmen kişinin bu davranışı takıntılı bir şekilde kontrolünü yitircesine sürdürmesi ve davranışa yönelik engel olamadığı bir istek duyması halidir (7). Griffiths, davranışsal bağımlılığı pek çok araştırmacının da hemfikir olduğu altı aşamada tanımlamıştır. Bu aşamalar, "davranışın ön planda olması", "duygu durumu düzeltme", "tolerans", "yoksunluk belirtisi", "çatışma" ve "nüksetme" şeklindedir. Davranışın ön planda olması aşamasında, davranışın yapılma sıklığı zamanla artarak kişinin yaşamındaki en önemli etkinlik haline gelir. Duygu durumu düzeltmede, kişi bu aktiviteden keyif almakta ve olumsuzluklarla başa çıkma metodu olarak kullanmaktadır. Tolerans aşaması, davranışın ilk zamanlarda verdiği hazzı devam ettirmek için kişinin davranışın sıklığını arttırmasıdır. Yoksunluk belirtisinde, kişi aktiviteyi azalttığında ya da yapmadığında hoş olmayan hisler yaşayabilmekte ve fiziksel olarak da etkilenebilmektedir. Çatışma aşaması, kişinin sosyal yaşam, iş yaşamı, kişilerarası etkileşim ve çevreye uyumunda sorunlar yaşamasıdır. Nüksetme aşaması, davranış kontrol altına alınabilse de davranışın depresmesi şeklinde olmaktadır. Teknolojik bağımlılıklar dışarıdan gözlenebilir belirtiler veya psikolojik yoksunluk gibi belirtileri her zaman göstermediği için bağımlı birey toplumsal olarak kabul edilebilir davranış sınırları içerisinde gözlenebilir (71).

Beyinde dopaminerjik, serotonerjik, noradrenerjik, opioid yolaklarda bozuklukların davranışsal bağımlılıklarda rol oynadığı ve ödül, duygusal süreç, bellek, davranışsal inhibisyon, dürtü denetimi gibi nöroanatomi alanların etkilenmiş olduğu düşünülmektedir. Mezokortikolimbik alanda ve orbitofrontal kortexte artmış aktivite

ödül ve bağımlılık gelişiminde, azalan ventral striatal aktivasyon ise aşırma durumunda rol oynar (9).

Akıllı telefonlarla internet tabanlı pek çok uygulamaya erişilebildiği için internet bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklarla ortak özellikleri vardır. Bununla birlikte erişilebilirliğin çabukluğu ve taşınabilir oluşu akıllı telefon bağımlılığını diğer bağımlılıklardan farklı kılar (72). Akıllı telefon bağımlılığı süreden ziyade frekans ile ilişkilidir. Kişiler sıklıkla her ortamda telefonlarını kontrol etme ihtiyacı hissederler. İnternet bağımlılığında davranışa harcanan süre zarfında başka bir iş ya da sorumluluğun yapılması mümkün olamamakta iken, akıllı telefon bağımlılığında bir iş ya da sorumluluk yapılırken tekrarlayıcı bir şekilde telefonu kontrol etme davranışı sebebiyle yapılan iş veya sorumluluğun verimsizleştiği görülür (73).

Akıllı telefon bağımlılığı tanı kriterlerinin belirlenmesi konusunda Lin ve arkadaşlarının çalışmaları ön plana çıkmaktadır (74–76). 2014 yılında yayınladıkları bir çalışma akıllı telefon bağımlılığının DSM-V'deki madde ile ilişkili bozuklarla arasında; kompulsif davranış, işlevsellikte bozulma, çekilme ve tolerans olmak üzere dört temel faktör açısından benzerlik olduğunu göstermiştir (74). 2015 yılında yaptıkları çalışmalarda akıllı telefon bağımlılığı belirtileri olarak on iki madde, işlevsellikte bozulma kriteri olarak dört madde, dışlama ölçütü olarak bir maddeye yer verilerek aday tanı kriterleri oluşturulmuştur (76). 2016 yılında daha geniş örneklem ile yaptıkları son çalışmada semptom kriteri olarak 6 madde, işlevsellikle ilgili olarak dört madde ve hariç tutma ölçütü bir madde olarak aday tanı kriterlerini güncellemişlerdir (75).

Akıllı telefon bağımlılığının pekiştirici özelliklerini kollu kumar makinesine benzeten çalışmacılar olmuştur. Kumar makinesi kişiyi her düğmeye bastığında değil, zaman zaman fark edilir bir şey olmadan ödüllendirilir. Bu tür pekiştirme ilkesi, sağlam bir eylem ilişkisi ortaya çıkararak sürekli düğmeye basma davranışı şeklinde deneyimlenir. Akıllı telefonun da uygulamalar ve mesajlar aracılığıyla benzer bir pekiştirici kalıbına sahip olduğu gözlemlenmiştir (77).

2.2.3. Akıllı Telefon Bağımlılığının İlişkili Olduğu Psikolojik Faktörler

Akıllı telefon kullanımının bağımlılığa dönüşmesi birçok fizyolojik ve psikolojik problemi beraberinde getirir. Fizyolojik olarak, boyun ve el

fonksiyonlarında sorunlar, ekrana bakma sebepli baş ağrıları, uyku kalitesinde azalma, göz bozukluğu yer alabilir. Psikolojik olarak ise stres, kaygı, depresyon ve düşük yaşam tatmini, bağımlılık, dikkat dağınıklığı, takıntılı kullanım, kişiler arası iletişimin bozulması şeklindedir (78,79).

Chen ve arkadaşları akıllı telefon kullanımının depresyon, uyku bozukluğu ve anksiyete ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Depresyondaki bireylerin olumsuz duygularla başa çıkabilmek için akıllı telefonu bir sığınak gibi gördükleri gözlenmiştir. Aşırı telefon kullanımı uykuyu bozarak stres ve depresyonu tetikleyebilir. Böylelikle aşırı kullanımın anksiyete ve depresyona yol açabileceği ve bunun da uyku sorunlarını tetikleyebileceği bir kısır döngüden bahsedilebilir (80).

Pearson ve Hussain, 2016 yılında yaptıkları çalışmalarında narsisizm, nevroz ve yaş değişkenlerinin akıllı telefon bağımlılığıyla bağlantılı olduğunu ortaya koymuşlardır. Sosyal medya uygulamalarının narsisizmi desteklediği gözlenmiştir. Aynı çalışmada günlük telefon kullanımının da bağımlılık ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (81).

Lee ve arkadaşları akıllı telefon kullanım alışkanlıkları ve harcamalarına ilişkin bilgilerin akıllı telefon bağımlılığını yordadığını ve anket bazlı ölçeklerden daha değerli olduklarını saptamıştır. Benlik saygısı düşük, nevroz düzeyi yüksek olanların diğer insanlardan onay alma ihtiyaçları fazla olduğu için akıllı telefon kullanımları yüksek oranda bulunmuştur. Dışadönük kişiler ise başkalarıyla iletişim halinde olmak istedikleri için akıllı telefonlarını sıklıkla kullanırlar (82).

Selçuk ve arkadaşları yaptıkları çalışmada akıllı telefon bağımlılığı riskinin; DEHB, depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin yükselmesi ile arttığını göstermiştir. Ancak, uyku sorunları ile anlamlı ilişki saptanamamıştır. DEHB'ye yol açabilecek DSM-5'te yer alan "Dijital Oyun Bağımlılığı" tanımlamasında olduğu gibi akıllı telefon bağımlılığında da ekran izleme, hızlı grafik geçişler, kısa süreli zevk verme, bu zevki sürdürme isteği gözlenmiştir. DEHB'nin en güçlü yordayıcılarından birinin akıllı telefon bağımlılığı olduğu bulunmuştur (83).

Kim ve ark. 2019 yılında ergen popülasyonunda yaptığı 338 kişilik geniş ölçekli çalışmada depresyon, anksiyete ve DEHB semptomlarının akıllı telefon bağımlılığı üzerine etkilerini araştırmışlardır. Akıllı telefon bağımlılığının genel

prevelansını %7,5 bulmuşlar ve kadınlarda daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Akıllı telefon bağımlılığı grubundakilerin daha yüksek depresyon, anksiyete, DEHB skorlarına sahip oldukları ve daha çok alkol tütün kullanımları olduğu saptanmıştır (12).

2020 yılında Malezya’da tıp öğrencileri dahil edilerek yapılan bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığının erkek cinsiyette daha fazla olduğu ve depresyon, anksiyete, stres, nörotisizm ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (84).

2019 yılında erişkin ve genç popülasyon üzerinde yapılan meta-analiz çalışmasında akıllı telefon bağımlılığının popülasyonun %25’inde saptandığı ve uyku kalitesi, depresyon, anksiyete, stres ile ilişkili olduğu görülmüştür. Akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerin daha çok film izleme ve sosyal ağ kullanımı açısından telefon kullanımını tercih ettikleri bulunmuştur. 17-19 yaş arasında ve kadın cinsiyette bağımlılık oranı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca güvensiz bağlanma stili, yalnızlık, düşük benlik saygısının akıllı telefon bağımlılığı yordayıcıları olduğu görülmüştür. Akıllı telefon bağımlılığının hem risk alma hem risk almaktan kaçınma gibi özelliklerle ilişkili olduğu da saptanmıştır (85).

2021 yılında yapılan bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı ile uykusuzluk, depresyon, erişkin DEHB semptomlarının ilişkili olduğu bulunmuştur (86).

2.2.4. Akıllı Telefon Bağımlılığının Dikkat Eksikliği ve Hiperkativite Bozukluğu ile İlişkisi

2021 yılında Kore’de yapılan bir çalışmada depresyon, ebeveynlerin tutumu, DEHB, akıllı telefon kullanım biçimleri, kişiler arası ilişkiler ve stres ile akıllı telefon bağımlılığının ilişkisine bakılmıştır. Bu çalışmada DEHB ile akıllı telefon bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Kişiler arası problemlerin ve stresin diğer değişkenlerden daha fazla akıllı telefon bağımlılığını yordadığı saptanmıştır (87).

Fransa’da öğrencilerle yapılan bir çalışmada DEHB ile madde ve davranışsal bağımlılıkların ilişkili olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %18’inde yeme bozukluğu, %4,5’inde yeme bağımlılığı, %10’unda internet kullanımı ve siber bağımlılıkla ilgili riskli davranışlar, %13’ünde çevrimiçi kompulsif satın alma, %9,9’unda patolojik kumar bağımlılığı görülmektedir. Farklı kumar tipleri oynama ile DEHB’si olan ve

olmayanlar arasında fark saptanmamışken, online oyun oynama dikkat eksikliği hastalarında daha sık gözlenmiştir. DEHB, özellikle kumar bağımlılığı olmak üzere, siber bağımlılık, kompulsif satın alma ve yeme bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur (88).

Çin’de 7102 adolesan üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada telefon kullanımı ile dikkat eksikliği arasındaki ilişki incelenmiştir. Akıllı telefona sahip olma, telefonun eğlence için kullanım sıklığı, telefonun gece kullanım şekli dikkat eksikliği ile ilişkili bulunmuştur. Dikkat dağınıklığının, günde 60 dakikadan fazla telefon ile zaman geçiren öğrencilerde en yüksek olduğu saptanmıştır (89) . Genç erişkinlerde akıllı telefon, televizyon, tablet ve bilgisayar ekranına maruziyet süresi arttıkça DEHB belirtileri daha yüksek oranda görülmüştür (90). DEHB’li çocukların odalarında daha fazla elektronik cihaza erişebildikleri, DEHB tanısı olan ergenlerin olmayanlara göre yatmadan önce bilgisayar ve akıllı telefon ile daha fazla zaman geçirdikleri belirtilmiştir. Bunun sebebi olarak ebeveynlerin çocukların istenmeyen davranışlarını bu şekilde sınırlandırılabildikleri yorumu yapılmıştır (91).

DEHB’si olan kişiler işlevsel olmayan kullanım kalıplarına sahip olma eğiliminde oldukları için teknolojik bağımlılıkların bu popülasyonda araştırılması önemlidir. Tedavi görmemiş DEHB tanılı 150 adolesan ile yapılan bir çalışmada, düşük duygusal zekaya sahip olanlarda akıllı telefon bağımlılığı daha fazla bulunmuştur (92). 18-25 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada, akıllı telefon bağımlılığı ile DEHB semptomları ve dürtüsellik belirtileri arasında pozitif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (93).

Akıllı telefonlardan gelen bildirimlerin erişkin bireyler üzerinde DEHB semptomlarını arttırdığı saptanmıştır. Kişiler telefon bildirimlerini açık tutarak telefonlarını erişilebilir bir alana koyduklarında daha fazla dikkat eksikliği/hiperaktivite şikayetleri göstermişlerdir (94). Başka bir çalışmada akıllı telefondan uzak kalma korkusunun dikkat eksikliğinin önemli bir yordayıcısı olduğu ve öğrencilerin %23’ünün bu sebeple konsantrasyon problemleri yaşadıkları saptanmıştır (95).

Yapılan başka bir çalışmada çocuklarda bağımlılık faktöründeki yüksek puanların DEHB belirtileri ile güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Ayrıca akıllı telefon ile gerçekleştirilen oyun oynama gibi bazı aktivite türlerinin DEHB semptomları gelişmesine yol açabileceğini öne sürülmektedir (96).

Kore’de ilkokul öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yüksek kan kurşun seviyesine sahip olanlarda, konuşma amaçlı cep telefonu kullanımının DEHB semptomlarında artışa sebep olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebi konuşma sırasında telefonun beyine yakın olmasının radyofrekans maruziyetini arttırması ve kurşun seviyelerinin bu geçirgenliği etkilemiş olabileceğidir. Telefonda oyun oynama kan kurşun seviyesinden bağımsız olarak DEHB belirtilerinde artışa sebep olur (97). Genç erişkinlerde radyofrekansa kısa süreli maruziyetin, dikkat ve işler bellek üzerine küçük ama anlamlı bir etkisi olduğu gösterilmiştir (98).

2.2.5. Akıllı Telefon Bağımlılığını Azaltmaya Yönelik Öneriler

Davranışsal bağımlılıklar ve madde bağımlılıklarında uygulanan çözüm modelleri akıllı telefon bağımlılığında da uygulanabilir. Davranışçı yaklaşımların yanı sıra terapi destekli yaklaşımlar işe yarayabilir. Akıllı telefonun günde kaç kez kontrol edildiği ve ne kadar süre harcandığını tespit etmek farkındalık açısından önemlidir. Telefonu kontrol etmeye sebep olan duyguların bilincinde olunmalı, yararlı olmayan kullanımlar belirlenmeli ve bunlar denetlenmelidir. İnternet bağımlılığı olanlar için Asya’da ve Batı ülkelerinde dijital detoks merkezleri kurulmuştur. Digital detoks, kişinin birkaç gün teknolojik ortamdan uzaklaşması şeklinde uygulanır. Sorunlu akıllı telefon kullanımı üzerine etkilerini inceleyen bir çalışma bulunmamakla beraber profesyonel yardım almadan yapılan bu detoks sistemi tıpkı çok düşük kalorili diyet uygulamaları gibi etkisiz bir strateji olabilir. Digital detoks yaptıran 15 milyon İngiliz yetişkinin sadece %25’i bir gün boyunca ve yalnızca %5’i bir ay boyunca çevrimdışı kalabilmiştir. Bir takım teknik öneriler de kullanımı kontrol etmek için önerilmiştir. Bunlardan bazıları; uyarıcıları seçici olarak kapatarak telefona her zaman cevap vermemek, belirli zamanlar telefon kullanmama şeklinde sınırlar koymak, eski uygulamaları silmek, faydalı olmayan haber kanallarını ve arkadaşları takip etmeyi bırakmak, e-posta kutusunu temizlemek şeklindedir (82).

