



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE
İNTERNET KULLANIMI VE GELİŞMELERİ KAÇIRMA
KORKUSU İLE İLİŞKİLİ ETMENLER**

MURAT OĞUZHAN KESKİNSEZER
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ESRA YAZICI

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE
İNTERNET KULLANIMI VE GELİŞMELERİ KAÇIRMA
KORKUSU İLE İLİŞKİLİ ETMENLER**

MURAT OĞUZHAN KESKİNSEZER
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ESRA YAZICI

2023-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program Türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Murat Oğuzhan Keskinsezer

Sınav Tarihi : Saat:

Tez Başlığı : Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireylerde İnternet Kullanımı ve Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ile İlişkili Etmenler

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği ile kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum Adı)	İmza	Kabul / Red
Danışman (Üye)	Prof. Dr. Esra Yazıcı		
Üye	Prof. Dr. Ali Savaş Çilli		
Üye	Doç. Dr. Ahmet Bülent Yazıcı		

“Bu tez .././20.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

.././20..

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.05.2022 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır.

Tarih: .././..

Murat Oğuzhan Keskinsezer

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitim sürem içerisinde bilgi, fikir ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, Klinik İdari Sorumlumuz ve tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Esra YAZICI başta olmak üzere hem mesleki hayatıma hem de sosyal hayatıma katkıları ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Atila EROL, Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ ve Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Birlikte çalışırken hem keyif aldığım hem de mesleki tecrübe paylaşımı yaptığım sevgili asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma;

Ekip olarak çalışmanın yanı sıra aile gibi hissettiren, psikiyatri kadın, erkek ve AMATEM servisleri ile TRSM' de çalışan tüm hemşire, sekreter, psikolog, personel ve güvenliklerimize çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmem için çok emek harcayan hem sosyal hayatımda hem eğitim hayatımda yaşadığım zorluklarda yanımda olan ve mutluluklarımda benden daha çok sevinen canım kardeşim Alp Kağan KESKİNSEZER'e, canım annem Meral KESKİNSEZER'e, canım babam Dr. Ayhan KESKİNSEZER'e en içten teşekkürlerimle...

Varlığı ve sevgisiyle hayatımın her anına neşe katan, sabrı ve desteği ile tüm zorlukların üstesinden gelmeme yardımcı olan biricik eşim Mualla KESKİNSEZER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Murat Oğuzhan KESKİNSEZER

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	3
2.1.1. Obsesif kompulsif bozukluğun tanımı ve tarihçesi.....	3
2.1.2. Obsesif kompulsif bozukluğun tanısı.....	4
2.1.3. Obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi.....	6
2.1.4. Obsesif kompulsif bozukluğun etyolojisi.....	7
2.1.4.1. Genetik.....	7
2.1.4.2. Nörokimyasal hipotezler.....	7
2.1.4.3. Nöroimmunoloji.....	9
2.1.4.4. Nörogörüntüleme.....	10
2.1.4.5. Psikojen etkenler.....	11
2.1.5. Obsesif kompulsif bozukluğun klinik özellikleri.....	13
2.1.6. Obsesif kompulsif bozukluğun semptom boyutları.....	14
2.1.6.1. Bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları.....	14
2.1.6.2. Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonları.....	15
2.1.6.3. Dini-cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar.....	15
2.1.6.4. Simetri, sıralama, sayma obsesyon ve kompulsiyonları.....	16
2.1.6.5. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları	16
2.1.6.6. Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar.....	17
2.1.7. Obsesif kompulsif bozukluğun ayırıcı tanısı.....	18
2.1.8. Obsesif kompulsif bozuklukta ek hastalıklar.....	19
2.1.9. Obsesif kompulsif bozuklukta klinik seyir.....	22
2.1.10. Obsesif kompulsif bozuklukta tedavi.....	22

2.1.10.1. Bilişsel davranışçı terapi.....	22
2.1.10.2. Farmakoterapi.....	24
2.2. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu.....	25
2.2.1. Gelişmeleri kaçırma korkusunun tanımı ve tarihçesi.....	25
2.2.2. Gelişmeleri kaçırma korkusunun epidemiyolojisi.....	26
2.2.3. Gelişmeleri kaçırma korkusunun etyolojisi.....	27
2.2.4. Gelişmeleri kaçırma korkusu için risk faktörleri.....	28
2.2.5. Gelişmeleri kaçırma korkusu tanısı.....	29
2.2.6. Gelişmeleri kaçırma korkusu klinik görünümü.....	29
2.2.7. Gelişmeleri kaçırma korkusunun tedavisi.....	30
2.3. Problemlı İnternet Kullanımı.....	31
2.3.1. Problemlı internet kullanımının tanımı ve tarihçesi.....	31
2.3.2. Problemlı internet kullanımının tanısı.....	32
2.3.3. Problemlı internet kullanımının epidemiyolojisi.....	32
2.3.4. Problemlı internet kullanımının etyolojisi.....	32
2.3.5. Problemlı internet kullanımının tedavisi.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	35
3.2. Uygulama	36
3.2.1. Sosyodemografik veri formu.....	37
3.2.2. S.C.I.D.-5/C.V.....	37
3.2.3. Yale Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği.....	38
3.2.4. Gelişmeleri kaçırma korkusu ölçeği.....	38
3.2.5. Barratt dürtüsellik ölçeği.....	38
3.2.6. Bağımlılık profili indeksi.....	38
3.2.7. Problemlı internet kullanımı ölçeği.....	39
3.3. Veri Analizi	39
4. BULGULAR	40
4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	40
4.2. Hasta ve Kontrol Grubunun İnternet, Sosyal Medya, Tablet, Cep Telefonu, Bilgisayar ve Televizyon Kullanım Özellikleri.....	41
4.3. Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri.....	45

4.4. Hasta ve Kontrol Grubunun İnternet ile İlişkili Ölçek Puanlarının İncelenmesi.....	47
4.5. O.K.B. Hasta Grubunda Gündemi Kaçırma Korkusu ile İlişkili Etmenler....	49
4.6. Kontrol Grubunda Gündemi Kaçırma Korkusu ile İlişkili Etmenler.....	52
4.7. O.K.B. Hasta Grubunda P.İ.K.O. ile İlişkili Etmenler.....	54
4.8. Kontrol Grubunda P.İ.K.O. ile İlişkili Etmenler.....	57
4.9. Gündemi Kaçırma Korkusu İçin Öngördürücü Etmenler.....	59
4.10. Problemlı İnternet Kullanımı İçin Öngördürücü Etmenler.....	60
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	62
6.KAYNAKLAR.....	77
7.EKLER	98
Ek-1: Etik kurul kararı	98
Ek 2: Sosyodemografik veri formu	99
Ek 3: Yale Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği.....	100
Ek 4: Gelişmeleri kaçırma korkusu ölçeği.....	104
Ek 5: Bağımlılık profili indeksi.....	105
Ek 6: Barratt dürtüsellik ölçeği.....	110
Ek 7: Problemlı internet kullanımı ölçeği.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	113

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

5-HTT.: Serotonin Taşıyıcı

A.R.P.A.: Advanced Research Projects Agency

B.A.P.İ.: Bağımlılık Profili İndeksi

B.D.O.: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

B.I.T.N.E.T.: Because It's Time Network

COMT.: Katekol-O-Metil Transferaz

D.E.H.B.: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

D.S.M.: Amerikan Psikiyatri Birliği

F.o.M.O.: Gelişmeleri Kaçırma Korkusu

Glx.: Glutamat

I.B.M.I.: International Business Management Inc.

I.C.D.: Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası
İstatistiksel Sınıflandırılması

M.D.B.: Majör Depresif Bozukluk

M.I.T.: Massachusetts Institute of Technology

M.R.: Manyetik Rezonans

O.K.B.: Obsesif Kompulsif Bozukluk

O.K.K.B.: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

P.E.T.: Pozitron Emisyon Tomografisi

P.İ.K.O.: Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği

S.C.I.D.-5/C.V.: Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzu

S.E.A.H.: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.N.G.I.: Seçici Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri

S.P.E.C.T.: Tek foton ışınlmlı bilgisayarlı tomografi

S.P.S.S.: Statistical Package for the Social Sciences

S.S.G.I.: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri

SLC1A1: Solute Carrier Ailesi 1A1 Üyesi

W.H.O.: Dünya Sağlık Örgütü

Y.B.O.K.Ö.: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hasta ve Kontrol Grubunda Ekran Kullanım Özellikleri.....	42
Şekil 2. Hasta ve Kontrol Grubunda İnternet Kullanım Amaçları.....	44
Şekil 3. Hasta ve Kontrol Grubunda Kullanılan Sosyal Medya Uygulamalarının Karşılaştırılması.....	44
Şekil 4. Hasta ve Kontrol Grubunun İnternet ile İlişkili Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 2.1. Hasta ve Kontrol Grubunda Ekran Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 2.2. Hasta ve Kontrol Grubunda İnternetin Kullanım Amaçları ve Kullanılan Sosyal Medya Uygulamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 3.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Ölçek Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 3.2. Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4. Hasta ve Kontrol Grubunun İnternet ile İlişkili Ölçek Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 5.1. O.K.B. Hasta Grubunda Sosyodemografik Özelliklere Göre F.o.M.O. Toplam Puanları Karşılaştırılması.....	49
Tablo 5.2. O.K.B. Hasta Grubunda İnternet ve İlişkili Kullanımlara Göre F.o.M.O. Puanları Karşılaştırılması.....	50
Tablo 5.3. O.K.B. Hasta Grubunun F.o.M.O. Puanları ile Elektronik Ortamla İlişkili Süre ve Sıklıklarının Korelasyon Analizi.....	51
Tablo 5.4. O.K.B. Hasta Grubunun F.o.M.O. Puanları ile Klinik Ölçekler ve Problemlİ İnternet Kullanımları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	52
Tablo 6.1. Kontrol Grubunda Sosyodemografik Özelliklere Göre F.o.M.O. Puanları Karşılaştırılması.....	52
Tablo 6.2. Kontrol Grubunda İnternet ve İlişkili Kullanımlara Göre F.o.M.O. Puanları Karşılaştırılması.....	53
Tablo 6.3. Kontrol Grubunun F.o.M.O. Puanları ile Elektronik Ortamla İlişkili Süre ve Sıklıklarının Korelasyon Analizi.....	54

Tablo 7.1. O.K.B. Hasta Grubunda Sosyodemografik Özelliklere Göre P.İ.K.O. Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 7.2. O.K.B. Hasta Grubunda İnternet ve İlişkili Kullanımlara Göre P.İ.K.O. Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 7.3. O.K.B. Hasta Grubunun P.İ.K.O. Puanları ile Elektronik Ortamla İlişkili Süre ve Sıklıklarının Korelasyon Analizi.....	56
Tablo 8.1. Kontrol Grubunda Sosyodemografik Özelliklere Göre P.İ.K.O. Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 8.2. Kontrol Grubunda İnternet ve İlişkili Kullanımlara Göre P.İ.K.O. Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 8.3. Kontrol Grubunun P.İ.K.O. Puanları ile Elektronik Ortamla İlişkili Süre ve Sıklıklarının Korelasyon Analizi.....	59
Tablo 9.1. O.K.B. Hasta Grubunda F.o.M.O. İçin Öngördürücüler.....	59
Tablo 9.2. Kontrol Grubunda F.o.M.O. İçin Öngördürücüler.....	60
Tablo 10.1. O.K.B. Hasta Grubunda P.İ.K.O. İçin Öngördürücüler.....	60
Tablo 10.2. Kontrol Grubunda P.İ.K.O. İçin Öngördürücüler.....	61

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmayla Obsesif Kompulsif Bozuklukta F.o.M.O., problemli internet kullanımı ve ilişkili olabilecek durumların birbirleri ile bağlantılı olup olmadığının incelenmesi hedeflenmiştir.

YÖNTEM: Bu çalışma 01.06.2022-01.06.2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki 50 O.K.B. hastası ile bu hastalarla aynı yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu özelliklerine sahip kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 18-65 yaş aralığında 100 kişi (kadın n=68, erkek n=32) katıldı. Verilerin toplanmasında "Sosyodemografik veri formu", "Yapılandırılmış klinik görüşme formu (S.C.I.D.-5/C.V.) "Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y.B.O.K.Ö.)", "Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ölçeği", "Barratt Dürtüsellik ölçeği", "Bağımlılık Profili İndeksi", "Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği (P.İ.K.O.) kullanıldı. Veriler S.P.S.S. 22 programı kullanılarak incelendi.

BULGULAR: Hasta grubunda çalışmıyor olma ve gelir düzeyinin düşük olması durumu arasındaki ilişki anlamlı tespit edildi. Hasta grubunda Twitter kullanımı anlamlı derecede düşük saptandı. O.K.B. grubunda Barratt Dürtüsellik ölçeği puanları ve Bağımlılık Profili İndeksi puanları anlamlı derecede yüksek tespit edildi. Obsesif Kompulsif Bozukluk grubunda F.o.M.O. puanları ile Barratt Dürtüsellik ölçeği skorları birbirleri ile korele saptandı. Kontrol grubunda F.o.M.O. sosyal medya ve haberleşme için internet kullanımı ile ilişkili bulundu. Kontrol grubunda F.o.M.O. bir günde sosyal ağlarda harcanan vakit ile ilişkili tespit edildi. Hasta grubunda problemli internet kullanımı evli olmama ile ilişkili tespit edildi.

SONUÇ: Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında F.o.M.O. için dürtüsellik ve internetin aşırı kullanımı; problemli internet kullanımı için de yalnız yaşıyor olmak ve ekran karşısında geçirilen süre önemli öngördürücülerdir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, dürtüsellik, gelişmeleri kaçırma korkusu, obsesif kompulsif bozukluk, problemli internet kullanımı,

ABSTRACT

FACTORS RELATED TO INTERNET USE AND FEAR OF MISSING ADVANCES IN INDIVIDUALS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

OBJECTIVES: This study aimed to examine the possible relationship between FoMO, problematic internet use and related conditions in Obsessive Compulsive Disorder.

METHODS: This research was directed with 50 patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder, who were treated at Sakarya Training and Research Hospital between 01.06.2022 - 01.06.2023, and a control group with the same age, gender and educational status as these patients. 100 people (female n=68, male n=32) between the ages of 18-65 participated in the study. In data collection, "Sociodemographic data form", "Structured clinical interview form (SCID-5/CV)", "Yale Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS)", "Fear of Missing Out Scale", "Barratt Impulsivity Scale", "Addiction Profile Index" ", "Problematic Internet Use Scale (PICO) was used. The data were examined using the SPSS 22 program.

RESULTS: Being unemployed and low-income levels were found to be significantly higher in the OCD patient group. Twitter usage was found to be significantly lower in the patient group. Barratt Impulsivity scale scores and Addiction Profile Index scores were found to be significantly higher in the OCD group. A correlation was detected between FoMO scores and Barratt Impulsivity scale scores in the OCD group. In the control group, FoMO was associated with social media and internet use for communication. In the control group, FoMO was found to be associated with the time spent on social media per day. In the patient group, problematic internet use was discovered to be associated with not being married.

CONCLUSION: Impulsivity and excessive internet use for FoMO in OCD patients; Living alone and excessive time spent in front of the screen are also important predictors of problematic internet use.

Keywords: Addiction, fear of missing out, impulsivity, obsessive compulsive disorder, problematic internet use,

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesyon (Saplantı), kişinin iradesi dışında gelen, benliğine yabancı, istemli olarak kurtulunamayan, ısrarlı bir biçimde yineleyen ve kişide sıkıntı-kaygı ortaya çıkaran düşünce dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyon (Zorlantı), ise kişinin genellikle obsesyonunun neden olduğu rahatsızlığı gidermek için ortaya çıkan, zaman içerisinde denetlemez hale gelerek kendisinin de sıkıntı oluşturabildiği, istek dışı olarak tekrar eden zihinsel eylem veya davranışlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Sosyal medyada aktif olarak bulunma son dekatta tüm dünyada yükselmiştir (www.pewglobal.org/2018/06/19/social-media-use-continues-to-rise-in-developing-countries-but-plateaus-across-developed-ones/ Erişim Tarihi: 19.03.2020). Gelişmeleri kaçırma korkusuyla da ilk olarak 2010'ların başında karşılaşılmıştır (www.caterina.net/2011/03/15/fomo-and-social-media/ Erişim Tarihi: 19.03.2020; www.sfgate.com/entertainment/morford/article/Oh-my-God-you-are-so-missing-out-2536241.php Erişim Tarihi: 19.03.2020). Gelişmeleri kaçırma korkusu bilimsel literatürde iki özel komponenti içerecek şekilde tanımlanmıştır: a) başkalarının keyif verici deneyimler yaşadığına dair endişe hali ve b) bir sosyal medya platformundaki kişilerle bağlantıda olmak için sürekli istek olması. İkinci komponent, obsesif kompulsif bozukluktaki endişeyi yatıştırmak için yapılan kompulsiyonlara benzer şekilde olan anksiyeteyi yatıştırmak için başvurulmuş davranışsal bir stratejiyi içerir. Gelişmeleri kaçırma korkusunun bu komponenti sıklıkla sosyal bağlantıyı sürdürmek için sosyal medya platformlarını ve mesajlaşma servislerini sık sık kontrol etme ve keyif verici deneyimleri kaçırma korkusunu içinde bulundurur (Przybylski, 2013).

Problemlerli internet kullanımı, kullanma arzusunun engellenememesi, internet harici vaktin anlamsızlaşması, yoksunlukta ortaya çıkan ajitasyon ve agresyon durumu, mevcut halin bütün alanlardaki işlevselliği azaltması şeklinde ifade edilebilir (Arısoy, 2009). İnternet kullanımının 2000-2021 seneleri arasında yükselme gösterdiği ve kullanıcı sayısının 2000-2021 yılları arasında %1331,9 arttığı gösterilmiştir (<https://www.intenetworkstats.com/stats.htm>, Erişim tarihi:29.10.2023).

Literatüre bakıldığında Obsesif Kompulsif Bozukluk ‘ta son zamanlarda önem kazanan Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ile internetin aşırı kullanımı gibi teknolojiye bağlı bozukluklarla ilişkili herhangi bir çalışma bulunmamıştır.

Çalışmamızda:

1-O.K.B.’li bireylerde F.o.M.O. ve problemlili internet kullanımı durumlarını, sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkilerini karşılaştırmayı,

2-O.K.B.’nin bireylerde internetin kullanma hedefleri ile kullanılmakta olan sosyal ağ uygulamalarının çeşitlerine olan etkisini incelemeyi,

3-O.K.B.’nin bireylerde ekran kullanım özelliklerine etkisini incelemeyi,

4-O.K.B.’li bireylerde dürtüsellik ve bağımlılık durumlarını, sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkilerini karşılaştırmayı,

5-F.o.M.O. ve problemlili internet kullanımı durumları için öngördürücüleri araştırmayı amaçlamıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (O.K.B.)

2.1.1. Tanım-tarihçe

Obsesyon (Saplantı), kişinin iradesi dışında gelen, benliğine yabancı, istemli olarak kurtulunamayan, ısrarlı bir biçimde yineleyen ve kişide sıkıntı-kaygı ortaya çıkaran düşünce dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyon (Zorlantı), ise kişinin genellikle obsesyonunun neden olduğu rahatsızlığı gidermek için ortaya çıkan, zaman içerisinde denetlemez hale gelerek kendisinin de sıkıntı oluşturabildiği, istek dışı olarak tekrar eden zihinsel eylem veya davranışlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Obsesif Kompulsif Bozukluk, tekrar eden obsesyonların ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, kişinin günlük işlevselliğini belirgin derecede etkileyen, sıklıkla süregelen olan kimi zaman da epizodik seyir gösteren psikiyatrik bir hastalıktır (Karamustafalıoğlu, 2018).

“Obsesyon” terimi Latince “obsidere” kelimesinden türetilmiş, şahsın kendini sürekli ve yineleyici olarak belirli bir düşünsel ihtivadan kurtulamamasını belirtir ve “kompulsiyon” terimi ise Latince “compellere” sözcüğünden türemiş olan zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarına gelir (Tükel, 2017).

Tarihsel olarak bakıldığında obsesyon ve kompulsiyon kavramlarını ilk kez dini kaynaklarda ve ritüellerde görmek mümkündür (Öztürk ve Uluşahin, 2015). İlk karşılaşılan yazılı eser ise; dini temaların yer aldığı ‘Malleus Maleficarum (Şeytanın Çekici)’ adlı kitaptır (Maxwell-Stuart, 2013). Bu eserde bir papazın kilisenin yakınında bulunurken ve dua ederken şeytani güçler nedeni ile dilini çıkarma davranışına engel olamaması tarif edilmiştir. Orta çağdan beri de ‘obsessio, kompulsio, impulsio ve scrupulus’ gibi Latince terimler Avrupa tıp toplulukları tarafından O.K.B. ile ilişkili fenomenleri karşılamak için kullanılmıştır (Berrios, 1985). Obsesif-Kompulsif Bozukluk (O.K.B.) yaklaşık 300 yıldır bilinen bir hastalık

olup, ilk defa Esquirol tarafından 1838 yılında "İçgörüsü olan delilik" tanımlanmıştır (Jenike, 1995). Daha sonraki zamanlarda Westphal "Kendini gerçekleştirememiş delilik" olarak nitelendirdiği bu durumu psikotik düşünce ya da gerçek delilikten kesinlikle ayrı tutmuştur (Insel, 1990). Obsesif-kompulsif nevrozun farklı bir kavram olarak tanımlanmasını ise 20. yüzyılda Janet ve Schneider tarafından sağlanmıştır (Solyom ve ark., 1985). Daha sonra Fransız psikiyatrist Pierre Janet tarafından fobi, obsesyon ve kompulsiyonlar 'Psikastenî' başlığı altında toplanmıştır. Freud ise fobik nevrozlar ile obsesif-kompulsif nevrozların ruhsal neden ve oluşum düzeneklerinin farklı olduğunu düşünerek fobik nevrozlar ile obsesif kompulsif nevrozları ayrı ayrı inceledi. Yirminci yüzyılın sonlarına doğru O.K.B.'nin altında yatan kalıtımsal-nörobiyolojik olabileceğiyle ilgili veriler elde edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.1.2. Tanı

Klinik pratikte ruhsal hastalıkların tanı ve sınıflandırması için en sık kullanılan iki kılavuz Dünya Sağlık Örgütü 'nün (World Health Organization- W.H.O.) yayınladığı I.C.D. (Hastalıkların ve Bunlarla ilişkili Sağlık sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması) ve Amerikan Psikiyatri Birliği 'nin yayınladığı D.S.M. kılavuzlarıdır. Obsesif Kompulsif Bozukluk; günümüzde kullanılan güncel kılavuzlardan I.C.D.-10'da 'Nevrotik, Stresle ilgili ve Somatoform Bozukluklar' başlığında yer almakta iken (Çuhadaroglu, 1993), D.S.M.-5'te (Amerikan Psikiyatri Birliği) 'Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altındadır.

D.S.M.-5'e göre obsesif-kompulsif bozukluğun tanı kriterleri şunlardır;

A- Saplantıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) veya çiftinin bir arada bulunması:

Saplantılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1- Bazı vakitlerde mukavemetle ya da istençdışı benzeri şekilde yaşantılanan, çoğunlukla fark edilir endişe veya daraltıya sebep olan, tekrarlayıcı ve devamlı düşünsel fikirler, güdüler ya da düşler.

2- Şahıs, bu düşünsel fikirlere, güdülere ya da düşlere yokmuş gibi tepki vermeye veya bunları kontrol altında tutmaya çalışır veya bu zihinsel eylemleri farklı bir düşünme

ile veya faaliyetle tarafsızlaştırma teşebbüslerine girişir.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1- Şahıs saplantısına karşı reaksiyon olarak veya sert bir şekilde katlanılması icap eden ilkelere göre mecbur bırakılmış gibi yaşantıladığı tekrarlayıcı tutum ve eylemler veya düşünsel faaliyetler.

2- Bu tutumlar veya düşünsel faaliyetler hissedilen endişe ve daraltıdan zarar görmemek, hafifletmek veya sakınılan bir vaka veya halden dolayı gerçekleştirilir, fakat bu tutumlar veya düşünsel faaliyetler, tarafsızlaştıracağı veya uzak durulacağı planlanan hallerle reel olarak bağlantısızdır veya ileri aşamadır.

B- Saplantılar veya zorlantılar şahsın vaktini işgal eder veya tıbbi olarak ciddi daraltıya veya sosyal, mesleki ve ehemmiyetli başka sahalarda işlevsel olma durumunda azalmaya yol açar.

C- Saplantı-zorlantı belirtileri, uyuşturucu maddenin veya diğer bir sıhhat halinin doğal işleyişiyle alakalı tepkileriyle ilişkilendirilemez.

D- Bu hastalık durumu, diğer bir psikiyatrik hastalık durumunun ortaya çıkardıklarıyla izah edilemez.

I.C.D.-10 O.K.B. Tanı Kriterleri:

Obsesif Kompulsif Bozukluk semptomları, iki hafta veya daha fazla süreyle günlerin çoğunluğunda varlığı bulunmalı, huzursuzluk verici ve gündelik aktiviteleri engelleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonlar aşağıda belirtilen nitelikleri barındırmalıdır:

A. Bunlar, bireyin fikir veya dürtüleri olarak değerlendirilir.

B. Birey, bu fikir veya eylemlerinden bir veya daha fazlasına karşı, zorluk göstermesi gerekmektedir. Kişinin artık direnç gösteremediği başka düşünceler veya davranışlar mevcut olabilir.

C. Bu davranışı yerine getirme fikri haz sağlamamalıdır (sadece gerilim ya da endişenin giderilmesi söz konusudur).

D. Fikirler, dürtüler ve düşlemler, rahatsız edici şekilde yineleyici olmalıdır.

2.1.3. Epidemiyoloji

Çok sayıda çalışmaya göre O.K.B. %2-3'lük yaşam boyu yaygınlık göstermektedir. Yeğin Çökkün Duygudurum, bağımlılık yapıcı madde kötüye kullanımı ile sosyofobiden sonraki dördüncü en sık rastlanan psikiyatrik bozukluktur (Karno ve ark., 1988; Robins ve ark., 1984). Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda, O.K.B.'nin insidans ve prevalans oranları tutarlılık göstermektedir. Dört kıtayı da kapsayan bir çalışmada, %0,7 ile Tayvan hariç tutulduğunda O.K.B.'nin yaygınlık oranı yaklaşık %2 saptanmıştır. Mevcut çalışmada O.K.B.'nin cinsiyete göre yaygınlık oranları kadınlarda %0,9-3,4 erkeklerde %0,5-2,5 olarak saptanmıştır (Weissman ve ark.,1994). Konya'da 2004 yılında yapılan bir çalışmada O.K.B. yıllık yaygınlığı %3 olarak bulunmuştur (Cilliçilli ve ark., 2004).

Obsesif Kompulsif Bozukluğun erişkin yaştaki cinsiyet dağılımına bakıldığında, cinsiyetler arasında eşit dağılım gösterdiğini (Foa ve ark., 1995; Kolada ve ark., 1994; Rasmussen ve Eisen, 1992) veya kadın cinsiyette daha yoğun görüldüğünü (Noshirvani ve ark., 1991; Rasmussen ve Tsuang, 1986; Tükel ve ark., 2004; Weissman ve ark.,1994) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluk hastası 830 erişkini içeren bir çalışmada, hiç evlenmemiş hastaların oranı %48 olarak bulunmuştur (Eisen ve Rasmussen, 2002). Türkiye'deki bir çalışmada ise O.K.B. hastalarının %68 i bekar olarak tespit edilmiştir (Tükel ve ark., 2002).

Genellikle O.K.B. geç ergenlik ve erken erişkinliği de kapsayan 20'li yaşların başında başlar (Eisen ve Rasmussen, 2002; Lensi ve ark., 1996; Tükel ve ark., 2005). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının %30-50'si hastalık belirtilerinin ilk olarak çocuklukta ortaya çıktığını, büyük bir kısmının adolesan dönemden evvel başladığını bildirmiştir (Rapoport, 1990). Hastalık başlangıcı açısından bakıldığında çok sayıda çalışma sayrılığın erkeklerde kadınlara göre daha evvel vakitte belirtiler verdiğini göstermiştir (Lensi ve ark., 1996; Noshirvani ve ark., 1991; Rasmussen ve Eisen, 1992; Tükel ve ark., 2004).

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik

Obsesif Kompulsif Bozukluk ile ilgili aile çalışmalarında, ailesel kümelenme olduğu görülmüş ve birincil akrabalık ile ilişkili bulunmuştur (Hettema ve ark., 2005). On sekiz yaş öncesinde başlayan O.K.B. için ailesel risk iki kat fazla tespit edilmiştir (Nestadt, 2000; Pauls ve ark., 1995). Bir ikiz çalışmasında, obsesif-kompulsif özelliklerin eş-hastalanmasına bakıldığında monozigotlarda %87, dizigotlarda %47 oranları bulunmuştur (Carrey ve Gottesman, 1981).

Obsesif Kompulsif Bozukluğun geçiş paterni açısından inceleyen bir çalışmada genetik geçişle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. O.K.B.'yi farklı genlerin etkisinde ortaya çıkan oligojenik bir bozukluk olduğu sonucuna varmıştır (Pauls, 2008). Obsesif Kompulsif Bozukluğun patofizyolojisinde serotonin, dopamin ve glutamatın etkisi olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Hemmings ve Stein, 2006).

Obsesif Kompulsif Bozukluk 'ta 5-HTT (Serotonin Taşıyıcı) polimorfizmi açısından yapılan bir meta-analizde, hastalık SS genotipi ile ilişkili olarak bulunmuştur (Lin, 2007). COMT (Katekol-o-metiltransferaz) için diğer bir meta-analizde de met158 aleli O.K.B. ile ilişkili bulunmuştur (Pooley ve ark., 2007). Glutamat taşıyıcı geni olan SLC1A1'in (Solute Carrier Ailesi 1A1 üyesi) de O.K.B. ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Liang ve ark., 2008).

2.1.4.2. Nörokimyasal hipotezler

Merkezi sinir sisteminde Rafe nükleustan salınan önemli bir nörotransmitter olan serotonin duygudurum, davranış ve birçok önemli işlevin yürütülmesinde çok önemli bir göreve sahiptir (Murphy ve Lesch, 2008). Serotonin ile O.K.B. arasındaki ilk bilgiler, O.K.B. hastalarında Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörlerinin (SSGİ) etkilerinin gözlemlenmesi ile elde edilmiştir (Zohar ve ark., 1987). Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri etkili bulunurken, aynı durum Seçici Noradrenalin Gerilim

İnhibitörleri (SNGİ) için aynı olmamıştır (Goodman ve ark., 1991; Zohar ve ark., 1987). Serotonerjik 5-HTT nöronların presinaptik membranında bulunur ve sinaptik aralıktan serotoninin uzaklaştırılmasında görev yapar. Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında 5-HTT'nin periferik göstergesi olan trombositlerdeki 3H-paroksetin ve 3H-imipramin bölge sayıları ciddi oranda az sayıda bulunmuştur. Bu hastalarda klomipramin veya fluvoksamin tedavisi sonrasında 3H-imipramin yoğunluğu normal sınırlara ulaşmıştır (Marazziti ve ark., 1997). Serotonine özgü 5-HT_{1A}, 5-HT_{1D} ve 5-HT_{2C} almaçlarına şiddetli bağlanma afinitesi gösteren agonist m-CPP ile O.K.B. hastalarında yapılan altı çalışmadan dördünde obsesif-kompulsif belirtiler şiddetlenirken iki çalışmada değişiklik gözlenmemiştir (Zohar ve ark., 1987). Serotonerjik 5-HT_{1A} ve 5-HT_{2C} agonisti ile yapılan çalışmalarda ise obsesif kompulsif belirti şiddetinde bir değişiklik bulunmamıştır (Bastani ve ark., 1990; Lesch ve ark., 1991). Sadece 5-HT_{1D} agonistiyle yapılan çalışmalarda obsesif kompulsif belirtilerin şiddetlendiği gösterilmiştir (Koran ve ark., 2001; Stern ve ark., 1998). Mevcut çalışmalar göz önüne alındığında, presinaptik ve postsinaptik görevleri olan 5-HT_{1D} reseptörünün obsesif kompulsif davranışlar üzerinde rolü olduğu görüşü destek bulmaktadır (Zohar ve ark., 1987).

Serotonin Gerilim İnhibitörleri ile kısmi yanıt alan O.K.B. hastalarında antipsikotik kullanılarak sonuç alınması, dopamin hipotezi için bir destek oluşturmıştır (Denys ve ark., 2004). Uzun süreli olarak sıçanlarla yapılan bir çalışmada, D_{2/3} agonisti olan kuinpirol ile sıçanlarda kompulsif kontrol etme ritüellerine benzer davranış paterni gözlemlenmiştir (Ben-Pazi ve ark., 2001). Kuinpirol kullanan hayvanlar ile normal kontrollerin ölümleri üzerinde yapılan çalışmalarda, kuinpirol kullanan hayvanların nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekslerinde dopamin doku düzeylerinin artmış olduğu gösterilmiştir (Sullivan ve ark., 1998). Bir dopamin taşıyıcı engelleyicisi olan kokainin uzun süreli kullanımının obsesif kompulsif belirtilerde artmaya neden olduğu gösterilmiştir (McDougle ve ark., 1989). Dopamin ve O.K.B. arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalarda neticeler tutarsız olsa da saplantı zorlantı belirtileri ile artmış dopamin nörotransmisyonu arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Denys ve ark., 2004).

Glutamat sistemi hipokampüsteki nöron plastisitesi açısından önemlidir ve stres altında hipokampüsten glutamat salınımı olur (Krystal ve ark., 1999). Transjenik olarak kortikostriatal glutamat salınımı fazlaşmış sıçanlarda, geniş kapsamlı eylemsel tekrarlamalar, zorlantısal sıçrama ve tımar davranışları, deri-saç yolunması ve tiklerin bulunduğu saplantısal ve zorlantısal bir görünüm gözlenmiştir (Arnold ve ark., 2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının çeşitli beyin bölümlerinde glutamin ve glutamat (Glx) ölçüm anormallikleri bildirilmiştir (Rosenberg ve ark., 2001). Glx'teki bu artışın SSGİ kullanımı sonrasında normale döndüğü gösterilmiştir (Moore ve ark., 1998; Rosenberg ve ark., 2000). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarındaki artmış kaudat Glx ölçümleri ile azalmış anterior singulat Glx ölçümleri arasındaki ters ilişki önceki çalışmaları doğrular şekilde tekrardan ortaya konmuştur (Pittenger ve ark., 2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarındaki artmış glutamat etkinliğinin en iyi göstergesi, B.O.S.'taki artmış glutamat seviyeleridir (Chakrabarty ve ark., 2005).

2.1.4.3. Nöroimmunoloji

Çocukluk çağı başlangıçlı O.K.B. ve tik bozukluklarının patogeneğinde otoimmünitenin olduğu öne sürülmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk veya tik bozukluğu hastası çocuklarda A grubu streptokoksik enfeksiyonlar sonrasında görülen alevlenmeler, puberte öncesi ani başlangıç ve ataklar halindeki gidiş olması durumuna 'streptokok ile tetiklenmiş çocukluk dönemi otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar' ismi verilmiştir (Murphy ve ark., 2004). Çocukluk çağı O.K.B. hastalarında B-lenfosit antijeni D8/17 yüksek olarak bulunmuştur (Swedo ve ark., 1997). Antimikrobiyal profilaksi, plazmaferez ve damar içi immunoglobulin kullanımlarının streptokoklarla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılması da immün sistemle olan ilişkiyi desteklemektedir (Perlmutter ve ark., 1999). Erişkin O.K.B. ile immün sistem arasındaki ilişkileri içeren çalışmalar çelişkili sonuçlar içermektedir (Denys ve ark., 2004).

2.1.4.4. Nörogörüntüleme

Obsesif Kompulsif Bozukluk patogeneğinde en çok kabul edilen model, dolaylı ve doğrudan olmak üzere 2 kortiko-striato-talamik halkanın bulunduğu sistem modelidir. Doğrudan halka globus pallidus interna-substansia nigra kompleksine striatumdan direkt olarak ulaşarak uyarana otomatik, sabit ve kalıplaşmış davranışın hızla yerleşmesini sağlar. Dolaylı halkada ise striatum, globus pallidus interna-substansia nigra kompleksine globus pallidus eksterna ve subthalamik çekirdekler üzerinden geçerek ulaşırken devam eden davranışın durdurularak başka bir davranışa geçilmesi üzerinde görevlidir. Bu yaygın kabul gören modele göre, O.K.B.'de ya doğrudan halkanın fazla çalıştığı ya da dolaylı halkanın yetersiz olduğu şeklinde düşünülmektedir (Tükel ve ark., 2006).

Yapısal görüntülemelerden elde edilen en tutarlı sonuç, orbitofrontal korteks hacim düşüklüğünün gösterilmesidir. Bununla birlikte özellikle bazal ganglionlarda ve anterior singulatta da çeşitli anormallikler gösterilmiştir (Atmaca ve ark., 2006; Atmaca ve ark., 2007; Choi ve ark., 2004; Kang ve ark., 2004). Sağ kaudat nükleus başında hacim artışı gösterilmiştir (Scarone ve ark., 1992). İki çalışmada ise talamus hacminde artış olduğu saptanmıştır (Atmaca ve ark., 2006; Gilbert ve ark., 2000). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarını içeren 14 M.R. (Manyetik Rezonans) görüntüleme çalışmasının meta-analizinde, hastaların sol anterior singulat korteks ve iki taraflı orbitofrontal kortekslerinde hacim azalması, talamuslarında ise iki taraflı hacim artışı olduğu sonucuna varılmıştır (Rotge ve ark., 2009).

Obsesif Kompulsif Bozukluklu bireylerde yapılan bir S.P.E.C.T. (Tek foton ışınımli bilgisayarlı tomografi) çalışmasında anterior singulat korteksin kan akımı oranı diğer korteks kısımlarına göre kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur (Machlin ve ark., 1991). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında bazal ganglionların metabolizmasını düşük bulan çalışmalar (Rubin ve ark., 1992) da yüksek bulan çalışmalar (Baxter ve ark., 1988; Saxena ve ark., 2004) da bulunmaktadır. S.P.E.C.T. ve P.E.T. (Pozitron Emisyon Tomografisi) çalışmalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir meta-

analizde orbital giris ve kaudat çekirdeğin kafasında anormallikler olduğu sonucuna varılmıştır (Whiteside ve ark., 2004).

2.1.4.5. Psikojen etkenler

Obsesif kompulsif bozukluğu obsesif nevroz olarak adlandıran psikanalitik görüşe göre mekanizmanın temelindeki düzenek ‘gerileme’dir (regression). Gerileme saplanılan nesne ve doyum biçimlerine olan geri dönüşü tarifler. Libido obsesif nevrozlarda, ödipal devreye ait güdü ve arzuların oluşturduğu çatışmadan anal-sadistik evreye geriler (Freud, 1986a). Gerileme sırasında erotik ve sadistik bileşenler ayrışır, diğer bir deyişle dürtü ayrışması oluşur (defusion). Bu şekilde ödipal dönem dürtü ve isteklerinin neden olduğu anksiyeteden kaçılırken anal dönem çatışmaları ön plana çıkar. Anal evrenin en çarpıcı özelliklerinden biri de aynı seviyedeki çakışan içsel gerilimlerin karşılıklı vuruşmasıdır. Bu durumda çiftdeğerlilik (ambivalans) ortaya çıkar ve her eylemde ortaya çıkan sevmek ile nefret etmek arasında bir kavga durumu yaşanmasına sonrasında da eylem aşamasında tereddütler ve kararsızlıklar meydana getirir. Eşeyssel ve agresif güdülerle baş etmek için obsesif nevrozların iptal etme (undoing), izole etme (isolation), aykırı reaksiyon verme (reaction formation) olmak üzere 3 temel savunma düzeneğini kullandıkları tanımlanmıştır.

Dürtü denetimi ve anksiyetenin yatıştırılması için yapma-bozma düzeneğinin bir sonucu olarak kompulsiyonların meydana geldiği düşünülmektedir. Tekrarlayıcı yapma-bozma ile hem dürtüsel arzusunun doyurulması hem de karşı gelme istencinin doyurulması sağlanmış olur. Yapma-bozma düzeneğiyle kişi benliğin tehlikeli bulduğu cinsel ve saldırgan dürtülerden bilinçdışı olarak ortaya çıkabilecek zararları ortadan kaldırmayı amaçlar. Bir yandan bazı olayların olması ve tekrarlamasını önlemek amaçlanırken diğer yandan da büyüsel ve mantıkdışı olarak olay hiç olmamış gibi kılınarak kurtulmak amaçlanır. Obsesif nevrozlarda düşüncelerin duygulardan yalıtılması çok tipiktir. Bastırmanın yapılamadığı durumlarda bir kurtarıcı olarak işlev görür. Bu düzenekle dürtünün duygusal içeriği düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinçdışına itilir, kişi bilincinde duygu yükü olmayan bir düşünce ile karşılaşmış olur.

Karşıt tepki oluşturma düzeneği ile kişi dürtüsel bir tehdit karşısında yeni bir savunma oluşturmak yerine bu tehdit sürekliymişçesine hazır olmaktadır. Çiftedeğerliliğe bağlı edilir (Freud, 1986b). Mowrer, obsesyonlar ve fobiler gibi nevrotik durumlardaki korku ve çekinmeyi hem geleneksel hem de edimsel koşullanma içeren iki aşamalı bir model ile açıklamaktadır. Bu tür sorunlarda organizmanın koşullu uyarandan önce kaçarak sonra da kaçınarak itici uyararı azaltmayı öğrenmesini, klasik koşullanma ile başlatılan sürecin edimsel koşullanma ile devam ettirildiğini öne sürmüştür (Salkovskis, 1996). İki aşamalı modeli O.K.B. açısından inceleyen bir araştırmada, obsesyonların artmış endişe ve daraltıyla bağlantılı olduğu, kompulsiyonların uygulanmasına izin verildiğinde anksiyete ve sıkıntının azaldığı, kompulsiyonlar ertelenirse kaygı ve huzursuzluğun zamanla sönümlendiği bulunmuştur (Rachman ve Hodgson, 1988).

Bilişsel-davranışçı kurama göre, klinik obsesyonlar ile obsesif fikirlerin anlam yükü bakımından ayrı olmadığı ve toplumun büyük çoğunluğunda mevcuttur. Aralarındaki fark kontrol edilebilirlik değil, obsesyonların zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu tutulacak şekilde yorumlanmalarında yatmaktadır. Bu yorumlama şeklinden dolayı O.K.B. hastaları sıkıntı ve yansızlaştırma örüntüleri geliştirirler. Rachman ve de Silva ya göre de bir dış uyararla tetiklenen egodistonik zorlayıcı düşüncenin obsesyona dönüşüp dönüşmemesi değerlendirme şekline bağlıdır (Rachman ve de Silva, 1978; Salkovskis ve Harrison, 1984).

Abartılmış Sorumluluk Modeli'nde Salkovskis, O.K.B. hastalarında temel sorunun düşünce içeriği ile ilgili değil, artmış sorumlulukla alakalı olduğunu öne sürer. Bu model, obsesif düşüncelerin oluşmasını, önleyici bir eyleme geçilene kadar zarardan sorumlu olduklarını düşünmesi şeklinde yorumlamaktadır (Salkovskis, 1989). Bu süreçte iki önemli nokta sorumluluğun değerlendirilmesi ve yansızlaştırma etkinlikleridir. Sorumluluğun değerlendirilmesinin bir sonucu da obsesyonlar üzerinde kontrol sağlamaya çalışmayı ortaya çıkarır. Başarı ile sonuçlanamayacak durumdaki emek, sıkıntı ve anksiyeteyi daha da artırır. Sonrasında yansızlaştırıcı yanıtlar ile sorumluluk azaltılmak istenir ve kişi bu eylemlerle anksiyete ve sıkıntısında bir azalma hissettiğinde bu eylemleri sürdürür (Salkovskis, 1989).

Anlamların Yanlış Yorumlanması Modeli'nde Rachman, obsesif düşünceleri birey şahsi açısından ehemmiyetli ve korku verici olarak algıladığında klinik obsesyonlara dönüşeceği şeklinde açıklamıştır (Rachman, 2003). Bu modele göre kişi felaketleştirmeye devam ettikçe obsesyonlar devam ederken, felaketleştirme bırakıldığında obsesyonlar söner. Ayrıca Rachman bu modelde 'düşünce-eylem kaynaşması (fusion)' kavramını da ortaya atmıştır. Düşünce-eylem kaynaşması, obsesyonel düşünce ile yasaklanmış eylemin gerçekleşmesini ahlaki olarak eşit görüldüğü ve/veya obsesyonel düşüncenin istenmeyen olayın gerçekleşmesi ihtimalini arttıran bir fenomen olarak tanımlamıştır (Rachman, 1998; Rachman, 1993).

2.1.5. Klinik özellikler

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında gerçekleştirilen, 431 kişinin katıldığı bir çalışmada hastaların %91 inde 'saplantı ve zorlantılar', %8,5 inde 'sadece obsesyonlar', %0,5 inde ise sadece zorlantılar tespit edilmiştir (Foa ve ark., 1995). Ülkemizde gerçekleştirilmiş bir O.K.B. çalışmasında obsesyon ve kompulsiyon türleri oranları ile tespit edilmiş. Beşte birinde bir, onda üçünde iki, yarısında üç ve daha fazla semptom tespit edilmiş. Bu da hastaların ekseriyetinin çoklu belirti ile hastaneye başvurduğunu göstermiştir (Emekdaş, 2022).

Lee ve Kwon, obsesyonları kendi içinde ikiye ayırmıştır. Olgunun obsesyon hakkında bahsetmekten sıkıntı duyduğu, oluşması için daha az uyarana gereksinim duyduğu, tekrarlayıcı ve rahatsız edici özelliği öne çıkan obsesyonlar, otojen obsesyon olarak adlandırılır. Cinsel ve dini obsesyonlar, saldırganlık obsesyonları bu obsesyonlara girer. Daha çok uyarana meydana gelen, kişinin daha az mantıksız bulduğu, daha nadir saklama gereksinimi hissedilen, bireyi daha az rahatsız eden obsesyonlar ise reaktif (tepki) obsesyonlar olarak adlandırılır. Biriktirme, düzen, şüphe, bulaş obsesyonları bu tür içerisinde yer alır (Beşiroğlu ve ark., 2011; Lee ve Kwon, 2003).

Kompulsiyonlar ise obsesyonlara yanıt niteliğinde veya kişinin ilkeleri dahilinde bireyin gerçekleştirme mecburiyetinde hissettiği, obsesyonların yol açtığı sıkıntıyı

gidermek amacıyla ortaya çıkan, obsesyonlarla uyumlu, tekrarlayıcı törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Örneğin bulaş obsesyonu yıkama, temizleme kompulsiyonları ile, şüphe obsesyonu kontrol etme kompulsiyonu ile beraber sık görülür. Kompulsiyonlar, başta obsesyonların yol açtığı rahatsızlık hissini geriletse de ilerleyen süreçte obsesyonların tekrar etmesine yol açarak hastalığın şiddetlenmesine ve tekrarlayan şekilde uygulanmasına mecbur hissetme duygusu sonucu zamanla kompulsiyonların kendisi rahatsız edici olmaktadır (Karamustafalıoğlu, 2018).

2.1.6. Semptomların boyutları

Obsesyon veya kompulsiyonlar erişkinlerde, çocuk ve ergenlerde heterojen bir klinik tablo sergiler. Semptom boyutlarıyla alakalı yapılan çalışmaların sonuçları birbirleriyle benzer doğrultudadır. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y.B.O.K.Ö.) semptom listesine göre yapılan araştırmalarda 3-6 arasında semptom kümesi saptanmıştır. Bunlar:

- 1.Bulaş obsesyonları ve temizlik zorlantıları
- 2.Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili zorlantılar
- 3.Dini-Cinsel obsesyonlar ve ilişkili zorlantılar
- 4.Simetri, sıralama, sayma, düzenleme saplantı ve zorlantıları
- 5.İstifleme saplantı ve zorlantıları
- 6.Diğer saplantı ve zorlantılar (Leckman ve ark., 1997; Mataix-Cols ve ark., 2005).

2.1.6.1. Bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları

En yaygın görülen obsesyon türü bulaş obsesyonlarıdır. Virüs, bakteri, mikrop gibi mikroorganizmalar, ev ortamında kullanılan eşyalar, çöp, radyasyon, toksin, tükürük, balgam, gaita, ter, kan, idrar, meni gibi bedensel atık ve sekresyonlar, hayvan, böcek, tüy, toz, yağlı ya da yapışkan cisimlerin bulaşması ya da bulaşma ihtimali üzerine obsesyonlar olabilir. Korkulan bu nesnelerden çoğu zaman korunmak zordur. Bu obsesyonlara yanıt olarak yıkama ritüelleri, yıkanma, tuvalet rutinleri, eşyaların ya da başka cansız objelerin tekrarlayıcı olarak temizlenmesi tarzında kompulsiyonlar ortaya çıkabilir. Hastalar cilde zarar verecek şekilde el yıkayabilir veya mikrop bulaşma korkusundan evin dışına çıkamayabilir. Kapı koluna ve paraya dokunmaktan, insanlarla el sıkışmaktan kaçınabilir. Bu obsesyona sahip olgular çoğu zaman

bulaşmanın insandan insana veya nesneden nesneye çok az bir temasla olabileceğine inanır (Beşiroğlu, 2017; Sadock, 2016).

2.1.6.2. Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar

Saldırganlık obsesyonları birtakım eylemler ya da eylemsizlik sebebiyle kendisine veya başkalarına zararı dokunma ve bu zararı engellemek adına yapılan kontrol davranışlarını ve kelimeleri tekrar etme, sayma ve dua etme gibi düşünsel ritüelleri içermektedir. İstemli veya istemsiz bir şekilde kendisine, tanıdıklarına veya başkalarına zararı dokunabileceği, korkunç bir şeyin meydana gelmesinden mesul olabileceği, müstehcen, hakaret içerikli kelimeleri ağzından kaçırabileceği, saldırgan tavırlar gösterebileceği veya illegal bir eylemde bulunabileceği hakkında obsesyonlar olabilir. Bu sebeple bu obsesyona sahip kişiler zarar vermek amacıyla kullanabileceği nesneleri bulundurmamak istemez. Zarar vereceğini veya kendisinin zarar göreceğini düşündüğü kişilerle veya sevdiği kişilerle yalnız kalmamaya çalışır. İstenmeyen zararlı olayın vuku bulup bulmadığı konusunda kuşku duymamak ve ihtimalleri önlemek amacıyla yapılan kontrol eylemleri, korkulan olayın olma ihtimali hakkında kompulsif araştırmalar, olmayan bir zarardan ötürü ilgili kişiden devamlı bağış veya helallik dileme, zararlı sonucu nötralize etmek amacıyla güvenli ritüeller veya uğurlu sayıları akla getirme, dua etme, aklına belirli şekilleri getirme şeklinde mental eylemler şeklinde kompulsiyonlar olabilir. Saldırganlık obsesyonu bulanan olguların çoğunda cinsel içerikli obsesyonlar da görülmektedir (Bayraktar, 1997; Beşiroğlu, 2017).

2.1.6.3. Dini-cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar

Tarihsel olarak değerlendirildiğinde tanımlanmış en eski obsesyon çeşidi dini obsesyonlardır. Bu obsesyonlar tanrıya, dini değerlere, dini yerlere ve kişilere karşı saygısızlık ya da küfür şeklinde olabilir. Bireyin inanışına zıt olan belli şeyleri söyleme ve uygulama korkusu hakkında olabilir. Özellikle dini mekanlarda ve dini ritüeller esnasında bu obsesyonlar daha sık yaşanabilir. Bu obsesyona sahip bireylerde ahlaken doğru/yanlış kavramlarına ilişkin aşırı bir anksiyete olabilir. Dini ibadetlerin yanlış ve yetersiz yapıldığı düşüncelerinden dolayı bu ibadetler defalarca kez yinelenebilir. Dua

etme, tövbe etme gibi zorlantılar dini obsesyonlara yanıt olarak gelişebilir (Beşiroğlu, 2017; Eğrilmez ve ark., 1997).

Eşeyssel takıntılar ise enstest ilişki, homoseksüellik, çocuklar hakkında cinsellik gibi cinsel temaları barındıran, bireyin utanç kaynağı ve kabul edilemez olarak tanımladığı obsesyonlardır. Bu obsesyonlar bireyin kendisinde bulunmasından dolayı aşırı rahatsızlık duyduğu, üzerine konuşmak istemediği, ahlaki değerlerine ters obsesyonlardır. Hastalar bu düşünceleri zihninden atamadıkça günah işlediği ve bu düşünceleri eyleme dökme olasılığını arttırdığı şeklinde düşüncelere sahip olabilir. Hatta eylemi uygulamış kadar olduğunu düşünebilir. Bu tür obsesyonlara çoğunlukla yıkanma veya kontrol kompulsiyonları eşlik edebileceği gibi kompulsiyonsuz da olabilir (Beşiroğlu, 2017; Goodman ve ark., 1989).

2.1.6.4. Simetri, sıralama, sayma düzenleme obsesyon ve kompulsiyonları

Simetri ve nizam obsesyonuna sahip kimseler yapılan işlerin mükemmel, net, sıra ile, belirli bir sayıda olması, eşyaların veya objelerin simetrik ya da doğru olarak sıralanması veya hazırlanması ihtiyacı, bir şeyler okurken, yazı yazarken, hesaplama yaparken, form doldururken, konuşma yaparken hata yapıp yapmadığı hususunda emin olmak isteme ile alakalı obsesyonlar olarak karşımıza çıkarlar. Bunlarla alakalı kompulsiyonlar ise sıralama ve düzenleme, eşitleme-hizaya sokma, dokunma, çizgilere basmadan ve düzgünce yürüme, tekrarlayan okuma-yazma, belirli bir sıra ve sayıda giyinip soyunma, hazırlanma gibi rutin aktiviteleri tekrarlama, her çeşit nesneyi sayma veya zihinsel ritüeller şeklinde olabilir. Diğer obsesyon türlerinden farklı olarak ego-distonik değildir. Bu olguların istedikleri düzen oluşmadığında, bunaltı yerine hoşnutsuzluk görülür (Beşiroğlu, 2017).

2.1.6.5. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları

Madden veya manen öneme sahip olmayan nesne ve eşyaların saklanıp biriktirildiği durum istifçilik (biriktirme) olarak adlandırılır. Kişiler gerçek değerine veya fonksiyonuna bakmaksızın nesneleri veya eşyaları elden çıkarmakta zorluk çeker. Kullanım özelliği olmayan ürünleri satın alıp, biriktirebilir. Daha önce O.K.B. kapsamında değerlendirilen istifleme, D.S.M.-5'te, tedavi yanıtının daha kötü olması,

içgörü düzeyinin daha az olması ve başlama yaşının daha ileri olması gibi özelliklerinden dolayı O.K.B. ve İlişkili Bozukluklar çatısı altında ayrı bir topluluk olarak sınıflandırılmıştır (Beşiroğlu, 2017).

2.1.6.6. Diğer obsesyonlar ve kompulsiyonlar

İkinci en yaygın görülen obsesyonlardır. Bir faaliyetin gerçekleşip gerçekleşmediğini ayırt edememe hali olarak tanımlanır. Şüphe obsesyonları çoğu zaman tehlike arz eden durumları gösterdiğinden, bunlara yanıt olarak kontrol etme kompulsiyonları gelişir. Obsesyonlar genellikle kapı, ocak, elektrik, musluk, ütü, cam, kapı, pencere, soba vb. nesneleri kapatıp kapatmadıkları hususunda şüpheyne düşerler. Kontrol etme kompulsiyonu ise örneğin bu nesnelerden birini kontrol etmek amacıyla tekrar tekrar eve dönme şeklinde görülebilir. Bu olguların yapacağı bir şeyi unutma ya da yaptığı şey ile alakalı suçluluk hissine kapılma gibi obsesyonel kuşkuları saptanabilmektedir (Karamustafalıoğlu, 2018; Sadock, 2016).

Ölümcul bir rahatsızlığa yakalandığına dair düşünceler veya vücut görünümüyle alakalı yoğun uğraşlar ile kendini gösteren somatik obsesyonlarda ise kişi sürekli sağlık kuruluşlarına müracaat eder veya bedeninde problem olup olmadığını denetler (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2006). Vücuduyla ilgili uğraşlar, çoğu zaman güncel rahatsızlıklarla alakalıdır. Çoğu zaman denetleme ve güvence arama davranışlarıyla birlikte görülür (Güleç ve Köroğlu, 1997).

Bu obsesyon türünde bazen belirtiler hastalık anksiyetesi bozukluğu (hipokondriazis) ile karışabilir. Obsesif Kompulsif Bozukluk hastaları bu düşüncelerin saçma olduğunu bilirler, içgörülerini daha iyidir. Obsesif Kompulsif Bozukluk ‘ta bir hastalığın bulaşma veya zarar verme ihtimalinden çok, bulaşmış veya zararının gerçekleşmiş olması ihtimali hakkında daha çok kaygı duyulur. Hipokondriyak olguların içgörülerini daha kötüdür. Bu olgular tedaviden çok açıklama arayışına girerler. Psikiyatrik problemlerinin varlığını kabul etmekte güçlük yaşarlar. Ayrıca bazı olgularda, bedensel semptom yerine şizofreni gibi ciddi bir ruhsal hastalığının bulunduğuna dair obsesyonlar da görülebilir (Beşiroğlu, 2017).

Diğer hiçbir grup altında sınıflandırılmayan semptomlardır. Bu sınıfta batıl inançlar, uğurlu ya da uğursuz sayılar, müzik veya şiddet içerikli olmayan görüntüler, özel anlamı olan renkler ya da bazı şeyleri bilme veya hatırlama zorunluluğu gibi obsesyonlar bulunabilir. Diğer kompulsiyonlar ise bireyin kendisini belirli cisimlere dokunmak mecburiyetinde hissettiği dokunma kompulsiyonları, mental ritüeller, törensi davranışlar şeklinde olabilir (Beşiroğlu, 2017).

2.1.7. Ayırıcı tanı

Şizofreninin özellikle başlangıç aşamalarında O.K.B. benzeri semptomlar görülebilir. Şizofreni, dikkatli bir izleme ve gözlem ile diğer belirtilerinin saptanmasıyla O.K.B. den ayrılır. Şizofrenideki obsesif kompulsif belirtiler genelde acayip ve stereotipik bir şekilde yinelemeli biçimdedirler. Genellikle kaygı azdır ve duygulanım künttür. Obsesif Kompulsif Bozukluk 'ta ise kaygı fazladır. Şizofrenideki obsesif kompulsif belirtilerde genellikle hasta bunları önlemekle uğraşmaz, kendisi için sorun oluşturduğunu ve hayatını kısıtladığını belirtmez.

Fobilerde fobiye has korkular vardır ve kompulsif yinelemeler yoktur. Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının büyük bir kısmında fobi de bulunur. Hatta Pierre-Janet bu iki bozukluğu birlikte tek bir hastalık olarak görmüş ve 'psikasteni' olarak tanımlamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Hipokondriazis, kişinin vücudundaki belirtileri yanlış ve abartılı bir şekilde yorumlamasına bağlı olarak önemli bir hastalığının olduğunu düşünmesi bununla birlikte tıbbi güvenceye rağmen bu düşüncesini sürdürmeye devam ettiği bir hastalıktır. Bulaşla ilgili bir obsesyonu hipokondriazisten ayırmak zordur. Obsesif Kompulsif Bozukluk 'ta kişi önce ciddi bir hastalığa yakalandığı veya yakalanacağı ile ilgili tekrarlayıcı düşüncelere sahip olup sonrasında kaygı yaşarken, hipokondriaziste kişi önce fiziksel duyumları yaşar ve sonrasında ciddi bir hastalık ile ilgili düşüncelerini oluşturur (Richter ve Ramos, 2018).

Beden Dismorfik Bozukluğunda görünümü normal olan birey, zevahiri açısından hayali veya hafif bir kusur olduğunu düşünerek ağır kaygı hisseder, bu da O.K.B. ile karışmasına neden olabilir. Beden Dismorfik Bozukluğunda zihninden çıkartılamayan saçma bir saplantıdan çok hezeyana oranda daha az mantıksız yani fazla değer biçilmiş bir düşünce mevcuttur.

Obsesif Kompulsif Bozukluk ‘ta Majör Depresif Bozukluk komorbiditesi sıktır. Majör Depresif Bozukluk hastalarında çeşitli hastalıklara, sevilen, merak edilen kişi ve durumlara karşı saplantılı durumlar olabilir. Obsesif Kompulsif Bozukluk eğer çocuklarda görülüyor ise, Gilles de la Tourette veya diğer tik ile ilişkili hastalık durumu mutlaka düşünülmelidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Obsesif Kompulsif Bozukluk güncel yaklaşımlara göre bir bazal ganglion hastalığı olarak kabul görmektedir. Bundan dolayı bazal ganglion hastalıkları ile arasında benzerlikler mevcuttur. Obsesif Kompulsif Bozukluk genelde 30lu yaşlardan önce ortaya çıkarken diğer geç başlangıçlı O.K.B. olgularının organik nörolojik bozukluklarla ilişkili olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır (Sadock, 2016).