Bilinçli farkındalık temelli terapilerin birçok çalışmada davranışsal bağımlılıklar üzerinde etkili olduğu bulunmakla beraber akıllı telefon bağımlılığı ile yapılmış sınırlı sayıda çalışma vardır. Çin’de yapılan birkaç çalışmada etkili olduğu gösterilmiştir. İlk 3 haftalık müdahalede akıllı telefon kullanım amaçları ve davranışın sonuçları

tartışılarak doğru bilişlerin oluşturulması amaçlanır. Nüks ile başa çıkabilmek için farkındalık eğitimi verilir. Program boyunca her gün bilinçli farkındalık egzersizleri yapılması önerilir (99).

2.3. SOSYOTELİZM

2.3.1. Sosyotelizm Nedir?

Sosyotelizm, kişinin başka kişilerle iletişim halindeyken akıllı telefonu ile ilgilenmesi ve kişiler arası iletişimden algısını kaçırmasıdır (11).

Sosyal medyanın yaygınlaşan kullanımı ile kişilerin gerçek yaşam olaylarını bu platformlarda paylaşması ve arkadaşlarının paylaşımlarını buradan takip etmeleri sosyalleşme biçiminde değişikliğe sebep olmuştur. Bu durum iletişim açısından kolaylık yaratmakla beraber kişinin okul, iş ve özel yaşantısında sorunları beraberinde getirmektedir. Bireyin yüz yüze iletişimi zarar görür. Aynı zamanda iletişimde olduğu bireye saygısız tutumda bulunma ve onu önemsememe, sanal dünyayı gerçek yaşama tercih etme gibi dinamikleri de içinde barındırmaktadır (100,101).

Sosyotelizm davranışının yaygınlaşması, Piaget'in tanımladığı işlem öncesi dönemde paralel oyun ve toplu monolog gibi benmerkezci özelliklerin sergilendiği bir sosyal yapı oluştuğunu düşündürmektedir. Benmerkezci, sanal ortamlarda sosyalleşen ve sosyal yalıtılmış insan kümelerinin oluşması kaçınılmazdır (102).

Sosyotelist bu eylemi yapan fail, sosyotelizme maruz kalan karşısındaki partneri ise kurbandır. Sosyotelizme maruz kalan kurban karşısındaki kişi tarafından gösterilen ilgisizliğe tepki olarak telefonu ile ilgilenmeye başlayabilir. Böylece birey sosyotelizme hem maruz kalan hem maruz bırakan konumuna geçebilir (103). Sosyotelizme neden olan ve etkileyen dinamikleri saptamak kolay olmamakla beraber sosyotelizm günümüzde normalize edilen bir davranış haline bürünmektedir (104).

2.3.2. Sosyotelizm ile İlgili Yapılmış Araştırmalar

Sosyotelizm insanların dijital cihazlar tarafından ele geçirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler sosyotelizmi sinir bozucu ve saygısızlık olarak

algılamalarına rağmen diğer kişilerle iletişim kurarken bu davranışı istemsizce sergilemektedirler (105). Sosyotelizm davranışının nedenlerinin sosyal medya bağımlılığı ve gelişmeleri kaçırma korkusu olduğu bildirilmektedir (106). Sosyotelizm davranışının en önemli belirleyicilerinin akıllı telefon, mesaj, sosyal medya ve internet bağımlılığı olduğu saptanmıştır. Oyun bağımlılığının yordayıcılığı daha düşük bulunmuştur. Oyun ve internet bağımlılığının erkeklerde; mesaj, sosyal medya ve telefon bağımlılığının ise kadınlarda sosyotelizm davranışı ile daha fazla ilişkili olduğu gözlenmiştir (107). Davey ve arkadaşlarının ergenleri dahil ederek yaptıkları bir çalışmada sosyotelizme neden olan temel etkenin akıllı telefon bağımlılığı olduğu saptanmıştır. Sosyotelistlerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (108). Sürekli kaygılı durumda olma ve nevrotik davranış güçlü olarak sosyotelizmi yordamıştır (109).

Abeele ve arkadaşları, akıllı telefonun ‘sanal öteki’yi temsil ediyor olabileceğini belirtmişlerdir. Buna göre, akıllı telefonla ilgilenmek kişiler arası iletişimi başka nesneyle ilgilenmekten daha fazla etkilemektedir (110). Carjaval, sosyotelizm davranışının aile içi iletişim süreçlerini olumsuz etkilediği ve ebeveynlerin çocuklarını ihmal etmelerine sebep olduğuna dikkat çekmiştir (111). Ebeveyn sosyotelizminin çocuklarda anormal davranışlar görülmesine neden olduğu ve ebeveyn çocuk bağımlılığını azalttığı, gençler arasında akıllı telefon bağımlılığına neden olduğu ve erkek cinsiyette daha olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (112).

Karadağ ve arkadaşları, eğitim fakültesinde okuyan 9 genç erişkinle yaptıkları yarı yapılandırılmış görüşmelerde sosyotelizmin nedenleri ve yaşamlarına olan etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada sosyotelistler akıllı telefonlarını hayatın parçası, vazgeçilmez ve yardımcı bir araç olarak görürlerken bir yandan da kalp, göz-kulak, el-ayak gibi vücuda ait bir organ olarak tasvir etmişlerdir. Sosyotelistler akıllı telefonun en olumsuz yanının bağımlılık olduğunu ifade etmişlerdir. Bireyler sosyotelizmi rahatsız edici olarak görse de bu davranışa maruz kaldıklarında tepki göstermeye eğilimlidirler. Bu sonuca göre bu bireylerin empati becerilerinin düşük olduğu ya da bağımlılık etkisiyle davranışlarını düzenlemede güçlük yaşadıkları şeklinde çıkarım yapılabilir. Bu durum öz düzenleme yetilerinin düşük olduğuna da işaret etmektedir (11). Lise öğrencileri dahil edilerek yapılan başka bir çalışmada sosyotelizm davranışı

gösterenlerde öz kontrolün düşük olduğu ve internette geçirilen sürenin artması ile psikolojik rahatsızlıkların oluşma riskinin arttığı saptanmıştır (113).

2.3.3. Sosyotelizmin Sonuçları

Sosyotelistler zamanla birbirini hiç görmeden ve tanımadan oluşturulmuş bir sanal gerçekliğin üyesi olurlar. Fiziksel yakınlığın olmadığı ve duyguların yaşanmadığı sanal bir toplulukta iletişimlerini devam ettirirken yakınlarında bulunan kişiler bu davranışlarından rahatsız olurlar. Sosyal ortamda bir gruba dahil olmak grubun kurallarına uymayı ve o gruba etkileşim halinde olmayı gerektirir. Bu kurallara uymamak birtakım rahatsızlıklara sebebiyet verebilir (114).

Bireyin fiziksel olarak yakınında olmayan biriyle iletişimde olmak istemesi kişinin dikkatini dağıtır. Dikkatini toparlayamadığı sürece yakınındakileri yok saymaya devam eder (115).

Sosyal dışlanma ya doğrudan reddedilmek ya da göz ardı edilmek şeklinde deneyimlenebilir. Göz ardı edilen kişi ortamdaki varlığını anlamlandıramadığı gibi sosyal ve duygusal açıdan tatminsizlik durumu yaşar. Reddedilmek ise daha doğrudan ve açıktır. Sosyotelizme maruz kalan kişi daha çok göz ardı edilme durumunu yaşar. Bu davranış kalıbı insan etkileşiminde kırıcı sonuçlara neden olarak hoşnutsuz ve kalitesi düşük bir iletişime sebep olur (116).

2.3.4. Sosyotelizm ile Mücadele ve Önlemler

Davey ve arkadaşları otokontrol mekanizmalarının, internet bağımlılığının ve telefonsuz yapamama duygusunun sosyotelizmin önemli yordayıcıları olduğunu ifade etmiştir. İnternetin akıllı telefon uygulamalarını işlevselleştiren etkisi göz ardı edilemez. Bu sebeple atılacak adımlardan ilki internet kullanımını sınırlamak olabilir. Telefonsuz yapamama duygusu ile başa çıkabilmek adına bilişsel davranışçı teknikleri kullanmak işe yarayabilir. Ayrıca davranışlarda otokontrol sahibi olmak sosyotelizmi azaltmada önemlidir (108).

Erken yaşta kazanılan davranış kalıplarının süreklilik göstermesi daha olasıdır. Özellikle ebeveynlerin çocukların telefon kullanımı konusunda bilinçlendirici tutumda

olmaları önemlidir. Okullarda rehberlik eğitimlerine bilinçli telefon kullanımı eklenerek bu yönde etkinlikler yapılabilir. Değerler eğitimi kapsamında kazandırılan empati becerisi sosyotelizmi azaltabilir. Bireyin sosyal yaşamının kalitesini ve etkileşim süresini arttıracak faaliyetlere yönelmesi de ruhsal sağlığı olumlu etkileyerek sosyotelizm davranışının azalmasını sağlar (114).

Bilinçli farkındalık ile sosyotelizm arasındaki ilişkide sosyal kaygının aracı değişken olduğu görülmüştür. Kişinin farkındalığını geliştirmesi, sosyal kaygıyı azaltarak sosyotelizme karşı koruma sağlayabilir. Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar sosyotelizm eğilimini kontrol edebilmede faydalı olabilir (117).

Haftalık kitap okuma sayısı birden fazla olan bireylerin birden az olan bireylere göre sosyotelizm düzeyi düşük bulunmuştur. Bu sebeple kitap okuma okul psikolojik danışmanlarınca teşvik edilebilir. Video oyunu oynayan bireylerde kitap okuyan ve spor yapanlara göre sosyotelizm düzeyi yüksek bulunduğu için danışmanlar bu konuda okullarda etkinlikler düzenleyebilir. Ayrıca zaman yönetimi konusunda yeni tekniklere yönelik eğitim verebilir. Psikolojik danışmanlar iletişim becerileri ve teknolojik bağımlılıklarla ilgili psikoeğitim grupları açarak bireylerin samimiyet, etkin dinleme, empati, beden dili, göz teması kurabilme gibi konularda kendilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir (118).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. YÖNTEM

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra, çalışmanın dahil etme kriterlerinde belirtilen ölçütlere uygun olan ve katılmayı kabul eden DEHB tanılı hastalar ile kontrol grubunu oluşturan sağlıklı bireyler çalışmaya alındı. Katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı erişkin DEHB tanılı bireyleri akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm düzeyleri açısından sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak incelemektir.

Hipotezler:

- DEHB tanılı bireylerde akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm düzeyleri, DEHB olmayan gruba göre yüksektir.
- Akıllı telefon bağımlılığı düzeyi arttıkça sosyotelizm düzeyi artar.
- Akıllı telefon bağımlılığı düzeyi arttıkça DEHB düzeyleri artar.

3.1.2. Araştırmanın Tipi

Erişkin DEHB tanısı alan bireylerde akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm düzeylerini saptamayı amaçlayan bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.1.3. Araştırmanın Yeri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.1.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni kliniğimiz genel Psikiyatri Polikliniğine 01.03.2021-01.12.2021 tarihleri arasında ayaktan başvuran 150 erişkin DEHB tanısı almış hasta ile 150 sağlıklı gönüllüden oluşmaktadır. Yapılan klinik görüşme ile erişkin DEHB tanılı hastalardan psikiyatrik ek tanısı olmayanlar ve psikiyatrik tanı almamış olan sağlıklı gönüllüler çalışmaya dahil edildi. Genel psikiyatrik görüşme ile DSM-V tanı kriterlerine göre hastaların ve sağlıklı gönüllülerin çalışma için uygunluğu değerlendirildi. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalardan yazılı izinler alındıktan sonra kendi dolduracakları öz bildirim ölçekleri olan; Sosyodemografik Özellikler Formu, ASRS, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu, Sosyotelizim Ölçeği kullanılarak veriler toplandı.

179 erişkin DEHB tanısı almış hasta ve 159 sağlıklı gönüllü ile görüşme yapılarak ölçekler uygulandı. DEHB grubunda ölçekleri eksik dolduran 7 kişi, DEHB tanısı olup psikiyatrik eş tanısı olan 22 kişi çalışmadan çıkarıldı. Sağlıklı gönüllülerden bilişsel işlevleri etkileyecek hastalığı olan 9 kişi çalışmadan çıkarıldı. Sonuç olarak çalışmaya 150 erişkin DEHB tanısı olan hasta grubu ile 150 sağlıklı gönüllü alındı.

Çalışmaya alınmadan önce hastalar ve sağlıklı gönüllüler çalışmayla ilgili bilgilendirilip, katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

DAHİL ETME KRİTERLERİ

Erişkin DEHB tanılı hastaların dahil edilme kriterleri:

1. DSM-V sınıflandırma sistemine göre DEHB tanısını karşılıyor olmak
2. 18-65 yaş arasında olması
3. Okur-yazar olması
4. Çalışmaya katılmak için yazılı bilgilendirilmiş onay vermiş olması

Erişkin DEHB tanısı olmayan sağlıklı gönüllülerin dahil edilme kriterleri:

1. Psikiyatrik tanı almamış olmak
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Okur -yazar olmak

4. Çalışmaya katılmak için yazılı bilgilendirilmiş onay vermiş olması
5. Bilişsel işlevleri etkileyecek ek tıbbi hastalığının (hipotiroidi, beyin tümörü vb.) olmaması

DIŞLAMA KRİTERLERİ

Erişkin DEHB tanılı örneklem için dışlama kriterleri şunlardır:

1. Testlerin uygulanmasına engel olacak dil veya eğitim eksikliği problemi olması
2. Fiziki, nörolojik veya mental durumunun görüşmeyi sürdürmeye ve ölçek formlarını doldurmaya engel teşkil etmesi (örneğin: deliryum, demans, gerçeği değerlendirmede bozulmalar vb.)
3. Psikiyatrik eş tanısı olması
4. Çalışmaya katılmaya yazılı bilgilendirilmiş onay vermeme

Erişkin DEHB tanısı olmayan örneklem için dışlama kriterleri şunlardır:

1. Testlerin uygulanmasına engel olacak dil veya eğitim eksikliği problemi olması
2. Fiziki, nörolojik veya mental durumunun görüşmeyi sürdürmeye ve ölçek formlarını doldurmaya engel teşkil etmesi (örneğin: deliryum, demans, gerçeği değerlendirmede bozulmalar vb.)
3. Psikiyatrik tanısı olması
4. Çalışmaya katılmaya yazılı bilgilendirilmiş onay vermeme

Araştırma etik açısından, çalışmaya başlanılmadan önce, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu tarafından 10.02.2021 tarih ve 2021-02/1006 sayılı kararla onaylanmıştır. Araştırmaya katılan tüm gönüllülerden Helsinki Deklarasyonu'na uygun olacak şekilde çalışma hakkında bilgilendirilip, yazılı onam alınmıştır. Araştırma Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygundur ve araştırma etik kuralları ile çelişmeyecektir.

3.2. VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, diğer tıbbi hastalıklar, ailede psikiyatrik bozukluk hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar, psikiyatrik hastalığın süresi, akıllı telefon kullanma süreleri ve kontrol etme sıklığı, akıllı telefon kullanım amaçları ve sıklığı, sosyal medyada zaman geçirme süresi ve amacı incelenmiştir.

3.2.2. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu

Kwon ve arkadaşları tarafından ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı riskini ölçmek için geliştirilen ölçek 10 maddeden oluşmakta ve altılı Likert dereceleme ile değerlendirilmektedir. Ölçek maddeleri 1'den 6'ya doğru puanlandırılmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10 en yüksek puan 60'dır. Testten alınan puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. Ölçek tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir (74,119). Noyan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (120).

Araştırma kapsamında ölçeğin tek faktörlü yapısının ve güvenilirlik katsayısının belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Verilerin faktör analizi için uygunluğunu sınamak amacıyla, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile Bartlett küresellik testinin aldığı değerler hesaplanmıştır. KMO değerinin 0.60'dan yüksek bulunması ve Bartlett testinin anlamlı olması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (121).

Sonuçlar (KMO=0.86; $\chi^2=1862.729$; $p=0.00$) veri grubunun faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Tablo 1'de Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formunun açımlayıcı faktör analizi sonucu elde edilen faktör yapısı, faktörlere ilişkin özdeğerler, açıklanan varyans oranları ve maddelere ilişkin faktör yük değerleri sunulmaktadır.

Tablo 1. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu Faktör Analizi Sonuçları

| Maddeler | | Döndürülmüş Faktör Yük Değeri |
|---|---|---------------------------------|
| 6 | Kullanmasam da akıllı telefonum aklımdadır. | 0,738 |
| 9 | Akıllı telefonumu hedeflediğimden daha uzun süre kullanırım. | 0,723 |
| 1 | Akıllı telefon kullanmaktan dolayı planladığım işleri aksatırım. | 0,705 |
| 2 | Akıllı telefonu kullanmaktan dolayı derslerime odaklanmakta, ödevlerimi yapmakta ve işlerimi tamamlamakta güçlük çekerim. | 0,686 |
| 5 | Akıllı telefonum yanımda olmadığında sabırsız ve sinirli olurum. | 0,664 |
| 7 | Günlük yaşamımı aksatmasına rağmen akıllı telefonumu kullanmaktan vazgeçemem. | 0,658 |
| 10 | Çevremdeki insanlar akıllı telefonumu çok fazla kullandığımı söylerler. | 0,655 |
| 4 | Akıllı telefonumun yanımda olmamasına tahammül edemem. | 0,628 |
| 8 | İnsanların twitter veya facebook üzerindeki konuşmalarını kaçırmamak için sürekli akıllı telefonumu kontrol ederim. | 0,620 |
| 3 | Akıllı telefon kullanmaktan dolayı el bileğimde veya ensemdede ağrı hissederim. | 0,617 |
| Özdeğer: 4,50 Açıklanan Varyans: % 44,96 | | |
| KMO: 0.86 | | Barlett Küresellik Testi |
| $\chi^2=1862.729; p<0.01$ | | |

Ölçekte yer alan 10 madde ile temel bileşenler analizi gerçekleştirilmiştir. Özdeğer grafiği, ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğuna işaret etmiş ve bu faktörler toplam varyansın %44.9'unu açıklamıştır. Yapılan incelemede, ölçekte yük değerinin .30'un altında olduğu madde belirlenmemiştir. Faktörlere yüklenen maddelerin yük değerleri 0.61 ile 0.73 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.86 olarak belirlenmiştir. Child'a göre Cronbach Alpha değerinin 0.60'tan büyük olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (122). Hesaplanan iç tutarlılık katsayıları ölçeğin güvenilirliğin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü tarafından DEHB'nin tanınması amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (123). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin "dikkat eksikliği" ve "hiperaktivite/dürtüsellik" olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği bulunmaktadır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde ne sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3 ve çok sık yanıtı için 4 olmak üzere, yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır. İki alt ölçeği bulunan bu ölçeğin; herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların "yüksek olasılıkla DEHB", 17-23 puan alanların "olasılıkla DEHB" olduğu, 0-16 puan alanların ise DEHB olmadıkları bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında, ölçeğin tümü ve alt ölçekler için iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha) 0.78-0.88 aralığında bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.93, alt boyutlarının değeri ise sırayla; 0.91 ve 0.86 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan iç tutarlılık katsayıları ölçeğin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (124).

3.2.4. Sosyotelizm Ölçeği

Sosyotelizm ölçeği, Karadağ ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5'li Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. 2 faktörlü yapıya sahip olan ölçek iletişim bozukluğu (5 madde) ve telefon tutkusu (5 madde) olmak üzere 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek maddeleri 1-5 puan arasında puanlandırılmakta, 40 ve üzeri puan alan kişilerin sosyotelizm bağımlılığı olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı alt boyutlar için sırasıyla 0.87 ve 0.85 olarak belirlenmiştir (107).

Araştırma kapsamında ölçeğin tek faktörlü yapısının ve güvenilirlik katsayısının belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Verilerin faktör analizi için uygunluğunu sınamak amacıyla, KMO katsayısı ile Bartlett küresellik testinin aldığı değerler hesaplanmıştır. Sonuçlar (KMO=0.87; $\chi^2=1102.512$; $p=0.00$) veri grubunun faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Tablo 2'de "Sosyotelizm Ölçeği"nin açımlayıcı faktör analizi sonucu elde edilen faktör yapısı, faktörlere ilişkin

özdeğerler, açıklanan varyans oranları ve maddelere ilişkin faktör yük değerleri sunulmaktadır.

Tablo 2. Sosyotelizm Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

| Faktör 1 İletişim Bozukluğu | | Döndürülmüş Faktör Yük Değeri |
|---|---|--------------------------------------|
| 2 | Arkadaşlarımla birlikteyken cep telefonumla uğraşıyorum. | 0,862 |
| 3 | İnsanlar, cep telefonumla ilgilenmemden şikâyet ederler. | 0,837 |
| 4 | Tanıdıklarımla yemek yerken cep telefonumla ilgilenirim. | 0,821 |
| 1 | Başkalarıyla birlikteyken gözlerim telefona gidiyor. | 0,735 |
| 10 | Telefonum yüzünden sosyal, iş ve kişisel aktivitelerine ayırdığım zaman azalıyor. | 0,499 |
| 5 | Cep telefonum ile ilgilenirken karşımdaki kişiyi rahatsız etmediğimi düşünürüm. | 0,400 |
| Özdeğer: 4.41 Açıklanan Varyans: % 44.17 | | |
| Faktör 2 Telefon Tutkusu | | |
| 7 | Sabah uyandığımda önce telefonumdan mesajlarıma bakarım. | 0,901 |
| 8 | Telefonsuz kendimi eksik hissediyorum. | 0,695 |
| 6 | Telefonum her zaman elimin altında. | 0,658 |
| 9 | Her geçen gün telefon kullanımım artıyor. | 0,446 |
| Özdeğer: 1.24 Açıklanan Varyans: % 12.45 | | |
| KMO: 0.87 Barlett Küresellik Testi $\chi^2=1102.512; p<0.01$ | | |

Ölçekte yer alan 10 madde ile temel bileşenler analizi gerçekleştirilmiştir. Özdeğer grafiği, ölçeğin 2 faktörlü bir yapıya sahip olduğuna işaret etmiş ve bu faktörler toplam varyansın %56.6'sını açıklamıştır. Yapılan incelemede, ölçekte yük değerinin 0.30'un altında olduğu madde belirlenmemiştir. Faktörlere yüklenen maddelerin yük değerleri 0.40 ile 0.90 arasında değişmektedir. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin özgün formda olduğu gibi iki faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Ancak faktörlerdeki madde sayısı farklılık göstermektedir. Özgün formda iki faktör altında da beş madde yer alırken analiz sonucunda birinci faktörün 6, ikinci faktörün ise 4 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Ölçeğin geneline ilişkin Cronbach's alfa katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlara ilişkin katsayılar ise iletişim bozukluğu için 0.81, telefon tutkusu için ise 0.74'tür. Hesaplanan iç tutarlılık katsayıları ölçeğin güvenilirliğin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde Statistical Package for the Social Science (SPSS) 23.0 programından yararlanılmış. Analizlerde hangi testlerin kullanılacağı belirlenmesi için normallik testi yapılmıştır. Dağılımın normal olup olmadığının belirlenmesinde çarpıklık ve basıklık katsayıları, histogram ve Normal Q-Q grafiği ve Shapiro-Wilks ve Kolmogorov Smirnov testleri şeklinde üç yöntem bulunmaktadır. Puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının +1,5 ve -1,5 arasında olması ve Normal Q-Q grafiğinde noktaların 45 derecelik doğru üzerinde olması ve önemli bir sapma göstermemesi dağılımın normal dağıldığını göstermektedir (125). Örneklem 30 üzerinde olduğu araştırmalarda dağılımın normalliğine bakılırken Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanılabilir. Araştırma verileri üzerinde gerçekleştirilen Kolmogorov-Smirnov testi sonucuna göre ($p=0.000$) dağılım normal gözükmemektedir. Ancak örneklem sayısı büyüdükçe bu test istatistiği anlamlı olarak çıkmaktadır. Bu nedenle çarpıklık ve basıklık katsayıları ve Normal Q-Q grafiğinden elde edilen sonuçlar daha güvenilir bilgi sunmaktadır. Bu bağlamda analizlerde parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Katılımcıların kişisel bilgilerine ilişkin frekans ve yüzelere yer verilmiştir. Katılımcıların DEHB tanısı olma durumunun akıllı telefon ölçeği ve sosyotelizm ölçeğinden aldıkları puanlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. DEHB olan ve olmayan grupta akıllı telefon ve sosyotelizm ölçeğinden aldıkları puanlar ile akıllı telefon kullanımına ilişkin durumlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. DEHB tanısı olma durumu ile akıllı telefon ve sosyotelizm ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Ayrıca sosyodemografik formda yer alan sorular ile DEHB olma durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ki-kare analizinden yararlanılmış, bu noktada da Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher Kesin Olasılık Testi sonuçları göz önünde bulundurulmuştur. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİ VE AKILLI TELEFON KULLANIMI İLE İLGİLİ VERİLER

Katılımcıların DEHB tanılı olma durumu ile kişisel bilgileri ve akıllı telefon kullanım bilgileri arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik gerçekleştirilen ki-kare analizi, bağımsız örneklem t-testi, fisher kesin olasılık testine ilişkin sonuçlar Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Sosyodemografik ve Akıllı Telefon Kullanımıyla İlgili Bazı Veriler

| Değişken | Grup | Kontrol | | DEHB | | p |
|---|--------------------------------|------------|------|------------|------|-----------|
| | | 26,17±5,10 | | 24,26±5,90 | | |
| Yaş (Ort ± SS) | | n | % | n | % | 0.003* |
| Cinsiyet | Kadın | 98 | 62,8 | 58 | 37,2 | <0.001** |
| | Erkek | 52 | 36,1 | 92 | 63,9 | |
| Medeni Durum | Evli | 48 | 77,4 | 14 | 22,6 | <0.001** |
| | Bekar | 102 | 42,9 | 136 | 57,1 | |
| Ekonomik Durum | Düşük | 10 | 37 | 17 | 63 | 0.157 |
| | Orta | 133 | 52,4 | 121 | 47,6 | |
| | Yüksek | 7 | 36,8 | 12 | 63,2 | |
| Eğitim Durumu | İlkokul/Lise | 5 | 13,9 | 31 | 86,1 | <0.001** |
| | Lisans | 111 | 51,4 | 105 | 48,6 | |
| | Lisansüstü | 34 | 70,8 | 14 | 29,2 | |
| Akıllı Telefon Başlama Yaşı | 7-12 yaş | 8 | 53,3 | 7 | 46,7 | 0.014** |
| | 12-18 yaş | 81 | 43,5 | 105 | 56,5 | |
| | 18-30 yaş | 61 | 61,6 | 38 | 38,4 | |
| Akıllı Telefon Kullanım Yılı | 1-5 yıl | 11 | 35,5 | 20 | 64,5 | 0.185 |
| | 6-10 yıl | 98 | 53,6 | 85 | 46,4 | |
| | 11-15 yıl | 32 | 45,1 | 39 | 54,9 | |
| | 16 yıl ve üstü | 9 | 60 | 6 | 40 | |
| Günlük Akıllı Telefon Kullanım Süresi | 1 saatten az | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 | 0.142 |
| | 2-4 saat | 69 | 50,4 | 68 | 49,6 | |
| | 4-6 saat | 46 | 46 | 54 | 54 | |
| | 6 saat ve üstü | 31 | 62 | 19 | 38 | |
| Günlük Akıllı Telefon Kontrol Sayısı | 10'dan az | 3 | 23,1 | 10 | 76,9 | 0.276 |
| | 10-20 kez | 38 | 52,1 | 35 | 47,9 | |
| | 20-30 kez | 45 | 54,2 | 38 | 45,8 | |
| | 30-40 kez | 28 | 52,8 | 25 | 47,2 | |
| | 40'tan fazla | 36 | 46,2 | 42 | 53,8 | |
| Akıllı Telefon Kullanım Amacı | İletişim Kurmak | 53 | 44,9 | 65 | 55,1 | <0.001*** |
| | Sosyal Medya | 0 | 0 | 62 | 100 | |
| | Alışveriş Yapmak | 66 | 98,5 | 1 | 1,5 | |
| | Diğer (Oyun, müzik, kitap vb.) | 31 | 58,5 | 22 | 41,5 | |
| Sosyal Medya Kullanım Süresi | 1 saatten az | 37 | 43 | 49 | 57 | 0.270 |
| | 1-3 saat | 82 | 53,9 | 70 | 46,1 | |
| | 4 saatten fazla | 31 | 50 | 31 | 50 | |
| Akıllı Telefon Nedeniyle Uyku Problemi Yaşama | Evet | 59 | 41,8 | 82 | 58,2 | 0.008** |
| | Hayır | 91 | 57,2 | 68 | 42,8 | |
| Akıllı Telefon Nedeniyle Ekonomik Zorlanma | Evet | 15 | 60 | 10 | 40 | 0.296 |
| | Hayır | 135 | 49,1 | 140 | 50,9 | |

** Bağımsız örneklem t-testi, ** Ki-kare testi, ***Fisher kesin olasılık testi, p<0,05

Tablo 3 incelendiğinde ekonomik durum, akıllı telefon kullanım yılı, günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı, sosyal medya kullanım süresi ve akıllı telefon kullanımını nedeniyle ekonomik zorlanma açısından DEHB grubu ve sağlıklı kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Bununla birlikte cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, akıllı telefon başlama yaşı, akıllı telefon kullanım amacı ve akıllı telefon nedeniyle uyku problemi yaşama arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

DEHB olan grubu yaş ortalaması $24,26\pm 5,90$ ve sağlıklı gönüllülerin yaş ortalaması ise $26,17\pm 5,10$ 'dir. DEHB grubundaki bireylerin yaş ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür ($p=0.003$).

Cinsiyet açısından bakıldığında DEHB grubunda kontrol grubuna göre erkeklerin (%63,9) oranı kadınlara (%37,2) göre daha fazladır. Benzer bir şekilde bekarların (%57,1) oranı evlilere (%22,6) göre daha fazladır.

Eğitim durumları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda DEHB'lilere göre ilköğretim mezunlarının (%86,1) oranı daha azken yüksek lisans/doktora mezunların (%29) oranı daha fazlaydı.

Akıllı telefona başlama yaşı 12-18 yaş aralığında olanlar DEHB grubunda daha fazlayken, sağlıklı kontrol grubunda 18-30 yaş aralığında olanlar daha fazlaydı.

Akıllı telefon kullanım amaçları göz önüne alındığında DEHB olanlar daha çok sosyal medyaya erişim (%100) ve iletişim (%55,1) kurma amacıyla akıllı telefonlarını kullanmaktadır. Ayrıca alışveriş yapmak (%1,5) amacıyla kullananlar ve diğer (oyun, müzik, kitap) kullanımlar kontrol grubunda daha fazladır.

DEHB grubunda akıllı telefon kullanımını nedeniyle uyku problemi yaşayanlar (%58,2) kontrol grubuna göre daha fazlaydı.

DEHB tanısı olanların %74,6'si ($n=112$) metilfenidat, %1,58'i ($n=4$) atomoksetin ve modafinil kullanmaktayken, %22,6'sı ($n=34$) ise ilaç kullanmamaktadır.