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunda ise erken yaşlardan itibaren süregelen bir mükemmeliyetçilik ve keskin sınırlı davranış örüntüleri mevcutken, obsesyon ve kompulsiyonlar mevcut değildir (Richter ve Ramos, 2018). Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunda kişi davranışlarını doğru ve uygun bulurken, O.K.B. de kişi davranışları uygunsuz ve sıkıntılı bulur (Bokor ve Anderson, 2014).

2.1.8. Ek hastalıklar

Çeşitli çalışmalarda O.K.B.’nin yarısından fazlasında klinik hastalıkların da mevcut olduğu gösterilmiştir (Pigott ve ark., 1994). Uluslararası bir çalışma, O.K.B. hastalarının hasta olmayanlara göre M.D.B. (Majör Depresif Bozukluk) ve Anksiyete Bozukluğu grubundan bir ek hastalığının olması durumunda artmış riske sahip olduklarını göstermiştir (Weissman ve ark., 1994). Eski bir alan çalışmasında, O.K.B. hastalarında, %31,7 M.D.B., %13,8 Panik Bozukluğu, %46,5 Özgül fobi, %12,2

Şizofreni eştanıları olduğu tespit edilmiştir (Karno ve ark., 1988). Diğer bir çalışmada O.K.B. ve O.K.B. tanısını tam olarak karşılayamayan hastalarda yaşam boyu eştanılar incelendiğinde her iki cinsiyette de depresif bozukluklar önde bulunmuştur. Kadın hastalar dikkate alındığında sosyal fobi, özgül fobi, bağımlılıklar, travma ardılı stres bozukluğu ve atipik yeme bozukluğu O.K.B. ile ilişkili görülmüştür. Bu çalışmada aynı zamanda depresif bozuklukların O.K.B. den önce ve sonra eşit oranlarda geliştiği; agorafobi, sosyal fobi ve özgül fobilerin ise O.K.B. den önce ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Grabe ve ark., 2001). Saplantı Zorlantı Bozukluğu olan bireylerin %35,4 ünde ruhsal sayrılık bulunduğu gösterilmiş ve kadın erkek arasında bir eştanı oran farkı bulunmamakla birlikte en sık %14 M.D.B. ve %10,8 özgül fobi eştanıları olduğu bulunmuş (Mohamadi ve ark., 2007).

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında eştanı olarak yeme bozuklukları, alkol bağımlılığı, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani ve hipokondriazis bulunmaktadır (Eisen ve ark., 1999; Rasmussen ve Eisen, 1992; Yaryura-Tobias ve ark., 2000). Obsesif Kompulsif Bozukluk eştanılı ve eştanısız vakalar arasında eşey, medeni durum, ırk ile sosyoekonomik düzey arasında farklılık gösterilmemiştir. Yaş aralığı 18-25 olan O.K.B. hastalarında ise eştanı oranı daha yüksek bulunmuştur (Hollander ve ark., 1996).

Eştanısı olan O.K.B. hastalarında endişe, çökkünlük ve saplantı-zorlantı puanları eştanısız O.K.B. hastalarına göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada eştanı sayısı ile belirti şiddeti arasında eş uyum olduğu gösterilmiştir (Tükel ve ark., 2002). Obsesif Kompulsif Bozukluklu bireylerin yaklaşık yarısının bir anksiyete bozukluğu tanısını aldığı görülmüştür (Pigott ve ark., 1994). Obsesif Kompulsif Bozukluklu bireylerde ömür boyu eştanı panik bozukluğunda %13,8, fobik bozukluklarda %46,5 bulunmuştur (Weissman ve ark., 1994). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında %30-43 oranında yeğin çökkün duygudurumun mevcut olduğu saptanmıştır (Kolada ve ark., 1994; Lensi ve ark., 1996; Okasha ve ark., 1994; Perugi ve ark., 1997; Rasmussen ve Eisen, 1988; Rasmussen ve Tsuang, 1986; Tükel ve ark., 2002).

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında İki Uçlu Duygudurum Bozukluğun frekansı %2,7-21,5 tespit edilmiş (Kolada ve ark., 1994; Lensi ve ark., 1996; Perugi ve ark., 1999; Perugi ve ark., 1997). Ülkemizde gerçekleştirilmiş çalışmalardan birinde Saplantı Zorlantı Bozukluğu olan bireylerde İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu eştanısı %6,1 olarak gösterilmiş ve manik ataklar hipomanik ataklardan sık saptanmıştır (Tükel ve ark., 2006). Lensi ve arkadaşları ise O.K.B. ile birlikte manik atak sıklığını %1,5, antidepresan tedavi sonrası hipomanik atak sıklığını %13 olarak bildirmiştir (Lensi ve ark., 1996).

Obsesif Kompulsif Bozukluk ile şizofreni %12,2 şizofreniform bozukluk ise %1,2 oranında birlikte saptanmıştır. Şizofreni eştanısı almış hastaların çoğunda şizofreninin O.K.B. den önce başladığı bildirilmiştir (Karno ve ark., 1988). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastası 475 kişinin katıldığı bir çalışmada psikotik bulgu olarak içgörü yokluğu olan hastalar %6, şizofreni olan hastalar %4, sanrısız bozukluğu olan hastalar %2 oranında saptanmıştır. Psikotik özellikli O.K.B. hastalarında, erkek ve bekar sayısının fazla olması, hastalığın ilerleyici olması ve erken destek talebinin olduğu görülmüştür (Eisen ve Rasmussen, 1993). Yapılan 7 çalışmada O.K.B. hastalarının %71 inde orta ile şiddetli arasında değişkenlik gösteren O.K.K.B. (Saplantılı Zorlantılı Şahsiyet Çarpıklığı) özellikleri saptanmıştır (Black, 1974). Önceden yapılmış 15 çalışmayı değerlendiren Albert ve arkadaşları, O.K.B. hastalarında O.K.K.B. oranlarının %3-36 arasında olduğunu göstermiştir. Kendi çalışmalarında O.K.K.B. de %22,9 oranında O.K.B., %17,1 oranında Panik Bozukluğu oranı bulmuşlardır. Sonuç olarak O.K.K.B. nin O.K.B. hastalarında genel popülasyondan sık olduğu fakat bunun O.K.B. ye has bir durum olmayıp anksiyete bozuklukları için genel bir durum olduğu şeklinde açıklamışlardır (Albert ve ark., 2004). Yapılan araştırmalardan birinde 146 O.K.B. hastasının üçte birinde O.K.K.B. saptanmış ve O.K.K.B. ile birlikte olan O.K.B. hastalarında erken başlangıç, kaçınan kişilik bozukluğu ve işlevsellikte düşüşün daha fazla olduğu gösterilmiştir (Garyfallos ve ark., 2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalığı olan çocuklarda Tourette bozukluğu %20-38, tik bozukluğu %26-59 sıklıkta bulunmuştur (Hanna, 1995; Riddle ve ark., 1990; Swedo ve ark., 1989; Thomsen ve Mikkelsen, 1991; Toro ve ark., 1992).

2.1.9. Klinik seyir

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında belirtilerin ortaya çıkması genel olarak yıllar alacak şekilde sinsi bir başlangıç göstermektedir. Ayrıca bir kısım hastada ise belirtiler, gebelik ve yakın vefatı gibi önemli olaylar sonrasında da ortaya çıkabilmektedir (Karamustafalıoğlu, 2018).

Saplantı Zorlantı Bozukluğu olan bireylerde saplantı ve zorlantılarda zamanla biçim ve şiddet değişimi görülebilmektedir. Hastalık süresinde olan dalgalanmalar sık olmakla birlikte tam remisyon ve tam salahlık durumunun görülmesi nadirdir (Karamustafalıoğlu, 2018). Bazı araştırmacılar sürekli, epizodik ve kötüleşmeyle giden olarak 3'e ayırırken, bazı araştırmacılar 'sürekli ve değişmeyen', 'sürekli ve kötüleşen', 'sürekli ve iyileşen', 'epizodik ve kısmi remisyonla giden', 'epizodik ve tam remisyonla giden' olarak beşe ayırmıştır (Demal ve ark., 1993; Rasmussen ve Tsuang, 1986). Epizodik O.K.B. için tanımlama farklılıklarından dolayı %2 ile %5 gibi çok farklı oranlar elde edilmiştir (Eisen ve Rasmussen, 1993; Rasmussen ve Eisen, 1988). Daha güncel çalışmalarda ise epizodik O.K.B. sıklığı %45,5 ve % 27,4 gibi yüksek oranlarda saptanmıştır (Perugi ve ark., 1998; Ravizza ve ark., 1997).

Epizodik ve sürekli O.K.B. hastaları karşılaştırıldığında, epizodik hastaların geç başlangıçlı olduğu, kadınlarda fazla bulunduğu ve Majör Depresif Bozuklukla daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (Ravizza ve ark., 1997). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının %15 inde zaman içerisinde toplumsal ve mesleki işlevsellikte zamanla azalma görüldüğü gösterilmiştir (Rasmussen ve Eisen, 1992).

2.1.10. Tedavi

2.1.10.1. Bilişsel davranışçı terapi

Davranışçı tedavide, temrin ile reaksiyon bloklama yöntemleri ile hastayla birlikte üzerine gidilmesi gereken hedefler saptanır ve zorluk seviyesine göre sıralanarak bir program oluşturulur. Hastadan kademeli olarak kaygısı ile zorlantılarını şiddetlendiren

pozisyonlara maruz kalması ile zorlantılarını engellemesi amaçlanmaktadır. Kompulsiyonların engellenmesi ve durdurulmasıyla hastaların sıkıntı duyulan durumlara maruz kalması sağlanmış olur. Program, duyulan sıkıntı bitinceye kadar kademeli olarak devam ettirilir. Terapistle yapılan alıştırma ve tepki engelleme çalışmalarının yanında, hastalara ödevler verilerek kendi başlarına da alıştırma yapmalarına devam etmeleri sağlanır.

Bilişsel Davranışçı Terapi, O.K.B. hastalarında risk ve sorumluluk gibi konulardaki yanlış bilişlerin düzeltilmesini hedefler. Bilişsel davranışçı terapi, hoşlanılmayan egodistonik ve zorlayıcı düşüncelere herkesin sahip olabileceğini ve obsesyonların bu konuda istenmeyen düşüncelerin uç noktaları olarak görür. Obsesyonların kendisinin değil bunların hatalı ve yanlış değerlendirilmesi nedeniyle kalıcı ve sıkıntı verici olduklarını savunur. Kompulsiyonlar, kaçınma, güvence arama ve zihinsel kontrol ile obsesyonların devamlılığı sağlanmış olur. Hastalar sorun kaynağı olarak zihinsel kontrollerinin yetersiz olduğunu savunmaktaysa da esas sorun aşırı zihinsel kontrol çabalarıdır.

Bilişsel Davranışçı Terapide hedefler; hastanın istenmeyen düşünce ile ilgili otomatik değerlendirmesinin veya yorumunun olası pek çok seçenekten sadece biri olduğunun fark etmesini sağlamak; obsesyona atfedilen değer olası çıkarmından ibaret olduğunu fark ettirmek; obsesyonla ilgili yanlış değerlendirme ve çabalanan aşırı kontrol üzerine dikkat çekmektir (Clark, 2004).

Alıştırma ve tepki engelleme, bekleme listesine göre O.K.B. hastalarında belirtileri daha fazla azaltmıştır (Fritzler ve ark., 1997; McLean ve ark., 2001; Van Balkom ve ark., 1998). Bilişsel Davranışçı Terapi 'de bekleme listesi görece başarısız saptanmıştır (Anderson ve Rees, 2007; Freeston ve ark., 1997; McLean ve ark., 2001; Volpato Cordioli ve ark., 2003; Whittal ve ark., 2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk 'ta terapiler üzerine yapılmış çalışmaların meta-analizinde, 'alıştırma ve tepki engelleme', 'bilişsel yapılandırma' ve her ikisinin birlikte uygulandığı durumlar da etkin bulunmuştur (Rosa-Alcazar ve ark., 2008).

2.1.10.2. Farmakoterapi

İlk basamak tedavisi olarak çeşitli çalışmalarda klomipramin ve S.S.G.I.'ları gösterilmiştir (Karamustafalıoğlu, 2018). Meta analiz çalışmalarında klomipramin daha etkin bulunurken, rastgele kontrollü çalışmalarda S.S.G.I.'lar daha tolere edilebilir bulunmuştur (Ackerman ve Greenland, 2002; Fineberg ve Gale, 2005) (128). Alınan yanıtın dozla ilişkisi tutarlı sonuçlar vermemekle birlikte bazı çalışmalarda yüksek dozdan daha iyi yanıt alınmıştır (Bloch ve ark., 2010).

Nüksetmeyi önleme çalışmalarında, akut sağaltımdan fayda görenlerde sağaltımın sürdürümü plaseboya üstün bulunmuştur (Fineberg ve ark., 2007). İyileşme sonrası ilaç kesilmesi durumunda nüks etme oranlarının yüksek olması nedeniyle ilaç tedavisi uzun süreli olmalıdır (ortalama 2 yıl). En uygun doz ise tam terapötik etkinin görüldüğü dozdur (Karamustafalıoğlu, 2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında S.S.G.I. yanıtlarını araştıran çalışmalar, uygun doz ve süre verildiğinde %40-60 oranında yanıt alındığını göstermiştir (Ackerman ve ark., 1998; Black ve ark., 1998; DeVeugh-Geiss ve ark., 1990; Erzegovesi ve ark., 2001; Goodman ve ark., 1989; Ravizza ve ark., 1995; Tollefson ve ark., 1994). İlk basamak tedaviye yetersiz yanıt veya yanıtsızlık oranı %20-30 olarak görülmektedir (Jenike ve Rauch, 1994; Rasmussen ve Eisen, 1997). İlk basamak tedavinin başarısız sayılması için klomipramin ve 2 farklı S.S.G.I.'ın etkin doz ve sürelerde farklı dönemlerde kullanılmış olması gerekmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1997).

İlk başlarda antipsikotik güçlendirme tedavisi fluvoksamine dirençli hastalarda haloperidol eklenmesi ile başlamış sonrasında atipik antipsikotiklerin kullanılmaya başlaması ile devam etmiştir (McDougale ve ark., 1994; McDougale ve ark., 1990). Serotonin Gerilim İnhibitörleri dirençli hastaların güçlendirme tedavisini araştıran çalışmaların üçünde risperidon ikisinde aripiprazol eklenmesi plaseboya üstün bulunmuştur (Hollander ve ark., 2003; Erzegovesi ve ark., 2005; McDougale ve ark., 2000; Muscatello ve ark., 2011; Sayyah ve ark., 2012). Olanzapin ve ketiapin ile yapılan güçlendirme tedavilerinden ise çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (Bystritsky ve

ark., 2004; Carey ve ark., 2005; Denys ve ark., 2004; Fineberg ve ark., 2005; Shapira ve ark., 2004).

Son yıllarda sosyal ağların insan yaşamına girmiş olmasının ve her geçen gün kullanımının artmasının dikkat çekici boyutlara ulaştığı tespit edilmiştir. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu bu nedenle bir tanı olarak kılavuzlarda bulunmamasına rağmen önemini ve güncelliğini korumaktadır. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu yapısı itibarıyla impulsif kompulsif bir hastalık olması bakımından O.K.B.'yle bağlantısının öğrenilmesi amacıyla bu çalışmanın yapılması amaçlanmış ve literatüre bakıldığında benzer bir çalışmaya rastlanamamıştır.

2.2. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu

2.2.1. Tanım ve tarihçe

Gelişmeleri kaçırma korkusu, 2006 yılında bir toplulukta kıymetli olaylardan bihaber olmaya veya sosyal ağlarda iletilen ehemmiyetli vakalardan uzak kalmaya karşı kaygı hali olarak tanımlanmıştır (<https://www.urbandictionary.com/define.php?term=fomo>, Erişim tarihi: 2.6.2021). Başka bir kaynakta 2018 yılında, sosyal ağlarda cereyan eden dikkat çekici veya coşkulu faaliyetleri es geçmiş olma ihtimaline duyulan endişe hali (<https://en.oxforddictionaries.com/definition/fomo>, Erişim tarihi: 3.3.2021) ve 2020 yılında ise bir başka kaynakta sosyal ortamlarda iletilen keyifli veya coşkulu vakalardan haber alamama halinde açığa çıkan sıkıntı hali (<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/fomo>, Erişim tarihi: 12.11.2020) olarak tanımlamıştır.

Son 10 yılda Dünya çapında sosyal medya platformlarının kullanımında aşırı artma tespit edilmiştir (www.pewglobal.org/2018/06/19/social-media-use-continues-to-rise-in-developing-countries-but-plateaus-across-developed-ones/ Erişim Tarihi:19.03.2020). Gelişmeleri kaçırma korkusuyla da ilk olarak 2010'ların başında karşılaşmıştır (www.caterina.net/2011/03/15/fomo-and-social-media/ Erişim Tarihi: 19.03.2020; www.sfgate.com/entertainment/morford/article/Oh-my-God-you-are-so

missing-out-2536241.php Erişim Tarihi: 19.03.2020). Gelişmeleri kaçırma korkusu bilimsel literatürde iki özel komponenti içerecek şekilde tanımlanmıştır: a) başkalarının keyif verici deneyimler yaşadığına dair endişe hali ve b) bir sosyal medya platformundaki kişilerle bağlantıda olmak için sürekli istek olması. İkinci komponent, obsesif kompulsif bozukluktaki endişeyi yatıştırmak için yapılan kompulsiyonlara benzer şekilde olan anksiyeteyi yatıştırmak için başvurulanan davranışsal bir stratejiyi içerir. Gelişmeleri kaçırma korkusunun bu komponenti sıklıkla sosyal bağlantıyı sürdürmek için sosyal medya platformlarını ve mesajlaşma servislerini sık sık kontrol etme ve keyif verici deneyimleri kaçırma korkusunu içinde bulundurur (Przybylski, 2013). Gelişmeleri kaçırma korkusunun doğasındaki sürekli online kontrol etme davranışı, sadece online akıllı telefon gibi cihazlarla aktif olarak araştırma yapmaktan çok alınan çok sayıda sosyal medya bildirileri aracılığıyla sıklıkla reaktif-belki de pasif-tir. Bir diğer yandan, sosyal medya bildirileri, gelişmeleri kaçırma korkusu olan bireylerde tatmin ve endişeleri hafifletme sağladığından dolayı sosyal hayatı için faydalı ve olumlu bir şekilde değerlendirilir (Paul ve ark., 2015; Paul ve ark., 2011).

Online sosyal ilişki, çok sayıda kişinin sosyal bağlantılarını arttırmasını da sağlayabilir (Cheng ve ark., 2019). Diğer yandan, kesintili telefon ve bilgisayar bildirimlerinin olumsuz etkilere sahip olduğu bilinir. Bu tür bildiriler, dikkat dağılmasına ve günlük deneyimlere daha az odaklanılabilmeye neden olabilir. Ayrıca görevin tamamlanması ve göreve geri dönölmesi için zorluk oluşturduğundan dolayı aktivitelerinde kesintiye uğramaya neden olabilir (Duke ve Montag, 2017; Elhai ve ark., 2019; Kushlev ve ark., 2016; Salvucci ve Taatgen, 2008; Stothart ve ark., 2015). Bu yüzden, gelişmeleri kaçırma korkusu sosyal medya bildirilerini aşırı kontrol etmeye ve cevaplamaya neden olabilir, günlük hayatta üretkenliği sürdürmede zorluğa neden olabilir (Rozgonjuk ve ark., 2019).

2.2.2. Epidemiyoloji

Gelişmeleri kaçırma korkusunun literatürde henüz geçerli olan tanı ölçütleri bulunmamaktadır. Bu durum gelişmeleri kaçırma korkusuyla ilişkili yapılması planlanan bilimsel çalışmaları oldukça kısıtlamaktadır.

Kesitsel tasarıma sahip az sayıdaki çalışmada gelişmeleri kaçırma korkusu özel demografik karakteristiklerle ilişkilendirilmiştir. Literatürde bulunan az sayıdaki çalışmada gelişmeleri kaçırma korkusu genç yaş ile ilişkili bulunmuştur (Blachnio ve Przepiorka, 2018; Blackwell ve ark., 2017; Elhai ve ark., 2018). Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında ise yapılan diğer çalışmalarda gelişmeleri kaçırma korkusu kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre daha fazla ilişkili tespit edilmiştir (Beyens ve ark., 2016; Elhai ve ark., 2018; Stead ve Bibby, 2017). Kuzey Amerikalılarda, gelişmeleri kaçırma korkusu Kafkas asıllı olanlarda diğer ırklara oranla daha çok ilişkili bulunmuştur (Elhai ve ark., 2018).

Üniversite talebelerinde gelişmeleri kaçırma korkusu yaygınlığının orta seviyede olduğu saptanmış, gelişmeleri kaçırma korkusu düzeyi iki cinsiyette de yakın düzeyde saptanmıştır (Hoşgör ve ark., 2017). Gelişmeleri kaçırma korkusu ile ilgili çalışmalar sınırlı olup daha fazla katılımcıyla yapılacak çalışmalara gerek duyulmaktadır (Erdoğan ve ark., 2021).

2.2.3. Etiyoloji

Gelişmeleri kaçırma korkusunun nedenleri olarak çeşitli etkenler öne sürülmektedir. Gelişmeleri kaçırma korkusu, psikolojik gereksinimlerle ilişkili olabileceği düşünülen kendi kaderini kendinin belirlemesi kuramıyla bağdaştırılabilir. Kişinin gereksinimlerini giderme çabalarına mâni olunduğunda, alakasız psikososyal neticeler meydana geldiği görülmüştür (Veronneau ve ark., 2005).

Gelişmeleri kaçırma korkusu etiyolojisinde problemlerli internet kullanımı özellikle suçlanmaktadır. Gelişmeleri kaçırma korkusunun teknolojinin aşırı kullanımıyla alakalı bulunmuştur (Wolniewicz ve ark., 2020). Bir üniversitede 538 öğrenciyle yapılan çalışmada, gelişmeleri kaçırma korkusunun internet aşırı kullanımının tüm kapsamlarıyla ilgili bulunmuştur. Gelişmeleri kaçırma korkusunun, internetin aşırı kullanımının bir alt kapsamı olabileceği düşünülmüştür (Göksun, 2019).

Katılımcı sayısının 1097 olduğu bir çalışmada, gelişmeleri kaçırma korkusu en fazla telefon aşırı kullanımıyla ilişkilendirilmiştir (Elhai ve ark., 2020). Sosyal içeriğe erişim de gelişmeleri kaçırma korkusuna yol açabilmektedir. Tekrar tekrar gerçekleştirilen sosyal mukayeseler, gelişmeleri kaçırma korkusu oluşturma potansiyeline neden olabilir. Bireyler toplumsal olarak küçük düşmüş gibi algılayabilir ve toplumsal çevrelerce ötelenme tehlikesi hissedebilirler (Gilbert ve ark., 2009).

Sosyal ağ sitelerinin kullanımı gelişmeleri kaçırma korkusuyla bağlantılıdır. Gelişmeleri kaçırma korkusu düzeylerinin artması, özbenlikte azalma yaşamaktan uzaklaşma isteğinin yükselmesiyle ilişkilendirilmiştir. Mevcut hal de bireylerin birbirini daha çok manipüle etmesini ve daha çok sosyal zorbalık yapmasını sağlamaktadır (Abell ve ark., 2019).

Anksiyete gelişmeleri kaçırma korkusunun nedenleri arasındadır. Gelişmeleri kaçırma korkusu ile çökkünlük ve kaygı seviyesi arasındaki bağlantı gösterilmiştir. Kaygının gelişmeleri kaçırma korkusu davranışının yaklaşık beşte birini izah ettiği fakat çökkünlüğün gelişmeleri kaçırma korkusu durumunu ön gördümediği görülmüştür. Gelişmeleri kaçırma korkusu durumu ile uygunluk birbiri ile ilişkisiz bulunmuştur. Gelişmeleri kaçırma korkusu durumu bayan talebelerde görece fazla bulunmuştur (Kartol ve Peker, 2020).

2.2.4. Risk faktörleri

Kendini anlatım yeteneğinin az olması, sorunlu ailesel durumlar, adolesanlarda internet aşırı kullanımına neden olabilmektedir. Ailede anlatım kapasitesinin azalmış olması ile manevi sorunların artmış olması, çökkünlük ve gelişmeleri kaçırma korkusu vasıtasıyla online olmayı arttırmaktadır. Olumlu ailesel şartların adolesanlarda çökkünlük semptomları ile gelişmeleri kaçırma korkusunu azaltabileceğini ve dolaylı olarak sosyal ağlarda kullanılan zamanın azalabileceğini saptamıştır (Sela ve ark., 2020).

Yaş aralığı 14-39 olan Alman internet kullanıcılarıyla tek olma, çökkünlük ve endişe durumunun sosyal ağlarda geçirilen süreleri fazlalaştırdığı gösterilmiştir. İyi hissetmedeki düşüşler gelişmeleri kaçırma korkusu ve sosyal medya katılımındaki artışlarla bağlantılı bulunmuştur. Sosyal pozisyonunu mukayese etme tutumu fazla kişilerin gelişmeleri kaçırma korkusu oluşması açısından tehlikeye açık durumda olduğu düşünülmektedir (Reer ve ark., 2019). Düşük öz-yeterlilik ile artmış düzeyde gelişmeleri kaçırma korkusu arasında ilişki bildirilmiştir (Erdoğan ve Şanlı, 2019). Gelişmeleri kaçırma korkusu, nevrotik karakter nitelikleri ile ilgili bulunmuştur (Alt ve Boniel-Nissim, 2018).

2.2.5. Tanı

Tanı için kesinleşmiş kriterleri bulunmamaktadır. D.S.M.-5 ve I.C.D.-11 gibi tanı sınıflandırmalarında yeri yoktur.

2.2.6. Klinik görünümü

Yüksek gelişmeleri kaçırma korkusu seviyelerine sahip kişiler, sosyal medya ile artan gerilim, sanal zorbalık ve yaşamsal tatminde düşüş tarzında negatif neticeler tariflemişlerdir (Blachnio ve Przepiorka, 2018). Sosyal ağlarda arkadaşlarının güncellemelerini izleyememek gelişmeleri kaçırma korkusu olanları aşırı miktarda keyfini kaçıır. Gelişmeleri kaçırma korkusu deneyimleyen kişiler, offline olduklarında ayrı kalmış sezinlediklerini tariflemekte, internet haricindeki yaşantılarında noksan bulunan olumlu duyguları bilgi paylaşımı ve yayılmasıyla bütünlemeye uğraşmaktadırlar (Dossey, 2014). Gelişmeleri kaçırma korkusu sosyal ağlarda harcanan vakti arttırmaktadır (Abel ve ark., 2016). Gelişmeleri kaçırma korkusuna daha yatkın öğrencilerin devamlı şarj aygıtı bulundurduğu, yeni güne ilk olarak telefonlarını gözden geçirerek başladığı, uyumaya telefonuyla gittiği, her gün mutlaka sosyal ağlarda aktif olduğu, telefonlarını günde elliden fazla sefer göz attığı, yedi seneden fazla süredir sosyal medyada hesabının bulunduğu, dörtten çok sosyal medya platformu hesabının bulunduğu, günlük yedi saatten fazla sosyal medyada online olduğu gösterilmiştir (Stead ve Bibby, 2017).

Gelişmeleri kaçırma korkusu azalmış işlevsellikle bağlantılı bulunmuştur (Rozgonjuk ve ark., 2019). Gelişmeleri kaçırma korkusu düzeyi yüksek olanlar spontane olarak mesajları cevaplamaya daha meyillidirler. Bundan dolayı üretkenlik aşırı miktarda azalabilir çünkü birey devamlı mesajlarla uğraşmaktadır (Erdoğan ve ark., 2021). Daha yoğun gelişmeleri kaçırma korkusu deneyimleyenlerin mesajlara karşı daha uyarılmış durumda bulunduğu ve dikkati devamlı bir odakta kenetlendiğinden dolayı konsantrasyonlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir (Duke ve Montag, 2017). Gelişmeleri kaçırma korkusu araba kullanırken dikkatin dağılması gibi gündelik yaşamsal sorunlarla ilişkili bulunmuştur. Gelişmeleri kaçırma korkusu internet, telefon ve sosyal ağ kullanma bozukluklarının öngördürücüsü olabilir. Tüm sosyal ağ kullanım bozuklukları düzeyindeki artma; gelişmeleri kaçırma korkusu ve sosyal medyanın verimliliği negatif etkilemesiyle bağlantısı gösterilmiştir (Rozgonjuk ve ark., 2020).

Yaş aralığı 11-19 olan, 472 İtalyan öğrencide gelişmeleri kaçırma korkusu, duygusal olarak kötü hissetmeyle bağlantılı bulunmuştur. Gelişmeleri kaçırma korkusu düzeyi fazla olanlar, online olanların boşlamasından dolayı artmış gerilim yaşıtlamaktadırlar. Yaşıtlarının boşlamasından kaynaklanan gerilimin sosyal medya aşırı kullanımını öngördürdüğü bulunmuştur (Fabris ve ark., 2020).

Aşırı gelişmeleri kaçırma korkusu düzeyleri bulunan kişilerin dürtüsellik seviyelerinin ve internette oyun oynama süreleri görece fazla saptanmıştır (Li ve ark., 2020). Gelişmeleri kaçırma korkusunun alkol artmış tüketimi ve alkolün neden olduğu istenmeyen davranışlarla bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Riordan ve ark., 2015).

2.2.7. Tedavi

Kendine has olarak nitelendirilmiş sağaltım metodu bulunmamaktadır. İnterneti aşırı kullanan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin etkili olabileceği bildirilmiştir (Young, 2011). İnternet aşırı kullanımı ve gelişmeleri kaçırma korkusu arasındaki yakın ilişki düşünüldüğünde, gelişmeleri kaçırma korkusu sağaltımı açısından bilişsel

davranışçı terapi önerilebilir. Farkındalığı arttırmaya yönelik girişimlerin de internetin aşırı kullanımının ortaya çıkmasında proflaktik rolle katkı sağlayabileceği tespit edilmiştir (Gamez-Guadix ve Calvete, 2016).

2.3. Problemlı İnternet Kullanımı

2.3.1. Tanım-tarihçe

Kelime anlamı olarak genel ağ olan internet, İngilizcede uluslararası ağ anlamındaki İnter(national) Net(work) kelimelerinin kısaltmasından ortaya çıkmıştır (<https://sozluk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 24 Şubat 2020). İnternetin temelleri, Sovyet-Amerikan savaşı döneminde Amerika Savunma Bakanlığı tarafından atılmıştır. Bilim ve teknolojinin orduda etkin kullanımı için bu amaçla A.R.P.A. projesi (Advanced Research Projects Agency) oluşturulmuştur. Amerikan Hava Kuvvetlerinin tüm ülkeyi içine alabilecek askeri bilgisayar ağının A.R.P.A. tarafından desteklenmesiyle A.R.P.A.N.E.T. olarak isimlendirilmiştir.