4.2. KATILIMCILARIN ASRS, SOSYOTELİZM VE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI PUAN ORTALAMALARI

Çalışmaya katılan DEHB tanısı almış 150 katılımcının ASRS ölçeğinin toplam puan ortalaması $47,32 \pm 11,6$ (min,max; 3-69), dikkat eksikliği alt ölçeğine ilişkin puan ortalaması $25,46 \pm 6,30$ (min,max; 3-69) ve hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeğine ilişkin puan ortalaması $21,85 \pm 6,59$ (min,max; 2-36)'dur. Ölçeğin geneline ve alt boyutlarına ilişkin puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının hem ölçeğin geneli hem de alt boyutları için +1,5 ile -1,5 arasında olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeğe ilişkin puanların normal dağıldığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların sosyotelizm ölçeğinin geneline ilişkin puanı ortalaması $26,69 \pm 7,27$ (min, max; 10-47), iletişim bozukluğu alt ölçeğine ilişkin puan ortalaması $14,57 \pm 4,69$ (min, max; 6-29) ve telefon tutkusu alt ölçeğine ilişkin puan ortalaması $12,12 \pm 3,46$ (min, max; 4-20)'dir.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı ölçeğine ilişkin puan ortalaması $30,81 \pm 9,25$ (min, max; 10-56)'dur. Tüm ölçeklerin geneline ve alt boyutlarına ilişkin puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının hem ölçeğin geneli hem de alt boyutları için +1,5 ile -1,5 arasında olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeğe ilişkin puanların normal dağıldığını göstermektedir.

4.3. KATILIMCILARIN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI VE ASRS PUANLARI İLE SOSYOTELİZM VE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Katılımcıların sosyotelizm ve akıllı telefon bağımlılığı puanlarının DEHB tanısı olma durumuna göre incelenmesi için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Sosyotelizm ve Akıllı Telefon Bağımlılığının DEHB Tanısı Açısından İncelenmesi

| Ölçekler ve Alt Boyutları | DEHB Tanısı | n | Ortalama | ss | T | p |
|----------------------------|-------------|-----|----------|-------|-------|---------|
| Sosyotelizm | Kontrol | 150 | 26,99 | 6,60 | 0,714 | 0.476 |
| | DEHB | 150 | 26,39 | 7,89 | | |
| İletişim Bozukluğu | Kontrol | 150 | 14,79 | 4,01 | 0,812 | 0.417 |
| | DEHB | 150 | 14,35 | 5,28 | | |
| Telefon Tutkusu | Kontrol | 150 | 12,20 | 3,35 | 0,400 | 0.690 |
| | DEHB | 150 | 12,04 | 3,58 | | |
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | Kontrol | 150 | 33,43 | 7,19 | 5,110 | <0.001* |
| | DEHB | 150 | 28,18 | 10,31 | | |

Bağımsız örneklem t-testi; *p<0.05

Katılımcıların sosyotelizm puanları, sosyotelizmin alt ölçekleri olan iletişim bozukluğu ve telefon tutkusu puanları DEHB tanısı olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p>0.05$). Bununla birlikte akıllı telefon bağımlılığı puanları DEHB tanısı olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, ($p<0.05$). DEHB tanılı olanların akıllı telefon bağımlılığı puanları ($\bar{x}=28,18$), kontrol grubuna göre ($\bar{x}=33,43$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Sağlıklı gönüllüler akıllı telefona daha fazla bağımlıdırlar.

DEHB tanısı olan katılımcıların sosyotelizm ölçeği ve alt boyutları ve akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanlar ile ASRS ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye yönelik Pearson Korelasyon analizi sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Sosyotelizm ve Akıllı Telefon Bağımlılığı ile ASRS ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

| | | ASRS Toplam Puan | Hiperaktivite/Dürtüsellik | Dikkat Eksikliği |
|-------------------------------|----------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| Sosyotelizm | r | 0,171 | 0,198 | 0,113 |
| | p | 0.036* | 0.015* | 0.170 |
| | N | 150 | 150 | 150 |
| İletişim Bozukluğu | r | 0,089 | 0,114 | 0,047 |
| | p | 0.280 | 0.164 | 0.565 |
| | N | 150 | 150 | 150 |
| Telefon Tutkusu | r | 0,247 | 0,269 | 0,179 |
| | p | 0.002* | 0.001* | 0.029* |
| | N | 150 | 150 | 150 |
| Akıllı Telefon Bağımlılığı | r | 0,224 | 0,242 | 0,165 |
| | p | 0.006* | 0.003* | 0.044* |
| | N | 150 | 150 | 150 |

Pearson Korelasyon Analizi; *p<0.05

Sosyotelizm ile dikkat eksikliği alt boyutu ($r=0.113$, $p>0.05$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ASRS ($r=0.171$, $p<0.05$) toplam puanı ve hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu ($r=0.198$, $p<0.05$) arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre sosyotelizm puanları arttıkça ASRS ve hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları artmaktadır.

İletişim bozukluğu ile ASRS ($r=0.089$, $p>0.05$), hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu ($r=0.114$, $p>0.05$) ve dikkat eksikliği alt boyutu ($r=0.047$, $p>0.05$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Telefon tutkusu alt ölçeği ile ASRS ($r=0.247$, $p<0.05$) toplam puanı, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu ($r=0.269$, $p<0.05$) ve dikkat eksikliği alt boyutu ($r=0.179$, $p<0.05$) arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre telefon tutkusu puanları arttıkça ASRS, hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği puanları artmaktadır.

Akıllı telefon bağımlılığı ile ASRS ($r=0.224$, $p<0.05$), hiperaktivite/dürtüsellik boyutu ($r=0.242$, $p<0.05$) ve dikkat eksikliği boyutu ($r=0.165$, $p<0.05$) arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre akıllı telefon bağımlılığı puanları arttıkça ASRS, hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği puanları artmaktadır.

4.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI OLAN KATILIMCILARIN AKILLI TELEFON KULLANIM DÜZEYLERİ İLE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI VE SOSYOTELİZM ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

DEHB tanısı olan katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı, sosyotelizm, alt boyutları olan iletişim bozukluğu ve telefon tutkusu puanlarının, akıllı telefon başlama yaşı, akıllı telefon kullanım yılı, günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA sonuçları 7-10 arasındaki tablolarda sunulmuştur.

DEHB tanılı katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı puanlarının, akıllı telefon başlama yaşı, akıllı telefon kullanım yılı, günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Akıllı Telefon Bağımlılığı Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi

| | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd | Kareler Ortalaması | F | p | Anlamlı Fark |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|--------|---------|---|
| Akıllı telefon başlama yaşı | Gruplararası | 85,766 | 2 | 42,883 | 0,400 | 0.671 | - |
| | Gruplarıçi | 15759,008 | 147 | 107,204 | | | |
| | Toplam | 15844,773 | 149 | | | | |
| Akıllı telefon kullanım yılı | Gruplararası | 95,837 | 3 | 31,946 | 0,296 | 0.828 | - |
| | Gruplarıçi | 15748,937 | 146 | 107,869 | | | |
| | Toplam | 15844,773 | 149 | | | | |
| Günlük akıllı telefon kullanım süresi | Gruplararası | 3868,238 | 3 | 1289,413 | 15,719 | <0.001* | 6 saat ve üstü ile 1 saatten az ve 2-4 saat 2-4 saat ile 4-6 saat |
| | Gruplarıçi | 11976,535 | 146 | 82,031 | | | |
| | Toplam | 15844,773 | 149 | | | | |
| Günlük akıllı telefon kontrol sayısı | Gruplararası | 2140,609 | 4 | 535,152 | 5,662 | <0.001* | 10-20 kez ile 40'tan fazla |
| | Gruplarıçi | 13704,164 | 145 | 94,511 | | | |
| | Toplam | 15844,773 | 149 | | | | |
| Sosyal medya kullanım süresi | Gruplararası | 2131,755 | 2 | 1065,878 | 11,426 | <0.001* | 1 saatten az ile 1-3 saat arası ve 4 saatten fazla |
| | Gruplarıçi | 13713,018 | 147 | 93,286 | | | |
| | Toplam | 15844,773 | 149 | | | | |

ANOVA; *p<0.05

DEHB tanılı katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı puanları, akıllı telefon kullanmaya başlama yaşı ve akıllı telefon kullanım yılına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p>0.05$). Bununla birlikte günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, ($p<0.05$).

Birimler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD testinin sonuçlarına göre günlük 6 saat ve üstü telefon kullananlar ($\bar{x}=37,63$) 1 saatten az kullananlara ($\bar{x}=25,11$) ve 2-4 saat kullananlara ($\bar{x}=23,42$) göre akıllı telefona daha fazla bağımlıdır. Ayrıca 4-6 saat telefon kullananlar ($\bar{x}=31,37$) 2-4 saat kullananlara ($\bar{x}=23,42$) göre akıllı telefona daha fazla bağımlıdır.

Günlük telefon kontrol sayıları incelendiğinde günlük 40'tan fazla telefonunu kontrol edenler ($\bar{x}=32,95$) 10-20 kez kontrol edenlere ($\bar{x}=23,05$) göre akıllı telefona daha fazla bağımlıdır. Sosyal medya kullanım süresine bakıldığında günlük 1 saatten az sosyal medya kullananlar ($\bar{x}=23,16$) 1-3 saat arası kullananlar ($\bar{x}=29,48$) ve 4 saatten fazla kullananlara ($\bar{x}=33,19$) göre akıllı telefona daha az bağımlıdır.

DEHB tanılı katılımcıların sosyotelizm puanlarının, akıllı telefon başlama yaşı, akıllı telefon kullanım yılı, günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Sosyotelizm Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi

| | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd | Kareler Ortalaması | F | p | Anlamlı Fark |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|-------|---------|---|
| Akıllı telefon başlama yaşı | Gruplararası | 154,989 | 2 | 77,495 | 1,246 | 0.291 | - |
| | Gruplarıçi | 9140,804 | 147 | 62,182 | | | |
| | Toplam | 9295,793 | 149 | | | | |
| Akıllı telefon kullanım yılı | Gruplararası | 109,258 | 3 | 36,419 | 0,579 | 0.630 | - |
| | Gruplarıçi | 9186,536 | 146 | 62,921 | | | |
| | Toplam | 9295,793 | 149 | | | | |
| Günlük akıllı telefon kullanım süresi | Gruplararası | 1388,288 | 3 | 462,763 | 8,544 | <0.001* | 6 saat ve üstü ile 1 saatten az ve 2-4 saat 2-4 saat ile 4-6 saat |
| | Gruplarıçi | 7907,506 | 146 | 54,161 | | | |
| | Toplam | 9295,793 | 149 | | | | |

Tablo 7. (Devamı) Sosyotelizm Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi

| | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd | Kareler Ortalaması | F | p | Anlamlı Fark |
|--------------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|-------|---------------|---|
| Günlük akıllı telefon kontrol sayısı | Gruplararası | 969,589 | 4 | 242,397 | 4,221 | 0.003* | 10-20 kez ile 30-40 kez ve 40'tan fazla |
| | Gruplarıçi | 8326,204 | 145 | 57,422 | | | |
| | Toplam | 9295,793 | 149 | | | | |
| Sosyal medya kullanım süresi | Gruplararası | 564,974 | 2 | 282,487 | 4,756 | 0.010* | 1 saatten az ile 4 saatten fazla |
| | Gruplarıçi | 8730,820 | 147 | 59,393 | | | |
| | Toplam | 9295,793 | 149 | | | | |

ANOVA; * $p < 0.05$

DEHB tanılı katılımcıların sosyotelizm puanları, akıllı telefon kullanmaya başlama yaşı ve akıllı telefon kullanım yılına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p > 0.05$). Bununla birlikte günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.05$).

Birimler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Turkey HSD testinin sonuçlarına göre günlük 6 saat ve üstü telefon kullananlar ($\bar{x}=32,73$) 1 saatten az kullananlara ($\bar{x}=24,77$) ve 2-4 saat kullananlara ($\bar{x}=23,70$) göre sosyotelizm puanları daha yüksektir. Ayrıca 4-6 saat telefon kullananlar ($\bar{x}=27,81$) 2-4 saat kullananlara ($\bar{x}=23,70$) göre sosyotelizm puanları daha yüksektir.

Günlük telefon kontrol sayıları incelendiğinde günlük 10-20 kez telefonunu kontrol edenler ($\bar{x}=22,34$) 30-40 kez kontrol edenlere ($\bar{x}=28,32$) ve 40'tan fazla kontrol edenlere ($\bar{x}=29,04$) göre sosyotelizm puanları daha düşüktür. Sosyal medya kullanım süresine bakıldığında günlük 1 saatten az sosyal medya kullananlar ($\bar{x}=24,14$) 4 saatten fazla kullananlara ($\bar{x}=29,58$) göre sosyotelizm puanları daha düşüktür.

DEHB tanılı katılımcıların iletişim bozukluğu puanlarının, akıllı telefon başlama yaşı, akıllı telefon kullanım yılı, günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. İletişim Bozukluğu Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi

| | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd | Kareler Ortalaması | F | p | Anlamlı Fark |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|-------|---------------|-----------------------------|
| Akıllı telefon başlama yaşı | Gruplararası | 69,584 | 2 | 34,792 | 1,251 | 0.289 | - |
| | Gruplariçi | 4086,690 | 147 | 27,801 | | | |
| | Toplam | 4156,273 | 149 | | | | |
| Akıllı telefon kullanım yılı | Gruplararası | 89,655 | 3 | 29,885 | 1,073 | 0.363 | - |
| | Gruplariçi | 4066,618 | 146 | 27,854 | | | |
| | Toplam | 4156,273 | 149 | | | | |
| Günlük akıllı telefon kullanım süresi | Gruplararası | 436,589 | 3 | 145,530 | 5,712 | 0.001* | 2-4 saat ile 6 saat ve üstü |
| | Gruplariçi | 3719,684 | 146 | 25,477 | | | |
| | Toplam | 4156,273 | 149 | | | | |
| Günlük akıllı telefon kontrol sayısı | Gruplararası | 252,245 | 4 | 63,061 | 2,342 | 0.058 | - |
| | Gruplariçi | 3904,029 | 145 | 26,924 | | | |
| | Toplam | 4156,273 | 149 | | | | |
| Sosyal medya kullanım süresi | Gruplararası | 165,784 | 2 | 82,892 | 3,054 | 0.050 | - |
| | Gruplariçi | 3990,489 | 147 | 27,146 | | | |
| | Toplam | 4156,273 | 149 | | | | |

ANOVA; * $p < 0.05$

DEHB tanılı katılımcıların iletişim bozukluğu puanları, akıllı telefon kullanmaya başlama yaşı, akıllı telefon kullanım yılına, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p > 0.05$). Bununla birlikte günlük akıllı telefon kullanım süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, ($p < 0.05$).

Birimler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD testinin sonuçlarına göre günlük 6 saat ve üstü telefon kullananların ($\bar{x}=18,21$) 2-4 saat kullananlara ($\bar{x}=12,91$) göre iletişim bozukluğu daha fazladır.

DEHB tanılı katılımcıların telefon tutkusu puanlarının, akıllı telefon başlama yaşı, akıllı telefon kullanım yılı, günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Telefon Tutkusu Puanlarının Akıllı Telefon Kullanım Düzeyleri Açısından İncelenmesi

| | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd | Kareler Ortalaması | F | p | Anlamlı Fark |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|-------|---------|--|
| Akıllı telefon başlama yaşı | Gruplararası | 17,020 | 2 | 8,510 | 0,661 | 0.518 | - |
| | Gruplarıçi | 1892,740 | 147 | 12,876 | | | |
| | Toplam | 1909,760 | 149 | | | | |
| Akıllı telefon kullanım yılı | Gruplararası | 67,877 | 3 | 22,626 | 1,793 | 0.151 | - |
| | Gruplarıçi | 1841,883 | 146 | 12,616 | | | |
| | Toplam | 1909,760 | 149 | | | | |
| Günlük akıllı telefon kullanım süresi | Gruplararası | 290,702 | 3 | 96,901 | 8,738 | <0.001* | 1 saatten az ile 6 saat ve üstü |
| | Gruplarıçi | 1619,058 | 146 | 11,089 | | | |
| | Toplam | 1909,760 | 149 | | | | |
| Günlük akıllı telefon kontrol sayısı | Gruplararası | 275,335 | 4 | 68,834 | 6,107 | <0.001* | 10-20 kez ile 20-30 kez, 30-40 kez ve 40'tan fazla |
| | Gruplarıçi | 1634,425 | 145 | 11,272 | | | |
| | Toplam | 1909,760 | 149 | | | | |
| Sosyal medya kullanım süresi | Gruplararası | 124,849 | 2 | 62,425 | 5,141 | 0.007* | 1 saatten az ile 4 saatten fazla |
| | Gruplarıçi | 1784,911 | 147 | 12,142 | | | |
| | Toplam | 1909,760 | 149 | | | | |

ANOVA; *p<0.05

Katılımcıların telefon tutkusu puanları, akıllı telefon kullanmaya başlama yaşı ve akıllı telefon kullanım yılına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>0.05). Bununla birlikte günlük akıllı telefon kullanım süresi, günlük akıllı telefon kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresi göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, (p<0.05).

Birimler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD testinin sonuçlarına göre günlük 6 saat ve üstü telefon kullananlar (\bar{x} =14,52) 1 saatten az kullananlara (\bar{x} =10,55) ve 2-4 saat kullananlara (\bar{x} =10,79) göre telefon tutkusu daha fazladır. Ayrıca 4-6 saat telefon kullananlar (\bar{x} =12,98) 2-4 saat kullananlara (\bar{x} =10,79) göre telefon tutkusu daha fazladır. Telefon tutkusu arttıkça telefon kullanım süresi artmaktadır.

Günlük telefon kontrol sayısı incelendiğinde günlük 10-20 kez telefonunu kontrol edenler (\bar{x} =9,82) 20-30 kez kontrol edenlere (\bar{x} =12,36), 30-40 kez kontrol edenlere (\bar{x} =13,12) ve 40'tan fazla kontrol edenlere (\bar{x} =13,21) göre telefon tutkusu

daha az saptanmıştır. Sosyal medya kullanım süresine bakıldığında günlük 1 saatten az sosyal medya kullananlar ($\bar{x}=11,12$) 4 saatten fazla kullananlara ($\bar{x}=13,67$) göre telefon tutkusu daha azdır. Telefon tutkusu arttıkça telefon kontrol sayısı artmaktadır

4.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISININ BULUNMASI AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI VE SOSYOTELİZMİ YORDAR MI?

Katılımcılarda DEHB tanısının bulunmasının akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm üzerindeki etkisine ilişkin bulgular Tablo 10-13 arasında sunulmuştur.

Tablo 10. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Akıllı Telefon Bağımlılığı Üzerindeki Etkisi

| Değişken | B | Standart Hata | Beta | t | p |
|-----------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|--------|---------|
| Sabit | 33,433 | 0,726 | | 46,054 | 0.000 |
| DEHB tanısı | -5,247 | 1, | -,284 | -5,110 | <0.001* |
| R= 0,284 | R²= 0,081 | F (1, 298) 26,116 | p<0.001 | | |

Doğrusal Regresyon Analizi; *p<0.05

Tablo 10 incelendiğinde DEHB tanısı bulunma durumunun, katılımcıların akıllı telefon bağımlılığı puanları ile düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir, R=0,284, R²= 0,081, p<0.05. Buna göre akıllı telefon bağımlılığı puanlarına ilişkin toplam varyansın %8'inin katılımcılarda DEHB olması açıklandığı ifade edilebilir. Buna göre sağlıklı gönüllülerde akıllı telefon bağımlılığı puanları daha yüksek bulunmuştur. DEHB olanların akıllı telefon bağımlılığı puanı olmayanlara göre 5,247 puan daha düşüktür.

Tablo 11. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Sosyotelizm Üzerindeki Etkisi

| Değişken | B | Standart Hata | Beta | t | p |
|-----------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|--------|-------|
| Sabit | 26,993 | 0,595 | | 45,404 | 0.000 |
| DEHB | -,600 | 0,841 | -,041 | -,714 | 0.476 |
| R= 0,041 | R²= 0,002 | F (1, 298) ,509 | p=0 .476 | | |

Doğrusal Regresyon Analizi; *p<0.05

Tablo 11 incelendiğinde, DEHB tanılı olma durumunun, katılımcıların sosyotelizm puanları ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmektedir, $R=0,041$, $R^2=0,002$, $p>0.05$. Buna göre DEHB tanılı olma, sosyotelizmin anlamlı bir yordayıcısı değildir.

Tablo 12. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun İletişim Bozukluğu Üzerindeki Etkisi

| Değişken | B | Standart Hata | Beta | t | p |
|-----------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|--------|-------|
| Sabit | 14,793 | 0,383 | | 38,608 | 0.000 |
| DEHB | -,440 | 0,542 | -,047 | -,812 | 0.417 |
| R= 0,047 | R²= 0,002 | F (1, 298) ,659 | p=0 .417 | | |

Doğrusal Regresyon Analizi; *p<0.05

Tablo 12'ye göre DEHB tanısı olma durumunun, katılımcıların sosyotelizm alt boyutu olan iletişim bozukluğu puanları ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamaktadır, $R=0,041$, $R^2=0,002$, $p>0.05$. Buna göre DEHB tanılı olma, iletişim bozukluğunun anlamlı bir yordayıcısı değildir.

Tablo 13. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Telefon Tutkusu Üzerindeki Etkisi

| Değişken | B | Standart Hata | Beta | t | p |
|-----------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|--------|-------|
| Sabit | 12,200 | 0,283 | | 43,087 | 0.000 |
| DEHB | -,160 | 0,400 | -,023 | -,400 | 0.690 |
| R=0 ,023 | R²= 0,001 | F (1, 298) ,160 | p= 0.690 | | |

Doğrusal Regresyon Analizi; *p<0.05

Tablo 13'e göre DEHB bulunma durumunun, katılımcıların sosyotelizm alt boyutu olan telefon tutkusu puanları ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamaktadır, $R=0,041$, $R^2=0,002$, $p>0.05$. Buna göre DEHB tanılı olma, telefon tutkusunun anlamlı bir yordayıcısı değildir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanımlı bireylerde akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelmizm düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda DEHB tanısı olan bireylerin akıllı telefon bağımlılığı puanları sağlıklı gönüllülere göre daha düşük bulunmuştur. DEHB ve kontrol grubunun bazı sosyodemografik verilerinin farklı olması bu duruma katkı sağlamış olabilir. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında akıllı telefon bağımlılığı kadın cinsiyette daha fazla görülmektedir (126–129). Eğitim düzeyi arttıkça akıllı telefon bağımlılığının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (10,130,131). Çalışmamızda kontrol grubunda kadınlar ve eğitim düzeyi yüksek lisans/doktora olanların daha fazla olması bu grupta akıllı telefon bağımlılığının daha fazla görülmesini açıklayabilir. DEHB grubumuzun yaş ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktü. Literatürde yaşın akıllı telefon bağımlılığı üzerinde bir etkisi olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (67,132,133). Kontrol grubunda DEHB grubuna göre alışveriş yapmak için telefonu kullananların daha fazla olması bu grupta alışveriş bağımlılığıyla ilgili bir durumun olup olmadığını sorgulamamıza neden olmaktadır. Ancak bu çalışmada alışveriş bağımlılığına yönelik bir veri bulunmamaktadır. Bununla birlikte, örneklemimizdeki DEHB tanımlı bireylerin akıllı telefona daha az bağımlı olmalarında; psikiyatri polikliniğimize düzenli kontrollere gelen ve tedavilerini düzenli kullanan bireylerden oluşmaları etken olmuş olabilir. Bu bireylerin büyük çoğunluğunun kullandıkları metilfenidat tedavisi, DEHB belirtilerini azaltma yoluyla akıllı telefon bağımlılığının önüne geçmiş olabilir. DEHB olan çocuklarda metilfenidatın internette video oyunu oynamaya etkisinin incelendiği bir çalışmada, 8 haftalık metilfenidat tedavisinin DEHB olan öğrencilerde internette oyun oynama bağımlılığının şiddetini azalttığı bildirilmektedir (134).

Örneklemimizde DEHB tanımlı bireylerden oluşan grubun ölçek puanları incelendiğinde; akıllı telefon bağımlılığı puanları arttıkça ASRS, hiperaktivite/dürtüsellik ile dikkat eksikliği puanlarının arttığı saptanmıştır. Literatürde akıllı telefon bağımlılığının DEHB semptomlarını arttırdığı ve DEHB'nin önemli bir yordayıcısı olduğu bildirilmektedir (86,87,90,92–94,96). Akıllı telefon ekranına maruziyetin ve akıllı telefonda alınan bildirimlerin artmasının DEHB

semptomlarını arttırdığı gösterilmiştir (90,94). Alageel ve arkadaşları, akıllı telefon bağımlılığı ile uykusuzluk, depresif belirtiler ve DEHB belirtilerinin ilişkili olduğunu bulmuştur (86). Üniversite öğrencilerinde DEHB ve dürtüsellik akıllı telefon bağımlılığı üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada; akıllı telefon bağımlılığı, DEHB ve dürtüsellik semptomları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (93). Zheng ve arkadaşları, 7720 ortaokul öğrencisiyle yaptıkları çalışmada akıllı telefona sahip olanların olmayanlara göre dikkat eksikliği puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (89). Bizim çalışmamızda da literatüre uyumlu şekilde erişkin DEHB tanısı olan bireylerde dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri arttıkça akıllı telefon bağımlılığı puanlarının arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda DEHB tanısı olanlarla sağlıklı kontrol grubumuzu karşılaştırdığımızda sosyotelizm ve alt ölçekleri olan telefon tutkusu ve iletişim bozukluğu puanlarında anlamlı bir farklılık saptayamadık. Sosyotelizm birçok bağımlılığı içinde barındıran yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde sosyotelizm üzerine yapılan çalışmalar henüz kısıtlıdır. Brkljačić ve arkadaşlarının çalışmasında erkek popülasyonda öz kontrol düşüklüğü ve telefon kullanım alışkanlıklarının, kadın cinsiyette ise internet bağımlılığı, psikolojik stres ve hafta sonu internette geçirilen zamanın fazla olmasının sosyotelizm davranışını yordadığı bulunmuştur (113). Sosyotelizm davranışını sergileyenlerin öz kontrollerinin düşük olduğu, empati kuramadıkları, davranış kontrolü ve iletişim alanlarında eksikliklerinin olduğu, uyarınları algılamada sorun yaşadıkları görülmektedir (11). Chotpitayasunondh ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sosyotelizmin sosyal dışlanmayı yordadığını bulmuşlardır (104). DEHB tanısı olan bireylerin sosyal alanlarda güçlük yaşadıkları bilinmektedir. Özellikle sosyal ipuçlarını anlamakta güçlük yaşama ve sosyal durumları yanlış algılama sebebiyle kişilerarası iletişimde uygunsuz yanıtlar verirler. İletişimde oldukları kişilerin ihtiyaçlarına duyarsız bir tutum sergiliyormuş gibi gözükebilirler (135,136). Literatürde yer alan bu bulgular DEHB'li bireylerin ve sosyotelistlerin iletişim ve davranış kontrolü alanlarında benzer sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır. DEHB grubunda sosyotelizm puanları arttıkça ASRS ve hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının arttığını, dikkat eksikliği puanlarının ise etkilenmediğini gördük. Telefon bağımlılığındaki bulgularımıza benzer olarak telefon tutkusu puanları arttıkça, ASRS

toplam puanı hiperaktivite/dürtüsellik ile dikkat eksikliği puanlarının arttığını saptadık. Bu veri, sosyotelizmin alt ölçeği olan telefon tutkusu ile telefon bağımlılığı kavramlarının birbirine benzer kavramlar olduğunu düşündürmektedir. Sosyotelizmin iletişim bozukluğu alt boyutunu incelediğimizde ASRS ve alt boyutları ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gördük. Buna göre DEHB sosyotelizmin daha çok telefon tutkusu alt boyutu ile ilişkili görülmektedir. Bunun sebebinin sosyotelizmin akıllı telefon bağımlılığını da içinde barındıran yapısı olabilir.

Çalışmamızda sosyodemografik verileri incelediğimizde DEHB tanısı ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, akıllı telefona başlama yaşı, akıllı telefon kullanım amacı ve akıllı telefon nedeniyle uyku problemi yaşama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamızda, bekarlarda (%57,1) evlilere (%22,6) göre DEHB daha fazla görülmektedir. Erişkin DEHB tanılı bireylerin evlilik uyumu ve aile içi iletişimlerinin, DEHB tanısı olmayan yetişkinlere göre daha kötü olduğu Eakin ve arkadaşlarının çalışmasında gösterilmiştir (137). Wolf ve arkadaşları, DEHB tanılı bireylerin hiperaktivite ve dürtüselliklerinin aile içi ilişkilerde sorun yaratması nedeniyle boşanmaların bu bireylerde daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (138). Bizim bulgularımıza göre daha çok bekarların DEHB tanısına sahip olması, DEHB tanılı bireylerin ikili ilişkilerde yaşadıkları bu güçlüklerin yansıması olabilir. Diğer yandan çalışmamızda DEHB grubundaki bireylerin yaş ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olması, üniversiteye hazırlanmakta olan lise mezunlarının daha fazla olması DEHB grubunda bekarların daha fazla olmasının gerekçesi olabilir.

Çalışmamızda DEHB'nin erkek cinsiyette (%63,9) kadın cinsiyete (%37,2) göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Gül ve arkadaşlarının ilkökul öğrencilerini dahil ederek yaptıkları çalışmada DEHB'nin erkek/kız oranı 3,5/1 olarak bulunmuştur (30) Ercan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, DEHB'nin erkeklerde kızlara göre 2,8 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (139). Biederman ve arkadaşları, kliniğe başvuran çocuklarda erkek/kız oranını 9/1, erişkinlerde ise 3/2 olarak bulmuştur (140). Özdemiroğlu ve arkadaşları erişkin DEHB'de erkek/kadın oranını 5/3 olarak bulmuştur (141). Literatürdeki bu bulgulara bakıldığında çalışmamızda benzer şekilde DEHB yaygınlığının erkek popülasyonda daha fazla saptandığı görülmektedir.