Birinci elektronik beyin şebekesi, 1969 da Kaliforniya’da 4 bilgisayarın birbirine bağlanmasıyla kurulmuştur. Sonrasında Harvard, M.I.T. (Massachusetts Institute of Technology) ve N.A.S.A. da ağa dahil olarak genişlemesi sağlanmıştır. Elektronik posta kavramı ilk 1972 senesinde kullanılmıştır. İnternetin atası olarak bilinen B.I.T.N.E.T. (Because It's Time Network) 1969 de I.B.M.I. (International Business Management Inc.) tarafından oluşturulmuştur. 1980’lerde soğuk savaşın etkilerinin ortadan kalkmasıyla akademik ve ticari alanlarda bu konuyla alakalı ilgi artmıştır. Sonrasında ilk halk kullanımı 1989 yılında, ilk ticari kullanım ise 1991 yılında gerçekleşmiştir.

Türkiye’de internete bağlanma 1993 senesinde ilk olarak ODTÜ-TUBİTAK ortaklığında gerçekleşmiştir. Buna ITU, Bilkent Üniversitesi, Ege Üniversitesi ve Boğaziçi Üniversitesinin de katılmasıyla giderek yaygınlaşma sağlanmıştır (Bölükbaş, 2003; Parlak, 2005). Problemlı internet kullanımı, kullanma arzusunun engellenememesi, internet harici vaktin anlamsızlaşması, yoksunlukta ortaya çıkan

ajitasyon ve agresyon durumu, mevcut halin bütün alanlardaki işlevselliği azaltması şeklinde ifade edilebilir (Arısoy, 2009). Problemlı internet kullanımıyla ilgili 1996 yılında Goldberg ilk olarak ‘bağımlılık’ terimini kullanmış ve tanı ölçütlerini geliştirmiştir (Yaylalı, 2013). Sonrasında Brenner, Young ve Tao da tanı ölçütleri oluşturmuştur (Brenner, 1997; Tao ve ark., 2010; Young, 1998). Problemlı internet kullanımı ise D.S.M.-5’te kısmen “İnternette Oyun Oynama Bozukluğu” başlığı ile Bölüm III’te kendine yer bulmuştur (Weissman ve ark., 1994).

2.3.2. Tanı

Tanı için kesinleşmiş kriterleri bulunmamaktadır. D.S.M.-5 ve I.C.D.-11 tanı sınıflandırmalarında yeri yoktur.

2.3.3. Epidemiyoloji

Standart tanı ölçütlerinin bulunmamasından dolayı problemlı internet kullanımı sıklığı % 0,3-38 gibi geniş bir aralıkta görölmektedir. Gençlerde daha sık olduğu bilinmekle birlikte erkek-kadın oranı 2-3 kat fazla bulunmaktadır (Bozkurt ve ark., 2016). Avrupa’daki 11 ölkede yapılan bir çalışmada 15 yaşındaki çocuklarda problemlı internet kullanımı erkeklerde %5,2 iken, kızlarda %3,9 bulunmuştur (Durkee ve ark., 2016). Türkiye’de internet aşırı kullanımı sıklığı %7,6 olarak bulunmuştur (Tahiroglu ve ark., 2008).

Yaygınlık çalışmalarında bu kadar farklı oranlar elde edilmesinin 3 nedeni olduğu düşünülmektedir. Birincisi ortak tanı kriterlerinin olmaması, ikincisi farklı ölçüm araçlarının olması ve üçüncüsü de problemlı internet kullanımının gelişmeye ve yaygınlaşmaya devam etmekte olmasıdır (Dinç ve Ögel, 2019).

2.3.4. Etyoloji

Diğer birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi problemlı internet kullanımında da psikolojik, genetik ve çevresel çok sayıda etkenin rol oynadığı düşünülmektedir ve

çeşitli kuramlarla bu durum açıklanmaya çalışılmaktadır (Bozkurt ve ark., 2016). Nörobiyolojik bağımlılık teorisi, problemli internet kullanımında bağımlı olunan durumun belirli bir madde veya aktivite olmadığı, beyinde oluşan tepki olduğunu savunur. Bundan dolayı problemli internet kullanımını da diğer bağımlılıklar ile aynı kategoride tutar. Bununla ilgili en çevreleyici tasarım çift işleme tasarımıdır. Bu modele göre git ağını oluşturan reaktif sistem ile dur ağını oluşturan yansıtıcı sistem arasındaki dengesizlik sonucunda bağımlılık oluşmaktadır. Git ağında mezolimbik, mezokortikal beyin yolakları, nukleus akumbens, striatum ve amigdala bulunarak hemen sonucuna ulaşılacak davranışlara yönlendirir. Dur ağı ise ventromedial, dorsolateral prefrontal korteks ve anterior singulat korteks aracılığıyla uzun vadeli sonuçlara odaklanacak engelleyici davranışları oluşturur. Ayrıca ergenlerde yapılan görüntülemelerde bu iki sistem arasındaki dengesizliğin gösterilmesi, bağımlılıkların ergenlik döneminde ortaya çıkma nedeni açısından da önemlidir (Sussman ve ark., 2018).

Kişilerarası ilişkiler teorisi, bireyin kişiler arası ilişkilerdeki kaygı düzeyinin erken yaşantılarındaki kaygılarının bir yansıması olduğunu ileri sürer ve sosyal kaygıya odaklanır. Ebeveynler ve yaşlılarla bağlantıların olumlu olması sosyal kaygıda azalma sağlarken, ilişkilerin kötü olması sosyal kaygıyı arttırır. Sosyal kaygı ile problemli internet kullanımı birbiri ile ilişkili bulunmuştur (Liu ve Kuo, 2007). Bilişsel davranışçı teoriye göre problemli internet kullanımı gelişmesine psikolojik sıkıntılar yatkınlaştırmaktadır. Bilişsel çarpıtmalar bu süreçte rol alır. Çevrimdışıyken başarısız ve değersiz olduğu, çevrimdışıyken dünyanın güvenilmez olduğu, çevrimiçi olduğunda güvenli hissedilebildiği gibi düşünceler dış dünyadan alınan hazzı azaltarak bireyin internet kullanımında artışa neden olabilir. Bu artış bilişsel çarpıtmaları besleyerek bir kısır döngüye girilmesine neden olur (Davis, 2001; Taylor ve ark., 2017).

Sosyal beceri eksikliği teorisi ise, problemli internet kullanımının sosyal beceri eksikliğinden kaynaklandığını savunmaktadır. Yalnız kişiler depresyonda olanlar gibi sosyal yeterlilik ve etkileşimlerini daha negatif algırlar. Kendilerini çevrimiçi olarak gerçek hayattan daha iyi ifade edebildiklerini düşündükleri için internette harcadıkları

süre artış gösterir. Sosyal becerileri az olanlar çevrimiçi olmayı daha güvenli, daha teşvik edici ve daha kolay olduğunu düşünürler. Kendileri ile ilgili oluşabilecek olumsuzlukları değiştirip atlayabilirken, kendileri ile ilgili olumlu şeyleri abartıp olumlu şeyler ekleyebilirler. Kendileri ile ilgili bu artmış kontrol onlara güven ve rahatlama sağlar. İşte bu nedenlerle sosyal kaygı yaşayan kişilerde problemlili internet kullanımı oluşması kolaylaşmaktadır (Caplan, 2016; Taylor ve ark., 2017).

2.3.5. Tedavi

Problemlili internet kullanımının tedavisini psikofarmakolojik ilaçlar ve psikoterapiler oluşturmaktadır. Çeşitli psikoterapi yaklaşımları ve yeniden öğrenme merkezleri önerilmektedir. Problemlili internet kullanımında öncelik saptanabilmişse psikiyatrik hastalığın tedavisidir. Problemlili internet kullanımında semptomlar kompulsif olmaktan çok impulsif olduğu için dürtü kontrol bozukluklarında kullanılan S.S.G.I. ve duygudurum düzenleyiciler ilk tercih ilaçlar olmaktadır (Bozkurt ve ark., 2016).

Aşırı online oyun oynayan 62 D.E.H.B.'li (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) çocuk ile gerçekleştirilmiş, 8 haftalık metilfenidat tedavisi sonrasında dikkat eksikliği ve internet aşırı kullanımı puanlarında ciddi düşüşler görülmüştür (Han ve ark., 2009). Olgusu sayısı 19 olan, 20 mg/gün Essitalopram verilen 10 haftalık bir çalışmada ilaç kullanımı süresince internet kullanım sürelerinde ciddi düşüş gösterilmiştir (Dell'Osso ve ark., 2007). İnternet pornografisi bağımlılığı bulunan bir kişide Naltrekson kullanımı sonrasında ciddi düzelme görülmüştür (Bostwick ve Bucci, 2008).

Starcraft oyunu bağımlısı 11 kişi ve sağlıklı kontrol grubu 9 kişi olan bir çalışmada, 6 haftalık Bupropiyon tedavisi sonrasında fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleri karşılaştırılmıştır. Bağımlı grupta, dorsolateral prefrontal korteks aktivitesinde düşüş, oynama arzusu ile yekün oynama sürelerinde ciddi azalma gösterilmiştir (Han ve ark., 2010).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışma 01.06.2022-01.06.2023 tarihleri arasında SEAH (Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi) Psikiyatri polikliniğine başvuran, SEAH psikiyatri servislerinde yatarak tedavi gören, hastanemiz kayıtlarından telefonla ya da mail yoluyla ulaşıp görüşmeye çağırılan Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış 50 hasta ile bu hastalarla aynı yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu özelliklerine sahip 50 sağlıklı gönüllü katılımı oluşan kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken daha önce Obsesif Kompulsif Bozukluk ile yürütülen çalışmalar baz alınmak istenmiş ancak örnek çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun üzerine ülkemizde yürütülen ve gruplar arası anlamlı fark tespit eden çalışmalar taranmıştır. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada akıllı telefon kullanma biçimine göre grupların ortalamaları arasında (2,95-2,44=0.51) birimlik farkı SS 1. grup =0,78; 2. grup=0,63 standart sapmaları ile güç analizi yaparak hesapladığımızda 32 kişi olarak hesaplanmış olmakla birlikte olası aksilikler ve diğer ölçekler için de gereklilikler dikkate alınarak 50 Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı birey ile çalışmanın yürütülmesi, benzer yaş ve cinsiyette 50 kişilik kontrol grubu karşılaştırılması planlanmıştır.

Hasta grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 1.18-65 yaş aralığında olmak
2. D.S.M.-V tanı kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış olmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
4. Görüşmeyi tamamlayabilecek zihinsel yeterliğe sahip olmak

Hasta grubu için araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Şizofreni, bipolar bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk ve diğer psikotik bozuklukların varlığı (deliryum, demans, epilepsi vb.)

2. Genel tıbbi duruma bağı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak,
3. Klinik görüşme ile tespit edilen ileri düzeyde kişilik bozukluğunun bulunması,
4. Mental retardasyonun olması,
5. Ağır fiziksel bir hastalığının olması ve klinik laboratuvar bulgularının yaşamı tehdit edici bir hastalığı gösteriyor olması,
6. Nörolojik muayene ile tespit edilebilen bir nörolojik hastalığının bulunması (Serebrovasküler hastalık vb.),
7. Psikoaktif madde etkisi altında olmak,
8. 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak

Kontrol grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 1.18-65 yaş aralığında olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
3. Görüşmeyi tamamlayabilecek zihinsel yeterliğe sahip olmak

Kontrol grubu için araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. S.C.I.D.-5/C.V. ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğun olması,
2. Klinik görüşme ile tespit edilen ileri düzeyde kişilik bozukluğunun bulunması,
3. Mental retardasyonun olması,
4. Ağır fiziksel bir hastalığının olması ve klinik laboratuvar bulgularının yaşamı tehdit edici bir hastalığı gösteriyor olması,
5. Nörolojik muayene ile tespit edilebilen bir nörolojik hastalığının bulunması (Serebrovasküler hastalık vb.),
6. Psikoaktif madde etkisi altında olmak,
7. 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak

3.2. Uygulama

Hasta ile kontrol grupları için belirlenen dahil olma ve dışlama ölçütlerine uygun, yazılı onamları alınan katılımcılar araştırmacı psikiyatrist tarafından görüşmeye alınmıştır. Her katılımcı ile demografik bilgilerini, tıbbi ve psikiyatrik öyküsünü içeren

ayrıntılı psikiyatrik görüşme ile D.S.M.-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (S.C.I.D.- 5)'ye göre tanısal değerlendirme yapılmıştır. Hasta grubunda dışlama ölçütlerinde geçen tanıların konduğu hastalar ve kontrol grubunda herhangi bir majör psikopatoloji saptanan kişiler çalışmadan çıkartılmıştır. Her katılımcı adına sosyodemografik veri formu sonrasında ise Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği, B.A.P.İ. (Bağımlılık Profili İndeksi Ölçeği), Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Problemlili İnternet Kullanımı Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların kimlik bilgileri gizli tutularak S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences) ortamına numaralandırılarak aktarılmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Katılımcılara ait sosyodemografik verilerin toplanması için araştırmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur. Görüşmelerde katılımcılardan alınan bilgiler aracılığıyla araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Katılımcılara ait yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek, geçmiş tıbbi öykü, sosyal medya kullanımının varlığı, sosyal medyada hangi uygulamaların kullanıldığı, sosyal medyanın ne sıklıkla kullanıldığı, sosyal medyada bir günde ne kadar vakit geçirildiği, telefon-tablet-bilgisayar kullanımının varlığı, telefon-tablet-bilgisayarda bir günde ne kadar vakit geçirildiği, televizyon karşısında bir günde ne kadar süre geçirildiği, internetin ne iş için kullanıldığı ve toplam ekran maruziyeti gibi bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır.

3.2.2. S.C.I.D.-5/C.V.

Psikiyatrik görüşmeyi standardize etmek, yapılandırmak ve D.S.M.-V içeriğinde yer alan tanıları başlıklar halinde değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (First ve ark., 2015). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayad ve arkadaşları sayesinde geliştirilmiştir (Bayad ve ark., 2018). On altı tanısal kategori ve on modül içermektedir.

3.2.3. Yale–Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı bireylerde, saplantısal zorlantısal semptomların tipi ve düzeyini, saplantı ve zorlantı olarak 2 kapsamda incelemek amacıyla geliştirilmiştir (Goodman ve ark., 1989). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmış olan ölçek 19 maddeden oluşmaktadır (Karamustafalıoğlu ve ark., 1993). Klinisyen tarafından uygulanan, beşli likert tipinde, on dokuz öncülden oluşan ana skorlamada ilk on maddenin kullanıldığı bir skaladır.

3.2.4. Gelişmeleri kaçırma korkusu ölçeği

Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ölçeği, sosyal ortamlardaki gelişmeleri kaçırma korkusunun ölçülebilmesi için geliştirilmiştir (Przybylski ve ark., 2013). Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlilik testleri yapılmıştır (Gökler ve ark., 2016). On öncülde beşli likert tarzda değerlendirme yapan, 10-50 skor alınan bir özbebildirim skalasıdır.

3.2.5. Barratt dürtüsellik ölçeği

Bu ölçek anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ölçmek için geliştirilmiştir (Barratt ve ark., 1995). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Güleç ve ark., 2008). Üç farklı dürtüsellik alanında değerlendirme yapan bu ölçek, dörtlü likert tipinde oluşturulmuş olup 30-120 skor aralığında sonuç vermektedir. Skor ve dürtüsellik arasında doğrusal ilişki bulunmaktadır.

3.2.6. Bağımlılık profil indeksi

Bağımlılık Profil İndeksi (B.A.P.İ.), bağımlılığı boyutsal olarak incelenmek ve düzeyini belirlemek için geliştirilmiştir. Otuz yedi soru aracılığıyla tanı sistemlerinde bulunan bağımlılık kriterleri sorgulanmaktadır (Ögel ve ark., 2012).

3.2.7. Problemli internet kullanımı ölçeği

Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği, internet kullanım düzeylerinin aşırılığını saptamak için Ceyhan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Otuz üç maddeden oluşan, 33-165 skor aralığında olan, skor arttıkça aşırı kullanımın arttığı ve öz bildirim şeklinde gerçekleştirilen bir skaladır (Ceyhan ve ark., 2007).

3.3. Veri Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows sürüm 22.0 kullanılarak yapıldı. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler, sayı ve yüzdelere olarak, sayısal değişkenler için ise ortalama $\pm$ standart sapma ve minimum-maksimum değerleri olarak sunuldu. Sayısal verilerin analizinde normal dağılıma uygunluk “Kolmogorov-Smirnov” testi ile incelenmiş olup, normal dağılım özelliği gösteren sayısal değişkenlerin analizinde parametrik yöntemler, normal dağılım özelliği göstermeyen sayısal değişkenlerin analizinde ise parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Normal dağılım özelliği gösteren sayısal veriler için bağımsız iki grup arasındaki ortalama farkı analizinde “Independent Samples t” testi, normal dağılım özelliği göstermeyen sayısal veriler için bağımsız iki grup arasındaki medyan farkı analizinde ise “Mann-Whitney U” testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan ve kategorik olmayan çoklu değişkenlerin analizinde “Kruskal Wallis” testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin kendi aralarındaki analizleri “Ki-Kare” koşulu sağlandığı durumlarda “Ki-Kare” test istatistiği, sağlanmadığı durumlarda ise “Fisher’s Exact Test” ve “Continuity Correction Test” istatistiği kullanılarak oluşturulmuştur. İki sayısal veri arasındaki korelasyon analizi normal dağılım uygunluğuna göre “Pearson” veya “Spearman” testi ile incelenmiştir. Veriler %95 güven düzeyinde incelenerek p değeri 0,05’ten küçük ise testler anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Çalışmamızda mevcut tanı sistemine ile O.K.B. tanısı alan 50 gönüllü hasta ile 50 sağlıklı kontrol olmak üzere 100 kişiden elde edilen veriler analiz edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu bakımından hasta grubu ile eşleştirilerek oluşturulmuştur.

4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Hasta grubunun yaş ortalaması $32,24 \pm 8,14$ (minimum 21, maksimum 48, medyan 32) iken kontrol grubunun yaş ortalaması $32,26 \pm 8,16$ (minimum 21, maksimum 48, medyan 32) bulunmuştur. Çalışmamıza katılanların %68 (n=68) i kadın, %32 (n=32) si erkek olup hasta ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı eşit olarak yer almıştır. Çalışmamızda O.K.B. ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve medeni hal açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). İş durumu açısından; çalışmıyor olma durumu O.K.B. grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ($p=,000$). Gelir düzeyi açısından 2000 tl'den az (Çalışmanın yapıldığı tarih itibariyle 2000 tl: 121,8 usd ye eşit olup, çalışmaya başlanılan 01.06.2023 tarihi itibariyle asgari ücret: 4253 tl) gelir düzeyine sahip olma durumu O.K.B. grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ($p=,000$). Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri Tablo 1. de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Kontrol(n=50) ort± ss(min-maks)	Hasta(n=50) ort±ss(min- maks)	T	P
Yaş		32,24±8,14 (21-48)	32,24±8,14 (21-48)	,012	,990
		Kontrol (n=50)	Hasta (n=50)	χ^2	P
Cinsiyet	Kadın	34 (68,0%)	34 (68,0%)	,000	1,000
	Erkek	16 (32,0%)	16 (32,0%)		
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	8 (16,0%)	8 (16,0%)	,000	1,000
	Ortaokul	9 (18,0%)	9 (18,0%)		
	Lise	17 (34,0%)	17 (34,0%)		
	Üniversite	16 (32,0%)	16 (32,0%)		

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (devamı)

		Kontrol(n=50)	Hasta(n=50)	T	P
Medeni Hal	Evli	21 (42,0%)	28 (56,0%)	2,091	,351
	Bekar	24 (48,0%)	19 (38,0%)		
	Boşanmış	5 (10,0%)	3 (6,0%)		
İş Durumu	Çalışmıyor	9 (22,5%)	20 (54,1%)	25,241	,000
	Memur	22 (55,0%)	2 (5,4%)		
	İşçi	2 (5,0%)	4 (10,8%)		
	Serbest Meslek	7 (17,5%)	11 (29,7%)		
Gelir Düzeyi	2000 tl den az	4 (8,0%)	18 (36,0%)	30,198	,000
	2000 tl – 5000 tl	3 (6,0%)	10 (20,0%)		
	5000 tl – 10000 tl	12 (24,0%)	16 (32,0%)		
	10000 tl – 20000 tl	24 (48,0%)	5 (10,0%)		
	20000 tl den fazla	7 (14,0%)	1 (2,0%)		

4.2. Hasta ve Kontrol Grubunun İnternet, Sosyal Medya, Tablet, Cep Telefonu, Bilgisayar ve Televizyon Kullanım Özellikleri

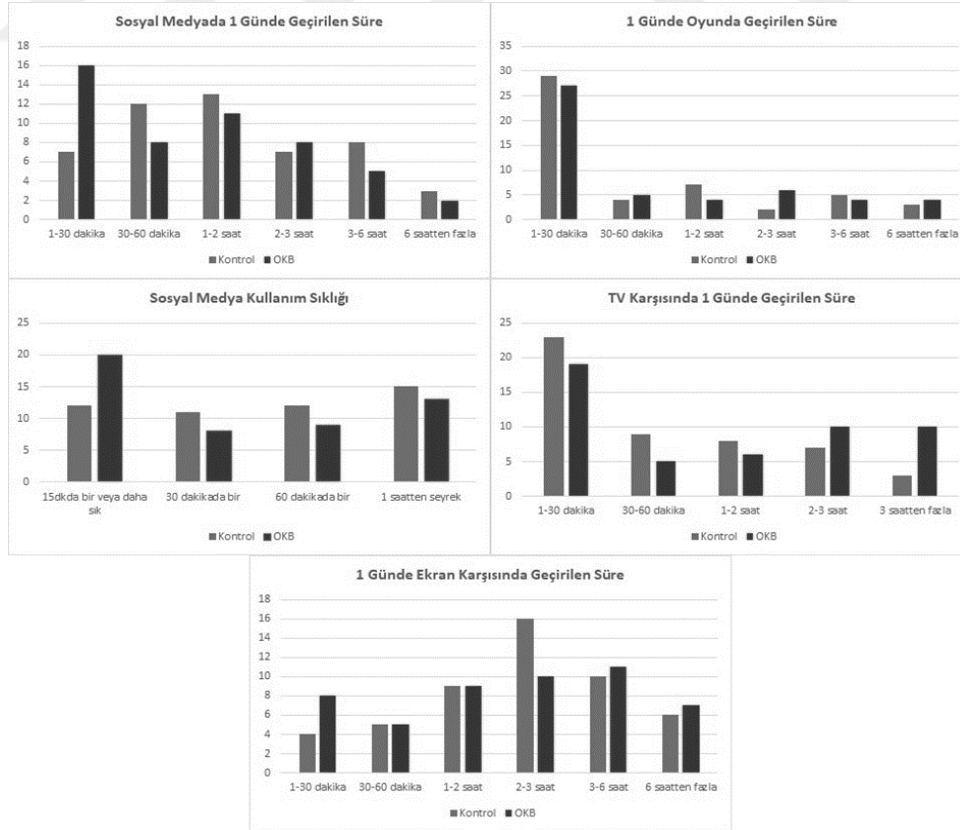
Yaptığımız çalışmada hasta ve kontrol grubunun internet, sosyal medya, tablet, cep telefonu, bilgisayar ve televizyon kullanımı özellikleri incelendiğinde grupların internet, sosyal medya, tablet, cep telefonu, bilgisayar ve televizyon kullanım özellikleri açısından anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>,05$). Hasta ve Kontrol grubunun elektronik ortam kullanımı ile ilişkili özellikler Tablo 2.1. ve Şekil 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Hasta ve kontrol grubunda ekran kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

	Kontrol (n=50)	Hasta (n=50)	χ^2	P
Sosyal Medya Kullanım Sıklığı				
15dkda bir veya daha sık	12 (24,0%)	20 (40,0%)	3,045	,385
30 dakikada bir	11 (22,0%)	8 (16,0%)		
60 dakikada bir	12 (24,0%)	9 (18,0%)		
1 saatten seyrek	15 (30,0%)	13 (26,0%)		
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre				
1-30 dakika	7 (14,0%)	16 (32,0%)	5,447	,364
30-60 dakika	12 (24,0%)	8 (16,0%)		
1-2 saat	13 (26,0%)	11 (22,0%)		
2-3 saat	7 (14,0%)	8 (16,0%)		
3-6 saat	8 (16,0%)	5 (10,0%)		
6 saatten fazla	3 (6,0%)	2 (4,0%)		

Tablo 2.1. Hasta ve kontrol grubunda ekran kullanım özelliklerinin karşılaştırılması
(devamı)

Telefon-Tablet-Bilgisayardaki Oyunda 1 Günde Geçirilen Süre				
1-30 dakika	29 (58,0%)	27 (54,0%)	3,359	,645
30-60 dakika	4 (8,0%)	5 (10,0%)		
1-2 saat	7 (14,0%)	4 (8,0%)		
2-3 saat	2 (4,0%)	6 (12,0%)		
3-6 saat	5 (10,0%)	4 (8,0%)		
6 saatten fazla	3 (6,0%)	4 (8,0%)		
Televizyon Karşısında 1 Günde Geçirilen Süre				
1-30 dakika	23 (46,0%)	19 (38,0%)	6,108	,191
30-60 dakika	9 (18,0%)	5 (10,0%)		
1-2 saat	8 (16,0%)	6 (12,0%)		
2-3 saat	7 (14,0%)	10 (20,0%)		
3 saatten fazla	3 (6,0%)	10 (20,0%)		
1 Günde Ekran Karşısında Geçirilen Süre				
1-30 dakika	4 (8,0%)	8 (16,0%)	2,842	,724
30-60 dakika	5 (10,0%)	5 (10,0%)		
1-2 saat	9 (18,0%)	9 (18,0%)		
2-3 saat	16 (32,0%)	10 (20,0%)		
3-6 saat	10 (20,0%)	11 (22,0%)		
6 saatten fazla	6 (12,0%)	7 (14,0%)		

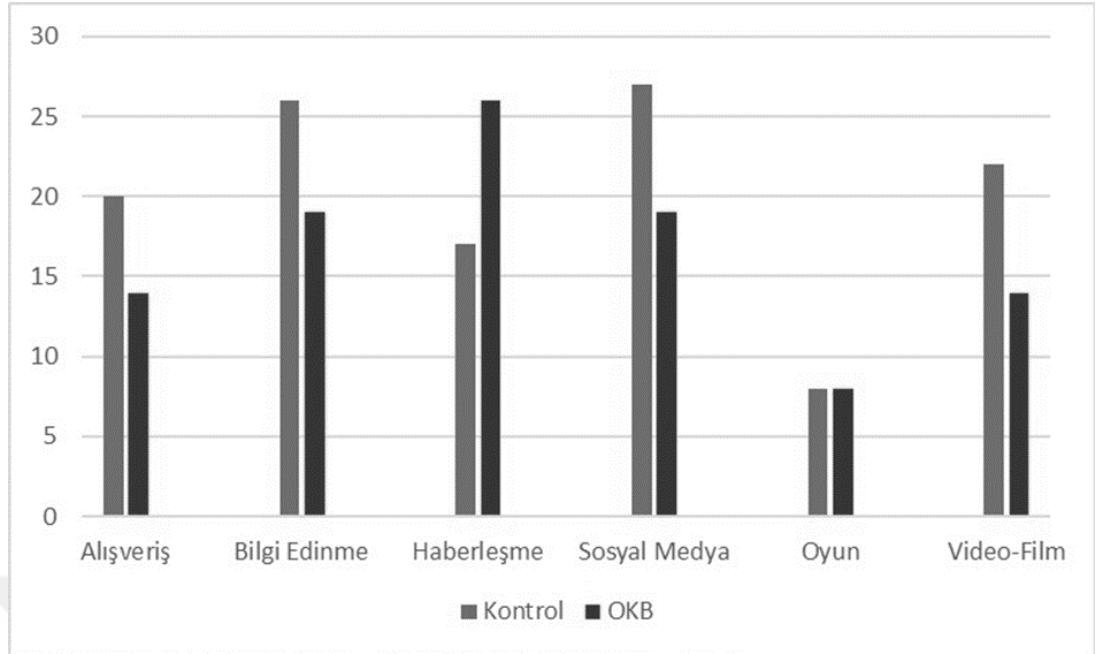


Şekil 1. Hasta ve kontrol grubunda ekran kullanım özellikleri

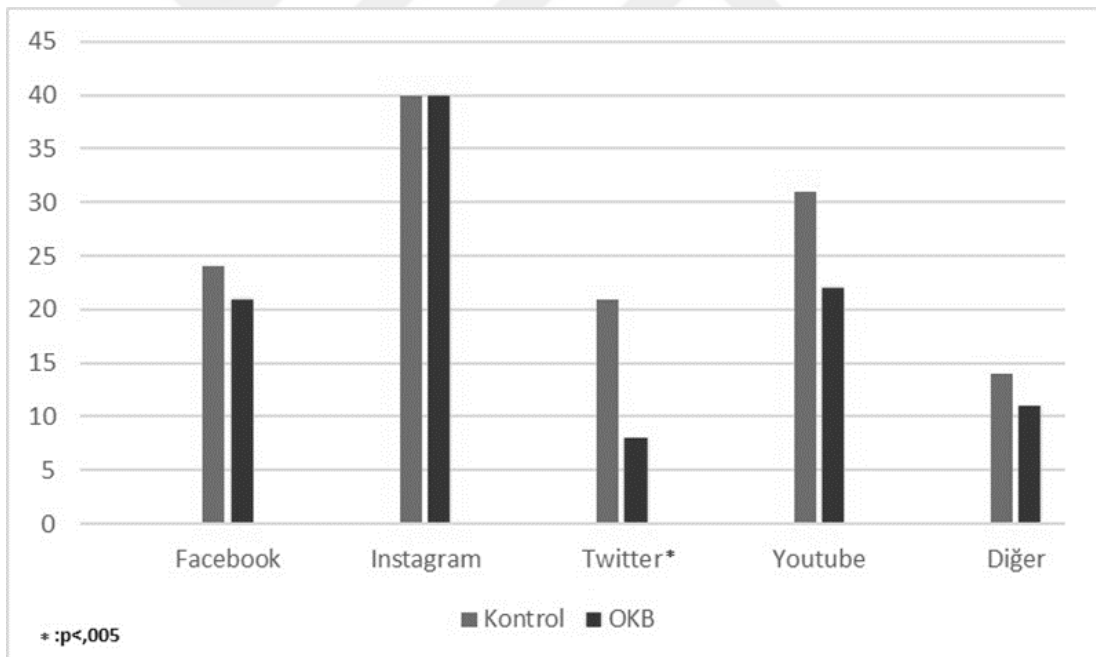
İki grup, sosyal medya kullanım amaçları ve kullanılan uygulamalar bakımından incelendiğinde; sosyal medyada kullanılan uygulamalar açısından hasta grubunda sadece Twitter kullanımı anlamlı olarak yüksek tespit edilmiş ($p=,004$), diğer uygulamalar açısından anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grubunda internet kullanım amaçları ve kullanılan sosyal medya uygulamaları dağılımı Tablo 2.2. de, Şekil 2. ve Şekil 3. te gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Hasta ve kontrol grubunda internetin kullanım amaçları ve kullanılan sosyal medya uygulamalarının karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Hasta (n=50)	χ^2	P
Alışveriş	Hayır	30 (60,0%)	36 (72,0%)	1,604	,205
	Evet	20 (40,0%)	14 (28,0%)		
Bilgi Edinme	Hayır	24 (48,0%)	31 (62,0%)	1,980	,159
	Evet	26 (52,0%)	19 (38,0%)		
Haberleşme	Hayır	33 (66,0%)	24 (48,0%)	3,305	,069
	Evet	17 (34,0%)	26 (52,0%)		
Sosyal Medya	Hayır	23 (46,0%)	31 (62,0%)	2,576	,108
	Evet	27 (54,0%)	19 (38,0%)		
Oyun	Hayır	42 (84,0%)	42 (84,0%)	,000	1
	Evet	8 (16,0%)	8 (16,0%)		
Video-Film	Hayır	28 (56,0%)	36 (72,0%)	2,778	,096
	Evet	22 (44,0%)	14 (28,0%)		
Facebook	Hayır	26 (52%)	29 (58%)	,364	,546
	Evet	24 (48%)	21 (42%)		
Instagram	Hayır	10 (20%)	10 (20%)	,000	1,000
	Evet	40 (80%)	40 (80%)		
Twitter	Hayır	29 (58%)	42 (84%)	8,208	,004
	Evet	21 (42%)	8 (16%)		
Youtube	Hayır	19 (38%)	28 (56%)	3,252	,071
	Evet	31 (62%)	22 (44%)		
Diğer	Hayır	36 (72%)	39 (78%)	,480	,488
	Evet	14 (28%)	11 (22%)		



Şekil 2. Hasta ve kontrol grubunda internet kullanım amaçları



Şekil 3. Hasta ve kontrol grubunda kullanılan sosyal medya uygulamalarının karşılaştırılması

4.3. Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri

Çalışmamızdaki O.K.B.'li bireylerin Y.B.O.K.Ö. obsesyon alt ölçeği puanı ortalaması $11,98 \pm 3,94$; kompulsiyon alt ölçeği puanı ortalaması $11,58 \pm 4,31$, toplam puanı ortalaması $23,56 \pm 7,98$ olarak tespit edilmiştir. Obsesyon alt ölçeği minimum puanı 3, maksimum puanı 19 dur. Kompulsiyon alt ölçeği minimum puanı 0, maksimum puanı 20 dir. Minimum toplam ölçek puanı 7, maksimum ölçek puanı 38 dir.