Çalışmamızda DEHB tanısı olanlarda kontrol grubuna göre ilkokul/lise mezunlarının (%86,1) oranı daha fazlayken yüksek lisans/doktora mezunların (%29) oranı daha azdır. Biederman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada DEHB’li bireylerin akademik olarak daha düşük başarı seviyesinde oldukları gözlenmektedir (142). Barkley ve arkadaşları, DEHB’ye sahip olanların akranlarına göre okulu bitirebilme, yüksekokuldan mezun olabilme oranlarının daha düşük olduğunu saptamıştır (143). Duran ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada ise DEHB tanısı olanlar ve olmayanlar arasında eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (144). Bizim çalışmamızda lise mezunlarının oranı DEHB grubunda daha fazlaydı. DEHB’li bireylerin dikkatlerini toparlayamamaları ve dürtüsellikleri sebebiyle ödül veren uyarılara yönelmeleri, organize olma ve plan yapmada yaşadıkları güçlükler eğitim alanında akranlarına göre zorluk yaşamalarının sebebi olabilir. Polikliniğimize başvuran DEHB grubundaki bireylerin eğitim alanındaki zorlukları için yardım arayan, özellikle üniversite sınavına hazırlanan bireylerden oluşması, DEHB grubunda lise mezunlarının daha fazla olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda akıllı telefon kullanım amaçları göz önüne alındığında DEHB tanılı bireylerin daha çok sosyal medyaya erişim ve iletişim kurma, kontrol grubunun ise alışveriş yapma ve diğer kullanımlar amacıyla akıllı telefonlarını kullandıkları görülmektedir. Literatüre bakıldığında; Uzun ve arkadaşları DEHB’li ergenlerin sosyal medyayı oldukça fazla kullandıkları, sosyal medyada oyun ve sohbet amaçlı vakit geçirdiklerini saptamıştır (145). Boer ve arkadaşlarının çalışmasında ise sosyal medya kullanımının DEHB’li popülasyonda daha fazla olduğuna dair bulguya rastlanamamıştır (146). Bizim çalışmamızda, DEHB tanılı grubun akıllı telefonlarını daha çok sosyal medyada zaman geçirmek için kullandığı görülmektedir. DEHB’li grubun sosyal iletişimde zorluk yaşayan bireyler oldukları düşünüldüğünde bu yol ile sosyalleşmeyi seçmeleri daha olasıdır. Ayrıca sosyal medya kişiyi beğeniler, uygulamalar yoluyla ödüllendirmeye açık bir platformdur. DEHB’li popülasyonun ödül hassasiyetinin fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda sosyal medya kullanım oranlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda akıllı telefon kullanımını nedeniyle uyku problemini DEHB’li grubun daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Yoon ve arkadaşlarının çalışmasında, erişkin DEHB’li bireylerde uyku bozukluklarının sık görüldüğü ve en önemli uyku

bozukluğunun sirkadiyen ritim bozukluğu olduğu saptanmıştır (147). Başka bir çalışmada; DEHB tanılı çocukların gecikmiş uyku fazına sahip olduğu, uyku bozukluklarının da DEHB semptomlarını arttıran bir döngüye sebep olduğu belirtilmektedir (148). Surman ve arkadaşları; ilaç etkisinden bağımsız olarak erişkin DEHB tanılı bireylerde bozulmuş uyku kalitesi olduğunu, buna bağlı gündüz yorgunluğunun daha sık görüldüğünü bulmuşlardır. Aynı zamanda DEHB’li bireylerde uyku solunum bozuklukları ve uyku apnesinin sık görüldüğünü saptamışlardır (149). DEHB tanılı ergenlerin gece medya kullanımlarının fazla olduğu ve buna bağlı uyku problemleri, anksiyete semptomları ve depresif belirtiler yaşadıkları saptanmıştır (150). Bulgularımız DEHB tanısı olanların akıllı telefonda fazla vakit geçirme sebebiyle daha sık uyku problemi yaşadığını göstermektedir DEHB’li bireylerde uyku problemlerinin sık görüldüğü bilinmekle beraber akıllı telefon kullanımının da uyku sorunlarına sebebiyet veren yapısı, DEHB’li grupta psikopatolojinin ağırlaşmasına sebep olabilir. Bu nedenle uyku hijyeni kurallarının bu hasta grubu ile iyi çalışılması ve yatmadan önce akıllı telefon ile geçirilen zamanın azaltılması hedeflenmelidir.

Bulgularımıza göre; DEHB tanılı katılımcıların günlük akıllı telefon kullanım süresi, telefonu kontrol sayısı ve sosyal medya kullanım süresi ile akıllı telefon bağımlılığı, sosyotelizm ve alt boyutu olan telefon tutkusu arasında anlamlı bir ilişki vardı. Telefonu gün içinde daha uzun süre kullananlarda, telefonunu daha fazla kontrol edenlerde ve sosyal medyada daha fazla zaman geçirenlerde akıllı telefon bağımlılığı, sosyotelizm bağımlılığı ve telefon tutkusu daha fazlaydı. İletişim bozukluğu sadece günlük akıllı telefon kullanım süresiyle ilişkiliydi. Günlük akıllı telefon kullanımı süresinin fazla olması akıllı telefon bağımlılığını yordayan önemli bir etkidir (78,151–153). Günlük 5 saatten fazla telefon kullanımının akıllı telefon bağımlılığını arttırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmekle beraber Khalily ve arkadaşları bunun akıllı telefon bağımlılığını yordayan en önemli etken olduğunu belirtmişlerdir (151,152). Sosyal medya kullanımının fazla olması akıllı telefon bağımlılığını arttıran önemli bir etkidir (78,151,154,155). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında, akıllı telefon bağımlılığı olan bireylerin boş zamanlarının çoğunu sosyal medyada geçirdikleri ve günde 30 defadan fazla akıllı telefonlarını kontrol ettikleri bulunmuştur (155). Hong ve arkadaşları; sosyal medyada gezinme, müzik dinleme ve video izleme

amaçlı telefon kullanımının akıllı telefon bağımlılığını yordadığını belirtmişlerdir (87). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin akıllı telefonlarını en çok sosyal medyada vakit geçirme amacıyla kullandıkları bulunmuştur (79,152,153,156). İlk cep telefonu edinme yaşı ile akıllı telefona uzun süre sahip olmak sorunlu telefon kullanımının önemli belirleyicilerindedir (126). Pearson ve arkadaşları uzun süre akıllı telefona sahip olma durumunun, günlük kullanım süresini artırma yoluyla akıllı telefon bağımlılığına sebep olabileceğini belirtmişlerdir (81). Pugh ve arkadaşları akıllı telefonu en çok 18 yaş grubunun kullandığını, ileri yaşlarda telefon kullanımının azaldığını bulmuşlardır (157). Davey ve arkadaşları, ergenlerde sosyotelizmin temel belirleyici sebebinin akıllı telefonun aşırı kullanımı olduğunu belirtmişlerdir (108). Bu veri çalışmamızda günlük akıllı telefon kullanım süresinin 6 saat ve üstünde olanlarda sosyotelizm ve telefon tutkusu puanlarının daha yüksek olmasını açıklamaktadır. İletişim bölümü öğrencileri dahil edilerek yapılan bir çalışmada, öğrencilerin sosyotelizm konusunda bilgi sahibi olmadıkları ve istemsizce bu davranışı sergiledikleri görülmüştür. Gelişmeleri kaçırma korkusu ve sosyal medya bağımlılığının sosyotelizme neden olan etkenler olduğu bulunmuştur (106). Franchia ve arkadaşları, sosyal medyayı problemlili kullanan kişilerin sosyotelizm davranışı sergilediklerini ifade etmişlerdir (158). Bu veriler çalışmamızda sosyal medyayı daha uzun süre kullananlarda sosyotelizm ve telefon tutkusu puanlarının daha yüksek olmasını açıklamaktadır. Guazzini ve arkadaşları, sosyotelizm ile teknoloji bağımlılıklarının ilişkisini ele almış ve en güçlü yordayıcının akıllı telefon bağımlılığı olduğunu belirtmişlerdir (109). Ivanova ve arkadaşları, akıllı telefon bağımlılığının sosyotelizmi etkileyen önemli bir faktör olduğu saptamışlardır (159). Bulgularımıza göre günde 6 saat ve üstünde telefonuyla vakit geçirenlerde, telefonunu günde 40'tan fazla kontrol edenlerde ve sosyal medyada 4 saat ve üzeri vakit geçiren DEHB tanılı bireylerde akıllı telefon bağımlılığı, sosyotelizm bağımlılığı ve telefon tutkusu daha fazlaydı. İletişim bozukluğu puanları ise günlük 6 saat ve üstü telefon kullananlarda daha fazlaydı. Telefonun artan kullanımı davranışın pekişmesine yol açarak bağımlılık puanlarını artırıyor olabilir. Bu bulgular literatüre uyumlu şekilde; artan telefon, sosyal medya kullanımının ve telefon kontrol sayısının sosyotelizm ve akıllı telefon bağımlılığına neden olan etkenler olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları kesitsel nitelikte bir araştırma olması, DEHB tanılı hastaların ilaç kullanıyor oluşu ve kontrol grubuyla hasta grubumuz arasında sosyodemografik veriler açısından farklılıklar bulunmasıdır. Diğer yandan DEHB tanılı grubumuz yaş, medeni durum, cinsiyet açısından genel popülasyonla DEHB’li bireylerde görülen farklılıklar açısından literatüre uygun bir gruptur. Literatürde de DEHB’nin daha çok erkek, genç yaş ve bekarlarda görüldüğü bilinmektedir. Çalışmamızın güçlü yönleri DEHB tanılı hastalarda ek psikiyatrik tanıların dışlanması, kontrol grubu kullanılması, katılımcıların klinik görüşme ile değerlendirilmesidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, DEHB tanılı bireylerde akıllı telefon bağımlılığı arttıkça ASRS ve alt ölçekleri olan dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının arttığı görülmektedir. Kontrol grubumuzla DEHB tanısı alan hastaları akıllı telefon bağımlılığı puanları açısından karşılaştırdığımızda ise sağlıklı gönüllülerde akıllı telefon bağımlılığının daha fazla olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri arttıkça akıllı telefon bağımlılığının arttığı görülmektedir. DEHB tanılı hasta grubumuzun ilaç kullanıyor olması, kontrol grubumuzda kadın cinsiyetin daha fazla olması ve eğitim düzeyinin daha yüksek olması akıllı telefon bağımlılığı düzeylerinin sağlıklı gönüllülerde daha fazla saptanmasını açıklayabilir. Sağlıklı gönüllülerde akıllı telefon bağımlılığının yüksek saptanması bu durumun global bir sorun olduğunu ve bağımlılığı önlemeye yönelik daha fazla müdahalede bulunulması gerektiğini de göstermektedir. DEHB tanılı grubumuzda; sosyotelizm ile telefon tutkusu alt boyutunun puanları arttıkça, ASRS ve hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeğinin puanlarının arttığını gördük. Telefon tutkusunun ek olarak dikkat eksikliği alt boyutuyla da pozitif yönde ilişkili olduğunu saptadık. DEHB ve kontrol grubunu sosyotelizm düzeyleri açısından karşılaştırdığımızda ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulamadık. Bulgularımız DEHB grubunda semptom şiddeti arttıkça sosyotelizm düzeyinin ve özellikle telefon tutkusunun arttığını bize göstermektedir. Bununla birlikte, sosyotelizmin yeni bir kavram olması bu konu üzerinde daha fazla çalışma yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız erişkin DEHB tanılı bireylerle sağlıklı kontrol grubunu akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm düzeyleri açısından karşılaştıran ilk çalışmadır. Bu konuda yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmekle beraber yapılacak araştırmalarda ilaç kullanmayan DEHB hastaları dahil edilen, kontrollü, geniş örneklemlilerde çalışmaların yapılması literatüre katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth Edit. American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2015 Mar 1;56(3):345–65.
3. Barkley RA. Attention–Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment. 3th edition. New York: Guildford Press; 2006.
4. Tuđlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(1):75–116.
5. Yılmaz Kafalı H, Ozbaran B. Bağımlılıkta riskli bir durum: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, tanı, tedavi ve vaka yönetimi. Yüncü Z, editor. Ankara: Türkiye Klinikleri. 1.baskı. 2019;25–33.
6. Groman SM, James AS, Jentsch JD. Poor response inhibition: At the nexus between substance abuse and attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2009 May;33(5):690–8.
7. Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of substance and non-substance addiction. In: *Advances in Experimental Medicine and Biology*. Adv Exp Med Biol; 2017. p. 21–41.
8. Olsen CM. Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug addictions. *Neuropharmacology*. 2011 Dec;61(7):1109–22.
9. Deveci A. Davranışsal Bağımlılıklara Giriş Temel Başvuru Kitabı. Evren C, editor. 1.baskı. Ankara; 2020. p. 1–13.
10. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). Laks J, editor. *PLoS ONE*. 2013 Feb 27;8(2):1-7.
11. Karadağ E, Tosuntaş ŞB, Erzen E, Duru P, Bostan N, Mızrak Şahin B, et al. The virtual world's current addiction: phubbing. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2016 Nov 30;3(2):223–69.
12. Kim SG, Park J, Kim HT, Pan Z, Lee Y, McIntyre RS. The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity in South Korean adolescents. *Annals of General Psychiatry*. 2019 Dec 9;18(1):1-8.
13. Sadock B. Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer, Philadelphia, 2015

14. Still G. The goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*. 1902 Apr 26;159(4104):1163–8.
15. Kahn E, Cohen LH. Organic drivenness a brain-stem syndrome and an experience. *new england journal of medicine*. 1934 Apr 5;210(14):748–56.
16. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*. 1937 Nov;94(3):577–85.
17. Clements SD, Peters JE. Minimal brain dysfunctions in the school-age child. *Archives of General Psychiatry*. 1962 Mar 1;6(3):185-196.
18. Hartocollis P. The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bull Meninger Clin*. 1968 Jun 1;32(2):102–14.
19. American Psychiatric Assosiaciation. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-II*. 2th edition. 1968.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM IV*. 4th edition. 1994.
21. American Psychiatric Assosiaciation. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. 3th edition. 1980.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. 1987.
23. Faraone S v, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Pscyhiatry*. 2003;2(2):104–13.
24. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007 Jun;164(6):942–8.
25. Yapıcıoğlu B, Kavakçı Ö, Selcen Güler A, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(3):177–84.
26. Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman ATF, Deeg DJH, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*. 2012 Oct 2;201(4):298–305.
27. Kooij JJS, Michielsen M, Kruithof H, Bijlenga D. ADHD in old age: A review of the literature and proposal for assessment and treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2016 Dec 4;16(12):1371–81.
28. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*. 2006 Dec 21;166(2):117–23.

29. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of us children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2007 Sep 1;161(9):857.
30. Gül N, Tiryaki A, Kültür SEC, Topbaş M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2010 Jan 4;20(1):50–56.
31. Akgün GM, Tufan AE, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):15–48.
32. Faraone S v., Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 2005 Jun;57(11):1313–23.
33. Faraone S v., Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 1998 Nov 15;44(10):951–8.
34. Akutagava-Martins GC, Salatino-Oliveira A, Kieling CC, Rohde LA, Hutz MH. Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: current findings and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2013 Apr 9;13(4):435–45.
35. Faraone S v., Doyle AE, Mick E, Biederman J. Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine d 4 receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001 Jul;158(7):1052–7.
36. Hauser P, Zametkin AJ, Martinez P, Vitiello B, Matochik JA, Mixson JA, et al. Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *New England Journal of Medicine*. 1993 Apr 8;328(14):997–1001.
37. Kılıç BG. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nöropsikolojisine ilişkin kuramlar ve araştırmalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16(2):113–23.
38. Valera EM, Faraone S v., Murray KE, Seidman LJ. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2007 Jun 15;61(12):1361–9.
39. Seidman LJ, Valera EM, Makris N, Monuteaux MC, Boriel DL, Kelkar K, et al. Dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex volumetric abnormalities in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder identified by magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*. 2006 Nov 15;60(10):1071–80.
40. Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*. 1997 Jul 2;36(7):381–93.
41. Banerjee T das, Middleton F, Faraone S v. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*. 2007 Sep;96(9):1269–74.

42. O'Malley GK, McHugh L, mac Giollabhui N, Bramham J. Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and psychosocial factors. *European Psychiatry*. 2016 Jan 23; 31:29–36.
43. Faraone S v., Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006 Feb;36(2):159–65.
44. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997 Jan;121(1):65–94.
45. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004 Oct 15;65(10):1301–13.
46. Hodgkins P, Arnold LE, Shaw M, Caci H, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Frontiers in Psychiatry*. 2012;2(84):1-18.
47. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: A Controlled, Longitudinal, Community-Based Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000 Nov;39(11):1424–31.
48. Klein RG, Mannuzza S, Ramos Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/ hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry*. 2012 Dec;69(12):1295–303.
49. Brown T. Dikkat eksikliği bozukluğu: Çocuklarda ve yetişkinlerde odaklanamayan zihin. Ankara ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık ve İletişim A.Ş. Yayınları; 2011.
50. CADDRA | The Canadian ADHD Resource Alliance [Internet]. Available from: <https://www.caddra.ca/>
51. Doğan S. Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda tanı koyma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;6(4):276–84.
52. Öncü B. Tanısal değerlendirmede görüşme, ölçekler ve tanıya yardımcı diğer yöntemler. In: Semerci B, Aksoy UM, editors. *Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu-Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. 2018. p. 129–39.
53. Philipsen A, Heßlinger B, Elst LT van. Attention deficit and hyperactivity disorder in adulthood. *Deutsches Ärzteblatt international*. 2008 Apr 25;105(17):311–7.
54. Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Blondis TA, Feldman HM, Meyer BP, et al. Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001 Oct 1;108(4):1033–44.
55. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European

- Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019 Nov 16;56(1):14–34.
56. Cyr M, Brown CS. Current drug therapy recommendations for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Drugs*. 1998;56(2):215–23.
57. Faraone S v., Biederman J, Morley CP, Spencer TJ. Effect of stimulants on height and weight: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008 Sep;47(9):994–1009.
58. L S, Arnold E. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, In: Martin A, Fred RW (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Fourth Edition*. Philadelphia: Williams&Wilkins; 2007. 430–54 p.
59. Wilens TE, Faraone S v., Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003 Jan 1;111(1):179–85.
60. Sabri Ercan E, Çuhadaroğlu Çetin F, Motovalli Mukaddes N, Yazgan Y. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde atomoksetin. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2009;16(2):113–8.
61. Verbeeck W, Tuinier S, Bekkering G. Antidepressants in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Advances in Therapy*. 2009 Feb;26(2):170–84.
62. Yargıç İ. Erişkinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Ben neden göremiyorum? *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler- Özel Konular*. 2010;6(2):47–54.
63. Süzer Gamlı İ, Tamam L. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda eş tanı durumları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;6(4):296–309.
64. Ertem F. Cep telefonu kullanımının insan ilişkilerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
65. Uğurlu EG. Tarih ve kavram olarak yeni iletişim teknolojileri. In: *Yeni İletişim Teknolojileri*. Anadolu Üniversitesi; 2013. p. 2–22.
66. Çakır F, Demir N. Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon satın alma tercihlerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2014 Jul 8;29(1):213–43.
67. Kuyucu M. Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı: “akıllı telefon (kolik)” üniversite gençliği. *Global Media Journal TR Edition*. 2017;7(14):328–59.
68. Poushter J, Stewart R. Smartphone ownership and internet usage continues to climb in emerging economies. *Pew Research Center*. 2016; 22:1–44.

69. Akgül M. Akıllı telefon bağımlılığı konusu çalışılan tezlerdeki eğilimler ve önemli bulgular. *Instructional Technology and Lifelong Learning*. 2020;1(2):221–44.
70. We Are Social (2021). Digital in 2017 Global Overview, A Collection of Internet, Social Media, and Mobile Data From Around The World. Hootsuite. 2008-2017 We Are Social Ltd. [Internet]. 2021. Available from: <https://wearesocial.com/uk/blog/2021/01/digital-2021-uk/>
71. Griffiths M. Does internet and computer “addiction” exist? some case study evidence. *Cyber Psychology&Behavior*. 2000;3(2):211–9.
72. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions. *Addiction*. 1990 Nov 1;85(11):1389–94.
73. Choi SW, Kim DJ, Choi JS, Ahn H, Choi EJ, Song WY, et al. Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and internet addiction. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015 Dec 1;4(4):308–14.
74. Lin YH, Chang LR, Lee YH, Tseng HW, Kuo TBJ, Chen SH. Development and Validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). Miles J, editor. *PLoS ONE*. 2014 Jun 4;9(6):1–5.
75. Lin YH, Chiang CL, Lin PH, Chang LR, Ko CH, Lee YH, et al. Proposed diagnostic criteria for smartphone addiction. Weinstein AM, editor. *PLOS ONE*. 2016 Nov 15;11(11): 1-11.
76. Lin YH, Lin YC, Lee YH, Lin PH, Lin SH, Chang LR, et al. Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research*. 2015 Jun 1; 65:139–45.
77. Duke É, Montag C. Smartphone addiction and beyond: Initial insights on an emerging research topic and its relationship to internet addiction. In: *Internet Addiction: Neuroscientific Approaches and Therapeutical Implications Including Smartphone Addiction*. 2017. p. 359–72.
78. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015 Dec 1;4(4):299–307.
79. Çetinkaya Bozkurt Ö, Minaz A. Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin ve kullanım amaçlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017 Oct 20;9(21):268–86.
80. Chen B, Liu F, Ding S, Ying X, Wang L, Wen Y. Gender differences in factors associated with smartphone addiction: a cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry*. 2017 Dec 10;17(341):1-9.
81. Pearson C, Hussain Z. Smartphone addiction and associated psychological factors. *addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2016 Nov 30;3(2):1-15.
82. van Velthoven MH, Powell J, Powell G. Problematic smartphone use: Digital approaches to an emerging public health problem. *Digital Health*. 2018 Jan 5; 4:1–9.

83. Selçuk KT, Ayhan D. The relationship between smartphone addiction risk and sleep duration and psychosocial comorbidities in health professional candidates. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019 Dec 20;56(3):541–6.
84. Lei LYC, Ismail MAA, Mohammad JAM, Yusoff MSB. The relationship of smartphone addiction with psychological distress and neuroticism among university medical students. *BMC Psychology*. 2020 Dec 11;8(97):1-9.
85. Sohn SY, Rees P, Wildridge B, Kalk NJ, Carter B. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and grade of the evidence. *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 29;19(356):1-10.
86. Alageel AA, Alyahya RA, A. Bahatheq Y, Alzunaydi NA, Alghamdi RA, Alrahili NM, et al. Smartphone addiction and associated factors among postgraduate students in an Arabic sample: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec 10;21(302):1-10.
87. Hong YP, Yeom YO, Lim MH. Relationships between smartphone addiction and smartphone usage types, depression, ADHD, stress, interpersonal problems, and parenting attitude with middle school students. *Journal of Korean Medical Science*. 2021 May 1;36(19):1–13.
88. Romo L, Ladner J, Kotbagi G, Morvan Y, Saleh D, Tavalacci MP, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and addictions (substance and behavioral): Prevalence and characteristics in a multicenter study in France. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018 Jul 16;7(3):743–51.
89. Zheng F, Gao P, He M, Li M, Wang C, Zeng Q, et al. Association between mobile phone use and inattention in 7102 Chinese adolescents: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014 Dec 1;14(1022):1-7.
90. Montagni I, Guichard E, Kurth T. Association of screen time with self-perceived attention problems and hyperactivity levels in French students: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016 Feb 26;6(2):1-8.
91. Tong L, Xiong X, Tan H. Attention deficit/hyperactivity disorder and lifestyle related behaviors in children. Portolés M, editor. *Plos One*. 2016 Sep 22;11(9):1-13
92. Yapça Kaypaklı G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı ve duygusal zeka ile ilişkili özellikler. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana; 2017.
93. Kara Ölmeztoprak V. Üniversite Öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dürtüsellikğin akıllı telefon bağımlılığı üzerine etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya; 2019.
94. Kushlev K, Proulx J, Dunn EW. “Silence Your Phones.” In: *Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. New York, NY, USA: ACM; 2016. p. 1011–20.

95. Kırac R. Nomofobinin dikkat eksikliğine etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2019 Dec 31;14(20):1097–114.
96. Kuss D, Harkin L, Kanjo E, Billieux J. Problematic smartphone use: Investigating contemporary experiences using a convergent design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Jan 16;15(1):142.
97. Byun YH, Ha M, Kwon HJ, Hong YC, Leem JH, Sakong J, et al. Mobile phone use, blood lead levels, and attention deficit hyperactivity symptoms in children: A longitudinal study. Scott JG, editor. *PLoS ONE*. 2013 Mar 21;8(3):1-10.
98. Barth A, Winker R, Ponocny-Seliger E, Mayrhofer W, Ponocny I, Sauter C, et al. A meta-analysis for neurobehavioural effects due to electromagnetic field exposure emitted by GSM mobile phones. *Occupational and Environmental Medicine*. 2008 May 1;65(5):342–6.
99. Lan Y, Ding JE, Li W, Li J, Zhang Y, Liu M, et al. A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018 Nov 12;7(4):1171–6.
100. Tehseen Nazir, Dr. Metin Pişkin. Phubbing: A Technological invasion which connected the world but disconnected humans. *International Journal of Indian Psychology*. 2016 Sep 25;3(4):39-46.
101. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*. 2005 Feb;8(1):39–51.
102. Yam FC, İlhan T. Modern çağın bütünsel teknolojik bağımlılığı: Phubbing ve dinamikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020 Mar 31;12(1):1–15.
103. Yasin RM, Bashir S, Abeele M vanden, Bartels J. Supervisor phubbing phenomenon in organizations: determinants and impacts. *International Journal of Business Communication*. 2020 Mar 4;1–23.
104. Chotpitayasunondh V, Douglas KM. The effects of “phubbing” on social interaction. *Journal of Applied Social Psychology*. 2018 Jun 1;48(6):304–16.
105. Aagaard J. Digital akasia: a qualitative study of phubbing. *A1 & Society*. 2020 Mar 17;35(1):237–44.
106. Hanika IM. Fenomena phubbing di era milenial. *Interaksi: Jurnal Ilmu Komunikasi*. 2015 Jan 2;4(1):42–51.
107. Karadağ E, Tosuntaş ŞB, Erzen E, Duru P, Bostan N, Şahin BM, et al. Determinants of phubbing, which is the sum of many virtual addictions: A structural equation model. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015 Jun;4(2):60–74.

108. Davey S, Davey A, Raghav SK, Singh J v, Singh N, Blachnio A, et al. Predictors and consequences of “Phubbing” among adolescents and youth in India: An impact evaluation study. *J Family Community Med.* 2018;25(1):35–42.
109. Guazzini A, Duradoni M, Capelli A, Meringolo P. An Explorative model to assess individuals’ phubbing risk. *Future Internet.* 2019 Jan 18;11(21):1–13.
110. Abeele, Vanden Mariek MP, Postma-Nilsenova M. More than just gaze: An experimental vignette study examining how phone-gazing and newspaper-gazing and phubbing while speaking and phubbing while listening compare in their effect on affiliation. *Communication Research Reports.* 2018 Aug 8;00(00):1–11.
111. Carjaval ET. What about the phubbing in Mexico? *Families and technologies.* 2017;16(37):59–69.
112. Xie X, Chen W, Zhu X, He D. Parents’ phubbing increases adolescents’ mobile phone addiction: Roles of parent-child attachment, deviant peers, and gender. *Children and Youth Services Review.* 2019 Oct; 105:1-8
113. Brkljačić T, Šakić V, Kaliterna Lipovčan L. Phubbing among Croatian students. In: *Protection and promotion of the well-being of children, youth and families: Selected Proceedings of the 1st International Scientific conference of the Department of Psychology at the Catholic University of Croatia.* 2018. p. 109–26.
114. Parmaksız İ. İletişimde ve ilişkilerde phubbing. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2020;24(2):359–72.
115. Misra S, Cheng L, Genevie J, Yuan M. The iPhone effect. *Environment and Behavior.* 2016 Feb 1;48(2):275–98.
116. Rainie L, Zickhur K. Americans’ views on mobile etiquette. Pew Research Center. 2015. [Internet] Available from: <https://www.pewresearch.org/internet/2015/08/26/americans-views-on-mobile-etiquette/>
117. Parmaksız İ. Sosyotelizm (phubbing) ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkide sosyal kaygının aracı rolü. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2021 Aug 7;22(2):1387–420.
118. Ballı ŞN. Üniversite öğrencilerinde sosyotelizmin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2020.
119. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. Choi DS, editor. *PLoS ONE.* 2013 Dec 31;8(12):1–7.
120. Noyan C, Darcin A, Nurmedov S, Yilmaz O, Dilbaz N. Validity and reliability of the Turkish version of the Smartphone Addiction Scale-Short Version among university students. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 2015;16(1):73–81.

121. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum. 23.baskı. Ankara Pegem A; 2017.
122. Child D. The essentials of factor analysis. Continuum; 2006. 180 p.
123. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*. 2005 Feb 21;35(2):245–56.
124. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10(2):77–87.
125. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 5 th. edit. Boston; 2007.
126. Billieux J, van der Linden M, Rochat L. The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology*. 2008 Dec 1;22(9):1195–210.
127. van Deursen AJAM, Bolle CL, Hegner SM, Kommers PAM. Modeling habitual and addictive smartphone behavior. *Computers in Human Behavior*. 2015 Apr; 45:411–20.
128. Lin TTC, Chiang YH. Investigating predictors of smartphone dependency symptoms and effects on academic performance, improper phone use and perceived sociability. *International Journal of Mobile Communications*. 2017;15(6):1-27.
129. Weiser EB. Gender differences in internet use patterns and internet application preferences: A two-sample comparison. *CyberPsychology & Behavior*. 2000 Apr;3(2):167–78.
130. Kuyumcu M. Akıllı telefon bağımlılığı: Erzurum ili üzerine bir inceleme. *SDÜ İfade*. 2021;3(1):33–61.
131. Ankara HG, Kopmaz B, Öz E. Elmayı en çok kim ısıyor? Akıllı telefon bağımlılığını etkileyen sosyoekonomik faktörlerin tespiti. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*. 2020 Aug 1;13(3):235–42.
132. Ünal HM. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
133. Mert A, Özdemir G. Yalnızlık duygusunun akıllı telefon bağımlılığına etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2018; 4:89-107
134. Han DH, Lee YS, Na C, Ahn JY, Chung US, Daniels MA, et al. The effect of methylphenidate on internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2009 May;50(3):251–6.
135. Rickel AU, Brown RT. *Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults*. Hogrefe&Huber Publishers; 2007. 80 p.
136. Wender PH. *ADHD: Attention-deficit hyperactivity disorder in children and adults*. Oxford Uni. 2001. 1–271 p.

137. Eakin L, Minde K, Hechtman L, Ochs E, Krane E, Bouffard R, et al. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders*. 2004 Aug 26;8(1):1–10.
138. Wolf LE, Wasserstein J. Adults ADHD. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Jan 25;931(1):396–408.
139. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaslan T, Akyol Ardic U. Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: The effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016 Feb 7;47(1):35–42.
140. Biederman J, Faraone S v., Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*. 2004 Apr 1;55(7):692–700.
141. Özdemiroğlu Alyanak F, Yargıç İ, Oflaz S. Genel psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. *Nöro psikiyatri Arşivi*. 2011 Sep 15;48(3):119–124.
142. Biederman J, Mick E, Faraone S v., Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Jan;159(1):36–42.
143. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 1990 Jul; 29(4):546–57.
144. Duran S, Fistikci N, Keyvan A, Bilici M, Caliskan M. Prevalence and comorbidity of adult ADHD in psychiatric outpatient admissions. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2014;25(2):84–93.
145. Uzun Ö, Yıldırım V, Uzun E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde sosyal medya kullanım alışkanlıkları ve sosyal medya bağımlılığı, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;10(3):142–7.
146. Boer M, Stevens G, Finkenauer C, Eijnden R. Attention deficit hyperactivity disorder-symptoms, social media use intensity, and social media use problems in adolescents: investigating directionality. *Child Development*. 2020 Jul 26;91(4):853–65.
147. Yoon SYR, Jain U, Shapiro C. Sleep in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults: Past, present, and future. *Sleep Medicine Reviews*. 2012 Aug;16(4):371–388.
148. Thoma VK, Schulz-Zhecheva Y, Oser C, Fleischhaker C, Biscaldi M, Klein C. Media use, sleep quality, and ADHD symptoms in a community sample and a sample of ADHD patients aged 8 to 18 years. *Journal of Attention Disorders*. 2020 Feb 8;24(4):576–589.
149. Surman CBH, Thomas RJ, Aleari M, Pagano C, Biederman J. Adults with ADHD and sleep complaints. *Journal of Attention Disorders*. 2006 Feb 26;9(3):550–555.