Hasta grubuna uygulanan Barratt Dürtüsellik Ölçeği plan yapamama alt ölçeği puanı ortalaması $27,46 \pm 5,27$, minimum alt ölçek puanı 17, maksimum alt ölçek puanı 38, kontrol grubu alt ölçek puanı ortalaması $24,08 \pm 4,84$, minimum alt ölçek puanı 14, maksimum alt ölçek puanı 34 olarak tespit edilmiştir. Hasta grubuna uygulanan Barratt Dürtüsellik Ölçeği motor dürtüsellik alt skalası puanı ortalaması $20,6 \pm 5,23$, minimum alt ölçek puanı 12, maksimum alt ölçek puanı 32, kontrol grubu alt ölçek puanı ortalaması $18,38 \pm 3,89$, minimum alt ölçek puanı 13, maksimum alt ölçek puanı 30 dur. Hasta grubuna uygulanan Barratt Dürtüsellik Ölçeği dikkat dürtüsellliği alt ölçeği puanı ortalaması $18,16 \pm 3,61$, minimum alt ölçek puanı 11, maksimum alt ölçek puanı 26, kontrol grubu alt ölçek puanı ortalaması $14,1 \pm 3,36$, minimum alt ölçek puanı 8, maksimum alt ölçek puanı 24 tür. Hasta grubunda uygulanan Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam ölçek puanı ortalaması $66,22 \pm 10,21$, minimum toplam puan 43, maksimum toplam puan 86, kontrol grubu toplam ölçek puanı ortalaması $56,56 \pm 10,34$, minimum toplam puan 39, maksimum toplam puan 87 olarak tespit edilmiştir.

Hasta grubuna uygulanan Bağımlılık Profili İndeksi madde kullanım nitelikleri alt ölçeği puanı ortalaması $0,06 \pm 0,04$, minimum alt ölçek puanı 0, maksimum alt ölçek puanı 2 dir. Hasta grubuna uygulanan Bağımlılık Profili İndeksi tanı alt ölçeği puanı ortalaması $0,22 \pm 0,15$, minimum alt ölçek puanı 0, maksimum alt ölçek puanı 6 dir. Hasta grubuna uygulanan Bağımlılık Profili İndeksi yaşam etkileri alt ölçeği puanı ortalaması $0,36 \pm 0,21$, minimum alt ölçek puanı 0, maksimum alt ölçek puanı 9 dur. Hasta grubuna uygulanan Bağımlılık Profili İndeksi motivasyon alt ölçeği puanı ortalaması $0,4 \pm 0,18$, minimum alt ölçek puanı 0, maksimum alt ölçek puanı 6 dir. Hasta grubuna uygulanan Bağımlılık Profili İndeksi toplam ölçek puanı ortalaması

0,24±0,11, minimum toplam ölçek puanı 0, maksimum toplam ölçek puanı 4 tür. Hasta grubunda yoksunluk alt ölçeği puanı 0 dır. Kontrol grubunda madde kullanan olmadığı için Bağımlılık Profili İndeksi 0 dır. Hasta ve kontrol grubunun Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği alt ölçekleri ve toplam ölçek puanı ortalamaları, Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt ölçekleri ve toplam ölçek puanı ortalamaları, Bağımlılık Profil indeksi alt ölçekleri ve toplam ölçek puanı ortalamaları Tablo 3.1. de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Hasta ve kontrol grubunun klinik ölçek puanları ortalamalarının karşılaştırılması

	Kontrol (n=50)				Hasta (n=50)			
	Ortalama	Standart Sapma	Minimu m	Maksimu m	Ortalama	Standart Sapma	Minimu m	Maksimu m
Y.B.O.K.Ö.-Obsesyon	,0	,0	,0	,0	11,98	3,94	3	19
Y.B.O.K.Ö.-Kompulsiyon	,0	,0	,0	,0	11,58	4,32	0	20
Y.B.O.K.Ö.-Toplam	,0	,0	,0	,0	23,56	7,98	7	38
B.D.O.-Plan Yapamama	24,08	4,84	14	34	27,46	5,27	17	38
B.D.O.-Motor Dürtü	18,38	3,89	13	30	20,6	5,23	12	32
B.D.O.-Dikkat Dürtü	14,1	3,36	8	24	18,16	3,61	11	26
B.D.O.-Toplam	56,56	10,34	39	87	66,22	10,21	43	86
B.A.P.İ.-Madde Kullanım	,0	,0	,0	,0	,06	,039	0	2
B.A.P.İ.-Tanı	,0	,0	,0	,0	,22	,15	0	6
B.A.P.İ.-Yaşam Etkileri	,0	,0	,0	,0	,36	,21	0	9
B.A.P.İ.-Yoksunluk	,0	,0	,0	,0	0	0	0	0
B.A.P.İ.-Motivasyon	,0	,0	,0	,0	,4	,18	0	6
B.A.P.İ.-Toplam	,0	,0	,0	,0	,24	,11	0	4

Yale Brown obsesyon alt ölçeği, Yale Brown kompulsiyon alt ölçeği ve Yale Brown Ölçeği açısından hasta grubu puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ($p<,005$).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği plan yapamama alt ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği motor dürtüsellik alt ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği dikkat dürtüsellliği alt ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği açısından hasta grubu puanları anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ($p<,005$).

Hasta ve kontrol grubu arasında Bağımlılık Profili İndeksi yaşam etkileri alt ölçeği, Bağımlılık Profili İndeksi motivasyon alt ölçeği ve Bağımlılık Profili İndeksi açısından hasta grubu puanları anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir($p<,005$). Hasta ve kontrol grubunun klinik ölçek puanları ortalamalarının incelenmesi Tablo 3.2. de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Hasta ve kontrol grubunun klinik ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hasta (n=50) Ort±S.S	Kontrol(n=50) Ort±S.S	U	P
Y.B.O.K.Ö.-Obsesyon	11,98±3,94	,00±,00	21,468	,000
Y.B.O.K.Ö.-Kompulsiyon	11,58±4,32	,00±,00	18,957	,000
Y.B.O.K.Ö. Toplam	23,56±7,98	,00±,00	20,870	,000
B.D.O.-Plan Yapamama	27,46±5,27	24,08±4,84	818,500	,003
B.D.O.-Motor Dürtüsellik	20,60±5,23	18,38±3,89	908,000	,018
B.D.O.-Dikkat Dürtüselligi	18,16±3,62	14,10±3,36	510,500	,000
B.D.O.-Toplam	66,22±10,21	56,56±10,34	4,700*	,000*
B.A.P.İ.-Madde Kullanımı	,06±,27	,00±,000	1175,000	,080
B.A.P.İ.-Tanı	,22±1,05	,00±,000	1175,000	,080
B.A.P.İ.-Yaşam Etkileri	,36±1,48	,00±,000	1150,000	,042
B.A.P.İ.-Yoksunluk	,00±,000**	,00±,000**	1250,000	1,000
B.A.P.İ.-Motivasyon	,40±1,28	,00±,000	1125,000	,022
B.A.P.İ.-Toplam	,24±,79	,00±,000	1125,000	,023

*Normal dağılım gösterdiği için T testi uygulanmıştır.

**Gruplar sıfır olduğu için hesaplanamamıştır.

4.4. Hasta ve Kontrol Grubunun İnternet ile İlişkili Ölçek Puanlarının İncelenmesi.

Hasta grubunda uygulanan F.o.M.O. (Gelişmeleri Kaçırma Korkusu) ölçeği puanı ortalaması 23,16±7,12, minimum ölçek puanı 10, maksimum ölçek puanı 41 dir. Kontrol grubunda uygulanan F.o.M.O. ölçeği toplam puanı ortalaması 21,86±5,75, minimum ölçek puanı 11, maksimum ölçek puanı 33 dür.

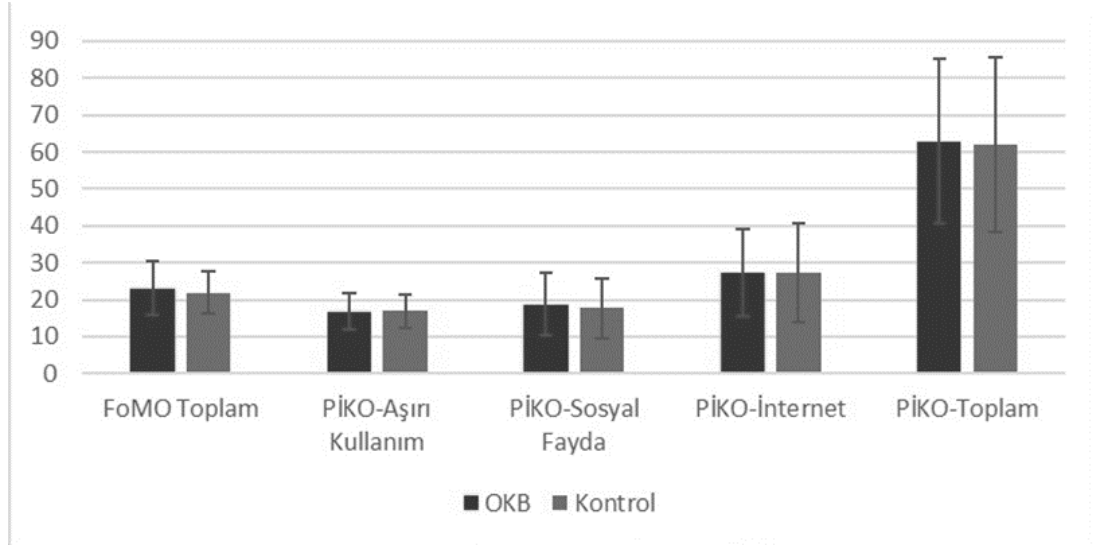
Hasta grubuna uygulanan Problemlili İnternet Kullanımı Ölçeği aşırı kullanım alt ölçeği puanı ortalaması 16,96±4,57, minimum alt ölçek puanı 6, maksimum alt ölçek puanı 26, kontrol grubu alt ölçek puanı ortalaması 16,82±4,93, minimum alt ölçek puanı 9, maksimum alt ölçek puanı 30 dür. Hasta grubuna uygulanan Problemlili İnternet Kullanımı Ölçeği sosyal fayda alt ölçeği puanı ortalaması 18,68±8,46, minimum alt ölçek puanı 10, maksimum alt ölçek puanı 38, kontrol grubu alt ölçek puanı ortalaması

17,7±8,05, minimum alt ölçek puanı 10, maksimum alt ölçek puanı 40 tır. Hasta grubuna uygulanan Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği internetin olumsuz sonuçları alt ölçeği puanı ortalaması 27,44±11,88, minimum alt ölçek puanı 17, maksimum alt ölçek puanı 63, kontrol grubu alt ölçek puanı ortalaması 27,28±13,44, minimum alt ölçek puanı 17, maksimum alt ölçek puanı 67 dir. Hasta grubuna uygulanan Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği toplam ölçek puanı ortalaması 62,94±22,10, minimum toplam ölçek puanı 33, maksimum toplam ölçek puanı 122, kontrol grubu toplam ölçek puanı ortalaması 61,94±23,56, minimum toplam ölçek puanı 36, maksimum toplam ölçek puanı 126 dır. Hasta ve kontrol grubunun F.o.M.O. ölçeği ortalamaları, Problemlı İnternet Kullanımı alt ölçekleri ve toplam puanı ortalamaları Tablo 4. de gösterilmiştir.

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun internet ile ilişkili ölçek puanı ortalamalarının karşılaştırılması

	Kontrol (n=50)				Hasta (n=50)			
	Standart				Standart			
	Ortalama	Sapma	Minimum	Maksimum	Ortalama	Sapma	Minimum	Maksimum
F.o.M.O. Ölçeği	21,86	5,75	11	33	23,16	7,13	10	41
P.İ.K.O.-Aşırı Kullanım	16,82	4,93	9	30	16,96	4,57	6	26
P.İ.K.O.-Sosyal Fayda	17,7	8,05	10	40	18,68	8,46	10	38
P.İ.K.O.-İnternet	27,28	13,44	17	67	27,44	11,88	17	63
P.İ.K.O.-Toplam	61,94	23,56	36	126	62,94	22,10	33	122

F.o.M.O. Ölçeği toplam puanı ortalaması, Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği alt ölçekleri ve toplam ölçek puanı ortalaması açısından hasta ve kontrol grubu arasında ilişki tespit edilmemiştir ($p>,05$). Hasta ve kontrol grubunun F.o.M.O. ölçeği, Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği alt ölçekleri ve toplam ölçek puanı ortalamalarının incelenmesi Şekil 4. te gösterilmiştir.



Şekil 4. Hasta ve kontrol grubunun internet ile ilişkili ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.5. O.K.B. Hasta Grubunda Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ile İlişkili Etmenler

O.K.B. hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. puanları incelendiğinde, sosyodemografik özellikler ile F.o.M.O. puanları arasında ilişki tespit edilmemiştir. O.K.B. hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. puanlarının inceleme sonuçları Tablo 5.1. de gösterilmiştir.

Tablo 5.1. O.K.B. hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. toplam puanları karşılaştırılması

		Hasta(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	T	P
Cinsiyet	Kadın	23,35±6,7	247*	,603*
	Erkek	22,75±8,2		
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	24,25±6,9	,730	,866
	Ortaokul	21,14±5,8		
	Lise	23,5±7,6		
	Üniversite	24,75±7,3		
Medeni Hal	Evli	24,42±6,8	4,172	,124
	Bekar	23,36±6,6		
	Boşanmış	15,50±7,8		
İş Durumu	Çalışmıyor	23,90±7,5	,224	,974
	Memur	25±7,1		
	İşçi	23,25±4,5		
	Serbest Meslek	23±7,1		

Tablo 5.1. O.K.B. hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. toplam puanları karşılaştırılması (devamı)

		Hasta(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	T	P
Gelir Düzeyi	2000 tl den az	21,78±5,3	2,262	,688
	2000 tl – 5000 tl	23,2±9,8		
	5000 tl – 10000 tl	25,19±7,6		
	10000 tl – 20000 tl	22,6±6,1		

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

O.K.B. hasta grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre F.o.M.O. puanları incelendiğinde, internet ve ilişkili olduğu kullanımlar ile F.o.M.O. puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. O.K.B. hasta grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre F.o.M.O. puanlarının incelenmesinin sonuçları Tablo 5.2. de gösterilmiştir.

Tablo 5.2. O.K.B. hasta grubunda internet ve ilişkili kullanımlara göre F.o.M.O. puanları karşılaştırılması

		Hasta(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	U	P
Akıllı Telefon Kullanımı	Hayır	15±1,4	8,5	,05
	Evet	23,5±7,1		
Sosyal Medya Kullanımı	Hayır	20,45±7,5	166	,255
	Evet	23,92±6,9		
Ekranda Oyun Oynama	Hayır	23,16±7,2	284	,935
	Evet	23,17±7,1		
Alışveriş	Hayır	23,06±7	242	,829
	Evet	23,43±7,8		
Bilgi Edinme	Hayır	23,97±7,6	234,5	,23
	Evet	21,84±6,2		
Haberleşme	Hayır	21,75±6,7	243	,18
	Evet	24,46±7,4		
Sosyal Medya	Hayır	22,19±6,5	250	,373
	Evet	24,74±8		
Oyun	Hayır	23,69±7,3	125	,254
	Evet	20,38±5,5		
Video-Film	Hayır	23,31±7,4	246	,897
	Evet	22,79±6,7		

Tablo 5.2. O.K.B. hasta grubunda internet ve ilişkili kullanımlara göre F.o.M.O. puanları karşılaştırılması (devamı)

		Hasta(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	U	P
Facebook	Hayır	22,45±6,4	284,5	,694
	Evet	24,14±8		
Instagram	Hayır	21,8±7,1	182,5	,671
	Evet	23,5±7,2		
Twitter	Hayır	22,79±7,3	136,5	,404
	Evet	25,13±5,9		
Youtube	Hayır	22,75±7,2	294	,784
	Evet	23,68±7,2		
Diğer	Hayır	22,77±6,3	195	,647
	Evet	24,55±9,7		

Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubunda F.o.M.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi incelendiğinde, F.o.M.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıkları arasında korelasyon tespit edilmemiştir ($p>,05$). Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubunda F.o.M.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 5.3. te gösterilmiştir.

Tablo 5.3. O.K.B. hasta grubunun F.o.M.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi

	Hasta Grubu F.o.M.O. Ölçeği Puanı	
	ro	P
Sosyal Medya Kullanım Sıklığı	-,02	,893
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre	,0	,999
Telefon Tablet Bilgisayarda 1 Günde Oyunda Geçirilen Süre	-,128	,376
Televizyon Karşısında 1 Günde Geçirilen Süre	-,06	,678
1 Günde Ekran Karşısında Geçirilen Süre	,184	,201

Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubunun F.o.M.O. puanları ile klinik ölçekler ve problemli internet kullanımları arasında yapılan korelasyon analizinde, F.o.M.O. puanları ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik alt ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkat Dürtüsellik alt ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı ve Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği Aşırı Kullanım alt ölçeği körele saptanmıştır ($p<,05$). Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubunun F.o.M.O. puanları ile klinik ölçekler ve problemli internet kullanımları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 5.4. te gösterilmiştir.

Tablo 5.4. O.K.B. hasta grubunun F.o.M.O. puanları ile klinik ölçekler ve problemleri internet kullanımları arasındaki korelasyon analizi

	Hasta Grubu F.o.M.O. Ölçeği Puanı	P
Y.B.O.K.Ö.-Obsesyon	,157	,276
Y.B.O.K.Ö.-Kompulsiyon	,144	,319
Y.B.O.K.Ö. Toplam	,163	,257
B.D.O.-Plan	-,033	,82
B.D.O.-Motor	,358	,011
B.D.O.-Dikkat	,438	,001
B.D.O. Toplam	,299	,035
P.İ.K.O.-Aşırı	,296	,037
P.İ.K.O.-Sosyal	,21	,144
P.İ.K.O.-İnternet	,259	,069
P.İ.K.O. Toplam	,262	,066
B.A.P.İ.-Madde	-,068	,638
B.A.P.İ.-Tanı	-,077	,596
B.A.P.İ.-Yaşam	,01	,947
B.A.P.İ.-Yoksunluk	-	-
B.A.P.İ.-Motivasyon	,03	,834
B.A.P.İ. Toplam	,024	,871

4.6. Kontrol Grubunda Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ile İlişkili Etmenler

Kontrol grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. puanları incelendiğinde, sosyodemografik özellikler ile F.o.M.O. puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Kontrol grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. puanlarının inceleme sonuçları Tablo 6.1. de gösterilmiştir.

Tablo 6.1. Kontrol grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. puanları karşılaştırılması

		Kontrol(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	T	P
Cinsiyet	Kadın	20,97±5,8	195*	,108*
	Erkek	23,75±5,3		
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	18,75±5,9	3,712	,294
	Ortaokul	21,67±5,9		
	Lise	23,35±6,6		
	Üniversite	21,94±4,4		
Medeni Hal	Evli	23,05±5,5	5,931	,052
	Bekar	22,04±5,7		
	Boşanmış	16±3,9		
İş Durumu	Çalışmıyor	21,67±6,7	2,942	,401
	Memur	22±5,3		
	İşçi	14,5±5		
	Serbest Meslek	22,29±5,7		

Tablo 6.1. Kontrol grubunda sosyodemografik özelliklere göre F.o.M.O. puanları karşılaştırılması (devamı)

		Kontrol(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	T	P
Gelir Düzeyi	2000 tl den az	27,75±4	5,519	,238
	2000 tl – 5000 tl	19±3,6		
	5000 tl – 10000 tl	21,33±6,2		
	10000 tl – 20000 tl	21,92±5,7		
	20000 tl den fazla	20,43±5,6		

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre F.o.M.O. puanları incelendiğinde, internet ve ilişkili olduğu kullanımlardan ‘Haberleşme’ ve ‘Sosyal Medya’ ile F.o.M.O. puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<,05$). Kontrol grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre F.o.M.O. puanlarının incelenmesi sonuçları Tablo 6.2. de gösterilmiştir.

Tablo 6.2. Kontrol grubunda internet ve ilişkili kullanımlara göre F.o.M.O. puanları karşılaştırılması

		Kontrol(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	U	P
Akıllı Telefon Kullanımı	Hayır	21±7,1	46	,921
	Evet	21,9±5,8		
Sosyal Medya Kullanımı	Hayır	19,8±7,9	80	,292
	Evet	22,09±5,5		
Ekranda Oyun Oynama	Hayır	21,21±6,4	256,5	,313
	Evet	22,68±4,8		
Alışveriş	Hayır	21,8±6	297	,952
	Evet	21,95±5,5		
Bilgi Edinme	Hayır	21,29±5,2	290,5	,675
	Evet	22,38±6,2		
Haberleşme	Hayır	20,42±5,5	166,5	,019
	Evet	24,65±5,4		
Sosyal Medya	Hayır	19,74±5,7	184,5	,014
	Evet	23,67±5,3		
Oyun	Hayır	21,88±5,8	167	,979
	Evet	21,75±5,8		
Video-Film	Hayır	22,21±6	275,5	,524
	Evet	21,41±5,5		

Tablo 6.2. Kontrol grubunda internet ve ilişkili kullanımlara göre F.o.M.O. puanları karşılaştırılması(devamı)

		Kontrol(n=50) F.o.M.O. Puanı ort±ss	U	P
Facebook	Hayır	20,92±6	240,5	,164
	Evet	22,88±5,5		
Instagram	Hayır	19,8±6,3	147	,197
	Evet	22,38±5,6		
Twitter	Hayır	20,72±5,3	231,5	,15
	Evet	23,43±6,1		
Youtube	Hayır	20,68±5,7	238,5	,262
	Evet	22,58±5,8		
Diğer	Hayır	21,86±5,8	250,5	,974
	Evet	21,86±5,9		

Kontrol grubunda F.o.M.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi incelendiğinde, F.o.M.O. puanları ile sosyal medyada 1 günde geçirilen süre açısından anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p=,047$). Kontrol grubunda F.o.M.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 6.3. te gösterilmiştir.

Tablo 6.3. Kontrol grubunun F.o.M.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi

	Kontrol Grubu F.o.M.O. Ölçeği Toplam Puanı	
	ro	P
Sosyal Medya Kullanım Sıklığı	-,064	,661
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre	,282	,047
Telefon Tablet Bilgisayarda 1 Günde Oyunda Geçirilen Süre	,009	,949
Televizyon Karşısında 1 Günde Geçirilen Süre	,278	,051
1 Günde Ekran Karşısında Geçirilen Süre	,179	,213

Kontrol grubunun F.o.M.O. puanları ile klinik ölçekler ve problemli internet kullanımları arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde, F.o.M.O. puanları ile klinik ölçekler ve problemli internet kullanımları arasında korelasyon tespit edilmemiştir ($p>,05$).

4.7. O.K.B. Hasta Grubunda P.İ.K.O. ile İlişkili Etmenler

Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre P.İ.K.O. puanları incelendiğinde, sosyodemografik özelliklerden ‘Medeni Hal’ ile P.İ.K.O. puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=,037$). Bekar ve boşanmış

grubunda P.İ.K.O. puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre P.İ.K.O. puanlarının inceleme sonuçları Tablo 7.1. de gösterilmiştir.

Tablo 7.1. O.K.B. hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre P.İ.K.O. puanlarının karşılaştırılması

		Hasta(n=50) P.İ.K.O. Puanı ort±ss	T	P
Cinsiyet	Kadın	60,12±18,8	223*	,313*
	Erkek	68,94±27,6		
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	65,38±25,1	4,046	,257
	Ortaokul	63,89±23,6		
	Lise	57,12±24,4		
	Üniversite	67,38±17,6		
Medeni Hal	Evli	56,18±18,7	6,613	,037
	Bekar	71,53±22		
	Boşanmış	71,67±37,9		
İş Durumu	Çalışmıyor	54,35±18,6	6,739	,081
	Memur	69±17		
	İşçi	50,5±10,7		
	Serbest Meslek	69,27±21,7		
Gelir Düzeyi	2000 tl den az	62,94±25,56	,896	,925
	2000 tl – 5000 tl	64±22,75		
	5000 tl – 10000 tl	64,06±22,1		
	10000 tl – 20000 tl	59,6±12,6		

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre P.İ.K.O. puanları incelendiğinde, internet ve ilişkili olduğu kullanımlar ile P.İ.K.O. puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Hasta grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre P.İ.K.O. puanlarının incelenmesinin sonuçları Tablo 7.2. de gösterilmiştir.

Tablo 7.2. O.K.B. hasta grubunda internet ve ilişkili kullanımlara göre P.İ.K.O. puanlarının karşılaştırılması

		Hasta(n=50) P.İ.K.O. Puanı ort±ss	U	P
Akıllı Telefon Kullanımı	Hayır	46,5±19,1	26	,276
	Evet	63,63±22,1		
Sosyal Medya Kullanımı	Hayır	57±29,3	140	,081
	Evet	64,62±19,8		

Tablo 7.2. O.K.B. hasta grubunda internet ve ilişkili kullanımlara göre P.İ.K.O. puanlarının karşılaştırılması (devamı)

		Hasta(n=50) P.İ.K.O. Puanı ort±ss	U	P
Ekranda Oyun Oynama	Hayır	60,34±20,5	241,5	,347
	Evet	67,56±24,6		
Alışveriş	Hayır	61,53±23,9	195	,218
	Evet	66,57±17		
Bilgi Edinme	Hayır	63,29±21,3	275	,696
	Evet	62,37±24		
Haberleşme	Hayır	61,33±23,5	275,5	,478
	Evet	64,42±21,1		
Sosyal Medya	Hayır	64,06±23,3	271,5	,645
	Evet	61,11±20,4		
Oyun	Hayır	61,48±20,4	140,5	,466
	Evet	70,63±30,1		
Video-Film	Hayır	61,25±22,7	202	,28
	Evet	67,29±20,7		
Facebook	Hayır	62,24±20,3	303	,976
	Evet	63,9±24,8		
Instagram	Hayır	60±29,7	155	,275
	Evet	63,68±20,2		
Twitter	Hayır	61,95±22,7	127	,278
	Evet	68,13±18,9		
Youtube	Hayır	58,82±21,6	224	,1
	Evet	68,18±22,1		
Diğer	Hayır	60,64±20,2	167	,266
	Evet	71,09±27,5		

Hasta grubunda P.İ.K.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizinde, P.İ.K.O. puanları ile sosyal medyada 1 günde geçirilen süre ve telefon tablet bilgisayarda 1 günde oyunda geçirilen süre arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p=,021$; $p=,031$). Hasta grubunda P.İ.K.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 7.3. te gösterilmiştir.

Tablo 7.3. O.K.B. hasta grubunun P.İ.K.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi

	Hasta Grubu P.İ.K.O. Puanı	
	ro	P
Sosyal Medya Kullanım Sıklığı	-,269	,059
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre	,325	,021
Telefon Tablet Bilgisayarda 1 Günde Oyunda Geçirilen Süre	,306	,031
Televizyon Karşısında 1 Günde Geçirilen Süre	-,235	,101
1 Günde Ekran Karşısında Geçirilen Süre	-,03	,834

Hasta grubunun P.İ.K.O. puanları ile klinik ölçekler ve F.o.M.O. puanları arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde, P.İ.K.O. puanları ile klinik ölçekler ve F.o.M.O. puanları arasında korelasyon tespit edilmemiştir ($p>,05$).