150. Becker SP, Lienesch JA. Nighttime media use in adolescents with ADHD: links to sleep problems and internalizing symptoms. *Sleep Medicine*. 2018 Nov1; 51:171–78.
151. Khalily M, Loona M, Bhatti M, Ahmad I, Saleem T. Smartphone addiction and its associated factors among students in twin cities of Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(8):1357-1362.
152. Akyürek Mİ. Lise öğrencilerinin akıllı telefon kullanımı ve bağımlılığı. *Turkish Journal of Educational Studies*. 2020;7(2):42–63.
153. Göldağ B. Akıllı telefon bağımlılığı ile algılanan stres ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Studies-Information Technologies and Applied Sciences*. 2019;14(2):193–212.
154. Işık M, Kaptangil İ. Akıllı telefon bağımlılığının sosyal medya kullanımı ve beş faktör kişilik özelliği ile ilişkisi: üniversite öğrencileri üzerinden bir araştırma. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2018;7(2):695–717.
155. Ünalın D, Yıldırım O. Dijital yerlilerin sosyotelizm (phubbing) eğilimlerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2020 Mar 28;8(1):276–297.
156. Çuhadar A, Demirel M, Er Y, Serdar E. Ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ve gelecek beklentisi ilişkisinin incelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2020 Apr 30;15(24):2528–2544.
157. Pugh S. Investigating the relationship between: Smartphone addiction, social anxiety, self-esteem, age and gender. *Dublin Business School, Dublin*; 2017.
158. Franchina V, vanden Abeele M, van Rooij A, lo Coco G, de Marez L. Fear of missing out as a predictor of problematic social media use and phubbing behavior among flemish adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Oct 22;15(10):3-18.
159. Ivanova A, Gorbaniuk O, Błachnio A, Przepiórka A, Mraka N, Polishchuk V, et al. Mobile phone addiction, phubbing, and depression among men and women: a moderated mediation analysis. *Psychiatric Quarterly*. 2020 Sep 7;91(3):655–68.

8. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI VE TEZ ONAY FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|----------------------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bireylerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Sosyütelizm |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | |

| | | |
|----------------------|------------------|--|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | SAGLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |
| | AÇIK ADRESİ: | T.C Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman YURTASLAN Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Metin Akif Ersoy Mahallesi 13. Cadde No:36 Yenimahalle-06206/ANKARA |
| | TELEFON | 0 312 336 96 81 |
| | FAKS | 0 312 336 96 81 |
| | E-POSTA | cazade@pnm.saglik.gov.tr |

| | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADE/SOYADI | Doç. Dr. Hayriye Dilek HAMURCU | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Psikiyatri | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADE/SOYADI | Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji SUAM | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | | | |
| | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADE/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) | | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ | FAZ 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 3 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 4 | <input type="checkbox"/> | | |
| Gözlemsel ilaç çalışması | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Tıbbi cihaz klinik araştırması | | <input type="checkbox"/> | | | |
| In vitro tıbbi test cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları | <input type="checkbox"/> | | | | |
| İlaç dışı klinik araştırma | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| Diğer ise belirtiniz | | | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> | |

... (bu alanlar için gerekli olan her türlü baskı, imzaların yer alınacağı her sayfaya önce atılmalıdır.)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|----------------------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bireylerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Sosyetalizm |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | |

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | |
|--------------------------------|--|--------------------------|-------------------|--|--|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | OLUŞ RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> | |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | | |
| | SİĞORTA | <input type="checkbox"/> | | | |
| | ARAŞTIRMA İHTİŞAHI | <input type="checkbox"/> | | | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | | |
| | GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | | | |
| | DİĞER | <input type="checkbox"/> | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2021-42/1006 | Tarih: 16.02.2021 | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın yapılmasını gerekli, ancak, yaklaşımlar ve yöntemler dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın yapılmasını başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yapılmış araştırma/poliklinik için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. | | | | |

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu | | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---------------|
| BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Lütfi DOĞAN | | | | | | |
| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile İlgili | Katılım * | İmza |
| Prof. Dr. Lütfi DOĞAN | Genel Cerrahi | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Prof. Dr. Mustafa ARSLAN | Fizyoloji-Anestezi | Gazi Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL | Halk Sağlığı | Gazi Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Prof. Dr. Tolga Reşat AYDOS | Farmakoloji | Başkent Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Doç. Dr. Merve KIZIL ÇAKAR | Hermafrodit | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Doç. Dr. Numan ÇILEDAG GÖKBAYRAK | Radyoloji | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Uzm. Dr. İbrahim ATASEVER AKKAŞ | Radyoterapi | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Doç. Dr. Erdem ÖZTÜRK | Üroloji | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Op. Dr. Hakan BULAK | Genel Cerrahi | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Uzm. Dr. Özlem ŞEN | Anestezi | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Uzm. Dr. Bahar UNCU ULU | Hermafrodit | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Doç. Dr. Ayşe OCAK DURAN | Tıbbi Onkoloji | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Doç. Dr. Recep ÖZTÜRK | Ortopedi | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Av. Arzu BATUR | Avukat | Ankara H. Sağlık Mh. | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |
| Uzm. Fiz. Müh. Dincer YEĞEN | Mühendis | SBC Ankara Onkoloji SUAM | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>[İmza]</i> |

* Toplantıda Bulunma

SBC ANKARA ONKOLOJİ SUAM Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza alınmalıdır.



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--27489
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 08 Nisan 2021 tarihinde saat 14:30'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr. Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 61 (altmış bir) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Bilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Tıbbi Genetik Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BEBP4HSCK* Pin Kodu :23122
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:htp://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>
Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



| | | | | |
|----|------------------|--|---|---------------|
| 58 | Dr.Merve KARAKUŞ | Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM | Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı bireylerde akıllı telefon bağımlılığı ve sosyotelizm | Kabul Edildi. |
|----|------------------|--|---|---------------|

EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

| | | | |
|---|--|--------------------------|---|
|  | FORMLAR | |  |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | |
| DOKÜMAN NO: EY.FK.050 | YAYIN TARİHİ: 30.01.2019 | REV. TAR./REV. NO: 00/00 | Sayfa 1 / 3 |

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Adı: 'Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bireylerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Sosyotelizm'

Araştırmanın Kolay Anlaşılır Adı: 'Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bireylerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Sosyotelizm'

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Hayriye Dilek Hamurcu

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bireylerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Sosyotelizm' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorumuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bu çalışmada Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan bireylerin akıllı telefon bağımlılığı, sosyotelizm düzeyleri incelenecektir. Çalışmaya 150 hasta ve 150 sağlıklı kontrol grubu alınacaktır. Gelişen teknoloji ile bireylerin gittikçe artan telefon kullanımını akıllı telefon bağımlılığı kavramını geliştirmiştir. Sosyotelizm, bireyin başkalarıyla iletişim halindeyken akıllı telefonuyla etkileşime girmesi ve kişilerarası iletişimin aksaması, karşısındaki kişiyi bu sebeple görmezden gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavi edilmediğinde yetişkinlik döneminde devam etmekte ve davranışsal bağımlılıklar için risk unsuru teşkil etmektedir. Akıllı telefonlardan gelen bildirimlerin de bireyler üzerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptomlarında kötüleşmeye sebep olabileceği öngörülmektedir. Bizde bu çalışmada erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun akıllı telefon bağımlılığı, sosyotelizm ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Uygulanacak testler; Sosyodemografik Özellikler Formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Kendi Bildirim Ölçeği, Sosyotelizm Ölçeği testleridir.

Çalışmaya alındıktan sonra size verilen basılı formlardaki öçeklerde yer alan soruları okuyarak, bu formlar üzerinde sizin için en uygun gelen seçenekleri işaretlemek suretiyle çalışmaya katılmış olacaksınız.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllüdür. Eğer soruları yanıtlamak istemiyorsanız şu anda formu bırakabileceğiniz gibi, sonraki bir zaman diliminde de istediğiniz takdirde çalışmaya

| | | | | |
|---|--|--------------------------|-------------|---|
|  | FORMLAR | | |  |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | |
| DOKÜMAN NO: EY.FR.050 | YAYIN TARİHİ: 30.01.2019 | REV. TAR. RİF. NO: 00/00 | Sayfa 2 / 3 | |

katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Ancak size verilen formları eksiksiz doldurmanız, bu araştırmadan sağlıklı bir sonuç alınabilmesi açısından önemlidir.

Çalışma için uygulanan ölçeklerin 20 dakika kadar süreceği tahmin edilmektedir.

Çalışmaya katılmanın size ya da sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir ek mali yükü yoktur.

Çalışma süresince size herhangi bir deneysel ilaç ya da tedavi şekli uygulanmayacaktır.

Çalışma anket çalışmasıdır.

Çalışmaya katılmanız ya da katılmayı reddetmeniz, sizin için bir farklılık ortaya çıkarmamaktadır.

Planlanan çalışmada, bireysel bilgileriniz ya da isminiz kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırma sırasında elde edilecek tüm bilgiler sizinle paylaşılacaktır.

Sizden maddi karşılık talep edilmeyecek ya da para, sigorta tazminat ödenmeyecektir.

Her türlü soru ve sorunlarınızla ilgili olarak Doç. Dr. Hayriye Dilek Hanırcu'ya no'lu telefon aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

ONAM FORMU

Benyukarıdaki bilgileri okudum ve hepsini anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir kopyasını da kendim için aldım.

Gönüllünün Adı – Soyadı

Ohuru Alan Araştırmacının Adı – Soyadı

İmza

İmza

Tarih

Tarih

EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz:
2. Yaşınız:
3. Medeni Durumunuz
a. Evli b. Bekar c. Dul d. Ayrı yaşayan
4. Ekonomik Durum:
a. Düşük b. Orta c. Yüksek
5. Eğitim durumunuz
a. İlkokul b. Lise c. Lisans d. Yüksek Lisans e. Doktora
6. Kimlerle yaşıyorsunuz?
a. Yalnız b. Eş/Çocuklar c. Eş/çocuklar ve diğer aile üyeleri
7. Akıllı telefonunuz var mı?
a. Evet b. Hayır
8. İlk akıllı telefonunuzu kaç yaşında edindiniz?
a. 7-12 b. 12-18 c. 18-30 d. 31 ve üstü
9. Kaç yıldır akıllı telefon kullanıyorsunuz?
a. 1-5 yıl b. 6-10 yıl c. 11-15 yıl d. 16 yıl ve üstü
10. Akıllı telefonunuz günlük ortalama kaç saat kullanırsınız?
a. 1 saatten az b. 2-4 saat c. 4- 6saat d. 6 saat ve üstü
11. Akıllı telefonunuzu günde ortalama kaç kez kontrol edersiniz?
a. 10'dan az b. 10 – 20 kez c. 20 – 30 kez d. 30 – 40 kez e. 40'tan fazla
12. Akıllı telefonunuzu en sık kullanım amacınız nedir?
a. İletişim kurmak b. Oyun oynamak c. Sosyal Medya e. Alışveriş yapmak
f. Ders Çalışmak/Proje Hazırlamak g. Çevrimiçi Kitap, Dergi, Haber Okumak
g. Müzik dinlemek/Video izlemek e. Diğer
13. Sosyal Medya kullanıyorsanız günlük ortalama kaç saat kullanırsınız?
a. 1 saatten Az b. 1-3 saat Arası c. 4-6 saat Arası d. 7 saat üzeri
14. Akıllı telefon kullanımının yapmanız gereken önemli işleri ertelemenize sebep oluyor mu?
a. Çok Sık b. Sıklıkla c. Nadiren d. Hiç

15. Akıllı telefon kullanımının boş zaman aktivitelerinize ayırdığınız zamanı azaltıyor mu?

a. Çok Sık b. Sıklıkla c. Nadiren d. Hiç

16. Uyumadan önce akıllı telefonunuzu kontrol etmenizden dolayı uyku problemi yaşadığınız olur mu?

a. Evet b. Hayır

17. Akıllı telefon ve ilişkili olduğu masraflara yaptığınız yatırım ekonomik açıdan sizi zorluyor mu?

a. Evet b. Hayır

18. Akıllı telefon bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a. Bağımlıyım b. Kararsızım c. Bağımlı değilim

19. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Hayır b. Evet (.....paket/gün)

20. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Hayır b. Evet (haftada 1-2gün, 3-4gün, 5gün ve daha fazla)

21. Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

a. Hayır b. Evet (Hastalık tanısı, Ne zaman başladığı, kullandığınız ilaçlar:)

22. Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı?

a. Hayır b. Evet (Varsa hastalığın adını ve aile bireyi ile yakınlık derecenizi yazınız:.....)

23. Tanı konulmuş tıbbi rahatsızlığınız var mı?

a. Hayır b. Evet (Varsa hastalığın ismi ve kullandığınız ilaçlar :.....)

24. Madde kullanıyor musunuz veya deneyiminiz var mı?

a. Hayır b. Evet (Varsa açıklayınız.....)

EK-4: AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORMU

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

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

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

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

EK-5: ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

| | | | | | |
|--|------|----------|-------|-----|---------|
| İsim: | | | | | |
| Tarih: | | | | | |
| | Asla | Nadi-ren | 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 başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz? | | | | | |
| 5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, 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 rahattlamakta 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-6: SOSYOTELİZM ÖLÇEĞİ

| Sosyotelizm (Phubbing) Ölçeği Aşağıdaki maddeleri sizin düşüncelerinize yakınlık derecesine göre değerlendiriniz. | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|---|--------------------------------|---------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1) Başkaları ile birlikteyken gözüm telefona gider. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) Arkadaşlarımla bir ortamda bulunduğumda cep telefonumla ilgilenirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) İnsanlar, cep telefonumla ilgilenmemden şikâyet ederler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Tanıdıklarımla yemek yerken cep telefonumla ilgilenirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) Cep telefonum ile ilgilenirken karşımdaki kişiyi rahatsız etmediğimi düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Telefonum sürekli elimin altındadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Sabah uyandığımda ilk önce telefonumdaki mesajlarımı kontrol ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) Telefonsuz kendimi eksik hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) Her geçen gün telefon kullanımım artıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) Telefonum yüzünden sosyal, iş ve kişisel aktivitelerine ayırdığım zaman azalıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Merve KARAKUŞ
Doğum yeri ve tarihi :
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Medeni durumu :
İletişim adresi :
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2010-2016: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
2006-2010: İzmir Karşıyaka Anadolu Lisesi
1998-2006: Karşıyaka Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu

III- Mesleki Deneyimi

2016 Eylül-2017 Aralık: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı-Pratisyen Hekim
2017 Aralık-2018 Haziran: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı- Asistan Hekim
2018 Haziran -2022: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı- Asistan Hekim

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

V- Diğer Bilgiler

- 2020: Bilişsel ve Davranışçı Terapi- FÜSEM/Aktif Psikoloji Akademisi
2021: Bilişsel ve Davranışçı Terapi -Bilişsel Davranışçı Terapiler Derneği
2021: Evlilik, Çift ve Boşanma Terapisi / İlişki Terapileri Enstitüsü
2021: Cinsel Terapi / İlişki Terapileri Enstitüsü
2021: Travma ve Psikososyal Destek Eğitimi / İzmir Psikoloji Enstitüsü