4.8. Kontrol Grubunda P.İ.K.O. ile İlişkili Etmenler

Kontrol grubunda sosyodemografik özelliklere göre P.İ.K.O. puanları incelendiğinde, sosyodemografik özellikler ile P.İ.K.O. puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>,05$). Kontrol grubunda sosyodemografik özelliklere göre P.İ.K.O. puanlarının inceleme sonuçları Tablo 8.1. de gösterilmiştir.

Tablo 8.1. Kontrol grubunda sosyodemografik özelliklere göre P.İ.K.O. puanlarının karşılaştırılması

		Kontrol(n=50) P.İ.K.O. Puanı ort±ss	T	P
Cinsiyet	Kadın	61,71±25,6	234*	,429*
	Erkek	62,44±19,2		
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	65,13±26,5	2,039	,564
	Ortaokul	65,67±25		
	Lise	66,53±28,2		
	Üniversite	53,38±13,8		
Medeni Hal	Evli	63,43±27	,142	,932
	Bekar	59,67±18,7		
	Boşanmış	66,6±32,7		
İş Durumu	Çalışmıyor	57,56±12,9	1,663	,645
	Memur	52±13,3		
	İşçi	66,5±34,7		
	Serbest Meslek	57,14±17,1		
Gelir Düzeyi	2000 tl den az	59,5±12,1	1,093	,895
	2000 tl – 5000 tl	61,33±16,5		
	5000 tl – 10000 tl	61,67±26,3		
	10000 tl – 20000 tl	64,79±26,9		
	20000 tl den fazla	54,29±14,9		

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre P.İ.K.O. puanları incelendiğinde, internet ve ilişkili olduğu kullanımlardan ‘Diğer’ sosyal medya uygulamalarının kullanımı ile P.İ.K.O. puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<,026$). Kontrol grubunda internet ve ilişkili olduğu kullanımlara göre P.İ.K.O. puanlarının incelenmesinin sonuçları Tablo 8.2. de gösterilmiştir.

Tablo 8.2. Kontrol grubunda internet ve ilişkili kullanımlara göre P.İ.K.O. puanlarının karşılaştırılması

		Kontrol(n=50) P.İ.K.O. Puanı ort±ss	U	P
Akıllı Telefon Kullanımı	Hayır	80±45,2	33	,457
	Evet	61,19±22,8		
Sosyal Medya Kullanımı	Hayır	83,2±34,4	59	,083
	Evet	59,58±21,3		
Ekranda Oyun Oynama	Hayır	57,21±17,5	268,5	,44
	Evet	67,95±28,9		
Alışveriş	Hayır	61,7±20,8	267	,513
	Evet	62,3±27,8		
Bilgi Edinme	Hayır	68,29±26,5	220	,074
	Evet	56±19,1		
Haberleşme	Hayır	62,18±24,2	280	,992
	Evet	61,47±23,1		
Sosyal Medya	Hayır	64,83±25,1	263	,355
	Evet	59,48±22,3		
Oyun	Hayır	59,05±19,5	127	,278
	Evet	77,13±36,6		
Video-Film	Hayır	62,36±20,7	260	,348
	Evet	61,41±27,3		
Facebook	Hayır	59,23±21,8	273,5	,454
	Evet	64,88±25,5		
Instagram	Hayır	76,3±32	131	,094
	Evet	58,35±19,9		
Twitter	Hayır	63,07±25,4	303,5	,984
	Evet	60,38±21,2		
Youtube	Hayır	64,95±22,4	239	,267
	Evet	60,1±24,4		
Diğer	Hayır	58,4±22,7	149	,026
	Evet	71,07±24,1		

Kontrol grubunda P.İ.K.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi incelendiğinde, P.İ.K.O. puanları ile sosyal medyada 1 günde geçirilen süre, telefon tablet bilgisayarda 1 günde oyunda geçirilen süre, televizyon karşısında 1 günde geçirilen süre ve 1 günde ekran karşısında geçirilen süre arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p<,05$). Kontrol grubunda P.İ.K.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 8.3. te gösterilmiştir.

Tablo 8.3. Kontrol grubunun P.İ.K.O. puanları ile elektronik ortamla ilişkili süre ve sıklıklarının korelasyon analizi

	Kontrol Grubu P.İ.K.O. Puanı	
	ro	P
Sosyal Medya Kullanım Sıklığı	-,038	,794
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre	,286	,044
Telefon Tablet Bilgisayarda 1 Günde Oyunda Geçirilen Süre	,398	,004
Televizyon Karşısında 1 Günde Geçirilen Süre	,314	,026
1 Günde Ekran Karşısında Geçirilen Süre	,426	,002

Kontrol grubunun P.İ.K.O. puanları ile klinik ölçekler ve F.o.M.O. puanları arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde, P.İ.K.O. puanları ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik alt ölçeği arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p=,001$; $ro=,464$).

4.9. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu İçin Öngördürücü Etmenler

Gelişmeleri kaçırma korkusu için bu çalışmada F.o.M.O. Ölçeği ile O.K.B. hasta grubunda ilişkili saptanan Barrat Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik alt ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkat Dürtüselligi alt ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı ve Problemlili İnternet Kullanımı Aşırı Kullanım alt ölçeği puanlarıyla regresyon prototipi oluşturulmuştur. Bu prototiple F.o.M.O. toplam puanları için anlamlı iki öngördürücü Barrat Dürtüsellik Ölçeği Dikkat Dürtüselligi alt ölçeği ($\beta=,523$; $T=2,56$; $p=,014$) ve Barrat Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik alt ölçeği puanları ($\beta=,507$; $T=2,96$; $p=,005$) olarak tespit edilmiştir. Hasta Grubunda F.o.M.O. İçin Öngördürücüler Tablo 9.1. de gösterilmiştir.

Tablo 9.1. O.K.B. hasta grubunda F.o.M.O. için öngördürücüler

	Beta	t	P
Barratt Ölçeği.-Dikkat Dürtüselligi alt ölçeği	,523	2,560	,014
Barratt Ölçeği-Motor Dürtüsellik alt ölçeği	,507	2,960	,005
Barratt Ölçeği Toplam Puanı	-,416	-1,655	,105
Problemlili İnternet Kullanımı Ölçeği-Aşırı Kullanım alt ölçeği	,205	1,650	,106

Gelişmeleri kaçırma korkusu için bu çalışmada F.o.M.O. Ölçeği ile kontrol grubunda ilişkili olduğu tespit edilen sosyal medyada 1 günde geçirilen süre, haberleşme için internet kullanımı ve sosyal medya için internet kullanımıyla regresyon prototipi oluşturulmuştur. Bu prototipe göre F.o.M.O. toplam puanları için anlamlı bir öngördürücü haberleşme için internet kullanımı ($\beta=,282$; $T=2,077$; $p=,043$) olarak

tespit edilmiştir. Kontrol Grubunda F.o.M.O. İçin Öngördürücüler Tablo 9.2. de gösterilmiştir.

Tablo 9.2. Kontrol grubunda F.o.M.O. için öngördürücüler

	Beta	t	P
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre	,099	,665	,509
Haberleşme İçin İnternet Kullanımı	,282	2,077	,043
Sosyal Medya İçin İnternet Kullanımı	,230	1,521	,135

4.10. Problemlı İnternet Kullanımı İçin Öngördürücü Etmenler

Problemlı İnternet Kullanımı için bu çalışmada Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği ile O.K.B. hasta grubunda ilişkili olduğu tespit edilen medeni hal ve sosyal medyada 1 günde geçirilen süreyle regresyon prototipi oluşturulmuştur. Bu prototipe göre Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği puanları için anlamlı iki öngördürücü medeni hal (beta=,295; T=2,229; p=,031) ve sosyal medyada 1 günde geçirilen süre (beta=,315; T=2,383; p=,021) olarak tespit edilmiştir. Hasta Grubunda P.İ.K.O. İçin Öngördürücüler Tablo 10.1. de gösterilmiştir.

Tablo 10.1. O.K.B. hasta grubunda P.İ.K.O. için öngördürücüler

	Beta	t	P
Medeni Hal	,295	2,229	,031
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre	,315	2,383	,021

Problemlı İnternet Kullanımı için bu çalışmada Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği ile kontrol grubunda ilişkili olduğu tespit edilen sosyal medyada Facebook, Twitter, Instagram, Youtube harici uygulama kullanımı, sosyal medyada 1 günde geçirilen süre, telefon tablet bilgisayarda 1 günde geçirilen süre, televizyon karşısında 1 günde geçirilen süre, 1 günde ekran karşısında geçirilen süre ve Barratt Ölçeği Motor Dürtüsellik alt ölçeğiyle regresyon prototipi oluşturulmuştur. Bu prototipe göre Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği puanları için anlamlı iki öngördürücü sosyal medyada 1 günde geçirilen süre (beta=,385; T=2,657; p=,011) ve Barratt Ölçeği Motor Dürtüsellik alt ölçeği (beta=,591; T=4,465; p=,000) olarak tespit edilmiştir. Kontrol Grubunda P.İ.K.O. İçin Öngördürücüler Tablo 10.2. de gösterilmiştir.

Tablo 10.2. Kontrol grubunda P.İ.K.O. için öngördürücüler

	Beta	t	P
Sosyal Medyada Facebook, Twitter, Instagram, Youtube Harici Uygulama Kullanımı	,010	,094	,926
Sosyal Medyada 1 Günde Geçirilen Süre	,385	2,657	,011
Telefon Tablet Bilgisayarda 1 Günde Oyunda Geçirilen Süre	,177	1,494	,142
Televizyon Karşısında 1 Günde Geçirilen Süre	-,005	-,043	,966
1 Günde Ekran Karşısında Geçirilen Süre	-,024	-,166	,869
Barratt Ölçeği-Motor Dürtüsellik alt ölçeği	,591	4,465	,000

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada O.K.B. tanısı olan bireylerde gelişmeleri kaçırma korkusu ve internet aşırı kullanımı özellikleri ile O.K.B. belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu amaçla O.K.B. tanılı bireyler ve sağlıklı kontrol grubuna ait veriler değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sırasında karıştırıcı değişkenleri en aza indirmek amacıyla iki grup birebir yaş, cinsiyet ve öğrenim durumuna sahip bireylerden oluşturulmuştur. Çalışmamızda O.K.B. hastalarında normal kontrollere göre gelişmeleri kaçırma korkusu, internet aşırı kullanımı, telefon aşırı kullanımı, sosyal ağ uygulamaları kullanımı, sosyal medya kullanımı sıklığı, sosyal medyada bir günde geçirilen süre, sosyal medyada kullanılan uygulamalar, elektronik ortamda oyun oynama, elektronik ortamda bir günde oyuna harcanan süre, televizyon karşısında bir günde geçen süre, internetin hangi amaçla kullanıldığı, ekran bir gün içindeki maruziyet, dürtüsellik ve bağımlılık açısından bir fark bulunup bulunmadığının gösterilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla O.K.B. hastalığında bu parametrelerin incelendiği ilk çalışmadır.

Hastaların ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik verileri incelendi. Sağlıklı kontroller çalışmaya dahil edilirken yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi parametreleri açısından, hasta grubuna benzer olmalarına dikkat edildi. Bu seçimin sebebi gruplar arasında karşılaştırma yaparken karıştırıcı değişkenleri en aza indirmektir.

Çalışmamıza katılan kontrol ve O.K.B. hasta gruplarının ikisinin de %68 'ini kadınlar oluşturmuştur. Literatürde farklı sonuçları içeren çalışmalar bulunmakla birlikte kadınlarda O.K.B. sıklığının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Noshirvani ve ark., 1991; Rasmussen ve Tsuang, 1986; Tükel ve ark., 2004; Weissman ve ark.,1994).

Çalışmamıza katılan O.K.B. hasta grubunun %56 'sını evliler oluşturmuştur. Literatürde farklı sonuçlar içeren çalışmalar olmakla birlikte O.K.B. nin medeni durum ile ilişkisinin net olmadığını gösteren çalışma bulunmaktadır (Fontenelle ve ark.,2008).

Çalışmamıza katılan O.K.B. hasta grubunun görece düşük gelir düzeyine sahip olduğu ve anlamlı derecede çalışmıyor olduğu tespit edilmiştir. Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalığının seyri göz önüne alındığında bir kısmının progresif seyir gösterdiği bilinmektedir (Demal ve ark., 1993; Rasmussen ve Tsuang, 1986). Bundan dolayı sosyal yaşantıda ciddi derecede olumsuz ve zorlayıcı durumlara yol açmaktadır (Rasmussen ve Eisen, 1992). Bu bilgilerden hareketle O.K.B. grubunun düşük gelir düzeyine sahip olması ve daha yüksek derecede çalışmıyor olması çalışmamızın sonuçlarıyla örtüşmektedir. Literatürde O.K.B. hastalarının bir kısmında zaman içerisinde toplumsal ve mesleki işlevsellikte azalma görüldüğü gösterilmiştir (Rasmussen ve Eisen,1992). Bu bilgiler de çalışmamızda elde edilen bulguların mevcut literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada hasta ve kontrol grubunun internet, sosyal medya, tablet, cep telefonu, bilgisayar ve televizyon kullanımı özellikleri incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

İnternet kullanımının 2000-2021 yılları arasında artış gösterdiği ve kullanıcı sayısının 2000-2021 yılları arasında %1331,9 arttığı gösterilmiştir (<https://www.intenetworkstats.com/stats.htm>, Erişim tarihi:29.10.2023).

Problemlili internet kullanımı ile komorbid psikopatolojiler arasındaki korelasyonu belirlemek amacıyla elektronik ortamda literatür taramasının yapıldığı bir çalışmada çökkünlük, kaygı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, saplantı zorlantı bozukluğu (O.K.B.), sosyal fobi ve düşmanlık/saldırganlık belirtileri problemlili internet kullanımı ile ilişkili psikopatolojiler olarak saptanmış. Araştırmanın çoğunluğu Asya’da yürütülmüş ve kesitsel çalışmaları içermektedir. Problemlili internet kullanımının depresyon ile %75, anksiyete ile %57, D.E.H.B. ile %100, obsesif kompulsif belirtilerle %60, saldırganlık/agresyon ile %66 korele olduğu tespit edilmiş ve sosyal fobi ile ilişki tespit edilmemiştir. Gözden geçirilen çalışmaların çoğunluğunda problemlili internet kullanımının erkeklerde yüksek olduğu görülmüş (Carli ve ark., 2013).

Yaş aralığı 16-88 olan, ortalama yaşın 35,8 olduğu 23 533 kişinin katıldığı geniş çaplı kesitsel bir çalışmada teknoloji kullanımının aşırılığı ile psikopatolojiler arasında güçlü ilişki saptanmış. Bu araştırma olumsuz sonuçlara neden olacak kadar aşırı sosyal medya ve video oyunları kullanımının D.E.H.B. belirtileri, O.K.B. belirtileri, anksiyete belirtileri ve depresyon belirtileriyle ilişkisini korele saptamış ama aşırı sosyal medya kullanımı ile aşırı video oyunu oynama arasında korelasyon olmadığını tespit etmiştir. Yaş ile aşırı teknolojik kullanım arasında ters ilişki saptamış, erkeklerde video oyunu aşırı kullanımını, kadınlarda da aşırı sosyal medya kullanımını yüksek tespit etmiştir. Bekar olmayı hem aşırı sosyal medya kullanımı ile hem de aşırı video oyunu oynama ile ilişkili tespit etmiştir. Ayrıca O.K.B. deki aşırı sosyal medya kullanımının F.o.M.O. nedeniyle sürekli sosyal medyayı kontrol etme isteğinden kaynaklandığı hipotezini de desteklemiştir (Andreassen ve ark., 2016).

Katılımcı sayısının 633 olduğu, %79,6'sını kadınların oluşturduğu, %58,5'inin 18-24 yaş aralığında olduğu bir çalışmada tanı kriterlerinden esinlenerek oluşturulmuş, güvenilirlik ve geçerliliği test edilmemiş bir O.K.B. anketi ile 2 saatten fazla cep telefonu kullanımı arasındaki ilişki araştırılmış ve O.K.B. ile akıllı telefon kullanımı ilişkili bulunmuş (Kempf ve ark., 2020).

Hasta ve kontrol grupları arasında internet, sosyal medya, tablet, cep telefonu, bilgisayar ve televizyon kullanımı özellikleri gibi özellikler açısından fark tespit edilememesinin nedeni olarak internet ile ilişkili durumların neredeyse toplumun her katmanında birden artış göstermiş olması, O.K.B. hastalığında genel olarak internet ve ilişkili kullanımlarda azalmaya neden olacak bir özelliğin olmaması, diğer araştırmaların farklı bölgelerde yapılmış olması düşünülebilir.

Hasta ve kontrol grupları sosyal medyada kullanılan uygulamalar ve internetin kullanım amaçları açısından incelendiğinde O.K.B. hasta grubunda sadece Twitter kullanımı düşük tespit edilmiştir.

İki kişinin oluşturduğu bir vaka sunumunda O.K.B. hastalarında sosyal medya kullanımı sırasında toplum tarafından hoş karşılanmayacak bir durumu beğenmiş olma, istemeden bir kişiye mesaj göndermiş olma gibi obsesif düşünceler olabileceği ve bundan dolayı sosyal medyayı kompulsif şekilde kullanabildikleri tespit edilmiştir. Bu çalışmada sosyal medya uygulamalarından sadece Facebook, Instagram ve Snapchat uygulamaları ile ilgili kullanımlara bakılmış olup Twitter kullanımına dair bir veri araştırılmamıştır (Van Bennekom ve ark., 2018). Literatürde O.K.B.'li bireylerde Twitter kullanımı ve özellikleri ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Hasta ve kontrol grupları sosyal medyada kullanılan uygulamalar ve internetin kullanım amaçları açısından incelendiğinde O.K.B. grubunda sadece Twitter kullanımı anlamlı olarak düşük tespit edilmesinin nedeni olarak örneklemin küçük olması gösterilebilir. Literatürde sosyal medya uygulamaları bakımından kısıtlı miktarda çalışma olduğundan daha geniş örnekleme yapılacak çalışmalarda bu konunun araştırılması uygun olacaktır.

Hasta ve kontrol grubu arasında çalışmamızda araştırmış olduğumuz dürtüsellik ve bağımlılık ile ilgili ölçeklerden dürtüsellikle ilgili olan bütün ölçek puanları ve bağımlılıkla ilgili olan ölçeklerden yaşam etkileri alt ölçeği, motivasyon alt ölçeği ve toplam ölçek puanı O.K.B. grubunda önemli seviyede yüksek bulunmuştur.

Yaş, IQ, cinsiyet, eğitim durumu eşleştirilmiş 17 O.K.B.'li bireyle yapılan bir çalışmada öz bildirim ölçekleri üzerinden dürtüsellik puanları değerlendirilmiş. Yapılan çalışmada önceki çalışmalarda olduğu gibi dürtüsellik şiddetinin O.K.B. şiddeti ve progresyonu ile artma eğilimde olduğu tespit edilmiştir. Uzun döneme bakıldığında O.K.B.'li bireyler kompulsif davranışlarıyla ilgili olarak azalmış direnç, kontrol ve içgörü sergileyebilir ve kompulsiyonlar otomatikleşmiş 'impulsif kompulsiyon' a dönüşebilir (Frydman ve ark., 2020).

Yapılan bir derleme bağımlılık ve O.K.B. deki kompulsif davranışların beyindeki aynı işlev sorunlarından köken aldığını göstermiştir. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve bağımlılıktaki kompulsivitenin ventral striatumda azalmış dopamin salınımdan dolayı

meydana gelen bozulmuş ödül-ceza işleme olduğunu göstermiştir. Ayrıca her iki kompulsif durumda da bilişsel ve davranışsal esneklikle ilgili prefrontal kortekste azalmış serotonin salınımı olduğunu göstermektedir (Figuee ve ark, 2020).

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu bakımından eşleşen, 18-65 yaş arasındaki kişilerden oluşan, yaş ortalaması 36,3 olan 38 O.K.B.'li birey ve 39 sağlıklı kontrolün katıldığı başka bir çalışmada öz bildirim formları üzerinden dürtüsellik değerlendirilmiş ve sonuç olarak anlamlı fark tespit edilmiş (Grassi ve ark., 2015).

Çalışmamızda da benzer yaş ortalaması ve katılımcı sayısına sahip çalışmalarda olduğu gibi O.K.B. hasta ve kontrol grubu arasında dürtüsellik ve bağımlılık ile ilgili ölçeklerde O.K.B. grubunda yüksek saptanmıştır.

Hasta ve kontrol grubu arasında internet ile ilişkili skala skorları açısından ilişki tespit edilmemiştir.

İnternet kullanımının son 20 yılda önemli ölçüde arttığı ve kullanıcı sayısı 2000-2021 yılları arasında %1331,9 arttığı gösterilmiştir (<https://www.intenetworkstats.com/stats.htm>, Erişim tarihi:29.10.2023).

Literatürde 23 533 kişinin katıldığı kesitsel büyük bir çalışmada aşırı internet kullanımı ile psikopatolojiler arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 35,8, %65'i kadın, %65,3'ü evli ve %32,4'ü lisans mezunu olarak bulunmuştur. Bu çalışmada F.o.M.O.'nun yeni bilgi ve gelişmeleri denetlemekle ilgili sürekli bir istek oluşturmamasından dolayı sosyal medyada geçirilen süreyi arttırdığı ve bunun da O.K.B.'li bireylerde problemlerli internet kullanımına neden olduğu tespit edilmiştir (Andreassen ve ark., 2016).

Çalışmamızla ilgili olarak O.K.B. grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında internet ile ilişkili kullanımda anlamlı ilişki bulunmamasının nedenleri internet kullanımında aşırı değişikliğe neden olabilecek niteliksel bir farkının bulunmaması, son yıllarda toplumun bütün kesimlerinde internet ile ilişkili kullanımlarda artış olması,

çalışmamızın örnekleminin sayı olarak az olması, çalışmamızdaki hasta grubunun eğitim düzeyinin düşük olması düşünülebilir.

Hasta grubunda F.o.M.O. ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkat Dürtüsellliği alt ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı ve Problemlı İnternet Kullanımı Aşırı Kullanım alt ölçeği ilişkili bulunmuştur.

F.o.M.O. yapısı gereği dürtüsel olarak sürekli çevrimiçi kalmayı, çevrimiçi olunmayan durumlarda kaygı ve endişe yaratarak kişide çevrimiçi olması gerektiği dürtüsünü tetikleyen bir durumdur (Przybylski, 2013).

Hasta grubunda F.o.M.O. veya teknoloji ile ilişkili komorbid durumlar varlığında internet kullanımı artmakta ve bazı kişilerde problemlı internet kullanımına neden olabilmektedir (Weinstein, 2023).

Katılan kişi sayısı 296 olan, yaş ortalamasının 20 olduğu, %57,1'ini kadınların oluşturduğu kesitsel bir çalışmada F.o.M.O. ile akıllı telefon aşırı kullanımı ve problemlı internet kullanımının ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Przybylski ve ark., 2013).

Kolejde gerçekleştirilmiş, 296 öğrencinin katıldığı, yaş ortalamasının 25,4 olduğu, %85,3'ünü kadınların oluşturduğu, %65,9'unu Yahudilerin olduğu kesitsel bir çalışmada F.o.M.O. ile akıllı telefon aşırı kullanımı ve problemlı internet kullanımını ilişkili tespit etmiştir (Alt, 2015).

Çin'de yapılan, 1288 katılımcıdan oluşan, yaş ortalamasının 20 olduğu, %59,1'ini kadınların oluşturduğu, özbildirim formları ile gerçekleştirilen bir çalışmada F.o.M.O. ile dürtüsellik ilişkili bulunmuştur (Li ve ark., 2021).

Katılımcı sayısı 423 adolesandan oluşan, yaş ortalamasının 17,1 olduğu, %53'ünü kadınların oluşturduğu, kesitsel bir çalışmada F.o.M.O.'nun aşırı sosyal medya uygulaması kullanımına neden olabileceği tespit edilmiştir (Balta ve ark., 2020).

İtalya’da yapılan, yaş ortalaması 22 olan, 436 kişinin katıldığı, %51,1’ini kadınların oluşturduğu kesitsel bir çalışmada F.o.M.O. ile problemli sosyal medya ve internet kullanımı ilişkili tespit edilmiştir (Casale ve Fioravanti, 2020).

Literatüre bakıldığında F.o.M.O. ile problemli internet kullanımının ve dürtüselliğin bağlantılı olduğunu saptamış çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarıyla ve farklı cinsiyet dağılımları ile yapılmış olmasına rağmen çalışmamızda tespit ettiğimiz ilişkiyi desteklemektedir. Bu da çalışmamızda elde ettiğimiz F.o.M.O. ile problemli internet kullanımı ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin önemini göstermektedir.

Kontrol grubunda F.o.M.O. ile internetin ‘Haberleşme’ ve ‘Sosyal Medya’ amacıyla kullanılması ve sosyal medyada 1 günde geçirilen süre ilişkili bulunmuştur.

F.o.M.O. sürekli çevrimiçi olma isteği, çevrimdışı olduğunda kaygı duyma, çevrimdışı durumlarda çevrimiçi olmaya çalışma gibi özelliklerinden dolayı sosyal medyada 1 günde geçirilen süreyi arttırmaktadır (Przybylski, 2013).

Dünya çapında indirilen uygulamalara bakıldığında 2023 yılında en fazla yüklenen on uygulamanın altı tanesinin haberleşme-sosyal medya uygulaması olduğu ve en çok indirilen dört uygulamanın da iletişim-sosyal medya uygulaması olduğu görülmüş (<https://www.businessofapps.com/data/most-popular-apps/>, Erişim Tarihi: 10.12.2023).

Katılan kişi sayısının 1013 olduğu, %66,3’ünün erkeklerin oluşturduğu, yaş aralığının 18-62 olduğu, Amerika’da yaşayan katılımcılarla yapılmış bir çalışmada F.o.M.O. ile aşırı sosyal medya kullanımının ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

F.o.M.O. ile internette geçirilen süre arasındaki ilişkinin araştırıldığı, %53,6’sı erkek olan, yaş ortalaması 33,1 olan, 308 kişiden oluşan bir çalışmada F.o.M.O.’yla internetteki sürenin ilişki olduğu gösterilmiştir (Elhai ve ark., 2016).

Çalışmamızda önceki çalışmalardan kısıtlı örneklemede çalışılması, farklı tahsil, eşey ve yaş grupları olsa da sonuçlar benzerdir. F.o.M.O. ile internetin ‘Haberleşme’ ve ‘Sosyal Medya’ amacıyla kullanılması ve sosyal medyada 1 günde geçirilen sürenin ilişkili olduğunu göstermektedir.

Hasta grubunda P.İ.K.O. ile bekar veya boşanmış olma durumu ile sosyal medyada 1 günde geçirilen süre ve telefon tablet bilgisayarda 1 günde oyunda geçirilen süre arasında ilişki bulunmuştur.

Katılımcı sayısı 268 kişi olan bir makalede bekar olma durumunun fazla internet kullanımına yol açtığı saptanmış. Katılanların yaş ortalaması 20,8, %51,1’ini kadınlar oluşturmuştur. Fazla internet kullanımının bekarlarda yüksek olmasının boş vakitlerinin daha fazla olabileceği varsayılmıştır (Ghareghol ve ark, 2021).

Katılımcı sayısının 311 kişi olduğu, %70’inin kadınların oluşturduğu 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada aşırı internet kullanımı ile bekar olma durumu ilişkili saptanmıştır (Özgür ve ark., 2014).

İnternete bağlı bağımlılıkların fazlalaşmasındaki en önemli etkenlerden bir tanesi, telefon kullananların sayısındaki artıştır. Akıllı telefonlar artık bireylere, küçük bir azınlık için potansiyel olarak bağımlılık yaratabilecek birçok farklı türdeki içeriğe (örneğin kumar, oyun, alışveriş, sosyal medya) erişimleri için kullanışlı ve mobil bir yol sağlayarak kullanım sürelerini arttırmaktadır (Kuss ve Griffiths, 2017).

Mobil teknolojilerin ortaya çıkışı ve her yerde bulunmasıyla birlikte her zamankinden daha geçerli hale geldi. Sosyal medya uygulamaları kullanımı, telefonlarda çok yaygın olarak gerçekleştirilen bir faaliyet ve sosyal medya uygulamalarının yaklaşık %80’i cep telefonları aracılığıyla kullanılır (<http://marketingland.com/facebook-usage-accounts-1-5-minutes-spent-mobile-171561> Erişim tarihi: 29 Ocak 2017).

Farklı bölgelerde farklı zamanlarda yapılmış çalışmalarda problemlili internet kullanımının yalnız yaşayan kişilerde yalnız yaşamayan kişilere göre fazla olduğu

tespit edilmiştir. Telefon kullanma miktarının artması ile genel ağ ve sosyal medyada vakit geçirmenin de arttığı gösterilmiştir. Benzer şekilde çalışmamızda da problemli internet kullanımı ile yalnız yaşama ve sosyal medyada 1 günde geçirilen sürenin fazla olması arasında ilişki tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda P.İ.K.O. ile diğer sosyal medya uygulamalarını kullanma, sosyal medyada 1 günde geçirilen süre, telefon tablet bilgisayar karşısında 1 günde geçirilen süre, televizyon karşısında 1 günde geçirilen süre ve 1 günde ekran karşısında geçirilen süre arasında ilişki saptanmıştır.

İlk olarak 1995 yılında Goldberg internet bağımlılığı bozukluğu kavramını ortaya atmış. İnternet bağımlılığı bozukluğunun beklenen hazzın elde edilmesi için artmış sosyal ağ kullanma zamanı, özdeş miktarda sosyal ağ kullanma ile elde edilen hazda düşüş yaşama, sosyal ağlarda olup bitenlerle ilgili saplantılı fikirler, sosyal ağ ile ilgili düşlem ve imge oluşturma, sosyal ağ kullanımının planlanandan fazla zaman alması, sosyal ağ kullanmayı terk etmek veya denetim altında tutmak için devamlı istek veya olumsuz sonuçlanan uğraşların olması, sosyal ağ ile ilgili meşguliyetlere fazla zaman bırakılması, sosyal ağ kullanımının işlevsellikte belirgin düşüş yaşatmasına rağmen aşırı sosyal ağ kullanımının devam etmesi özelliklerinin olduğunu ve bunların tanı kriterleri olarak kullanılmasını önermiştir (Goldberg, 1996).

Her iki cinsiyetten de katılımcının bulunduğu bir tıp fakültesi örnekleminde öz bildirim formları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %22,7 sinde akıllı telefon aşırı kullanımı olduğu gösterilmiş. Bu çalışmada akıllı telefon aşırı kullanımı ile 1 günde ekran karşısında geçirilen sürenin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Randjelovic ve ark., 2020).

Yapılan bir medya eğitimi literatürü gözden geçirmesinde akıllı telefon kullanımı ve internet kullanımının artmasıyla kişilere sınırsız sayıda bilişsel etkinlik fırsatı sunulduğu ve ekran sürelerinin arttığı gösterilmiştir (Watkins, 2009.).

Aşırı sosyal ağ kullanımı ile diğer sosyal medya uygulamalarını kullanma, sosyal medyada 1 günde geçirilen süre, telefon tablet bilgisayar karşısında 1 günde geçirilen süre, televizyon karşısında 1 günde geçirilen süre ve 1 günde ekran karşısında geçirilen vakit arasında ilişki saptanmıştır.

Gelişmeleri kaçırma korkusu şiddeti, düşük hayat tatmini, depreşe duygudurum, Facebook’la etkileşimde artış, sosyal medya uygulamalarını kullanırken oluşan karışık duygular, aşırı ve tehlikeli sosyal medya kullanımı ile ilişkilendirilmiştir (Przybylski ve ark., 2013).

Gelişmeleri kaçırma korkusunun sorunlu sosyal medya uygulamaları kullanımını öngördüğünü ve İnternet Bağımlılığı Testinden uyarlanan bir ölçekle ölçülmüş sosyal medya bağımlılığıyla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (Gil ve ark., 2016).

Geniş çaplı olarak 5280 sosyal medya kullanıcısıyla gerçekleştirilmiş bir çalışmada F.o.M.O.’nun sosyal medya uygulamaları kullanımının olumsuz sonuçlarını öngördüğü bulunmuştur. Buna ek olarak çökkünlük ve kaygı gibi psikopatolojilere de aracılık ettiği bulunmuştur (Oberst ve ark, 2016).

Gelişmeleri kaçırma korkusu özellikleri gösteren 506 Facebook kullanıcısında yapılan bir çalışmada F.o.M.O.’nun aşırı sosyal medya kullanımı ile düşük özsaygı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bildirilmiştir (Buglass ve ark., 2017).

Gelişmeleri kaçırma korkusu yapısı gereği dürtüsel olarak sürekli çevrimiçi kalmayı, çevrimiçi olunmayan durumlarda kaygı ve endişe yaratarak kişide çevrimiçi olması gerektiği dürtüsünü tetikleyen bir durumdur (Przybylski, 2013).

Çin’de gerçekleştirilen, 1288 katılımcıdan oluşan, yaş ortalamasının 20 olduğu, %59,1’ini kadınların oluşturduğu, özbildirim formları ile gerçekleştirilen bir çalışmada F.o.M.O. ile dürtüsellik arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Li Li ve ark., 2021).

Çalışmamızda yapılan lineer regresyon analizi sonucunda O.K.B. hasta grubunda F.o.M.O. toplam puanları için anlamlı öngördürücü olarak dürtüsellik; kontrol grubunda F.o.M.O. toplam puanları için anlamlı öngördürücü haberleşme için internet kullanımı olarak tespit edilmiştir.

Yaş ortalaması 22 olan, 2020 yılında yapılmış, 619 kişiden oluşan, %92,9'unu kadınların oluşturduğu öz bildirim ölçekleri ile gerçekleştirilmiş kesitsel bir çalışmada dürtüsellikle sosyal ağın aşırı kullanımının ilişkisi gösterilmiştir (Gecaite-Stonciene ve ark., 2021).

Yaş aralığı 18-29 olan, 123 kişinin katıldığı başka bir çalışmada dürtüsellik ile internet aşırı kullanımı arasında ilişki gösterilmiştir (Chamberlain ve ark., 2018).

Her iki cinsiyetten de katılımcının bulunduğu bir tıp fakültesi örnekleminde öz bildirim formları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %22,7 sinde akıllı telefon aşırı kullanımı olduğu gösterilmiş. Bu çalışmada akıllı telefon aşırı kullanımı ile 1 günde ekran karşısında geçirilen sürenin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Randjelovic ve ark., 2020).

Yapılan bir medya eğitimi literatürü gözden geçirmesinde akıllı telefon kullanımı ve internet kullanımının artmasıyla kişilere sınırsız sayıda bilişsel etkinlik fırsatı sunulduğu ve ekran sürelerinin arttığı gösterilmiştir (Watkins, 2009.).

Katılımcı sayısının 268 kişi olduğu, 2020 yılında yapılan bir çalışmada bekar olma durumunun fazla internet kullanımı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması 20,8, %51,1'ini kadınlar oluşturmuştur. Fazla internet kullanımının bekarlarda yüksek olmasının boş vakitlerinin daha fazla olabileceği varsayılmıştır (Ghareghol ve ark., 2021).

Katılımcı sayısı 311 kişi olan, %70'inin kadınların oluşturduğu 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada aşırı internet kullanımı ile bekar olma durumunun anlamlı derecede ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Özgür ve ark., 2014).

İlk olarak 1995 yılında Goldberg internet bağımlılığı bozukluğu kavramını ortaya atmış. İnternet bağımlılığı bozukluğunun beklenen hazzın elde edilmesi için artmış sosyal ağ kullanma zamanı, özdeş miktarda sosyal ağ kullanma ile elde edilen hazda düşüş yaşama, sosyal ağlarda olup bitenlerle ilgili saplantılı fikirler, sosyal ağ ile ilgili düşlem ve imge oluşturma, sosyal ağ kullanımının planlanandan fazla zaman alması, sosyal ağ kullanmayı terk etmek veya denetim altında tutmak için devamlı istek veya olumsuz sonuçlanan uğraşların olması, sosyal ağ ile ilgili meşguliyetlere fazla zaman bırakılması, sosyal ağ kullanımının işlevsellikte belirgin düşüş yaşatmasına rağmen aşırı sosyal ağ kullanımının devam etmesi özelliklerinin olduğunu ve bunların tanı kriterleri olarak kullanılmasını önermiştir (<http://www.wusr.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html>., Erişim tarihi 17.01.2015).

Her iki cinsiyetten de katılımcının bulunduğu bir tıp fakültesi örnekleminde öz bildirim formları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %22,7 sinde akıllı telefon aşırı kullanımı olduğu gösterilmiş. Bu çalışmada akıllı telefon aşırı kullanımı ile 1 günde ekran karşısında geçirilen sürenin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Randjelovic, P. ve ark., 2020). Yapılan bir medya eğitimi literatürü gözden geçirmesinde akıllı telefon kullanımı ve internet kullanımının artmasıyla kişilere sınırsız sayıda bilişsel etkinlik fırsatı sunulduğu ve ekran sürelerinin arttığı gösterilmiştir (Watkins, 2009.).

Çalışmamızda yapılan lineer regresyon analizi sonucunda O.K.B. hasta grubunda P.İ.K.O. toplam puanları için anlamlı öngördürücü olarak yalnız yaşıyor olmak ve sosyal medyada 1 günde geçirilen süre; kontrol grubunda P.İ.K.O. toplam puanları için anlamlı öngördürücü olarak sosyal medyada 1 günde geçirilen süre ve dürtüsellik tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; telefonlar ve sosyal medya uygulamaları günümüzde iletişimin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Özellikle Instagram, Twitter ve Facebook gibi uygulamalar düşünüldüğünde kişiler tanımadığı insanlar ile de iletişim kurma şansına sahip olabilmektedir. Ayrıca bu uygulamalar geleneksel iletişim araçlarından farklı olarak kendi fikirlerini de paylaşabilme fırsatı da sunmaktadır. Modern iletişim

araçlarının yaşamı ve iletişimi kolaylaştırıcı faydaları olsa da yanlış veya aşırı kullanıldıkları durumlarda birtakım sorunlar da ortaya çıkabilmektedir.

Çalışmamız bu nedenle güncel olarak sağlık için risk oluşturan ve tanı sistemleri içerisinde bulunmaması nedeniyle literatürde fazla çalışma bulunmayan teknolojik gelişmelere bağlı bozuklukları O.K.B.'li bireylerde inceleyen ilk çalışma özelliğine sahip olması bakımından önem taşımaktadır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk hasta grubu ve kontrol grubu arasında internet, sosyal medya, tablet, cep telefonu, bilgisayar, televizyon kullanımı özellikleri, F.o.M.O. ve problemli internet kullanımı arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında çalışmıyor olma, düşük gelir düzeyine sahip olma durumu, Twitter kullanımı, dürtüsellik ve bağımlılık durumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gelişmeleri kaçırma korkusu ile ilgili olarak çalışmamızda O.K.B. hasta grubunda dürtüsellik ve aşırı internet kullanımı ile yüksek ilişkili olduğu, dürtüsellik ile varyansın %21 inin açıklanabileceği tespit edilmiştir. Gelişmeleri kaçırma korkusu ile ilgili olarak çalışmamızda kontrol grubunda ise internetin haberleşme-sosyal medya için kullanımı ve sosyal medyada 1 günde geçirilen süre ile yüksek ilişkili olduğu, haberleşme için internet kullanımı ile varyansın %10 unu açıklayabileceği tespit edilmiştir.

Problemli internet kullanımı ölçeği ile ilgili olarak çalışmamızda O.K.B. hasta grubunda bekar veya boşanmış olma durumu ile sosyal medyada 1 günde geçirilen sürenin yüksek ilişkili olduğu, medeni hal olarak bekar veya boşanmış olmak ve sosyal medyada 1 günde geçirilen süre ile varyansın %14 ünü açıklayabileceği tespit edilmiştir. Problemli internet kullanımı ölçeği ile ilgili olarak çalışmamızda kontrol grubunda diğer sosyal medya uygulamalarını kullanma, sosyal medyada 1 günde geçirilen süre, telefon tablet bilgisayar karşısında 1 günde geçirilen süre, televizyon karşısında 1 günde geçirilen süre ve 1 günde ekran karşısında geçirilen sürenin yüksek

ilişkili olduğu, sosyal medyada 1 günde geçirilen süre ve dürtüsellik ile varyansın %54 ünü açıklayabileceği tespit edilmiştir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve kontrol grubunun yaş, eşey, tahsil düzeyi bakımından özdeş seçilerek oluşturulması, O.K.B. hastalarında teknolojik gelişmelere bağlı bozuklukların incelendiği ilk çalışma olması çalışmanın güçlü yönlerinden olup, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olmasından dolayı heterojen bir hasta grubuna sahip olması ve teknolojiye bağlı bozukluklardan sadece 2 tanesinin incelenmesi bakımından kısıtlılıklara sahiptir. Bu da bir çalışmaya katılacak kadar semptomlarını kontrol edebilen ve ilişki kurabilen hastalarla çalışma yönünde bir seçim biası oluşturabilmektedir. Bundan sonra yapılması planlanan çalışmalarda nomofobi, photolurking, phubbing, selfitis gibi diğer teknolojiye bağlı bozukluklarla birlikte araştırılarak daha kapsamlı bir çalışma yapılması önerilir.

Bu çalışmada hastaların yüz yüze görüşme ile, deneyimli bir klinisyen tarafından tanı değerlendirmesi ile tanı almış olması, sadece öz bildirimli ölçeklerle yürütülen çalışmalara göre güçlü yönünü oluşturmaktadır. Ayrıca kontrol grubu ile yaş, eşey ve tahsil düzeyi bakımından gruplar birebir eşleştirilerek yol alınmış bu da bahsedilen yaş, cinsiyet ve eğitimin karıştırıcı etkisini ekarte etmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalara göre örneklem büyüklüğünün daha sınırlı olması, obsesyon türleri ve kompulsiyon türleri ile ilgili veri elde edilmemiş olması çalışmamızdaki önemli bir kısıtlılıktır.

Literatürdeki diğer çalışmalarda O.K.B. ve F.o.M.O. ile ilişkisi yalnızca obsesif-kompulsif belirtilerin olup olmaması yönü ile incelenmişken bu çalışmada eş zamanlı olarak, O.K.B. belirti türü ve şiddeti, dürtüsellik, bağımlılık ve sosyal ağ aşırı kullanımı birlikte değerlendirilmiş bu da konuya çok boyutlu bir bakış sağlamıştır. Diğer yandan seçilen hasta grubu yalnızca çalışmaya vakit ayırmayı kabul eden gönüllülerden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil edilemeyen veya bir şekilde ulaşılamayan hastaların aslında nasıl bir semptom ve bu çalışmada araştırılan konularda nasıl bir durumda olduklarını kestirmek mümkün değildir. Yüz yüze görüşmekte kaçınan hastalar, bir erkek doktorla çalışmaktan kaçınan hastalar, kâğıt

kalem kullanıp form doldurmaktan kaçınan hastalar olabilir ve bunlar daha farklı bir internet kullanım profili sergiliyor olabilirler. Bu tür hastalara ulaşamamış olması önemli bir kısıtlılıktır.

Ayrıca hastaların sosyodemografik verileri, internet ile ilişkili kullanım özellikleri, F.o.M.O. ölçeği yanıtları, Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği yanıtları, Barratt dürtüsellik ölçeği yanıtları, B.A.P.İ. ölçeği yanıtları, hep öz bildirimli ölçeklerle tespit edilmiştir. Bu da veri güvenilirliği açısından çalışmamızı kısıtlamaktadır. Her ne kadar kullanılan her ölçek geçerlik güvenilirliği yapılmış olan ölçekler olsa da canlı kayıt sistemi, ekran süresi kaydı uygulamalarını içeren çalışmalar bu konuda daha nesnel veri elde edilmesine katkı sağlayabilir.

6. KAYNAKLAR

- Abel, J.P., Buff, C.L., & Burr, S.A. (2016). Social media and the fear of missing out: Scale development and assessment. *Journal of Business & Economics Research (JBERR)* 2016,14(1),33-44.
- Abell, L., Buglass, S.L., & Betts, L.R. (2019). Fear of missing out and relational aggression on Facebook. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2019, 22(12), 799-803. doi: 10.1089/cyber.2019.0071.
- Ackerman, D.L., Greenland, S. (2002). Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:309-17
- Ackerman, D.L., Greenland, S., Bystritsky, A. (1998). Clinical characteristics of response to fluoxetine treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18:185-92.
- Albert, U., Maina, G., Forner, F., Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr Psychiatry* 2004;45:325-32.
- Alt, D. (2015). College students' academic motivation, media engagement and fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 2015, 49, 111–119. doi:10.1016/j.chb.2015.02.057
- Alt, D. & Boniel-Nissim, M. (2018). Using multidimensional scaling and PLS-SEM to assess the relationships between personality traits, problematic internet use, and fear of missing out. *Behaviour & Information Technology*, 2018, 37(12),1264-1276.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 5th Edition (DSM-V)*. Washington DC.
- Anderson, R.A., Rees, C.S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2007;45:123-37.
- Andreassen, C.S., Billieux, J., Griffiths, M.D., Kuss, D.J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav* 2016;30:252–62. doi:10.1037/adb0000160
- Arısoy, Ö. (2009). İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009. 1(1).
- Arnold, P.D., Sicard, T., Burroughs, E., Richter, M.A., Kennedy, J.L. (2006). Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:769-76.

Atmaca, M., Yildirim, B.H., Ozdemir, B.H., Aydin, B.A., Tezcan, A.E., Ozler, A.S. (2006). Volumetric MRI assessment of brain regions in patients with refractory obsessive compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:1051-7

Atmaca, M., Yildirim, H., Ozdemir, H., Tezcan, E., Poyraz, A.K. (2007). Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31:46-52

Balta, S., Emirtekin, E., Kircaburun, K., & Griffiths, M.D. (2020). Neuroticism, trait fear of missing out, and phubbing: The mediating role of state fear of missing out and problematic Instagram use. *International Journal of Mental Health and Addiction* , 2020, 18(3), 628–639. 10.1007/s11469-018-9959-8.

Bastani, B., Nash, J.F., Meltzer, H.Y. (1990). Prolactin and cortisol responses to MK-212, a serotonin agonist, in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:833-9

Baxter, L.R. Jr., Schwartz, J.M., Mazziotta, J.C., Phelps, M.E., Pahl, J.J., Guze, B.H., Fairbanks, L. (1988). Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1560-3.

Bayad, S., Elbir, M., Alptopbaş, O., Kocabaş, T., Topak, O.Z., Çetin, Ş. (2018). DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin (SCID-5) Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirliği. 2018.

Bayraktar, D.E. (1997). Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1997: 1(1):25-32.

Ben-pazi, A., Szechtman, H., Eilam, D. (2001). The Morphogenesis of Motor Rituals in Rats Treated Chronically With the Dopamine Agonist Quinpirole. *Behav Neurosci*. 2001;115(6).

Berrios, G. (1985). Obsessional disorders during the 19th century: Terminological and classificatory issues. *Anatomy of Madness*, ed. P.R. in Bynum WF, Shepard M (eds). Vol. 1. 1985, London: Tavistock. 166-187.

Besiroglu, L., Sozen, M., Ozbebit, O., Avcu, S., Selvi, Y., Bora, A. (2011). The involvement of distinct neural systems in patients with obsessive-compulsive disorder with autogenous and reactive obsessions. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124(2):141-151.

Beşiroğlu, L. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. In: *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2017:1-20.

Beyens, I., Frison, E., Eggermont, S. (2016). “I don’t want to miss a thing’’: Adolescents’ fear of missing out and its relationship to adolescents’ social needs, Facebook use, and Facebook related stress. *Comput Human Behav.* 2016;64:1-8.

Błachnio, A., & Przepiórka, A. (2018). Facebook intrusion, fear of missing out, narcissism, and life satisfaction: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 2018, 259, 514-519. doi: 10.1016/j.psychres.2017.11.012.

Black, A. (1974). The natural history of obsessional patients. In: Beech HR (Ed). *Obsessional States*. Methuen. London, 1974, 1127-9.

Black, D.W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G., Baker, P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59:420-5.

Blackwell, D., Leaman, C., Trampusch, R., Osborne, C., Liss, M. (2017). Extraversion, neuroticism, attachment style and fear of missing out as predictors of social media use and addiction. *Pers Individ Dif.* 2017;116:69-72.

Bloch, M.H., McGuire, J., Landeros-Weisenberger, A., Leckman, J.F., Pittenger, C. (2010). Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2010;15:850-5.

Bokor, G. and Anderson, P.D. (2014). Obsessive–compulsive disorder. *Journal of pharmacy practice*, 2014, 27(2): p. 116-130.

Bostwick, J.M., Bucci, J.A. (2008). Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin Proc* 2008; 83: 226-230.

Bozkurt, H., Şahin, S., Zoroğlu, S. (2016). İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*, 2016. 6(2).

Bölükbaş, K. (2003). İnternet kafeler ve internet bağımlılığı üzerine sosyolojik bir araştırma: Diyarbakır örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Dicle Üniversitesi, Diyarbakır, 2003.

Brenner, V. (1997). Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. *Psychological reports*, 1997. 80(3): p. 879-882.

Buglass, S.L., Binder, J.F., Betts, L.R., Underwood, J.D.M. (2017). Motivators of online vulnerability: The impact of social network site use and FOMO. *Comput. Hum. Behav.* 2017; 66:248–255. doi: 10.1016/j.chb.2016.09.055.

Bystritsky, A., Ackerman, D.L., Rosen, R.M., Vapnik, T., Gorbis, E., Maidment, K.M., Saxena, S. (2004). Augmentation of serotonin reuptake inhibitors in refractory obsessive-compulsive disorder using adjunctive olanzapine: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004;65:565-8.

Caplan, S.E. (2016). Preference for online social interaction. *Communication Research*. 2016; 30(6):625-48.

Carey, P.D., Vythilingum, B., Seedat, S., Muller, J.E., van Ameringen, M., Stein, D.J. (2005). Quetiapine augmentation of SSRIs in treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a double blind, randomised, placebo controlled study. *BMC Psychiatry* 2005; 5:5.

Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... Kaess, M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology* 2013;46:1–13. 10.1159/000337971

Carrey, G., Gottesman, I.I. (1981). Twin and family studies of anxiety, phobic and obsessive-compulsive disorders. In: *Anxiety: New. Research and Changing Concepts*. Raven. New York, 1981, pp117-36

Casale, S. & Fioravanti, G. (2020). Factor structure and psychometric properties of the Italian version of the fear of missing out scale in emerging adults and adolescents. *Addictive Behaviors*, 2020, 102, 106179. 10.1016/j.addbeh.2019.106179.

Ceyhan, E., Ceyhan, A.A. ve Gürcan, A. (2007). Problemli internet kullanımı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2007, 7, 387-416.

Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R., Khanna S. (2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005;30:1735-40.

Chamberlain, S.R., Ioannidis, K., Grant, J.E. (2018). The impact of comorbid impulsive/compulsive disorders in problematic Internet use. *J Behav Addict*. 2018, 7:269–75. 10.1556/2006.7.2018.30

Cheng, C., Wang, H.Y., Sigerson, L., Chau, C.L. (2019). Do the socially rich get richer? A nuanced perspective on social network site use and online social capital accrual. *Psychol Bull*. 2019; 145:734-64.

Choi, J.S., Kang, D.H., Kim, J.J., Ha, T.H., Lee, J.M., Youn, T., ... Kwon, J.S. (2004). Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2004; 38:193-9

CilliÇilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 2004, 45(5),367–374.

Clark, D.A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. The Gillford Press. New York, 2004.

Davis, R.A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*. 2001;17(2):187-95.

Dell'Osso, B., Altamura, A.C., Hadley, S.J., Baker, B.R., Hollander, E. (2007). An open label trial of escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive Internet usage disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2007;16: 82-83.

Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H.-G., Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression: a retrospective study on course and interaction. *Psychopathology* 1993;26:145-50.

Denys, D., de Geus, F., van Megen, H.J., Westenberg, H.G. (2004). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of quetiapine addiction in patients with obsessive-compulsive disorder refractory to serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1040-8.

Denys, D., Fluitman, S., Kavelaars, A., Heijnen, C., Westenberg, H. (2004). Decreased TNF- α and NK activity in obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:945-52.

Denys, D., Zohar, J., Westenberg, H.G.M. (2004). The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence.

DeVaughn-Geiss, J., Katz, R., Landau, P., Goodman, W., Rasmussen, S. (1990). Clinical predictors of treatment responses in obsessive-compulsive disorder: exploratory analyses from multicenter trials of clomipramine. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:54-9.

Dinç, M., Ögel, K. (2019). İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, editors. *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme*. İstanbul: Gülmat Matbaacılık Yayıncılık; 2019. p. 703-717.

Dossey, L. (2014). FOMO, digital dementia, and our dangerous experiment. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 2014, 10(2),69-73.

Duke, E., Montag, C. (2017). Smartphone addiction, daily interruptions and self-reported productivity. *Addict Behav Rep*. 2017; 6:90-5.

Durkee, T., Carli V., Floderus B., Wasserman C., Sarchiapone M., Apter A., ... Wasserman D. (2016). Pathological Internet Use and Risk-Behaviors among European Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 2016. 13(3): p. 294.

Eğrilmez, A., Gülseren, L., Gülseren, Ş., Kühür, S. (1997). Phenomenology of Obsessions in a Turkish Series of OCD Patients. *Psychopathology*. 1997; 30(2):106-110.

Eisen, J.L., Goodman, W.K., Keller, M.B., Warshaw, M.G., DeMarco, L.M., Luce, D.D., Rasmussen, S.A. (1999). Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:346-51.

Eisen, J.L., Rasmussen, S.A. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:373-9.

Eisen, J.L., Rasmussen, S.A. (2002). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Textbook of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2002, pp173-89

Elhai, J.D., Levine, J.C., Alghraibeh, A.M., Alafnan, A.A., Aldraiweesh, A.A., Hall, B.J. (2018). Fear of missing out: testing relationships with negative affectivity, online social engagement, and problematic smartphone use. *Comput Human Behav.* 2018; 89:289-98.

Elhai, J.D., Rozgonjuk, D., Alghraibeh, A.M., Yang, H. (2019). Disrupted Daily activities from interruptive smartphone notifications: relations with depression and anxiety severity and the mediating role of boredom proneness [Internet].

Elhai, J. D., Yang, H., Rozgonjuk, D., & Montag, C. (2019). Using machine learning to model problematic smartphone use severity: The significant role of fear of missing out. *Addictive behaviors*, 2020, 103,106261. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106261.

Emekdaş, M.A. (2022). Obsesif kompulsif bozuklukta bir endofenotip olarak sürüklenme-yayılım modelinin (drift diffusion modelin) incelenmesi.

Erdoğan, A., Yılmaz, Y., Hocaoglu, Ç. (2021). The New Disease of the Modern Age: What is the Fear of Missing Out “FOMO”? A review, *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 2021, 3(3):217-222.

Erdoğan, P., & Şanlı, Y. (2019). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde genel özyeterliliğin gelişmeleri kaçırma korkusu üzerine etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2019, 14(20),594-620.

Erzegovesi, S., Cavallini, M.C., Cavedini, P., Diaferia, G., Locatelli, M., Bellodi, L. (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21:488-92.

Erzegovesi, S., Guglielmo, E., Siliprandi, F., Bellodi, L. (2005). Low-dose risperidone augmentation of fluvoxamine treatment in obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:69-74.

Fabris, M.A., Marengo, D., Longobardi, C., & Settanni, M. (2020). Investigating the links between fear of missing out, social media addiction, and emotional symptoms in adolescence: The role of stress associated with neglect and negative reactions on social media. *Addictive Behaviors*, 2020, 106,106364. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106364.

Fernandez, D.P., Kuss, D.J., & Griffiths, M.D. (2020). Short-term abstinence effects across potential behavioral addictions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 2020, 76, 101828.

Figeet, M., Pattij, T., Willuhn, I., Luigjes, J., van den Brink, W., Goudriaan, A., ... Denys, D. (2016). Compulsivity in obsessive-compulsive disorder and addictions. *European Neuropsychopharmacology*, 2016, 26 (5), 856–868. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.12.003

Fineberg, N.A., Gale T.M. (2005). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005;8:107-29.

Fineberg, N.A., Tonnoir, B., Lemming, O., Stein, D.J. (2007). Escitalopram prevents relapse of obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007;17:430-9.

Fineberg, N.A., Sivakumaran, T., Roberts, A., Gale, T. (2005). Adding quetiapine to SRI in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled treatment study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20:223-6.

First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, R.L. (2015). New York: New York State Psychiatric Institute., *Structured Clinical Interview for DSM-V Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. 2015, Washington DC: American Psychiatric Association.

Foa, E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., Hollander, E., Jenike, M.A., Rasmussen, SA. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:90-6

Fontenelle, L.F., Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2008. 32(1): p. 1-15.

Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:405-13.

Freud, S. (1909). Notes upon a Case of Obsessional Neurosis (1909), Standard Edition, Volume X. Hogarth Press. London, 1986.

Freud, S. (1986). Some Thoughts on Development and Regression – Aetiology. *Introductory Lectures on Psychoanalysis (Lecture 22)* (1917), Standard Edition, Volume XVI. Hogarth Press. London, 1986

Fritzler, B.K., Hecker, J.E., Losee, M.C. (1997). Self-directed treatment with minimal therapist contact: preliminary findings for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997; 35:627-31.

Frydman, I., Mattos, P., de Oliveira-Souza, R., Yücel, M., Chamberlain, S.R., Moll, J., Fontenelle, L.F. (2019). Self-reported and neurocognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2020 Feb; 97:152155. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.152155.

Gámez-Guadix, M., & Calvete, E. (2016). Assessing the relationship between mindful awareness and problematic Internet use among adolescents. *Mindfulness*, 2016, 7(6),1281-1288.

Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., Bozikas, VP. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Res* 2010;177:156-68.

Gecaite-Stonciene, J., Saudargiene, A., Pranckeviciene, A., Liaugaudaite, V., Griskova-Bulanova, I., Simkute, D., ... Burkauskas, J. (2021). Impulsivity Mediates Associations Between Problematic Internet Use, Anxiety, and Depressive Symptoms in Students: A Cross-Sectional COVID-19 Study. *Front. Psychiatry*. 2021;12:634464. doi: 10.3389/fpsy.2021.634464.

Ghareghol, H., Pakkhesal, M., Naghavihosseini, A., Ahmadinia, A.R., Behnampour, N. (2022). Association of problematic Internet use and oral health-related quality of life among medical and dental students. *BMC Med Educ* 22, 11 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03092-x>

Gil, F., Chamarro, A., Oberst, U. (2016). Addiction to online social networks: A question of “Fear of Missing Out”? *J. Behav. Addict*. 2016; 4 (Suppl. S1):51.

Gilbert, A.R., Moore, G.J., Keshavan, M.S. Paulson, L.A., Narula, V., Mac Master, F.P., ... Rosenberg, D.R. (2000). Decrease in talamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:449-56.

Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A. & Gale, C. (2008). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2009, 82(2),123-136. doi: 10.1348/147608308X379806.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Delgado, P.L., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989). Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:36-44.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46(11):1012-1016.

Goodman, W.K., Price, L.H., Woods, S.W., Charney, D.S. (1991). Pharmacologic challenges in obsessive-compulsive disorder. *The Psychobiology of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York, NY: Springer Publishing Co;1991:162-186

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., ... Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 1989. 46(11): p. 1006-11.

Gökler, M. E., Aydın, R., Ünal, E. ve Metintaş, S. (2016). Sosyal Ortamlarda Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeğinin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016, 17(Ek1), 53-59.

Grabe, H.J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., Freyberger, H.J., Dilling, H., John, U. (2001). Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in North Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:130-5

Grassi, G., Pallanti, S., Righi, L., Figue, M., Mantione, M., Denys, D., Stratta, P. (2015). Think twice: Impulsivity and decision making in obsessive-compulsive disorder. *Journal of behavioral addictions*. 2015;4:263–72.

Greeven, A., van Balkom, A.J., van Rood, Y.R., van Oppen, P., Spinhoven, P. (2006). The boundary between hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study from the Netherlands. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1682-9.

Güleç, C., Köroğlu, E. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYB.

Güleç, H., Tamam, L., Güleç, M.Y., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M., Stanford, M.S. (2008). Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2008;18:251-258.

Han, D., Lee, Y., Na, C., Ahn, J.Y., Chung, U.S., Daniels, M.A., ... Renshaw, P.F. (2009). The effects of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry* 2009; 50: 251–256.

Han, D.H., Hwang, J.W., Renshaw, P.F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Exp Clin Psychopharmacol* 2010; 18: 297-304.

Hanna, G.L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:19-27.

Hemmings, S.M., Stein, D.J. (2006). The current status of association studies in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2006;29:411-44

Hettema, J.M., Prescott, C.A., Myers, J.M., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:182-9

Hollander, E., Rossi, N.B., Sood, E., Pallanti, S. (2003). Risperidone augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo controlled study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6:397-401.

Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C.D., Weissman, M.M. (1996). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety* 1996-1997;4:111-9.

Hoşgör, H., Koç Tütüncü, S., Gündüz Hoşgör, D., & Tandoğan, Ö. (2017). Üniversite öğrencileri arasında sosyal medyadaki gelişmeleri kaçırma korkusu yaygınlığının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(17),213-223.

Insel, T.R. (1990). Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 51(Suppl 2):4-8.

Jenike, M.A. (1995). Obsessive Compulsive Disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1995, I. Cilt., 6. baskı, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore. Williams&Wilkins, s.1218.

Jenike, M.A., Rauch, S.L. (1994). Managing the patient with treatment resistant obsessive compulsive disorder: Current strategies. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl):11-7.

Elhai, J.D., Levine, J.C., Dvorak, R.D., Hall, B.J. (2016). Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use, *Computers in Human Behavior*, Volume 63, 2016, Pages 509-516, ISSN 0747-5632, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.079>.

Kang, D.H., Kim, J.J., Choi, J.S., Kim, Y.I., Kim, C.W., Youn, T., ... Kwon, J.S. (2004). Volumetric investigation of the frontal-subcortical circuitry in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004; 16: 342-9

Karamustafalıoğlu, K.O., Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klin J Intern Med Sci*. 2006; 2(12):30-44.

Karamustafalıoğlu, K.O., Üçışık, A.M., Ulusoy, M. (1993). Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği' nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*, s. 86.

Karno, M., Golding, J.M., Sorensen, S.B., Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US Communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094-9

Kartol, A., & Peker, A. (2020). Ergenlerde sosyal ortamlarda gelişmeleri kaçırma korkusu (fomo) yordayıcılarının incelenmesi. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2020, 15(21),454-474.

Kempf, C.A., Ehrhard, K.A., Stoner, S.C. (2020). Evaluation of obsessive-compulsive symptoms in relation to smartphone use. *Ment Heal Clin*. 2020, 10:44-8. 10.9740/mhc.2020.03.044

Kolada, J.L., Bland, R.C., Newman, S.C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 376 (Suppl):24-35

Koran, L.M., Pallanti, S., Quercioli, L. (2001). Sumatriptan, 5-HT_{1D} receptors and obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11:169-72

Krystal, J.H., D'Souza, D.C., Petrakis, I.L., Belger, A., Berman, R.M., Charney, D.S., ... Madonick, S. (1999). NMDA agonists and antagonists as probes of glutamatergic dysfunction and pharmacotherapies in neuropsychiatric disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1999; 7:125-43.

Kushlev, K., Proulx, J.D., Dunn, E. (2016). "Silence your phones": smartphone notifications increase inattention and hyperactivity symptoms. Conference: CHI' 2016, At San Jose, CA, USA. p. 1011-20.

Kuss, D.J., & Griffiths, M.D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017,14(3), 311. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>.

Leckman, J.F., Grice, D.E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... Pauls, D.L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997; 154 (7): 911-917.

Lee, H.-J., Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003; 41(1):11-29.

Lensi, P., Cassano, G.B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J.L., Akiskal, H.S. (1996). Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169:101-7

Lesch, K.P., Hoh, A., Disselkamp-Tietze, J., Wiesmann, M., Osterheider, M., Schulte, H.M. (1991). 5-Hydroxytryptamine_{1A} receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:540-7.

Li, L., Griffiths, M.D., Mei, S., Niu, Z. (2021). The Mediating Role of Impulsivity and the Moderating Role of Gender Between Fear of Missing Out and Gaming Disorder Among a Sample of Chinese University Students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. Aug 2021.550-557.<http://doi.org/10.1089/cyber.2020.0283>

Li, L., Griffiths, M. D., Niu, Z., & Mei, S. (2020). Fear of missing out (FoMO) and gaming disorder among Chinese university students: Impulsivity and game time as mediators. *Issues in Mental Health Nursing*, 2020, 41(12),1104-1113.

Liang, K.-Y., Wang, Y., Shugart, Y. Y., Grados, M., Fyer, A. J., Rauch, S., ... Nestadt, G. (2008). Evidence for potential relationship between SLC1A1 and a putative genetic linkage region on chromosome 14q to obsessive-compulsive disorder with compulsive hoarding. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 2008, 147B(6), 1000–1002.

Lin, P.Y. (2007). Meta-analysis of the association of serotonin transporter gene polymorphism with obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:683-9

Liu, C.Y., Kuo, F.Y. (2007). A study of internet addiction through the lens of the interpersonal theory. *CyberPsychology & Behavior*. 2007;10(6):799-804.

Machlin, S.R., Harris, G.J., Pearlson, G.D., Hoehn-Saric, R., Jeffery, P., Camargo, E.E. (1991). Elevated medial-frontal cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1240-2.

Marazziti, D., Pfanner, C., Palego, L., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Ravagli, S., ... Cassano, G.B. (1997). Changes in Platelet Markers of Obsessive-Compulsive Patients During a Double-Blind Trial of Fluvoxamine versus Clomipramine. *Pharmacopsychiatry*. 1997;30:245–9.

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M.C., Leckman, J.F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(2):228-238.

Maxwell-Stuart, P.G. (2013) *The Malleus Maleficarum.*: Manchester University Press.

McDougle, C.J., Epperson, C.N., Pelton, G.H., Wasylink, S., Price, L.H. (2000). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin re-uptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 794-801.

McDougle, C.J., Goodman, W.K., Delgado, P.L., Price, L.H. (1989). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1350-1

McDougle, C.J., Goodman, W.K., Leckman, J.F., Lee, N.C., Heninger, G.R., Price, L.H. (1994). Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:302-8.

McDougle, C.J., Goodman, W.K., Price, L.H., Delgado, P.L., Krystal, J.H., Charney, D.S., Heninger, G.R. (1990). Neuroleptic addition in fluoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:652-4.

McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W.J., ... Anderson, K.W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:205-14.

Mohamadi, M.R., Ghanizadeh, A., Moini, R. (2007). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. *Depress Anxiety* 2007; 24: 602-7.

Moore, G.J., MacMaster, F.P., Stewart, C., Rosenberg, D.R. (1998). Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychol* 1998; 37:663-7.

Murphy, D.L., Lesch, K. (2008). Targeting the murine serotonin transporter: insights into human neurobiology. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(2):85–96.

Murphy, T.K., Sajid, M., Soto, O., Shapira, N., Edge, P., Yang, M., ... Goodman, W.K. (2004). Detecting pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus in children with obsessive-compulsive disorder and tics. *Biol Psychiatry* 2004;55:61-8.

Muscatello, M.R., Bruno, A., Pandolfo, G., Micò, U., Scimeca, G., Romeo, V.M., ... Zoccali, R.A. (2011). Effect of aripiprazole augmentation of serotonin reuptake inhibitors or clomipramine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:174-9.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. NICE Clinical Guidelines, No.31. National Collaborating Centre for Mental Health. London.

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O.J.3rd., Liang, K.Y., LaBuda, M., ... Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:358-63

Noshirvani, H.F., Kasvikis, Y., Marks, I.M., Tsakiris, F., & Monteiro, W.O. (1991). Gender-Divergent Aetiological Factors in Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158(02), 260–263.

Oberst, U., Wegmann, E., Stodt, B., Brand, M., Chamarro, A. (2017). Negative consequences from heavy social networking in adolescents: The mediating role of fear of missing out. *J. Adolesc.* 2017;55:51–60. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.12.008.

Okasha, A., Saad, A., Khalil, A.H., el Dawla, A.S., Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive compulsive disorder: A transcultural study. *Compr Psychiatry* 1994; 35:191-7.

Orhan Göksun, D. (2019). Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ve Problemlili İnternet Kullanımı Arasındaki İlişki. Mersin University Journal Of The Faculty Of Education, 2019, 15(2), 511-525.

Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Tamar, G.D. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi 'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2012, 23(4):264-73

Özgür, H., Demiralay, T., Demiralay, I. (2014). Uzaktan eğitim öğrencilerinde problemlili internet kullanımı ve yalnızlığın incelenmesi. Türk Çevrimiçi Uzaktan Eğitim Dergisi. 2014; 15 (2):75–90. doi: 10.17718/tojde.43009.

Öztürk, O., Uluşahin, A. (2018). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Prof. Dr. M. Orhan Öztürk, Prof. Dr. Aylin Uluşahin 15. Baskı s.364-376

Parlak, A. (2005). İnternet ve Türkiye’de internetin gelişimi (Bitirme Tezi). Elâzığ, Fırat Üniversitesi.

Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barrattimpulsiveness scale. J Clin Psychol. 1995; 51:768-774.

Paul, C.L., Komlodi, A., Lutters, W.G. (2011). Again?! The emotional experience of social notification interruptions. Human-Computer Interaction- INTERACT 2011, Part 2: 13th IFIP TC 13 International Conference, Lisbon, Portugal, September 5-9, 2011, Proceedings. p. 471-8.

Paul, C.L., Komlodi, A., Lutters, W.G. (2015). Interruptive notifications in support of task management. Int J Hum Comput Stud. 2015; 79:20-34.

Pauls, D.L., Alsobrook, J.P. 2nd., Goodman, W., Rasmussen, S., Leckman, J.F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder Am J Psychiatry 1995; 152:76-84

Pauls, D.L. (2008). The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence Am J Med Genet C Semin Med Genet 2008; 148C:133-9

Perlmutter, S.J., Leitman, S.F., Garvey, M.A., Hamburger, S., Feldman, E., Leonard, H.L., Swedo, S.E. (1999). Therapeutic plasma Exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. Lancet 1999; 354:1153-8.

Perugi, G., Akiskal, H.S., Gemignani, A., Pfanner, C., Presta, S., Milanfranchi, A., ... Cassano, G.B. (1998). Episodic course in obsessive-compulsive disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1998; 248:240-4.

Perugi, G., Akiskal, H.S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., ... Cassano, G.B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. J Affect Disord 1997; 46:15-23.

Perugi, G., Akiskal, H.S., Ramacciotti, S., Nassini, S., Toni, C., Milanfranchi, A., Musetti, L. (1999). Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar II connection? *J Psychiatr Res* 1999; 33:53-61

Pigott, T.A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., Murphy, D.L. (1994). Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Suppl10):15-27.

Pittenger, C., Krystal, J.H., Coric, V. (2006). Glutamat-modulating drugs as novel pharmacotherapeutic agents in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *NeuroRx*2006;3:69-81

Pooley, E.C., Fineberg, N., Harrison, P.J. (2007). The met (158) allele of catechol-O-methyltransferase (COMT) is associated with obsessive-compulsive disorder in men: case-control study and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2007;12:556-61

Przybylski, A.K., Murayama, K., DeHaan, C.R., Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Comput Human Behav.* 2013; 29:1841-8.

Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 2013, 29(4), 1841–1848. doi: 10.1016/j.chb.2013.02.014

Rachman, D., de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-48

Rachman, S., Hodgson, R. (1988). *Obsessions and Compulsions*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, NJ, 1988.

Rachman, S. (1988). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:386-401.

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31:149-54.

Rachman, S. (2003). *The Treatment of Obsessions*. Oxford University Press. Oxford, 2003.

Randjelovic, P., Stojiljkovic, N., Radulovic, N., Stojanovic, N., & Ilic, I. (2020). Problematic Smartphone Use, Screen Time and Chronotype Correlations in University Students. *European Addiction Research*, 2020, 1–8. doi:10.1159/000506738

Rapoport, J.L. (1990). The waking nightmare: an overview of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl):25-8

Rasmussen, S.A., Eisen, J.L. (1988). Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24:466-70

Rasmussen, S.A., Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15:743-58

Rasmussen, S.A., Eisen, J.L. (1997). Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl 13):9-13.

Rasmussen, S.A., Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143(3),317–322.

Ravizza, L., Barzega, G., Bellino, S., Bogetto, F., Maina, G. (1995). Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:368-73.

Ravizza, L., Maina, G., Bogetto, F. (1997). Epizodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6:154-58.

Reer, F., Tang, W. Y., & Quandt, T. (2019). Psychosocial well-being and social media engagement: The mediating roles of social comparison orientation and fear of missing out. *New Media & Society*, 2019, 21(7),1486-1505.

Richter, P.M., Ramos, R.T. (2018). Obsessive-compulsive disorder. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 2018, 24(3): p. 828-844.

Riddle, M.A., Scahill, L., King, R., Hardin, M.T., Towbin, K.E., Ort, S.I., ... Cohen, D.J. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:766-72.

Riordan, B.C., Flett, J.A., Hunter, J.A., Scarf, D., & Conner, T.S. (2015). Fear of missing out (FoMO): The relationship between FoMO, alcohol use, and alcohol-related consequences in college students. *Annals of Neuroscience and Psychology*, 2015, 2 (7),1-7.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D. Jr., Regier, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949-58

Rosa-Alcazar, A.I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1310-25.

Rosenberg, D.R., MacMaster, F.P., Keshavan, M.S., Fitzgerald, K.D., Stewart, C.M., Moore, G.J. (2000). Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1096-103

Rosenberg, D.R., MacMillan, S.N., Moore, G.J. (2001). Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001; 4:179-90.

Rotge, J.Y., Guehl, D., Dilharreguy, B., Tignol, J., Bioulac, B., Allard, M., ... Aouizerate B. (2009). Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 2009, 1; 65:75-83.

Rozgonjuk, D., Elhai, J.D., Ryan, T., Scott, G. (2019). Fear of missing out is associated with disrupted activities from receiving smartphone notifications and surface learning in college students. *Comput Educ.* 2019;140:103590.

Rozgonjuk, D., Sindermann, C., Elhai, J.D., & Montag, C. (2020). Fear of Missing Out (FoMO) and social media's impact on daily-life and productivity at work: Do WhatsApp, Facebook, Instagram, and Snapchat Use Disorders mediate that association?. *Addictive Behaviors*, 2020, 110, 106487. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106487. Epub 2020 May 27. PMID: 32674020.

Rubin, R.T., Villanueva-Meyer, J., Ananth, J., Trajmar, P.G., Mena, I. (1992). Regional Xenon 133 Cerebral Blood Flow and Cerebral Technetium 99m HMPAO Uptake in Unmedicated Patients With Obsessive-Compulsive Disorder and Matched Normal Control Subjects Determination by High-Resolution Single-Photon Emission Computed Tomography. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 695-702.

Sadock, B.J. (2016). Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Ed Prof. Dr. Ali Bozkurt. 2016:418-436.

Salkovskis, P.M., Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behav Res Ther* 1984; 22:549-52

Salkovskis, P.M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. The Guilford Press. New York, 1996, pp 103-133

Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27: 677-82

Salvucci, D.D., Taatgen, N.A. (2008). Threaded cognition: an integrated theory of concurrent multitasking. *Psychol Rev.* 2008;115:101-30.

Saxena, S., Brody, A.L., Maidment, K.M., Smith, E.C., Zohrabi, N., Katz, E., ... Baxter, L.R. Jr. (2004). Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry* 2004; 161, 1038-48.

Sayyah, M., Sayyah, M., Boostani, H., Ghaffari, S.M., Hoseini, A. (2012). Effects of aripiprazole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (a double blind clinical trial). *Depress Anxiety* 2012;29:850-4.

Scarone, S., Colombo, C., Livian, S., Abbruzzese, M., Ronchi, P., Locatelli, M., ... Smeraldi, E. (1992). Increased right caudate nucleus size in obsessive compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psichiatria Res* 1992; 45:114-21

Sela, Y., Zach, M., Amichay-Hamburger, Y., Mishali, M., & Omer, H. (2020). Family environment and problematic internet use among adolescents: the mediating roles of depression and fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 2020, 106, 106226. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106226>.

Shapira, N.A., Ward, H.E., Mandoki, M., Murphy, T.K., Yang, M.C., Blier, P., Goodman, W.K. (2004). A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine addition in fluoxetine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2004;55:553-5.

Solyom, L., Dinicola, V.F., Phil, M., Sookman, D., Luchins, D. (1995). Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*, 1995, 30(5):372-380.

Stead, H., Bibby, P.A. (2017). Personality, fear of missing out and problematic internet use and their relationship to subjective well-being. *Comput Human Behav.* 2017;76:534-40.

Stern, L., Zohar, J., Cohen, R., Sasson, Y. (1998). Treatment of severe, drug resistant obsessive-compulsive disorder with the 5-HT_{1D} agonist sumatriptan. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998;8:325-8.

Stothart, C., Mitchum, A., Yehnert, C. (2015). The attentional cost of receiving a cell phone notification. *J Exp Psychol Hum Percept Perform.* 2015;41:893-7.

Sullivan, R.M., Talangbayan, H., Einat, H., Szechtman, H. (1998). Effects of quinpirol on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience* 1998;83:781-9

Sussman, C.J., Harper, J.M., Stahl, J.L., Weigle, P. (2018). Internet and video game addictions: diagnosis, epidemiology, and neurobiology. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2018 Apr;27(2):307-26. PubMed.

Swedo, S.E., Leonard, H.L., Mittleman, B.B., Allen, A.J., Rapoport, J.L., Dow, S.P., ... Zabriskie, J. (1997). Identification of children with pediatric autoimmune

neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *Am J Psychiatry* 1997;154:110-2.

Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Leonard, H., Lenane, M., Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:335-41.

Tahiroglu, A.Y., Celik, G.G., Uzel, M., Ozcan, N., Avci, A. (2008). Internet use among Turkish adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, 2008. 11(5): p. 537-543.

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

Taylor, S., Pattara-Angkoon, S., Sirirat, S., Woods, D. (2017). The theoretical underpinnings of internet addiction and its association with psychopathology in adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2017 Jul 6;31(5). PubMed.

Karamustafalıoğlu, K.O., (2018). Temel ve Klinik Psikiyatri Prof. Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu s.379-404

Thomsen, P.H., Mikkelsen, H.U. (1991). Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the demographic and diagnostic characteristics of 61 Danish patients. *Acta Psychiatr Scand*, 1991;83:262-6.

Tollefson, G.D., Birkett, M., Koran, L., Genduso, L. (1994). Continuation treatment of OCD: double-blind and open label experience with fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1994;55 (Suppl):69-76.

Toro, J., Cervera, M., Osejo, E., Salamero, M. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a study. *J Child Psychol Psychiatry*, 1992;33:1025-37.

Tükel, R., Demet, M.M. (2017). Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Ankara; 2017.

Tükel, R., Ertekin, E., Batmaz, S., Alyanak, F., Sözen, A., Aslantaş, B., ... Ozyildirim, I. (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 2005;21:112-7

Tükel, R., Meteris, H., Koyuncu, A., Tecer, A., Yazici, O. (2006). The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2006;256:240-45.

Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:204-9

Tükel, R., Topçuoğlu, V., Demet, M.M. (2006). Obsesif kompulsif bozukluğun patogenezi. In: Tükel R, Alkın T (Ed). *Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Dernekleri Yayınları*. Ankara, 2006, s.299-338.

Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., & Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2004, 45(5),362–366.

Van Balkom, A.J., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A., van Dyck, R. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:492-9.

Van Bennekom, M.J., de Koning, P.P., Denys, D. (2018). Social Media and Smartphone Technology in the Symptomatology of OCD. *Case Rep*. 2018;2018: bcr2017223662. doi: 10.1136/bcr-2017-223662.

Véronneau, M. H., Koestner, R. F., & Abela, J. R. (2005). Intrinsic need satisfaction and well-being in children and adolescents: An application of the self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2005, 24(2),280-292.

Volpato Cordioli, A., Heldt, E., Braga Bochi, D., Margis, R., Basso de Sousa, M., Fonseca Tonello, J., ... Kapczinski, F. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trail. *Psychoter Psychosom* 2003;72:211-6.

Watkins, S.C. (2009). *The Young and The Digital: What the Migration to Social-Network Sites, Games, and Anytime, Anywhere Media Means for Our Future*. Beacon Press; Boston, MA, USA: 2009.

Weinstein, A.M. (2023). Problematic Social Networking Site use-effects on mental health and the brain. *Front Psychiatry*. 2023 Jan 19;13:1106004. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1106004.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., ... Wickramaratne, P.J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl 3):5-18

Whiteside, S.P., Port, J.D., Abramowitz, J.S. (2004). A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2004; 132:69-79.

Whittal, M.L., Woody, S.R., McLean, P.D., Rachman, S.J., Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;48:295-303.

Wolniewicz, C. A., Rozgonjuk, D., & Elhai, J. D. (2020). Boredom proneness and fear of missing out mediate relations between depression and anxiety with problematic smartphone use. *Human Behavior and Emerging Technologies*,2020, 2(1),61-70.

Yaryura-Tobias, J.A., Grunes, M.S., Todaro, J., McKay, D., Neziroglu, F.A., Stockman, R. (2000). Nosological insertion of Axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2000;14:19-30.

Yaylalı, F.H. (2013). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Sorunlu İnternet Kullanımı ile İlişkili Etmenler, in Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2013, Ankara Üniversitesi: Ankara.

Young, K. S. (2011). CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2011, 25(4),304-312.

Young, K.S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1998. 1(3): p. 237-244.

Zohar, J., Mueller, E.A., Insel, T.R., Zohar-Kadouch, R.C., Murphy, D.L. (1987). Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and healthy controls. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:946-951

7. EKLER

Ek-1: Etik kurul kararı



Ek-2: Sosyodemografik veri formu

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE İNTERNET KULLANIMI, GÜNDEMİ KAÇIRMA KORKUSU VE İLİŞKİLİ ETMENLER ÇALIŞMASI SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

GENEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Yaş:.... Medeni Hal: evli/ bekar/ dul/ boşanmış

Boyunuz:..... Kilonuz:..... Telefon numaranız:.....

Eğitim durumunuz: ilkokul() ortaokul() lise() üniversite() doktora()

Mesleğiniz:.....

Gelir düzeyiniz ne kadardır?

2000 tl ve daha az (), 2000-5000 tl() 5 000-10bin () 10bin - 20bin () 20bin ve üzeri ()

Şu an psikiyatrik bir tedavi veya terapi görüyor musunuz? Evet() Hayır()

Akıllı telefon kullanıyor musunuz ? Evet () Hayır()

Sosyal medya hesabınız var mı? Evet () Hayır()

Sosyal medya programlarından hangilerini kullanıyorsunuz ?

Facebook() Instagram() Twitter() Youtube()

Swarm() Snapchat() LinkedIn () Diğer..... Kullanmıyorum()

Sosyal medya kullanıyorsanız günde hangi sıklıkta sosyal medyayı kontrol ediyorsunuz?

15 dakikada bir kez() 30 dakikada bir kez () 60 dakikada bir kez () 1 saatten daha seyrek()

Sosyal medyada 1 günde ortalama ne kadar süre geçirirsiniz?

1-30 dakika arası() 30 dk -1 saat arası() 1-2 saat arası() 2-3saat arası() 3-6 saat arası() 6 saatten fazla()

Telefon -tablet -bilgisayarda oyun oynar mısınız?: Evet () Hayır()

Telefon -tablet -bilgisayarda oyunda 1 günde ortalama ne kadar süre geçirirsiniz?

1-30 dakika arası() 30 dk -1 saat arası() 1-2 saat arası() 2-3saat arası() 3-6 saat arası() 6 saatten fazla()

Televizyon karşısında 1 günde ortalama ne kadar süre geçirirsiniz?

1-30 dakika arası() 30 dk -1 saat arası() 1-2 saat arası() 2-3saat arası() 3-6 saat arası() 6 saatten fazla()

Sosyal medya ve interneti en çok hangisi için kullanıyorsunuz?

-Alışveriş() bilgi edinme() haberleşme() sosyal medya() oyun()
video-film izleme() -diğer.....()

Toplamda ekran başında (tablet,telefon, bilgisayar, TV) ne kadar zaman geçirirsiniz? (işiniz ekran maruziyeti gerektiriyorsa mesai süresini katmayınız)

1-30 dakika arası() 30 dk -1 saat arası() 1-2 saat arası() 2-3saat arası() 3-6 saat arası() 6 saatten fazla()

Ek-3: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y–BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru: Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun): Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az), veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az) 2: Orta (günde 1 – 3 saat), veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat), veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla), veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyip yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki 2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır, iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının "rahatsız edici" olduğunu kabul etmelerine karşın 'anksiyete' yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semptomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, ara sıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen baş edilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya ya da dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ

Soru: Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yönltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır): Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştığı dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Birçok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor), veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeysen, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen baş edilebilir durumda olduğunu belirtir veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen baş edebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır.

Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ

Soru: Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlölkle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geciktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

Ek-4: Sosyal Ortamlarda Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği

	Hiç Doğru Değil	Doğru Değil	Biraz Doğru	Doğru	Aşırı Şekilde Doğru
1. Başkalarının benimkilerden daha doyurucu deneyimler yaşadığından korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Arkadaşlarımın benimkilerden daha doyurucu deneyimler yaşadığından korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Arkadaşlarımın ben yokken eğlendiklerini öğrendiğimde endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Arkadaşlarımın neler yaptığını bilmediğimde kaygı hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Arkadaşlarımın 'aralarındaki şakaları, muhabbetleri' anlamak benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Bazen neler olup bittiğini takip etmek için fazla zaman harcıyıp harcamadığımı merak ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Arkadaşlarımın buluşmak için bir fırsatı kaçırmış olmak canımı sıkar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. İyi bir zaman geçirdiğimde bunun detaylarını on line olarak paylaşmak benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Planlanmış bir toplantıyı kaçırmak canımı sıkar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Tatile çıktığımda arkadaşlarımın ne yaptığını takip etmeye devam ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek-5: Bağımlılık Profili İndeksi



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

I Adınız soyadınız [.....]

II Doğum tarihiniz [.....]

III Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

IV Eğitiminiz?

☐ Okur yazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer

VI Çocuğunuz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?

☐ Evet ☐ Hayır

Son BİR yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

	Son bir yıl içinde...				
	Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
Alkol	☐	☐	☐	☐	☐
Esrar (marihuana, joint, gubar vb).....	☐	☐	☐	☐	☐

3	Ecstasy (Ekstazi)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Eroin	☐	☐	☐	☐	☐
5	Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
6	Taş (krak kokain).....	☐	☐	☐	☐	☐
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar.....	☐	☐	☐	☐	☐
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
I	Diğer (LSD, GHB vb).....	☐	☐	☐	☐	☐

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

II [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer VIII düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

Benim için ☐ 1 yıldan ☐ 1-2 ☐ 3-4 yıldır ☐ 5 yıl ve daha fazla sorun değil az yıldır

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- I Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı?** (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- II Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?** (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- III Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?** (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 16 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?**
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz?** (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)
- 11** Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?**
- 12** Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 19 [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu?** (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

[Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?

20

(örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

23 [Madde] kullanmak beden sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐

Neredeyse her zaman

24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐

Neredeyse her zaman

25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

I [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

II Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

I [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

II Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

11 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?
a ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

12 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?
a ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

13 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?
a ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

14 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?
a ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

15 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?
a ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

16 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

Ek-6: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

EK C Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Lütfen her bir cümleyi okuyunuz ve ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu, lütfen sağ tarafta yer alan numaraların üzerine (X) koyarak belirtiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı bir şekilde cevaplayınız.

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

Ek-7: Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği

PROBLEMİ İNTERNET KULLANIMI ÖLÇEĞİ (PİKÖ) (Esra Ceyhan,
Aydoğan Aykut Ceyhan, Ayşen Gürcan)

	Tamamen uygun	Oldukça uygun	Biraz uygun	Nadiren uygun	Hiç uygun değil
1. İnternet bağlantımı kesmeye her karar verdiğimde kendi kendime “birkaç dakika daha” diyorum.	()	()	()	()	()
2. İnternette geçirdiğim zaman çoğunlukla uyku süremi azaltıyor.	()	()	()	()	()
3. İnternet ortamında elde ettiğim saygıyı günlük yaşamımda bulamıyorum.	()	()	()	()	()
4. İnternette, diğer ortamlara göre daha kolay ilişki kuruyorum .	()	()	()	()	()
5. İnternette ismimi gizlemek beni daha özgür kılıyor	()	()	()	()	()
6. Çok istememe rağmen interneti uzun süre kullanmaktan bir türlü vazgeçemiyorum.	()	()	()	()	()
7. İnternete gerekmedikçe girmekten kaçınıyorum.	()	()	()	()	()
8. Yalnızlığımı internetle paylaşıyorum.	()	()	()	()	()
9. Tekrar internete girene kadar kendimi huysuz, karamsar, rahatsız ve huzursuz hissediyorum.	()	()	()	()	()
10. Problemlerimden bunaldığımda sığındığım en iyi yer internettir.	()	()	()	()	()
11. Birisi internette ne yaptığımı sorduğunda savunmacı ve gizleyici oluyorum.	()	()	()	()	()
12. Planladığımın dışında fazladan bir dakika bile interneti kullanmıyorum.	()	()	()	()	()
13. İnternette bağlantı kurduğum insanlara kendimi daha iyi anlatıyorum.	()	()	()	()	()
14. İnternete giremediğim zaman, internette olmayı düşünmekten kendimi alıkoyamıyorum.	()	()	()	()	()

	Tamamen uygun	Oldukça uygun	Biraz uygun	Nadiren uygun	Hiç uygun değil
. İnternette, kontrol benden çıkıyor.	()	()	()	()	()
. İnternet yüzünden yemek yemeyi unuttuğum zamanlar oluyor.	()	()	()	()	()
17. İnternette daha fazla vakit geçirmek için günlük işlerimi ihmal ediyorum.	()	()	()	()	()
18. Sosyal aktiviteler için para harcamaktansa internete erişmek için harcamayı tercih ediyorum.	()	()	()	()	()
19. Sürekli ziyaret ettiğim internet sitelerine bir gün dahi girememeye tahammül edemiyorum.	()	()	()	()	()
20. İnternet kullandığım süre boyunca her şeyi unutuyorum.	()	()	()	()	()
21. Yapmam gereken işler çoğaldıkça, internet kullanma isteğim de o ölçüde artıyor.	()	()	()	()	()
22. İnternet, yapmam gerekenleri ertelemek için vazgeçilmez bir araçtır.	()	()	()	()	()
23. İnternet kullanımım, benim için önemli kişilerle olan ilişkilerimde problem yaşamama neden oluyor.	()	()	()	()	()
24. İnternet kullanırken başkalarının beni meşgul etmesine öfkeleniyorum.	()	()	()	()	()
25. İnterneti kullanmasam bile sürekli aklımda	()	()	()	()	()
. İnternette kendimi çok özgür hissediyorum.	()	()	()	()	()
. İnternette çok fazla zaman geçirdiğim için başarımlarım düşüyor.	()	()	()	()	()
28. İnternet kullanmayı bırakamadığım için randevularıma veya derslerime geç kalıyorum.	()	()	()	()	()
29. Sabahları uyandığımda bir an önce internete bağlanmak istiyorum.	()	()	()	()	()
30. İnternet kullanırken zamanın nasıl geçtiğini hiç anlayamıyorum.	()	()	()	()	()
15. İnternet beni kendisine esir ediyor.	()	()	()	()	()
16. İnternet ortamında genellikle kendimi huzurlu hissediyorum.	()	()	()	()	()
33. İnternet yoluyla iletişim kurmayı, yüz yüze iletişim kurmaya tercih ediyorum.	()	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

